

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, Aguémon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 108

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.....109 - 112

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Adolescent pregnancy and labor: about 1240 cases collected at chu of 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

Epidemiologic, clinical, therapeutic aspects and forecasts of the extra-uterine pregnancy in the town of Ouagadougou

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

Sociodemographics characteristics knowledges and attitudes of women under contraception and a clinic model of the guinean association for the well-being of family (AGBEF), Conakry

Diallo FB, Diallo A, Baldé IS, Soumah AFM, Diallo MC, Ouldbey MM.....69 - 73

Tubal plasty at reference maternity of Niamey: retrospective study. About 314 cases

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

Neonatal traumas in parturition. Experience of the maternity of the university hospital of cocody (abidjan, ivory coast).

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

Placental site trophoblastic tumor: a case report and review of the literature.

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

Outcome of pregnancy in a cicatricial uterus at the Clinique universitaire de gynecologie obstetrique of cotonou

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

Maternal mortality: epidemiological and etiologial aspects at the ignace Deen clinic of gynecology and obstetrics, Conakry university hospital.

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

Exit of the childbirth in a cicatricial uterus at Cotonou

Dénakpo JL, Bagnan Tonato J, Aguèmon C, Tognifodé V, Amadji B, Perrin RX.....103 - 108

CASE REPORT

Migration of intrauterine devices into the broad ligament.

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.....109 - 112

ISSUE DE L'ACCOUCHEMENT DANS UN UTERUS CICATRICIEL A COTONOU

EXIT OF THE CHILDBIRTH IN A CICATRICAL UTERUS AT COTONOU

DÉNAKPO JL(1), BAGNAN TONATO J(1), AGUÈMON C(2), TOGNIFODÉ V(1), AMADJI B.(1), PERRIN R-X(1)

1-Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) 01 BP 107 Cotonou Bénin
2-Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et
Universitaire de Cotonou (CNHU)
Auteur principal : Dr DENAKPO Justin Lewis

Gynécologue obstétricien à l'HOMEL de Cotonou, Maître Assistant de gynécologie obstétrique à la FSS de Cotonou 01 BP 107 Cotonou BENIN Assistant chef de clinique associé à la Faculté de Médecine de Tours et dans le Service de Gynécologie Obstétrique du Prof Gilles BODYCHU Bretonneau Tours France /
Tél : Bénin : + 229 95 45 67 19 - France : + 33 6 23 64 95 51 - Email : justindenakpo@hotmail.com

RESUME

Introduction : La fréquence de la césarienne est en augmentation dans le monde. L'utérus cicatriciel au Bénin comme ailleurs pose le problème de la voie d'accouchement au cours des grossesses ultérieures.

Objectifs : déterminer le mode d'accouchement dans les utérus uni cicatriciels et évaluer le pronostic materno fœtal.

Cadre, patientes et méthode : Etude rétrospective, descriptive et analytique qui a été réalisée à l'HOMEL de Cotonou. Elle couvre une période de 12 mois, du 1^{er} Janvier 2009 au 31 Décembre 2009. Toutes les parturientes qui présentent un utérus uni cicatriciel font partie de l'étude. L'échantillonnage est de type exhaustif.

Résultats : La fréquence de l'accouchement dans un utérus uni cicatriciel est de 7,88% à l'HOMEL de Cotonou. L'âge moyen des patientes est de 28,95 ans. L'intervalle inter génésique est supérieur ou égal à 2 ans dans 89,32% des cas. La qualité de la cicatrice a été évaluée dans 10,68% des cas. La césarienne itérative systématique a été faite dans 54,90% des cas. L'épreuve utérine était réalisée chez 45,10% des patientes. Son taux de succès est de 76,97%. Les taux de morbidité et de mortalité périnatales sont respectivement de 7,62% et 3,52%. Le taux de complications maternelles est de 3,52%. Les deux décès maternels sont dus à des causes indirectes. Conclusion : L'élargissement des indications de l'épreuve utérine basé sur des critères rigoureux peut contribuer à réduire la fréquence élevée de la césarienne sans aggraver le pronostic materno fœtal

MOTS CLES : utérus uni cicatriciel, accouchement, pronostic

SUMMARY

Introduction: The frequency of the Caesarean is increasing in the world. Benin doesn't escape this situation. The cicatricial uterus in Benin as puts the problem of the childbirth way elsewhere during the ulterior pregnancies.

