

UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE: 2010

THESE N°: 92

Accouchement sur uterus cicatriciel

A propos de 400 cas

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mlle Rajaa MBARKI

Née le 16 Février 1984 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Accouchement – Césarienne – Utérus cicatriciel.

JURY

Mr. D. FERHATI

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

PRESIDENT

Mr. R. BERRADA

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

RAPPORTEUR

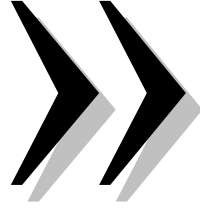
Mme. N. ZERAIDI

Professeur Agrégé de Gynécologie-Obstétrique

JUGES

Mr. Z. EL HANCHI

Professeur Agrégé de Gynécologie-Obstétrique



سبحانك لا علم لنا إلا
ما علمتنا إنك أنت
العليم الحكيم



سورة البقرة: الآية: 31



**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969	: Docteur Ahdelmalek FARAJ
1969 – 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

Doyen :	Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et Etudiantines	Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération	Professeur Naima LAHBABI-AMRANI
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie	Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général :	Monsieur Mohammed BENABDELLAH

PROFESSEURS :

Décembre 1967

1. Pr. TOUNSI Abdelkader Pathologie Chirurgicale

Février, Septembre, Décembre 1973

2. Pr. ARCHANE My Idriss* Pathologie Médicale
3. Pr. BENOMAR Mohammed Cardiologie
4. Pr. CHAOUI Abdellatif Gynécologie Obstétrique
5. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

6. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Février 1977

7. Pr. AGOUMI Abdelaziz Parasitologie
8. Pr. BENKIRANE ép. AGOUMI Najia Hématologie
9. Pr. EL BIED ép. IMANI Farida Radiologie

Février Mars et Novembre 1978

10. Pr. ARHARBI Mohamed Cardiologie
11. Pr. SLAOUI Ahdelmalek Anesthésie Réanimation

Mars 1979

12. Pr. LAMDOUAR ép. BOUAZZAOUI Naima Pédiatrie

Mars, Avril et Septembre 1980

13. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam Neurochirurgie
14. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

- 15. Pr. BENOMAR Said*
- 16. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid
- 17. Pr. EL MANOUAR Mohamed
- 18. Pr. HAMMANI Ahmed*
- 19. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih
- 20. Pr. SBIHI Ahmed
- 21. Pr. TAOBANE Hamid*

Anatomie Pathologique
Cardiologie
Traumatologie-Orthopédie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

- 22. Pr. ABROUQ Ali*
- 23. Pr. BENOMAR M'hammed
- 24. Pr. BENSOUDA Mohamed
- 25. Pr. BENOSMAN Abdellatif
- 26. Pr. CHBICHEB Abdelkrim
- 27. Pr. JIDAL Bouchaib*
- 28. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie-Cardio-Vasculaire
Anatomie
Chirurgie Thoracique
Biophysique
Chirurgie Maxillo-faciale
Physiologie

Novembre 1983

- 29. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir*
- 30. Pr. BALAFREJ Amina
- 31. Pr. BELLAKHDAR Fouad
- 32. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
- 33. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Neurochirurgie
Rhumatologie
Cardiologie

Décembre 1984

- 34. Pr. BOUCETTA Mohamed*
- 35. Pr. EL OUEDDARI Brahim El Khalil
- 36. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
- 37. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
- 38. Pr. NAJI M'Barek *
- 39. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie
Radiothérapie
Médecine Interne
Anesthésie -Réanimation
Immuno-Hématologie
Chirurgie

Novembre et Décembre 1985

- 40. Pr. BENJELLOUN Halima
- 41. Pr. BENSALIM Younes
- 42. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
- 43. Pr. IHRAI Hssain *
- 44. Pr. IRAQI Ghali
- 45. Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Neurologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
Pneumo-phtisiologie
Oto-Rhino-laryngologie

Janvier, Février et Décembre 1987

- 46. Pr. AJANA Ali
- 47. Pr. AMMAR Fanid
- 48. Pr. CHAHED OUAZZANI ép.TAOBANE Houria
- 49. Pr. EL FASSY Fihri Mohamed Taoufiq
- 50. Pr. EL HAITEM Naïma
- 51. Pr. EL MANSOURI Abdellah*
- 52. Pr. EL YAACOUBI Moradh
- 53. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
- 54. Pr. LACHKAR Hassan

Radiologie
Pathologie Chirurgicale
Gastro-Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Cardiologie
Chimie-Toxicologie Expertise
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne

55. Pr. OHAYON Victor*
56. Pr. YAHYAOUI Mohamed

Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

57. Pr. BENMAMOUCHE Mohamed Najib
58. Pr. DAFIRI Rachida
59. Pr. FAIK Mohamed
60. Pr. FIKRI BEN BRAHIM Noureddine
61. Pr. HERMAS Mohamed
62. Pr. TOULOUNE Farida*

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie
Urologie
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Traumatologie Orthopédie
Médecine Interne

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

63. Pr. ABIR ép. KHALIL Saadia
64. Pr. ACHOUR Ahmed*
65. Pr. ADNIAOUI Mohamed
66. Pr. AOUNI Mohamed
67. Pr. AZENDOUR BENACEUR*
68. Pr. BENAMEUR Mohamed*
69. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali
70. Pr. CHAD Bouziane
71. Pr. CHKOFF Rachid
72. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH
73. Pr. HACHIM Mohammed*
74. Pr. HACHIMI Mohamed
75. Pr. KHARBACH Aïcha
76. Pr. MANSOURI Fatima
77. Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda
78. Pr. SEDRATI Omar*
79. Pr. TAZI Saoud Anas
80. Pr. TERHZZAZ Abdellah*

Cardiologie
Chirurgicale
Médecine Interne
Médecine Interne
Oto-Rhino-Laryngologie
Radiologie
Cardiologie
Pathologie Chirurgicale
Pathologie Chirurgicale
Pédiatrique
Médecine-Interne
Urologie
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Neurologie
Dermatologie
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie

Février Avril Juillet et Décembre 1991

81. Pr. AL HAMANY Zaïtounia
82. Pr. ATMANI Mohamed*
83. Pr. AZZOUZI Abderrahim
84. Pr. BAYAHIA ép. HASSAM Rabéa
85. Pr. BELKOUCHI Abdelkader
86. Pr. BENABDELLAH Chahrazad
87. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdelatif
88. Pr. BENSOUDA Yahia
89. Pr. BERRAHO Amina
90. Pr. BEZZAD Rachid
91. Pr. CHABRAOUI Layachi
92. Pr. CHANA El Houssaine*
93. Pr. CHERRAH Yahia
94. Pr. CHOKAIRI Omar
95. Pr. FAJRI Ahmed*
96. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*
97. Pr. KHATTAB Mohamed
98. Pr. NEJMI Maati
99. Pr. OUAALINE Mohammed*

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chirurgie Générale
Hématologie
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Ophtalmologie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène

100. Pr. SOULAYMANI ép.BENCHEIKH Rachida
101. Pr. TAOUFIK Jamal

Pharmacologie
Chimie thérapeutique

Décembre 1992

102. Pr. AHALLAT Mohamed
103. Pr. BENOUDA Amina
104. Pr. BENSOUA Adil
105. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
106. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza
107. Pr. CHAKIR Nouredine
108. Pr. CHRAIBI Chafiq
109. Pr. DAOUDI Rajae
110. Pr. DEHAYNI Mohamed*
111. Pr. EL HADDOURY Mohamed
112. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
113. Pr. FELLAT Rokaya
114. Pr. GHAFIR Driss*
115. Pr. JIDDANE Mohamed
116. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
117. Pr. TAGHY Ahmed
118. Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale
Microbiologie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Microbiologie

Mars 1994

119. Pr. AGNAOU Lahcen
120. Pr. AL BAROUDI Saad
121. Pr. ARJI Moha*
122. Pr. BENCHERIFA Fatiha
123. Pr. BENJAAFAR Nouredine
124. Pr. BENJELLOUN Samir
125. Pr. BENRAIS Nozha
126. Pr. BOUNASSE Mohammed*
127. Pr. CAOUI Malika
128. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
129. Pr. EL AMRANI ép. AHALLAT Sabah
130. Pr. EL AOUDAD Rajae
131. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
132. Pr. EL HASSANI My Rachid
133. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
134. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
135. Pr. ERROUGANI Abdelkader
136. Pr. ESSAKALI Malika
137. Pr. ETTAYEBI Fouad
138. Pr. HADRI Larbi*
139. Pr. HDA Ali*
140. Pr. HASSAM Badredine
141. Pr. IFRINE Lahssan
142. Pr. JELTHI Ahmed
143. Pr. MAHFOUD Mustapha
144. Pr. MOUDENE Ahmed*
145. Pr. MOSSERDAQ Rachid*
146. Pr. OULBACHA Said
147. Pr. RHRAB Brahim

Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Ophtalmologie
Radiothérapie
Chirurgie Générale
Biophysique
Pédiatrie
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métabolique
Gynécologie Obstétrique
Immunologie
Traumato Orthopédie
Radiologie
Médecine Interne
Chirurgie Cardio- Vasculaire
Chirurgie Générale
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Médecine Interne
Médecine Interne
Dermatologie
Chirurgie Générale
Anatomie Pathologique
Traumatologie Orthopédie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique

148. Pr. SENOUCI ép. BELKHADIR Karima
149. Pr. SLAOUI Anas

Dermatologie
Chirurgie Cardio-vasculaire

Mars 1994

150. Pr. ABBAR Mohamed*
151. Pr. ABDELHAK M'barek
152. Pr. BELAIDI Halima
153. Pr. BARHMI Rida Slimane
154. Pr. BENTAHILA Abdelali
155. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
156. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
157. Pr. CHAMI Ilham
158. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
159. Pr. EL ABBADI Najia
160. Pr. HANINE Ahmed*
161. Pr. JALIL Abdelouahed
162. Pr. LAKHDAR Amina
163. Pr. MOUANE Nezha

Urologie
Chirurgie - Pédiatrique
Neurologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Gynécologie -Obstétrique
Traumatologie -Orthopédie
Radiologie
Ophtalmologie
Neurochirurgie
Radiologie
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Mars 1995

164. Pr. ABOUQUAL Redouane
165. Pr. AMRAOUI Mohamed
166. Pr. BAIDADA Abdelaziz
167. Pr. BARGACH Samir
168. Pr. BELLAHNECH Zakaria
169. Pr. BEDDOUCHE Amograne*
170. Pr. BENZAOUZ Mustapha
171. Pr. CHAARI Jilali*
172. Pr. DIMOU M'barek*
173. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
174. Pr. EL MESNAOUI Abbes
175. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
176. Pr. FERHATI Driss
177. Pr. HASSOUNI Fadil
178. Pr. HDA Abdelhamid*
179. Pr. IBEN ATTYA ANDALOSSI Ahmed
180. Pr. IBRAHIMY Wafaa
182. Pr. BENOMAR ALI
183. Pr. BOUGTAB Abdesslam
184. Pr. ER RIHANI Hassan
185. Pr. EZZAITOUNI Fatima
186. Pr. KABBAJ Najat
187. Pr. LAZRAK Khalid (M)
188. Pr. OUTIFA Mohamed*

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Neurologie
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Néphrologie
Radiologie
Traumatologie Orthopédie
Gynécologie Obstétrique

Décembre 1996

189. Pr. AMIL Touriya*
190. Pr. BELKACEM Rachid
191. Pr. BELMAHI Amin
192. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
193. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
194. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie

195. Pr. GAMRA Lamiae
196. Pr. GAOUZI Ahmed
197. Pr. MAHFOUDI M'barek*
198. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
199. Pr. MOHAMMADI Mohamed
200. Pr. MOULINE Soumaya
201. Pr. OUADGHIRI Mohamed
202. Pr. OUZEDDOUN Naima
203. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie – Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

204. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
205. Pr. BEN AMAR Abdeselem
206. Pr. BEN SLIMANE Lounis
207. Pr. BIROUK Nazha
208. Pr. BOULAICH Mohamed
209. Pr. CHAOUIR Souad*
210. Pr. DERRAZ Said
211. Pr. ERREIMI Naima
212. Pr. FELLAT Nadia
213. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
214. Pr. HAIMEUR Charki*
215. Pr. KADDOURI Nouredine
216. Pr. KANOUNI NAWAL
217. Pr. KOUTANI Abdellatif
218. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
219. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
220. Pr. NAZZI M'barek*
221. Pr. OUAHABI Hamid*
222. Pr. SAFI Lahcen*
223. Pr. TAOUFIQ Jallal
224. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie – Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.R.L.
Radiologie
Neurochirurgie
Pédiatrie
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie – Pédiatrique
Physiologie
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Cardiologie
Neurologie
Anesthésie Réanimation
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

225. Pr. BENKIRANE Majid*
226. Pr. KHATOURI Ali*
227. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
Cardiologie
Anatomie Pathologique

Novembre 1998

228. Pr. AFIFI RAJAA
229. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
230. Pr. ALOUANE Mohammed*
231. Pr. LACHKAR Azouz
232. Pr. LAHLOU Abdou
233. Pr. MAFTAH Mohamed*
234. Pr. MAHASSINI Najat
235. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
236. Pr. MANSOURI Abdelaziz*
237. Pr. NASSIH Mohamed*
238. Pr. RIMANI Mouna
239. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Gastro - Entérologie
Pneumo-phtisiologie
Oto- Rhino- Laryngologie
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurochirurgie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo Faciale
Anatomie Pathologique
Neurologie

Janvier 2000

240. Pr. ABID Ahmed*
241. Pr. AIT OUMAR Hassan
242. Pr. BENCHERIF My Zahid
243. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
244. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
245. Pr. CHAOUI Zineb
246. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
247. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
248. Pr. EL FTOUH Mustapha
249. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
250. Pr. EL OTMANYAzzedine
251. Pr. GHANNAM Rachid
252. Pr. HAMMANI Lahcen
253. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
254. Pr. ISMAILI Hassane*
255. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
256. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
257. Pr. TACHINANTE Rajae
258. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Ophtalmologie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Traumatologie Orthopédie
Gastro-Entérologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

259. Pr. AIDI Saadia
260. Pr. AIT OURHROUIL Mohamed
261. Pr. AJANA Fatima Zohra
262. Pr. BENAMR Said
263. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
264. Pr. BOUSSELMANE Nabile*
265. Pr. BOUTALEB Najib*
266. Pr. CHERTI Mohammed
267. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
268. Pr. EL HASSANI Amine
269. Pr. EL IDGHIRI Hassan
270. Pr. EL KHADER Khalid
271. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
272. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
273. Pr. HSSAIDA Rachid*
274. Pr. MANSOURI Aziz
275. Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
276. Pr. RZIN Abdelkader*
277. Pr. SEFIANI Abdelaziz
278. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Neurologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

PROFESSEURS AGREGES :

Décembre 2001

279. Pr. ABABOU Adil
280. Pr. AOUAD Aicha
281. Pr. BALKHI Hicham*
282. Pr. BELMEKKI Mohammed
283. Pr. BENABDELJLIL Maria
284. Pr. BENAMAR Loubna
285. Pr. BENAMOR Jouda
286. Pr. BENELBARHDADI Imane

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie

287. Pr. BENNANI Rajae
 288. Pr. BENOUACHANE Thami
 289. Pr. BENYOUSSEF Khalil
 290. Pr. BERRADA Rachid
 291. Pr. BEZZA Ahmed*
 292. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
 293. Pr. BOUHOUCHE Rachida
 294. Pr. BOUMDIN El Hassane*
 295. Pr. CHAT Latifa
 296. Pr. CHELLAOUI Mounia
 297. Pr. DAALI Mustapha*
 298. Pr. DRISSE Sidi Mourad*
 299. Pr. EL HAJJOU Ghziel Samira
 300. Pr. EL HIJRI Ahmed
 301. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 302. Pr. EL MADHI Tarik
 303. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 304. Pr. EL OUNANI Mohamed
 305. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
 306. Pr. ETTAIR Said
 307. Pr. GAZZAZ Miloudi*
 308. Pr. GOURINDA Hassan
 309. Pr. HRORA Abdelmalek
 310. Pr. KABBAJ Saad
 311. Pr. KABIRI El Hassane*
 312. Pr. LAMRANI Moulay Omar
 313. Pr. LEKEHAL Brahim
 314. Pr. MAHASSIN Fattouma*
 315. Pr. MEDARHRI Jalil
 316. Pr. MIKDAME Mohammed*
 317. Pr. MOHSINE Raouf
 318. Pr. NABIL Samira
 319. Pr. NOUINI Yassine
 320. Pr. OUALIM Zouhir*
 321. Pr. SABBAH Farid
 322. Pr. SEFIANI Yasser
 323. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
 324. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Cardiologie
 Pédiatrie
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Rhumatologie
 Anatomie
 Cardiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Anesthésie-Réanimation
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Néphrologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie
 Urologie

