



Article original

**Accouchement de l'utérus cicatriciel à l'hôpital Mère et Enfants SOS Kara :
pronostic maternel et périnatal**

Maternal and perinatal outcome after previous caesarean section at SOS Kara Mother and Child hospital

KE Logbo-akey*¹, KB M'bortche², SB Djato³, YP Kambote¹, A Tenete⁴, DR Ajavon⁵, AS Aboubakari¹

Résumé

Objectif : Etudier le pronostic d'accouchement de l'utérus cicatriciel à la maternité de l'HME SOS Kara.

Méthodologie : Nous avons mené une étude descriptive et rétrospective du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2021.

Résultats : Durant la période d'étude nous avons enregistré 204 cas sur 5324 accouchements soit une fréquence de 3,8% d'utérus cicatriciels. L'Age moyen était de 28,5 ans pour une parité moyenne de 1,8. Quatre-vingt-dix virgule sept pourcent (90,7%) étaient porteuses d'utérus unicatriciel, 7,4% porteuses d'utérus bicatriciel, et 1,9% porteuses d'utérus tricatriciel. L'épreuve utérine a été réalisée dans 50% des cas avec un taux de succès 73,5%. Le taux de césarienne prophylactique est de 50% dont la principale indication est le bassin rétréci 26,5% dans des cas. La mortalité maternelle était nulle. Aucun décès néonatal n'était enregistré.
Conclusion : L'accouchement des utérus cicatriciels est fréquent. La voie basse doit être privilégiée à chaque fois que les conditions cliniques et techniques le permettent afin d'améliorer la mortalité et la morbidité des accouchements des utérus cicatriciels

Mots-clés : Accouchement, utérus cicatriciel, épreuve utérine, HME SOS Kara.

Abstract

Objective: To study the prognosis of delivery of the scarred uterus at the maternity hospital of the MCH SOS Kara.

Methodology: We conducted a descriptive and retrospective study from January 1, 2017 to December 31, 2021.

Results: During the study period we recorded 204 cases out of 5324 deliveries, i.e. a frequency of 3.8% of scarred uterus. The average age was 28.5 years for an average parity of 1.8. Ninety point seven percent (90.7%) were carriers of single-scar uterus, 7.4% carriers of bi-scar uterus, and 1.9% carriers of tri-scar uterus. The uterine test was performed in 50% of cases with a success rate of 73.5%. The prophylactic cesarean section rate is 50%, the main indication of which is the narrowed pelvis 26.5% in cases. Maternal mortality was nil. No neonatal deaths were recorded.
Conclusion: Delivery of scarred uterus is common. The vaginal route should be favored whenever clinical and technical conditions allow it in order to improve

the mortality and morbidity of deliveries of scarred uterus.

Keywords: Childbirth, scarred uterus, uterine trial, HME SOS Kara.

Introduction

L'accouchement des utérus cicatriciels reste de nos jours une hantise pour les équipes médicales, à cause de complications parfois imprévisibles. Son incidence est en augmentation dans le monde du fait de l'inflation du nombre des césarienne. En Afrique, cette incidence varie 5,9% à 9,6% [1,2]. Avec ses complications à type de rupture Utérine, d'anomalies d'insertion placentaire ou de complications thrombo emboliques, l'utérus cicatriciel constitue un facteur de risque de morbidité et mortalité materno-fœtale [3]. Au Togo, Baeta et al rapportaient une incidence de 5,9% et une morbi-mortalité materno-fœtale non négligeable [4]. L'accouchement des utérus cicatriciels constitue un sujet de discorde pour plusieurs équipes. Nous rapportons à travers cette étude, notre expérience de l'Hôpital Mère-Enfants (HME) SOS de kara, au nord du Togo afin de déterminer l'incidence et le pronostic de l'accouchement de l'utérus cicatriciel.

