

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION-DISCIPLINE-TRAVAIL

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



FACULTE DE MEDECINE

Année Académique : 1992-1993

THESE

N° 12345

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE
L'ACCOUCHEMENT DANS LES UTERUS
ANTERIEUREMENT CESARISES :**

**A PROPOS DE 2041 CAS COLLIGES A LA MATERNITE DU SERVICE DE
GYNECOLOGIE ET D'OBSTETRIQUE DU CENTRE**

HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE (CHU) DE COCODY

Présentée et soutenue publiquement le 16 Décembre 1993

par

GONDO DIOMANDE

Interne des Hôpitaux

Né le 1er Janvier 1961 à Man (R.C.I.)

COMPOSITION DU JURY :

Président : Monsieur le Professeur BOHOUSSOU Kouadio
Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Agrégé ANONGBA DANHO Simplicie
Asseseurs : Monsieur le Professeur Agrégé OULAI Soumahoro
Monsieur le Professeur Agrégé KASSANYOU Salami

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT
DE LA FACULTE DE MEDECINE**

1992 - 1993

DOYEN : DJEDJE André-Théodore
ASSEESSEURS : SANGARE Amadou
DAGO Akribi Augustin
WELFFENS-EKRA Christiane

I.- PROFESSEURS TITULAIRES

- | | |
|-----------------------------------|--|
| 1.- ATTIA YAO Roger | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 2.- BEDA YAO Bernard | Médecine Interne |
| 3.- BOHOUSSOU Kouadio | Gynécologie-Obstétrique |
| 4.- COULIBALY OUEZZIN André | Chirurgie Thoracique
et Cardio-vasculaire |
| 5.- DAGO AKRIBI Augustin | Anatomie-Pathologique |
| 6.- DJEDJE André-Théodore (Doyen) | Radiologie |
| 7.- DJIBO William | Traumatologie et Orthopédie |
| 8.- EHOUMAN Armand | Histologie-Cytogénétique-
Embryologie |
| 9.- GADEGBEKU ANANI Samuel | Stomatologie et Chirurgie
Maxillo-faciale |
| 10.-GUESSENND KOUADIO Georges | Médecine Sociale
et Santé Publique |
| 11.- KADIO Auguste | Maladies Infectieuses |
| 12.- KEBE MEMEL Jean-Baptiste | Anatomie-Urologie |
| 13.- KONE Nouhou | Gynécologie-Obstétrique |
| 14.- N'GUESSAN KONAN Gabriel | Anatomie-Urologie |
| 15.- ODEHOURI KOUDOU Paul | Maladies Infectieuses |
| 16.- ODI ASSAMOI Marc | Cardiologie |
| 17.- ROUX Constant | Chirurgie Infantile |
| 18.- SANGARE Amadou | Hématologie |
| 19.- SANGARE Ibrahima Séga | Urologie |
| 20.- WAOTA COULIBALY Alexandre | Traumatologie
et Orthopédie |
| 21.- YAO-DJE Christophe | Urologie |

II.- PROFESSEUR ASSOCIE

- | | |
|------------------------|------------|
| 1.- GIORDANO Christian | Neurologie |
|------------------------|------------|

III.- MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1.- ABBY BLAGUET clément	Radiologie
2.- ABISSE Agba	Immuno et Hématologie
3.- ADOH ADOH	Cardiologie
4.- ADOM AHOUSI Hilaire	Médecine
5.- AGUEHOUNDE Cosme	Chirurgie Infantile
6.- ANDOH Joseph	Pédiatrie
7.- ANONGBA DANHO Simplicie	Gynécologie-obstétrique
8.- AOUSSI EBA François Blaise	Maladies Infectieuses
9.- ASSA Allou	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
10.- ASSE N'DRI Henri	Traumatologie et Orthopédie
11.- BA ZEZE Vincent	Neuro-Chirurgie
12.- BAMBA Mema	O.R.L
13.- BANA Abdoulaye	Chirurgie orthopédique
14.- BASSIMBIE-DANHO Jeannette	Immuno et Hématologie
15.- BISSAGNENE Emmanuel	Maladies Infectieuses
16.- BOA YAPO Félix	Neurologie
17.- BOGUI Pascal	Physiologie
18.- CAMARA Benoît Mathieu	Hépto-Gastro-Entérologie
19.- COFFI DICK Sylvain	Anesthésie-Réanimation
20.- DA SILVA-ANOMA Sylvia Helena	Chirurgie Infantile
21.- DECHAMBENOIT Gilbert Marcel	Neurologie
22.- DELAFOSSE Roger Charles	Psychiatrie
23.- DIALLO Amadou Demba	Néphrologie
24.- DIE KACOU Henri Maxime	Pharmacologie Clinique
25.- DIOMANDE MOHENOU Isidore	Anatomie Pathologique
26.- DJEDJE MADY Alphonse	Urologie
27.- DJEHA Djokouéhi	Dermatologie
28.- DOSSO-BRETIN Mireille	Bactériologie-Virologie
29.- ECHIMANE KOUASSI Antoine	Cancérologie
30.- EDOH Vincent	Bactériologie-Virologie
31.- EHOUE Florent	O.R.L
32.- EHUA SOMIAN Francis	Chirurgie Générale
33.- EKRA Alain (Ministre)	Cardiologie

34.- FADIGÁ Dougoutiki	Pneumo-Phthisiologie
35.- FANY Adama	Ophthalmologie
36.- GNAGNE YADOU Maurice	Anatomie Pathologique
37.- GNIONSAHE DAZE Appolinaire	Néphrologie
38.- HONDE Michel	Anatomie Pathologique
39.- HOUENOU-AGBO Yveline	Pédiatrie Néonatale
40.- KAKOU GUIKAHUE Maurice	Cardiologie
41.- KANGA Diékouadio	Pédiatrie
42.- KANGA Jean-Marie	Dermato-Vénérologie
43.- KANGA Miessan	Chirurgie Générale
44.- KASSANYOU Salami	Anatomie-Chirurgie Générale
45.- KATA KEKE Joseph	Urologie
46.- KEÏTA Cheikh	Ophthalmologie
47.- KEÏTA Kader	Radiologie
48.- KONE Driÿsa	Psychiatrie
49.- KONE Mamourou	Gynécologie-Obstétrique
50.- KONE Safédé	Ophthalmologie
51.- KOUAKOU N'ZUE Marcel	Rhumatologie
52.- KOUAME KONAN Joseph	Pédiatrie
53.- KOUASSI Beugré	Neurologie
54.- KOUASSI Jean-Claude	Chirurgie Générale
55.- KOUASSI Kangah	Chirurgie Cardiaque
56.- KOUASSI Konan Bertin	O.R.L.
57.- LAMBIN Yves	Traumatologie et Orthopédie
58.- LOKROU LOHOURIGNON Adrien	Endocrinologie
59.- MANLAN KASSI Léopold Eloi	Hépto-Gastro-Entérologie
60.- MANZAN Konan	Urologie
61.- MIGNONSIN David	Anesthésie-Réanimation
62.- MOBIOT MANDOU Léonard	Chirurgie Infantile
63.- N'DORI Raymond François	Cardiologie
64.- N'DRI KOFFI Dominique	Anesthésie-Réanimation
65.- N'DRI-YOMAN AYA Thérèse	Gastro-entérologie
66.- N'GUESSAN Henri Alexandre	Chirurgie Générale
67.- NAMA-DIARRA Alimata Jeanne	Médecine Sociale et Santé Publique
68.- NIAMKEY EZANI KODJO Emmanuel	Médecine Interne

69.- OUATTARA DILAI Noël	Radiologie
70.- OUEGNIN Georges-Armand	Urologie
71.- OULAI Soumahoro	Pédiatrie
72.- SEKA ASSI Rémi	Radiologie
73.- SESS Essiagne Daniel	Biochimie
74.- SOMBO MAMBO François	Immunologie
75.- TAGLIANTE SARACINO-CHAPMAN Janine	Santé Publique
76.- TEA DAIGNEKPO Norbert	Immuno et Hématologie
77.- TIMITE-KONAN Adjoua Marguerite	Pédiatrie
78.- TOURE Stanislas André	Orthopédie et Traumatologie
79.- TOURE-COULIBALY Karidiata	Gynécologie-Obstétrique
80.- TOUTOU Toussaint	Médecine Interne
81.- TURQUIN TRAORE Henri	Chirurgie Générale
82.- VARANGO Guy Gaston	Traumatologie et Orthopédie
83.- WELFFENS-EKRA Christiane	Gynécologie-Obstétrique
84.- YAPI ACHY	Pneumo-Phthisiologie
85.- YAPOBI Yves René	Anesthésie-Réanimation
86.- YOBOUET-YAO Pauline	Dermatologie

IV.- MAITRES ASSISTANTS - CHEFS DE TRAVAUX

1.- ASSOUMOU Aka	Parasitologie
2.- DAH Cyrille Serge	Physiologie
3.- FAYEKETTE-ACHI Yaobla Hortense	Bactériologie-Virologie
4.- KPLE FAGET Paul	Immuno et Hématologie
5.- MEITE Mori	Immuno et Hématologie
6.- OUHON Jean	Parasitologie
7.- SANOGO Ibrahima	Immuno et Hématologie
8.- YAO Toutoukpo	Hématologie

V.- MAITRES ASSISTANTS - MONO-APPARTENANTS

1.- DOSSO Yolande	Physiologie exploration fonctionnelle
2.- N'KO marcel	Biochimie

VI.- ASSISTANTS DE FACULTE - CHEFS DE CLINIQUE DES HOPITAUX

1.- ADINGRA-GROGA BADA Nicole	Médecine Interne
2.- ADJOBI ELLO René	Gynécologie-Obstétrique
3.- ADJORLOLO-SANOGO A. Christiane	Ophthalmologie
4.- ADJOUA RITH Pascal	O.R.L
5.- AGOH Serge Antoine B. Y.	Chirurgie
6.- AHNOUX AHNSANOU Antoine	Chirurgie
7.- AKA BOUSSOU Romain	Dermatologie
8.- AKA GBLANH Kassy	Stomatologie
9.- AKA KROO Florent Pierre	Pédiatrie
10.- AKANI AYE François	Neurologie
11.- AKE Evelyne Léonore	Cardiologie Pédiatrique
12.- AMANI N'GORAN	Psychiatrie
13.- AMON TANO H Flore	Pédiatrie
14.- AMONKOU AKPO Antoine	Anesthésie-Réanimation
15.- ANOMA ANO Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
16.- ASSI AMONCHYEPO ABLAN B.	Neurologie
17.- ATTIA Koffi Alain	Hépto-Gastro-Entérologie
18.- BAKASSA TRAORE	Chirurgie cardiovasculaire
19.- BAMBA Inza	Chirurgie
20.- BANKOLE-SANNI Roumanatou	Chirurgie Pédiatrique
21.- BINLIN-DADIE Ayakan Renée H.	Anesthésie-Réanimation
22.- BOGUIFO Joseph Evariste D.	O.R.L
23.- BONI EHOUMAN Serge A.	Gynécologie-Obstétrique
24.- BONNY Jean Sylvain	Médecine du travail
25.- BROUH YAPO	Anesthésie-Réanimation
26.- CASANELLI D'ISTRIA J. M.	Chirurgie Digestive et Générale
27.- COULIBALY Adama	Urgences chirurgicales
28.- COULIBALY Gaoussou	Pneumo-Phtisiologie
29.- COULIBALY Makan	Maladies Infectieuses
30.- COULIBALY-CAMARA Ramata	Pédiatrie
31.- CREZOIT GREBERET Emmanuel	Stomatologie et Chirurgie Maxillo faciale
32.- DANGUY-AKA VANGAH Elisabeth	Pneumo-Phtisiologie
33.- DICK KOBINAN Rufin	Chirurgie Générale
34.- D'OMANDE Abdoulaye	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
35.- DJANHAN Yao	Gynécologie-Obstétrique

36.- DJE KOFFI	Chirurgie
37.- DO REGO Anicet Fructueux H.	Pédiatrie
38.- DREESEN Alice Julienne	Anesthésie-Réanimation
39.- EBOULE-ABOA Alloua C.	Cardiologie Médicale
40.- EHOUNOU Hyacinthe	Anesthésie-Réanimation
41.- EHUA-AMANGOUA Evelyne Sylvia	Pédiatrie
42.- ELOIFLIN Banga	Anesthésie-Réanimation
43.- ETI Edmond	Rhumatologie
44.- ETTE-AKRE Evelyne Elie	O.R.L
45.- FAL Arame	Chirurgie générale
46.- FERRON-BOGUI Anne	Cardiologie Médicale
47.- GBAZI GOGOUA Casimir	Radiologie
48.- GBERY Ildevert Patrice	Dermato-Vénérologie
49.- GNEBEI OYAO Roger Benjamin	Gynéco-Obstétrique
50.- GUEDEGBE Félix Séraphin	Traumatologie et Orthopédie
51.- KACOU AKA Rigobert	Maladies Infectieuses
52.- KACOUCHIA NIAMKE Béfiazan	O.R.L
53.- KADIO Richard Michel	Chirurgie Générale
54.- KADJO Kouamé	Médecine Interne
55.- KELI Elie	Chirurgie Générale et Digestive
56.- KODJO Richard	Gynécologie-Obstétrique
57.- KOFFI Eric Martin Alain S.	Chirurgie Générale
58.- KOFFI Kouakou	Anesthésie-Réanimation
59.- KOFFI Kouamé	Médecine Sociale et Santé Publique
60.- KOFFI N'GORAN Bernard	Pneumo-Phtisiologie
61.- KOFFI N'GUESSAN Marcel	Santé Publique
62.- KOFFI Konan Virgile	Ophtalmologie
63.- KOKOUA Alexandre	Anatomie-Chirurgie Générale
64.- KONAN YAO Lucien Magloire	Chirurgie Générale
65.- KONAN-TOURE Akissi M. L	Ophtalmologie
66.- KONE Brahima	Chirurgie Orthopédique
67.- KOSSOKO Hyppolite	Chirurgie réparatrice
68.- KOUAKOU Firmin	Gynécologie-Obstétrique
69.- KOUAKOU KOFFI Jules	Urologie
70.- KOUAME KOUASSI René	Anatomie
71.- KOUAME YAO Julien	Chirurgie