Décembre 2002

325. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 326. Pr. AMEUR Ahmed*
 327. Pr. AMRI Rachida
 328. Pr. AOURARH Aziz*
 329. Pr. BAMOU Youssef *
 330. Pr. BELGHITI Laila
 331. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 332. Pr. BENBOUAZZA Karima
 333. Pr. BENZEKRI Laila
 334. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 335. Pr. BERADY Samy*
 336. Pr. BERNOUSSI Zakiya
 337. Pr. BICHA Mohamed Zakarya
 338. Pr. CHOHO Abdelkrim *

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Gynécologie Obstétrique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Rhumatologie
 Dermatologie
 Gastro – Enterologie
 Médecine Interne
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale

339. Pr. CHKIRATE Bouchra
 340. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 341. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
 342. Pr. EL BARNOUSSI Leila
 343. Pr. EL HAOURI Mohamed *
 344. Pr. EL MANSARI Omar*
 345. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 346. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 347. Pr. HADDOUR Leila
 348. Pr. HAJJI Zakia
 349. Pr. IKEN Ali
 350. Pr. ISMAEL Farid
 351. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 352. Pr. KRIOULE Yamina
 353. Pr. LAGHMARI Mina
 354. Pr. MABROUK Hfid*
 355. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 356. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 357. Pr. MOUSTAINE My Rachid
 358. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 359. Pr. OUIJILAL Abdelilah
 360. Pr. RACHID Khalid *
 361. Pr. RAISS Mohamed
 362. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 363. Pr. RHOU Hakima
 364. Pr. RKIOUAK Fouad*
 365. Pr. SIAH Samir *
 366. Pr. THIMOU Amal
 367. Pr. ZENTAR Aziz*
 368. Pr. ZRARA Ibtisam*

Janvier 2004

369. Pr. ABDELLAH El Hassan
 370. Pr. AMRANI Mariam
 371. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 372. Pr. BENKIRANE Ahmed*
 373. Pr. BENRAMDANE Larbi*
 374. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 375. Pr. BOULAADAS Malik
 376. Pr. BOURAZZA Ahmed*
 377. Pr. CHERRADI Nadia
 378. Pr. EL FENNI Jamal*
 379. Pr. EL HANCHI Zaki
 380. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 381. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 382. Pr. HACHI Hafid
 383. Pr. JABOUIRIK Fatima
 384. Pr. KARMANE Abdelouahed
 385. Pr. KHABOUZE Samira
 386. Pr. KHARMAZ Mohamed
 387. Pr. LEZREK Mohammed*
 388. Pr. MOUGHIL Said
 389. Pr. NAOUMI Asmae*
 390. Pr. SAADI Nozha

- Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Urologie
 Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Traumatologie Orthopédie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumo-physiologie
 Néphrologie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique

- Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Chimie Analytique
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Neurologie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique

391. Pr. SASSENOU Ismail*
 392. Pr. TARIB Abdelilah*
 393. Pr. TIJAMI Fouad
 394. Pr. ZARZUR Jamila

Gastro-Entérologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale
 Cardiologie

Janvier 2005

395. Pr. ABBASSI Abdelah
 396. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 397. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
 398. Pr. ALLALI fadoua
 399. Pr. AMAR Yamama
 400. Pr. AMAZOUZI Abdellah
 401. Pr. AZIZ Nouredine*
 402. Pr. BAHIRI Rachid
 403. Pr. BARAKAT Amina
 404. Pr. BENHALIMA Hanane
 405. Pr. BENHARBIT Mohamed
 406. Pr. BENYASS Aatif
 407. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 408. Pr. BOUKALATA Salwa
 409. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
 410. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 411. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
 412. Pr. HAJJI Leila
 413. Pr. HESSISSEN Leila
 414. Pr. JIDAL Mohamed*
 415. Pr. KARIM Abdelouahed
 416. Pr. KENDOUCI Mohamed*
 417. Pr. LAAROUSSI Mohamed
 418. Pr. LYACOUBI Mohammed
 419. Pr. NIAMANE Radouane*
 420. Pr. RAGALA Abdelhak
 421. Pr. REGRAGUI Asmaa
 422. Pr. SBIHI Souad
 423. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
 424. Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Rhumatologie
 Néphrologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Pédiatrie
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie
 Pédiatrie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Cardiologie
 Chirurgie Cardio Vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Anatomie Pathologique
 Histo Embryologie Cytogénétique
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique

Avril 2006

425. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 426. Pr. AFIFI Yasser
 427. Pr. AKJOUJ Said*
 428. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
 429. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 430. Pr. BENCHEIKH Razika
 431. Pr. BIYI Abdelhamid*
 432. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 433. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 434. Pr. CHEIKHAOUI Younes
 435. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 436. Pr. DOGHMI Nawal
 437. Pr. ESSAMRI Wafaa
 438. Pr. FELLAT Btissam
 439. Pr. FAROUDY Mamoun

Rhumatologie
 Dermatologie
 Radiologie
 Dermatologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie – Pédiatrique
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation

- 440. Pr. GHADOUANE Mohammed*
- 441. Pr. HARMOUCHE Hicham
- 442. Pr. HNAFI Sidi Mohamed*
- 443. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
- 444. Pr. JROUNDI Laila
- 445. Pr. KARMOUNI Tariq
- 446. Pr. KILI Amina
- 447. Pr. KISRA Hassan
- 448. Pr. KISRA Mounir
- 449. Pr. KHARCHAFI Aziz*
- 450. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
- 451. Pr. MANSOURI Hamid*
- 452. Pr. NAZIH Naoual
- 453. Pr; OUANASS Abderrazzak
- 454. Pr. SAFI Soumaya*
- 455. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
- 456. Pr. SEFIANI Sana
- 457. Pr. SOUALHI Mouna
- 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Médecine Interne
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo-Phtisiologie
 Pneumo-Phtisiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES
PROFESSEURS

- 1. Pr. ALAMI OUHABI Naima
- 2. Pr. ALAOUI KATIM
- 3. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
- 4. Pr. ANSAR M'hammed
- 5. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
- 6. Pr. BOURJOUANE Mohamed
- 7. Pr. DRAOUI Mustapha
- 8. Pr. EL GUESSABI Lahcen
- 9. Pr. ETTAIB Abdelkader
- 10. Pr. FAOUZI Moulay El Abbas
- 11. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
- 12. Pr. REDHA Ahlam
- 13. Pr. TELLAL Saida*
- 14. Pr. TOUATI Driss
- 15. Pr. ZELLOU Amina

Biochimie
 Pharmacologie
 Histologie – Embryologie
 Chimie Organique et Pharmacie Chimique
 Applications Pharmaceutiques
 Microbiologie
 Chimie Analytique
 Pharmacognosie
 Zootechnie
 Pharmacologie
 Chimie Organique
 Biochimie
 Biochimie
 Pharmacognosie
 Chimie Organique

* *Enseignants Militaires*

Remerciements

A notre maître, président de thèse

Mr Driss Ferhati

Professeur en gynécologie obstétrique

C'est un grand honneur pour nous que vous acceptiez de
présider notre travail.

Votre culture scientifique, votre compétence et vos
qualités humaines ont suscité en nous une grande
admiration et sont pour vos élèves un exemple à suivre.

Veillez trouver dans ce travail, le témoignage de notre
profonde estime et notre vive reconnaissance.

A notre maître rapporteur de thèse

Mr Rachid Berrada

Professeur en gynécologie obstétrique

Vous avez accepté avec grande amabilité de superviser cette thèse malgré toutes les charges que vous assurez, je ne saurais jamais vous remercier.

Je garderai toujours à l'esprit votre compétence, votre gentillesse et vos grandes qualités humaines.

Soyez assuré professeur de mon profond respect et ma sincère reconnaissance.

A notre maître et juge de thèse

Madame Zeraidi Najia

Prof agrégé en gynécologie obstétrique

Votre présence au sein de notre jury est un grand honneur pour nous, et j'espère être à la hauteur de cette confiance.

Vos connaissances valeureuses m'inspirent beaucoup de respect et de considération.

Qu'il nous soit permis cher maître, de vous exprimer toute notre gratitude et notre profonde admiration.

A notre maître et juge de thèse

Mr El Hanchi Zaki

Prof agrégé en gynécologie obstétrique

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous avez fait, en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Durant nos études, nous avons toujours apprécié l'étendu de vos connaissances, vos qualités humaines et professionnelles qui constituent un exemple à suivre pour tout praticien.

Nous vous prions de croire en notre profonde reconnaissance et nos vifs remerciements

A Docteur Taleb Sanaa

Résidente en gynécologie obstétrique

Nous sommes très reconnaissants de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de superviser notre travail. Vous avez été toujours disponible à nous aider, nous encourager et à nous conseiller durant l'élaboration de ce travail.

Nous vous remercions infiniment pour tout l'aide que vous nous avez apporté, et veuillez trouver ici notre gratitude et nos respects les plus sincères

Dédicaces

· · · · · ♥ A mes très chers parents ♥ · · · · ·

Mr Mbarki Abdellah
et Mme Boustata Souad

Tous les mots ne peuvent exprimer mon respect et mes
mercis, vous n'avez épargné la moindre seconde pour
venir à mon aide, pour me soutenir et me guider.

Veillez trouver ici mes chers, l'expression de mon
profond respect et ma gratitude éternelle.

Je vous aime beaucoup

·♦●●♥ A ma sœur jumelle Safaa ♥●●♦·

·♦●●♥ Et ma petite sœur Insaf ♥●●♦·

Que j'aime éternellement, je vous remercie d'être toujours là pour moi, de m'avoir soutenu durant les difficiles moments de mon parcours,

Je vous souhaite une vie des plus heureuses et des plus prospères.

A toute ma famille sans exception

Mes grands parents, mes tantes, mes oncles, mes cousins et cousines...

A tous mes amis sans exception

Meryem, Mohamed, Ayoub, Mehdi, Haithem, Hind, Keltoum, Abdeladim, Imane, Hanae, Hatim, Ahlam, Ibtissam, Fatima Zohra...

A tous les internes de l'hôpital

Hassan 2 d'Agadir promotion

2008-2009

A tous ceux qui ont empreinte ma vie,

de proche ou de loin

Je vous remercie infiniment

Sommaire

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODE D’ETUDE	3
RESULTATS	6
I. Fréquence globale	7
II. paramètres renseignant sur la parturiente et ses antécédents	7
1) Age	7
2) Nombre de grossesses.....	8
3) Nombre d’accouchements	9
4) Nombre d’enfants vivants.....	9
5) Nombre d’enfants morts	10
6) Antécédents médico-chirurgicaux et gynécologiques	11
6-1) Antécédents médicaux	11
6-2) Antécédents chirurgicaux	12
6-3) Antécédents gynécologiques	12
III. paramètres renseignant sur la (es) cicatrice (s) existante (s)	13
1) Nombre de cicatrices	13
2) Nature de la cicatrice	13
3) Indication de la cicatrice	14

4) Suites postopératoires	15
5) Nombre d'accouchement par voie basse avant la cicatrice	15
6) Nombre d'accouchement par voie basse après la cicatrice	16
IV. paramètres renseignant sur la grossesse en cours et les modalités d'accouchement	18
1) Terme de la grossesse	18
2) Pathologies gravidiques associées	18
3) Espace inter génésique	19
4) Travail.....	20
4-1) Début du travail	20
4-2) Durée du travail	20
5) Mode d'accouchement.....	21
6) Indications de la césarienne et incidents	24
6-1) Indications	24
6-1-1) Césarienne d'urgence.....	24
6 1-2) Césarienne après épreuve utérine.....	24
6 1-3) Césariennes prophylactiques.....	25
6-2) Incidents préopératoires	25
7) Incidents particuliers	26
8) Suites postopératoires	26
9) Le nouveau-né à la naissance	26
9-1) Poids de naissance	26
9-2) Score d'Apgar.....	27
9-3) Sexe	28
9-4) Complications périnatales	29
DISCUSSION	30
I. Fréquence globale	31
II. Paramètres renseignant sur la parturiente	32
1) Age	32
2) Nombre d'accouchements	32

III. Paramètres renseignant sur la (es) cicatrice (s) existante (s)	33
1) Nombre de cicatrices	33
2) Nature de la cicatrice	34
3) Indication de la cicatrice	35
4) Suites postopératoires	36
5) Antécédents de voie basse	36
IV. Paramètres renseignant sur la grossesse en cours et les modalités d'accouchement	38
1) Terme de la grossesse	38
2) Espace inter génésique	39
3) Travail.....	39
3-1) Début du travail	39
3-2) Durée du travail	40
4) Mode d'accouchement.....	41
4-1) L'épreuve utérine	41
a. Expulsion	43
b. Révision	43
4-2) Césarienne prophylactique	44
a. Fréquence	44
b. indications de la césarienne	44
b-1 Indications de première intention	45
b-1-1 Dystocies osseuses	45
✧ Bassin limite	45
✧ Bassin rétréci	45
b-1-2 Les contres indications au déclenchement	46
b-1-3 Présentations dystociques	46
b-1-4 Macrosomie.....	48
b-1-5 Grossesses multiples	49
b 1-6 Placenta prævia.....	50
b-2) Indications de deuxième intention.....	50

5) Pronostic maternel	51
5-1 Mortalité maternelle.....	51
5-2 Morbidité maternelle	52
6) Nouveau né à la naissance	53
6-1 Poids de naissance	53
6-2 Score d’Apgar	53
6-3 Morbidité et mortalité périnatales.....	54
a. Morbidité périnatale	54
b. Mortalité périnatale	55
CONCLUSION	56
RESUME	58
BIBLIOGRAPHIES	62

Abréviations

Liste des abréviations :

- **ATCD** : antécédent
- **AVC** : accident vasculaire cérébral
- **DFP** : disproportion fœtaux-pelvienne
- **HTA** : hypertension artérielle
- **HTAG** : hypertension artérielle gravidique
- **IC** : intervalle de confiance
- **KO** : kyste ovarien
- **MAP** : menace d'accouchement prématuré
- **MR** : membranes rompues
- **PP** : placenta prævia
- **RC** : rapport de cotes
- **RPM** : rupture prématurée des membranes
- **SFA** : souffrance fœtale aigue
- **SOGC** : société des obstétriciens et gynécologues du Canada
- **UDC** : utérus doublement cicatriciel

- **UTC** : utérus triplement cicatriciel
- **SA** : semaine d'aménorrhée

Introduction

INTRODUCTION

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

En effet, nous avons assisté au cours de ces deux dernières décennies à une augmentation du taux de césarienne dans la plupart des pays, les taux les plus importants sont rapportés aux Etats-Unis, où il serait actuellement entre 12 et 14 % [71].

Afin d'évaluer le mode d'accouchement des utérus cicatriciels et ses conséquences sur le pronostic materno-fœtal, nous nous sommes proposés de réaliser une étude rétrospective afin d'améliorer la prise en charge et le pronostic.

Notre travail consiste à :

- Faire une étude générale sur l'accouchement des utérus cicatriciel chez ces patientes.
- Analyser le profil épidémiologique et obstétrical de ces patientes.
- Déterminer les facteurs pronostiques.
- Discuter nos résultats en fonction des données de la littérature.

Matériel et méthode d'étude

MATERIEL D'ETUDE

Le matériel d'étude est représenté par une série rétrospective de 400 parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel qui ont accouché à la maternité Souissi du Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina de Rabat, entre le premier janvier 2009 et le 31 juillet 2009.

Critères d'inclusion : toute femme admise à la maternité pour accouchement avec une grossesse à terme et porteuse d'un utérus cicatriciel

METHODE D'ETUDE

Pour le recueil des données, nous avons établi une fiche d'exploitation (voir annexe). Au total 28 paramètres ont été étudiés répartis comme suit :

1. Paramètres renseignant sur les parturientes et ses antécédents :

- Age.
- Nombre de grossesses.
- Nombre d'accouchements.
- Nombre d'enfants vivants.
- Nombre d'enfants morts.
- ATCD Méd, Chir, Gyn,

2. Paramètres renseignant sur la (es) cicatrice (s) utérine (s) existante (s) :

- Nombre de (s) cicatrice (s) utérine (s).
- Nature de (s) cicatrice (s) utérine (s).
- Indications antérieures de la césarienne.
- Suites postopératoires.
- Nombre d'accouchements par voie basse avant la cicatrice utérine.
- Nombre d'accouchement par voie basse après la cicatrice.

3. Paramètres renseignant sur la grossesse en cours et les modalités d'accouchement :

- Terme de la grossesse.
- Pathologie gravidique associée.
- Espace Inter-génésique (délai entre la dernière cicatrice utérine et la grossesse actuelle).
- Le travail (spontanée, provoquée, prolongé, ...).
- Mode d'accouchement (VB, VH, spontané, instrumental, ...).
- Si césarienne ; indication, Incident.
- Incidents particuliers : hémorragies, RU,
- Suites postopératoires.
- Le nouveau-né à la naissance : poids, sexe, APGAR.

