

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 6 ■ N° 17 (2011)



(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 25.000 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

Grossesse et accouchement chez l'adolescente: a propos de 1240 cas colligés au CHU de Cocody

Nguessan KLP, Adjoby R, Mian B, Koffi A., Gondo D, Konan J, Loue V, Kouame A, Kramo F, Alla C, Gbary E, Kouakou F, Abauleth R, Boni S62 - 65

Aspects épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et pronostics de la grossesse extra utérine dans la ville de Ouagadougou. A propos de 141 cas.

Ouédraogo A, Ouédraogo CMR, Touré B, Zan S, Sana A, Thiéba B, Lankoande J.....66 - 72

Le pronostic maternel de l'hypertension artérielle de la parturition à la maternité du CHU de Cocody (Abidjan- Côte d'Ivoire)

Nguessan K, Mian B, Koime H, Gondo D, Koffi A, Angoi V, Effoh N, Konan J, Kouame A, Abauleth R, Boni S.....73 - 75

La plastie tubaire a la maternité de référence de Niamey: étude rétrospective. A propos de 314 cas

Garba RM, Idi N, Kaka H, Tahirou A, Guidah S, Nayama M.....76 - 79

Traumatismes fœtaux au cours de la parturition: expérience de la maternité du CHU de Cocody (abidjan-cote d'ivoire) a propos de 27 cas.

Kouakou F, N'guessan K, Loue V, Adjoby R, Gondo D, Kouame A, Koime H, Gbary E, Alla H.....80 - 86

Tumeur trophoblastique du site d'implantation : à propos d'un cas et revue de la littérature

Leno DWA, Sy T, Camara MK, Kaba T, Diallo FD, Keita N.....87 - 91

Issue de la grossesse dans un utérus cicatriciel a la clinique universitaire de gynécologie obstétrique de Cotonou

Adisso S, Da-Gbadji Gnansounou F, Houedjissin S, De Souza J, Takpara I, Alihonou E.....92 - 97

Mortalité maternelle : aspects épidémiologiques et étiologiques a la clinique de gynécologie-obstétrique Ignace Deen du CHU de Conakry.

Diallo FB, Balde IS, Diallo Y, Sy T , Diallo A, Diallo MC, Soumaoro SA, Diallo MS, Perrin RX.98 - 102

Issue de l'accouchement dans un utérus cicatriciel a Cotonou

Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguemon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 109

Anémie et grossesse au service de gynécologie obstétrique du CHU Pointe à Pitre Abymes (CHUPPA)

Diallo Y, Kadhel P, Sy T, Lantonkpode JC, Gaunefet C, Janky E.....110 - 114

CAS CLINIQUE

(CASE REPORT)

Migration transutérine d'un dispositif intra-utérin au niveau du ligament large.

F Kouakou, R Adjoby, V Loue, Mian B, D Gondo, A Kouame, K. N'guessan, J Konan, B H Koime, F Kramo, E Gbary, H Alla.....115 - 118

Migration intra-appendiculaire d'un dispositif intra-uterin a propos d'un cas

Toure A, Sy T, Soumaoro LT, Leno DWA, Soumah AFM, Camara ND.....119 - 121

**ISSUE DE LA GROSSESSE DANS UN UTERUS CICATRICIEL
A LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE COTONOU**

*OUTCOME OF PREGNANCY IN A CICATRICIAL UTERUS AT THE
CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE OF COTONOU*

ADISSO S, da-GBADJI GNANSOUNOU F, HOUEJISSIN S, de SOUZA J, TAKPARA I, ALIHONOU E
Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique, CNHU « HKM », 01BP1822, Cotonou (Bénin)

Correspondances : Sosthène ADISSO, Faculté des Sciences de la Santé, 03 BP 2855-Cotonou
Email : sosadiss@yahoo.fr

RESUME

Le développement d'une grossesse dans un utérus porteur d'une cicatrice, quel qu'en soit l'origine, en fait une grossesse à haut risque avec pour complication la plus redoutée, la rupture utérine. La présente étude vise à déterminer la fréquence des grossesses dans un utérus cicatriciel, d'apprécier le suivi de la grossesse actuelle ainsi que son issue.

