

## Pronostic d'accouchement chez les gestantes porteuses d'utérus cicatriciels dans la ville de Butembo en République Démocratique du Congo

### [ Prognosis of labour among pregnant women with scarred uteri in Butembo, Democratic Republic of the Congo ]

Philémon MUMBERE MATUMO<sup>1</sup>, Joël KAMBALE KETHA<sup>2</sup>, Aimé LUKWAMIRE VAHAMWIT<sup>3</sup>, and Jean-Jeannot JUAKALI SIHALIKYOLO VUYIAMBITE<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Département de Gynécologie et Obstétrique, Université Catholique du Graben, Butembo, RD Congo

<sup>2</sup>Faculté de médecine, Université Catholique du Graben, Butembo, RD Congo

<sup>3</sup>Département de chirurgie, Université Catholique du Graben, Butembo, RD Congo

<sup>4</sup>Département de Gynécologie et Obstétrique, Université de Kisangani, Kisangani, RD Congo

Copyright © 2018 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** *Introduction:* The occurrence of pregnancy on a scar uterus is characterized by its high incidence, multiple complications, high rate of morbidity and maternal-fetal mortality. The aim of this work was to evaluate the maternal prognosis during delivery on scar uterus in a poorly equipped environment.

*Methodology:* This is a retrospective and descriptive study with exhaustive sampling carried out in 2 years. Our study's population was constituted by all pregnant women with previous caesarean section scarring uterus who gave birth in the obstetric department of Matanda Hospital in Butembo City.

*Results:* Scarred uterus deliveries accounted for 20% of all deliveries; 26.8% of parturient had a antecedence of vaginal delivery; 39.6% of parturient had severe pelvic narrowing as an indication of anterior caesarean section; and 49.3% had uterus once scarred, 26.9% uterus twice scarred and 14.7% uterus thrice scarred. 72.8% of parturient had an inter-reproductive interval between 13 and 24 months; 98.1% had term pregnancies. Thirteen percent of parturient had a uterine test, among which 41.2% had given birth vaginally; 8.8% of cases of pre uterine rupture and 5.9% of cases had acute fetal distress. No maternal mortality were recorded. Early neonatal mortality was 1.5% of cases and half of the cause of death was acute fetal distress followed by respiratory distress and neonatal infections.

*Conclusion:* The birth on scar uterus is common. The decision of the delivery modality to be proposed should take into account factors concerning the obstetrical antecedents, the data of the current pregnancy, but also the choice of the parturient after being informed of the risks and benefits of each delivery pathway. We propose here the application of the MOMAT score for the prediction of the failure of the uterine test.

**KEYWORDS:** Scarred uterus, labour, uterine test, maternal-fetal prognosis, Butembo.

**RESUME:** *Introduction:* La survenue d'une grossesse sur un utérus cicatriciel se caractérise par son incidence élevée, ses complications multiples, son taux important de morbidité et de mortalité materno-fœtale. L'objectif de ce travail était d'évaluer le pronostic maternofoetal lors de l'accouchement sur utérus cicatriciel dans un milieu peu équipé.

*Materiel et Méthodes:* Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique avec échantillonnage exhaustif et recueil rétrospectif des données. La population d'étude est constituée de toutes les gestantes avec utérus cicatriciel pour césariennes antérieures qui ont accouché dans le service d'obstétrique de l'hôpital Matanda en ville de Butembo durant une période de 2 ans.

**Résultats:** Les accouchements sur utérus cicatriciels ont représenté 20% de l'ensemble des accouchements; 26,8% des parturientes avaient un antécédent d'accouchement par voie basse ; 39,6% des parturientes avaient un rétrécissement pelvien sévère comme indication de la césarienne antérieure ; et 49,3% avaient un utérus uni-cicatriciel, 26,9% un utérus bi-cicatriciel et 14,7% un utérus tri-cicatriciel. 72,8% des parturientes avaient un intervalle inter génésique compris entre 13-24 mois ; 98,1% avaient des grossesses à terme. 13% des parturientes avaient fait l'objet d'une épreuve utérine parmi lesquels 41,2% avaient accouché par voie basse ; 8,8% de cas de pré-rupture utérine et 5,9% de cas de souffrance fœtale aiguë. La mortalité maternelle était nulle. La mortalité néonatale précoce était dans 1,5% de cas et la cause de leur décès était liée dans la moitié de cas à une souffrance fœtale aiguë, suivie de détresse respiratoire et infections néonatales.

**Conclusion:** L'accouchement sur utérus cicatriciel est fréquent. La décision de la modalité d'accouchement à proposer devrait prendre en compte des facteurs concernant les antécédents obstétricaux, les données de la grossesse actuelle, mais aussi le choix de la parturiente après qu'elle ait été informée des risques et des bénéfices de chaque voie d'accouchement. Nous proposons ici l'application du score de MOMAT pour la prédiction de l'échec de l'Épreuve utérine.

**MOTS-CLEFS:** Utérus cicatriciels, Accouchement, Épreuve utérine, Pronostic maternofoetal, Ville de Butembo.

## 1 INTRODUCTION

La Maternité sans risque est le défi majeur de toute action visant à améliorer la Santé maternelle et infantile qui constitue l'une des priorités d'aujourd'hui [1]. Les deux dernières décennies ont coïncidé avec une augmentation rapide des taux de césariennes dans la plupart des pays, y compris ceux en développement ; alors que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déclare que dans une population définie, la proportion de césarienne ne devrait pas représenter moins de 5% ni plus de 15% de toutes les naissances attendues[2,3].