72.- KOUYATE Salif	Gynécologie-Obstétrique
73.- LOHOUES Marie Jeanne d'Arc	Médecine Interne
74.- MALEOMBHO Jean Pierre Nazaire	Chirurgie Générale
75.- MENSAH William Narcisse	Cardiologie
76.- N'DHATZ EBAGNITCHI Méliane M. L.	P.P.H.
77.- N'DRI Kouadio	Radiologie
78.- N'DRI N'GUESSAN	Médecine Interne
79.- N'GBESSO Roger Daniel	Radiologie
80.- N'GOAN Anne-Marie	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
81.- N'GOM Abdoul karim Séverin	Pneumophthisiologie
82.- NANDJUI MANSE Béatrice	Rééducation Fonctionnelle
83.- NIANGUE-BEUGRE N'DRIN Martine	Pédiatrie
84.- NIOUPIN-BEUGRE BOUADOUA Emma A.	Anesthésie-Réanimation
85.- OREGA Marc Euloge Dassus	Pédiatrie
86.- OUATTARA Doignan	Médecine Interne
87.- OUEDRAOGO-YANGNI-ANGATE Yolande	Médecine Interne
88.- PLO KOUIE Jeannot	pédiatrie
89.- PRINCE AGBODJAN Ajété	Pédiatrie
90.- QUENUM Guillaume David C.	Gynécologie-Obstétrique
91.- SISSOKO Souleymane Jacques A.	Anesthésie-Réanimation
92.- SONAN AFFOUNDAH Thérèse A.	Neurologie
93.- SORO-KONE Mariam	Pédiatrie
94.- TANAUH Yves Raymond	Chirurgie Thoracique
95.- TANOH AMENAN H. Laure	Gynécologie-Obstétrique
96.- TOTO Amani	Médecine Interne
97.-TOURE Managbè	Pédiatrie
98.- VARLET Guy Gervais Aka	Chirurgie Générale
99.- VILASCO Brigitte Emma	Anesthésie-Réanimation
100.- YANGNI-ANGATE Koffi Hervé	Chirurgie Cardiaque
101.- YAO Blaise	Urologie
102.- YAPI CHIA Paulette	Neurologie
103.- YAPO Patrice	Chirurgie Générale
104.- YAPO-KOUASSI Florence	Cardiologie Médicale
105.- YOFFOU-LAMBIN Liliane	Ophthalmologie

VII.- ASSISTANTS DE FACULTE - CHEFS DE BIOCLINIQUE DES HÔPITAUX

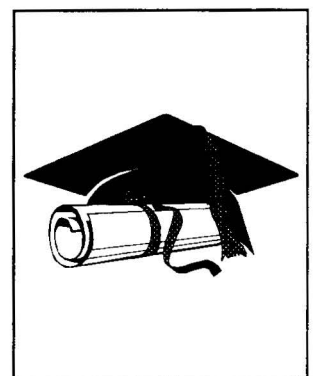
1.- ACHY OSSEY BERTIN	Biophysique-Radiologie
2.- ADO-ADO-MENSAH Marie Isabelle	Histologie
3.- AKOUA-KOFFI Gnankou	Bactériologie
4.- AMBOFO-PLANCHE Yanda C.	Hématologie
5.- CISSE-CAMARA Massara	Biochimie
6.- D'HORPOCK Ahoua	Anatomie Pathologique
7.- DAUBREY-POTEY Marie-Thérèse	Pharmacologie
8.- DJESSOU SOSSE Prosper	Biochimie
9.- ETTE-DIENG Elisabeth	Anatomie-Pathologique
10.- GOTTA Séry Fréjus	Anatomie
11.- KACOU Adèle	Bactériologie
12.- KONE Moumini	Hématologie
13.- KOUTOUAN-KODJOED Annick	Biophysique
14.- OUATTARA Souhaliho	Physiologie
15.- SAKHO SIDI Samba	Histo-Embryologie- Cytogénétique
16.- SEKA SEKA Joseph	Immuno et Hématologie
17.- SYLLA-KOKO Fatoumata Djim	Bactériologie-Virologie
18.- TRE-YAVO Mireille	Histologie-Cytologie- Embryologie
19.- TUO Nalourgo	Physiologie
20 - USHER-MALEOMBHO Mélanie	Anatomie Pathologique
21.- YAPO-ETTE Héléne Abouheu	Médecine Légale
22.- YAVO Jean-Claude	Pharmacologie

VIII.- CHARGES DE COURS

1.- BOGUI VINCENT	Physique
2.- KOFFI Philippe	Chimie



DEDICACES



JE

DEADJE

CETTE

THESE ...

A MON PERE SIBA DELI DIOMANDE (*In mémorium*)

Papa, tu as été un guide pour nous, et comme tous les grands guides, à l'image de Moïse, Martin Luther KING et tant d'autres, tu nous as aidés à "traverser le désert", tu nous as menés au seuil de la "Terre promise" et comme eux tu n'y es pas entré avec nous.

De ton royaume inconnu, père, admire ce travail, oeuvre de tes durs labeurs, témoignage de notre amour filial pour toi.

Veille éternellement sur nous ; nous nous reverrons un jour sûrement

Merci Cher Papa !

A MA MERE DAN MONNE HELENE

Très tôt, tu as compris qu'une plante a besoin d'eau mais aussi de chaleur pour sa croissance. Ainsi tu as ajouté ta rigueur maternelle à la douceur de papa, un équilibre qui nous a permis de nous doter d'armes nécessaires pour affronter la vie d'ici bas.

Mère tu sais combien de fois nous t'aimons et ce que tu représentes désormais pour nous depuis que Papa nous a quittés pour le repos éternel.

Puisse Dieu te bénir et te garder longtemps avec nous !

Merci Maman Chérie !

A MON ONCLE BIA KESSELE

*Tu es le dernier baobab qui nous protège ;
Que Dieu te garde longtemps avec nous !
Merci papa pour ta présence constante à nos côtés.*

A MON ONCLE ZOH PIERRE

Très discret, tu restes tout aussi efficace pour nous.

Merci à toi

A MES TANTES BIA ET ZOH

Mes sincères remerciements.

A MON GRAND NEVEU DROGON

"Fiston", c'est toi qui m'as montré ce chemin. Si j'avais échoué tu en aurais certainement porté le regret. Fort de cela, tu as constamment œuvré pour me mettre dans les conditions morales et matérielles favorables au succès et en voici le résultat.

Ce travail n'est qu'une étape d'une carrière que je te dois entièrement.

Je formule pour toi des vœux de santé et de paix du cœur. Que le Seigneur te protège afin que nous poursuivions la lutte car je sais que tu nourris le secret espoir que nous irons ensemble la main dans la main jusqu'à la victoire finale.

Tu as toujours vénéré tes oncles maternels, que leurs bénédictions t'accompagnent.

Merci mon cher fils !

A MA TANTE DROGON SARAH

Toute ma gratitude Maman.

A MON GRAND FRERE BIA DELI

Malgré tes modestes moyens, tu as aidé Papa à nous soutenir. Ce travail est le fruit de tes efforts.

M e r c i D e n i s !

A MON GRAND FRERE BIA BERNARD

Eric, tu as pris le chemin de l'aventure pour mieux mener la lutte pour la survie. C'est de bonne guerre et tous nos voeux t'accompagnent.

Seulement n'oublie pas de revenir à ta terre natale car on n'est mieux que chez soi et tu sais que nous t'aimons.

Ce travail est le témoignage de notre amour fraternel pour toi .

A MON GRAND FRERE GONDO ALY

Malgré l'absence de Papa je ne me suis véritablement jamais senti orphelin. Près de toi j'ai toujours obtenu le réconfort tant moral que matériel qui aurait pu me manquer.

Vois en ce travail le fruit de ton amour fraternel.

Que Dieu te protège ANT !

A MON PETIT FRERE SIBA ANTOINE

Serges, tu as beaucoup de potentialités qui ne demandent qu'à être exploitées.

Mets-toi à l'oeuvre, nous serons toujours là pour t'apporter le soutien dont tu auras besoin.

Sache que le succès fleurit au bout de l'effort.

A MES GRANDES SOEURS MARIAM ET KARIA

Ce travail est le témoignage de mon affection pour vous.

A MES PETITES SOEURS : SEVERINE, MICHELE

*Si je suis rigoureux avec vous c'est parce que j'attends
beaucoup de vous.*

Vous êtes mon espoir.

A MON GRAND FRERE MAH YOLE (in mémorium)

*Même si nous ne t'avons pas connu, tu demeures l'aîné et
nous, les cadets ; c'est toi qui a fait les premiers pas et nous
t'avons suivi.*

*Demeure avec nous en esprit car nous avons toujours
besoin de ta protection.*

Repose en paix !

A MA PETITE SOEUR SIBA GOUELOU PATRICIA

(in mémorium)

*Tu sais combien de fois je t'aimais, mais peut-être que le
Bon Dieu t'aimait encore plus et il t'a rappelée à lui.*

Paix à ton âme !

A MA COMPAGNE RACHELLE

*Le chemin que nous avons pris est long. Sachons le rendre
agréable en nous aimant mutuellement.
Ce travail je te l'offre comme gage de mon amour pour toi.*

A MON FILS THIERRY

Je sais que je t'ai beaucoup manqué. Tu aurais aimé que je sois plus disponible afin que tu jouisses de l'amour paternel qui est ton droit.

Rassures-toi fiston, il n'est plus loin ce jour que nous attendons tous. Nous avons tant de choses à vivre, tant de choses à nous communiquer pour ton épanouissement.

Je t'aime Thierry !

A MES BELLES-SOEURS HORTENSE, MAHOUA ET SUZANNE

Votre présence aux côtés de nos aînés a toujours créé un cadre propice à notre épanouissement.

Recevez mes sincères remerciements !

A MES COUSINS ET COUSINES BIA ET ZOH

Nous avons une famille à bâtir, un empire à fonder et ce n'est que la main dans la main que nous y parviendrons.

Ce travail que je vous dédie est le témoignage de toute mon affection pour vous et le gage de ma disponibilité pour la cause familiale.

A MES NEVEUX ET NIECES

Cette oeuvre n'est qu'un exemple ; je vous exhorte à faire mieux que moi.

A TOUS MES GRANDS PARENTS

*Vous êtes la semence qui a donné naissance à cette plante.
Soyez rassurés de mes sentiments de gratitude pour vous.*

A MON ONCLE DRO ADAMA

Maître, tu as toujours été mon modèle, mon idole.

Mais tu sais, il est difficile d'imiter les grands hommes, surtout que pour toi, grandeur signifie réalisme, rigueur sur ta propre personne et bonté envers autrui.

Tu as conduit mes pas jusqu'au seuil de la vie d'adulte, aides-moi à tenir la promesse de porter les fruits qui feront ta fierté.

Soucieux du bien-être des tiens, tu voues un amour sans faille à ta famille.

Que Dieu protège ta chère mère, tes frères et soeurs, ton épouse et tes enfants et tous ceux qui te sont chers.

Tu as la reconnaissance de ma famille et ce travail, expression de ton amour pour ton prochain, en est l'illustration.

Merci Durandean !

Merci "Banquier" !

AUX ENFANTS DROGON

- *Esther*
- *Aline*
- *Ruth*
- *Thère*
- *Kia*
- *Daniel*
- *Emmanuel*
- *Priscille*
- *D é b o r a h .*

*Je vous appelle affectueusement mes petits enfants, vous êtes
en réalité ma fierté.*

Ce travail est le témoignage de mon estime pour vous.

Merci infiniment !

A MA BELLE-MERE SATY

*Tu as mené ta lutte de manière solitaire tout en te mettant
au service des autres.*

Toute ma gratitude pour toi, cousine.

A MES BEAUX PARENTS KADE ET GBESSA

Je ne saurai jamais vous remercier assez.

A MONSIEUR GUEU SAI PASCAL ET FAMILLE

*Grand-frère, tu es pour moi l'exemple de simplicité de
disponibilité et de bonté.*

*Que le Seigneur protège toute ta famille pour notre bonheur
commun.*

Merci infiniment !

AUX FAMILLES GNAZE OBROU ET AHONDJO

*Encore jeunes, il y a encore du chemin à faire pour vous.
Mais pour qui choisit de marcher avec le Seigneur il n'est
de voyage pénible.*

Merci d'avoir choisi ce chemin

Merci mes "Chers enfants"!

A LA JEUNESSE DE KPANGOUIN

*Cette thèse est le fruit de la bienveillance de nos aînés à qui
je rends hommage ici.*

*Cette thèse je la dédie aux plus jeunes afin qu'ils sachent
que le travail est un trésor.*

AUX HABITANTS DE KPANGOUIN ET GODEGOUIN

La plante que vous avez arrosée a grandi.

Merci à vous !

A MES AMIS DE TOUJOURS

- Docteur ADJA Gnangui et famille*
- Docteur BE Jeancis et famille*
- Docteur DATIE Ange-Michel et famille*
- Docteur KATCHE Ayéréby Jacques et famille*

*Comme j'ai été heureux en votre compagnie !
Vous m'avez soutenu à des moments difficiles et cela a
rendu mes pas légers.*

Recevez les sentiments de ma profonde reconnaissance.

A MADAME BALLO ANGELE

*Sans chercher à me connaître, vous avez accepté des jours
durant de travailler au couronnement de ma carrière.
Cela relève certainement de vos immenses qualités humaines
et je vous en suis reconnaissant.*

Puisse le Seigneur veiller sur vous.