Objectives: to determine the mode of childbirth in the uteruses united cicatricial and to value the prognosis materno fœtal.

Setting, patient and method: It is a retrospective, descriptive and analytic survey that has been achieved to the HOMEL of Cotonou. She/it covers a period of 12 active months of January 1st, 2009 to December 31, 2009. All parturientes that presents a cicatricial united uterus is part of the survey. The sampling is of exhaustive type.

Results: The frequency of the childbirth in a cicatricial united uterus is from 7,88% to the HOMEL of Cotonou. The middle age of the patients is of 28,95 years. The interval inter genesic is superior or equal than 2 years in 89,32% of the cases. The quality of the scar has been valued in 10,68% of the cases. The systematic iterative Caesarean has been made in 54,90% of the cases. The uterine test was achieved at 45,10% of the patients. His/her/its rate of success is of 76,97%. The perinatal rates of morbidity and mortality are respectively of 7,62% and 3,52%. The rate of maternal complications is of 3,52%. The two maternal deaths are due to indirect reasons.

Conclusion: The widening of the indications of the uterine test based on rigorous criterias can contribute to reduce the frequency raised of the Caesarean without aggravating the prognosis materno fœtal.

KEYWORDS: cicatricial united uterus, childbirth, prognosis

INTRODUCTION

La césarienne est un mode d'accouchement dont la fréquence est en augmentation dans le monde. Aux Etats-Unis, le CDC comptait, en 1991, près de 24% d'accouchement par césarienne [1], 31,8% en 2007 [2]. Au Bénin, le taux moyen de césarienne était de 4,8% en 2006. Cette fréquence est très élevée dans les deux maternités de référence du pays, la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO) et l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou, 35,9% en 2006. Un utérus cicatriciel au Bénin et ailleurs, pose le problème de la voie d'accouchement au cours des grossesses ultérieures. Aussi, la césarienne prophylactique, itérative et systématique, laisse de plus en plus place à l'épreuve utérine dont les indications se sont élargies. Dans un pays sous développé comme le Bénin le manque d'infrastructures et la faiblesse du plateau technique rendent périlleux l'accouchement par voie basse dans un utérus cicatriciel. Nous rapportons dans cette étude le pronostic de l'épreuve utérine dans un pays sous développé comme le Bénin.

OBJECTIFS

Calculer la fréquence des accouchements dans un utérus cicatriciel à l'HOMEL

Déterminer le mode d'accouchement dans les utérus uni cicatriciels et évaluer le pronostic materno-fœtal

CADRE, PATIENTES ET METHODE

L'étude a été réalisée à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou. C'est une étude rétrospective, descriptive et analytique. Elle couvre une période de douze (12) mois, du 1^{er} Janvier 2009 au 31 Décembre 2009. La population d'étude est constituée de toutes les femmes admises à l'HOMEL pour travail d'accouchement durant la période d'étude. Toutes les parturientes qui présentaient un utérus cicatriciel après une première césarienne antérieure font partie de l'étude. Les utérus pluri cicatriciels après césarienne, les cicatrices résultant des myomectomies et les dossiers incomplets sont exclus de l'étude. L'échantillonnage est de type exhaustif. Les données ont été collectées à partir des registres d'entrées, registres d'accouchements, dossiers des patientes et des registres de protocoles opératoires. Ces données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de dépouillement qui a été testée et corrigée. Les variables suivantes ont été étudiées l'âge, la gestité, la parité, l'indication de la

césarienne antérieure, le type d'incision, les suites opératoires, l'intervalle inter génésique, le déroulement de la grossesse actuelle, le terme de la grossesse, l'évaluation de la cicatrice, la biométrie fœtale, le mode d'accouchement, la césarienne itérative systématique, l'épreuve utérine avec ou sans perfusion d'ocytocine, l'état du nouveau-né à la naissance, les complications maternelles. Les données ont été traitées dans le logiciel EPI-INFO.