Actuellement, près de 10% des femmes qui viennent accoucher sont porteuses d'un utérus cicatriciel [3]. En cours de grossesse, les complications restent exceptionnelles et sont représentées par les anomalies de l'implantation placentaire (placenta prævia, accreta, percreta), la grossesse sur cicatrice, la déhiscence de la cicatrice utérine et la rupture utérine [3].

Aux Etats Unis, l'incidence des utérus cicatriciels s'élève entre 12 et 14% [4]. En France, le taux de césarienne était de 20,8% en 2010 contre 15,5% en 1995. Parallèlement, la prévalence de l'utérus cicatriciel a augmenté de 8 à 11% des parturientes, et de 14 à 19% des multipares, entre 1995 et 2010 [5]. En Afrique et plus particulièrement au Mali, cette incidence en croissance serait surtout en rapport avec le mariage précoce chez les adolescentes (bassin immature), la gratuité de la césarienne depuis 2005 alors que dans les pays à fort développement économique, elle est liée à la césarienne prophylactique itérative [6]. En République Démocratique du Congo cette incidence est de 5,85% [7].

Cinquante pourcent (50%) de césariennes sont réalisées chez les primipares qui représentent 40 à 50% de la population obstétricale, de telle sorte qu'après son premier accouchement plus d'une femme sur 15 est porteuse d'une cicatrice utérine ; ce qui pose de problème de pronostic d'accouchement pour ses grossesses ultérieures [8]. Pour l'accouchement, dans le cadre général de la grossesse unique avec un fœtus en présentation céphalique et de poids moyen, le choix s'oriente vers l'épreuve utérine, qui permet de réduire la morbidité maternelle, sans augmenter les risques fœtaux. Son taux de réussite atteint 75 à 80% avec un risque de rupture utérine inférieure à 1% [3,8]. Depuis l'aphorisme de CRAGNIN, datant de 1916, initialement destiné aux césariennes corporéales et prônant « césarienne une fois, césarienne toujours » est certes en cause depuis longtemps, mais la césarienne itérative de principe pour utérus cicatriciel reste encore fréquente, surtout aux Etats-Unis [9,10]. Pour d'autres comme RACINET, la règle d'une césarienne itérative systématique est dépassée sauf si l'indication de la première césarienne est restée permanente [11].

La grossesse et l'accouchement des gestantes porteuses d'un utérus cicatriciel grand pourvoyeur des ruptures utérines, sont donc considérés à haut risque, surtout dans les pays en voie de développement, où la tocographie et le monitoring fœtal existent peu, où les radiopelvimétries font défaut et où les indications des précédentes césariennes, le type d'incision, les suites opératoires sont les plus souvent inconnus [12]. L'évolution de l'obstétrique a permis d'aboutir à une conduite actuellement beaucoup nuancée, l'accouchement par les voies naturelles après une césarienne : *l'épreuve utérine*, qui peut être proposée sans toutefois aggraver le pronostic materno-fœtal [6]. Cette conduite de l'accouchement sur utérus cicatriciel expose au risque de rupture utérine avec ses conséquences fœtales (souffrance fœtale, mort), maternelles (hémorragie, hystérectomie entraînant la stérilité) et l'échec. Et grâce à une sélection correcte des gestantes pendant les consultations prénatales et à une surveillance rigoureuse de l'épreuve utérine, la tenue du Parthogramme, le taux de rupture de l'utérus varie entre 0 et 1% sans

retentissement fœtal [13]. La préoccupation majeure des obstétriciens reste la qualité de la cicatrice utérine sur quoi repose le pronostic de la grossesse et de l'accouchement [6].

Devant cette situation, les obstétriciens essaient d'établir des scores qui permettent d'identifier les gestantes à haut risque de césarienne de deuxième intention afin de faciliter la prise en charge globale. Notre travail consiste, tout d'abord, à mener une étude générale concernant l'accouchement sur utérus cicatriciel, puis déterminer les facteurs pronostiques et enfin proposer une conduite à tenir pratique devant une grossesse sur utérus cicatriciel dans le but d'améliorer le pronostic materno-fœtal dans un milieu peu équipé comme en ville de Butembo.

## **2 MATERIEL ET METHODES**

Il s'agit d'une étude transversale à visée analytique menée en service de Gynécologie et Obstétrique de l'Hôpital Matanda en ville de Butembo, dans la province du Nord-Kivu, en République Démocratique du Congo. Le choix de cet hôpital a été motivé par le fait que cette structure de référence (Centre Hospitalo-Universitaire) réalise de nos jours près de deux mille (2000) accouchements par an.

La population d'étude est constituée de toutes les gestantes avec utérus cicatriciels pour césariennes antérieures qui ont accouché dans le service d'obstétrique de l'hôpital Matanda. La durée de l'enquête est de deux ans soit de Janvier 2016 à Décembre 2017. Etait incluse dans cette étude toute gestante avec antécédent de césarienne. Néanmoins, n'ont pas été incluses dans cette étude, toutes les gestantes avec Cicatrices utérines de myomectomies, rupture utérine ainsi que celles qui ont accouchées à domicile et les cas de mort fœtale in utero. La collecte des données était exhaustive, prenant tous les cas de la période d'étude.

