

LES EPREUVES UTERINES A L'HOPITAL DE ZONE D'ABOMEY-CALAVI-SÔ-AVA, BENIN

KASSOUM SIDIBE¹, SEYDOU Z DAO¹, BAKARY ABOU TRAORE¹, SAKOBA KONATE¹, AMADOU BOCOUM³, AHMADOU COULIBALY⁴, MAMADOU S TRAORE⁴, MAMADOU SIMA⁴, YOUSOUF TRAORE³, ABOUBACAR MOUFALOU², BAGNAN TONATO JOSIANE², XAVIER PERRIN², AMADOU DOLO³.

¹ Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako, Mali

² Centre hospitalo-universitaire de la mère et de l'enfant de la Lagune, Cotonou, Bénin

³ Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali

⁴ Centre hospitalier universitaire du Point G, Bamako, Mali

Correspondance : Dr Seydou Z DAO, gynécologue obstétricien, chargé de recherche au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, Tél : (223)76488929/63545560 ; E-mail : seydouzd@yahoo.fr

Résumé

Les tentatives d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciels sont de plus en plus fréquentes dans la pratique obstétricale. Malgré cela, peu d'études ont été consacrées à l'épreuve utérine au Bénin. Ainsi nous avons mené cette étude transversale, descriptive, prospective sur une période de six mois à l'hôpital d'Abomey-Calavi-Sô-Ava portant sur toutes les femmes enceintes chez qui une césarienne avait été effectuée lors du dernier accouchement. L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence et de décrire le pronostic materno-fœtal des accouchements par voie basse sur utérus cicatriciel. Du 1^{er} février au 31 juillet 2016, nous avons réalisé 61 épreuves utérines sur un total de 174 accouchements chez les patientes porteuses d'un utérus uni-cicatriciel soit une fréquence de 35,06 % des cas. Le taux de réussite de l'épreuve utérine a été de 62,30%. Les causes d'échec de l'épreuve ont été dominées par la dilatation stationnaire, la souffrance fœtale aigue et la dystocie de démarrage. La morbidité maternelle a été dominée par un cas de rupture utérine. Nous n'avons noté aucun décès maternel. Les nouveau-nés issus de la voie basse avaient un meilleur pronostic. Les utérus uni-cicatriciels apparaissent de plus en plus comme des utérus normaux comme en témoigne les faibles taux de mortalité et de morbidité des épreuves utérines.

Mots clés : utérus cicatriciel, épreuve utérine, accouchement, pronostic.

Abstract

Attempts to vaginal delivery on scars uterus are becoming more common in obstetrical practice. Despite this, few studies have been devoted to the uterine test in Benin. Thus we conducted this cross-sectional, descriptive, prospective study over a six-month period at the Abomey-Calavi-Sô-Ava hospital for all pregnant women who had a cesarean section during the last delivery. The aim was to determine the frequency and describe the maternal-fetal prognosis of vaginal deliveries. From February 1st to July 31st, 2016, we carried out 61 uterine tests out of a total of 174 deliveries in the patients carrying an uni-cicatricial uterus is a frequency of 35,06% of the cases. The success rate of the uterine test was 62.30%. The causes of failure of the trial were dominated by stationary dilation, acute fetal distress and obstructed labor. The maternal morbidity was dominated by a case of uterine rupture. We did not notice any maternal death. Newborns from the low pathway had a better prognosis. The uni-cicatricial uteri appear more and more like normal uteri as evidenced by the low mortality and morbidity rates of uterine tests.

Keys words: uterus scar, uterine test, childbirth, prognosis.