RESULTATS

Du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2009 il a été enregistré 4272 accouchements dont 1217 par césarienne soit un taux de césarienne de 28,48% en 2009 à l'HOMEL. Le nombre d'accouchement dans un utérus uni cicatriciels pendant la période d'étude est de 337 cas. La fréquence des accouchements dans un utérus cicatriciel à l'HOMEL est 7,88%. L'âge des patientes variait de 19 ans à 43 ans avec une moyenne de 28,95 ans. Les patientes âgées de moins de 30 sont les plus nombreuses 195 / 337 soit 57,86%. Elles étaient souvent des paucigestes 221/337 soit 65,58% des cas. La gestité moyenne est de 3,12 avec des extrêmes de 2 et 10. Sur les 337 patientes, 188 sont des primipares 55,79% des cas et 118 sont des paucipares soit 35,01%. La parité moyenne est de 1,85 avec des extrêmes de 1 et 6.

Les indications de la première césarienne Sur les 337 dossiers dépouillés les indications des césariennes antérieures ont été précisées chez 185 patientes soit 54,90%. Les principales indications relevées sont la souffrance fœtale aiguë 61/185 soit 32,97%, les syndromes vasculo-rénaux 26/185 14,05%, la macrosomie 14/185, les bassins rétrécis 18/185, la dystocie dynamique 10/185, les présentations irrégulières et le placenta prævia dans les mêmes proportions 10/185. D'autres indications ont été notées dans des proportions moindres.

Le type d'hystérotomie et les suites opératoires n'étaient pas précisés dans les dossiers des patientes. L'intervalle inter génésique : Chez 301 patientes l'intervalle inter génésique supérieur à deux ans soit 89,32%.

Tableau I : Répartition des nouveau-nés en fonction du score d'Apgar à la première minute

	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Apgar = 7	305	92.14
4 = Apgar < 7	21	6.34
Apgar < 4	5	1.51
Total	331	100

Déroulement de la grossesse actuelle. Le déroulement de la grossesse est pathologique dans 54 cas. Les principales pathologies recensées sont les syndromes vasculo-rénaux 24/54 et la menace d'accouchement prématurée 12/54. L'évaluation de la cicatrice antérieure : elle n'a été faite que chez 36 patientes sur 337. Dans 29 cas sur 36 la cicatrice est jugée de bonne qualité. Dans tous les cas il s'agissait d'une évaluation clinique. La biométrie fœtale : l'échographie obstétricale a été réalisée chez 217 patientes sur 337 soit 67,39% des cas. Il n'a pas été noté d'anomalie des mesures fœtales

L'accouchement : Le choix du mode d'accouchement à l'entée : la césarienne itérative N 1 systématique a été réalisée dans 185 cas soit 54,90%. L'épreuve utérine était indiquée chez 152 patientes 45,10% des cas. Parmi ces parturientes le travail a été dirigé par la perfusion d'ocytocine dans 41 cas et par la perfusion de calcium dans 55 cas. L'issue de l'épreuve utérine était la suite 117 patientes sur 152 ont accouché par voie basse soit 76,97% dont 14 cas d'extraction instrumentale : 9,21%. 87 patientes ont bénéficié d'une révision utérine systématique 74,36%. Elle n'a objectivé aucune déhiscence de la cicatrice ou rupture utérine. L'épreuve utérine a échoué conduisant à la césarienne dans 35 cas soit 23,02%.

Les indications de césarienne itérative systématique

Les indications de césarienne itérative systématique sont dominées par les causes mécaniques. Sur les 184 patientes 62 ont été opérées pour bassins rétrécis soit 33,70%. La souffrance fœtale aigüe, la pré éclampsie dans les mêmes proportions 15 cas, la rupture prématurée des membranes 12 cas, la césarienne prophylactique 10 cas. Parmi les autres indications 2 cas de rupture utérine, 7 déhiscences de la cicatrice, 2 cas de syndrome de pré rupture et 4 cas d'intervalle inter gènesique court.

Les indications de césarienne pour échec de l'épreuve utérine

La souffrance fœtale aigüe 15 /35, la dystocie dynamique 10/35, le syndrome de pré rupture 6/35 étaient les principales causes d'échec de l'épreuve utérine dans cette étude. Les autres causes sont représentées par le défaut d'engagement 2/35 et les présentations irrégulières 2/35.

Le type d'anesthésie : 220 patientes ont été opérées dont un cas de laparotomie pour rupture utérine sur utérus cicatriciel diagnostiqué à l'entrée. 199 patientes sur 220 soit 90,45% ont été opérées sous rachi anesthésie.