Pour le traitement des données, les dossiers ont été saisis dans un tableau d'Excel

Résultats

I. FREQUENCE GLOBALE :

Du premier janvier au 31 juillet 2009, nous avons colligé 400 dossiers de parturientes porteuses d'utérus cicatriciel qui se sont présentées à la maternité Souissi de Rabat pour accouchement.

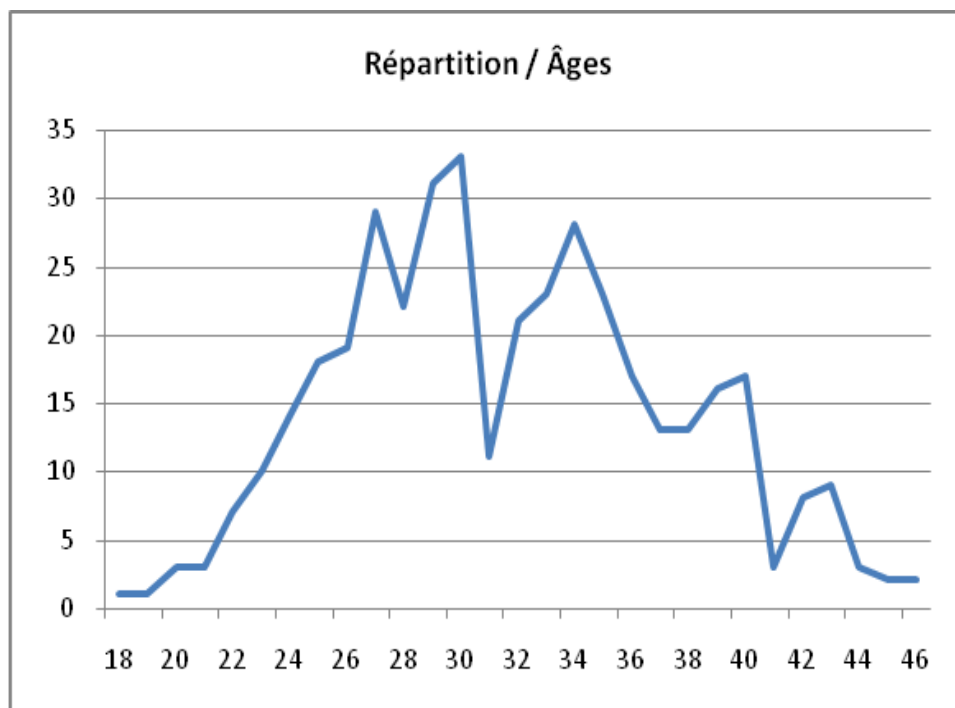
Durant la même période, nous avons comptabilisé 8274 accouchements, soit une fréquence d'utérus cicatriciels de 4,83 %.

II. PARAMETRES RENSEIGNANT SUR LA PARTURIENTE ET SES ANTECEDENTS :

1. Répartition en fonction de l'âge :

L'âge des parturientes varie entre 18 et 46 ans avec un âge moyen de $31,73 \pm 5,75$ ans

Graphique n° 1 : Répartition selon l'âge des parturientes



2. Répartition selon le nombre de grossesses :

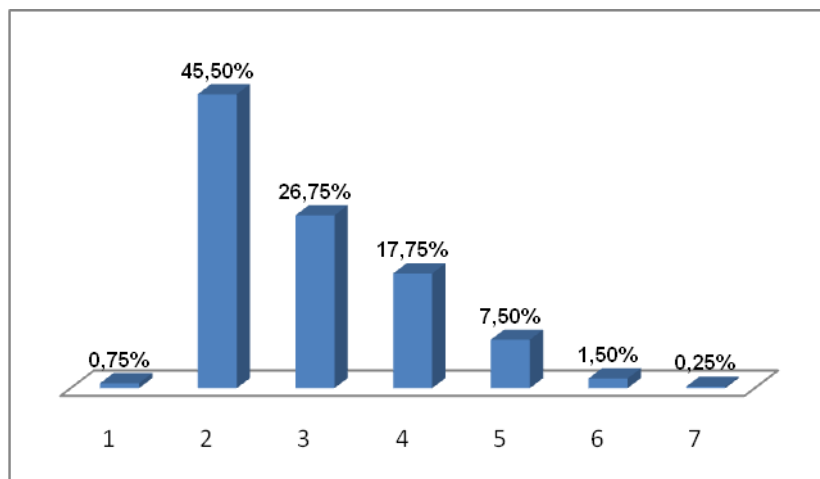
Le nombre de grossesses variait entre 1 et 7 grossesses, avec une moyenne de $2,92 \pm 1,06$ grossesses.

45,5% des femmes avaient une seule grossesse antérieure. Trois femmes, soit 0,75% étaient des primigestes primipares, elles étaient porteuses d'une cicatrice utérine d'origine gynécologique.

Tableau n° 1 : répartition en fonction du nombre de grossesses

Nombre de grossesses	Nb de cas	Pourcentage
1	3	0,75%
2	182	45,50%
3	107	26,75%
4	71	17,75%
5	30	7,50%
6	6	1,50%
7	1	0,25%
Total	400	100,0%

Graphique n° 2 : Répartition selon le nombre de grossesses



3. Répartition selon le nombre d'accouchements :

Dans notre série, le nombre d'accouchements antérieurs variait entre 0 et 6 accouchements. Le nombre moyen d'accouchements était de $1,63 \pm 0,96$. 231 parturientes soit 57,75% avaient accouché une seule fois.

Tableau n° 2 : répartition en fonction du nombre d'accouchements

Nombre d'accouchements	Nombre de cas	Pourcentages
	3	0,75%
0	231	57,75%
1	106	26,50%
2	40	10,00%
3	15	3,75%
4	5	1,25%
6		
Total	400	100,00%

4. Répartition selon le nombre d'enfants vivants :

Le nombre d'enfants vivants variait entre 0 et 6 avec une moyenne de $1,52 \pm 0,89$ enfant vivant par femme.

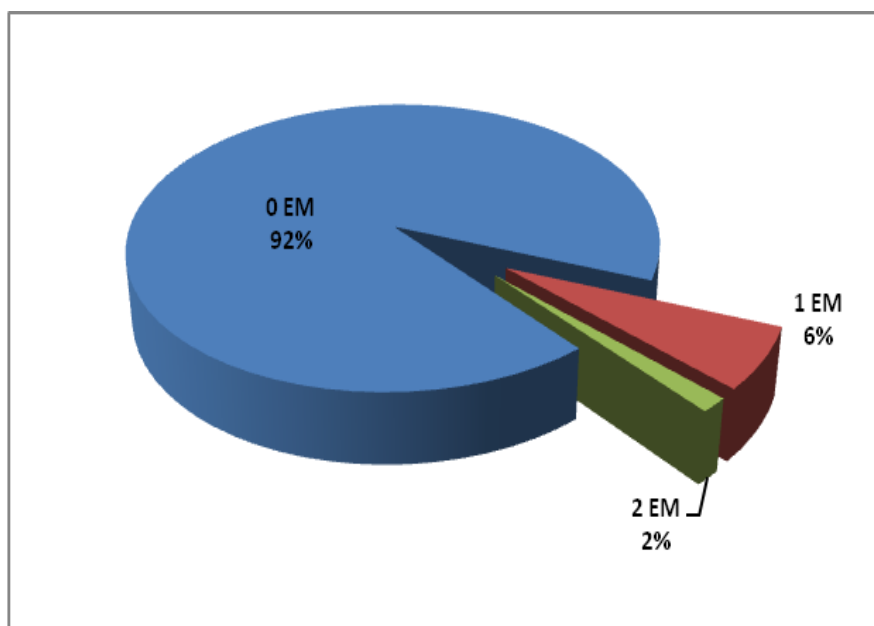
Tableau n° 3 : répartition en fonction du nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants vivants	Nombre de cas	Pourcentages
0	7	1,75%
1	245	61,25%
2	102	25,50%
3	29	7,25%
4	13	3,25%
5	1	0,25%
6	3	0,75%
Total	400	100,00%

5. Nombre d'enfants morts :

Le nombre d'enfants morts variait entre 0 et 2. 98 % de nos parturientes n'avaient pas d'ATCD d'enfants morts.

Graphique n° 3 : répartition en fonction du nombre d'enfants morts



6. Antécédents :

6-1) ATCD médicaux :

368 parturientes n'avaient pas d'antécédents pathologiques soit 92 %. Toutes fois, 32 parturientes soit 8% avaient les antécédents médicaux suivants :

Tableau n°4 : répartition selon les antécédents médicaux

ATCD médicaux	Nombre de cas	Pourcentages
Anémie	3	0,75%
Asthme	8	2,00%
AVC	1	0,25%
Cardiopathie	7	1,75%
Diabète	7	1,75%
Endométriose	1	0,25%
GOITRE	1	0,25%
HTA	3	0,75%
Hyperprolactinémie	1	0,25%
RAS	368	92,00%
Total général	400	100,00%

6-2) ATCD chirurgicaux :

396 parturientes n'ont jamais été opérées soit 99% alors que 4 parturientes soit 1 % avaient les antécédents chirurgicaux suivants :

Tableau n°5 : répartition selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Nombre de cas	Pourcentages
Appendicite	1	0,25%
Lithiase Biliaire	2	0,50%
Néphrectomie	1	0,25%
RAS	396	99,00%
Total général	400	100,00%

6-3) ATCD gynécologiques :

396 des parturientes soit 99 % n'avaient pas d'antécédents gynécologiques, alors que 4 parturientes soit 1 % avaient un antécédent de fibrome.

Tableau n° 6 : répartition selon les antécédents gynécologiques

ATCD gynécologiques	Nombre de cas	Pourcentage
Fibrome	4	1,00%
KO	1	0,25%
RAS	395	98,75%
Total général	400	100,00%

III. PARAMETRES RENSEIGNANT SUR LA (ES) CICATRICE (S) UTERINE (S) EXISTANTE (S) :

1. Nombre de cicatrices antérieures :

Le nombre de cicatrices variait entre 1 et 3. La majorité des parturientes étaient porteuses d'utérus uni cicatriciel (351 cas) soit 88 %.

Tableau n°7 : répartition selon le nombre des cicatrices

Nombre de cicatrices utérines	Nombre de cas	Pourcentage
1	351	87,75%
2	40	10,00%
3	9	2,25%
Total général	400	100,00%

2. Nature de la cicatrice :

Dans notre étude nous avons colligé 384 cas de cicatrices obstétricales, soit 96 %, 15 cas de cicatrices gynécologiques, soit 3,75%, et un seul cas de cicatrices obstétricale et gynécologique associées soit 0,25%.

Tableau n°8 : répartition selon la nature de la cicatrice

Nature de la cicatrice	Nombre de cas	Pourcentages
Gynécologique	15	3,75%
Obstétricale	384	96,00%
Gynécol + Obstét.	1	0,25
Total	400	100,00%

Pour les cicatrices d'origine obstétricale, 336 cas (87,51 %) étaient des utérus uni cicatriciels, 39 (10,15%) étaient bi-cicatriciels, et 9 cas (2,34%) triplement cicatriciels.

Tableau n°9 : répartition selon le nombre et la nature de la cicatrice

Nature de cicatrices	Nombre de cicatrices			Total
	1	2	3	
Gynécologique	15	1		16
Obstétricale	336	39	9	384
Total	351	40	9	400

3. Indications de la cicatrice :

Pour les cicatrices utérines, nous les avons réparti en 4 groupes :

- Causes mécaniques : DFP, bassins rétrécis, macrosomie
- Causes fœtales : souffrances fœtales aiguës ou chroniques
- Causes maternelles : HTAG, pré éclampsie, éclampsie, placenta prævia,
- Causes gynécologiques : myomectomie avec ouverture de la cavité utérine, cure de malformation utérine, ...

Tableau n°10 : répartition selon la cause de la cicatrice antérieure

Indications		Nombre de cas	Pourcentages	
Cause mécanique	Dystocie	106	26,50%	52,00%
	DFP	58	14,50%	
	Bassin	44	11,00%	
Cause fœtale	SF	61	15,25%	28,25%
	DT	52	13,00%	
Cause maternelle	Pré-éclampsie, éclampsie	38	9,50%	15,75%
	PP	13	3,25%	
	Chorio-amniotite	12	3,00%	
Cause gynécologique	Fibrome, plastie utérine	16	4,00%	4,00%
Total		400	100,00%	100,00 %

52% des causes de la cicatrice utérine étaient secondaires à une dystocie mécanique. Les causes fœtales représentaient 28,25%, les causes maternelles 17,75% alors que les causes non obstétricales ne représentaient que 4%.

4. Suites postopératoire de la cicatrice :

On a relevé 3 cas d'infection de paroi, soit 0.75 %, les suites étaient simples dans un cas, soit 0.25 %, alors que pour les 396 dossiers restant, soit 99 %, les suites postopératoires n'ont pas été précisées.

5. Nombre d'accouchements avant la cicatrice :

Tableau n°11: répartition selon le nombre d'accouchement avant la cicatrice

Nombre d'accouch. avant la cicatrice	Nombre de cas	Pourcentage
0	316	79,00%
1	51	12,75%
2	18	4,50%
3	12	3,00%
4	1	0,25%
5	2	0,50%
Total général	400	100,00%

Parmi les 400 parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel, 316 cas soit 79,00% n'ont jamais accouché par voie basse. Toutes fois, 84 parturientes (21,00%) ont déjà eu un ou plusieurs accouchements par voie basse avant la cicatrice utérine. Le nombre d'accouchements par voie basse variait entre 1 et 5 fois.

Tableau n°12 : répartition selon la cause de la cicatrice et le nombre d'accouchements avant la cicatrice

Cause de la cicatrice antérieure	Nombre accouch. avant cicatrice				Total
	0	1	2	3 et plus	
Mécanique	179 51%	21 53%	5 71%	3 75%	208 52%
Fœtale	98 28%	13 33%	1 14%	1 0%	113 28%
Gynécol	13 4%	2 5%	1 14%		16 4%
Maternelle	58 17%	4 10%		1 25%	63 16%
Total	348 100%	40 100%	7 100%	5 100%	400 100%

6. Nombre d'accouchements après la cicatrice :

Tableau n°13 : répartition selon le nombre d'accouchements après la cicatrice

Nombre d'accouch. apres la cicatrice	Nombre de cas	Pourcentage
0	348	87,00%
1	40	10,00%
2	7	1,75%
3	4	1,00%
4	1	0,25%
Total général	400	100,00%

Le nombre d'accouchements par voie basse après la cicatrice variait entre 0 et 4. 87 % des femmes n'ont jamais accouché par voie basse après la cicatrice utérine

Tableau n°14 : répartition selon le nombre d'accouchements avant et après la cicatrice

Nb accouch. Avant cicatrice	Nb accouch. Après cicatrice					Total
	0	1	2	3	4	
0	275 (68,8%)	29 (7,3%)	7 (1,8%)	4 (1,0%)	1 (0,3%)	316 (79,0%)
1	40 (10,0%)	11 (2,8%)				51 (12,8%)
2	18 (4,5%)					18 (4,5%)
3	12 (3,0%)					12 (3,0%)
4	1 (0,3%)					1 (0,3%)
5	2 (0,5%)					2 (0,5%)
Total	348 (87,0%)	40 (10,0%)	7 (1,8%)	4 (1,0%)	1 (0,3%)	400 (100,0%)

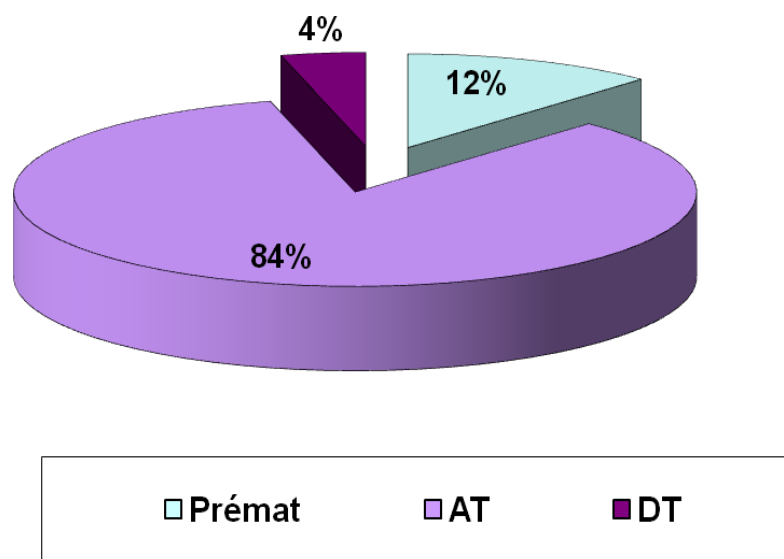
Au total, 84 parturientes ont eu des accouchements par voie basse avant la cicatrice utérine et seulement 52 cas ont eu des accouchements par voie basse après la cicatrice.