Il s'agit d'une étude rétrospective qui s'est déroulée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006, à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) de Cotonou. La fréquence des grossesses dans un utérus cicatriciel est de 9,1%. Dans 96,1% des cas, la cicatrice utérine était due à une césarienne et dans 3,9%, elle était due à d'autres causes (myomectomie, perforation ou rupture utérine). Dans cette étude, la grossesse s'est terminée par un avortement (1,8%), un accouchement prématuré (12,7%), un accouchement à terme (81,1%) et un dépassement de terme (4,4%). Un accouchement sur cinq a été effectué par voie basse et quatre sur cinq par césarienne dont 10,3% décidées après échec d'épreuve utérine. Le pronostic est grevé par 3,9% d'hémorragie du post-partum, 1,3% de rupture utérine, 1,3% d'hystérectomie, 1,8% de suppurations pariétales et d'endométrites et 0,4% de lésion vésicale. La stérilisation tubaire a été réalisée dans 4,8% des cas. Aucun décès maternel n'a été enregistré dans notre échantillon. Le pronostic fœtal est caractérisé par une morbidité néonatale de 5,2% dont 1,4% de malformations et 4,1% de traumatismes obstétricaux. La mortalité fœtale est de 4,8%.

Dans notre série la césarienne itérative a représenté le principal type d'accouchement. Toutefois l'accouchement par voie basse dans un utérus cicatriciel est une réalité prouvée dans la littérature qu'il faudrait de plus en plus préférer.

Mots-clés : grossesse, utérus cicatriciel, issue

SUMMARY

The development of a pregnancy in a scarring uterus, whatever its origin, may cause a high level risk with feared complication that is a uterine rupture. This present study aims at determining the frequency of pregnancies in a cicatricial uterus, to appreciate the following of a current pregnancy and his end.

This is about the retrospective study that has been carried out from January, the 1st to December, the 31st, 2006 at Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) of Cotonou. The frequency of pregnancies in a cicatricial uterus represents 9.1%. In 96.1% of cases, the uterine scar was due to a caesarean; in 3.9%, to other causes like myomectomy, perforation or uterine rupture. In that study, the pregnancy is ended by an abortion (1.8%), a premature delivery (12.7%), a full-term delivery (81.1%) and an overdue delivery (4.4%). One of five deliveries has been by vagina (20.1%) and four by caesarean (79.9%) with 10.3% carried out after a failure of a uterine test. The prognosis is done with 3.9% of the post-partum haemorrhage, 1.3% of uterine rupture, 1.3% of hysterectomy, 1.8% of parietal suppuration and endometritis, and 0.4% by bladder injury. The tubal sterilization has been carried out in 4.8% of cases. No maternal death has been recorded during the period of study. The fetal prognosis is characterised by neonatal morbidity of 5.2% with 1.4% of malformation and 4.1% of obstetrical trauma. The fetal mortality is of 4.8%.

In that survey, the iterative caesarean represented the main type of delivery. However, the delivery by vagina in a cicatricial uterus is a reality that had been proved in the literature that one need to prefer.

Key-words: pregnancy, cicatricial uterus, outcome

INTRODUCTION

Au Bénin, comme dans les pays en voie de développement, la mortalité maternelle reste toujours élevée, soit 397 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2006 [1]. Les décès maternels surviennent le plus souvent au cours des urgences obstétricales dont la plupart se rencontrent pendant l'accouchement. Différents programmes ont été mis en œuvre dans le but de lutter contre cette mortalité maternelle au Bénin notamment la consultation prénatale recentrée et l'accouchement propre et sûr qui exige l'utilisation du partographe.

Ainsi, toutes les situations pathologiques peuvent être dépistées lors de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, nécessitant l'administration des Soins Obstétricaux d'Urgence (S.O.U). Parmi les S.O.U, la césarienne, intervention obstétricale majeure est de pratique courante : 17,5% des accouchements [2]. Toute femme ayant bénéficié de cette intervention porte désormais un utérus cicatriciel, grand pourvoyeur de rupture utérine. La présence d'un utérus cicatriciel requiert donc pour les grossesses suivantes, une attention particulière au cours du suivi prénatal et du travail d'accouchement. Il nous paraît opportun de déterminer la fréquence des grossesses dans un utérus cicatriciel, le suivi de la grossesse actuelle ainsi que son issue.