1. Introduction

La maternité sans risque est le défi majeur de toute action visant à améliorer la santé maternelle et infantile. La conduite à tenir devant un utérus cicatriciel est l'un des sujets les plus débattus de l'obstétrique moderne du fait de l'augmentation considérable des accouchements par césarienne (Greene MF, 2004). L'accouchement des femmes porteuses d'un utérus cicatriciel est considéré comme à haut risque à cause du risque de survenue de complications comme la rupture utérine et les placentas prævia et accréta. Ces risques sont plus à craindre surtout dans nos pays en développement car la plupart des maternités ne disposent pas de cardiotocographe pour la surveillance du travail d'accouchement et le plus souvent les prestataires n'ont aucune notion du compte rendu opératoire de la césarienne antérieure (indication, type d'incision utérine, les suites opératoires etc). L'existence d'une cicatrice utérine a aussi un impact psychologique non négligeable chez ces femmes. Certaines croient ne plus pouvoir procréer parce qu'elles se sentent diminuées voire handicapées ; d'autres par contre ont plutôt peur d'une nouvelle césarienne, se souvenant "du terrible épisode". Cette anxiété vécue pendant tout le temps de la grossesse suivante ne s'estompera qu'après un accouchement sans complication (Lokossou A et al, 2008).

La césarienne itérative par crainte de rupture utérine, est la principale cause de l'augmentation de la fréquence des césariennes sur utérus cicatriciel. L'aphorisme de Cragnin, datant de 1916 «césarienne une fois, césarienne toujours » (Notzon FC et al, 1987) est certes remis en cause depuis longtemps, mais la césarienne itérative de principe pour utérus cicatriciel reste encore fréquente de nos jours dans certaines structures.

A Cotonou, l'accouchement par voie naturelle chez les gestantes ayant un antécédent de césarienne est privilégié, en l'absence de cause permanente de césarienne et lorsque les conditions environnementales (bloc opératoire fonctionnel, produits sanguins disponibles) sont réunies. Mais il a fait l'objet de très peu d'étude de recherche en ce qui concerne l'évaluation du pronostic materno-fœtal. C'est dans cette optique que nous avons mené cette étude.

2. Matériel et Méthodes

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive, prospective sur une période de six mois allant du 1^{er} février au 31 juillet 2016 à l'hôpital de zone d'Abomey- calavi-Sô-Ava. Ont été incluses dans notre étude, les femmes enceintes chez qui une césarienne avait été effectuée lors du dernier accouchement. N'ont pas été retenues dans notre étude, les utérus indemnes de cicatrice, les utérus multi-cicatriciels, les cicatrices utérines autres que la césarienne, les femmes ayant déjà accouché par voie basse après leur première césarienne.

Les conditions d'acceptabilité de la tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel dans cette étude ont été un intervalle inter-génésique supérieur ou égal à 24 mois avec des suites opératoires de la césarienne antérieure simples, l'absence d'une indication permanente de césarienne, la disponibilité du bloc opératoire pendant la durée de l'épreuve utérine, un bassin cliniquement normal, un utérus uni-cicatriciel avec une cicatrice présumée segmentaire, un placenta non bas inséré, la grossesse mono-fœtale avec présentation céphalique, une hauteur utérine normale, une absence de souffrance fœtale et de toute autre urgence obstétricale et une acceptation de l'épreuve utérine par la gestante.

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 21. Les tests statistiques utilisés ont été le test exact de Fisher et le Chi 2 de Pearson. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Nos critères de jugement ont été le respect des conditions d'acceptabilité de l'épreuve utérine et le critère de réussite a été la naissance par voie basse avec un nouveau-né et une mère indemnes de toutes lésions.

3. Résultats

1-Fréquence

Du 1^{er} février au 31 juillet 2016, nous avons recensé 174 patientes porteuses d'un utérus unicatriciel sur un total de 1708 accouchements soit une fréquence de 10,2%. Sur les 174 utérus uni-catriciels, l'épreuve utérine a été réalisée chez 61 patientes soit une fréquence de 35,06 % des cas.

Nous avons présenté dans le tableau I, la répartition des patientes porteuses d'utérus unicatriciels selon la conduite obstétricale adoptée à l'admission

Tableau I : répartition des gestantes selon la conduite obstétricale adoptée à l'admission

Conduite obstétricale	Effectifs	Fréquence (%)
Epreuve utérine	61	35,06
Césarienne en urgence	54	31,03
Césarienne prophylactique	59	33,91
Total	174	100

Sur les 174 gestantes admises, 61 ont bénéficié d'une épreuve utérine soit 35,06% des cas.