Méthodologie

Nous avons mené une étude descriptive et rétrospective du 1er Janvier 2017 au 31 Décembre 2021 soit une durée de 5ans. Etaient incluses dans l'étude, les parturientes porteuses de cicatrice de césarienne ayant accouché à la maternité de l'Hôpital Mère Enfants (HME) SOS Kara au cours de la période d'étude. Les patientes porteuses de cicatrice de césarienne ayant accouché dans un autre centre et référée vers l'HME SOS Kara et celles porteuse d'une autre cicatrice que celle de césarienne ont été exclues de l'étude. Les variables étudiées étaient relatives aux données socio démographiques, aux ATCD et déroulement de la grossesse, au mode d'accouchement et au pronostic materno-fœtal. Les données ont été collectées à

l'aide d'une revue documentaire faite de dossiers obstétricaux, du registre d'accouchement, et du registre d'admission de la néonatalogie. Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel Epi info 7.2. Le test statistique utilisé a été celui du Chi2 (χ^2) de Pearson avec un seuil de significativité de 5 % ($p < 0,05$).

Résultats

• Fréquence

Durant la période d'étude, 204 accouchements dans un utérus cicatriciel ont été enregistrés sur un total de 5324 accouchements, soit une fréquence d'utérus cicatriciel de 3,8%.

• Données socio démographiques

Tableau I : Répartition des accouchées en fonction des données socio démographiques

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Age		
Moins de 19ans	10	5
20 – 35ans	165	81
35ans et plus	29	14
Niveau d'instruction		
Non instruites	54	26,47
Primaire	16	51,96
Secondaire	25	12,25
Universitaire	19	9,31
Parité		
Primipares	112	54,9
Paucipares	64	31,4
Multipares	28	13,7

L'âge moyen des accouchées était de 28,5ans avec des extrêmes de 17ans et 46ans

- *Données de la césarienne antérieure*

Tableau II : Répartition des accouchées selon les données de la césarienne antérieure

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Nombre de cicatrice utérine		
Un	185	90,7
Deux	15	7,3
Trois	3	1,5
Quatre	1	0,5
Total	204	100
Indication de la césarienne antérieure		
Bassin rétréci	74	36,3
Macrosomie	25	12,3
Souffrance fœtale aigue	15	7,4
Prééclampsie	10	4,9
Dépassement de terme	5	2,5
Présentation vicieuse	5	2,5
Utérus multi cicatriciel	4	1,9
Placenta prævia	1	0,5
Non renseigné	50	24,5
Ignorée de la parturiente	15	7,4
Total	204	100

- *Voie d'accouchement*

L'épreuve utérine a été réalisée dans 50% des cas. Sur les 102 tentatives d'épreuve utérine, 75 parturientes avaient accouché par voie basse. Soit un taux de succès de 73,5%. Une direction du travail à l'ocytocine a été réalisée dans 13,7% des cas. Dans 26,5% des cas, l'épreuve utérine a échoué. L'anomalie du rythme cardiaque fœtal (37%) et la stagnation de la dilatation cervicale (26%) constituaient les principales raisons des échecs de l'épreuve utérine. Un antécédant d'accouchement par voie basse était plus favorable à l'épreuve utérine. Dans le tableau III est illustré la répartition des accouchées en fonction du mode d'accouchement et de la parité

Tableau III : Antécédant d'accouchement voie basse et issue de l'épreuve utérine

Antécédant d'accouchement voie basse	Issue de l'épreuve utérine			P-value
	Voie basse n(%)	Voie haute n(%)	Total n(%)	
Non	33(62,3)	20(37,7)	53(100)	0,013
Oui	42(85,7)	07(14,3)	49(100)	

Dans 50% des cas, une césarienne prophylactique à été pratiquée. Les indications des césariennes prophylactiques sont présentées dans le tableau IV

Tableau IV : Répartition des accouchées en fonction des indications des césariennes prophylactiques

Indications	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Bassin rétréci	37	36,3
Utérus multi cicatriciel	19	18,6
Macrosomie fœtale	20	19,6
Prééclampsie/éclampsie	10	9,8
Dépassement de terme	09	8,8
Présentation vicieuse	07	6,9

- *Pronostic maternel et néonatal*

Dans le tableau V est représenté le pronostic maternel et fœtal

Tableau V : Pronostic maternel et fœtal

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Pronostic maternel		
Hémorragie de la délivrance	1	0,5
Endométrite	1	0,5
Pronostic néonatal		
Score d'Apgar à la 5 ^e minute		
Inférieur à 7	2	1,0
Supérieur à 7	206	99,0
Etat du nouveau-né à J7		
Vivant	208	100
Décédé	0	0