Le recueil des données a été rétrospectif. Ces données ont été récoltées à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie résumant le protocole d'étude et recueillies à partir des registres d'accouchement, compte-rendu opératoires, des fiches d'hospitalisation, des partogrammes et des fiches de référence. La variable indépendante est l'antécédent de césarienne. Les variables dépendantes suivantes ont été recherchées : modalité d'admission, âge maternel, la Gestité, l'intervalle inter-génésique, le suivi de la consultation prénatale, nombre de césariennes antérieures, hémorragie de la délivrance, indication de la césarienne antérieure, présentation du fœtus, terme de la grossesse, voie d'accouchement, état du nouveau-né et état de la femme après accouchement. La surveillance intrapartale était essentiellement clinique utilisant notamment le foetoscope de Pinard pour le suivi des bruits du cœur fœtal (BCF) et l'appréciation manuelle du régime contractile utérin. L'état du nouveau-né à la naissance a été apprécié par la mesure du score d'Apgar. Au total 783 gestantes ont été admises durant la période d'étude dont 681 ont directement bénéficié d'une césarienne électorale. Etait considéré comme échec de l'épreuve utérine, toute issue de la parturition sur utérus cicatriciel qui s'est soldé par une morbi-mortalité maternelle et périnatale et/ou tout échec de terminaison de l'accouchement par voie basse.

Ces données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi info version 3.3.4 et SPSS 20. Les résultats ont été présentés sous forme de proportion pour les variables qualitatives avec leurs intervalles de confiance à 95%. Les données étaient collectées de manière anonyme. L'étude n'a pas présenté de bénéfice direct pour les participants à l'étude.

## **3 RESULTATS**

### **3.1 PRÉVALENCE DE L'ACCOUCHEMENT SUR UTÉRUS CICATRICIELS**

783 cas d'accouchements sur utérus cicatriciels ont été colligés sur un total de 3909 accouchements enregistrés, soit une prévalence de 20,03%. Parmi ces cas, 210 cas soit 26,8% des parturientes avaient déjà accouché au moins une fois par voie basse ; 33 cas soit 4,2% des parturientes avaient un antécédent de grossesses gémellaires dont 24 cas soit 72,7% des cas ont accouché par voie haute et 27,3% (9 cas) par voie basse. Quatre parturientes étaient porteuses du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) soit 0,5%. La quasi-totalité de ces grossesses étaient arrivées en terme soit 98,1% pour le terme de 37 semaines et plus et 2,6 % des grossesses avaient fait la rupture prématurée des membranes. Seuls 102 gestantes soit 13,03% ont été soumises à l'épreuve utérine.

### **3.2 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES PARTURIENTES**

Les tableaux ci-dessous répartissent les parturientes en fonction de leurs tranches d'âge, le mode d'admission à l'hôpital, la gestité, le nombre des césariennes antérieures et l'indication des césariennes antérieures.

**Tableau 1. Caractéristiques générales des parturientes**

Caractéristiques des parturientes	Effectif (n=783)	%
<b>Tranches d'âge en année</b>		
Inférieur à 20	33	4,2
20-25	292	37,3
26-30	226	28,9
31-35	169	21,6
36-40	50	6,4
Supérieur à 41	13	1,6
<b>Mode d'admission à l'hôpital</b>		
Ayant attendu l'accouchement à l'Hôpital	559	71,4
Venue du domicile	164	20,9
Référées	60	7,7
<b>Gestité</b>		
Paucigeste (2-3)	450	57,5
Multigeste (4-6)	282	36
Grande multigeste (≥7)	51	6,5
<b>Nombre de césariennes antérieures</b>		
Une	386	49,3
Deux	211	26,9
Trois	115	14,7
Quatre	53	6,8
Cinq	18	2,3

**Tableau 2. Indications des césariennes antérieures**

Indication de la césarienne antérieure	Effectif (n=783)	%
Basin rétrécie	309	39,6
Dystocie dynamique	81	10,3
Disproportion Foeto Pelvienne	75	9,6
Souffrance Fœtale de causes diverses	51	6,9
Présentations vicieuses	78	10
Grossesse gémellaire	21	2,7
Placenta prævia	18	2,3
Menace de rupture utérine	12	1,5
Pré éclampsie	9	1,1
DPPNI*	6	0,9
Cause générales	3	0,4
Procidence du cordon	2	0,2
Causes non retrouvées	116	14,8

\*DPPNI= Décollement prématuré du placenta normalement inséré

### 3.3 RÉPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DES CARACTÉRISTIQUES DE LA GROSSESSE ACTUELLE

Le tableau ci-dessous répartit les parturientes en fonction de leur intervalle inter génésique et la présentation du fœtus.

Tableau 3. Caractéristiques de la grossesse actuelle.