Pronostic du nouveau né

Etat du nouveau-né à la naissance : il est résumé dans le tableau I

341 enfants étaient nés dont 331 nouveau-nés vivants. Le score d'Apgar était supérieur ou égal à 7 à la 1^{ère} minute pour 305 nouveau-nés sur 331 soit 92,14% , à la 5^{ème} minute pour 326 nouveau-nés 98,48%. 26 nouveaux nés ayant un score d'Apgar compris entre 1 et 6 ont été réanimés. Tous les enfants réanimés sont nés par césarienne après échec de l'épreuve utérine. Deux nouveau-nés sont décédés en période néonatale précoce et 10 enfants sont morts nés. La mortalité périnatale est de 3,52%. Parmi les 6 mort nés frais 3 sont nés par voie basse avec BDC négatif à l'entrée, 1 après laparotomie pour rupture utérine. Un nouveau né est mort né frais après épreuve utérine. Tous les morts macérés ont été expulsés par voie basse.

Les complications maternelles : elles figurent dans le tableau II

Tableau 2 : Répartition des patientes en fonction des complications

	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Rupture utérine	1	7.69
Hémorragie de la délivrance	10	76.92
Infection du post-partum	2	15.38
Décès	2	15.38

La morbidité maternelle est dominée par les hémorragies de la délivrance 10 cas. Les deux décès maternels sont imputables à ces hémorragies. Aucun décès maternel n'est lié à l'épreuve utérine. Le seul cas de rupture utérine de l'étude a été diagnostiqué à l'admission et n'est donc pas le fait de l'épreuve utérine. Le taux de décès maternel était de 0,59%.

DISCUSSION

Fréquence des accouchements dans un utérus cicatriciel à l'HOMEL

Le taux global de césarienne à l'HOMEL pendant la période d'étude était de 28,48% et celui de la césarienne sur utérus uni cicatriciel estimé à 7,88%. Au Maghreb, dans une structure de référence de Casablanca au Maroc, en 1998, ABOULFALAH et collaborateurs [3] ont noté une prévalence à la hausse de 6,7%. A la maternité du CHU de Dakar ce taux était de 7,5% en 2004 [4]. Dans les pays à niveau de développement sanitaire élevé, la

fréquence des utérus cicatriciels a atteint 9,2% dans la série australienne d'APPLETON en 2000 [5]. Ainsi, la prévalence des utérus cicatriciels varie d'une structure de référence à l'autre. Le fort taux observé à l'HOMEL est lié au fait que cet hôpital est une maternité de référence au sommet de la pyramide sanitaire et prend en charge beaucoup de cas d'accouchements à risque y compris les cas référés des maternités de niveaux 1 et 2. Néanmoins, dans les pays nantis, elle est à la baisse, et témoigne du changement des attitudes obstétricales. La césarienne prophylactique systématique laisse de plus en plus de place à l'épreuve utérine. Les méthodes électroniques de surveillance du travail ont "sécurisé" l'accouchement et permis l'élargissement des indications d'accouchement sur utérus cicatriciel. A l'inverse, la prévalence est croissante dans les pays à faible niveau de développement sanitaire. En effet, les conditions optimales de surveillance du travail n'étant pas réunies, la césarienne prophylactique est parfois plus indiquée qu'une épreuve utérine à l'issue incertaine [4].

Peu d'études dans la littérature mentionnent l'influence de l'âge sur les césariennes. Cependant, une étude italienne portant sur les grossesses chez les gestantes ayant un âge supérieur ou égal à 40 ans, note une augmentation du taux de césarienne [6]. Le taux de césarienne chez les patientes de plus de 35 ans était de 89,47% dans notre série. L'âge maternel avancé, fixé à 35 ans et plus, semble être péjoratif pour le taux de succès d'une voie basse après césarienne selon Bujold et al. [7], avec dans le groupe sans antécédent de voie basse un taux de succès à 70 % avant 35 ans, et à 65 % à partir de 35 ans ($p = 0,06$; $OR = 0,7$). Dans le groupe avec antécédent de voie basse, les constatations sont les mêmes avec 91 % de succès avant 35 ans pour diminuer à 83 % à partir de 35 ans ($p = 0,05$; $OR = 0,5$).