MATERIELE ET METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective, effectuée à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire « Hubert KoutouKou Maga » (CNHU-« HKM ») de Cotonou. Nous avons recensé, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2006, les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, qui ont suivi leur grossesse entièrement dans le service ou suite à une référence et qui y ont accouché. Ont été exclues de notre étude les patientes qui ont accouché par voie basse entre les césariennes. Les données ont été collectées à partir des registres de consultation, d'accouchement, de protocole opératoire ainsi que des dossiers des patientes. La collecte des données a été effectuée à l'aide d'un questionnaire préétabli. Les variables étudiées ont été la fréquence des utérus cicatriciels, les caractéristiques des patientes (âge, gestité, parité), causes et nombre des cicatrices antérieures, indications des césariennes antérieures et espace intergénésiq (période séparant la grossesse actuelle de la dernière hystérotomie), suivi et issue de la grossesse actuelle. Les données ont été saisies,

contrôlées et analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Science) 11 de Windows.

RESULTATS

2.1. Fréquence des utérus cicatriciels

Nous avons recensé 228 gestantes porteuses d'un utérus cicatriciel qui ont accouché à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) de Cotonou, entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2006. La fréquence des utérus cicatriciels est de 228 sur 2507 grossesses suivies dans la même période, soit 9,1% des cas.

Tableau I : Répartition des patientes selon le nombre de césarienne antérieure

Césarienne antérieure	Patiente (n=219)	%
1	170	77,6
2	36	16,4
3	11	5,0
4	2	1,0

2.2. Suivi de la grossesse actuelle

2.2.1. Caractéristiques des patientes

L'âge moyen de ces patientes est de 30,5 ans, la plus jeune ayant 19 ans, la plus âgée ayant 44 ans. La gestité moyenne est de 3,4 avec des extrêmes allant de 1 à 10 alors que la parité moyenne est de 1,9 avec des extrêmes allant de 0 à 8.

2.2.2. Origine de la cicatrice utérine antérieure

Causes et nombre de cicatrices utérines antérieures

La cicatrice utérine est due à une césarienne dans 219 cas soit 96,1%, une myomectomie dans 6 cas (2,6%), une rupture utérine dans 1 cas (0,4%) et une perforation utérine dans 2 cas (0,9%). Dans le tableau I est présentée la répartition des patientes selon le nombre de cicatrices de césariennes.

Indications des césariennes antérieures et espace intergénésiq

Dans le tableau II est présentée la prévalence des indications des césariennes antérieures. Dans notre série 137 sur 228 femmes, soit 60,1% ont conçu au-delà de 2 ans après la dernière cicatrice utérine.

2.3. Consultation prénatale et complications

Dans notre série 189 sur 228 des gestantes, soit 82,9% ont bénéficié des consultations prénatales dans le service dont 38,2% dès le premier trimestre de la grossesse. Par contre 39 patientes (17,1%) ont été référées dont 38 au troisième trimestre.

L'évolution a été normale chez 123 patientes (65,1%). Les complications majeures observées ont été la pré-éclampsie et la menace d'accouchement prématuré.

2.4. Issue de la grossesse

Dans notre série, nous avons recensé selon le terme, 185 accouchements à terme, 29 accouchements prématurés, 10 cas de dépassement de terme et 4 cas d'avortements.