IV. PARAMETRES RENSEIGNANT SUR LA GROSSESSE EN COURS ET LES MODALITES D'ACCOUCHEMENT :

1. Terme de la grossesse :

Nous avons compté 48 accouchements prématurés, soit 12%, et 16 dépassements de terme, soit 4% des cas.

Graphique n°4 : répartition selon le terme de la grossesse



2. Pathologies gravidiques associées :

106 patientes, soit 26.5 %, présentait des pathologies gravidiques associées à l'utérus cicatriciel, dont les plus importantes étaient la RPM dans 53 cas, soit 13.25%, l'HTAG dans 23 cas, soit 5.75 % et le dépassement de terme dans 17 cas, soit 4.25%

33, soit 35.48 % de ces femmes ont été césarisées suite à l'association de l'utérus cicatriciel avec ces pathologies gravidiques

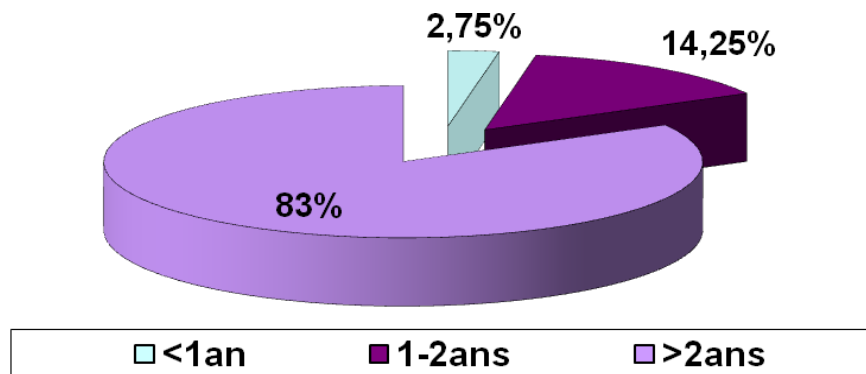
Tableau n°15 : répartition selon les pathologies gravidiques:

Pathologies associées	Nombre de cas	Pourcentage %
RPM	53	13.25%
HTAG	23	5.75%
DT	16	4.00%
MFIU	7	1.75%
MAP	5	1.25%
Oligoamnios	1	0.25%
PP	1	0.25%
RAS	294	73.50%
Total général	400	100.00%

3. Espace inter-génésique :

Le délai inter-génésique variait de 6 mois jusqu'à 18 ans, la durée moyenne est 56.43 mois.

Graphique n°5 : répartition selon l'espace inter génésique



83% des femmes avaient un intervalle inter génésique supérieure à 2 ans. 11 femmes, soit 2.75 % des femmes avaient un espace inter génésique inférieur à 1 an, dont 5, soit 45.45% ont pu accoucher par voie basse

4. Travail

4-1) Début du travail :

La majorité des parturientes se sont présentées au cours du travail 390 cas, soit 86 %.

Tableau n°16 : Répartition du travail

Entrée en travail	Mode d'accouchement		Total
	VB	VH	
César Programmée	--	8	8
Déclenché	2	--	2
Spontané	227	163	390
Total	229	171	400

4-2) Durée du travail :

La durée du travail variait entre 1 à 8 heures, avec une durée moyenne de 3.83 heures

Tableau n°17 : Répartition selon la durée du travail

Durée du travail	Mode d'accouchement		Total
	VB	VH	
< 3 heures	72	-	72
3-5 heures	98	-	98
> 5H	59	-	59
César Adm	-	163	163
César Progr	-	8	8
Total	229	171	400

De l'analyse de ces données, on déduit que :

- 97.5 % le travail était spontané.
- la durée moyenne du travail est 3.83 heures.
- seulement deux femmes porteuses d'utérus uni-cicatriciel ont bénéficié d'un déclenchement du travail.
- 40 femmes porteuses d'utérus bi cicatriciel, et 9 autres avec utérus tri cicatriciel se sont présentées en travail, ce qui présente un échec de suivi de grossesse de 12.25 %.
- 27 femmes porteuses d'utérus mono cicatriciel, dont l'indication de la première césarienne était pour bassin, se sont présentées en travail, ce qui représente un échec de suivi de grossesse de 6.75 %.

5. Modes d'accouchement

Dans notre série, l'épreuve utérine a été autorisée chez 234 parturientes, soit 58.5 %, elle s'est terminée par une césarienne de deuxième intention dans 5 cas, soit 1.25%. Dont le défaut d'engagement à dilatation complète et la stagnation de la dilatation ont été les deux principales indications, signant ainsi, l'échec de l'épreuve utérine. Alors que le déroulement du travail jugé satisfaisant, a permis l'accouchement par voie basse chez 229 parturientes, soit 57.25 %. La césarienne a été nécessaire dans les 171 autres, soit 42.75 %

Tableau n°18 : répartition selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	Nombre de cas	Pourcentage
VB	229	57 %
VH	171	43 %
Total	400	100,00%

Tableau n° 19 : mode d'accouchement et nombre de cicatrice :

Mode d'accouchement	Nombre de cicatrice			Total
	1	2	3	
VB	222 55.5%	7 1.75%		229 57.25%
VH	130 32.5%	33 8.25%	8 2%	171 42.75%
Total	352 75.2%	40 10%	8 2%	400 100%

De l'analyse de ce tableau, on déduit :

- 222 femmes porteuses d'utérus uni-cicatriciel soit 55.5 % ont accouché par voie basse.
- 7 femmes, soit 1.75 %, porteuses d'utérus bi cicatriciel ont accouché par voie basse.
- Toutes les femmes porteuses d'utérus tri cicatriciel ont accouché par voie haute.

Tableau n°20 : mode d'accouchement, terme de la grossesse et nombre de cicatrices

Voie d'accouch	Terme de la grossesse	Nombre de cicatrices			Total
		1	2	3	
VB N=229	AT	187	2		189
	DT	5			5
	Prémat	30	5		35
VH N=171	AT	113	27	7	147
	DT	10	1		11
	Prémat	7	5	1	13
Total		352	40	8	400

5 femmes, soit 1.25%, porteuses d'utérus uni cicatriciel ont pu accoucher par voie basse après dépassement de terme.

7 femmes, soit 1.75 %, porteuses d'utérus bi cicatriciel ont accouché par voie basse, dont 5 d'entre elles, avaient un accouchement prématuré et deux autres se sont présentées pour accouchement éminent à terme.

Tableau n° 21 : répartition selon le mode d'expulsion

Mode d'expulsion	Mode d'accouchement		Total
	VB	VH	
Spontanée	87 38%	0	87 22%
Ventouse	24 10%	0	24 6%
Episio	50 22%	0	50 13%
Episio + Ventouse	68 30%	0	68 17%
VH	0	171 100%	171 43%
Total	229 100%	171 100%	400 100%

Parmi les 400 de femmes porteuses d'utérus cicatriciels, 229 d'entre elles, soit 57.25 % ont pu accoucher par voie basse.

L'accouchement était spontané dans 38 % des cas, il a nécessité une épisiotomie dans 51.6 %, alors qu'il était instrumentalisé dans 40 % des cas.

La révision utérine après accouchement par voie basse :

Dans notre étude, la révision utérine a été faite chez 55 parturientes, soit 13.75 %, aucun cas de rupture utérine n'a été enregistré, en revanche, elle a permis de déceler 5 cas de rétention utérine.

6. Indications de la césarienne et incidents :

6-1) Indications de la césarienne :

La décision opératoire a été prise chez 171 parturientes soit 42.75%. Les indications opératoires ont été divisées en trois groupes :

6-1-1) La césarienne d'urgence :

Pratiquée chez 24 parturientes, soit 14 %. Elles ont été dominées par la SFA dans 11 cas, soit 6.43 % de l'ensemble des indications de césariennes

Tableau n°22 : répartition des indications de la césarienne d'urgence :

Indications	Nombre de cas	Taux % N=24
SFA	11	45.83%
Métrorragie	6	25.00%
Chorioamniotite	4	16.66%
Placenta praevia	1	4.16%
Sd de pré rupture	1	4.16%
Iso-immunisation	1	4.16%
Total	24	100%

6 1-2) Césariennes après épreuve utérine :

Dans 5 cas, soit 1.25 %, la décision opératoire a été prise après échec de l'épreuve utérine. Les indications opératoires dans ces cas étaient le défaut d'engagement à dilatation complète dans 4 cas, soit 2.34 %, et la stagnation de la dilatation dans un seul cas, soit 0.6%.

6-1-3) Césarienne prophylactique :

Il y a eu 142 césariennes prophylactiques, soit 82.67 %, dont les étiologies sont dominées par le bassin limite 30 cas, soit 17.54 %.

Tableau n°23 : répartition des indications des césariennes prophylactiques :

Indications	Nombre de cas	Taux % N=142
Bassin limite	30	21.12%
UDC	29	20.42%
Présentation siège	13	9.15%
Macrosomie	12	8.45%
DT	8	5.63%
UTC	8	5.63%
RPM	7	4.92%
Pré-éclampsie	7	4.92%
Espace inter-génésique court	6	4.22%
Grossesse gémellaire	5	3.52%
P . transverse	4	2.81%
Cicatrice corporéale	2	1.40%
Oligoamnios	1	0.70%
Utérus cloisonné	1	0.70%
ATCD obstétricaux chargés	1	0.70%
Prophylactique (ATCD de MFIU)	1	0.70%
Total	142	100%

6-2) Incidents per-opératoires :

On n'a relevé aucune complication per-opératoire

7. Incidents particuliers :

Tableau n° 24 : Incidents selon le mode d'accouchement

Incidents	Mode d'accouchement		TOTAL
	VB	VH	
Rétention utérine	5 2.18%	0 0%	5 1.25%
RAS	224 97.81%	171 100%	395 98.75%
TOTAL	229 100%	171 100%	400 100%

- On n'a enregistré aucun cas de rupture utérine
- On a relevé 5 cas de rétention utérine, soit 1.25 %, toutes accouchées par voie basse

8. Suites postopératoires

Les suites étaient simples pour toutes les parturientes.

9. Etat de l'enfant

9-1) Poids de naissance

Tableau n°25 : répartition selon le poids de naissance

Poids de naissance	Nombre de cas	Pourcentage %
<2500	31	7.75 %
2500-4000	335	83.75 %
>4000	34	8.50 %
TOTAL	400	100 %

Dans notre étude :

- le poids de naissance moyen est 3246.04 g avec des extrêmes de 300 g et 5400 g.
- on a enregistré 34 cas, soit 8.50 % de macrosomie.

Tableau n°26 : poids de naissance selon le mode d'accouchement

Poids de naissance	Mode d'accouchement		TOTAL
	VB	VH	
<2500	27 11.79%	4 2.33%	31 7.75%
2500-4000	189 82.53%	146 85.38%	335 83.75%
>4000	13 5.67%	21 12.28%	34 8.5%
TOTAL	229 100%	171 100%	400 100%

Dans notre série, 13 macrosomes, soit 5.67 %, ont pu être accouchés par voie basse, alors que les 21 autres, soit 12.28 % ont été accouchés par césarienne

9-2) Score d'Apgar :

Le score d'Apgar variait entre 0 et 10, la grande majorité des nouveau-nés, soit 94.25 %, avaient un Apgar supérieur à 7

Tableau n° 27: répartition selon l'Apgar

Score d'Apgar	Nombre de cas	Pourcentage %
0	8	2 %
1 à 7	15	37.5 %
>7	377	94.25 %
TOTAL	400	100 %

Tableau n°28 : Score d'Apgar selon le mode d'accouchement

Score d'Apgar	Mode d'accouchement		TOTAL
	VB	VH	
0	8 3.5%	0 0%	8 2%
1-7	10 4.36%	5 2.92%	15 3.75%
>7	211 92.13%	166 97.04 %	377 94.25 %
TOTAL	229 100%	171 100%	400 100 %

- Dans notre étude, un Apgar à 0 a été enregistré dans 8 cas, soit 3.5 %, toutes accouchées par voie basse
- 10 nouveau-nés, soit 4.36 %, accouchés par voie basse avec un Apgar entre 1 et 7, contre 5, soit 2.92 %, accouchés par voie haute

9-3)-Le sexe :

Tableau n°29 : répartition selon le sexe

Sexe	Nombre de cas	Pourcentage %
Féminin	206	51.5 %
Masculin	194	48.5 %
TOTAL	400	100 %

51.5% des nouveau-nés sont de sexe féminin

9-4)- Les complications périnatales :

Tableau n°30 : répartition selon les complications périnatales

Complications	Mode d'accouchement		Total
	VB	VH	
Morbidité périnatale	2 cas détresse respiratoire (0.5 %)	6 cas détresse respiratoire (1.50 %)	N=8 (2 %)
Mortalité périnatale	6 cas de MFIU (1.50 %) 3 cas de décès post-natal (0.75 %)	1 cas de décès post-natal (0.25 %)	N=10 (2.50 %)

La détresse respiratoire est plus importante dans le groupe d'accouchement par voie haute 6 cas, soit 1.5% par rapport à 2 cas, soit 0.5 % pour la voie basse, tandis que le nombre de décès est plus important chez les nouveau-nés accouchés par voie basse 3 cas, soit 0.75 % par rapport à un seul cas, soit 0.25 % pour ceux accouchés par voie haute.

On a enregistré 6 cas de MFIU accouchés tous par voie basse.

Discussion

I. FREQUENCE GLOBALE

La fréquence de l'utérus cicatriciel est variable selon les pays et dépend des habitudes obstétricales. Elle est élevée lorsque le taux de césarienne est élevé et, celui-ci ayant augmenté dans la majorité des pays depuis les années 1970, la fréquence de l'utérus cicatriciel a augmenté parallèlement. Les taux les plus importants sont rapportés dans les pays industrialisés et particulièrement aux Etats-Unis, où il serait actuellement entre 12 et 14 % [71].

L'évolution sur 40 ans de la fréquence de l'utérus cicatriciel à l'hôpital de Croix-Rousse est passée de 0.8 % en 1960 à 8.7 % en l'an 2000, et ils sont responsables de 23.4 % des césariennes en 2000 contre 10 % en 1960 [18].

Dans notre série, nous avons colligé 400 dossiers sur un total de 8274 accouchements, soit une fréquence d'utérus cicatriciel de 4,83 %.

Tableau n°31: fréquence des utérus cicatriciels

Auteurs	Nombre d'accouchements	Taux d'utérus cicatriciels	Taux d'utérus uni-cicatriciels
Flamm 1988 [37]	57553	8.6%	
Rudigoz 1988 [81]	7838	1.8%	3.9%
Flamm 1990 [38]	163814	9.2%	
Miller 1994 [64]	16415	10.5%	
El mansouri 1994 [30]	3484	4.3%	3.5%
Lehmann 1999 [56]	11300	5.12%	
Croix-Rousse 2000	3246	8.7%	
Notre série 2009	8274	4.83%	7.1%

II. PARAMETRES RENSEIGNANT SUR LA PARTURIENTE

1. Age

Shipp et al [84] ont montré que le risque de rupture utérine était de 1.4 % (P = 0.02) parmi les femmes âgées de 30 ans ou plus, alors qu'il n'était que de 0.5% parmi les femmes âgées de moins de 30 ans, OR 3.2 (IC 95% (1.2-0.4)).

Bujold a constaté qu'un âge maternel supérieur ou égal à 35 ans est associé à un taux plus élevé d'échec de l'épreuve du travail [12]. MACMAHON [62] a fait les mêmes constatations. D'autres auteurs [27,54] pensent que l'âge jeune des parturientes intervient positivement dans le succès de l'épreuve utérine.

Alors que TSHILOMBO [96] trouve que l'âge ne peut pas être considéré comme facteur de risque influençant le mode d'accouchement sur utérus cicatriciel.

Dans notre travail, on a fait les mêmes constatations, le mode d'accouchement n'est pas dépendent de l'âge maternel.

2. Nombre d'accouchement

YAMANI [100] a étudié l'accouchement sur utérus cicatriciel chez les multipares de plus de six accouchements, aucun cas de rupture utérine n'a été enregistré dans sa série.

L'étude de Shimonovitz et al [83], a montré que le risque de rupture utérine diminue significativement après un accouchement par voie basse. Ce risque était de 1.6 % en absence d'antécédent d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC), mais diminuait à 0.3% après un, et à 0.2% après plusieurs accouchements par voie basse consécutifs à la césarienne.

SMITH [87] a comparé le risque de décès périnatal, propre à des situations obstétricales courantes : l'essai de travail (EDT) chez les femmes multipares (RC, 2.2 ; IC à 95 %, 1.3-3.5) par comparaison avec le travail chez les femmes nullipares (RC, 1.3 ; IC à 95 %, 0.8-21).

HIBBARD [47] pense que la multiparité associée à des antécédents d'accouchement par voie vaginale intervient positivement dans le succès de l'épreuve utérine, alors que TSHILOMBO [96] trouve que la parité n'influence pas le mode d'accouchement sur utérus cicatriciel.

