

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 8 ■ N° 21 (2013)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218- 225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

- La gratuité des soins aux gestantes et parturientes au niger : quel impact sur la mortalité maternelle dans la communauté urbaine de Niamey (CUN)**
Idi N, Garba RM, Nayama M, Mamadou M, Malam Issoufou M, Saloufou S, Graesslin O51 - 54
- Suivi des accouchées ayant effectué un retour précoce a domicile après accouchement (RPDA) : experience de l'hôpital de la mère et de l'enfant-lagune (HOMEL) de Cotonou Benin**
Tonato Bagnan JA, Hounkpatin B, Gbaguidi J, Lokossou A, Perrin RX.....56 - 59
- Enquête sur la pratique du cerclage du col utérin en cote d'ivoire : a propos de 205 cas recensés dans deux structures hospitalières à Abidjan. (Côte d'ivoire)**
P Guié, KPE Bohoussou, M Oyeladé, C Saki, S Anongba, K Touré Coulibaly60 - 64
- La coeliochirurgie dans la prise en charge de la stérilité tubo péritonéale**
Koffi A, Edi M, Oussou C, Gondo D, Yesufu A, Angoi V, Kouassi KJ, Boni S.....65 - 69
- Ruptures utérines obstétricales a la maternité Issaka Gazoby de Niamey**
Nayama M, Garba M, Idi N, Mohamed-Alzouma I, Oumara M, Guede S, Mallam-issoufou M, Salouhou S, Djibril B, Kamaye M, AlihonouE70 - 75
- La sexualité du post-partum. Analyse du vécu dans le couple noir Africain.**
Kouakou Kp, Doumbia Y, Djanhan Le, Menin Mm, Anoh Em, Djanhan Y.....76 - 81

CAS CLINIQUE

(CASE REPORT)

- Tumeurs de l'ovaire et grossesse : a propos de 4 cas au centre hospitalier régional de Hombou Anjouan, Iles Comores**
Saïd Ali A, Cisse ML, Diouf A, Moreau JC82 - 88

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Fees free in health care what impact on maternal death in niamey?

Idi N, Garba RM, Nayama M, Mamadou M, Malam Issoufou M, Saloufou S, Graesslin O51 - 54

Consistent of the women in childbirth having done a precocious return at home after childbirth: experience of hôpital de la mère et de l'enfant-lagune (HOMEL) of Cotonou Bénin

Tonato Bagnan JA, Hounkpatin B, Gbaguidi J, Lokossou A, Perrin RX.....56 - 59

Cervical cerclage. Fate of pregnancy and survey on the practice of management: about 205 cases identified in two hospitals in Abidjan.(Côte d'ivoire)

P Guié, KPE Bohoussou, M Oyeladé, C Saki, S Anongba, K Touré Coulibaly60 - 64

Laparoscopic surgery in the care of tubo-peritoneum infertility

Koffi A, Edi M, Oussou C, Gondo D, Yesufu A, Angoi V, Kouassi KJ, Boni S.....65 - 69

Obstetric uterine ruptures in the maternity Issaka Gazoby of Niamey

Nayama M, Garba M, Idi N, Mohamed-Alzouma I, Oumara M, Guede S, Mallam-issoufou M, Salouhou S, Djibril B, Kamaye M, AlihonouE70 - 75

Post-partum sexuality. Living in black african couple analysis.

Kouakou Kp, Doumbia Y, Djanhan Le, Menin Mm, Anoh Em, Djanhan Y.....76 - 81

CASE REPORT

Ovarian tumors and pregnancy : about 4 cases at the regional hospital center Hombo Anjouan, Comoros

Said Ali A, Cisse ML, Diouf A, Moreau JC82 - 88

ENQUETE SUR LA PRATIQUE DU CERCLAGE DU COL UTERIN EN COTE D'IVOIRE : A PROPOS DE 205 CAS RECENSES DANS DEUX STRUCTURES HOSPITALIERES A ABIDJAN. (CÔTE D'IVOIRE)

CERVICAL CERCLAGE. FATE OF PREGNANCY AND SURVEY ON THE PRACTICE OF MANAGEMENT: ABOUT 205 CASES IDENTIFIED IN TWO HOSPITALS IN ABIDJAN. (CÔTE D'IVOIRE)

P GUIÉ¹, K P E BOHOUSSOU¹, M OYELADÉ¹, C SAKI¹, S ANONGBA¹, K TOURÉ COULIBALY¹.