A MES PARENTS DE GBOMBELO

*Tout part de la source ; je sais que je vous dois beaucoup.
Infinies reconnaissances !*

A MON COMPAGNON DE TOUJOURS :
GONO CHERIF PECOS

*Malgré la différence entre les chemins empruntés, nous
restons inséparables.*

Bill ! merci pour ton amitié sincère

A MES AINES

Professeur OULAI Mathurin et Famille

Dr BLE Youty charles et Famille

Dr LAINE Massiata épouse DION et Famille

*Si j'ai pu arriver jusqu'à ce niveau, c'est parce que je vous
ai eus constamment comme repère.*

*J'ai appris beaucoup auprès de vous grâce à votre
disponibilité et à votre désir ardent de faire profiter votre
cadet que je suis, de l'expérience que vous avez reçue.
Au moment où je passe cette étape de ma carrière médicale,
Soyez assurés de ma profonde gratitude.*

Merci infiniment !

AU PROFESSEUR KONE NOUHO

Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Cocody

*Discrètement mais avec insistance vous ne cessez de me
prodiguer de sages conseils.*

*Votre présence à mes côtés me rassure et je tiens, au
moment où je couronne mes études médicales, à vous
adresser au nom de tous les miens les sentiments de notre
cordiale reconnaissance pour vous et pour votre famille.*

Merci Cher Maître !

AUX ASSISTANTS

*Du service de Gynécologie et d'obstétrique du CHU de
Cocody*

Docteur DJANHAN Yao Antoine

Docteur ANOMA Mathieu

Docteur BONI Serge

Docteur TANOAH Laure

Docteur KODJO Richard

Docteur DIBY Alice

Docteur BOKOSSA épouse MAMBO

*Chers aînés je ne sais combien de fois vous dire merci.
C'est vous qui m'avez aidé à intégrer ce cher service, et
c'est vous qui me permettez d'y évoluer sans grande
difficulté. Le chemin est encore très long mais je suis
persuadé que je peux toujours compter sur vous.*

Mille fois merci !

AUX MEDECINS

AUX MAJORS Mr AKRE, Mme EBA, Mme ABE

et Mme DIANE ET LEURS EQUIPES DE

SAGES-FEMMES ET D'INFIRMIERES.

AUX GARCONS ET FILLES DE SALLE

*Du service de Gynécologie et d'Osbtétrique du CHU de
Cocody*

*Tous nous sommes un, car notre combat est le même, celui
de remporter chaque jour davantage de victoires sur la
maladie au profit de la santé de nos semblables.*

Puisse Dieu nous unir et nous remplir de sagesse.

Merci à vous tous !

A TOUS MES AMI(E)S

- . *De l'Ecole Primaire Privée Catholique Garçons Saint Michel de Man ;*
- . *Du Collège Catholique Garçons de Man ;*
- . *Du Lycée Scientifique garçons de Yamoussoukro ;*
- . *De la faculté de médecine d'Abidjan ;*

A TOUS CEUX A QUI J'AI EU LE DEVOIR DE DONNER DES SOINS
A TOUS,LES MIENS
A TOUS MES AMI(E)S
A TOUS CEUX QUI, D'UNE MANIERE OU D'UNE AUTRE, ONT
CONTRIBUE A MON EPANOUISSEMENT

*A tous, je vous adresse mes plus sincères remerciements et
mon amicale reconnaissance.*

A NOS

MAITRES

ET Juges

PROFESSEUR BOHOUSSOU KOUADIO

- *Chef de service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Cocody*
- *Chevalier des palmes académiques*
- *Officier de l'Ordre de la Santé Publique de Côte d'Ivoire*
- *Professeur de clinique Gynécologique et Obstétricale*
- *Secrétaire de l'Ordre des Médecins de Côte d'Ivoire.*

Pétri de connaissances scientifiques vous ne ménagez aucun effort pour transmettre aux générations futures ce qu'ici et ailleurs, vous avez mis tant d'années à apprendre.

Cher Maître, vos sacrifices ne sont pas vains ; à preuve, vos nombreux élèves éparpillés à travers la Côte d'Ivoire et dans de nombreux pays d'Afrique sont cités en exemple de par leur qualité.

Par ailleurs, il ne serait pas juste de faire passer sous silence vos immenses qualités humaines : en effet, ne vous arrive-t-il pas souvent de faire remarquer que l'on vous reproche d'être trop bon ?

Cela est sûrement vrai mais nous savons que vous même n'y pouvez rien car cette bonté est votre nature, elle vient du plus profond de votre coeur et ce qui vient du coeur est sacré et inaccessible à la volonté humaine.

Oui, je suis fier d'être à votre école et c'est avec révérence et respect que je vous rends hommage pour l'honneur que vous me faites de présider le jury de cette thèse.

J'ai ainsi l'impression, et c'est vrai, de sortir par la grande porte, celle du Maître.

Merci Professeur !

PROFESSEUR AGREGE ANONGBA DANHO Simplicie

- Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique

Au moment où nous présentons à l'appréciation de tous notre oeuvre commune, cher aîné, permettez-moi, au nom de toute ma famille, de vous remercier sincèrement pour votre disponibilité et votre dévouement pour vos cadets.

Avec vous je me sens les armes nécessaires pour le noble combat du savoir car vos qualités faites de rigueur, de minutie et d'effort soutenu sont un gage de réussite.

Je Veux marcher avec vous Cher Maître, et je demande votre indulgence pour d'éventuels signes de faiblesse que je pourrais présenter le long de notre chemin.

Merci Aîné !

PROFESSEUR AGREGE OULAI SOUMAHORO

- Professeur Agrégé de Pédiatrie

Très tôt, alors que je ne faisais que commencer les études médicales, vous avez accepté de m'ouvrir votre coeur. Et ainsi, plein d'assurance j'ai pu suivre ce long chemin, parce que me sentant sous votre protection.

Travailleur, discret et plein de bonté, vous séduisez par votre calme et votre patience, autant de qualités qui font de vous aujourd'hui la fierté de toute une région.

C'est avec plaisir que je vous sais juge de ce travail qui, en fait, n'est que le résultat de votre bienveillance.

A vous, à votre chère épouse, Elisabeth, et à vos enfants, je demande de croire ici en l'expression de mon infinie reconnaissance.

PROFESSEUR AGREGE KASSANYOU SALAMI

- *Professeur Agrégé d'Anatomie et de Chirurgie Générale.*

*Dès notre première année de médecine, nous avons été
frappés par votre grande simplicité.*

*Au cours de nos stages hospitaliers, vos mêmes qualités
humaines nous ont permis de vous approcher aisément et
d'apprendre à vos côtés.*

*Vous acceptez aujourd'hui de faire partie du Jury de cette
thèse, c'est le couronnement de tant d'années de dévouement
pour vos cadets.*

*Recevez, Cher Aîné et Maître, l'expression de ma profonde
gratitude pour vous et votre famille.*

NOUS AVONS FOI

EN DIEU

QU'IL QUASSE

NOS PAS.

***CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'ACCOUCHEMENT
DANS LES UTERUS
ANTERIEUREMENT CESARISES***

oooooooooooo

***A PROPOS DE 2 041 CAS COLLIGES
A LA MATERNITE DU CENTRE HOSPITALIER
ET UNIVERSITAIRE (C.H.U.) DE COCODY***

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1er CHAPITRE : Généralités

- I Historique de la césarienne
- II Définition de l'utérus cicatriciel
- III Types de cicatrice utérine
 - 1 - Cicatrice corporéale
 - 2 - Cicatrice segmentaire

2e CHAPITRE : Etude de nos cas

- I Matériel et méthode d'étude
 - 1 - Matériel d'étude
 - 2 - Méthode d'étude
- II Résultats
 - 1 - Fréquence des accouchements sur utérus antérieurement césarisés
 - 2 - Caractéristiques épidémiologiques des parturientes
 - 3 - Etude des césariennes antérieures
 - 4 - Mode de terminaison de la grossesse sur utérus antérieurement césarisés
 - 4.1 Accouchement par les voies naturelles
 - 4.2 Accouchement par césariennes itératives

III Complications des accouchements sur utérus
antérieurement césarisés

1 - Complications maternelles

1.1 Morbidité maternelle

1.2 Mortalité maternelle

2 - Complications foetales

2.1 Morbidité foetale

2.2 Mortalité foetale

IV Commentaires et propositions

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Le souci constant de l'Obstétricien de pratiquer l'accouchement dans les meilleures conditions possibles avec le moindre risque pour la mère et pour l'enfant a donné naissance à l'opération césarienne.

Mais, l'existence de la cicatrice utérine fragilise l'utérus et constitue un risque de rupture pendant la grossesse ultérieure, mais surtout pendant l'accouchement.

De ce fait, face au soulagement immédiat procuré par cette césarienne l'Obstétricien appréhende la grossesse et l'accouchement dans les utérus antérieurement césarisés en raison du risque potentiel de rupture utérine, risque non négligeable dans nos régions sous médicalisées.

Ce travail a pour objectif général de guider le Praticien dans la conduite de l'accouchement dans les utérus antérieurement césarisés en déterminant :

- les éléments compatibles avec un accouchement par les voies naturelles ;
- les indications de césariennes prophylactiques itératives ;
- le profil à risque de rupture utérine.

PREMIER CHAPITRE

GENERALITES

Depuis sa découverte jusqu'à nos jours, la césarienne a connu une évolution bien prudente s'étendant sur plusieurs siècles, que THOULON (43) a tenté dans un historique de résumer.

I. HISTORIQUE DE LA CESARIENNE

L'origine même du mot "CESARIENNE" est discutée. Selon THOULON (43), PLINE L'ANCIEN prétend dans *historia naturalis*, Livre 7, que le surnom des membres de la "GENS" Julia vient de ce que le premier des CESARS est né "AB UTERO MATRICE CAESO".

PUNDEL rattache quant à lui le terme "CESARIENNE" au verbe *caedera* qui signifie couper.

Avant l'ère de la césarienne, toute dystocie obstétricale irréductible était mortelle et pour la mère et pour le fœtus.

La LEX REGIA de NUMA POMPILUS, lettre écrite par NUMA POMPILUS, deuxième roi légendaire de Rome, pour exiger, en cas de décès d'une gestante, que le corps de l'enfant soit séparé de celui de sa mère pour être enterré dans une tombe à part (715-673 avant JESUS-CHRIST), inaugure la césarienne post-mortem permettant de séparer le corps du fœtus de celui de sa mère.

Depuis ce qui semblait être ainsi l'ébauche de la césarienne, il a fallu attendre 1 800 ans après, soit en 1491 après JESUS-CHRIST pour assister au premier cas de césarienne chez la femme vivante.

THOULON tente ici de retracer le chemin ainsi parcouru, en lui distinguant quatre étapes :

PREMIERE ETAPE : LES ESSAIS "L'OUVERTURE"

En 1581, paraît le "traité de l'hystérotocotomie ou enfantement césarien" de ROUSSET.

La première description technique est faite : incision paramédiane. Plus tard, BAUDELOCQUE recommande la laparotomie médiane et la technique de la césarienne se précise au début du XIXe siècle : incision médiane sus et sous ombilicale, hystérotomie corporéale, suture pariétale avec drainage, pas de fermeture de l'utérus. Elle est réalisée en moins de 10 minutes, parfois 3 à 4 minutes (BOUCHACOURT). La mortalité est de 100%.

DEUXIEME ETAPE : LES ESSAIS "LA FERMETURE"

La première suture est réalisée par LEBAS en 1770. Le fil d'argent est le mieux toléré et la suture extra-muqueuse est déjà décrite en 1877. La mortalité chute à 80%.

Le port d'une deuxième grossesse n'est pas encore à l'ordre du jour.

TROISIEME ETAPE : LA CONFIRMATION, LA SUTURE "SERO-SEREUSE"

Une date 1882, deux auteurs : KEHRER et SANGER marquent ses débuts. Deux plans sont effectués, le premier extra-muqueux, le deuxième séro-séreux qui l'enfouit. Ce mode de suture fait chuter la mortalité des césariennes jusqu'à 10 %.

POTOCKI (1886) l'oppose victorieusement à la césarienne mutilatrice de PORRO (1876). Se développe alors la césarienne segmentaire ou supra-symphysaire (KEHRER 1892). L'abord est trans-péritonéal ou extra-péritonéal après décollement médian ou latéral. La césarienne segmentaire est appliquée plus tard en France (BRINDEAU) et imposée à Lyon par TRILLAT.

L'incision jusque-là segmentaire verticale cède la place à l'incision transversale, et ERBSLOH en 1942 lui consacre un article très documenté.

La "bataille" entre les partisans de la suture extra-muqueuse et de la suture totale dure encore de nos jours mais la suture en plan extra-muqueux gagne du terrain.

Le matériel de suture fut d'abord du fil d'argent puis du catgut. Les fils non résorbables ont été abandonnés, en dehors d'un nylon très fin utilisé en 1954 dans des sutures extra-muqueuses non perforantes par POTTER.

A partir de cette étape, les grossesses ultérieures sont permises mais la voie d'accouchement pose une telle inquiétude que CRAGIN aux Etats-Unis en 1916 opte pour la "césarienne une fois, césarienne toujours", position qui variera au fil des années.

DERNIERE ETAPE : LA CICATRICE UTERINE

Des études histologiques ont été pratiquées par COUVELAIRE (1909) et refaites plus tard par POIDEVIN et WANIOREK.

En 1955, BAKER montre l'intérêt de l'hystérorraphie pour évaluer la qualité de la cicatrisation.

THOULON marquera son adhésion à ce principe en mettant au point une classification de ces images radiographiques en quatre groupes :

- GROUPE I : Cicatrice invisible radiologiquement
- GROUPE II : Petite déformation de moins de 4 cm
- GROUPE III : Déformation de 4 à 5 cm de profondeur à aspect morphologiquement régulier (coin, encoche etc)
- GROUPE IV : Déformation de plus de 6 cm de profondeur avec aspect en hernie ou en fistule

Seul le groupe IV fait courir un risque potentiel élevé de rupture utérine.