2-Pronostic materno-fœtal

Nous avons présenté dans la figure 1, la répartition des patientes selon l'issue de l'épreuve utérine

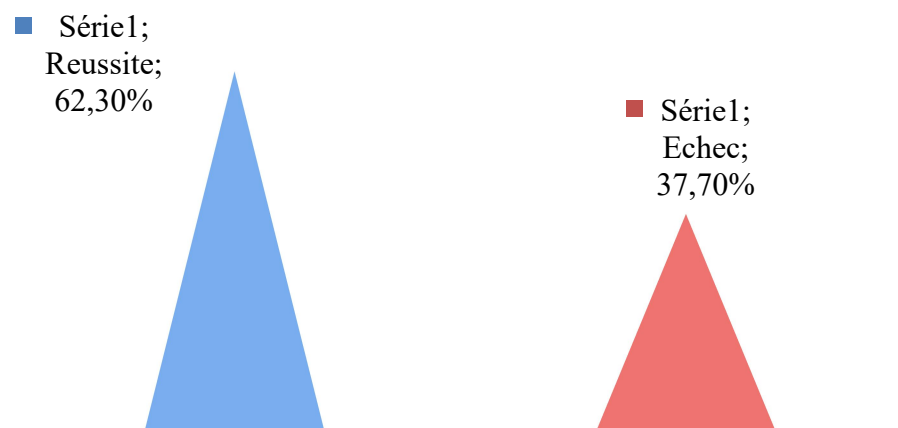


Figure 1 : Répartition des patientes selon l'issue de l'épreuve utérine

L'épreuve utérine a réussi chez 38 parturientes soient 62,3%.

La répartition des patientes en fonction de l'indication de la césarienne après échec de l'épreuve utérine est présentée dans le tableau II ci-dessous.

Tableau II : répartition des patientes en fonction des indications de césarienne en cas d'échec de l'épreuve utérine

Indications de césarienne	Effectifs	Fréquence (%)
Défaut d'engagement	2	9
Dilatation stationnaire	12	52
Dystocie de démarrage	2	9
Sauvetage maternel	1	4
Souffrance fœtale aigue	6	26
Total	23	100

Plus d'une patiente sur 2 avait subi une césarienne pour dilatation stationnaire.

La répartition des nouveau-nés par voie basse selon le pronostic est présentée dans le tableau III ci-dessous.

Tableau III : pronostic des nouveau-nés issus de la voie basse.

Score d'Apgar	Effectifs	Pourcentage (%)
Apgar 1^{ère} min		
0	01	02,63
4-7	05	13,16
Supérieur à 7	32	84,21
Apgar 5^{ème} min		
0	01	02,63
4-7	02	05,26
Supérieur à 7	35	92,11
Total	38	100

La répartition des nouveau-nés issus de césarienne après échec de l'épreuve utérine est présentée dans le tableau IV ci-dessous.

Tableau IV : répartition des nouveau-nés issus de césarienne après échec de l'épreuve utérine

Score d'Apgar	Effectifs	Pourcentage (%)
Apgar 1^{ère} min		
0	01	04,35
4-7	06	26,09
Supérieur à 7	16	69,56
Apgar 5^{ème} min		
0	01	04,35
4-7	05	21,74
Supérieur à 7	17	73,91
Total	23	100

4. Discussion

Du 1^{er} février au 31 juillet 2016, nous avons recensé 174 patientes porteuses d'un utérus unicatriciel sur un total de 1708 accouchements soit une fréquence de 10,2%. Notre fréquence élevée s'explique par le fait que nous sommes une structure universitaire où la majorité des accouchements à risque sont les accouchements sur utérus cicatriciels. Notre taux est nettement supérieur à ceux rapportés par Tshilombo MK et al au Zaïre en 1991, par Chibani M et al en 1996 à Tunis et par Cissé C et al en 1999 à Dakar qui ont trouvé respectivement 2,4%, 2,6 % et de 1,5% d'utérus cicatriciels dans leurs études respectives. Par contre, elle est proche de celle de Bah A en 2003 au Mali qui a trouvé 8,89% d'utérus cicatriciels. L'épreuve utérine a été acceptée chez 61 patientes soit 35,06%. Dans la littérature il existe une grande disparité entre les taux des épreuves utérines. Cela s'explique en partie par des différences de conditions médicales et par l'absence d'attitude homogène entre les obstétriciens devant un utérus cicatriciel. Adisso S et al en 2006 ont rapporté un taux d'épreuves utérines de 30,40%. Nous retrouvons dans la littérature des taux beaucoup plus élevés dans des pays au contexte sanitaire assez comparable au notre (Dembélé A et al, 2012). Notre taux d'épreuve utérine est inférieur à celui rapporté par Abbassi H et al en 1998 qui ont trouvé 86,20% à Casablanca (Abbassi H et al, 1998). Il faut dire que dans son étude l'épreuve utérine concernait aussi les utérus bi-catriciels, la macrosomie fœtale, la présentation de siège et bien d'autres situations sur utérus cicatriciel qui constituent des contre-indications dans notre contexte.