Sur les 204 accouchements, 4 étaient gémellaires. Aucun décès néonatal précoce n'était enregistré

Discussion

La fréquence des utérus cicatriciels est en augmentation d'une part du fait de la subvention de la césarienne [5], mais aussi de l'essor de la procréation médicale assistée [6,7]. Dans notre étude, 3,8% des parturientes portaient au moins une cicatrice de césarienne. La fréquence des utérus cicatriciels est inégalement répartie sur le continent Africain. En Afrique de l'Est, des taux élevés 27,3% ont été rapportés [8]. Cette fréquence varie de 2,4 à 14% au sud du Sahara [9,10]. En France, Deneux et al en France [11] rapportaient 11% d'accouchements d'utérus cicatriciel.

La tranche d'âge de 20 à 35 ans était la plus représentée. L'âge moyen était de 28,5ans avec une parité moyenne de 1,8. Résultats semblables à ceux de Tidjani H et al au Niger [12], et de Baeta S. et al au Togo [4] qui avaient rapporté respectivement 27,6ans et 29,5ans.

Dans la majorité des cas, les accouchées portaient seulement une seule cicatrice de césarienne (90,7%). Les accouchées ayant deux ou trois cicatrices utérines représentaient respectivement 7,4% et 1,9%. Concernant les indications de la césarienne antérieure, le bassin rétréci occupe le 1er rang avec 36,3%.

Constat semblable à celui de Cissé C. et al au Sénégal [13] où l'angustie pelvienne représentait la principale indication. L'indication de la césarienne antérieure est quelque fois ignorée par la patiente. Dans notre étude, elle n'était pas renseignée dans 24,5% des cas et 7,4% des parturientes ne connaissaient pas la raison de la césarienne. Les mêmes observations ont été faites par Tshilombo K. et al en République Démocratique du Congo [14] où dans 29% des cas, l'indication de la césarienne antérieure n'était pas connue. Cette situation serait liée au manque de rédaction systématique des comptes rendus opératoires, à la mauvaise tenue des dossiers obstétricaux mais également au faible niveau d'instruction des accouchées qui les expose à la sous information concernant l'indication de la césarienne. Ainsi la sensibilisation des opérateurs sur la nécessité de bien rédiger les comptes rendus opératoires, d'informer les accouchées sur l'indication de la césarienne doit être poursuivie car le pronostic des accouchements ultérieurs en dépend.

L'attitude à adopter devant un utérus cicatriciel varie selon les équipes. L'épreuve utérine a été effectuée dans 50% des cas dans notre étude. Sur les 102 tentatives d'accouchement par voie basse, 75 parturientes avaient accouché par voie basse,

soit un taux de succès de 73,5 %. Des mêmes taux de succès ont été rapportés dans la littérature. C'est ainsi qu'en République Démocratique du Congo, Tshilombo K et al [14] rapportaient 74,5%, quand Kraiem J. et al en Tunisie [15] rapportaient 76,1%. Contrairement, la césarienne a été la principale voie d'accouchement dans les études de Cissé C (72,9%) [13] et Traoré Y. (73,3%) [16]. Selon Cosson M. et al [17], un antécédent d'accouchement par voie basse serait un des facteurs prédictifs le plus fiable pour un nouvel accouchement voie basse témoignant ainsi la praticabilité du bassin. Pour d'autres auteurs, le succès de l'épreuve utérine serait plus retrouvé quand l'accouchement antérieur par voie basse survient après la césarienne, car ce groupe de parturientes a fait non seulement la preuve d'un bassin perméable mais aussi une preuve de cicatrice solide [18]. Baeta S. et al [4] au Togo rapportait 52,7% de succès de l'épreuve utérine chez les parturientes ayant déjà accouché par voie basse et seulement 26,7% chez celles n'ayant jamais accouché par voie basse. Dans notre étude, le taux de succès de l'épreuve utérine était de 85,7% chez les femmes ayant déjà accouché par voie basse. L'utilisation d'ocytocine pour la direction du travail lors d'une épreuve utérine ne fait pas l'unanimité. Dans notre étude, l'ocytocine a été utilisée dans 13,7% des cas dans le but de renforcer les contractions utérines.