Cette évolution technique, l'utilisation des voies d'abord esthétiques et solides (incision de Pfannenstiel), ainsi que la prise de conscience de la nécessité d'une qualité parfaite du nouveau-né explique l'extension actuelle des indications.

Cependant le choix de la voie d'accouchement des grossesses conçues ultérieurement sur ces nombreux utérus fragilisés par une cicatrice pose encore des problèmes de nos jours, surtout en zones sous médicalisées pour des raisons diverses.

II. DEFINITION DE L'UTERUS CICATRICIEL

On désigne sous le terme d'utérus cicatriciel tout utérus porteur de cicatrice d'un acte opératoire ou d'une lésion traumatique.

Il s'agit habituellement de la cicatrice d'une incision chirurgicale telle que la césarienne, les myomectomies, certaines interventions restauratrices (dans les malformations utérines), certaines résections de la corne utérine (salpingectomie, réimplantation tubaire...).

La cicatrice peut être également la conséquence d'une effraction accidentelle de l'utérus : perforation au cours d'un curetage ou d'une autre manoeuvre abortive, déchirure du col ignorée, rupture utérine suturée.

Indépendamment de leurs étiologies, les cicatrices utérines ont en commun la fragilisation de la zone où elles siègent.

III. TYPES DE CICATRICE UTERINE

Nous prenons en compte les cicatrices de césarienne.

Il en existe deux types :

- la cicatrice de césarienne corporeale ;

- la cicatrice de césarienne segmentaire.

III.1 LA CICATRICE DE CESARIENNE CORPOREALE

C'est une incision sagittale verticale du corps utérin. Son grand risque de rupture utérine (1, 3, 46) l'a fait actuellement abandonner, sauf en cas de nécessité absolue (non accessibilité au segment inférieur, non formation du segment inférieur).

Plusieurs raisons expliquent la mauvaise qualité de ces cicatrices :

- La forte contractilité dans les suites de couches qui disjoint plus ou moins les berges de l'incision,
- le péritoine non décollable exposant directement la suture dans la cavité abdominale,
- la cicatrice se présente comme une bande fibreuse déprimant les faces séreuse et muqueuse,

- enfin, la structure musculaire de l'utérus est essentiellement faite de faisceaux de fibres lisses disposées en couches circulaires ; une telle incision aboutit à une rupture de ces faisceaux.

III.2 LA CICATRICE DE CESARIENNE SEGMENTAIRE

Elle est fréquente.

Tous les caractères du segment inférieur l'opposent à ceux des cicatrices corporéales :

- zone mince et facile à suturer,
- zone peu contractile
- zone recouverte par du péritoine décollable, isolant la cicatrice utérine de la cavité abdominale.

Les avantages respectifs des incisions segmentaires transversales ou verticales sont difficiles à déterminer car ils semblent théoriques. Seuls les risques au cours de l'incision sont individualisés : l'incision segmentaire verticale menace la vessie vers le bas, tandis que l'incision segmentaire transversale menace les pédicules utérins latéralement.

DEUXIEME CHAPITRE

ETUDE DE NOS CAS

I. MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

I.1 MATERIEL D'ETUDE

Notre étude porte sur 2041 accouchements sur utérus antérieurement césarisés, accouchements effectués à la Maternité du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Cocody.

Ont été exclus de l'étude les autres utérus cicatriciels à savoir :

- les accouchements sur antécédents de myomectomie,
- les accouchements sur antécédents de salpingectomie avec résection cunéiforme de la corne utérine,
- les accouchements sur antécédents de rupture utérine sous péritonéale
- les accouchements sur antécédents de perforation utérine.

I.2 METHODE D'ETUDE

notre étude est entièrement rétrospective ; elle a porté sur une période de 4 ans allant du premier janvier 1988 au 31 Décembre 1991.

Les 2 041 accouchements répertoriés dans les utérus antérieurement césarisés l'ont été sur un ensemble de 20 103 accouchements effectués au cours de la même période.

Par ailleurs, nous avons pratiqué 3 170 césariennes et enregistré 409 ruptures utérines.

Les dossiers retenus sur la base des paramètres cliniques ont permis :

- une analyse des caractéristiques épidémiologiques des parturientes,
- une analyse de la conduite obstétricale définie par notre étude,
- une appréciation du pronostic materno-foetal dans ce type d'accouchement.

II. RESULTATS

II.1 FREQUENCES DES ACCOUCHEMENTS DANS LES UTERUS
ANTERIEUREMENT CESARISES

II.1.1 FREQUENCE GLOBALE

Sur un total de 20 103 accouchements, 2 041 se sont produits sur utérus antérieurement césarisés, soit une fréquence de 10,15%.

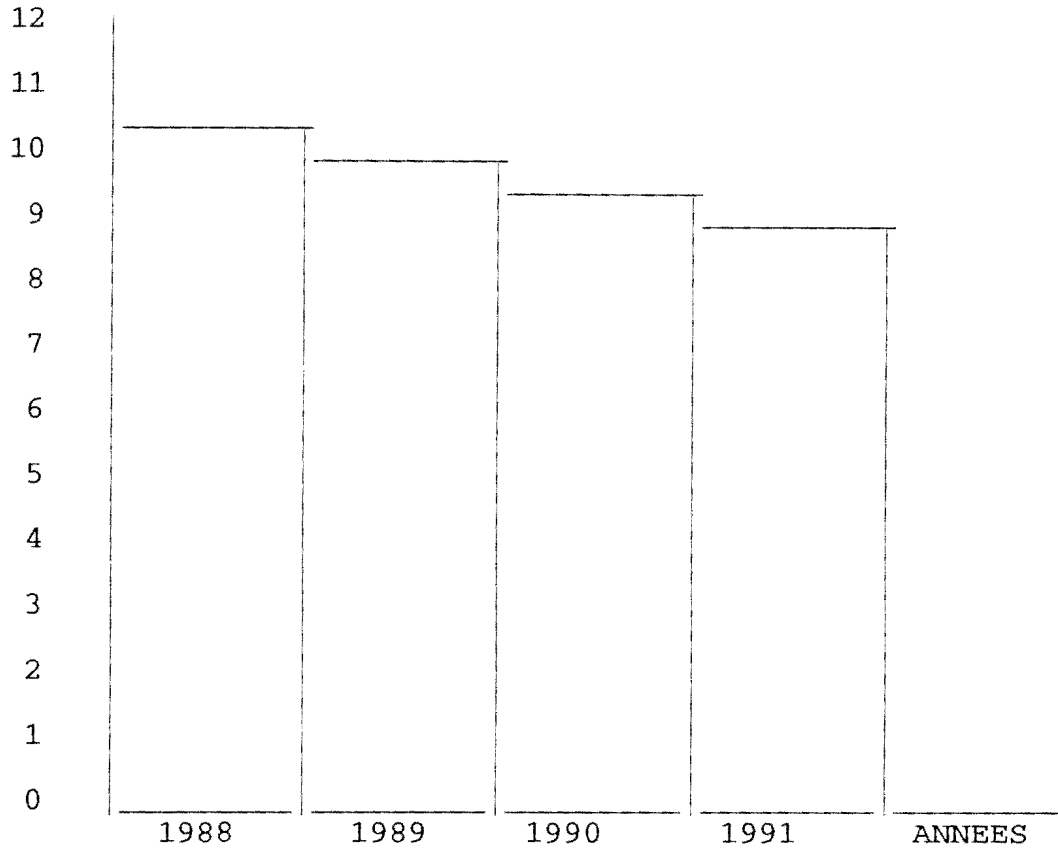
II.1.2 FREQUENCE ANNUELLE (TABLEAU 1)

ANNEES	ACCOUCHEMENT SUR UTERUS CESARISES	TOTAL DES ACCOUCHEMENTS	FREQUENCE
1988	504	4 627	10,89 %
1989	525	5 051	10,39 %
1990	516	5 171	9,98 %
1991	496	5 254	9,44 %
TOTAL	2 041	20 103	10,15 %

Tableau 1

FRÉQUENCE ANNUELLE DES ACCOUCHEMENTS SUR UTÉRUS ANTÉRIEUREMENT CÉSARISÉS, SUR UNE PÉRIODE DE 4 ANS.

FREQUENCE ANNUELLE EN POURCENTAGE

Histogramme N° 1

FRÉQUENCE ANNUELLE DES ACCOUCHEMENTS SUR UTÉRUS ANTÉRIEUREMENT CÉSARISÉS, SUR UNE PÉRIODE DE 4 ANS.

Le tableau N° 1 et l'histogramme correspondant nous montrent une sensible diminution progressive de la fréquence des accouchements sur utérus antérieurement césarisés, de l'année 1988 à l'année 1991.

II.2 CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES PARTURIENTES

II.2.1 MODE D'ADMISSION

MODE D'ADMISSION	NOMBRE	POURCENTAGE
Evacuées	des maternités des communes d'Abidjan	778 38,12%
	des maternités rurales	375 18,37%
Suivies dans le service	888	43,51%
TOTAL	2041	100,00%

Tableau N° 2

RÉPARTITION DES ACCOUCHEMENTS SUR UTÉRUS CICATRICIELS SELON LE MODE D'ADMISSION.

Au tableau 2 nous notons que plus de la moitié de nos parturientes ont été évacuées, ce qui est caractéristique de notre service qui est un service de référence.

II.2.2 AGES

AGE (ANS)	NOMBRE	FREQUENCE
15 - 19	78	3,82 %
20 - 24	436	21,36 %
25 - 29	802	39,29 %
30 - 34	340	16,67 %
35 - 39	291	14,26 %
> ou = 40	77	3,77 %
INCONNUS	17	0,83 %
TOTAL	2 041	100 %

Tableau N°3**RÉPARTITION DES ACCOUCHÉES ANTÉRIEUREMENT CÉSARISÉES EN FONCTION DES TRANCHES D'ÂGE.**

La répartition selon l'âge nous révèle que la tranche d'âge la plus représentée est celle de 20 à 34 ans, l'âge idéal de la maternité. Cependant la fréquence des parturientes ayant des âges extrêmes, de 12 à 19 ans d'une part et supérieur à 40 ans d'autre part n'est pas négligeable.

II.2.3 PARITE

PARITES	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE
1	522	25,58 %
2	408	19,99 %
3	312	15,29 %
4	249	12,20 %
5	188	9,21 %
6	126	6,17 %
7	134	6,57 %
8	49	2,40 %
9	33	1,62 %
10	20	0,97 %
TOTAL	2 041	100 %

Tableau N° 4

RÉPARTITION SELON LES PARITES ANTÉRIEURES DES PARTURIENTES.

Dans le tableau 4 nous constatons que la plupart de nos parturientes sont paucipares (parité < ou = 3).

II.2.4 NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE

NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
BAS NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE	1684	82,51%
MOYEN NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE	324	15,87%
HAUT NIVEAU SOCIO-ECONOMIQUE	25	1,22%
INCONNU	8	0,44%
TOTAL	2041	100,04%

Tableau N° 5

RÉPARTITION SELON LE NIVEAU SOCIO-ÉCONOMIQUE DES PARTURIENTES

La répartition des accouchements sur utérus antérieurement césariés selon le niveau socio-économique des parturientes révèle que nos parturientes sont en majorité de bas niveau socio-économique : il s'agit essentiellement de femmes au foyer.

II.3 LES CESARIENNES ANTERIEURES

II.3.1 REPARTITION EN FONCTION DU NOMBRE DE CESARIENNES ANTERIEURES

NOMBRE DE CESARIENNES ANTERIEURES	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
1	1670	81,82%
2	299	14,65%
3	66	3,23%
4	6	0,30%
TOTAL	2041	100,00%

Tableau N° 6

RÉPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DU NOMBRE DE CÉSARIENNES ANTÉRIEURES

La plupart des parturientes ont été césarisées une seule fois.

II.3.2 REPARTITION EN FONCTION DU LIEU DE LA DERNIERE
CESARIENNE

LIEU DE LA DERNIERE CESARIENNE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
C.H.U. COCODY	1373	67,27%
HORS CHU COCODY	496	24,30%
INCONNU	172	8,43%
TOTAL	2041	100,00%

Tableau N°7

RÉPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DU LIEU DE LA DERNIERE CÉSARIENNE

La plupart de nos parturientes ont subi leur dernière césarienne au CHU de Cocody.

II.3.3 REPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DE
L'INDICATION DE LA CESARIENNE PRECEDENTE

Nous n'avons pas pu retrouver l'indication de la césarienne précédente dans 669 dossiers médicaux. Les 1372 indications retrouvées figurent au tableau N°8.

INDICATIONS	NOMBRE DE CAS	%
Bassins dystociques Bassin Généralement rétréci	186	13,56%
Bassin limite	276	20,12%
Disproportion foeto pelvienne	397	28,94%
Souffrance foetale	142	10,35%
Présentations anormales	126	9,18%
Plus de deux cicatrices antérieures	62	4,52%
Echec de l'épreuve de travail	47	3,43%
Hémorragies (Placenta Praevia, Hématome Rétroplacentaire)	42	3,06 %
Pathologies médicales	27	1,97 %
Rupture prématurée des membranes	18	1,31%
Dépassement du terme	34	2,48%
Pathologies funiculaires	15	1,08%
TOTAL	1372	100,00%

Tableau N°8

RÉPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DES PRINCIPALES INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE PRÉCÉDENTE.

Dans ce tableau 8, les indications de césariennes antérieures sont dominées par les causes mécaniques (bassins dystociques, disproportion foeto-pelvienne) qui représentent 42,08% des indications.