Caractéristiques de la grossesse actuelle	Effectif (n=783)	%
<b>Intervalle inter génésique</b>		
≤12 mois	165	21,1
13-24 mois	570	72,8
≥24 mois	48	6,1
<b>Présentation du fœtus</b>		
Céphalique	753	96,2
Siège	18	2,3
Transverse	12	1,5

### 3.4 MODALITÉ D'ACCOUCHEMENT ET ISSUE NÉONATALE

102 cas soit 13,1% ont été soumises à l'épreuve utérine et, parmi elles il y a eu 42 cas soit 41,2% de succès de l'épreuve et 60 cas soit 58,2% d'échec de l'épreuve utérine qui ont abouti à la césarienne.

Tableau 4. Répartition des parturientes en fonction de la modalité d'accouchement et de l'issue néonatale.

Modalité d'accouchement et issue néonatale	Effectif	%
<b>Epreuve utérine</b>		
Accouchement par voie basse	42	41,2
Travail stationnaire	36	35,3
Césarienne après pré rupture	9	8,8
<b>Echec de l'épreuve utérine</b>		
Souffrance Fœtale	6	5,9
Placenta Prævia	6	5,9
Hypercinésie	3	2,9
<b>Indications des césariennes prophylactiques</b>		
Bassin Rétrécie	309	45,4
Intervalle Inter génésique Court	177	26
Disproportion Foeto Pelvienne	60	8,8
Présentations vicieuses	59	8,6
Souffrance fœtale chronique	32	4,7
Placenta Prævia	15	2,2
Pré-rupture	11	1,6
Grossesse gémellaire	9	1,3
Pré-éclampsie	6	0,9
Hématome retro-placentaire	3	0,4
<b>Causes de décès néonatal</b>		
Souffrance fœtale aiguë	6	50
Détresse respiratoire	3	25
Infections néonatales	3	25

### 3.5 CORRÉLATION ENTRE L'INDICATION DE LA CÉSARIENNE ANTÉRIEURE ET L'INDICATION DE LA CÉSARIENNE ACTUELLE

Le tableau ci-dessous présente la corrélation entre l'indication de la césarienne antérieure et l'indication de la césarienne actuelle chez les parturientes.

Tableau 5. Relation entre l'indication de la césarienne antérieure et l'indication actuelle.

Indications	C/S Antérieures	C/S Actuelles	%	OR	Lim <	Lim >
Bassin rétréci	309	309	100	-	-	-
IIC court	199	177	89	1,28	0,75	2,18
Disproportion foetopelvienne	75	60	80	0,56	0,29	1,08
SFA*	51	32	63	0,22	0,11	0,42
Présentation siège	46	39	85	0,82	0,34	2,08
Présentation transverse	32	20	63	0,23	0,10	0,51
Grossesses Gémellaire	24	9	38	0,08	0,03	0,20
Placenta prævia	18	15	83	0,74	0,20	3,29
Pré-rupture	12	11	92	1,66	0,22	34,72
Pré-éclampsie	9	6	67	0,29	0,06	1,51
Hématome Retro placentaire.	6	3	50	0,15	0,02	0,92
Total	783	681	87			

IC 95%

\*SFA= Souffrance foetale aigue

#### 4 DISCUSSION

Il ressort de cette étude que la prévalence de l'utérus cicatriciels est de 20%. Boisselier [17] et Saint HILAIRE [18] avaient trouvé en France 5,3% ; ROSEMBERG en France [19] 6,6% ; A. LOKOSSOU et coll avaient trouvé 5,4% [11] ; CISSE CT au Sénégal [9] 1,5% ; VAN ROOSMALEN au Tanzanie [20] 1,8% ; TSHILOMBO au Congo [8] 5,85% ; VAN Der Walt en Afrique du Sud [3] et Ouattara A. au Mali [1] 3,7%. Diadhou MT au Sénégal [9] avait trouvé 7,5% ; Flamm BL aux Etats-Unis [3] 9,2%.

Ce taux élevé dans cette étude s'explique par le fait que la maternité de l'hôpital Matanda prend en charge des accouchements à risque, en plus, c'est une structure de référence dans la ville de Butembo.

La tranche d'âge la plus concernée était celle comprise entre 20 et 35 ans avec une fréquence de 87,3% qui était presque identique au chiffre trouvé par Ouattara A [1] dans son étude où la tranche la plus touchée était celle comprise entre 21 et 35 ans avec une fréquence de 77,1%.

Le taux d'accouchement par voie basse avant la première césarienne était bas, soit 26,8%. Dans les études comportant des effectifs plus importants, le pourcentage des accouchements par voie basse reste toutefois supérieur à 50%. La différence est significative entre les pourcentages des parturientes qui n'avaient jamais accouché par la voie basse, soit 73,2% et celle qui avait déjà accouché par cette voie, soit 26,8% pour lesquelles une épreuve utérine devrait être tentée. Tshilombo [8] avait enregistré au cours de son étude 82,5% d'eutocie chez les parturientes avec antécédent d'au moins une eutocie avant la première césarienne. Nos résultats diffèrent de celui de Tshilombo d'autant plus que nombreuse de nos parturientes avaient accouché par césarienne dû au bassin rétréci au cours de leurs césariennes antérieures.

La littérature montre que chez les femmes, l'antécédent d'eutocie est l'un des meilleurs éléments de pronostic pour la voie base lors d'un accouchement ultérieur à la césarienne ; et que le pronostic est d'autant plus favorable que l'eutocie a été postérieure à la césarienne. Ces affirmations sont soutenues par de nombreux travaux antérieurement publiés par Chasson. J. et ses collaborateurs [8].