¹Service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Treichville Adresse: 01 B P V 3 Abidjan Côte d'Ivoire Téléphone: (225) 21249122 21249155 Fax : (225) 21252852

Correspondances : Pr. Ag. Privat GUIE, service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU de Treichville, BP 539 Abidjan 08 (Côte d'Ivoire) Email: pagyka@yahoo.fr

RESUME

Objectifs : Rappporter notre expérience du cerclage du col utérin en Côte d'ivoire.

Patientes et méthode : Etude de cohorte rétrospective à visée descriptive de 205 dossiers de grossesses cerclées dans 2 structures hospitalières privées d'Abidjan sur une période allant de Juin 2006 à Octobre 2011.

Résultats : L'âge moyen était de 34 ans .La gestité moyenne était de 2 et la parité moyenne était de 1.Les principales indications étaient le cerclage prophylactique (54,2%) et le cerclage thérapeutique (34,1%). L'âge moyen de la grossesse lors du cerclage était de 14 semaines d'aménorrhée. La technique utilisée était celle de Mac Donald-Hervet .Aucune complication per opératoire n'a été rapporté. Les résultats obstétricaux retrouvaient 6,3% de fausses couches spontanées, 11,2% d'accouchement prématuré et 88,8 % d'accouchement à terme. Le taux de survie fœtale était de 96,9%.

Conclusion : La grossesse cerclée est une situation relativement fréquente pour la prévention de la prématurité. Ses indications doivent être correctement posées en tenant compte des antécédents obstétricaux, de l'examen clinique et éventuellement de l'échographie endo-vaginale afin d'identifier le risque de béance cervicale.

Mots clés : incompétence cervico-isthmique, cerclage préventif, cerclage en urgence, échographie endovaginale.

SUMMARY:

Objectives: To report our experience of uterin cervical cerclage in Ivory cost.

Patients and Methods: retrospective cohort study and descriptive overview performed on a total of 205 patient records rimmed. It covered the period from June 2006 to October 2011.

Results: The average age was 34 years. The mean gravidity was 2 and mean parity was 1.The main indications strapping was dominated by prophylactic cerclage (54.2%), followed by therapeutic cerclage (34.1%). Age through the hoop during pregnancy was 14 weeks gestation. The technique used was that of Mac Donald Hervet. No complications have been reported. Obstetric results were 6.3% abortion, 11.2% of premature birth and 88.8% of full-term delivery. The fetal survival rate was 96.9%.

Conclusion: Pregnancy circled is a relatively common for the prevention of preterm birth. The indication of a cervical strapping needs a well established diagnosis involving data from history, clinical examination and possibly endo-vaginal ultrasound to confirm the high-risk of cervical incompetence.

Keywords: cervico-isthmic incompetence, preventive cerclage, emergency cerclage, transvaginal ultrasound.

INTRODUCTION

Le cerclage du col utérin est une technique chirurgicale utilisée dans la prise en charge des incompétences cervicales encore appelées béances cervico-isthmiques [1]. Il s'agit d'une des interventions les plus controversées en obstétrique, probablement en raison de la difficulté de diagnostiquer l'incompétence cervicale, souvent basé sur des antécédents de pertes de grossesses à répétition [1]. L'apport récent de la mesure échographique du col utérin a permis une progression significative dans le diagnostic de ces béances cervico-isthmiques [1-3]. Bien qu'il s'agisse d'un acte couramment pratiqué en Côte d'Ivoire, aucune donnée épidémiologique et clinique n'existe sur la pratique du cerclage dans notre pays. Ses modalités et ses conséquences ne sont donc pas connues. L'objectif de cette étude était de rapporter notre expérience du cerclage du col utérin en termes d'indications et de techniques et d'en rapporter les résultats.