II.3.4. REPARTITION DES PARTURIENTES PRECEDEMMENT CESARISEES
AU C.H.U. DE COCODY EN FONCTION DU TYPE D'HYSTEROTOMIE
PRATIQUEE

Nous avons pu recenser 1063 types d'hystérotomies réparties de la manière suivante :

TYPE D'HYSTEROTOMIE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
Segmentaire Transversale	812	76,39%
Segmentaire verticale	173	16,27%
Corporéale	78	7,34%
TOTAL	1063	100,00%

Tableau N°9

RÉPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DU TYPE D'HYSTÉROTOMIE PRÉCÉDENTE

Au tableau N°9 représentant les types d'hystérotomies pratiquées antérieurement au CHU de Cocody, nous notons une nette prédominance de la segmentaire transversale qui est en fait le type adopté dans notre service.

II.3.5 ESPACE INTERGENESIQUE ENTRE LA CESARIENNE PRECEDENTE
ET LA GROSSESSE ACTUELLE

Les 1535 intervalles intergénésiques retrouvés se répartissent comme suit :

DELAI en nbre d'années	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
1	27	1,76%
2	1 91	12,44%
3	1317	85,80%
TOTAL	1535	100,00%

Tableau N°10

**RÉPARTITION EN FONCTION DU DELAI ENTRE LA CÉSARIENNE PRÉCEDENTE
ET LA GROSSESSE ACTUELLE.**

L'espace intergénésique est en général supérieur à 2 ans, comme l'atteste le Tableau N°10, sauf dans 1,32% des cas où il est inférieur ou égal à 1 an.

II.4 MODE DE TERMINAISON DE LA GROSSESSE SUR UTERUS ANTERIEUREMENT CESARISES

Nous avons enregistré :

- 1 239 accouchements par les voies naturelles après épreuve utérine, soit 60,70% des 2 041 accouchements sur utérus antérieurement césarisés.
- 758 accouchements après césariennes itératives, soit 37,14%.
- et 44 ruptures utérines avant toute expulsion du foetus et ayant nécessité une laparotomie, soit 2,16%.

MODE DE TERMINAISON DE LA GROSSESSE	NOMBRE DE CAS	POURCENTAGE
VOIES BASSES	1239	60,70 %
CESARIENNES ITERATIVES	758	37,14 %
RUPTURE UTERINE	44	2,16 %
TOTAL	2041	100 %

Tableau : MODE DE TERMINAISON DE LA GROSSESSE SUR UTERUS ANTERIEUREMENT CESARISES

II.4.1 ACCOUCHEMENT PAR LES VOIES NATURELLES

* Accouchement par les voies naturelles et nombre de césariennes antérieures

NOMBRE DE CESARIENNES ANTERIEURES	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
1	1106	89,27%
2	114	9,20%
3	19	1,53%
4	0	0,00%
TOTAL	1239	100,00%

Tableau N°11

RÉPARTITION DES ACCOUCHEMENTS PAR LES VOIES NATURELLES EN FONCTION DU NOMBRE DE CÉSARIENNES ANTÉRIEURES.

La majorité des accouchements par les voies naturelles se sont produits sur utérus unicityriciels.

* Accouchement par les voies naturelles
et durée du travail

DUREE DU TRAVAIL	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
Inférieur à 12 H	639	51,57%
De 12H à 24H	390	31,48%
Plus de 24H	192	15,50%
NON CONNU	18	1,45%
TOTAL	1239	100,00%

Tableau N° 12

RÉPARTITION DES ACCOUCHEMENTS PAR LES VOIES NATURELLES EN FONCTION DE LA DURÉE DU TRAVAIL.

* Accouchement par les voies naturelles et extraction instrumentale

28 forceps d'expulsions ont été appliqués, soit 2,26% des accouchements par les voies naturelles.

* Poids des nouveau-nés par les voies naturelles (à l'exception de ceux ayant entraîné une rupture utérine)

POIDS en g	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
[1000 - 2500[	182	15,17%
[2500 - 3000[	362	30,17%
[3000 - 3500[	438	36,50%
[3500 - 4000[	185	15,42%
> ou = 4000g	32	2,74%
TOTAL	1200	100,00%

Tableau N° 13

RÉPARTITION DES NOUVEAUX-NÉS PAR LES VOIES NATURELLES EN FONCTION DE LEUR POIDS DE NAISSANCE

II.4.2 ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNES ITERATIVES

Les 758 césariennes itératives enregistrées représentent 23,91 % du total de césariennes pratiquées dans le service pendant notre période d'étude et se répartissent comme suit :

- 171 césarienne itératives électives,
- 587 césariennes itératives d'urgence.

* Césariennes itératives électives

Elles représentent 22,56 % des césariennes itératives et ont été pratiquées :

- 73 fois sur utérus unificatricsiels et
- 98 fois sur utérus bicicatricsiels et plus.

Leurs indications figurent aux tableaux 14 et 15.

- Indications des césariennes électives première itérative

INDICATIONS		NBRE DE CAS	FREQUENCE %
BASSIN DYSTOCIQUE	Bassin généralement rétréci	18	24,66%
	Bassin limite	14	19,17%
	Bassin transversalement rétréci	3	4,11%
	Bassin asymétrique	1	1,37%
DEPASSEMENT DU TERME		9	12,33%
RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES		8	10,96%
PRESENTATION ANORMALE	Siège	4	5,48%
	Transversale	2	2,74%
PLACENTA PREAEVIA		2	2,74%
PATHOLOGIE MATERNELLE	Diabète	3	4,11%
	Hypertension Artérielle	1	1,37%
	Hémoglobinopathie SC	1	1,37%
SOUFFRANCE FOETALE CHRONIQUE		1	1,37%
GROSSESSE PRECIEUSE		1	1,37%
AGGLUTINATION DU COL		1	1,37%
GEMELLITE		1	1,37%
DIVERS	Antécédent de prolapsus	1	1,37%
	BIP 105 m (échographie)	1	1,37%
	Antécédents de résection du grêle	1	1,37%
TOTAL		73	100,00%

Tableau N°14**RÉPARTITION DES CÉSARIENNES ÉLECTIVES PREMIÈRE ITERATIVE EN FONCTION DE LEUR INDICATION**

Les indications des césariennes électives lère itérative sont dominées par les dystocies mécaniques, surtout les bassins dystociques.

- Indication des césariennes électives deuxième itérative et plus

INDICATIONS		NBRE DE CAS	FREQUENCE %
DEUX CESARIENNES ET PLUS		53	54,08%
BASSIN DYSTOCIQUE	Bassin Généralement rétréci	16	16,33%
	Bassin limite	15	15,31%
	Bassin transversalement rétréci	1	1,02%
	B a s s i n asymétrique	2	2,04%
SIEGE		3	3,06%
RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES		3	3,06%
DIABETE		4	4,08%
AGGLUTINATION DU COL		1	1,02%
TOTAL		98	100,00%

Tableau N°15

RÉPARTITION DES CÉSARIENNES ÉLECTIVES.
DEUXIÈME ITÉRATIVE ET PLUS EN FONCTION DE LEUR INDICATION

Les indications sont dominées par la césarienne systématique pour deux césariennes antérieures et plus.

* Type d'hystérotomies pratiquées au cours des
césariennes électives

HYSTEROTOMIES	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
Segmentaire transversale	591	77,97%
Segmentaire verticale	32	4,22%
Corporéale	135	17,81%
TOTAL	758	100,00%

Tableau N°16

**REPARTITION DES CESARIENNES ITERATIVES ELECTIVES EN FONCTION DU
TYPE D'HYSTEROTOMIE**

L'incision segmentaire transversale est plus pratiquée (77,97%), suivie de l'incision corporéale.

* Césariennes itératives d'urgence

Elles représentent 77,44% des césariennes itératives.

- Indications des césariennes itératives d'urgence

INDICATIONS		NBRE DE CAS	FREQUENCE %
BASSINS DYSTOCIQUES	Bassin rétréci	81	13,80%
	Bassin limite	104	17,72%
PRESENTATIONS ANORMALES	Siège	41	6,98%
	P. Transversale	16	2,73%
	PC. défléchie	7	1,19%
	Epaule	4	0,68%
RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES		49	8,35%
SOUFFRANCE FOETALE AIGUE		42	7,16%
D.F.P. (Disproportion Foeto-Pelvienne)		48	8,18%
PLUS DE 2 CESARIENNES ANTERIEURES.		79	13,46%
DYSTOCIE DYNAMIQUE		62	10,56%
HEMORRAGIE (HRP, PP)		26	4,43%
PATHOLOGIE FUNICULAIRE		9	1,53%
SYNDROME DE PRE-RUPTURE		7	1,19%
DEPASSEMENT DU TERME		3	0,51%
N.E.D.C. (Non Engagement à Dilatation complète)		3	0,51%
GEMELLAIRE ET SIAMOIS		2	0,34%
CHORIOAMNIOTITE		2	0,34%
DIAPHRAGME VAGINAL ET AGGLUTINATION DU COL		2	0,34%
TOTAL		587	100,00%

Tableau N° 17

REPARTITION DES CESARIENNES ITERATIVES D'URGENCE EN FONCTION DE LEURS INDICATIONS

Les bassins dystociques, les utérus multicatriciels et les dystocies dynamiques sont les indications les plus fréquentes des césariennes itératives d'urgence.

* Interventions supplémentaires pratiquées au cours des césariennes itératives ou des laparotomies

192 cas de ligatures tubaires ont été pratiquées dans un but prophylactique soit un pourcentage de 25,33% des césariennes effectuées ou 9,41% de tous les accouchements sur utérus antérieurement césarisés.

**III. COMPLICATIONS
DES
ACCOUCHEMENTS
ACTUELS**

III.1 COMPLICATIONS MATERNELLES

III.1.1 MORBIDITE MATERNELLE

III.1.1.1 Les ruptures utérines

Nous avons admis dans ce cadre toutes les lésions traumatiques de l'utérus au cours de l'accouchement, allant de la rupture complète à la faiblesse de l'ancienne cicatrice, en passant par la rupture sous-péritonéale.

* Fréquence

Nous avons recensé 101 ruptures utérines sur les 2041 accouchements sur utérus antérieurement césarisés soit une fréquence de 8,15%.

L'étude de ces ruptures utérines révèle les résultats suivants :

* Ruptures utérines et évacuations sanitaires

MODE D'ADMISSION	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
EVACUEES	81	80,20%
NON EVACUEES	20	19,80%
TOTAL	101	100,00%

Tableau N°18

RÉPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DE LEUR MODE D'ADMISSION.

La plupart des ruptures utérines sont survenues chez des parturientes évacuées.

* Ruptures utérines et âge maternel

AGE MATERNEL	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
20 ans	1	0,99%
20 - 34 ans	77	76,24%
35 ans	23	22,77%
TOTAL	101	100,00%

Tableau N°19**RÉPARTITION DES RUPTURES UTÉRINES EN FONCTION DE L'ÂGE DES PARTURIENTES.**

La tranche d'âge la plus touchée par la rupture utérine est celle de 20 à 34 ans.

* Ruptures utérines et antécédents d'avortement provoqué par curetage.

NOMBRE D'AVORTEMENTS PROVOQUES	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
1 Avortement antérieur	5	62,5%
2 Avortements antérieurs	2	25 %
3 Avortements antérieurs	1	12,5%
TOTAL	8	100,00%

Tableau N°20

RÉPARTITION DES PARTURIENTES AYANT UN ANTÉCÉDENT D'AVORTEMENT PROVOQUÉ, SELON LE NOMBRE DE CURETAGES ANTÉRIEURS.

8 parturientes victimes de ruptures utérines avaient un antécédent d'avortement par curetage soit 7,92% de toutes les ruptures utérines.

* Relation entre les ruptures utérines et la parité

PARITE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
1	25	24,75%
2	23	22,77%
3	18	17,83%
4	35	34,65%
TOTAL	101	100,00%

Tableau N°21

RÉPARTITION DES PARTURIENTES VICTIMES D'UNE RUPTURE UTÉRINE, EN FONCTION DE LEURS PARITÉS ANTÉRIEURES.

Le risque de rupture utérine augmente avec la parité.

* Ruptures utérines et nombre de césariennes antérieures

NOMBRE DE CESARIENNES ANTERIEURES	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
1 Césarienne antérieure	89	88,12%
2 Césariennes antérieures	10	9,9%
3 Césariennes antérieures	2	1,98%
4 Césariennes antérieures	0	0 %
TOTAL	101	100,00%

Tableau N°22

RÉPARTITION DES RUPTURES UTÉRINES EN FONCTION DU NOMBRE DE CÉSARIENNES ANTÉRIEURES.

Le tableau N°22 nous révèle que la plupart des ruptures utérines se sont produites sur utérus unicatriciels alors qu'aucune rupture ne s'est produite sur utérus quadricatriciels.

* Ruptures utérines et intervalle intergénéésique

INTERVALLE INTERGENESIQUE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
1 AN	5	4,95%
2 ANS	15	14,85%
3 ANS	51	50,50%
NON RETROUVE	30	29,70%
TOTAL	101	100,00%

Tableau N°23

RÉPARTITION DES RUPTURES UTÉRINES EN FONCTION DE L'INTERVALLE ENTRE LA DEUXIÈME CÉSARIENNE ET LA GROSSESSE ACTUELLE.

L'intervalle intergénéésique, comme l'indique le Tableau N° 23 est généralement supérieur ou égal à 2 ans, chez 65,35% des parturientes victimes de rupture utérine.

Mais en valeur relative, sur les 27 parturientes ayant un intervalle intergénéésique de moins de deux ans, 5 ont été victimes de rupture utérine soit 18, 52% des cas.

* Ruptures utérines et bassin obstétrical

TYPE DE BASSIN OBSTETRICAL	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
NORMAUX	48	47,52%
LIMITES	21	20,79%
RETRECIS	11	10,89%
NON RETROUVES	21	20,80%
TOTAL	101	100%

Tableau N°24

RÉPARTITION DES RUPTURES UTÉRINES EN FONCTION DU TYPE DE BASSIN

* Ruptures utérines et durée du travail

DUREE DU TRAVAIL	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
<12H	21	20,79%
[12H - 24H[	32	31,68%
> ou = 24H	41	40,60%
INCONNUE	7	6,93%
TOTAL	101	100%

Tableau N°25

RÉPARTITION DES RUPTURES UTÉRINES EN FONCTION DE LA DURÉE DU TRAVAIL

* Lieu de survenue de la rupture utérine

LIEU DE SURVENUE DE RUPTURES UTERINES	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
Dans le service	69	68,32%
Hors du service	32	31,68%
TOTAL	101	100,00%

Tableau N°27

RÉPARTITION DES RUPTURES UTÉRINES EN FONCTION DU LIEU DE LEUR SURVENUE

La plupart des ruptures sont survenues dans le service, tel que l'indique le tableau N°27.