Dans ce travail, les 33 parturientes avec antécédents de grossesses gémellaires (4,2% de nos parturientes), 24 d'entre elles avaient accouché par césarienne, soit 72,7% et 27,3% par voie basse. Tshilombo [8] avait trouvé sur 7 parturientes avec grossesses gémellaires, cinq avaient accouché par césarienne. Dans de nombreuses études, la grossesse gémellaire constitue une contre-indication à la voie basse en cas d'utérus cicatriciels. Cette contre-indication provient de la surdistension utérine et l'augmentation théorique de risque de rupture utérine [3]. Ces affirmations corroborent avec les résultats de notre étude.

Parmi ces parturientes, 49,3% étaient porteurs d'utérus uni-cicatriciel ; 32,7% d'utérus bi-cicatriciels, 14,3% d'utérus tri-cicatriciels, 6,8% d'utérus quatre fois cicatriciels et 2,3% d'utérus cinq fois cicatriciels. Les résultats de Ouattara A [1] étaient 79,1% d'utérus uni-cicatriciel, 17,7% d'utérus bi-cicatriciels et 3,2% d'utérus tri-cicatriciels ; Cisse CT [9] 81,3% d'utérus uni-cicatriciels ; 12,7% [21] d'utérus bi-cicatriciels et 6% d'utérus tri-cicatriciels ; A. Hamet [21] 79,5% d'utérus uni-cicatriciels ; 17,3% d'utérus bi-cicatriciels et 3,1% d'utérus tri-cicatriciels ; BA.A. [1] 79,6% d'utérus uni-cicatriciels ; 17,2% d'utérus bi-cicatriciels et 2,5% d'utérus tri-cicatriciels. Les théories actuelles stipulent que les utérus bi-cicatriciels ne sont plus une indication de la césarienne itérative, et si les conditions sont favorables, l'épreuve utérine doit être proposée [6].

En rapport avec les indications, 39,6% des césariennes antérieures étaient indiquées pour bassins rétrécis, 25,5% pour intervalle inter génésique court. Les autres césariennes antérieures avaient comme indication disproportion foetopelvienne 9,6%, souffrance fœtale aiguë 6,5% ; présentation siège 5,9%, transverse 4,1%; grossesses gémellaires 3,1%, placenta praevia 2,3%, pré-rupture utérine 1,5% ; pré-éclampsie 1,1%, hématome retro-placentaire 0,9%.

L'indication de la césarienne antérieure joue probablement un rôle en tant que facteur pronostique [3]. Jacques Lansac affirme que dans 15 à 20% de cas, la première césarienne a été souvent faite pour un rétrécissement pelvien sévère qui oblige à faire une deuxième césarienne [6]. J. Bujold E. et coll [3] et Weinstein D. et coll [3] stipulent que l'antécédent de césarienne antérieure pour dystocie est moins favorable que l'antécédent de siège, et pendant longtemps, une césarienne itérative a été proposée lorsque la cause de la première césarienne était une dystocie, en raison du risque d'échec de l'épreuve utérine. Mais si le taux de succès est légèrement abaissé dans ce dernier cas, il reste compris entre 65 et 75% selon les études [3].

Par rapport à la grossesse actuelle, 72,8% avaient un intervalle inter génésique compris entre 13 et 24 mois, 21,1% entre 6 et 12 mois. Il semblerait qu'une cicatrice récente soit plus fragile. Pour Cisse, une cicatrice datant de moins d'un an est une indication de césarienne prophylactique et pour Esposito, un intervalle de 6 mois entre deux grossesses est significativement associée à une augmentation du nombre de rupture utérine [3]. L'étude de Shipp [3] retrouve une fragilité trois fois plus importante lorsque l'intervalle inter génésique entre deux accouchements est inférieur à 18 mois. Pour cette étude, la plupart des parturientes avaient un intervalle inter génésique compris entre 13 et 24 mois.

Parmi les parturientes 98,1% avaient des grossesses dont l'âge théorique était compris entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée, 1,5% entre 30 et 36 semaines d'aménorrhée et 0,4% avaient l'âge théorique inférieur à 30 semaines d'aménorrhée. Jacques Lansac et coll. demandent à ce que les accouchements sur utérus cicatriciels puissent se dérouler pour une grossesse ayant 37SA résolues car à ce temps le segment inférieur est formé [6]. Et il semble qu'une cicatrice récente est plus fragile pour supporter les contractions utérines [3].

Parmi les parturientes 81,1% avaient réalisé au moins 3 séances de consultations prénatales (CPN), 9,6% deux séances, 6,1% quatre séances et 1,9% une séance de consultation prénatale, et 1,3% avaient réalisé plus de quatre séances. Ouattara [1] rapporte que 9,8% des parturientes avaient fait un nombre de CPN supérieur à quatre séances. Cependant ces CPN permettent une bonne sélection de ces parturientes pour leurs modes d'accouchement.