De la cicatrice : Une étude comparative de BRET et SANCHEZ [8] prenant en compte les aspects macroscopique, histologique et radiologique des cicatrices transversales, semble montrer que ces dernières sont meilleures. L'hystérotomie corporéale stricte est abandonnée sauf en situation d'urgence, le risque de rupture étant élevé avec des mortalités maternelle et fœtale importantes [9]. Par ailleurs, la qualité d'une cicatrice d'hystérotomie pour césarienne dépend non seulement de sa localisation sur l'utérus mais aussi de divers facteurs généraux (constitution individuelle, âge, pathologie générale), locorégionaux (infection) et techniques (hémostase, technique et type de suture)

[10]. Par principe, l'épreuve dynamique n'est pas faite chez les patientes ayant un nombre supérieur ou égal à deux hystérotomies transversales

Sur les 36 patientes dont la cicatrice utérine a été évaluée, 29 soit 80.56% avaient une cicatrice de bonne qualité. Le type de la cicatrice est essentiel ; les cicatrices corporéales sont fragiles, mais elles sont devenues exceptionnelles depuis la pratique systématique de l'incision segmentaire. D'autres facteurs influencent la qualité de la cicatrice : le nombre de cicatrice, l'indication et le terme à la première césarienne, en effet une césarienne pour prématurité est réalisée sur un segment inférieur non amplifié ; les suites opératoires en particulier l'endométrite fragiliserait la cicatrice. Certains auteurs ont évalué la solidité de la cicatrice à l'échographie ou l'hystérocopie. La mesure échographique du segment inférieur entre 36 et 38SA avec un seuil de 3.5mm a une VPN de 99.3% et une VPP de 11.8% [11]. Aucune patiente de notre étude n'a bénéficié de la mesure échographique du segment inférieur dans l'évaluation de la qualité de la cicatrice utérine.

L'intervalle inter génésique : 89,32% des patientes de l'étude avaient un intervalle inter génésique supérieur à 2 ans. L'analyse histologique des utérus cicatriciels a montré que les composants cicatriciels diminuent avec le temps et sont remplacés par un tissu normal [8]. Le risque de rupture ou de déhiscence serait nettement supérieur avant deux ans selon Ruiz Velasco [12]. Plus le délai entre la première césarienne et l'épreuve du travail est court, plus le risque de rupture est élevé. Plusieurs études [13] s'accordent sur un délai de sécurité compris entre 18 et 24 mois nécessaire après une césarienne, sinon le risque de rupture utérine serait multiplié par 3.

Le mode d'accouchement sur utérus uni cicatriciel

La césarienne itérative systématique a été réalisée chez 54,90% des patientes, souvent entre 37 et 40 semaines d'aménorrhée. Ce taux est variable selon les auteurs, 58% dans la série de DIADHIOU au CHU de Dakar en 2004[4]. Dans les pays européens, d'une manière générale, HADDAD évalue à un tiers le nombre de patientes bénéficiant d'emblée d'une césarienne prophylactique [14]. Aux Etats Unis les pourcentages sont similaires 31% de césariennes prophylactiques à Los Angeles [15]. Les équipes des pays à haut niveau de développement sanitaire sont "plus larges" dans leurs indications d'épreuve utérine. Seules les méthodes électroniques de surveillance du travail autorisent l'élargissement des indications de l'épreuve utérine. Ne disposant pas toujours de ces