* Ruptures utérines et retard à la césarienne

Sur les 69 ruptures utérines qui se sont produites dans le service, 59 ont eu lieu dans l'attente de l'intervention alors qu'une indication de césarienne avait été posée, soit par manque de matériel, soit par engorgement du seul bloc opératoire.

DELAI D'ATTENTE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
< 5H	28	40,58%
[5H - 10H[	20	29,99%
[10H - 15H[	8	11,59%
> ou = 3H	3	4,35%
PAS D'INDICATION DE CESARIENNE	10	14,49%
TOTAL	69	100%

Tableau N°26

RÉPARTITION DES RUPTURES UTÉRINES SURVENUES DANS LE SERVICE EN FONCTION DU DÉLAI D'ATTENTE DE LA CÉSARIENNE.

Au tableau N° 26, nous faisons deux constats :

- La plupart des ruptures utérines ont eu lieu, alors qu'une indication de césarienne avait été posée.
- Les délais d'attente sont excessifs allant jusqu'à 37 heures dans les cas extrêmes.

* Ruptures utérines et type de présentation

TYPE DE PRESENTATION	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
Sommet	62	61,39%
Siège	8	7,92%
Transversale	5	4,95%
P.C. Défléchie	2	1,98%
Inconnu	24	23,76%
TOTAL	101	100,00%

Tableau N°28

RÉPARTITION DES RUPTURES UTÉRINES EN FONCTION DU TYPE DE PRÉSENTATION

61,39% des nouveaux-nés dont le travail a occasionné une rupture utérine étaient en présentation du sommet.

* Ruptures utérines et poids de naissance

POIDS DE NAISSANCE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
< 2500 g	20	19,41%
[2500 - 3000 g[	33	32,03%
[3000 - 3500 g[	30	29,15%
> ou = 3500 g	20	19,41%
TOTAL	103	100,00%

Tableau N° 29**RÉPARTITION DES RUPTURES EN FONCTION DU POIDS DE NAISSANCE DES NOUVEAUX-NÉS**

La majeure partie des nouveaux-nés dans le cadre des ruptures utérines avaient un poids de naissance inclus entre 2500 g et 3000 g soit un pourcentage de 61,18%.

* Type de ruptures utérines

Au tableau n° 30, nous avons réparti nos cas de rupture utérine en trois types :

- les ruptures utérines complètes qui intéressent toutes les couches de la paroi utérine ;
- les ruptures utérines incomplètes ou sous péritonéales qui épargnent la séreuse utérine ;
- les amincissements de la cicatrice utérine sans solution de continuité ;

TYPE DE RUPTURE UTERINE	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
RUPTURES UTERINES COMPLETES	39	38,61%
RUPTURES UTERINES SOUS-PERITONEALES	50	49,50%
AMINCISSEMENT DE LA CICATRICE	12	11,89%
TOTAL	101	100%

Tableau N°30

RÉPARTITION EN FONCTION DU TYPE DE RUPTURES

* Relation ruptures utérines et attitude thérapeutique

Devant les lésions utérines sus-citées, les attitudes ont varié :

- 10 abstentions ont été observées avec mise des patientes sous surveillance : il s'agissait d'amincissements peu importants et localisés de la cicatrice ;
- 1 laparotomie post-mortem a été réalisée pour extraire le foetus mort ;

TYPES D'INTERVENTION	EFFECTIF	INCIDENCE
Hystérectomie	49	54,44%
Hystérorraphie	41	45,56%
TOTAL	90	100,00%

Tableau N° 31

RÉPARTITION DES RUPTURES UTÉRINES TRAITÉES EN FONCTION DU TYPE D'INTERVENTION

Au tableau N°31, nous remarquons que :

- dans plus de la moitié des cas une hystérectomie a été réalisée,

III.1.1.2 Lésions viscérales associées

8 plaies vésicales ont été notées :

- 7 ont bénéficié d'une cystorraphie simple,
- 1 a été sanctionnée par une cystorraphie après réimplantation des uretères.

1 ouverture du Cul de Sac de Douglas survenue lors d'une application de forceps d'expulsion a été enregistrée.

III.1.2 MORTALITE MATERNELLE PAR RUPTURE UTERINE

10 décès maternels ont été enregistrés par suite de ruptures d'utérus antérieurement césarisés, soit 0,50% de tous les accouchements sur utérus antérieurement césarisés ou 9,90% de toutes les ruptures d'utérus antérieurement césarisés.

Ces décès sont survenus la plupart du temps avant toute intervention chirurgicale et ont été consécutifs au choc hypovolémique entraîné par l'hémorragie.

III.2 COMPLICATIONS FOETALES

2067 naissances ont été enregistrées sur utérus antérieurement césarisés.

III.2.1 MORBIDITE FOETALE

Nous avons enregistré 1820 naissances vivantes.

* Score d'APGAR des naissances vivantes

SCORE D'APGAR EN 5 mn	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
1 à 6	353	19,40%
7 à 10	1467	80,60%
TOTAL	1 820	100%

Tableau N° 32

RÉPARTITION DES NOUVEAUX-NÉS ACCOUCHÉS SUR UTÉRUS ANTÉRIEUREMENT CESARISÉS, EN FONCTION DE LEUR SCORE D'APGAR EN 5 MINUTES.

Les scores d'APGAR inclus entre 1 et 6 correspondent à des cas de souffrances foetale aigüe.

III.2.2 MORTALITE FOETALE INTRA-PARTUM

Nous avons enregistré 247 morts-nés dont 8 sont issus de grossesses arrêtées avant le travail.

Les 239 autres sont des morts intra-partum soit un pourcentage de 11,56%.

* Voie d'accouchement et mort foetale intra-partum

VOIE D'ACCOUCHEMENT	NOMBRE DE CAS	FREQUENCE %
Voie basse	122	51,05%
Césarienne	76	31,80%
Rupture utérine	41	17,15%
TOTAL	239	100%

Tableau N° 33

REPARTITION DES MORTS FOETALES INTRA-PARTUM EN FONCTION DE LA VOIE D'ACCOUCHEMENT.

Au tableau N°33, nous remarquons que la majorité des morts foetales intra-partum sont survenues dans les accouchements par les voies naturelles. Cependant en valeur relative, les ruptures utérines sont les plus grandes causes de mortalité intra-partum.

IV. COMMENTAIRES ET PROPOSITIONS

A. FREQUENCE DES ACCOUCHEMENTS SUR UTERUS
ANTERIEUREMENT CESARISES

La fréquence des accouchements sur utérus antérieurement césarisés dans notre service est de 10,15%.

Cette fréquence est relativement élevée par rapport à celles retrouvées dans la littérature :

MELLIER (29)	: 6,74%
DELARUE (14)	: 1,76%
TSHILOMBO (44)	: 2,4%

Cet état de fait avait déjà été relevé par AKADIRI (1) dans une étude antérieure faite dans le même service.

Cette situation s'explique par le rôle de centre de référence joué par le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Cocody.

En effet la maternité du CHU de Cocody prend en charge toutes les complications obstétrico-chirurgicales des maternités de la moitié nord de la ville d'Abidjan. Ceci a pour corollaire un taux de césariennes très élevé comme l'avait déjà noté ANOMA (3) dans sa thèse, et par conséquent une proportion élevée d'utérus cicatriciels.

B. CARACTERISTIQUES EPIDEMIOLOGIQUES DES PARTURIENTES

Le profil épidémiologique des parturientes porteuses d'un utérus antérieurement césarisé se caractérise par :

- une proportion élevée de patientes évacuées (56,49 %),
- un niveau socio-économique bas,
- un âge compris généralement entre 20 et 34 ans,
- une proportion importante de paucipares.

Ce profil est conforme au recrutement habituel du service comme l'ont noté ANOMA(3), KABA(22)et AKADIRI(1).

Ce même type de profil épidémiologique est retrouvé par TSCHILOMBO(44) à Kinshasa et MOUNANGA(34) à Libreville.

A ce type de profil s'ajoute très souvent le manque de renseignements précis concernant les antécédents obstétricaux de la patiente, à savoir le type d'incision utérine au cours de la césarienne précédente, les suites opératoires après ladite césarienne et la qualité de la cicatrice utérine.

Ces caractéristiques épidémiologiques sont différentes de celles des parturientes avec utérus antérieurement césarisés prises en charge dans les pays hautement médicalisés où l'obstétricien dispose généralement de renseignements précis concernant sa parturiente (4).

Nous déduisons de ces observations que le profil épidémiologique des parturientes dans notre contexte est un profil à risque.

C. CESARIENNES ITERATIVES

1/ CESARIENNES ITERATIVES ELECTIVES

Seulement 22,56 % de nos parturientes ont bénéficié d'une césarienne électorive.

Cette situation est en rapport avec notre recrutement qui est essentiellement composé de parturientes évacuées en urgence au cours du travail.

Nos chiffres sont nettement inférieurs à ceux de la littérature des pays hautement médicalisés :

BERGER(5)	: 51,80 %
MAGNIN G.(27)	: 81,25 %
RUDIGOZ(39)	: 88,28 %

Tout comme nous, MOUNANGA (34) à Libreville et TSHILOMBO (44) à Kinshassa ont fait les mêmes constatations.

Les indications, pour ce qui concerne les utérus unicatriciels sont dominées par les indications permanentes et les indications absolues (dystocie du bassin, souffrance foetale chronique, présentation transversale...).

Contrairement à cela, les indications de césarienne électorive sur utérus pluricatriciels sont dominées par le nombre de césariennes antérieures.

En effet selon nos principes, la seule présence de plus de deux cicatrices suffit à justifier une césarienne électorive, eu égard au manque de contrôle radiologique de la cicatrice utérine et à l'absence de tocographie interne pour la surveillance du travail.

AKADIRI(1) trouve les mêmes proportions d'indications en fonction du nombre de césariennes antérieures.

PICAUD(36) à Libreville trouve également une répartition des indications similaire à la nôtre.

2/ CESARIENNES ITERATIVES D'URGENCE

De nos parturientes césarisées, 77,44 % l'ont été en urgence.

L'étude de leurs indications nous montre une prépondérance des indications absolues telles que les dystocies osseuses, les diaphragmes vaginaux, les présentations dystociques (front, transversale...).

D'autre part nous notons un taux élevé d'indications liées à la présence de la cicatrice utérine (plus de deux césariennes antérieures, dépassement du terme, présentation du siège...).

La plupart de ces indications, selon nos propres principes, auraient dû bénéficier de césarienne électorive ; malheureusement, il s'agit de parturientes non suivies pour la plupart, que nous recevons en urgence au cours du travail.

Ceci nous amène à préciser les indications de césariennes électorives sur utérus antérieurement césarisés.

Les indications de césariennes itératives électorives sur utérus antérieurement césarisés selon notre étude

En plus de toutes les indications de césariennes prophylactiques connues (bassins dystociques, obstacles praevia, présentations dystociques, pathologies médicales maternelles, souffrances foetales chroniques...), il existe d'autres indications spécifiques à l'utérus antérieurement césarisés :

- Cicatrices multiples

Nous les jugeons peu stables et exposées au risque de rupture utérine.

- Cicatrices corporéales

Comme nous l'avons décrit ci-haut, cette zone très contractile, exposée dans la cavité abdominale et cicatrisant mal présente beaucoup de risque de rupture utérine.

- Cicatrice d'incision utérine corporeale au cours d'avortements thérapeutiques tardifs

Généralement il s'agit d'incision corporeale car le segment inférieur n'est pas encore formé à cet âge de la grossesse.

- Image de déformation de plus de 6cm de profondeur avec aspect en hernie ou en fistule, révélée par l'hystérosalpingographie (groupe IV selon la classification de THOULON)

Ce groupe fait courir un risque potentiel élevé de rupture utérine.

- Surdistension de l'utérus

Qu'il s'agisse de macrosomie foetale, de grossesse multiple ou de tumeur utérine associée le risque de rupture utérine est élevé.

- Présentation du siège

Le risque de manoeuvres obstétricales liées à cette présentation fait courir beaucoup de risques.

- Bassin limite

Nous n'admettons pas d'épreuve de travail sur bassin limite à cause de la lenteur de celle-ci, du recours fréquent aux perfusions d'ocytociques et du doute qui peut persister entre un bassin limite et un bassin rétréci en l'absence d'une radiopelvimétrie.

- Intervalle intergénésiqne court

Comme nous le verrons plus loin, un délai court entre la césarienne précédente et la grossesse actuelle fait courir un risque élevé de rupture utérine.

Notre point de vue rejoint celui de MELLIER qui dresse ici le tableau d'indications de césariennes prophylactiques sur utérus cicatriciels en général :

En rapport avec l'utérus :

- Cicatrice corporéale ou segmento-corporéale
 - Cicatrice de minicésarienne
 - Cicatrices multiples
 - Utérus malformé non opéré
 - Hystérosalpingographie groupe IV
-

En rapport avec le foetus et ses annexes

- Macrosomie
 - Grossesse gémellaire
 - Hydramnios
 - Présentation atypique
 - Placenta antérieur praevia
-

En rapport avec la mère

- Indication permanente
- Bassin rétréci
- Désir de la patiente ?
- Demande de stérilisation ?

3/ LA STERILISATION TUBAIRE AU COURS DE LA CESARIENNE ITERATIVE

Nous avons pratiqué 192 ligatures tubaires selon la méthode de POMMEROY, soit 25,33 % des césariennes itératives.