Nous avons enregistré 11,9% des parturientes qui avaient contracté une maladie au cours de l'évolution de la grossesse dont 4,5% de menace d'accouchement prématuré, 2,8% d'infections uro-génitales, 2,6% de rupture prématuré des membranes, 1,1% d'hypertension sur grossesse, 0,5% d'anémie sur grossesse et 0,4% de diabète sur grossesse. Ces pathologies peuvent compromettre l'issue de la grossesse ainsi que le pronostic materno-fœtale.

De nos parturientes 96,2% portaient des fœtus dont leurs rythmes cardiaques fœtaux étaient compris entre 120 et 160 battements par minute et 2,3% inférieur à 120 battements par minute, et 1,5% supérieur à 160 battements par minute. L'altération du rythme cardiaque fœtal entraîne une souffrance fœtale aiguë [13].

Parmi les parturientes 96,2% portaient des fœtus avec présentation céphalique, 2,3% de siège, 1,1% transverse et 0,4% avec présentation vicieuse. La présentation type de sommet oriente vers la tentative de voie basse, tandis que le siège est une situation à risques, essentiellement par le biais des manœuvres que l'on peut être amené à réaliser [3]. Qu'il s'agisse de présentations céphaliques défléchies (front diagnostiquée en cours de travail, face), de présentations pelviennes ou des présentations obliques et transverses, les constatations d'une telle présentation est une indication de la césarienne prophylactique [16].

Le choix du mode d'accouchement était discuté entre la tentative d'une épreuve utérine et une césarienne prophylactique et/ou itérative. L'objectif est de proposer aux parturientes l'essai de la voie basse à celles qui ont le maximum de chance d'accoucher par les voies naturelles. Cette conduite d'accouchement sur utérus cicatriciels expose au risque de rupture utérine avec ses conséquences materno-fœtales possibles ; d'où la nécessité d'une sélection correcte des gestantes pendant les CPN incluant : un antécédent d'accouchement par voie basse avant ou après la première césarienne [23], l'indication de la première césarienne, l'engagement de la présentation en fin de grossesse, une grossesse unique avec présentation céphalique et un poids moyen [6].

Ainsi, la fréquence de l'épreuve utérine dans notre étude était de 13%. Le taux d'épreuve utérine de S. Baeta [1] était de 58,9%. Pour Millier, les épreuves doivent pouvoir être proposées à 75 voire 80% des parturientes, ce qui contribuerait à réduire efficacement le taux de césarienne [22]. Les taux les autres auteurs à l'occurrence Benzined [23] 47,6% ; Cissé CT [9] 54,5% ; et Mac Mahon [3] 52,9%.

41,2% des parturientes soumises à l'épreuve utérine avaient accouché par voie basse contre 58,8% qui avaient accouché par césarienne en urgence. Notre taux de succès d'épreuve utérine était bas. Le taux de succès était pour Tshilombo [8] de 37,6%. Ce taux d'accouchement eutocique chez les femmes antérieurement césarisées varie dans la littérature entre 37,6 et 93% ; Benzineb [23] 82% ; Cisse [9] 85%. Quoi que surprenant, le taux élevé (93,4%) de Meehan et coll démontre que pour autant qu'on le tente, la voie basse n'est pas exceptionnelle chez les parturientes antérieurement césarisées [8]. Ce taux faible de notre étude serait lié au manque d'équipements adéquats pour surveillance du travail d'accouchement (Cardiotocographe, monitoring, échographe en salle de travail,...) et le taux bas d'antécédent d'accouchement par la voie basse, soit 26,8%. Considérant les conditions de travail en RDC, Felix KITENGE et Al. [24] retiennent deux types de facteurs explicatifs de l'échec de l'épreuve utérine. Il s'agit d'un facteur sociodémographique (âge maternel) et de trois facteurs obstétricaux (hauteur utérine, présentation du fœtus et rupture prématurée des membranes). Le score de MOMAT a été défini pour prédire l'échec de l'épreuve utérine. La construction de ce score s'est basée sur quatre éléments : l'âge maternel, l'état de la poche des eaux à l'admission, la hauteur utérine et la présentation fœtale. Le score minimal est de 4 et le score maximal de 16. Le seuil point est de 7. Un score total supérieur ou égal à 7 traduit un risque d'échec de l'épreuve utérine [24] (voir annexe).

Parmi les césariennes après échec de l'épreuve utérine, 35,3% étaient liées à la dystocie dynamique, 8,8% à la pré-rupture, 5,9% à la souffrance fœtale aiguë, 5,9% au placenta prævia et 2,9% à l'hypercinésie. La présence de placenta prævia pourrait ainsi être expliquée par l'augmentation du taux des césariennes.

Le taux de césariennes prophylactiques et /ou itératives était de 87% soit 681 sur 783 cas d'utérus cicatriciels. Le taux des césariennes prophylactiques dans l'étude de Ouattara A [1] était de 10,7% ; Tshilombo [8] à Kinshasa en RDC en 1995 de 36,6% ; Cisse CT [9] au Sénégal en 1997 de 45,5% ; BA.A [1] au Mali en 2000 de 42,5% et Boudacar Yoro Sidibe au Mali en 2010 de 21,7%[1]. Ce taux élevé des césariennes prophylactiques itératives s'explique pour notre étude par le fait que bon nombre d'indications des césariennes antérieures étaient liées aux bassins généralement rétrécis, soit 39,6% d'indications de leur première césarienne. 681 parturientes (soit 87%) avaient bénéficié d'une césarienne prophylactique et/ou itérative. Les principales indications étaient : un bassin rétréci (45,4%), un intervalle inter génésique court (26%), disproportion foeto-pelvienne (8,8%), siège (5,7%), souffrance fœtale aiguë (4,7%), Présentation transverse (2,9%), placenta prævia (2,2%), pré-rupture (1,6%), grossesses gémellaires (1,3%), pré-éclampsie (0,9%) et hématome retro placentaire (0,4%).

