

UTÉRUS CICATRICIEL

Dr MERABET

Maitre-assistant maternité CHU Oran

Année universitaire 2020/2021

I. Introduction :

- Un Utérus cicatriciel est un utérus porteur de plaie survenue pendant ou en dehors de la grossesse ayant intéressé en partie ou en totalité la paroi utérine au niveau du corps ou de l'isthme.
- cette définition exclut les cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses.
- retentissement sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ultérieurs.
- Ce sont des grossesses à haut risque pour la mère et le fœtus.

II. Epidémiologie :

- Assez fréquent puisqu'il représente 5.8 à 9.2 % de tout les accouchements.
- le taux de césarienne est de 10 à 16% des accouchements.
- 85% des ruptures utérines sont imputables à l'utérus cicatriciel imposant une vérification de la qualité de la cicatrice avant la grossesse et après l'accouchement.

III. Etude histologique de la cicatrice utérine:

- La formation de la cicatrice utérine obéit aux mêmes règles que la cicatrisation tissulaire générale et musculaire en particulier,
- constituée par du tissu fibreux, de courts faisceaux musculaires lisses et d'une néo vascularisation.

□ Les facteurs histologiques en faveur d'une mauvaise cicatrisation :

Fragmentation musculaire

Hyalinisation

Inflammation

Prolifération trophoblastique

IV. étiologies :

A. Cicatrices obstétricales :

a. Cicatrices segmento-corporéales au cours des césariennes :

□ La césarienne corporéale :
incision verticale

risque très important de rupture utérine

□ La césarienne segmentaire :

C'est la plus fréquente

expose à moins de risque de rupture utérine

souvent transversale : purement segmentaire

ou vertical avec risque de se prolonger en segmento-corporéale.

b. Les cicatrices des ruptures utérines antérieures

c. Les perforations utérines

Lors d'un curetage évacuateur ou d'une IVG

Risque de complications septiques immédiates,
problème cicatriciel ultérieur.

B. Les cicatrices gynécologiques :

a. Cicatrice d'une myomectomie avec ou sans effraction de la cavité utérine.

Souvent d'excellent pronostic

se méfier des poly myomectomies

b. Cicatrices de réimplantation tubaire ou de résection de la portion interstitielle de la trompe dans les salpingectomies (dangereuses, le risque de rupture est important).

La fragilité est due à la résection d'un cône de myomètre.

c. Cicatrices d'hystéroplastie : contre indication à la voie basse.

VI. Les conséquences obstétricales des cicatrices utérines

- 1- grossesse ectopique : pas d'augmentation du risque.
- 2- Grossesse sur cicatrice : complication très rare, le risque de rupture est important. Elle est due au développement de la grossesse à la partie antérieure de l'isthme avec absence de myomètre sain entre le sac gestationnel et la vessie.
- 3- Placenta prævia voir placenta percréta ou acréta.
- 4- Rupture utérine au cours de la grossesse : la rupture spontanée aux deux premiers trimestres est exceptionnelle après la césarienne ; généralement en cas de malformation utérine ou de résection interstitielle de la trompe.
La rupture spontanée au cours du 3^{ème} trimestre se voit surtout en cas de cicatrice corporeale et la plupart du temps au cours du travail.

VI. Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel :

A. Appréciation de la qualité de la cicatrice utérine ;
dont l'intérêt est :

-Appréciation de la possibilité d'accouchement par voie basse

-Appréciation du risque d'une rupture utérine.

Cliniquement :

1. Les éléments en corrélation avec la première césarienne

-origine de la cicatrice

- Technique de la césarienne

- Indication de la césarienne :

o Cause qui persiste : bassin rétréci, asymétrie du bassin

o Cause accidentelle : RPM, procidence du cordon ...