Les indications en sont très variées, allant des cicatrices multiples (toutes les 4e itératives ont subi une stérilisation) à l'âge maternel avancé et à la multiparité ; elles tiennent compte du nombre d'enfants vivants et de l'avis du couple (sauf exigence médicale) qui est souvent défavorable. A cet effet d'ailleurs, LEROY(25) reconnaît la difficulté en pays islamiques et tropicaux de proposer la stérilisation à un couple.

Dans la littérature occidentale, bien qu'on reconnaisse la possibilité de pratiquer plusieurs césariennes chez la même femme (27), la tendance générale est à la stérilisation dès la 3ème césarienne sauf situations particulières (refus du couple, remariage, décès des enfants antérieurs...): (4, 41, 25, 27, 15, 16).

Notre attitude répond également à deux préoccupations :

- la prévention des ruptures utérines,
- la limitation des naissances chez les grandes multipares, dans le cadre de la limitation des naissances.

D. ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE SUR UTERUS
ANTERIEUREMENT CESARISE

1/ FREQUENCE

Le taux d'accouchements par voie basse dans notre série est de 66,77 %. Taux identique à ceux trouvés par AKADIRI(1) dans le même service et TSCHILOMBO(44) au Zaïre.

Cette fréquence d'accouchements par voie basse après césarienne se trouve également chez les auteurs tels que LANSAC à TOURS et RUDIGOZ à LYON (24, 39).

Dans le tableau suivant, RUDIGOZ(39) rapporte les résultats de travaux de différents auteurs :

AUTEURS	NOMBRE DE CAS	EPREUVE UTERINE		SUCCES		RUPTURE UTERUS	% AVB / UTERUS CICATRICIEL *
		NBRE	%	NBRE	%		
GRAHAM (USA) 1984	1551	242	15,6 %	166	68,5 %	1	10,70%
SALDNA (USA) 1979	226	145	64 %	58	40 %	0	25,60%
FLAMM (USA) 1988	4929	1776	36 %	1314	74 %	3	26,60%
BOISSELET (BARRAT) 1987	992	?		272		?	27,00%
NIELSEN (SUEDE) 1984	215	134	62,3 %	91	68 %	1	42,00%
PAUL (USA) 1985	1244	751	60,30 %	614	81,7 %	1	49,30%
COLLET-BOOG 1987	220	143	65 %	108	75,5 %	2	49,50%

* Accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

DELARUE(16) trouve un taux de 48,3 %

MELLIER(29) trouve 34,5 % et rapporte ceux des auteurs suivants :

GIBBS (1980) : 48 %

MARTIN et COLL (1983) : 14,6 %

MERRIL et GIBBS (1978) : 39,6 %

Le constat général qui se dégage est que nos chiffres sont supérieurs à ceux des auteurs occidentaux qui pratiquent plus la césarienne itérative chez les parturientes antérieurement césarisées.

La raison principale est que nos parturientes sont pour la plupart évacuées des maternités périphériques ; elles arrivent souvent en dernière phase du travail et accouchent aussitôt, sans préjugé du pronostic maternel et foetal (morbidity et mortalité foetale ou maternelle).

Il y a le cas de celles qui finissent par accoucher par voie basse, faute d'intervention, malgré une indication de césarienne, par manque de moyen financier ou parce que l'unique bloc opératoire est occupé.

L'inconvénient de ces accouchements "improvisés" est que le pronostic reste imprévisible. Aussi avons nous diagnostiqué 57 ruptures utérines après accouchement par voie basse sur utérus antérieurement césarisés, soit 4,60 % de tous nos accouchements par voie basse.

2/ LES ELEMENTS COMPATIBLES AVEC UN ACCOUCHEMENT PAR LES VOIES NATURELLES

Les accouchements par les voies naturelles doivent obéir à des règles obstétricales précises, à savoir :

- le respect des indications d'une part,
- le respect des précautions à observer pour le déroulement du travail, d'autre part.

a) Indications d'accouchement par voie basse

Nous n'autorisons une épreuve utérine que si les 3 éléments suivants sont réunis :

- **la présentation du sommet**

Une présentation autre que la présentation du sommet constitue pour nous une indication de césarienne itérative systématique comme le signale EBONGO (17), TSCHILOMBO (44) et FONTY (20).

Nos raisons en ce qui concerne cette présentation sont variables ; nous citerons :

- . l'évolution facile de la présentation du sommet dans la filière pelvienne ;
- . la rareté des manoeuvres obstétricales sur la présentation du sommet.

- **le bassin normal**

cette attitude vise à éviter les accouchements laborieux susceptibles d'entraîner une déhiscence de l'ancienne cicatrice utérine.

BERGER considère que l'on peut tenter une épreuve utérine sur un bassin limite à condition que celui-ci ait été diagnostiqué par la radiopelvimétrie et en s'aidant du diagramme de MAGNIN.

- **la hauteur utérine non excessive**

Nous estimons, tout comme Mellier (29), que la surdistension de l'utérus antérieurement césarisé expose à la rupture de l'ancienne cicatrice.

b) Précautions à observer lors d'un accouchement par les voies naturelles

- 1 - l'absence de déclenchement du travail par des drogues (ocytociques, prostaglandine).

Notre attitude à cet effet est identique à celles de plusieurs auteurs (30, 27, 32, 15, 10, 44, 40).

Par contre elle est opposée à l'avis de ceux qui trouvent le déclenchement réalisable sous bonne surveillance (37, 29, 38, 47, 28).

2 - la non correction d'une dystocie dynamique par une perfusion d'ocytociques.

C'est une attitude à controverse car si certains auteurs tels que RUDIGOZ(39), MERGER(30), DELARUE(15) et RUIZ VELASCO(40) la pratiquent sous certaines conditions, d'autres dont TSCHILOMBO(44), ZANINA(46), MAGNIN P.(28) et SEGUY(41) préfèrent, tout comme nous, l'abstention.

Nous estimons en effet que la cicatrice utérine est une zone trop fragile qui risque de se rompre sous l'effet de contractions utérines induites, surtout dans notre situation où nous sommes confrontés aux difficultés matérielles que sont le manque de contrôle hystérogaphique de la cicatrice utérine et l'absence de tocographie interne pour la surveillance du travail.

3 - la limitation de l'épreuve utérine à une seule césarienne antérieure.

L'existence de plus d'une cicatrice utérine constitue pour nous une indication de césarienne itérative élective.

La raison en est qu'à partir de 2 cicatrices, nous jugeons la fibrose trop importante et le risque de rupture utérine très élevé sous l'effet des contractions utérines ; à cela il faut ajouter que nous ne disposons le plus souvent d'aucun renseignement concernant les césariennes antérieures (compte rendu opératoire, suites opératoires, hystérogaphie de contrôle).

Les avis ici sont également partagés :

- DELARUE(14), RUIZ VELASCO(40), DOMMARGUES(16), BAUDET(4) et autres GAUCHERAND(21) jugent illicite la pratique de l'épreuve utérine sur plus d'une cicatrice antérieure ;
- certains auteurs tels que RUDIGOZ(39) pratiquent ce type d'épreuve utérine dans des cas exceptionnels (cicatrice utérine stable, surveillance rigoureuse du travail par la cardiotocographie interne) ;
- d'autres enfin ne lui trouvent aucun inconvénient si la surveillance du travail est correcte : FLAMM(19), et surtout FARMAKIDES(18) qui rapportent une série de 57 parturientes ayant subi une épreuve utérine sur plus d'une cicatrice utérine, avec 44 succès et une seule déhiscence de cicatrice.

4 - La pratique systématique de la révision utérine après accouchement par voie basse

Elle est conseillée et même rendue obligatoire par tous les auteurs car elle permet de dépister tous les cas de déhiscences ou de ruptures de l'ancienne cicatrice survenues de manière insidieuse et passées inaperçues lors de la surveillance du travail ou de l'accouchement.

Elle nous a permis de diagnostiquer 57 cas de ruptures ou de déhiscences de l'ancienne cicatrice utérine.

Beaucoup d'auteurs notent également des ruptures diagnostiquées à la révision utérine pratiquée après accouchement (39, 28, 12, 15, 37, 29).

En pratique, malgré toutes ces précautions, des accouchements par voie basse ont eu lieu sur des grossesses qui auraient pu faire l'objet de césarienne élective, car nous recevons la plupart de nos parturientes au cours du travail d'accouchement.

E. PRONOSTIC MATERNEL

1/ MORBIDITE MATERNELLE

a) La rupture utérine

La rupture d'utérus antérieurement césarisé se distingue par certains caractères qui lui sont propres, comme le souligne BOHOUSSOU (7) : il s'agit de rupture utérine fréquente, peu hémorragique, peu douloureuse, pouvant passer inaperçue, d'où la nécessité de pratiquer systématiquement une révision utérine après chaque accouchement.

Cette rupture est survenue chez 4,95% des parturientes de notre série. La littérature africaine donne des chiffres proches du nôtre :

- PICAUD (36) à Libreville trouve 4,95%
- TSHILOMBO à Kinshassa 5,5%
- et AKADIRI (1) dans notre service (entre 1985 et 1988), 2,52%.

Dans la littérature occidentale, les chiffres sont relativement bas :

- DELARUE (14) : 0,9%
- THOULON (43) : 1,9%
- MERRIL (31) : 0,4%
- MELLIER (29) : 1,7%
- MINTZ (32) : 0,97%

La fréquence de rupture utérine généralement élevée dans les régions sous médicalisées est due aux conditions matérielles difficiles qui entraînent des retards à la césarienne chez les parturientes dont l'état l'exige.

Ces conditions matérielles ont été également incriminées par BOHOUSSOU (7) et ALIHONOU (2) comme un facteur favorisant la rupture utérine.

a) Lésions urinaires associées

Ce sont les lésions les plus susceptibles d'entraîner une invalidité maternelle.

Nous n'avons noté que des plaies vésicales. Leurs modalités de survenue sont variables, mais elles sont toutes liées à la présence d'adhérences :

- adhérences vésico-pariéto-utérines
- ascension vésicale
- vessie très adhérente

Leur prévention passe d'abord par une bonne toilette abdominale lors des césariennes ou de toute autre laparotomie en général.

Ensuite toute césarienne sur utérus cicatriciel doit être précédée d'un bon examen clinique appréciant l'importance des adhérences et le degré d'ascension vésicale.

L'incision pariétale doit être aussi haute que nécessaire pour éviter une plaie vésicale accidentelle.

La libération des adhérences et le décollement de la vessie doivent être pratiqués avec beaucoup de précautions ; au besoin on aura recours à une hystérotomie corporeale devant un segment inférieur d'accession difficile ou une vessie trop adhérente.

Nos chiffres 0,40 % des utérus antérieurement césarisés sont en rapport avec ceux de AKADIRI(1) qui trouve 0,41 %.

Ils sont largement supérieurs à ceux de la littérature occidentale où DELARUE(14) ne note dans ses travaux qu'un seul cas de plaie vésicale.

DOMMERGUES(16) note une fréquence de moins de 1 % et BOULANGER(8) une fréquence de 0,33 %.

NICOLLET, THOULON et DARGENT, cités par DELARUE(14), notent respectivement 0,21 %, 0 % et 0,07 %.

Nos lésions urinaires sont liées en grande partie à la rupture utérine et surtout à ses circonstances de survenue en zones sous médicalisées.

Le traitement curatif de ces plaies vésicales se réduit généralement à une simple suture avec mise en place d'une sonde vésicale pendant 15 jours. Rarement on a recours à des interventions plus complexes telle la réimplantation urétérale que nous avons dû pratiquer une fois dans notre série ; il s'agissait ici d'une rupture vésicale consécutive à une rupture utérine.

2/ MORTALITE MATERNELLE

Nous avons pris en compte la mortalité maternelle par rupture utérine parce qu'elle semble la plus liée à la cicatrice utérine.

Alors qu'en pays occidentaux, la mortalité maternelle par rupture ou déhiscence utérine reste nulle chez la plupart des auteurs (14, 32, 28, 25, 6, 12, 38, 39, 13, 10), elle demeure très importante en pays sous médicalisés comme l'atteste nos chiffres et ceux de certains auteurs :

TALEBZADEH (42) en IRAN en 1977 et PICAUD (36) à Libreville au GABON trouvent des chiffres similaires aux nôtres, tandis que KITEMBE KAYEMBE (23) en 1975 au ZAIRE, VERNAY (45) en 1977 à Korhogo en COTE D'IVOIRE, ROUSSET et LEJEANNIC cités par BREDA (9) en COTE D'IVOIRE en 1976 et en 1988 et CHAMPAULT (11) en 1978 au CAMEROUN trouvent des chiffres nettement supérieurs.

Deux raisons expliquent cette différence entre pays développés et pays sous-développés :

- . en pays développés, il s'agit surtout de ruptures sous péritonéales, survenue la plupart du temps en milieu chirurgical, diagnostiquées et traitées précocement.

. ceci n'est pas le cas en pays sous médicalisés où les ruptures ont lieu "n'importe où" (dispensaire, campagne, ambulance, taxi...) et le traitement institué tardivement après installation d'infection et de choc hémorragique.

F PRONOSTIC FOETAL

1/ MORBIDITE FOETALE

Le pourcentage de nouveaux-nés ayant un score d'APGAR inférieur ou égal à 7 en 5 minutes est élevé dans notre série.

Ces chiffres sont assez proches de ceux de AKADIRI(1) à Abidjan (33,33 %) et de TSCHILOMBO(44) au Zaïre (15,9 %).

Il reflètent plus les conditions précaires de réanimation du nouveau-né dans nos services sous-équipés ; l'accouchement sur utérus cicatriciel, par le biais de la rupture utérine entraîne plutôt la mort foetale.

La revue de la littérature occidentale nous donne une morbidité foetale négligeable :

DELARUE(14) trouve 88 % de nouveaux-nés ayant un score d'APGAR de plus de 7 en 5 minutes et 11,5 % de ceux de moins de 7 sur 209 utérus cicatriciels.