Dans notre étude, le taux d'accouchement par voie basse n'a pas changé de façon significative avec la parité croissante, en plus on n'a enregistré aucun cas de rupture utérine chez les paucipares ni chez les multipares.

III. PARAMETRES RENSEIGNANT SUR LA (ES) CICATRICE (S) EXISTANTE (S) :

1. Nombre de cicatrices

Il n'existe pas actuellement d'attitude consensuelle vis-à-vis de l'utérus multicicatriciel. Les études publiées sur les possibilités d'épreuve utérine concernant avant tout les utérus bicicatriciels et ne retrouvent pas de surmorbidity materno-fœtale en cas de tentative de voie basse [6, 41,73]. En revanche les taux de réussite sont abaissés et expliquent en partie la réserve de certaines équipes.

D'autres auteurs ont constaté que les femmes ayant un antécédent de deux césariennes ont un risque de rupture utérine lors d'une épreuve du travail presque 5 fois plus élevé que celles ayant un seul antécédent de césarienne . En effet, Coughy et al [19] ont rapporté un taux de rupture utérine de 0.8 % en cas d'utérus unicicatriciel vs 3.7 % en cas d'utérus bicicatriciel (P = 0.001), OR 4.8 (IC 95% (1.8-13.2)).

De même dans une cohorte de 17322 femmes ayant eu préalablement au moins une césarienne, Miller et al [64] ont rapporté que le taux de ruptures utérines était 3 fois supérieur chez les femmes ayant plus d'un antécédent de césarienne que chez les femmes avec une seule césarienne antérieure.

Dans notre étude, 7 patientes porteuses d'utérus bi cicatriciel, soit 1.75%, ont pu accoucher par voie basse.

2. Nature de la cicatrice

Les cicatrices gynécologiques sont classiquement connues plus solides que les cicatrices obstétricales, les cas de rupture étant rares. Elles ne constituent donc pas une contre-indication à l'épreuve utérine.

L'épreuve utérine est habituellement acceptée en cas de cicatrice segmentaire, il s'agit du type de cicatrice le plus solide, et la forme transversale est la plus fréquente. La forme verticale expose au risque de déchirure corporéale vers le haut, et cervicale ou vésicale vers le bas au moment de la première intervention, mais n'augmente pas le risque de rupture utérine ultérieure [5, 61,80]. Les cicatrices corporéales rendent l'utérus fragile et contre indiquent l'épreuve utérine (risque de rupture utérine évalué à 12 % dans la méta-analyse de Rosen en cas d'épreuve [80]).

L'étude de Halperin [43], qui a comparé 70 patientes avec incision corporéale avec le même nombre d'incisions segmentaires, a montré qu'un antécédent de cicatrice corporéale est associé à un taux de ruptures utérines pouvant atteindre 13 %.

Dubuisson a rapporté une série de 100 accouchements, dont 75 épreuves utérines sur cicatrice de myomectomie par cœlioscopie et il ne retrouve qu'une seule rupture utérine pouvant être attachée à la myomectomie [28].

La généralisation de l'incision segmentaire transversale doit faire accepter le principe de l'épreuve utérine même si le type de la première incision n'est pas connu : Rosen et Pruett ne retrouvent pas de d'augmentation de la morbidité maternelle et fœtale lorsque le type de la cicatrice est inconnu par rapport aux cicatrices segmentaires transversales documentées [76,80].

Dans notre étude, on a enregistré 4 cas, soit 1% de cicatrice gynécologique, dont 3, soit 75%, d'entre elles ont accouché par voie basse alors que pour l'autre cas une césarienne à l'admission a été pratiquée.

On a relevé également 2 cas de cicatrice corporeale, soit 0.5 %, accouchées toutes les deux par césarienne.

3. Indication de la cicatrice

Dans la littérature on trouve qu'un antécédent de césarienne pour dystocie est moins favorable que l'antécédent de césarienne pour une autre indication non mécanique. Pendant longtemps une césarienne itérative a été proposée lorsque la cause de la première césarienne était une dystocie, en raison du risque de l'échec de l'épreuve utérine. Mais si le taux de succès est légèrement abaissé dans ce dernier cas, il reste compris entre 65 et 75% selon les études [14,99]. Ils s'expliquent par les phénomènes dynamiques qui interviennent au cours de l'accouchement et qui sont éminemment variables d'un accouchement à l'autre, rendant impossible toute prédiction de l'issue de l'accouchement [80].

Les indications de la césarienne itérative liée à la persistance de la cause de la première césarienne sont très rares, très souvent, l'indication de la césarienne primaire n'a pas de récurrence et de nombreuses études confirmant alors le taux élevé de succès de la voie basse lors de la grossesse suivante, allant de 37 à 91 % [94, 99,34]. Pour certains obstétriciens, un antécédent de césarienne pour échec de progression de la dilatation ou disproportion foeto-pelvienne est considérée comme étant de mauvais pronostic obstétrical et est donc une indication de césarienne itérative. Là encore, cette attitude n'est pas légitime. En effet, Bujold et al [14] ont récemment montré qu'une épreuve de travail était une option raisonnable parmi les femmes dont la césarienne antérieure était motivée par une dystocie à dilatation complète. Dans cette série, 75.2% (IC 95% (69.5-81.0)) des patientes présentant un tel antécédent ont accouché par voie basse.

Dans notre série, une césarienne sur deux a été indiquée pour une cause mécanique, soit 52%. Les causes gynécologiques ne présentaient que 4% des cas étudiés.

4. Suites postopératoires

Les antécédents infectieux dans les suites opératoires immédiates ont été soupçonnées de fragiliser la cicatrice ; mais Nielsen [69] a comparé l'incidence des ruptures et des déhiscences chez des patientes dont la césarienne était suivie ou non d'infection, et n'a pas retrouvé de différence significative entre les deux groupes.

Shipp et al [86], ont évalué par une étude cas témoins le risque de rupture utérine en cas de fièvre dans le post-partum d'une césarienne antérieure, sur une période de 12 ans, 21 cas de rupture utérine ont été observés parmi les femmes ayant eu une césarienne puis ayant à nouveau accouché dans le même centre. Le taux de fièvre après césarienne antérieure était de 38 % parmi les cas de rupture utérine (8 /21) alors qu'il n'a été que de 15% dans les cas témoins (13 /84) , $P = 0.03$. L'analyse par régression logistique multiple examinant l'association entre rupture utérine et fièvre du post-partum a révélé un OR de 4.0 (IC 95% (1.0-15.5)).

Dans notre étude, les suites postopératoires de la première césarienne n'étaient pas précisées dans tous les dossiers, mais parmi les 3 cas enregistrés d'infection de paroi, une d'entre elle a pu accoucher par voie basse.

5. Antécédent d'accouchement par voie basse :

Il peut jouer un double rôle en tant qu'élément pronostique de l'épreuve. En effet, il peut être à la fois un facteur de risque de rupture chez les très grandes multipares et d'un facteur prédictif de la réussite de l'épreuve.

Concernant le risque de rupture utérine, peu d'études se sont intéressées à la grande multiparité en cas d'utérus cicatriciel. Yamani [100] a étudié les multipares de plus de six accouchements, dans le cadre de déclenchement par prostaglandines. Il n'a pas trouvé de rupture utérine dans sa série, mais celle-ci était limitée à 26 patientes.

Une étude récente de Zelop porte sur 3783 utérus uni cicatriciels dont un tiers avec antécédent de voie basse. En calculant le risque de rupture en cours d'épreuve, Zelop retrouve un risque plus faible chez les patientes qui ont déjà accouché par les voies naturelles [102] .

En ce qui concerne la réussite de l'épreuve, les résultats de la littérature montrent une diminution du nombre de césariennes en cours de travail chez les patientes ayant déjà accouché par voie basse [60]. Pour Lehman, l'antécédent de voie basse est l'un des facteurs pronostiques les plus fortement corrélés à la réussite de l'épreuve [58] . De plus, lorsque l'on regarde la chronologie de la voie basse par rapport à la cicatrice, les résultats sont très en faveur de la voie basse intercalaire [20].

Hendler [45] et Caughey [20] ont constaté qu'un antécédent d'accouchement par voie basse et, en particulier après la césarienne antérieure est associé à un taux plus élevé de succès de l'épreuve du travail que chez les patientes n'ayant jamais accouché par voie basse.

Zelop et al [102] ont montré que le risque de rupture utérine était 5 fois plus faible parmi les femmes ayant déjà accouché par voie basse (avant ou après la césarienne) : 0.2 vs , 1.1% parmi les femmes n'ayant jamais accouché par voie basse , OR 0.2 (IC 95% (0.04-0.8)).

L'étude de Shimonovitz et al [67], a montré que le risque de rupture utérine diminue significativement après un accouchement par voie basse réussi pour rester ensuite stable. Ce risque était de 1.6 % en absence d'antécédent d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC), mais diminuait à 0.3% après un, et à 0.2% après plusieurs accouchements par voie basse consécutifs à la césarienne.

Dans notre étude , on a constaté qu'un antécédent de voie basse avant ou après la cicatrice, est associé à un taux plus élevé d'accouchement par voie basse , et aucun cas de rupture utérine n'a été enregistré.

IV. PARAMETRES RENSEIGNANT SUR LA GROSSESSE EN COURS ET LES MODALITES D'ACCOUCHEMENT

1. Terme de la grossesse

Pour poulain [75] , l'extraction très prématurée peut conduire à une mortalité fœtale péri ou immédiatement néonatale.

Pour la plupart des auteurs, l'extraction chirurgicale dans certaines situations obstétricales ne peut qu'apporter une amélioration du pronostic néonatal, cependant, il est possible que lors d'extraction très prématurée, la voie haute ne permette pas d'améliorer un pronostic déjà sombre.

D'autres auteurs, comme Delarue [24] pensent qu'il n'y a aucune relation entre la cicatrice et la prématurité.

La SOGC recense trois études, [89] le taux de réussite de l'intention de voie basse (IVB) après 40 semaines de gestation (SG) s'élève de 65 % à 75%. En ce qui concerne le risque de survenue d'une rupture utérine, l'étude de Zellop et al [101] ne montre pas de différence significative avant et après 40 SA (respectivement 0.8% et 1.3%). En analyse multi variée, l'âge gestationnel >40 SA n'est pas un facteur de risque indépendant de rupture utérine que ce soit chez les patientes en travail spontané ou déclenché. Fort de ces résultats, la SOGC ne contre-indique pas L'intention de voie basse (IVB) chez les patientes ayant déjà subi une césarienne et qui se retrouvent en situation de terme atteint [89].

Dans notre étude, nous avons relevé 16 cas, soit 4% de dépassement de terme, dont 5, soit 31.25 % d'entre eux, ont pu être accouchés par voie basse, alors que les 11 autres, soit 68.75%, une extraction par voie haute a été réalisée.

On a enregistré également 47 cas (11.75 %) de prématurité, dont 35 d'entre eux, soit 74.46% , ont été accouchés par voie basse , contre 12 (25.53%) par voie haute.

2. Espace inter génésique :

Pour Cisse, une cicatrice datant de moins d'un an est une indication de césarienne prophylactique [22] et pour Esposito, un intervalle de 6 mois entre deux grossesses est significativement associé à une augmentation du nombre de ruptures et de déhiscences. Esposito retrouve également un intervalle moyen diminué dans le groupe des ruptures utérines par rapport au groupe sans rupture utérine (20.4 mois versus 36.52 mois) [31] . L'étude de Shipp [85] retrouve une fragilité des cicatrices récentes, avec un risque de rupture trois fois plus important lorsque l'intervalle entre les deux accouchements est inférieur à 18 mois. En revanche, Huang ne trouve pas cette différence [49] , dans une étude qui comptait 1189 femmes , où il a constaté que l'augmentation du risque lié à l'intervalle de 19 mois n'était pas significative.

En 2002, Bujold et Coll ont mené une étude observationnelle qui portait sur 1527 femmes ayant déjà subi une césarienne qui ont tenté une épreuve utérine à différents intervalles à la suite de la césarienne d'origine [13]. Les taux de rupture utérine suivants ont été constatés : <12mois, 4.8 % ; entre 13 et 24 mois, 2.7 % ; entre 25 et 36 mois, 0.9 % ; et >36 mois, 0.9% [13].

Dans notre étude, on a colligé 11 cas, soit 2.75 % d'espace inter génésique inférieur à un an, dont 5, soit 45.45% d'entre eux, ont pu accoucher par voie basse.

3. Travail

3-1) Début du travail

Dans notre série, 390 patientes, soit 86 %, se sont présentées en travail. Seulement 8 femmes ont bénéficié d'une césarienne programmée, alors que deux autres porteuses d'utérus uni-cicatriciel ont eu un déclenchement de travail, et ont pu accoucher par voie basse sans aucune complication notable.

L'étude de la littérature confirme que la mise en travail spontané augmente les chances de réussite de l'intention de voie basse (IVB), par rapport à un déclenchement de travail [55, 79,59]. La cohorte multicentrique de Srinivas et al : [92]

En absence d'antécédent d'AVB, le succès de l'épreuve utérine est de 75% pour les femmes en début du travail spontané.

En cas d'antécédent d'AVB, le taux de succès est nettement amélioré à 94% en cas de travail spontané, et 89% en cas d'utilisation d'ocytocine au cours du travail.

L'étude de Lydon-Rochelle et al [58] est à ce jour une référence au sujet du risque de rupture lié au mode de début du travail. les taux de ruptures utérines sont de 1.6/1000 en cas de césarienne électorale , 5.2/1000 en cas d'essai de travail (EDT) avec travail spontané (RR = 3.3 ; IC 95% , 1.8-6.0) , 7.7 /1000 en cas d'essai de travail induit sans prostaglandines (RR = 4.9 ; IC 95% , 2.4 à 9.7) et 24.5/1000 en cas d'essai de travail induit par les prostaglandines (RR = 15.6 ; IC 95% , 8.1-30).

L'étude de Landon et al [54] , a confirmé le risque de rupture utérine liée au déclenchement du travail par rapport aux taux de ruptures en cas de travail spontané (n = 24 , 0.4%) , les auteurs ont constaté une augmentation significative du risque de rupture lié au déclenchement du travail par prostaglandines avec ou sans ocytocine (n = 13 , 1.4% , OR 3.95 ; IC 95% 2.01-7.79) , par ocytocine seule (n = 20 , 1.1% ,OR 3.01 ; IC 95% 1.66-5.46) ou par moyen de dilatation mécanique du col avec ou sans ocytocine (n = 15 , 0.9% , OR 2.48 ; IC 95% , 1.30-4.75 .

3-2) Durée du travail

Dans les pays développés, la durée moyenne du travail oscille autour de 3 heures 30 minutes selon Perrotin et collaborateurs [72] et autour de 6 heures 15 minutes dans l'étude de Camus et collaborateurs [16] . D'ailleurs, ces derniers recommandent de ne pas prolonger l'épreuve au-delà d'une durée de 7 heures.

La durée du travail ne doit pas excéder la durée moyenne admise pour une primipare et l'ensemble de la phase active du travail ne doit pas dépasser 5 à 6 heures [18].

Dans notre étude, La durée du travail variait entre 1 à 8 heures, avec une durée moyenne de 3.83 heures.

4. Mode d'accouchement

4-1)- l'épreuve utérine :

L'épreuve utérine a été autorisée chez 234 parturientes, soit 58.5 %. La fréquence des épreuves utérines varie dans la littérature entre 37-86 %. L'épreuve utérine est autorisée si :

- L'indication de la césarienne antérieure était accidentelle.
- Présentation céphalique bien fléchie.
- Intervalle minimal entre les deux naissances est ≥ 2 ans.
- DFP est formellement éliminée.
- Pas de distension utérine, ni d'insertion placentaire sur la cicatrice.

Certains auteurs essayent actuellement d'élargir l'épreuve utérine en cas de présentation de siège, de grossesse gémellaire, et de suspicion de macrosomie, lorsque les conditions le permettent [1].

Ces auteurs ont constaté que l'élargissement de l'épreuve utérine à ces indications n'a pas été accompagné par une augmentation de la morbidité ni de la mortalité materno-fœtale. Toutefois, l'indication de l'épreuve utérine doit être bien réfléchie et bien menée sous surveillance médicale stricte. [1]

Dans notre série, l'épreuve utérine a été autorisée chez 234 parturientes, soit 58.5 %, elle s'est terminée par une césarienne de deuxième intention dans 5 cas, soit 1.25%. Dont le défaut d'engagement à dilatation complète et la stagnation de la dilatation ont été les deux principales indications, signant ainsi, l'échec de l'épreuve utérine.

Alors que le déroulement du travail jugé satisfaisant , a permis l'accouchement par voie basse chez 229 parturientes, soit 57.25 %.

Dans la littérature, Le taux de réussite de l'essai de travail chez une femme ayant déjà subi une césarienne, se situe entre 50 % et 85 % [88, 10, 37, 77,57].