- Durée du travail :

o Rapide source de mauvaise ampliation du segment inférieur (SI)

o Prolongé à l'origine d'un risque infectieux. (cicatrice fragile)

- Suite opératoire : la durée de l'hospitalisation, fièvre, leucorrhées, lochies fétides, infection de la paroi ...

2-Les éléments liés au terrain

-Age

-Parité

-Nombre de grossesse antérieure : à partir de deux césariennes (césarienne prophylactique s'impose).

Les accouchements par voie basse et les curetages intervallaires fragilisent la cicatrice.

3. Eléments tenant à la grossesse actuelle :

- Délai inter gènesique, (intervalle entre la grossesse et la césarienne antérieure),
Actuellement doit être > 6 mois (autrefois de 2 ans).
- Insertion placentaire surtout par rapport à la cicatrice
- type de Présentation (présentation autre que le sommet : césarienne itérative).
- Sur distension utérine : le risque de rupture augmente avec un poids foetal élevé (une macrosomie), une grossesse gémellaire, ou un hydramnios.
- confrontation foetopelvienne ; il est de règle de pratiquer une radiopelvimétrie surtout chez la patiente ayant subi une césarienne pour dystocie.

Paraclinique ;

1-hystérogaphie :

Réalisée 6 mois après la césarienne ; Thoolon a défini 4 grades :

Grade I : cicatrice invisible radiologiquement

Grade II : petite déformation < 4mm

Grade III : déformation de 4 à 5mm aspect morphologiquement bénin (petit coin, encoche ou baionnette)

Grade IV : déformation en profondeur > à 6mm d'aspect péjoratif (bouchon de champagne, diverticule, hernie, fistule)

⇒ La cicatrisation des grades I et II est de bonne qualité contrairement au grade III et IV qui est défectueuse.

2-Echographie :

Magnin a défini quatre tableaux échographiques de la cicatrice utérine.

Type I : 1a Cicatrice est non visible : SI (segment inférieur) homogène à contour réguliers.

Épaisseur > à 3mm.

Type II : Amincissement localisé

Type III : Bourrelet cicatriciel isoéchogène, fait saillie dans la cavité amniotique d'une part et le soulevant le détrusor d'autre part.

Type IV : La déhiscence cicatricielle totale : (solution de continuité) avec à l'extrême une hernie anatomique soulevant le détrusor.

L'avantage de l'échographie est qu'elle peut être pratiquée pendant la grossesse.

3-Hystéro scopie

À partir de 6 mois après l'incision utérine,
Donne des aspects précis du versant utérin de la cicatrice :

type I : Altération de l'arc antérieur (rectitude, angulation, asymétrie).

type II : réactions hypertrophies (spicule, mamelon).

type III : Perte de substance

type IV : Anomalies de coloration (blanc) en rapport avec la fibrose.