COLLET(12) trouve une moyenne de 9,94 de score d'APGAR sur une série de 220 utérus cicatriciels.

QUENTIN(38) trouve un score d'APGAR à 10 en 5 minutes chez tous les nouveaux-nés de sa série de 83 utérus cicatriciels.

MINTZ(32) qui a coté les scores d'APGAR en une minute trouve les chiffres suivants :

- . score inférieur à 5 : 1 cas
- . entre 5 et 7 : 20 %
- . entre 7 et 10 : 75 %

tous ces chiffres se sont normalisés autour de 10 en 5 minutes.

2/ MORTALITE FOETALE

Nous n'avons pas noté d'influence directe de l'accouchement dans les utérus antérieurement césarisés sur la mortalité foetale, comme l'avait déjà signalé AKADIRI (1).

Par contre la mortalité foetale due à la rupture d'utérus antérieurement césarisé nous semble être en rapport avec la présence de la cicatrice utérine ; c'est pourquoi nous en parlons brièvement à la fin de notre étude.

Cette mortalité foetale est très élevée en pays sous médicalisés comme l'on déjà noté d'autres auteurs (11, 23, 42, 7, 35, 45).

Elle s'explique par le fait que les ruptures utérines qui l'engendrent surviennent de manière incontrôlée et n'importe où (dispensaire, domicile, chez le guérisseur, à la plantation ou dans le taxi-brousse).

La prise en charge est alors tardive et tend à sauver la vie de la mère et non celle du fœtus qui est déjà mort.

A l'opposé, dans les pays hautement médicalisés où ces ruptures utérines sont prises en charge dès leur survenue, la mortalité foetale est très basse comme l'indiquent la plupart des auteurs (6, 12, 26, 36, 33, 38, 46)

CONCLUSION

A l'issu de cette étude rétrospective, nous tirons de nos observations les constats suivants :

- les accouchements sur utérus antérieurement césarisés, de par leur fréquence élevée demeurent une réalité quotidienne à laquelle l'obstétricien doit faire face en salle de travail ;
- les accouchements par voie basse sur ce type d'utérus ne sont pas dénués d'inconvénients, vu le pourcentage de ruptures utérines constatées à la révision utérine ;
- les césariennes itératives sont généralement faites en urgence, laissant peu de place aux césariennes électives ;
- les ruptures utérines sont malheureusement encore fréquentes, avec leur cortège de morbidité et de mortalité materno-foetales effroyables.

Dans notre tentative de recherche de facteurs de risque de ces ruptures utérines, nous avons noté, en plus de ceux cités par plusieurs auteurs et que nous prenons en compte, deux éléments spécifiques que sont :

- les évacuations sanitaires,
- la durée excessive du travail consécutive au temps perdu à différents niveaux, (au domicile, au dispensaire, lors du transport, en salle d'accouchement...)

Pour pallier à ces difficultés d'ordre matériel, nous estimons les mesures suivantes souhaitables :

- l'équipement de nos centres de santé en matériel de lère nécessité : ambulance, bloc opératoire, matériel de premiers soins d'urgence,
- l'ouverture d'une consultation prénatale spéciale pour les gestantes antérieurement césarisées en vue de les prendre en charge et de prévoir avec elles le mode d'accouchement qui convient à chaque cas et les moyens à apprêter,
- la détermination d'une durée maximale de travail qui n'excède pas 12 heures, au delà de laquelle on ne peut continuer une épreuve utérine,
- enfin l'information à grande échelle de nos populations qui sont appelées à prendre en charge les frais de leur santé en ces temps de récession économique.

Nous espérons que la coordination de ces différentes actions, qui impliquent toutes les couches sociales, fera de l'accouchement sur utérus antérieurement césarisés un accouchement comme les autres, c'est à dire l'événement heureux que constitue la venue au monde d'un enfant.

BIBLIOGRAPHIE

- 1/ **AKADIRI (A.L.)**
Les césariennes itératives : à propos de 973 cas colligés à la maternité du CHU de Cocody
Mémoire CES Gynéco-obstétrique, Abidjan, 1989, N°46
- 2/ **ALIHONOU (E) et COLL**
Revue des indications de césariennes à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de COTONOU, DAKAR Med, 1983, 28, (3), 529-533
- 3/ **ANOMA (M)**
Les césariennes : Réflexions à propos de 4000 cas opérés au CHU de Cocody
Thèse médecine, Abidjan, 1980, N°283.
- 4/ **BAUDET (J.H.) et COLL**
Que dire en fin de grossesse à une femme antérieurement césarisée.
Gaz. méd. Fran, 1980, 87, (23), 2965 -2968
- 5/ **BERGER (D) et COLL**
Utérus cicatriciel : Résultat et sélection des patientes à l'accouchement par voie basse, à propos de 884 dossiers.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1991, 20, 116-122
- 6/ **BLANC (B) et COLL**
Amincissement et rupture de cicatrice de césarienne segmentaire.
Bull. Fred. soc. Gynécol. obstét. langue Fr., 1968, 20, (4), 341-343
- 7/ **BOHOUSSOU (K.M) et COLL**
Les ruptures utérines au cours du travail, évolution 10 ans après, à propos de 245 cas
Afrique Médicale 1990, 29, 497-501
- 8/ **BOULANGER (J. CH) et COLL**
Les complications maternelles des césariennes ;
Résultats d'une étude multicentrique
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1986, 15, (3), 327-332
- 9/ **BREDA (Y) et COLL**
Les indications actuelles de césarienne en Afrique
Tropicale
Med. Afr. Noire, 1988, 35, (11), 859-66

- 10/ **CANIS (M) et COLL**
Accouchement par voie basse après césarienne :
Utilisation de l'analgésie péridurale et des ocytociques à
propos de 87 "épreuves utérines"
Rev. Fr. Gynécol. Obstet., 1985, 80, (1), 49, 53
- 11/ **CHAMPAULT (G)**
Ruptures utérines : expérience africaine de 64 cas
J. Gyn. Obst. Biol. Repr., 1978, 7, 885-860
- 12/ **COLLET (M) et COLL**
Notre expérience de l'anesthésie péridurale en cas d'utérus
cicatriciels
J. Gynéco-Obst. Biol. Repr., 1987, 16, (5)
- 13/ **DAVID (N) et DANFORT (M.D.)**
Le point sur la césarienne
JAMA (Suppl.), 1985, 10, (102), 25-43
- 14/ **DELARUE (T) et PELE (P)**
Prévention des ruptures et préruptures des utérus
antérieurement césarisés à propos de 14 observations
J. Gynécol-Obstét. Biol. Reprod., 1981, 10, 259-267
- 15/ **DELARUE (T) et COLL**
Pronostic de l'accouchement chez la femme antérieurement
césarisée.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. 1983, 12, 193-206
- 16/ **DOMMARGUES (M) et MADELENAT (J)**
Césarienne : Technique, indications, complications
Rev. Prat., 1985, 35, (23), 1343-62
- 17/ **EBONGO (K. V.)**
La place de la césarienne dans l'accouchement du siège
Thèse Méd. Abidjan, 1992, N°1291
- 18/ **FARMAKIDES (G) et COLL**
Vaginal birth after two or more previous cesarean section
Am. J. obstet. Gynecol. 1987, 156, 565-566
- 19/ **FLAMM (B.L.) et COLL**
Accouchement par voie basse après césarienne : résultat
d'une étude multicentrique
Am. J. Obstet. Gynecol. 1988, 158, 1079-1083

- 20/ **FONTY (B)**
Les indications de la césarienne
Gaz. Med. France, 1979, 86, (7), 651-54
- 21/ **GAUCHERAND (P)**
Fréquence et indication de césarienne
Rev. Française Gynécol. Obstet., 1990, 85, 109-11
- 22/ **KABA (S)**
Evacuations sanitaires d'urgence en obstétrique
Thèse de médecine Abidjan 1986, N° 714
- 23/ **KITEMBE (K) et COLL**
Rupture de l'utérus gravide : à propos de 28 cas
J. Gynécol. Obstet. Biol. Repr. 1975, 4, 845-853
- 24/ **LANSAC (J), BODY (G) et COLL**
L'accouchement sur utérus cicatriciel
Pratique de l'accouchement, édition SIMEP, 1989, 154-158
- 25/ **LEROY (J) et AMOROS (J.P.)**
A propos de 700 cas de césariennes pratiquées chez
l'africaine à Dakar.
A propos de 700 cas de césariennes pratiquées chez
l'africaine à Dakar.
Med. Trop. Mai - Juin 1975, 35, (5)
- 26/ **LEWIN (D) et COLL**
Fédération des sociétés de gynécologie et obstétrique de
langue française ; commission permanente de la nomenclature
et de l'exploitation statistique. A propos de 51.597 cas.
J. Gynécol. Obstet. Biol. Repr. , 1973, 2, 721-735
- 27/ **MAGNIN (G)**
Les infections puerpérales graves
Rev. Françaises, 1978, 73, (4), 243-245
- 28/ **MAGNIN (P.), GABRIEL (H.), THOULON (J.M)**
Les ruptures utérines après césariennes antécédentes
Bull. Féd. soc. Gyn. Obst. lang. fr. 1966, 18, (3)
- 29/ **MELLIER (G) et COLL**
L'utérus cicatriciel : conduite à tenir
Rev. Française Gynéco. Obstétrique 1986, 81, 223-228

- 30/ **MERGER (R) et COLL**
La grossesse et l'accouchement chez les femmes porteuses
d'un utérus cicatriciel
Précis d'obstétrique Paris Masson, 1989, 402-405
- 31/ **MERRIL (B.S.) et GIBBS (E)**
Planned vaginal delivery following cesarean section
Obstet. Gynecol. 1978, 52, 50-52
- 32/ **MINTZ (P) et COLL**
Utérus cicatriciel et déhiscence utérine : à propos de 20
observations
Rev. Française Gynécol. Obstet., 1987, 82, (2), 97-105
- 33/ **MOREWOOD (G.A.) et COLL**
L'accouchement par voie basse après césarienne
Obstet. Gynecol. 1973, 42, 589-595
- 34/ **MOUNANGA (M) et COLL**
La césarienne : étude retrospective de 274 cas
Med. Afr. Noire, 1986, 33, (3), 180-188
- 35/ **PEHOUA (P.A.)**
Ruptures utérines au cours du travail : à propos de 171
cas.
Thèse med. Reims 1980
- 36/ **PIANA (G) et COLL**
Pronostic de l'accouchement après césarienne segmentaire
Bull. Féd. soc. Gyn. Obst. lang. fr. 1969, 21, 284-288
- 37/ **PICAUD (A) et COLL**
L'accouchement des utérus cicatriciels, à propos de 606 cas
pour 62.193 accouchements
Rev. Française. Gynécol. Obstet. 1990, 85, (96), 387-392
- 38/ **QUENTIN (M) et COLL**
Analgésie péridurale et utérus cicatriciel
J. de Gynécol. Obstét. Biol. Repr. 1987, 16, (5), 652
- 39/ **RUDIGOZ (R.C.) et COLL**
La césarienne en 1988 : Problèmes obstétricaux posés par
l'utérus cicatriciel.
Table ronde des journées Henri-Pigeaud, Lyon 15-17
Septembre 1988
Rev. Française. Gynécol. Obstet. 1990, 85, (2), 105-120

- 40/ **RUIZ VELASCO (V.) et COLL**
Accouchement après césarienne : morbinatalité
J. Gyn. Obstet. Biol. Repr. 1973, 2, 673-684
- 41/ **SEGUY (B) et COLL**
Problèmes des utérus cicatriciels
In. Obstet. Intermedic., 1969, 3, 24, 25
- 42/ **TALEBZADEH (H)**
Les ruptures utérines à l'hôpital Shapour de TABRIZ
Rev. Franc. Gynécol., 1978, 73, 695-702
- 43/ **THOULON (J.M.)**
Les césariennes
Encyclop. Med. Chir. Paris obstet. 5102, A10, 1979 IV
- 44/ **TSHILOMBO (K.M.) et COLL**
Accouchement chez la gestante zairoise antérieurement
césarisée : analyse de 145 cas.
J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod. 1991, 20, 568-574
- 45/ **VERNAY (A) et COLL**
Réflexion à propos de 24 cas de ruptures utérines
Rev. Franc. Gynécol. Obstet. 1977, 72, (3), 197-200
- 46/ **VITSE (M) et BOULANGER (J.C.)**
Les ruptures utérines sur utérus antérieurement césarisés,
A propos de 11 observations.
Rev. Franc. Gynécol. 1976, 71, (6), 379-384
- 47/ **ZANINA (R) FAVIER (M)**
Utérus cicatriciel : la césarienne itérative ne doit plus
être systématique
Prat. Med. 1986, 18, 37-42

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

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

Je ne permettrai pas que les considérations de religions, de race, de parti, de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

Lu et approuvé

Vu

Le Président du Jury

Le Doyen de la Faculté

Professeur BOHOUSSOU KOUADIO

Professeur DJEDJE André-Théodore

Vu

Le Recteur de l'Université
Nationale de COTE D'IVOIRE

Professeur SEMI-BI ZAN

La Faculté de Médecine d'Abidjan déclare
que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent
être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner
ni approbation ni improbation.

Résumé :

Notre étude porte sur 2041 accouchements pratiqués en 4ans chez des femmes ayant été antérieurement césarisées :

- 1239 d'entre elles ont accouché par les voies naturelles après épreuve utérine;**
- et 758 ont accouché par césariennes itératives;**
- 101 accouchements se sont compliqués de rupture utérine constatée soit avant l'expulsion du fœtus, soit après celle-ci.**

Nous avons tenté dans un premier temps de cerner les facteurs susceptibles de favoriser ces ruptures d'utérus antérieurement césarisés et ensuite de faire des propositions en vue de les prévenir.

Mots-clés : Epreuve utérine - Césariennes itératives - Rupture utérine.