Dans le cadre d'une étude portant sur 1776 femmes ayant déjà subi une césarienne, qui ont tenté un essai de travail, le taux de réussite global était de 74 %) [37]. Une étude canadienne a signalé des résultats semblables en indiquant avoir obtenu un taux de réussite de 76.6 % [23].

Tableau n°32 : les résultats de l'épreuve utérine

Auteurs	Année	N d'utérus cicatriciels	N épreuves tentées	N d'épreuves réussies
BERGER [9]	1991	884	47 %	83 %
HERLICOVIEZ [46]	1992	899	58 %	44 %
FLAMM [36]	1994	7229	70 %	74.6 %
EL MANSOURI [30]	1994	150	72.6 %	68 %
MCMAHON [62]	1996	6138	52.9 %	60.4 %
CISSE [21]	1999	134	55.5 %	85 %
LEHMANN [56]	1999	579	64.4 %	74.5 %
CROIX-ROUSSE [18]	1999-2000	554	56.2 %	80.5 %
Notre série	2009	400	58.5%	57.25%

a) L'expulsion

Dans notre étude, l'accouchement était spontané dans 38 % des cas, il a nécessité une épisiotomie dans 51.6 %, alors qu'il était instrumentalisé dans 40 % des cas.

En effet, le risque de rupture est majeur pendant l'expulsion, et pour certains auteurs, il ne faut pas hésiter à pratiquer une épisiotomie préventive ou une extraction instrumentale. Cette attitude se traduit par un taux d'extractions instrumentales relativement élevé (plus de la moitié pour Canis [17], plus du tiers pour Mage [60]).

Les manœuvres visant à aider l'expulsion du fœtus comme les expressions utérines sont proscrites, mais l'extraction instrumentale ne doit pas être systématique en cas de cicatrice utérine et ses indications ne doivent pas être élargies en l'absence de données supplémentaires [18].

b) Révision utérine

Dans notre étude, la révision utérine a été faite chez 55 parturientes, soit 13.75%, aucun cas de rupture utérine n'a été enregistré, en revanche, elle a permis de déceler 5 cas de rétention utérine.

Dans les séries de Perrotin [72] et Venditelli [97], aucune révision utérine systématique, en l'absence de signes d'appel, n'a été à l'origine d'un diagnostic, et toutes les ruptures complètes étaient symptomatiques. Dans ce cas, la révision est utile pour confirmer le diagnostic.

Concernant la révision utérine en dehors du diagnostic de rupture complète, les études ont montré qu'elle n'apporte pas d'éléments pouvant changer la conduite à tenir immédiate ou ultérieure. En effet, la déhiscence, qui est le plus souvent asymptomatique, et qui peut être mise en évidence par la révision systématique, ne nécessite ni de traitement immédiat ni de traitement retardé [16]. Elle est sans conséquences materno-fœtales immédiates et ne présente pas de danger pour les grossesses ultérieures [72,97].

4-2)- Césarienne prophylactique :

a) Fréquence

Le taux global d'accouchement par césarienne dans notre série est de 171 parturientes soit 42.75 %, dont 24, soit 6% ont été pratiquées en urgence, 5 (1.25%) après échec de l'épreuve utérine, et 142 parturientes (35.5 %) ayant eu une césarienne élective.

Nous avons comparé nos résultats à ceux de la littérature :

Tableau n°33: fréquence des césariennes prophylactiques

Auteurs	Année	N d'utérus cicatriciels	% de césariennes prophylactiques
Berger [9]	1991	884	53 %
Herlicoviez [46]	1992	899	42 %
Flamm [36]	1994	7229	30 %
El mansouri [30]	1994	150	27.4 %
McMahon [62]	1996	6138	47.1 %
Cisse [21]	1999	134	45.5 %
Lehmann [56]	1999	579	35.6 %
Croix-rousse [18]	1999-2000	554	43.8 %
Notre série	2009	400	35.5%

b) Indications de la césarienne

Les utérus uni-cicatriciels représentent le groupe le plus important des césariennes itératives avec un taux de 73.16%, nous allons étudier séparément les indications de première intention et celle après échec de l'épreuve utérine.

b-1) Indications de première intention :

Ces césariennes ont été pratiquées soit à froid avant le début du travail, soit au cours du travail dès la première évaluation de la situation obstétricale.

Elles représentent dans notre série 166 cas, soit 97.07% de l'ensemble des indications opératoires.

Dans les séries tunisiennes, les taux des indications de première intention varient entre 45 et 85 % des césariennes pratiquées sur utérus uni-cicatriciel [39, 63,8,53,7] , Parmi ces indications, on trouve :

b-1-1) dystocie osseuses :

✧ bassin limite :

Dans notre série, le bassin limite constitue la principale indication primaire des césariennes itératives avec 30 cas, soit 17.54 % de l'ensemble des indications opératoires.

Notre taux concorde avec les séries tunisiennes où on note que cette indication représente 31 à 49 % des césariennes sur utérus cicatriciel [8, 52,39, 53]

De nombreux auteurs préconisent la réduction du taux de césariennes avec les utérus cicatriciels [46,71]. Pour ces auteurs, l'échec de l'épreuve du travail au cours de la première césarienne ne doit pas contre-indiquer l'épreuve utérine, sauf si la disproportion foeto-pelvienne est évidente, et cette épreuve utérine serait réussie dans environ 2/3 des cas [29, 46, 71,81].

✧ bassin rétréci :

Dans notre étude, nous avons relevé 7 cas de bassin rétréci, soit 4.1% de l'ensemble des indications. Une étude faite à l'hôpital Charles Nicolle de Tunis a relevé un taux de 0.9% du total des indications [50]. Une autre étude faite à la maternité lalla Meryem, CHU Ibn Rochd de Casablanca a enregistré un taux de 6.67% [51].

b-1-2) Les contres indications au déclenchement :

On a regroupé dans ce lot la toxémie gravidique, RPM, chorioamniotite , le dépassement de terme , le diabète gestationnel

Tableau n°34 : répartition des contres indications au déclenchement selon les études :

Indications	Notre série (rabat)	Hôpital Charles Nicolle de Tunis [50]	CHU Ibn Rochd de Casablanca [51]
Toxémie G	1.75%	8.9%	3.74%
RPM	1.75%	7.1%	2.77%
Chorioamniotite	1%	3.6%	
DT	2%	3.6%	1.2%
Diabète G	--	3.6%	
Oligoamnios	0.25%	0.9%	0.49%

Nos résultats sont légèrement différents de ceux de la littérature. Le dépassement de terme constituait l'indication la plus importante, dans notre étude avec un taux de 2%. Comparé à l'étude tunisienne et celle faite à Casablanca, et où la toxémie gravidique était la plus fréquente avec respectivement un pourcentage de 8.9% et 3.74%.

b-1-3) Présentations dystociques :

La présentation céphalique oriente vers la tentative de voie basse, tandis que le siège est une situation à risque, essentiellement par le biais des manœuvres que l'on peut être amené à réaliser. Les présentations défléchies et transverses sont des indications de césarienne [18].

Pour la présentation siège, un essai multicentrique de grande envergure mené par Hannah et Coll, a démontré que la césarienne planifiée est associée à des meilleurs issues périnatales et néonatales dans les cas de présentation de siège à terme [44]. Cette recommandation a été adoptée par la société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) et exclue donc la possibilité de planifier un essai de travail chez les femmes ayant déjà subi une césarienne dont l'unique fœtus se trouve en présentation de siège à terme [44,90].

Les patientes porteuses d'une cicatrice ont souvent été exclues des tentatives de version par manœuvres externes, réduisant ainsi leur chance d'accouchement par voie basse. Cependant quelques articles ont rapporté de petites séries sur le sujet, Shacher [82] a publié son expérience de 11 tentatives de version toutes couronnées de succès sans complications. Meeus [25] a également rapporté le devenir de 38 patientes ayant eu une tentative de version, son taux de succès est de 65.8 % (contre 60% chez les patientes sans cicatrice sur la même période). Les épreuves ayant suivies les versions réussies se sont terminées par un accouchement par voie basse dans 76 % des cas, donnant un taux global de voies basses de 50 %. Flamm [33] a rapporté des chiffres équivalents.

Ophir [70] a rapporté une série de 71 patientes, seul 34 % de césariennes prophylactiques étaient réalisées et parmi les épreuves utérines 79 % étaient couronnées de succès, il retrouve une morbidité maternelle globalement plus élevée en cas de césarienne itérative et une morbidité fœtale identique dans les deux groupes.

Une étude réalisée à l'hôpital Ibn Rochd à Casablanca [1], a montré que l'élargissement de l'épreuve utérine à la présentation de siège a été couronné d'un taux de succès de 100%.

Actuellement, l'épreuve utérine sur présentation de siège est pour l'instant peu documentée, et l'accouchement de siège par voie basse est déjà très controversé sur utérus intact. Pour ces raisons le siège sur utérus cicatriciel nous semble resté, en règle générale, une contre-indication à la voie basse.

Dans notre étude, on a relevé 13 cas de présentation siège, soit 3.25 %, et 4 cas de présentation transverse, soit 1%, ce qui correspond à un taux global de présentations dystociques de 4.25% , Elles ont toutes été accouchées par césarienne.

b-1-4) macrosomie fœtale

L'incidence de la macrosomie fœtale est élevée : Aboufalah [3] retrouve 17.8 % de macrosomes dans sa série et Flamm 16 % [35] , Les femmes potentiellement candidates à l'épreuve utérine représentent donc un effectif important . La suspicion de macrosomie fœtale a pu être considérée comme une contre indication à l'épreuve utérine. Le taux de réussite de l'épreuve pour les enfants de plus de 4 Kg est inférieur à celui des fœtus de poids normaux (différence significative) le montrent des chiffres rapportés dans la littérature. Aboufalah a publié une série de 355 accouchements de gros bébé sur utérus cicatriciel. L'épreuve utérine était proposée dans 83.7 %, une réussite de 63.7 % (soit un taux global de voies basses de 53.2 %).

Leur taux de réussite est inférieur à celui de leur population générale (63 % contre 80 %) . Mais leur nombre d'épreuves utérines tentées est élevé, comparé aux autres données de littérature. Pour Flamm [35] , le taux global de voies basses est de 58 % pour les poids compris entre 4 et 4.5 Kg , et de 43 % pour les plus de 4.5 Kg . Il note également une diminution significative du nombre de voies basses réussies en cas d'utérus cicatriciel qu'en cas d'utérus intact. En reprenant les résultats de la littérature, Flamm a retrouvé un taux moyen de réussite de 69 % pour les épreuves utérines des bébés de plus de 4 Kg. Concernant les résultats materno-fœtaux , Aboufalah, ne trouve aucune différence significative entre le groupe des épreuves utérines et celui des césariennes prophylactiques. Flamm ne trouve, non plus,

d'augmentation de la morbidité materno-fœtale, il estime les risques de rupture utérine à 0.3 % et celui de déhiscence à 0.7 % . Ce qui est identique aux taux trouvés pour les bébés de poids inférieurs.

Dans notre étude, on a recensé 34 cas de macrosomie dont 21 cas, soit 61.76 % d'entre eux, accouchés par césarienne, tandis que 13 autres, soit 38.23% ont été accouchés par voie basse.

b-1-5) grossesses multiples

Dans de nombreuses équipes, la grossesse gémellaire constitue une contre-indication à la voie basse en cas d'utérus cicatriciel. Cette contre-indication provient de la sur distension utérine et de l'augmentation théorique du risque de rupture. [18]

Dans notre série, une césarienne prophylactique a été indiquée pour les cas de grossesse gémellaire.

On trouve, en revanche, dans la littérature plusieurs auteurs autorisant l'accouchement par voie basse des grossesses gémellaires avec résultats satisfaisants [2, 11,93]. La plus grande série publiée est celle de MILLER en 1996 [65] : sur 210 patientes, 44 % étaient candidates à l'épreuve utérine et 70 % la réussissaient. Ces épreuves n'ont pas augmenté la morbidité fœto-maternelle.

ABOULFALAH [2] a obtenu 68 % de voies basses dans une étude de 31 grossesses gémellaires sur utérus cicatriciel.

Une étude faite à la maternité lalla Meryem, CHU Ibn Rochd, à Casablanca [1] a rapporté un taux de réussite de l'épreuve de 75 % chez des parturientes porteuses de grossesses gémellaires sur utérus cicatriciel et qui ont pu accoucher par voie basse.

Dans notre étude, on a relevé 5 cas, soit 1.25% de grossesses gémellaires, accouchées toutes par césarienne.

b- 1-6) placenta prævia :

Il est certain que l'insertion antérieure du placenta sur la cicatrice érode et amincit le segment inférieur entraînant une fragilisation de la cicatrice. En effet, sur une étude anatomo-clinique effectuée après placenta prævia relève fréquemment au niveau de la cicatrice une hyalinisation associée à une quantité importante de tissu fibreux, avec surtout une fragmentation des fibres musculaires [96].

La localisation prævia, en regard de la cicatrice, augmente les risques hémorragiques de la délivrance et les risques de placentation accreta et percreta. Dans ce dernier cas le risque de rupture utérine est également augmenté [18].

En 1994, MAKHSEED retrouve une incidence de placenta prævia de 1.4 % chez les femmes porteuses d'un utérus uni cicatriciel.

Dans notre série, on a relevé un seul cas, soit 0.25% de placenta prævia, accouché par césarienne et non compliqué de rupture utérine.

b-2) Indications de deuxième intention :

Ce groupe d'indications est constitué par les cas où la voie basse a été initialement acceptée mais une dystocie (mécanique ou dynamique s'est constituée au cours du travail).

Dans notre étude nous comptant 5 cas de césarienne de deuxième intention, soit 2.92% de l'ensemble des indications opératoires.

Tableau n°35 : césarienne de deuxième intention

Auteurs	Taux %
MESTIRI [63]	54.7%
BEN TAIEB [8]	36.2%
KRAIEM [53]	14.3%
Notre série	1.25%

Notre taux de césarienne de deuxième intention, est plus faible par rapport aux séries tunisiennes.

5. Pronostic maternel

5-1)- Mortalité maternelle :

Dans notre série, nous n'avons noté aucun cas de décès maternel après césarienne prophylactique ni après épreuve utérine.

Le risque lié à la césarienne a été étudié par RUBI [74] en 1981 qui a colligé 159.233 accouchements. Il a relevé 59.3/100000 de décès imputable à la césarienne, contre 9.7/100000 de décès dans le groupe ayant accouché par voie basse.

Il existe peu d'études comparant la mortalité de la césarienne prophylactique à celle de l'épreuve utérine. L'une d'elles a comparé la mortalité de la césarienne prophylactique à celle de l'épreuve utérine, elle a été réalisée entre 1994 et 1996, au royaume uni [41] et concerne la mortalité dans l'année suivant l'accouchement, sur l'ensemble de la population. Les résultats montrent que la surmortalité des césariennes est liée aux accidents thromboemboliques et aux hémorragies. Comparé à la voie basse, les risques relatifs sont de 2.8 pour la césarienne avant le travail et de 8.8 pour la césarienne pendant le travail. D'après cette étude, la mortalité de la voie basse ; celle de la césarienne réalisée en cours de travail est significativement plus élevée que celle de la césarienne prophylactique ; et celle de la césarienne prophylactique est plus élevée que celle des voies basses et césarienne en cours de travail réunies, mais de façon non significative.

La méta-analyse de MOZURKEWICH [67] , reprenant le devenir de 47682 femmes confirme ces résultats : il ne trouve pas de différence significative en terme de mortalité maternelle , entre le groupe des césariennes prophylactiques et celui des épreuves utérines.

5-2)- Morbidité maternelle :

En ce qui concerne la morbidité maternelle, nous avons relevé 5 cas, soit 1.25 % de complications hémorragiques suite à une rétention utérine, toutes accouchées par voie basse. En revanche, on n'a enregistré aucun cas de rupture utérine.

Dans la littérature, concernant la morbidité majeure, pouvant mettre en jeu le pronostic vital et / ou fonctionnel, des études comparant la césarienne (toutes indications confondues) à la voie basse retrouvent des chiffres en faveur de la voie basse. En revanche, les résultats de la césarienne prophylactique comparés à ceux de l'épreuve ne sont pas tous concordants.

Pour ROSEN, les risques sont équivalents en termes d'infection et de transfusion [80]. Pour FLAMM, les taux d'hémorragies avec transfusion sont sensiblement supérieurs en cas de césarienne prophylactique par rapport à l'épreuve [36].

RAGETH retrouve les mêmes résultats : ses taux d'hystérectomie et de complications thromboemboliques sont significativement plus élevés dans le groupe de césarienne prophylactique par rapport à l'épreuve [78]. Seul le taux de rupture utérine est augmenté dans son groupe d'épreuves, mais la différence n'est pas significative.

Pour MAC MAHON [62] , la morbidité majeure est deux fois plus importante dans les épreuves utérines par rapport aux césariennes prophylactiques.

Les taux de rupture utérine en cours d'épreuve utérine, sont faibles ; ils sont compris entre 0.2 et 1.4 % [4, 15, 32, 58, 61,69] . Certains auteurs [26] décrivent un taux de rupture plus important en cas d'échec de voie basse.