L'indication de la césarienne antérieure joue probablement un rôle en tant que facteur pronostic. C'est ainsi qu'au cours de notre étude, il se montre qu'une parturiente ayant été opérée pour bassin rétréci a toujours le risque d'être opérée pour cette même indication car le bassin rétréci reste une indication permanente pour la césarienne et, de ce fait, il n'y a pas de différence entre l'indication de la césarienne actuelle et l'indication de la césarienne antérieure lié au bassin rétréci. Ce résultat corrobore avec la théorie de Jacques Lansac qui stipule que dans 15 à 20% des cas, la première césarienne a été faite pour un rétrécissement pelvien, oblige à refaire une seconde césarienne pour la même indication [6].

Une parturiente opérée pour un intervalle inter génésique court (I.I.G.C) a 1,28 fois le risque d'être opérée pour la même indication. Ce rapport est significatif pour la seule raison que l'intervalle de confiance à 95% (0,75 à 2,18) ne contient pas 1 ; mais avec une probabilité minimale d'être opérée à la prochaine grossesse pour la même indication d'autant plus que, si la femme respecte la notion d'intervalle inter génésique avant la conception de la prochaine grossesse, cette indication ne reviendra pas. Il est à noter qu'il existe une fragilité des cicatrices récentes, avec un risque de rupture trois fois plus importantes et retrouvé lorsque l'intervalle entre les deux accouchements est inférieur à 18 mois [3].

Une parturiente opérée pour une pré-rupture a 1,63 fois le risque d'être réopérée et ce rapport est significatif pour la seule raison que l'intervalle de confiance à 95% (0,22 à 34,7) contient 1 ; mais avec une probabilité minimale d'être opérée à la prochaine fois si la femme était informée des risques et conséquences liés à l'accouchement sur utérus cicatriciels [6].

Les parturientes subissant des césariennes pour les autres indications (par exemple une souffrance fœtale aiguë, la présentation transverse, une disproportion foeto-pelvienne,...) semblent être protégées pour être opérées pour les mêmes indications pour les grossesses ultérieures pour la seule raison que les Odds Ratio sont inférieurs à 1, donc une association négative.

Actuellement, les utérus bi-cicatriciels ne sont plus une indication absolue de la césarienne itérative [6]. Ainsi, dans notre étude, il n'est pas une contre-indication absolue à l'épreuve utérine, mais l'épreuve utérine était réservée aux parturientes avec utérus bi-cicatriciels particulièrement motivées par un accouchement par voie basse et ayant des conditions favorables pour cette pratique obstétricale. En fin, il n'existe pas actuellement d'attitude consensuelle vis-à-vis des utérus multicicatriciels, le choix du mode d'accouchement étant seulement réservé à la césarienne itérative [3].

Par ailleurs, nous n'avons eu à déplorer de cas de décès maternel quel que soit le mode d'accouchement. Ce résultat est identique à celui trouvé dans l'étude de D.Berger et Coll [16] où aucun décès maternel n'avait été enregistré. Ceci s'explique

par la bonne sélection des candidates pour l'épreuve utérine, la surveillance armée des parturientes au cours de cette pratique, le diagnostic à temps de l'indication de la césarienne quel que soit le déficit d'appareillage ainsi que la mise en place d'une prise en charge adéquate. Néanmoins, nous avons enregistré 12 décès néonataux précoces soit 1,5%. 50% de ces décès étaient liés à la souffrance fœtale aiguë et 25% liés à la détresse respiratoire. De nos nouveau-nés, 98,5% étaient vivants contre 93,4% dans l'étude de Ouattara A. [1]. Ceci s'explique par la présence de certaines complications du genre souffrance fœtale aiguë pendant la tentative de l'épreuve utérine ou par la référence tardive des parturientes après des heures de souffrance fœtale. Les autres causes de décès enregistrés étaient des infections néonatales à une proportion de 25%.

Les littératures stipulent que certaines pathologies spécifiques sont significativement augmentées et seraient à l'origine de la morbi-mortalité néonatale. Il s'agit, en cas de césarienne prophylactique, de détresses respiratoires et, en cas d'épreuve utérine, des complications infectieuses, pouvant compromettre le pronostic des nouveau-nés [3].

## **5 CONCLUSION**

L'accouchement sur utérus cicatriciel est fréquent et le sera de plus en plus de cause de l'augmentation inéluctable des indications de la césarienne. Sa fréquence est de l'ordre de 20%.