I. PATIENTES ET METHODES

Nous avons mené une étude de cohorte rétrospective à visée descriptive. Elle a été conduite sur une période de 5 ans, du 1er juin 2006 au 31 octobre 2011 dans deux structures hospitalières privées d'Abidjan. Ont été incluses dans l'étude, toutes les patientes ayant bénéficié d'un cerclage du col utérin au cours de la grossesse. Les différents paramètres qui ont fait l'objet de notre étude étaient : les caractéristiques des patientes (âge maternel, gestité, parité, antécédents de fausses couches spontanées et d'accouchements prématurés), les données cliniques (l'âge gestationnel lors du cerclage, les indications et les techniques de cerclage) et l'issue des grossesses après le cerclage. Pour mieux discerner les indications de cerclage, nous les avons classé en 4 grands groupes [1].

Cerclage prophylactique, indiqué pour les patientes appartenant à un groupe à haut risque d'accouchement prématuré (AP) en raison d'antécédents obstétricaux d'AP ou de fausse couche spontanée (FCS).

Cerclage thérapeutique, en cas d'antécédents obstétricaux (FCS ou AP) chez des patientes n'ayant qu'un ou deux antécédents de ce type, ou présentant une malformation utérine, une conisation cervicale avec l'absence de col restant, une béance cervico-isthmique congénitale ou secondaire à des manœuvres de dilatation du col lors d'un curetage ou d'une interruption volontaire de grossesse (IVG).

Cerclage en urgence, indiqué devant une menace de FCS du 2ème trimestre de la grossesse [5,6].

Cerclage pour grossesses multiples.

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête standardisée. L'analyse statistique a été faite avec les logiciels SPSS et Epi Info 6 version 6.04.

II. RESULTATS

1. Fréquence

Au cours de la période d'étude, 205 cerclages ont été réalisés dont 12 sur des grossesses gémellaires.

2. Caractéristiques socio-démographiques

L'âge moyen des patientes était de 34 ans (extrêmes : 20 et 42 ans). La gestité et la parité moyenne étaient respectivement de 2 (extrêmes : 1 et 6) et de 1 (extrêmes : 0 et 3). Cent quarante six patientes (71,22 %) avaient un niveau d'étude supérieure. Un antécédent d'avortement spontané avait été retrouvé chez 102 patientes (49,75%) et d'accouchement prématuré chez 45 patientes (21,95%). Cinquante neuf patientes (28,78%) avaient déjà bénéficié d'un ou de plusieurs cerclages.

3. Données cliniques

Le cerclage a été réalisé à un âge moyen de 14 SA (extrêmes: 10 et 23 SA). Les paramètres cervicaux ont été évalués cliniquement dans tous les cas et échographiquement chez 18 patientes (8,78%). La longueur moyenne du col à l'échographie était de 30 mm. Vingt deux patientes (10,73%) ont bénéficié d'un prélèvement vaginal (PV) avant le cerclage. Les résultats positifs chez 21 patientes, retrouvaient un *Escherichia coli* dans 11 cas, un *Candida albicans* dans 7 cas, un *Klebsiella* dans 2 cas, et un bacille gram négatif dans 1 cas. Une antibiothérapie pré opératoire a été réalisée chez ces 21 patientes. Quatre indications de cerclage ont été retrouvées (Figure I).

Le cerclage prophylactique a été indiqué chez 111

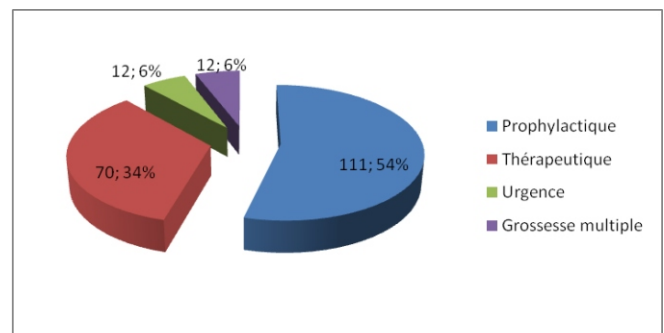


Figure I : Indications des cerclages

patientes (54,2%) ayant un antécédent de fausse couche spontanée (FCS) ou d'accouchement prématuré (AP) dans 36 cas, de 2 FCS et/ou AP dans 23 cas et de 3 FCS et/ou AP dans 52 cas. Une indication de cerclage thérapeutique a été réalisée