Pour la morbidité mineure, les études publiées montrent une augmentation en cas de césarienne par rapport aux voies basses, avec une différence peu marquée entre les césariennes prophylactiques et les césariennes en cours de travail (contrairement à la morbidité majeure) . Ainsi, MAC MAHON [62] retrouve un taux de 4.3 % pour les voies basses, de 7.6% pour les césariennes prophylactiques et de 9.3 % pour les césariennes pendant le travail. En revanche, LEHMANN ne trouve pas de différence significative entre les trois modes d'accouchement.

6. Le nouveau-né à la naissance

6-1)- Poids de naissance :

La tentative d'accouchement par voie basse en cas de macrosomie fœtale présente un risque majeur de dystocie des épaules, exposant ainsi à un risque de traumatisme obstétrical, en particulier, la paralysie du plexus brachial. Mais certains auteurs [40,98] estiment qu'en absence d'autres facteurs de risque en particulier, un diabète maternel, une suspicion de macrosomie fœtale ne justifie pas la pratique systématique de césarienne, d'autant plus que les techniques actuelles d'estimation du poids fœtal ne sont pas assez fiables [98].

Selon Flamm [35] et la société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) [89], il faut encourager l'accouchement par voie basse, en présence de macrosomie, mais sous surveillance stricte.

Mais la suspicion de macrosomie reste pour la plupart des auteurs, l'une des larges indications de césarienne prophylactique en présence d'un utérus cicatriciel.

Dans notre étude, de l'ensemble de 34 macrosomes confirmés après accouchement, seulement 13 cas, soit 38.23% ont vu le jour par voie basse, alors que pour les autres une césarienne prophylactique était indiquée.

6-2)- Score d'Apgar :

Dans notre série, un score d'Apgar à 0, a été relevé dans 8 cas, tous accouchés par voie basse, un Apgar entre 1 et 7, dans 15 cas, soit 3.75 % des nouveau-nés, dont 10, soit 66.66 %, d'entre eux, après accouchement par voie basse, contre 5 cas, soit 33.33 % après césarienne. Alors que la majorité des nouveau-nés, 377, soit 94.25% de l'ensemble des nouveau-nés avaient un Apgar >7.

Dans une étude faite au CHU Ibn Rochd de Casablanca [51], un score d'Apgar < 7 à 5 minutes a été retrouvé dans 4.65% des cas, dont 3.98% des accouchements par voie basse et 5.11% des accouchements par césarienne.

La méta-analyse de MOZURKEWITCH [67] retrouve une augmentation non significative du nombre de scores d'APGAR inférieur à 7 à 5 minutes dans les épreuves utérine.

6-3)- Morbidité et mortalité périnatales

a) Morbidité périnatale

Lorsque l'on tient compte des risques liés au mode d'accouchement, proprement dit, les travaux publiés ont montré que les risques foetaux étaient peu différents en cas de césarienne prophylactique et en cas d'épreuve [62, 68,80], en revanche, les pathologies sont différentes.

Concernant les pathologies respiratoires, elles sont plus fréquentes en cas de césarienne. MORRISON montre qu'elles augmentent de façon significative lorsque la césarienne prophylactique est réalisée entre 37 et 39 SA et il conseille donc de les réaliser en début de travail ou après 39 SA [66]. En tenant compte de l'âge gestationnel, le risque persiste pour les césariennes. LEHMANN [56] retrouve des résultats similaires : les transferts en réanimation néonatale pour détresse respiratoire sont significativement augmentés en cas de césarienne prophylactique, une étude récente de HOOK [48] retrouve également un taux de pathologies respiratoires supérieur chez les enfants nés par césarienne prophylactique par rapport à celui de l'épreuve.

Concernant les pathologies infectieuses, LEHMANN [56] et HOOK [48] retrouvent des taux également augmentées en cas d'extractions instrumentales et de césarienne en cours de travail [95].

Dans notre étude, on a enregistré 8 cas, soit 2% de détresse respiratoire, dont 6 cas, soit 75% d'entre eux, accouchés par voie haute.

b) Mortalité périnatale

Dans notre série, On a enregistré 6 cas de MFIU accouchés tous par voie basse, et 4 cas, soit 1% de mort post-natale, dont 3 nouveau-nés, soit 75 % d'entre eux, accouchés par voie basse contre un seul cas, soit 25 % , pour la voie haute.

Dans la littérature, Le taux de mortalité périnatale est peu différent en cas de césarienne prophylactique et en cas d'acceptation de la voie basse. La différence est en faveur de la césarienne prophylactique, mais n'est pas statistiquement significative [67].

SHY [74] a comparé la mortalité périnatale, et a conclu qu'il n'y a pas de gain pour la césarienne itérative.

Une méta-analyse publiée en 2000, a démontré que le risque global de décès périnatal est accru chez les femmes qui tentent un essai de travail (RC 1.71 ; IC à 95 % , 1.28-2.28) [67]

Conclusion

CONCLUSION

L'accouchement sur utérus cicatriciel est une éventualité de plus en plus fréquente, et la tendance actuelle est de favoriser largement l'accouchement par voie basse après une cicatrice antérieure, chaque fois que cela est possible, tout en prévenant les risques dominés par la rupture utérine.

L'indication de l'épreuve utérine doit être bien réfléchie et bien menée sous surveillance médicale stricte.

Enfin le développement des infrastructures sanitaires et la bonne éducation des patientes devraient faire augmenter le taux d'accouchement par voie basse sur utérus uni-cicatriciel en faisant diminuer le taux des césariennes.

Résumés

RESUME

Thèse N° 92/2010: Accouchement sur utérus cicatriciel

Auteur : Mbarki Rajaa

Mot-cles : Accouchement, césarienne, utérus cicatriciel

Introduction : L'augmentation du taux de césariennes ces trente dernières années a abouti à une augmentation des utérus cicatriciels. Dont l'accouchement est à haut risque. Le but de notre étude est d'étudier le mode d'accouchement sur utérus cicatriciel et ses conséquences sur le pronostic materno-fœtal.

Matériel et méthode d'étude : Le matériel d'étude est représenté par une série rétrospective de 400 observations de femmes porteuses d'utérus cicatriciel et qui ont accouché à la maternité souissi de Rabat dans la période entre le 01 janvier et le 31 juillet 2009. Dans un premier temps nous avons étudié les données épidémiologiques de nos parturientes et les données concernant la grossesse et la cicatrice utérine. Dans un deuxième temps nous avons étudié le mode d'accouchement et le pronostic materno-fœtal.

Résultats : Il ressort de notre étude que la fréquence de l'accouchement sur utérus cicatriciel est de 4.83 %. Dans 35.5 % des cas, la césarienne prophylactique a été réalisée, dont la principale indication était le bassin limite dans 17.5 %. L'épreuve utérine a été autorisée chez 58.5 % des cas, avec un taux de succès de 98 %, alors qu'elle s'est terminée par une césarienne de deuxième intention dans 2 % des cas. Dans notre étude, nous n'avons noté aucun cas de décès maternel, ni de rupture utérine, mais nous avons enregistré 5 cas de rétention placentaire soit 1.25%. Quand au bilan fœtal, nous avons relevé 4 cas de décès néonataux, soit un taux de mortalité néonatale de 10 pour 1000 naissances vivantes. 75% de décès néonataux à la suite d'accouchement par voie basse, et 25 % survenant après césarienne. La détresse respiratoire a été diagnostiquée chez 8 nouveaux nés, soit un taux global de 2%, dont 1.5% chez ceux accouchés par voie haute par comparaison à 0.5% accouchés par voie basse.

Discussion : Dans la littérature, près de 10 % des femmes qui viennent accoucher sont porteuses d'utérus cicatriciel. En dehors de toute contre-indication, le choix doit s'orienter vers l'épreuve utérine qui permet de réduire la morbidité maternelle sans augmenter les risques fœtaux, son taux de réussite atteint 75 à 80% avec un risque de rupture utérine inférieure à 1%.

Conclusion : Les progrès réalisés ces dernières années 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.

ABSTRACT

Thesis n°92/2010: Delivery with uterine scar about 400 cases

Author: Mbarki Rajaa

Keyword: Birth, caesarean, uterine scar

Introduction: The increased rate of caesarean past thirty years has led to marked increase in uterine scar. The delivery with uterine scar is a high-risk childbirth. The aim of our study is to investigate the mode of delivery with uterine scar and its impact on maternal and fetal prognosis.

Materials and methods study: The study material is represented by a retrospective series of 400 observations of women with uterine scar and gave birth to motherhood souissi Rabat in the period between January 01 and July 31 2009. Initially we studied the epidemiological data of our parturient and data concerning pregnancy and the uterine scar. In a second step we studied the mode of delivery and maternal and fetal prognosis.

Results: It appears from our study that the frequency of delivery with uterine scar is 4.83%. In 35.5% of cases prophylactic cesarean section was performed, the main indication was the basin boundary in 17.5%. The trial of labor was allowed in 58.5% of cases with a success rate of 98%, while it ended with a caesarean section for second-line in 2% of cases. In our study, we noted no cases of maternal death or uterine rupture, but we recorded 5 cases of retained placenta was 1.25%. When the fetal assessment. We found 4 cases of neonatal death, a rate of neonatal mortality from 10 per 1000 live births. 75% of neonatal death after vaginal delivery and 25% occurring after caesarean section. Respiratory distress was diagnosed in 8 newborns, a rate 2% overall, with 1.5% among those delivered by high compared to 0.5% delivered vaginally.

Discussion: In the literature, nearly 10% of women who give birth are just carriers of uterine scar. Outside-cons any indication, the choice must move towards the trial of labor that reduces maternal morbidity without increasing the risk to the fetus. Its success rate reaches 75 to 80% with a risk of uterine rupture less than 1%.

Conclusion: The progress made in recent years in the treatment of uterine scar through better management of labor, and widespread segmental cesarean section have made possible the vaginal delivery patients previously delivered by cesarean section. But the fear of uterine rupture and the absence of unanimous stance against the uterine scars led to the recent decline in rates of trial of labor and vaginal deliveries.

ملخص:

أطروحة رقم 2010/92: الولادة لدى رحم نذبي بصدد 400 حالة.

من طرف : مباركي رجاء

الكلمات الأساسية: ولادة . عملية قيصرية . رحم نذبي

مقدمة : زيادة نسبة الولادة القيصرية في السنوات الثلاثين الماضية قد أدى إلى زيادة ملحوظة في نسبة ندوب الرحم. و الولادة في حالة رحم نذبي والتي تعد في غاية الخطورة. الهدف من دراستنا هو معرفة المنهج التوليدي في حالة رحم نذبي وآثاره على الأم و الجنين.

مواد وأساليب الدراسة : مواد الدراسة هي سلسلة استيعادية ل 400 ملف ولادة لنساء بأرحمة نذبية و اللواتي أنجن بمسشفى أمراض النساء والتوليد السويسري بالرباط في الفترة ما بين يناير 01 و 31 يوليوز 2009. في البداية درسنا المعطيات العامة لدى النساء . و البيانات المتعلقة بالحمل وندبة الرحم في خطوة ثانية درسنا طريقة الولادة وحالة الأم و الجنين.

النتائج : تبين لنا من الدراسة أن وتيرة الولادة في حالة رحم نذبي هي 4.83 % . في 35.5 % من الحالات ، تم إجراء عملية قيصرية وقائية ، وكان حدود الحوض هو المؤشر الرئيسي بنسبة 17.5 % . تم إجراء عملية قيصرية وقائية لدى 35,5% من الحالات و اختبار الرحم لدى 58,5% منها ، ككل بالنجاح في 98% ، بينما تم إجراء عملية قيصرية لدى 2% بعد فشل اختبار الرحم. في دراستنا لم نسجل أية حالة وفاة في صف الحوامل ولا أية حالة لتمزق الرحم ، بينما سجلنا 5 حالات احتفاظ بالمشيمة أي 1,25% . بالنسبة لحالة الجنين ، سجلنا 4 حالات وفاة ، أي ما يناهز 1% ، حيث أن 75% منها سجل بعد الولادة الطبيعية و 25% بعد القيصرية. ضيق التنفس سجل لدى 8 حالات عند حديثي الولادة ، أي ما يناهز 2% ، حيث 1,5% بعد القيصرية مقارنة ب 0,5% بعد الولادة الطبيعية.

مناقشة : في الأدب ، ما يقرب من 10 % من النساء اللواتي يلدن هن حاملات لارحمة نذبية خارج كل الضد استطبابات يتجه الاختيار نحو إجراء اختبارا لرحم الذي يقلل من معدلات اعتلال الأمهات دون زيادة المخاطر التي يتعرض لها الجنين ونسبة النجاح تصل إلى 75 و 80 % مع نسبة تمزق الرحم أقل من 1 % .

الاستنتاج: التقدم المحرز في السنوات الأخيرة في علاج ندوب الرحم من خلال إدارة أفضل للولادة ، وتعميم العمليات القيصرية الجزئية جعلت الولادة المهبلية ممكنة . لكن الخوف من تمزق الرحم وعدم وجود موقف موحد ضد ندوب الرحم أدى إلى انخفاض في نسبة اختبار الرحم والولادات المهبلية.

Bibliographies

- [1] **Abbassi H , Aboufalah A , El Karroumi M , Bouhya S , Bekkay M .** Accouchement des utérus cicatriciel : peut-on élargir l'épreuve utérine ? J Obstet Gynecol Biol Reprod 1998 ; 27 : 425-429
- [2] **Aboufalah A , Abassi H , El Karroumi M , Himmi A , El Mansouri A ,** accouchement gémellaire sur utérus cicatriciel : peut-on élargir l'épreuve utérine ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999 ; 28 ; 820-824
- [3] **Aboufalah A , Abassi H , El Karroumi M , Morsad F , Samouh N , Matar N , et al .** Accouchement du gros bébé sur utérus cicatriciel : la place de l'épreuve utérine ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 29 : 409-413
- [4] **Aboufalah A , Abassi H , Morsad F, Matar N, El Mansouri A ,** les ruptures utérines durant l'épreuve du travail sur utérus cicatriciel : conséquence maternelles et périnatales Ref Gynec Obstet 2000 ,7 : 187-190
- [5] **[5]Adair CD , Sanchez Amos L , witaker D , McDyer DC , Farah L , Brione D ,** trial of labor with a previous lower uterine vertical cesarean section , Am J Obstet 1996, 174:966-970
- [6] **Asakura H, Myers SA,** more than one previous cesarean delivery: a5 years experience with 435 patients. Obset gynecol 1995, 85: 924-929.
- [7] **Basly M** pronostic de l'accouchement sur utérus cicatriciel à propos de 300 cas à l'hôpital militaire. thèse médecine 1996 , n° 36 , Tunis
- [8] **Ben taieb MA ,** une année de césarienne au centre de maternité et de néonatalogie de Bizerte ,. Indications et pronostic materno-fœtal à propos de 350 cas. Thèse médecine 1990 , Tunis

- [9] **Berger D , Richard H , Grall JY , Leveque J , Giraud JR , Palaric JC et al .** Utérus cicatriciel : résultats et sélection des patientes à l'accouchement voie basse. à propos de 884 dossiers. J Gynecol obstet Biol Reprod 1991; 20 :116-122
- [10] **Biwass A .** "Management of previous cesarean section " , Curr Opin Obstet Gynecol , vol. 15, 2003, p.123-9
- [11] **Brady K , Read JA ,** vaginal delivery of twins after previous cesarean section . N Engl J Med 1988; 319: 118-119
- [12] **Bujold E , Hammoud A , Hendler I , Berman S , Blachwell SC :** trial of labor in patients with a previous cesarean section: does maternal age influence the outcome ? Am. J Obstet Gynecol, 2004, 190, 1113-1118
- [13] **Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier R ,** "interdelivery interval and uterine rupture" Am J Gynecol Obstet vol 187 , 2002 , p.1119-202
- [14] **Bujold E , Gauthier RJ ,** Should we allow a trial of labor after previous cesarean for dystocia in the second stage of labor ? Obstet Gynecol 2001; 98 ,652-655
- [15] **Chazotte C , Cohen WR ,** Catastrophic complications of previous cesarean section . Am J Obstet Gynecol 1990 ; 163: 738-742
- [16] **Camus M,Robert JF , Planchais O ,** le déclenchement du travail sur utérus cicatriciel : à propos de 50 cas , J Gynecol Obstet Biol Reprod 1992 , 21 : 89-102
- [17] **Canis M ,Schoeffler P , Montellard C , Mage G , Bruhat MA ,** accouchement par voie basse après césarienne : utilisation de l'analgésie péridurale et des ocytiques à propos de 87 « epreuves de cicatrices » Rev Fr Gynecol Obstet 1985 ; 80 :49-53