Tableau II : Prévalence des indications des césariennes antérieures

Maternelles	Anomalie du bassin	Bassin rétréci	14	6,4
		Bassin asymétrique	1	0,5
		Traumatisme du bassin	1	0,5
	Dystocie Dynamique	Dystocie cervicale	9	4
		Dilatation stationnaire	4	1,8
		Prééclampsie sévère	8	3,7
		Infection à VIH	1	0,5
	Maladies Maternelles	Drépanocytose SC	9	4
		Drépanocytose SS	1	0,5
		Epilepsie	1	0,5
	Diabète insulino-dépendant	1	0,5	
	Myome prævia		1	0,5
	Syndrome de prérupture		6	2,7
	Antécédent de myomectomie		1	0,5
Ovulaires	Présentation vicieuse		22	10
	Macrosomie fœtale		5	2,3
	Souffrance fœtale		66	30,1
	Placenta prævia recouvrant		3	1,4
	Procidence du cordon		4	1,8
	Oligoamnios sévère		2	0,9
	Infection ovulaire		2	0,9
Autres	Prophylactique		5	2,3
	Dépassement de terme+échec de déclenchement		2	0,9
	Systématique		50	22,8
Total			219	100

2.4.1. Mode d'accouchement

Accouchement par voie basse

En dehors des cas d'avortement, une épreuve utérine a été réalisée chez 68 parturientes sur les 224 (30,4%). Pour les 68 parturientes de la série, le travail a été spontané chez 58 patientes et provoqué dans 10 cas, ceci par décollement du pôle inférieur

de l'œuf. La sonde de Foley et la tige laminaire ont été utilisées dans des circonstances de mort in utero. Dans 45 cas sur les 68 (20,1%), l'accouchement s'est terminé par voie basse. Une extraction instrumentale a été réalisée dans 3 cas (1 par forceps et 2 par spatules de Thierry) et une épisiotomie chez 8 patientes. Nous avons recensé 23 cas d'échec de

l'épreuve utérine.

Accouchement par opération césarienne itérative
La césarienne a été secondaire dans 23 cas après échec de l'épreuve utérine et systématique dans 156

cas. La césarienne itérative a porté sur un utérus unicatriciel dans 127 cas (70,9%). La répartition des indications de ces césariennes itératives est présentée dans le tableau III.

Indications		Césarienne Systématique	Césarienne après échec épreuve utérine	Total	%
Maternelles	BGR	13	-	13	7,2
	BTR	10	-	10	5,6
	Dilatations stationnaire	-	2	-	1,1
	Prééclampsie sévère	7	-	7	3,9
	HIV positif	1	-	1	0,6
	Drépanocytose SC, SC	7	-	7	3,9
	Epilepsie	1	-	1	0,6
	Diabète insulino-dépendant	1	-	1	0,6
	Myome prævia	1	-	1	0,6
	Syndrome de prérupture	2	2	4	2,2
	Rupture utérine	1	-	1	0,6
Ovulaires	Macrosomie fœtale	2	-	2	1,1
	Présentation de siège	8	-	8	4,4
	Présentation transversale	3	-	3	1,7
	Souffrance fœtale	16	18	34	19
	PP recouvrant	1	-	1	0,6
	Oligo-amnios sévère	3	-	3	1,7
	Infection ovulaire	4	1	5	2,7
	RPM	6	-	6	3,4
	HRP+ fœtus vivant	1	-	1	0,6
	Prophylactique	58	-	58	32,4
Autres	Dépassement de terme	6	-	6	3,3
	Espace intergénéral court	4	-	4	2,2
	TOTAL	156	23	179	100

(BGR : bassin généralement rétréci, BTR : bassin transversalement rétréci, RPM : rupture prématurée des membranes, HRP : hématome rétroplacentaire)

2.4.2. Pronostic périnatal et maternel

Pronostic périnatal

Parmi les 237 nouveau-nés enregistrés, 24 soit 10,4% ont un poids inférieur à 2000 g, en rapport avec une prématurité ou un retard de croissance intra-utérin. Deux nouveau-nés par césarienne étaient des macrosomes (> 4000 g). Nous avons recensé 12 cas de morbidité néonatale sur les 237 nouveau-nés soit 5,2%. Cette morbidité comporte des malformations (hydrocéphalie, doigts surnuméraires) et des traumatismes obstétricaux

(fracture du fémur, bosse séro-sanguine). La grossesse s'est terminée par un avortement précoce dans 4 cas et une mort périnatale dans 7 cas dont 4 mort-nés frais, 2 mort-nés macérés, 1 nouveau-né réanimé en vain. Nous avons recensé 230 naissances vivantes sur un total de 237 soit 97%. L'Apgar à la 1^{ère} minute a été supérieur à 7 dans 18,2% des cas pour les accouchements par voie basse et dans 68,2% des césariennes. A 5 minutes, l'Apgar a été supérieur à 7 pour 19,5% des voies basses et 76% des césariennes.