moyens et d'une organisation de travail appropriée, la voie d'accouchement la plus sûre pour le couple mère - enfant reste, dans notre contexte, la césarienne prophylactique. Mais pour réduire le taux élevé de césarienne dans notre pays certains utérus uni cicatriciels peuvent accoucher par voie basse. L'épreuve utérine a été faite chez 152 patientes sur 337 soit 45.1% .Le travail a été dirigé par une perfusion d'ocytocine dans 26.97% des cas. DIADHIOU rapporte dans sa série 42% d'épreuve utérine. Dans les pays développés en Europe, près de 70% des parturientes sont l'objet d'une épreuve utérine [14]. Aux Etats-Unis, les ratios sont similaires voire plus élevés, 69% selon FARMER [15]. Dans la large série prospective de Landon en 2004 [16], rapportant les complications morbides à la fois maternelles et périnatales chez plus de 30 000 femmes aux antécédents d'utérus cicatriciel, le taux global de ruptures utérines dans le groupe TVB (n = 17 898) était de 0,7 %. Il y avait plus d'hystérectomies et de morts maternelles dans le groupe césarienne programmée (n = 15 801), mais les différences n'étaient pas significatives. Le nombre de morts fœtales *in utero* avant le travail était 2,5 fois plus important dans le groupe TVB (n = 34 vs n = 13). Enfin, 12 encéphalopathies anoxo-ischémiques (0,08 %) sont survenues dans le groupe TVB et aucune dans le groupe césarienne programmée. Ainsi, il apparaît finalement que si les risques associés à la TVB, ruptures utérines et accidents périnataux, sont bien réels, leurs incidences sont faibles. Le taux de succès de l'épreuve utérine dans notre étude était de 76.97% dont 14 cas d' extraction instrumentale. Le taux d'extraction instrumentale est de 13,6 % dans la série de PICAUD [17]. Autrefois, il était recommandé de recourir systématiquement à la ventouse ou au forceps [18]. Certains auteurs s'interrogent sur l'utilité de ces instruments qui peuvent causer des dégâts fœtaux et maternels. La révision utérine a été pratiquée systématiquement chez 87 patientes sur 117 soit. Compte tenu des risques infectieux de la révision utérine et le faible taux de déhiscence de la cicatrice qu'elle peut diagnostiquer, beaucoup d'auteurs déconseillent la révision utérine systématique après accouchement par voie basse dans un utérus cicatriciel.

Les indications des césariennes itératives : Elles sont dominées par les rétrécissements pelviens qui représentent 29.22% des indications ; leur diagnostic est essentiellement clinique dans les pays sous développés. Viennent ensuite la souffrance fœtale aiguë, les syndromes vasculo-

rénaux, la suspicion de macrosomie. ABASSI [19], dans sa série casablancaise, a rapporté 46% de césarienne itérative pour bassin rétrécis. Les différences observées peuvent s'expliquer par le risque d'erreur dans la pelvimétrie clinique qui est opérateur dépendante, et ce d'autant plus qu'elle est réalisée, le plus souvent, dans un contexte d'urgence chez nous. Ainsi le fait que la première indication de césarienne itérative dans notre série soit l'angustie pelvienne est compréhensible. Car les règles de l'obstétrique n'autorisent pas de double épreuve. Superposer une épreuve utérine et une épreuve du travail n'est pas licite et expose au risque majeur de rupture utérine.

Le pronostic fœtal : Le taux de morbidité néonatale dans notre étude est de 7.62% et le taux de mortalité périnatale 3.52%. L'absence de mortalité néonatale dans la série tunisienne de 144 nouveau-nés [20] montre que des progrès sont possibles dans le domaine des soins obstétricaux et néonataux dans les pays en voie de développement. La mortalité périnatale pour les accouchements dans un utérus cicatriciel est faible dans les pays à haut niveau de développement sanitaire 0,3% selon ROZENBERG [11] à Poissy. La mortalité et la morbidité fœtales dans notre série sont élevées. Ces données montrent que les conditions de la prise en charge périnatale doivent être améliorées.

Le pronostic maternel : Le taux de complications maternelles est de 3,86%. La morbidité maternelle est surtout représentée par l'hémorragie de la délivrance, 75% des complications maternelles notées dans notre étude, nécessitant une transfusion. Un cas de rupture utérine a été noté mais il s'agissait d'une rupture diagnostiquée à l'entrée, elle n'est pas liée à l'épreuve utérine tant redoutée. L'incidence de la rupture utérine est variable selon les études et on l'estime entre 2/1 000 et 2/10 000. Le taux de décès maternel était de 0.59% dans cette étude, 0,34% dans la série de DIADHIOU 0,6% [8]. Les deux décès maternels dans cette série de 341 patientes ne sont pas liés à des causes obstétricales directes. C'est des patientes opérées indigentes qui sont décédées de complications infectieuses post opératoires et dont les parents n'ont pas honoré l'antibiothérapie.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, la fréquence de l'accouchement dans un utérus uni cicatriciel est de 7,88% à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de Cotonou. La césarienne itérative systématique a été faite dans 54,90% des cas. L'épreuve utérine était réalisée chez 45,10 des patientes. Le taux de succès de l'épreuve utérine est de 76,97%. Pour le

foetus les taux de morbidité et de mortalité périnatale sont respectivement de 7.62% et de 3.52%. Le taux de complications maternelles était de 3,52%. Dans la plupart des cas il s'agit de l'hémorragie de la délivrance. Les deux décès maternels sont dus à des causes indirectes. Malgré les complications relevées une bonne sélection des patientes peut rendre efficace et sûre l'épreuve utérine et réduire le taux élevé de césarienne au Bénin

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 -CENTER FOR DISEASES CONTROL. Rates of cesarean delivery United States 1991 *M.M.W.R.*, 1993 ; 42 : 285-289.