chez 70 patientes (34,1%) pour des modifications du col (raccourcissement et dilatation) à l'examen clinique. Enfin, 12 patientes ont bénéficié d'un cerclage en urgence pour une menace d'avortement tardif et 12 (5,9%) autres pour une grossesse multiple.

Tous les cerclages ont été réalisés selon la technique de Mac Donald, et sous anesthésie générale. Aucune complication per opératoire n'a été observée. Toutes les patientes ont reçu une antibioprophylaxie per opératoire et un traitement tocolytique. Ce traitement tocolytique faisait appel à des antispasmodiques dans tous les cas, associés à de la progestérone dans 189 cas et à des anti-inflammatoires non stéroïdiens dans 166 cas.

1. Devenir des grossesses cerclées

Le devenir des grossesses est rapporté dans le tableau 1.

Tableau 1 : Résultat obstétricaux après cerclage.

Nombre de grossesses	n	%
Nb de FCT entre 12 et 27 SA	13	6,3
Nb accouchement prématuré 28-33 SA	10	4,9
Nb accouchement prématuré 34-36 SA	13	6,3
Nb accouchement = 37 SA	182	88,8

Nb=nombre ; FCT= Fausse couche tardive ; SA= Semaine d'aménorrhée

Treize patientes ont présenté une rupture prématurée des membranes; 7 à 35 SA, 4 à 28 SA, 1 à 30 SA et 1 à 32 SA. Cent une patientes (55,5%) ont accouché par voie basse et 81 (44,5%) par césarienne. Dans 77 cas, il s'agissait de césariennes électives systématiques réalisées entre 38 et 39 SA et dans 4 cas de césariennes en urgence pour souffrance fœtale aigue. Le taux de survie fœtale global à 28 jours était de 96,6%.

I. DISCUSSION

1. Caractéristiques socio démographiques

Le profil épidémiologique des patientes de notre cohorte est celui d'une primipare d'un âge moyen supérieur à 30 ans présentant un passé obstétrical de perte de grossesses à répétition. Il s'agit du profil classiquement décrit dans la littérature [1,7,8]. Concernant le niveau d'instruction, 71,22% des patientes avaient un niveau d'étude supérieur. Ikimalo au Nigéria [9] avait rapporté un taux similaire. Selon l'auteur, les patientes instruites ont recours plus facilement aux médecins afin de

trouver des explications rationnelles et des solutions aux pertes récurrentes de grossesse qu'elles ont. Une autre explication selon nous, pourrait être liée à un biais sociologique en rapport avec le cadre d'étude. En effet notre étude a été réalisée dans 2 structures sanitaires privées de la ville d'Abidjan. Ce sont des lieux de consultation de patientes ayant généralement un niveau de vie élevé.

2. Données cliniques

Technique de cerclage

Toutes les patientes de notre étude ont été cerclées selon la technique de Mac Donald. Ce constat est aussi retrouvé dans la littérature [7,9]. Le cerclage selon Mac Donald du fait de sa simplicité d'exécution et de sa facilité d'apprentissage à la préférence de la majorité des obstétriciens [1]. Il est celui qui présente le moins de complications possibles. Cependant pour être efficace, cette technique impose de disposer d'une longueur suffisante du col. Ce qui n'est pas toujours le cas. Il est donc important pour l'obstétricien de savoir proposer d'autres techniques de cerclage en cas de mauvaises conditions anatomiques locales et/ou en cas d'antécédent d'échec de cerclage [10].