Tableau IV: Taux d'essai et de succès de l'accouchement par voie basse

PAYS	AUTEURS	Taux d'essai %	Taux de succès %
USA	HIBBARD J.U. [5]	75,4	68,6
JAPON	OBARA H. [6]	69	61,7
FRANCE	COSSON M. [4]	59	85
TUNISIE	BEN AISSA N. [7]	55,5	85
DAKAR	CISSE C.T. [8]	46,8	66,2
BENIN	Notre série	30,4	66,2

Pronostic maternel

Nous n'avons noté aucun décès maternel, mais le pronostic maternel a été grevé par 9 cas d'hémorragie du post-partum soit 3,9%, 3 cas de rupture utérine (dont une en cours de grossesse sur utérus bicicatriciel) ayant nécessité une hystérectomie d'hémostase dans 2 cas. Des suppurations pariétales et endométrites ont été notées dans 4 des cas et un tableau occlusif avec uro-péritoine par plaie vésicale au deuxième jour postopératoire.

Une stérilisation tubaire a été réalisée chez 10 patientes dont 2 cas d'utérus quadricicatriciel et 8 cas d'utérus tricicatriciel.

DISCUSSION

En 2006 à la CUGO, 1 accouchement sur 10 est réalisé dans un utérus cicatriciel. Ce résultat se rapproche de ceux obtenus au Niger par Hamet Tidjani en 2001 [3] et Cosson. [4] en France en 1995.

Le taux d'essai d'accouchement par voie basse dans notre série est très faible par rapport à d'autres séries comme le montre le tableau IV.

Les utérus unicicatriciels ont été les seuls sélectionnés pour une épreuve utérine, par crainte d'une rupture utérine. Toutefois la voie basse a été admise pour des utérus bicicatriciels dans des contextes de mort in utero. Le risque a été pris dans ces cas, pour limiter le nombre de cicatrices et préserver l'utérus pour les grossesses ultérieures. La Société de Gynécologie et d'Obstétrique Canadienne (SGOC) [9] a recommandé que toute femme ayant un seul antécédent de césarienne avec une incision segmentaire et en absence d'autre contre-indication puisse bénéficier d'une épreuve utérine. En France, les études ont montré que 7 femmes sur 10 ayant une seule cicatrice utérine ont bénéficié d'une épreuve utérine et la plupart d'entre elles réussissent à accoucher par voie basse [10].

Mc Mahon [11] est du même avis pour les essais de voie basse sur utérus unicicatriciel et montre dans une étude en 1997 que le taux de morbidité en cas d'épreuve utérine est semblable à celui des césariennes itératives.

Le taux d'extraction instrumentale dans notre étude est élevé par rapport à celui retrouvé par Hamet Tidjani [3]. Autrefois, on recommandait, en vue de réduire le risque de rupture en phase expulsive dans utérus cicatriciel, de recourir systématiquement à la ventouse ou au forceps mais certains auteurs ont la crainte des dégâts fœtaux et maternels que ces instruments peuvent causer [3]. Parmi les facteurs pouvant influencer le mode d'accouchement, nous n'avons retenu que le nombre de cicatrices antérieures. En effet, parmi les patientes porteuses d'un utérus bi-cicatriciel, seules 3 ont accouché par voie basse à la suite de mort in utero. Nous limitons la tentative d'accouchement par voie basse à une césarienne antérieure comme d'autres auteurs [4, 12]. D'autres élargissent leurs indications aux utérus bicicatriciels [12, 13]. Blanc [13] rapporte 60% de réussite dans une série de 71 épreuves utérines dans un utérus bicicatriciel. Ni l'âge de la patiente, ni sa parité, n'a influencé le mode d'accouchement dans notre série. Ces résultats sont en accord avec certains travaux [3].