2- <http://www.webmaster@cesarine.org>;

Etats des lieux de la césarienne

3 - ABOULFALAH A., ABBASSI H., EL KARROUMI M., MORSAD F., SAMOUH N., MATAR N., EL MANSOURIA. Accouchement du gros bébé sur utérus cicatriciel : la place de l'épreuve utérine. A propos de 335 dossiers.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2000 ; **29**, 4 : 409-413.

4- DIADHIOU M. T. E. L'accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. Thèse med., Dakar, 2004, N°115.

5- APPLETON B., TARGETTC., RASMUSSEN M., READMAN E., SALE F., PERMEZEL M. Vaginal birth after caesarean section: an Australian multicenter study. *Aust.N.Z.J.Obstet.Gynaecol.*, 2000; 40, 1: 87-91.

6- VERCELLINI P, ZULIANI G, ROGNONI MT, TRESPIDILOS, CARDINALEA.

Pregnancy at forty and over : a case control study. *Eur. J. Obstet. Reprod. Biol.* 1993 ; 48(3) :191-195.

7- Bujold E, Hammoud AO, Hendler I, et al (2004) Trial of labor in patients with a previous cesarean section: does maternal age influence the outcome? *Am J Obstet Gynecol* 190:11138

8- BRET AJ, SANCHEZ RAMOS J. Etude hystérographique, clinique et histologique des cicatrices de césariennes segmentaires transversales et longitudinales. *Rev. Fr. Gynécol. Obstét.* 1968 ; 63(11) : 573-600.

9- CRAGIN EB. Conservatism in Obstetrics. *New York Med. Journal* 1916; 104: 1-3. In: *Obstetrics and Gynecology* 1991; 77(3): 462-464.

10- POULAIN P, PALARIC JC, JACQUEMART F et al. Les césariennes.

Paris : Editions Techniques EMC Obstétrique, 1991 ; 5102(A10) : 15.

11- ROZENBERG, GOFFINET, PHILIPPE, NISAND-THICKNESS of the lower segment : its influence on the management of patients with previos cesarean section. *Obstet. Gynecol.* 1999, 93:332-337.

12- RUIZ VELASCO V, ROSAS ARCEO J. Appréciation de la cicatrice de césarienne. *Rev. Fr. Gynécol.* 1971 ; 66(2) : 83-93.

13- Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier RJ (2002) Interdeliveryinterval and uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 187:1199202

14- HADDAD S., MARIA B. L'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel. *Press.Med.*, 1996 ; 25 : 813-817.

15- FARMER R.M., KIRSCHBAUM Ph.D., POTTER D., STRONG H.T., MEDEARIS A.L. Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean. *Am.J.Obstet.Gynecol.*, 1991; **165**, 4: 996-1001.

16- LANDON MB, HAUTH JC, LEVENO KJ *et al.* National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med*, 2004 ; 351 : 2 581-9.

17- NLOMENZE AR, OGOWET N, MOUELY G. Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observés au centre hospitalier de Libreville. *Rev. Fr Gynecol Obstet*, 1989, 84 : 411-416.

18- CABALLERO A., BRABO A. Importance de la cicatrice de césarienne. *Rev. Fr. Gynecol.*, 1968, 63 : 426-435.

19- ABBASSI H., ABOULFALAH A., EL KARROUMI M., BOUHAYA S., BEKKAY M. Accouchement des utérus cicatriciels : peut-on élargir l'épreuve utérine ? *J. Gynecol. Obstet Biol. Reprod.* 1998 ; 27, 4 : 425-429.

20- BENZIBEB N., BELLASFAR B., BOUGUERRA B., AMRI M.T., S FAR R. Accouchement par voie basse après césarienne. A propos de 173 épreuves utérines. *Rev.Fr.Gynécol.Obstét.*, 1998 ; 93, 4 : 282-284