Dans 26,5% des cas l'épreuve utérine avait échoué. Les causes étaient essentiellement les anomalies du rythme cardiaque fœtal (37%) et la stagnation de la dilatation cervicale (26%).

La césarienne prophylactique a été pratiquée dans 50% des cas, comme dans l'étude de Cissé et al au Sénégal (45,5%) [13]. Les contraintes liées à la disponibilité du plateau technique (pelvis scann), le manque d'information sur la césarienne antérieure, et le risque de rupture utérine nous amène à réaliser des césariennes prophylactiques de prudence. Le rétrécissement clinique du bassin domine les indications de césarienne prophylactique dans notre étude avec 26,5% des indications.

Le pronostic maternel était favorable. En ce qui

concerne la morbidité maternelle, des données de la littérature rapportaient des complications maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse. Ainsi, pour Flamm B. et al [19], les hémorragies avec transfusion sont sensiblement supérieures en cas de césarienne prophylactique par rapport à l'accouchement voie basse. Rabeth G. et al [20] rapportaient des taux d'hystérectomie et de complications thromboemboliques plus élevés dans le groupe de césarienne prophylactique par rapport aux accouchées par voie basse. Dans notre étude, nous avons noté 1 cas d'hémorragie du post partum immédiat et 1 cas d'endométrite, tous les deux survenant chez les accouchées par voie basse

Aucun décès, ni de morbidité néonatale n'était enregistré dans l'étude. Concernant le score d'Apgar, 99% de nouveau-nés avaient un score supérieur à 7 à la 5e minute. Même constat fait en Guinée par Balde I. et al [10] où le pronostic fœtal était bon quelque soit la voie d'accouchement, avec un score d'Apgar à la cinquième minute de vie supérieur ou égal à 7 dans l'ensemble. Au vu de ces résultats, l'accouchement par voie basse des utérus cicatriciels doit être encouragé à chaque fois que les paramètres maternels et fœtaux le permettent.

Conclusion

L'accouchement des utérus cicatriciels est fréquent. La tendance actuelle est de favoriser largement l'accouchement par voie basse après une cicatrice antérieure, chaque fois que cela est possible. L'indication de l'épreuve utérine doit être bien réfléchi et bien menée sous surveillance médicale stricte. La connaissance du passé gynécologique et obstétrical des parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel est déterminante pour le choix du mode d'accouchement. La rédaction systématique des comptes rendu opératoires serait donc salutaire. La réduction de la mortalité et la morbidité materno-fœtale passe par l'amélioration des infrastructures sanitaires et la bonne sensibilisation des patientes.

*Correspondance

LOGBO-AKEY Kossi Edem

edemattis@yahoo.fr

Disponible en ligne : 25 Janvier 2023

- 1 : Service de gynécologie-obstétrique du CHU Kara, Togo
- 2 : Clinique ATBEF, Lomé Togo
- 3 : Service de gynécologie-obstétrique du CHR Tsévié
- 4 : Service de gynécologie-obstétrique de l'Hopital Mère-Enfants SOS Kara, Togo
- 5 : Service de gynécologie-obstétrique du CHR Kara, Togo

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Adama Dembélé, Zekiba Tarnagda, Jean Louis Ouédraogo, Oumarou Thiombiano, Moussa Bambara Issue des accouchements sur utérus cicatriciel dans un hôpital universitaire au Burkina. *Pan African Medical Journal*. 2012; 12:95
- [2] Cyr Espérance Koulimaya-Gombet, Abdoul Aziz Diouf, Moussa Diallo, Anna Dia, Codou Sène, Jean Charles Moreau, Alassane Diouf. Grossesse et accouchement des patientes ayant un antécédent de césarienne à Dakar: aspects épidémio-cliniques thérapeutiques et pronostiques *Pan African Medical Journal*. 2017; 27:135
- [3] Deneux-Tharoux C. Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques. Women with previous caesarean or other uterine scar: Epidemiological features. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2012) 41, 697-707
- [4] Baeta S, Tetek VS, Ihouk A, Nyame AN, Adpadza AK. Pronostic obstétrical des gestantes porteuses de cicatrice de césarienne: à propos de 282 cas pris en charge au CHU de Lomé (Togo) *J Gyneco Obstet*. 2006;8(1):1027–88
- [5] Kwawukukume EY, Emuvevane E. Caesarean Section

in *Comprehensive Obstetrics in the Tropics*. Asante and Hittscher Printing Press, Accra, 321-329