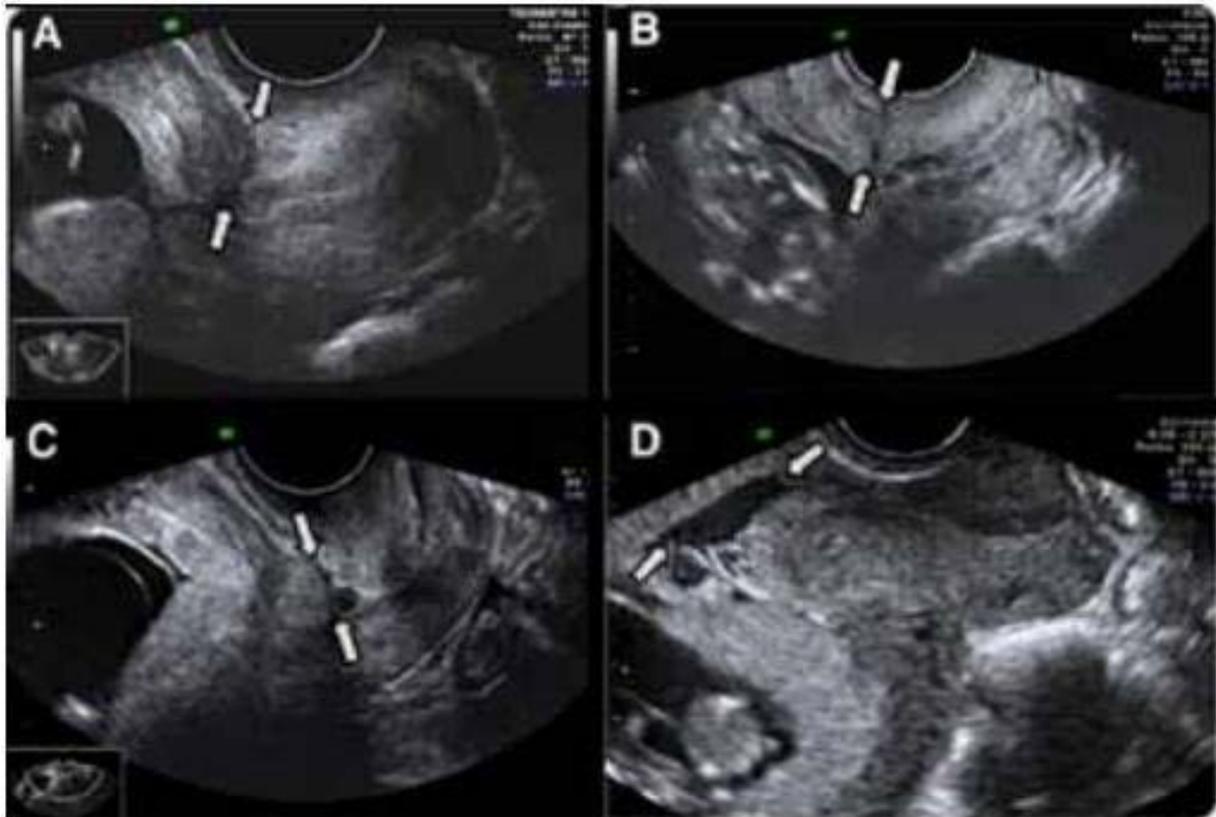