La totalité des gestantes soumise à l'épreuve utérine sont spontanément entrées en travail. Aucun déclenchement n'a été effectué. Les parturientes ont bénéficié d'une surveillance clinique à l'aide du partogramme. Le monitoring du rythme cardiaque fœtal (RCF) et des contractions utérines par le cardiotocographe n'a pas été fait faute de matériels. L'épreuve utérine a abouti à un accouchement par voie basse chez 38 patientes soit 62,30% et un accouchement par césarienne dans les cas d'échec chez 23 patientes soit 37,70%. Les principales indications de césariennes étaient la dilatation stationnaire dans 52% des cas, la souffrance fœtale aiguë dans 26% des cas et la dystocie de démarrage dans 9% des cas.

En France, le taux de succès de l'épreuve utérine est stable, autour de 75%. Ceci revient à dire que 3 parturientes sur 4 ayant un utérus cicatriciel accouchent par voie basse dans les pays développés, y compris celles ayant un utérus bi-catriciel, un fœtus en présentation de siège, une grossesse gémellaire et un bassin modérément rétréci (CNGOF, 2012 ; Deneux C et Tharaux, 2012). Cet élargissement des indications de l'épreuve s'explique par l'existence de moyens de plus en plus sophistiqués pour la surveillance du travail d'accouchement. L'accouchement a été naturel chez 47,54% des patientes. Il n'y a pas eu d'accouchement instrumental. Toutes ces patientes ont bénéficié de la gestion active de la troisième période de l'accouchement (GATPA); la révision utérine n'était pas systématique en l'absence de signe évocateur de déhiscence de la cicatrice conformément aux recommandations du collège américain des gynécologues obstétriciens (ACOG) et du collègue national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) car ce geste est invasif, pose le problème de l'anesthésie et augmente le risque infectieux (CNGOF, 2012). Une seule accouchée en a bénéficié dans notre étude pour retentions de débris ovulaires.

Au cours de cette étude, nous n'avons pas enregistré de décès maternel à l'instar d'Abbassi H à Casablanca, d'Adisso S à la clinique universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Cotonou (CUGO) et de Dembélé A au Burkina Faso (Abbassi H et al, 1998 ; Adisso S et al, 2011 et Dembélé A et al, 2012). Dans la littérature africaine, les décès maternels enregistrés sont survenus au décours d'un accouchement par césarienne. Toutefois, il est possible qu'ils

soient liés à l'existence de comorbidité. L'un des cas illustratifs est celui de l'étude menée par Traoré Y et al à Bamako où le décès est survenu dans un contexte d'éclampsie (Traoré Y et al, 2008). Selon le CNGOF, la mortalité post-césarienne est nettement supérieure à celle par voie vaginale (CNGOF, 2012). Dans presque toutes les séries, la mortalité maternelle dans les utérus cicatriciels est faible. En ce qui concerne la morbidité maternelle, dans l'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel, nous avons enregistré un cas de rupture utérine soit 1,64% et 2 cas d'hémorragie de la délivrance.