Indications du cerclage

Le cerclage prophylactique a constitué la principale indication de nos cerclages. Les recommandations sont de proposer ce type de cerclage chez les patientes à haut risque c'est-à-dire ayant au moins trois antécédents d'avortements tardifs ou d'accouchements prématurés [1,11]. Les fausses couches en elles-mêmes ne sont donc pas une raison suffisante pour indiquer un cerclage surtout si elles sont précoces et peu nombreuses [1,10,12,13]. Une répétition de fausses couches spontanées précoces doit plutôt inciter à rechercher d'autres étiologies telles que les aberrations chromosomiques, les maladies immunitaires, les troubles hématologiques [7]. Le caractère rétrospectif de notre étude, ne nous a pas permis de savoir si nos antécédents de fausses couches étaient précoces ou tardives. Certaines de nos indications de cerclage prophylactique, n'étaient pas en accords avec les recommandations des experts. Cela s'explique par le fait qu'en pratique, ces recommandations sont jugées un peu trop extrémistes par une grande partie des gynécologues pour qui, il est difficile d'attendre le troisième événement pathologique pour proposer un cerclage [13]. Le cerclage thérapeutique a constitué la 2^e indication de cerclage ; 34,1% des patientes ont été cerclées devant un col modifié au toucher vaginal (TV). Aucun de ces cerclages n'ayant été réalisé sur des critères échographiques. L'échographie du col a une meilleure pertinence diagnostic que le toucher

vaginal [11, 15,16]. De plus contrairement au TV, cette technique est extrêmement reproductible, avec une faible variation inter-observateur et intra-observateur [2]. Dans les pays européens, cet examen morphologique fait partie intégrante du bilan pré-thérapeutique des cerclages utérins. Dans le contexte africain, il est peu utilisé [9]. Seule l'étude de Karau au Kenya se démarque avec un taux d'utilisation de 34,2%[9]. Douze patientes dans notre série, ont été cerclées pour grossesse gémellaire. Il s'agissait de patientes sans antécédents obstétricaux. Aucune étude n'a à ce jour, trouvé de bénéfices à la réalisation d'un cerclage préventif en cas de grossesses multiples chez des patientes sans antécédents obstétricaux [7,14,17]. L'incidence de l'incompétence cervicale pour les grossesses multiples est la même que pour les grossesses singletons [2] ; la cause majeure de fausses couches dans les grossesses multiples étant la surdistension utérine. Pour cette raison, les indications du cerclage en cas de grossesse multiple devraient rester les mêmes qu'en ce qui concerne les grossesses uniques [1]. **Enfin nous avons réalisés** dans notre étude 12 cerclages en urgence (5,9%), ces chiffres sont conformes aux données de la littérature [7]. Il s'agit en général de cerclages peu utilisés car techniquement difficile, réalisés sur un col ouvert et raccourci et souvent une poche des eaux bombante avec un risque potentiel de rupture des membranes. Si bien qu'il n'a pas l'assentiment de la plupart des chirurgiens [7].

3. Devenir des grossesses cerclées

Dans leur étude Murali et al [7], retrouvent après cerclage, 7,6% de FCS, 18,5% d'AP et 73,9% d'accouchement à terme. Ikimalo et al [9] retrouvent quant à eux, 9,4% de FCS, 21,8% d'AP et 68,8% d'accouchement à terme avec un taux de survie fœtale de 84,4%. Les résultats obstétricaux dans notre série (88,8% d'accouchement à terme et 11,2% d'accouchement prématuré et le taux de survie néonatale observé (96,9%), apparaissent plus favorables. Les différences observées s'expliquent par le fait que dans les travaux suscités, contrairement à notre étude, les auteurs ont utilisé des critères diagnostiques plus pertinents pour dépister les patientes à haut risque d'accouchement prématuré.

CONCLUSION

Le cerclage du col utérin est un moyen permettant de lutter contre l'incompétence cervicale. Toutes les patientes ont été cerclées selon la technique de McDonald. Les principales indications ont été dominées par le cerclage prophylactique et

secondairement par le cerclage thérapeutique. Les indications de cerclage doivent être précédées d'un interrogatoire policier sur l'histoire obstétricale de la patiente, d'un bon examen clinique idéalement complété par une échographie endovaginale afin de définir les patientes à haut risque d'avortement tardif et de prématurité chez qui un cerclage du col devient nécessaire.