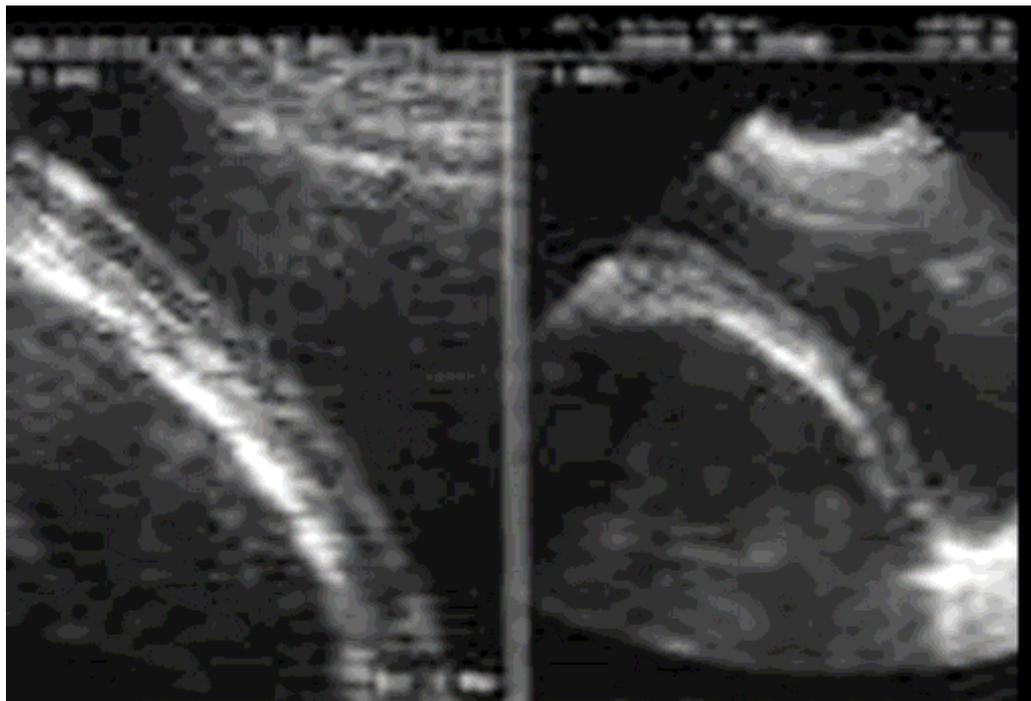
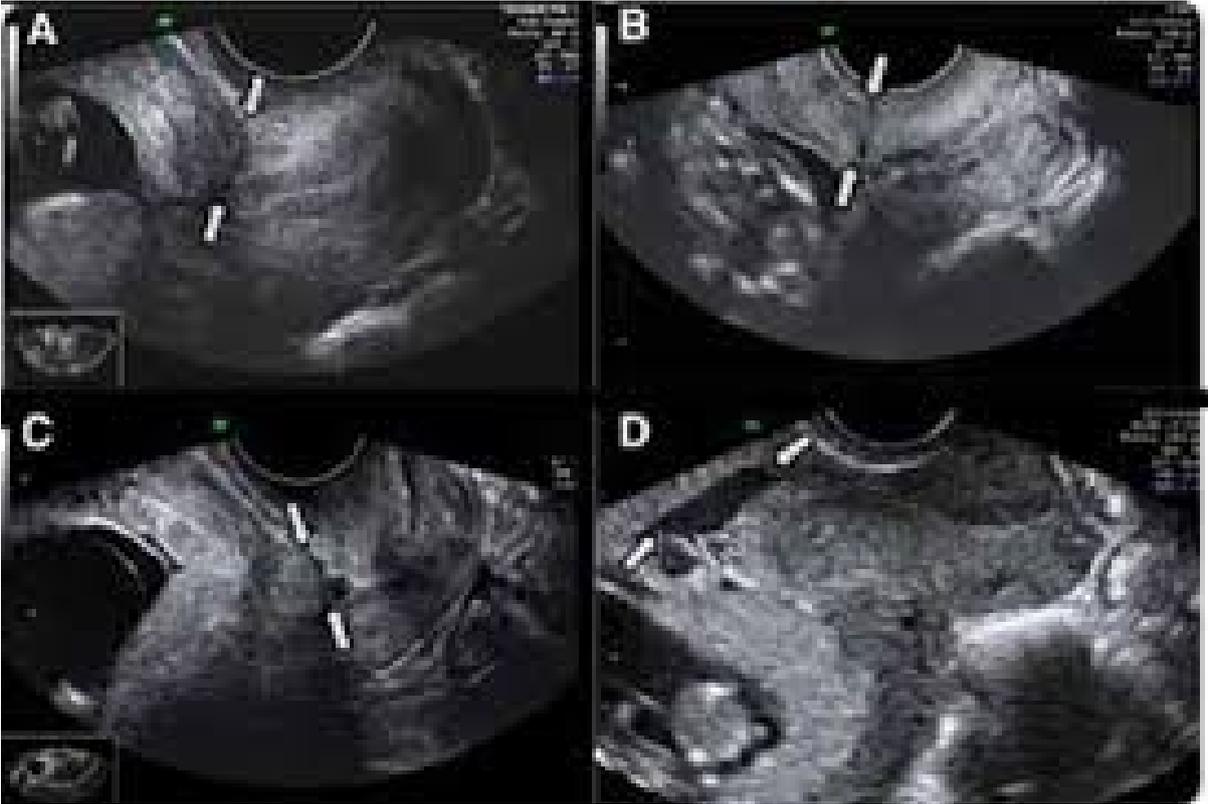