Nous avons noté deux cas d'endométrite et un cas de déhiscence de l'ancienne cicatrice chez les patientes opérées d'emblée à leur admission. Traore Y et al ont relevé un cas de rupture utérine (0,70%) à Bamako (Traoré Y et al, 2008). Nous avons enregistré un cas de mort périnatale au décours d'une rupture utérine et un cas de décès néonatal précoce dans un contexte d'infection ovulaire. Ce taux est relativement bas comparé à celui retrouvé par Dembélé A (Dembélé A et al, 2012). Le pronostic est moins favorable pour les nouveaux nés issus de l'échec de l'épreuve utérine dont 26,9% avaient un Apgar compris entre 4 et 7 à la première minute et 21,74% à la cinquième minute. Les nouveaux nés issus de la voie basse ont un meilleur pronostic avec 84,21% dont le score d'Apgar est supérieur à 7 à la première minute et 92,11% à la cinquième minute. Les mêmes constats ont été faits par Diadhiou M à Dakar (Diadhiou M, 2004).

5. Conclusion

En milieu africain, comme dans les pays développés, l'accouchement sur utérus cicatriciel est une éventualité de plus en plus fréquente du fait de l'augmentation inéluctable des césariennes. L'épreuve utérine dans nos pays africains, reste l'option de prédilection en cas d'utérus uni-cicatriciel avec des taux de succès élevés en dépit d'une surveillance cardiotocographique faisant défaut. Les faibles taux de mortalité et de morbidité retrouvés dans les séries d'Afrique noire, montrent que dans la pratique obstétricale, les utérus uni-cicatriciels apparaissent de plus en plus comme des utérus normaux malgré les contraintes liées au sous-équipement et à la faible couverture sanitaire.

Référence

Abbassi H, Aboufalah A, EL Karroumi M et al., 1998. Accouchement des utérus cicatriciels : peut-on élargir l'épreuve utérine ? J Gynecol Obstet Biol Reprod. 1998 ; 27(4): 425-95.

Adisso S, Da-Gbadjignansounou F, Houedjissin S et al, 2011. Issue de la grossesse dans un utérus cicatriciel à la clinique universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique de Cotonou. Annales de la SOGGO; 17(6):93-98

Adjahoto EO, Ekouevi DK, Hodonou KAS, 2001. Facteurs prédictifs de l'issue d'une épreuve utérine en milieu sous-équipé. J Gynecol Obstet Biol Reprod; 30 : 174-9.

Bah A. 2003 Grossesse et accouchement sur utérus cicatriciel à propos d'une étude cas-témoins. Thèse méd. Bamako Mali ; 2003 M72

Chibani M, Basly M, Messaoudi L, Abdelkrim B, Menaoudi F. Epreuve utérine : étude analytique de 111 observations. J. Obstét. Gynecol., 1996, 4 (6) : 375-377

Cissé C, Ewagnignon E, Terolbe I et al. Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. J Gynecol obstet et Biol Reprod 1999 ; 28(6): 556

CNGOF. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Recommandations pour la pratique clinique. 36^e Journées nationales. Paris : 2012, 605-19 p.

Dembélé A, Tarnagda Z, Ouédraogo JL et al., 2012. Issue des accouchements sur utérus cicatriciel dans un hôpital universitaire au Burkina-Faso. *The Pan Afr Med J* ; 12 (95).

Deneux C, Tharaux., 2012. Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques. *J Gynecol Obstet et Biol Reprod.* 41(8): 697-707.

Diahiou M. 2004. L'accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. Thèse Méd, Dakar ; 2004. N 115

Greene MF. 2004. Vaginal birth after cesarean revisited. *N. Eng. J. Med.*, 2004, 325 (25) : 2647-2649

Lokossou A, De Souza J, Adisso S, Takpara I, Adognigo MO, Alihonou E. 2008. Accouchements dans les utérus cicatriciels et risques obstétricaux. *Méd Afr Noire.* 2008 ; 5505 : 277-83.

Notzon FC, Placek PJ, Taffel CM., 1987. Comparisons of national cesarean section rates. *N Engl J Med.* 1987 ; 316: 386-9.

Traoré Y, Teguate I, Dicko FT et al., 2012. Accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel au CHU Gabriel Touré de janvier 2007 à décembre 2008 : modalités et complications. *Med Afr Noire.* 2012; 5911: 511-6.

Tshilombo MK, Mputu L, Nguma M, Wolomby M, Tozin R, Yanga K., 1991. Delivery of pregnant women in Zaire who have previously had cesareans. An analysis of 145 cases. *J Gynecol Obstet Biol Repod (Paris).*1991, 20 (4):568-74