REFERENCES

- 1- Fuchs F, Senat MV, Gervaise A, Deffieux X, Faivre E, Frydman R, Fernandez H. Le cerclage du col utérin en 2008. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité* 2008;36 : 1074-1083.
- 2- Riethmuller D et Coll. Cerclage à chaud : indications et résultat. Mises à jour en gynécologie et obstétrique, cngof 2012.
- 3- Trastour C, Boucoiran I, Loizeau S, Delotte J, Bongain A. Indications de cerclage et techniques. *Réalités en gynécologie-obstétrique* 2010;149:1-3.
- 4- Rapport de la haute autorité de sante. Mesure de la longueur du canal cervical du col de l'utérus par échographie par voie vaginale. Intérêt dans la prévision de l'accouchement prématuré spontané. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2011; 40:375-380.
- 5- Karau PB, Mutwiri MG, Ogeng'o JA, Karau GM. Use of cervical cerclage as a treatment option for cervical incompetence: patient characteristics, presentation and management over a 9 year period in a Kenyan centre. *African Journal of Reproductive Health* 2013; 17(1): 169-173.
- 6- Ga Adebisi, Ogwuche .Elective cervical cerclage as a day procedure: Descriptive. *Clinics in Mother and Child Health* 2007 ; 4 (1): 655-658.
- 7- Murali M, Gharsa A, Fatnassi A, Binous N, Ben ZinebN. Incompétence cervicale : diagnostic et indications et devenir du cerclage. *La Tunisie médicale* 2012 ; 90 (4) : 300-305.
- 8- Perrotin F, Lansac J, Body G. Place du cerclage dans la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré .*J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2002; 31:5S66-5S73.
- 9- Ikimalo JI , Kenneth E, Izuchukwu, Inimgba N. Pregnancy Outcome after Cerclage for Cervical Incompetence at the University of Port Harcourt Teaching Hospital, Port Harcourt. *African Journal of Reproductive Health* 2012; 16 (3): 180-184.
- 10- Gesson-Paute A, Berrebi A, Parant O. Cerclage par voie abdominale pour la prise en charge des incompétences cervicales chez les femmes à haut risque. *J Gynécol Obstet Biol Reprod* 2007; 36:30-35.
- 11- Auber M, Hamou MAL, Roman H, Resch B, Verspyck E, Marpeau L.

- Cerclage cervico-isthmique par voie abdominale :
13 cas au CHU de Rouen. Gynécologie
Obstétrique & Fertilité 2012;40: 741745.
- 12- Deffieux X, De Tayrac R, Louafi N, Gervaise
A, Senat Mv, Chauveaud-Lambling A, Picone O,
Faivre E, Bonnet K, Frydman R, Fernandez H.
Transvaginal cervico-isthmie cerclage using
polypropylene tape: surgical procedure and
pregnancy outcome: Fernandez's procedure. J
Gynecol Obstet Biol Reprod 2006;35:465471.
- 13- Gervaise A, Senat M V, Audibert F, Frydman R,
Fernandez H. Cerclage cervical par
enfouissement d'une bandelette prothétique:
Technique, indications et résultats à partir d'une
série de 28 grossesses. J Gynécol Obstet Biol
Reprod 2000;29:579-587.
- 14- Berghella V, Odibo A O, Tolosa JE. Cerclage
for prevention of preterm birth in women with a
short cervix found on transvaginal ultrasound
examination: A randomized trial.
Am J Obstet Gyneacol 2004;191:1311-1317.
- 15- Chauveaud-Lambling A. Comment suivre une
grossesse cerclée? Gynécologie pratique et
obstétrique 2009 cahier 1, n°217.
- 16- Delabaere A, Velemir L, Ughetto S,
Accoceberry M, Niro J, Venditelli F, Laurichesse-
Delmas H, Jacquetin B, Lemery D, Gallot D.
Cerclage cervical en urgence au deuxième trimestre
de la grossesse : expérience clermontoise.
Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2011 ; 39 :
609-613.