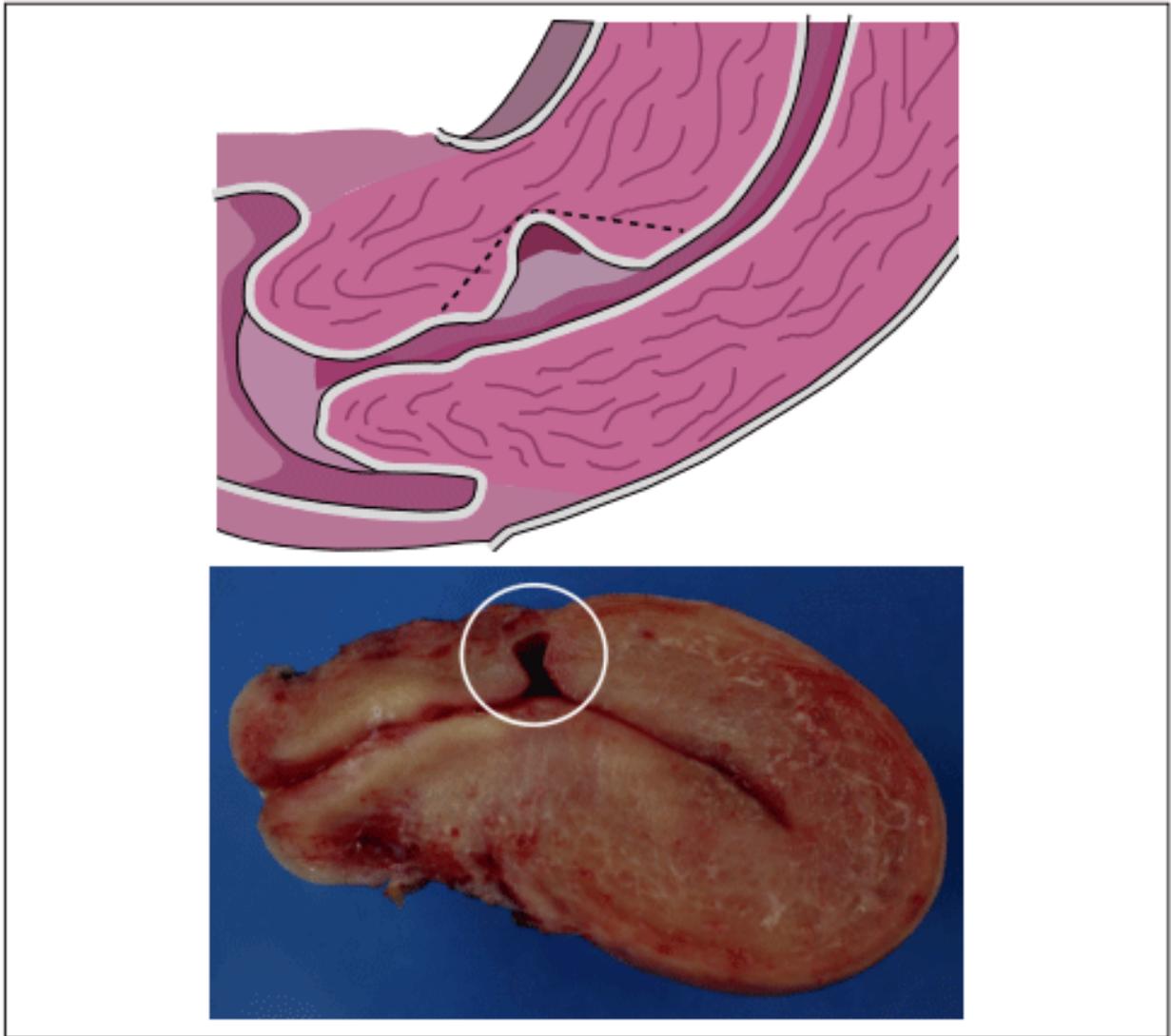