- [6] Jackson, Rebecca A, Kimberly A Gibson, Yvonne W Wu, and Mary S Croughan. "Perinatal Outcomes in Singletons Following in Vitro Fertilization: a Meta-analysis." *Obstetrics and Gynecology* 103, no. 3 (March 2004): 551–563.
- [7] Adler-Levy, Yael, Eitan Lunenfeld, and Amalia Levy. "Obstetric Outcome of Twin Pregnancies Conceived by in Vitro Fertilization and Ovulation Induction Compared with Those Conceived Spontaneously." *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 133, no. 2 (August 2007): 173–178.
- [8] Shah A, Fawole B, M'imunya JM, Amokrane F, Nafiou I, Wolomby JJ et al. Caesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa. *Int J Gynecol Obstet*. 2009; 107(3): 191-197
- [9] Dembélé A, Tarnagda Z, Ouédraogo JL, Thiombiano O et Bambara M. Issue des accouchements sur utérus cicatriciel dans un hôpital universitaire au Burkina. *Pan Afr Med J*. 2012; 12: 95-102
- [10] Baldé IS, Sy T, Diallo A, Baldé O, Diallo MH, Diallo MC et al. Accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel à la maternité de l'hôpital national Ignace-Deen (Guinée). *Rev Méd Périnat*. 2017; 9(1): 32-36
- [11] Deneux-tharoux C. Utérus cicatriciel: aspects épidémiologiques. *J Gynecol Obst Biol Reprod*. 2012 Dec;41(8):697-707.
- [12] Tidjanina H., Gallais A, Garba M. Accouchement sur utérus cicatriciel au Niger: à propos de 590 cas. *Med.d'afr.Noire*, vol. tome 48(2), 2001, pp. 63-66.
- [13] Cissé CT, Ewangnigon T, Terolbe T, Diadhiou F. Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. *J Gyneco Obstet Biol Reprod*. 1999 Oct;28(6):556–62
- [14] Tshilombo K, Nguma A M, Wolombi M, Tozin R, Yanga K. Accouchement chez la gestante zaïroise antérieurement césarisée., *J.Gynécol Obstét Biol Reprod*, 1991, pp. 568-74.
- [15] Kraiem J, Ben Brahim Y, Chaabanae K, Sarrai N, Chicha N, Falfoul A. Indicators for successful vaginal delivery after cesarean section: a proposal of a predictive score. *Tunis Med*. 2006 Jan;84(1):16-20.
- [16] Traore Y, Teguate I, Dicko FT, Diallo A, Djité MY, Sissoko A et al. Accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel au CHU Gabriel Touré: modalités et complications a propos

de 393 cas. *Med Afr Noire.* 2012;59(11):511-516

[17] Cosson M, Dufon P, Nayama M, Vinatier D, Monnier JC.

Pronostic obtétrical des utérus cicatriciel: A propos de 641 cas, *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1995, pp. 434-439

[18] George A, Arasik V, Mathai M. Is vaginal birth caesarean delivery a safe option in India?, *Int.J.Gynecol.Obstet.*, 2004, pp. 42-43.

[19] Flamm B.L., Goings J.R., Liu Y., Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor : a prospective multicenter study, vol. 83, *Obstet.Gynecol.*, 1994, pp. 924-932.

[20] Rageth G.C., Juzi C, Grossenbacherh. Delivery after previous cesarean : a risque evaluation, *Obstet.Gynecol.*, 1999, pp. 332-337.

Pour citer cet article :

KE Logbo-akey, KB M'bortche, SB Djato, YP Kambote, A Tenete, DR Ajavon et al. Accouchement de l'utérus cicatriciel à l'hôpital Mère et Enfants SOS Kara : pronostic maternel et périnatal. *Jaccr Africa* 2023; 7(1): 101-107