- [18] **Cassignol C , Rudizor RC** . Grossesse et uterus cicatriciel. *Encycl Med Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris . Gynécologie Obstétrique 5-016-D-20, 2003, 15p
- [19] **Caughey AB,Schipp TD, Repke JT, Zelop C , Cohen A ,Lieberman E** , rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries . *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181 : 872-6
- [20] **Caughey AB,Schipp TD, Repke JT, Zelop C , Cohen A ,Lieberman E** ,trial of labor after cesarean delivery; the effect of previous vaginal delivery *Am J Obstet Gynecol* 1998 , 179:938-942
- [21] **Cisse CT , Ewagnignon E , Terolbe I , Diadhiou F** . accouchement sur uterus cicatriciel au CHU de DAKAR . *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999 ; 28 :556-562
- [22] **Cisse CT ,Dotou CR ,Kpekpede F ,Diadhiou F** , Rupture utérine spontanée et complète sur utérus gravide cicatriciel , *contracept Fertill Sex* 1998, 26 : 876-880
- [23] **Davis GA ,Hahn PM , McGrath MM** , "vaginal birth after cesarean section :physicians perceptions and practice " *J Reprod Med* , vol41 , 1996 p 515-20
- [24] **Delarue .T , Pele . P , Pelletier .P , Taillater .L** : pronostic de l'accouchement chez la femme antérieurement césarisée , à propos de 209 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* . 1983 ,12, 193-206
- [25] **De Meeus JB , Ellia F , Magnin G** , External cephalic version after previous cesarean section : a serie of 38 cases . *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998 ; 81 : 65-68

- [26] **D'Ercole C, Bretelle F, Piechon L, Shojai R, Boubli L.** la césarienne a-t-elle une indication en cas d'utérus cicatriciel ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 29 (suppl 2) : 51-67
- [27] **D'orsi E, Chor D, Giffin K, Barbosa G, Angulotuesta AJ :** factors associated with vaginal birth after cesarean in a maternity hospital of Rio de Janeiro . *Eur J Obstet Gynecol* , 2001,97 : 152-157
- [28] **Dubuisson JB, Fauconnier A, Deffarges JV, Nogaard C, Kreiker G, Chapron C,** Pregnancy out come and deliveries following laparoscopic myomectomy , *Hum Reprod* 2000 , 15:869-873
- [29] **Duff P, Southmavd K, Read JA,** outcome of trial of labor in patients with a single previous low transverse cesarean section for dystocia *Obstet Gynecol* 1988; 71:380-4
- [30] **El Mansouri A.** Accouchement sur uterus cicatriciel, à propos de 150 cas .*Réf Gynecol obstet* 1994 ; 89 : 606-612
- [31] [31] **Esposito MA, Menihan CA, Malee MP,** association of interpregnancy interval with uterine scarfailure in labor ; a casecontrol study .*Am J Obstet Gynecol* 2000 ;183: 1180-1183
- [32] **Farmer RM, Kirschblaum T, Potter D, Strong TH, Medearis AL,** uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section , *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165 : 996-1001
- [33] **Flamm BL,** External cephalic version after previous cesarean section . *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 370-372
- [34] **Flamm BL, Geiger IS :** vaginal birth after cesarean delivery : an admission scanning system . *Obstet Gynecol* , 1997,90: 907-910

- [35] **Flamm BL , Goings JR** , vaginal birth after cesarean section : is suspected fetal macrosomia a contre indication ? *Obstet Gynecol* 1989; 74: 694-697
- [36] **Flamm BL , Goings JR , Liu y , Wolde – Tsadik G** . Elective repeat cesarean Delivery versus Trial of labor: a prospective multicenter study. *Obstet Gynecol* 1994 ; 83 : 927-932
- [37] **Flamm BL, Lim OW, Jones C, Fallon D, Newman LA, Mantis JK**. “Vaginal birth after cesarean Section: results of a multicenter study”, *Am J Obstet Gynecol*, vol. 158, 1988, p.1079-84
- [38] **Flamm BL, Newman LA, Thomas SJ, Fallon D, Yoshida MM**. Vaginal birth after cesarean delivery: results of a 5-year multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 750-4
- [39] **Gregoire F , Sourron R** , anesthésie en obstétrique. *Encycl med chir (Paris-France)* , obstétrique, 5017 F 10, 12-1983
- [40] **Gregory DK , Henny OA ; Ramicone E, Chan LS , Platt LD** ,Maternal and infant complication in high and normal Weight infants by method of delivery . *Obstet Gynecol* 1998;92 :507-13
- [41] **Guettier L, Marpeau L, larue L, Jault T, RHimi Z, Barrat J**. **utérus bicatriciel : peut-on autoriser la voie basse ?** *J gynecol obstet Biol reprod* 1992, 21: 103-107
- [42] **Hall MH , Bewley S** , maternal mortality and mode of delivery . *Lancet* 1999, 354:776
- [43] **Halperin ME ,Moore DC , Hannach WJ** , classical versus low-segment transverse incision for preterm cesarean section : maternal complications and outcome of subsequent pregnancies. *Br J obstet Gynecol* 1988; 95 : 990-6

- [44] **Hannach ME , Hannah WJ , Hewson SA ,**” planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term : a randomized multicenter trial “ , Lancet , vol .356, 2000,p.1375-83
- [45] **Hendler I , Bujold E ,** effect of prior vaginal birth after cesarean delivery on obstetric outcomes in women undergoing trial of labor . obstet Gynecol 2004 ; 104: 273-277
- [46] **Herlicoviez M , Von Theobald P, Barjot P, Marie G , Uzan M , Muller G et al .** Conduite à tenir devant un uterus cicatriciel. Réf Gynecol Obstet 1992 ; 87 : 209-218
- [47] **Hibbard JU , Ismail MA , Wang Y , TE C , Karrisson T , Ismail AM .** Failed vaginal birth after a ce sarean section: how risky is it ? Am J Obstet Gynecol , 2001 , 184 (7)
- [48] **Hook B , Kiwi R , Amini SB , Fanaroff A , Hack M .** Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor . Pediatrics 1997 ; 100 : 348-353
- [49] **Huang WH , Nakashima DK ,Rummey P, keegan KA ,Chan K ,** inter-delivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery , Obstet Gynecol 2002, 99: 41-44
- [50] **Charles Nicolle Tunis** Indications des césariennes au service de gyneco-obstet à l’hospital Charles Nicolle de Tunis entre 1991-1996
- [51] **Kharrasse Tarik ;** accouchement sur utérus cicatriciel à propos de 614 cas . Thèse med casablanca 2006, n° 18
- [52] **Khlass K** étude analytique des indications de la césarienne et pronostic materno-fœtal à propos de 277 cas de césariennes pratiquées à la maternité du nouveau CHU Habib Thameur thèse médecine 1989 Tunis

- [53] **Kraiem J** , les opérations césariennes , épidémiologie , indications, complications maternelles et fœtales à propos de 457 cas, thèse médecine 1996 , Tunis
- [54] **Landon BM , Hauth JL , Leveno KJ , Spong CY , Leindecker S** . Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery . N Eng J Med , 2004 , 351 (25) : 2581-2589
- [55] **Landon MB ,Leindecker S , Spong CY , Hauth JC , Bloom S , Varner MW , et al** , the MFMU cesarean registry : factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery . Am J Obstet Gynecol 2005; 193 : 1016-1023
- [56] **Lehmann M, Hedelin G, Sorgue C, Gollner JL, Grall C, Chami A et al.** Facteurs predilictifs de la voie d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel. J Gynecol obstet biol reprod 1999; 28: 358-368
- [57] **Lovell R** , “ vaginal delivery after cesarean section : factors influencing success rates ”,Anst N Z J Obstet Gynecol, vol.36,1996,p.4-8
- [58] **Lydon-Rochelle M , Holt VL , Easternling TR , Martin PD** . Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery . N Eng J Med , 2001 , 345 (1) : 3-8
- [59] **Macones GA , Hausman N , Edelstein R , Stamilo DM , Marder SJ** , . Predicting outcomes of trials of labor in women attempting vaginal birth after cesarean delivery : a comparaison of multivariate methods with neural networks . Am J Obstet Gynecol 2001; 184 : 409-413
- [60] **Mage G , Canis M , Schoffler P, Montllard C ,Bruhat MA** ,accouchement après césarienne : influence de l'anesthésie péridurale et du déclenchement par ocytociques J Gynecol Obstet Biol Reprod1988 ; 17 :27-29

- [61] **Martin JN , Perry KG ,Roberts WE ,Meydrech EF** , the case for trial of labor in the patient with a prior low – segment vertical cesarean incision .Am J Obstet Gynecol 1997 , 177; 144-148
- [62] **McMahon MJ , Luther ER , Bowes WA , Olshan AF.** Comparaison of trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med 1996 ; 335 : 689-695
- [63] **Mestiri A** , evolution des indications de la césarienne à la maternité du CHU de Monastir(à propos de 805 cas de 1986 à 1988) thèse médecine 1990 Tunis
- [64] **Miller DA, Diaz FG, Paul RH,** vaginal birth after cesarean; a 10 year experience. Obstet Gynecol 1994; 84:255-8
- [65] **Miller DA , Mullin P ,Paul RH** , vaginal birth after cesarean section in twin gestation , Am J Obstet Gynecol 1996 ;175 : 194-198
- [66] **Morrison JJ , Rennie JM , Milton PJ** , Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term : influence of timing of elective cesarean section . Br J Obstet Gynecol 1995; 102 : 101-106
- [67] **Mozurkewich EL , Hutton EK .**”Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor : a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999”Am J Obstet Gynecol ; vol. 183 , 2000, p. 1187-97
- [68] **Naef RW , Ray MA , Chauhan SP , Roach H , Blake PG , Martin JN** , . trial of labor after cesarean delivery with a lower-segment, vertical uterine incision : is it safe ? Am J obstet Gynecol 1995; 172:1666-1674
- [69] **Nielsen TF , Ljungblad U , Hadgerg H** , rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery , Am J Obstet Gynecol 1989 ,160:569-573

- [70] **Ophir E , Oettinger M ,Yagoda A , Markovits Y , Rojanski N, Shapiro H ,** Breech presentation after cesarean section always section ? Am J Obstet Gynecol 1989; 161 :25-28
- [71] **Paul RH, Millér DA,** césarean birth: how to reduce the rate.A.M g obstet gynecol 1995, 172:1903-1911.
- [72] **Perrotin F , Marret H , Fignon A , Body G, Lansag J ,** uterus cicatriciel : la révision systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement vaginal est-elle toujours utile ? J Gynecol Obstet biol reprod 1999;28: 253-262
- [73] **Phelan JP, Ahn MO, Diaz F, Brar HS, Rodrigez MH.** Twice a cesarean always a cesarean. Obstet gynecol 1989, 73: 161-165.
- [74] **Philippe Boisselier,** clinique Ste Anne Chatellerault . Deuxième journée d'obstétrique du collège de Gynécologie de Bordeaux et du sud-ouest.18 novembre 1995 Bordeaux : indications de la césarienne itérative sur utérus cicatriciel
- [75] **Poulain .P , Palarie .JC, Jacque Mard . F, Bergerd , Ngyen Ngocque. Grall . JY , Giraud .JR :** les cesariennes . Encyclo . med . chirg . obstet, 1991,5102 A10 : 15p
- [76] **Pruett KM , Kirshon B, Cotton DB ,** Unknwn uterine scarand trial of labor Am J Obstet Gynecol 1988 , 159:807-810
- [77] **Quilligan EJ .** “vaginal birth after cesarean section :270 degrees “ , J Obstet gynecol Res, vol.27,2001,p.169-73
- [78] **Rageth JC , juzi C , Grossenbacher H .** Delivery after previous cesarean: a risk evaluation . Obstet Gynecol 1999; 93: 332-337

- [79] **Ravasia DJ , Wood SL , Pollard JK .** Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1176-1179
- [80] **Rosen MG , Dickinson JC ,Westhoff CL ,** vaginal birth after cesarean : a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 1991, 77: 465-470
- [81] **Rudigoz RC, chardon c .**la césarienne en 1988, problèmes obstétricaux posés par l'utérus cicatriciel. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1990; 85: 105 - 120
- [82] **Schachter M , Kogan S , Blickstein I ,** external cephalic version after previous cesarean section –a clinical dilemma. *Int J Gynecol Obstet* 1994; 45: 17-20
- [83] **Shimonovitz S , Botosneano A , Hochner-celnikier D ,**successful first vaginal birth after cesarean section: a predictor of reduced risk for uterine rupture in subsequent deliveries. *Indian med assoc J* 2000; 2 :526-8
- [84] **Shipp TD, Zelop C , Repje JT , Cohen A .** The association of maternal age and symptomatic uterine rupture during a trial of labor after prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol* , 2002 , 99 (4) : 585-588
- [85] **Shipp TD ,Zelop CM, Repke JT , Cohen A ,Lieberman E,** interdelivery interval and risk of symptomatic uterine rupture , *Obstet Gynecol* 2001; 97: 175-177
- [86] **Shipp TD , Zelop C , Repje JT , Cohen A , lieberman E ,** post cesarean delivery fever and uterine rupture in a subsequent trial of labor . *Obstet Gynecol* 2003, 101 : 136-139
- [87] **Smith GCS ,Pell JP , Cameron AD , Dobbie R ,** Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies , *J Am Med Assoc*, vol 287 , 2002 , p.408-17

- [88] **Société des obstétriciens et gynécologues du Canada** . accouchement vaginal après une césarienne . Directive clinique n 68, Ottawa (Ont.), SOGC , décembre 1997
- [89] **Société des obstétriciens et gynécologues du Canada** clinical practice guideline for vaginal birth after previous cesarean birth, Int J Gynecol Obstet 2005 ; 89 : 319-331
- [90] **Société des obstétriciens et gynécologues du Canada**. SOGC statement on vaginal breech, Ottawa (Ont.) SOGC, 1999
- [91] **Socol ML , Peaceman AM** . vaginal birth after cesarean : an appraisal of fetal risk . Obstet Gynecol , 1999 , 93 (5) : 674-679
- [92] **Srinivas SK , Stamilio DM , Stevens EJ , Odibo AO , Peipert JF , Macones GA , et al** . Predicting failure of a vaginal birth attempt after cesarean delivery . Obstet Gynecol 2007; 109 : 800-805
- [93] **Strong TH , Phelan JP , Ahn MO , Samo AP** , vaginal birth after cesarean delivery in the twin gestation . Am J Obstet Gynecol 1989; 161: 29-32
- [94] **Troyer LR , Parisi VN** , Obstetric parameter affecting success in atrial of labor : designation of a scoring system. Am J Obstet Gynecol 1992 ; 167 :1099-104
- [95] **Truffert P**, conséquences néonatales de la césarienne J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 29 (suppl 2) :17-21
- [96] **Tshilombo KM , Mputu L , Nguma L , Wolombi M , Tozing R , Yanga K** . Accouchement chez la gestante Zairoise antérieurement césarisée : analyse de 145 cas. J Obstet Gynecol Biol Reprod, 1991 ; 20 : 568-574

- [97] **Vendittelli F** , l'exploration systématique par une révision utérine de la cicatrice d'une césarienne segmentaire antérieure lors de la réussite d'une épreuve utérine est-elle justifié ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1994, 23 :836
- [98] **Warner RK , Nielsen PE , Gonik B** , shoulder dystocia . Obstet Gynecol Clin 1999;26 : 371-83
- [99] **Weinstein D , Benshushan A , Tanos V , Ziberstein R , Rojanski N** , Predilective score for vaginal birth after cesarean section . Am J Obstet Gynecol 1996; 174: 192_8
- [100] **Yamani TY , Rouzi AA** induction of labor with vaginal prostaglandineE2 in grand multiparous women with one previous cesarean section. Int J Gynecol Obstet 1999 , 65:251-212
- [101] **Zelop CM , Shipp TA , Cohen A , Repke JT , Lieberman E** . "Trial of labor after 40 weeks' gestation in women with prior cesarean " , Obstet Gynecol, vol , 97, 2001, p.391-3
- [102] **Zelop CM , Shipp TD, Repke JT , Cohen A, Lieberman E** , effect of previous vaginal delivery on the risk of uterine rupture during a subsequent trial of labor . Am J Obstet Gynecol 2000, 183:1184-1186

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.
- Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.
- Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
- Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.
- Les médecins seront mes frères.
- **Aucune** considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.
- Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.
- Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.
- Je m'y engage librement et sur mon honneur.

قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - < وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضى هدفي الأول.
 - < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
 - < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
 - < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد.

الولادة لدى رحم نذبي
بصدد 400 حالة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرف

الآنسة : رجاء مباركي

المزدادة في 16 فبراير 1984 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: ولادة - عملية قيصرية - رحم نذبي.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

السيد: إدريس فرحاتي

أستاذ في أمراض النساء والتوليد

السيد: رشيد برادة

مشرف

أستاذ في أمراض النساء والتوليد

السيدة: نجية ازرايدي

أستاذة مبرزة في أمراض النساء والتوليد

السيد: زكي الحنشي

أعضاء

أستاذ مبرز في أمراض النساء والتوليد