Fig. 2: Aspect échographique du défilé cervico-isthmique au 1^{er} trimestre de grossesse par voie endovaginale. Exemple d'une cicatrice non déhiscente et non exposée (A); d'une cicatrice non déhiscente et exposée (B); d'une cicatrice déhiscente (≥ 2 mm de largeur) et non exposée (C); d'une cicatrice déhiscente (≥ 2 mm de largeur) exposée (type D). D'après Stirnemann (12)







Figures 1 et 2. Isthmocéle utérin ; d'après [2].

B. Choix du mode d'accouchement

1-Césarienne prophylactique :

- 1-Cicatrice corporéale ;
- 2-Extension de l'hystérotomie réalisant une segmento-corporéale (en T) ;
- 3- PP recouvrant
- 4-Indication permanente comme un bassin chirurgical ;
- 5-Suites opératoires : endométrite prouvée ;
- 6-Plus d'une cicatrice utérine

- 7-Age maternel supérieur à 35 ans et n'ayant jamais accouché par voie basse ;
- 8-Hystérogaphie grade III ou IV de Thoolon ;
- 9-L'utérus malformé ;
- 10-Sur distension utérine ;
- 11-Présentation autre que le sommet ; ou confrontation défavorable.
- 12-Placenta antérieur, bas inséré ou au niveau de la cicatrice.

2-Epreuve de travail (épreuve de la cicatrice)

C'est une épreuve dynamique différente des épreuves mécaniques effectuées en cas de bassin limite ou suspect. C'est l'essai de la cicatrice et non une épreuve de force.

Les conditions de l'épreuve de travail :

- Equipe obstétricale qualifiée (néonatalogue, bloc opératoire, réanimateur...) ;
- Un centre équipé ;
- Une seule cicatrice ;
- Césarienne antérieure purement segmentaire de suites connues et simples.
- Pas de malformation ;
- Pas de sur distension ;
- Filière génitale normale ;
- Présentation de sommet ;
- Pas d'insertion placentaire au niveau de la cicatrice ;
- Pas de dystocie sur ajoutée.

- monitorage foetal
- accord de la patiente.

La surveillance du travail

- Il faut être attentif dès le début du travail
- dépister les signes de pré rupture notamment les douleurs, les saignements et la tachycardie maternelle.
- L'enregistrement des RCF doit être permanent
- associé à un contrôle des contractions utérines par tocographie + Le partogramme doit suivre les différentes phases du travail.

Période de dilatation

- Les dilatations doit être harmonieuses
 - si dilatation stationnaire ou une progression lente,
 - éliminer une rupture utérine.
 - Si dystocie mécanique :
 - 1- antispasmodiques,
 - 2- RAM (rupture artificielle des membranes)
 - 3- Les ocytociques sont réservés aux hypocinésies de fréquence, de durée ou d'intensité prouvées sur tocographie.
 - 4- les prostaglandines (pour maturation cervicale ou déclenchement du travail) sont totalement proscrites, leurs effets étant moins bien contrôlés que les ocytociques, avec une réponse imprévisible.
 - 5- Après 2h, si absence de progression, la césarienne s'impose.
 - 6- En cas, de reprise de la progression et de la dilatation, une surveillance rapprochée est obligatoire car le risque de rupture est très élevé si le travail se prolonge au-delà de 12h.

Pendant l'expulsion

- L'extraction instrumentale n'est pas systématique.
- Après la délivrance, révision utérine systématique.

Conclusion : les grossesses sur un utérus cicatriciel sont des grossesses à haut risque Materno-fœtal nécessitant une surveillance régulière pendant la grossesse, permettant de déterminer les indications de césarienne programmée, et une surveillance particulière pendant l'accouchement pour diminuer au maximum les risques de mortalité et de morbidité maternelles et fœtales.

Merci...