Nous avons enregistré 3 ruptures utérines. Ce constat est proche de celui de Jamel [14], supérieur à celui obtenu par El Mansouri [15] et 4 fois inférieur à celui de Hamet Tidjani [3]. Les utérus cicatriciels exposent au risque de rupture utérine, principalement au cours du travail d'accouchement. Adisso et al. [16] ont retrouvé 40,9% d'utérus cicatriciel sur 100 ruptures utérines. Qi Li et al. [17] sont du même avis avec 52 utérus cicatriciel sur 100 ruptures utérines.

Aucun décès maternel n'a été déploré contrairement à Hamet Tidjani [3] a eu un taux de létalité de 0,3%.

CONCLUSION

La pratique de la césarienne systématique dans notre série semble très fréquente. Quand bien même il ya une diminution de taux de rupture, de la létalité maternelle et périnatale, la voie basse est cependant possible dans les indications antérieures non permanentes. Toutefois, une attention particulière de la part des médecins de garde et des sages-femmes de la salle d'accouchement mérite d'être accordée au suivi des apprenants qui pratiquent la plupart des césariennes dans le service.

REFERENCES

1. Barrere B., Nouatin B.m., Sossa FP. Mortalité adulte et mortalité maternelle. In : EDSB-III Bénin 2006. Cotonou INSAE. éd. 2007: 211 218
2. FRydman R., Carbonne B., D'ercole C. et al. : Césarienne : conséquences et indications. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2000, vol. 29, 2, 9 108
3. Hamet Tidjani A., Gallais A., Garba M. : L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : à propos de 590 cas. Médecine d'Afrique Noire, 2001, vol. 48, 2, 64 66
4. Cosson M., Dufour P, Nayama M et al. : Pronostic obstétrical des utérus cicatriciels : à propos de 641cas. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1995, vol. 24,4, 434 439
5. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y et al : Failed vaginal birth after cesarean section: how risky is it? Am J Obstet Gynecol, 2001, vol. 184, 7, 1365 1373
6. Obara H, Minakami H, Koike T et al. Vaginal birth after cesarean delivery: results in 310 pregnancies. J Obstet Gynaecol Res, 1998, vol. 24, 2, 129 134
7. Ben Aissa N, Sadfi A, Gara F. Avantages et risques de la tentative de la voie basse sur utérus cicatriciel. Tunisie médicale, 2003, vol. 81,8, 563 566
8. Cisse Ct, Ewagnignon E., Terolbe I et al. : Accouchement sur utérus cicatriciel à l'Hôpital Universitaire de Dakar. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1999, vol. 28, 6, 556 562
9. Martel MJ, Mackinnon CJ : Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne. J Obstet Gynaecol Can, 2005, vol. 27, 2, 175 188
10. Chauvin A : Utérus cicatriciel. JTA Sages-femmes, 1997, chapitre 16.
11. Mc Mahon MJ, Luther ER, Bowes W et al.: Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med, 1997, vol. 27, 9, 658 659
12. Magnin G., Lansac J, Body G et al. L'accouchement sur utérus cicatriciel. In: Pratique de l'accouchement. Paris. Masson. 3^{ème} éd. 2001 : 211 219
13. Blanc B : Accouchement par voie basse et utérus bi-cicatriciel. 2^{èmes} Journées d'Obstétrique du Collège de Gynécologie de Bordeaux et du Sud-ouest. 1995.
14. Jamel K, Benbrahim Y, Kais C et al. Les indicateurs de succès de l'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel: proposition d'un score prédictif. Tunisie Médicale, 2006, vol. 84, 1, 16 20
15. El Mansouri A : Accouchements sur utérus cicatriciel: à propos de 150 cas. Rev Fr Gynecol Obstet, 1994, vol. 89, 12, 606 612
16. Adisso S., Takpara I., Komongui D.G. et al. : Aspects actuels des ruptures utérines. RAMUR, 2000, vol. 5, 2, 52 63
17. Qili Y, Chen Y, Dolo A. La rupture utérine à l'hôpital régional de Sikasso à propos de 126 cas. Médecine d'Afrique Noire, 2000, vol. 47, 2, 111 113