La décision de la modalité d'accouchement à proposer à une parturiente devrait prendre à compte des multiples facteurs concernant les antécédents obstétricaux, les données de la grossesse actuelle mais aussi le choix de la parturiente après qu'elle soit informée des risques et bénéficie de chaque voie d'accouchement. L'utilisation d'un score prédictif après une meilleure sélection des patientes à soumettre à l'épreuve utérine tel que le score de MOMAT pourra améliorer la qualité dans les indications de la voie haute. Ceci pourra également contribuer à la réduction de la morbi-mortalité foeto-maternelle liée à la gestion de l'accouchement sur utérus cicatriciels.

## **CONFLIT D'INTERET**

Aucun conflit d'intérêt n'a été déclaré.

## **REFERENCES**

- [1] BOUBACAR YORO SIDIBE. Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital FOUSSEYNI DAOU DE KAYES (à propos de 214 cas) : Thèse, université de Bamako ; 2010, P. 1-85. Consultable sur URL : <http://www.keneya.net>
- [2] Collège National de Gynécologues et obstétriciens Français : Recommandations pour la pratique clinique, 5<sup>ème</sup> partie, 36<sup>ème</sup> journée Nationale, Paris, 2012. URL : [http://WWW.Ch.asso.fr/D-TELE/RPc-Utérus cicatriciel-2012](http://WWW.Ch.asso.fr/D-TELE/RPc-Utérus%20cicatriciel-2012).
- [3] CASSIGNOL G., RUDIGOZ RD, Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl. Méd, éd. Scientifique et Médicales Elsevier SAS, Paris, Gynéco- obstétrique, 5-016-D-20, 2003 :1-14.
- [4] G.LEWIS, L. DE BERNIS. Fistules obstétricales : principes directeurs pour la prise en charge clinique et le développement des programmes. Genève : OMS ; 2009, P. 87, consultable sur URL : <http://www.who.int/docstore>.
- [5] C. DENEUX-THARAUX. Uterus cicatriciel : aspects epidemiologiques. J Gynecol Obstet biol Reprod, vol 41, issue 8, Décembre 2012 : 697-707.
- [6] SALIF DIARRA. Accouchement sur utérus cicatriciel au centre de santé de Référence de la commune I du district de Bamako, université de Bamako, 2009, P. 15-7. Consultable sur URL : [http://www.Gyneco-Ledigabel.fr/uterus cicatriciel.html](http://www.Gyneco-Ledigabel.fr/uterus%20cicatriciel.html).
- [7] TSHILOMBO K.M., MPUTUL., NGUMA L., WOLOMBY M., TOZIN R., YANGA K., Accouchement chez les gestantes Zaïroises antérieurement césarisées, analyse de 145 cas J. Gynécol obstetr et Biologie de la Reproduction 1991 : 568-74.
- [8] JACQUES LANSAC., BERGER., MAGNIN.G., Pratique de l'accouchement, 4<sup>ème</sup> édition. Masson, Paris,2006.
- [9] CISSE CT., EWAGNIGNON E., TEROLBE I., DIADHOU F., Accouchement sur utérus cicatriciel au Dakar .J. Gynecol Biol. Reprod. 1999 : 1167-75
- [10] CRAGNIN E., conservation. NY. Med. J1916; CV: 1-5.
- [11] A. LOKOSSOU, J. DE SOUZA, S. ADISSO, I. TAKPARA, M.O.ADOGNIGO, E. ALIHONOU, Accouchement dans les utérus cicatriciels et risques obstétricaux. Médecine d'Afrique Noire, 2008, Tome 55. N° 5 : 277-83.
- [12] D. LUTON, O.SIBONY, M.LECAT ; Gynécologie obstétrique, Nouveau programme, paris, Ellipses, 2003 : 376-401.
- [13] MERGER. R., J. LEVY., J. MELCHIOR, Précis d'obstétrique, 6<sup>ème</sup> éd.- Paris : Manson, 2008 : 404-7.

- [14] PERROYN F., MARRET H., FIGNON A., BODY G., LANSA J., utérus cicatriciel : la révision utérine systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est-elle toujours utile ? J. Gynecol obstétr Biol Reproduction 1999. URL : [www.Cuimes.fr](http://www.Cuimes.fr)
- [15] E.CAMUS, Gynecologie-obstétrique, 4<sup>ème</sup> ed.-Paris : Manson, 2006 : 2015-18.
- [16] D. BERGER, H.RICHARD, J.Y.GRALL, J. LEVEQUE, J.R. GL RAUD, J.C. PALARIC, P. POULAIN, utérus cicatriciels. Résultats et sélection des patientes à l'accouchement par voie basse. A propos de 884 dossiers. Journal de Gynéco-obstétrique et biologie de la reproduction, 1991, vol. 20 ; n° 1 : 116-22.
- [17] BOISSELIER P, MAGHIORACOS, MARPEAU L., Evolution dans les indications de césariennes. J. Gynécol obstétrique. biol. Reprod, 1987 ; 15 : 101-09.
- [18] Saint HILAIRE P, GAUCHERAND, BAGOU G, RUDIGOZ RC., Grossesse et utérus cicatriciel. Encycl. Méd. Chir. Paris, Gynéco-obstétrique, 5-030-A-20, 1992 : 1-16.
- [19] ROZENBERG P., GOFFINET F, PHILLPE HJ, NISAND L, Mesure échographique de l'épaisseur du segment inférieur pour évaluer le risque de rupture. J. Gynécol Obstétrique. Biologie de la Reproduction, 1997; 347 : 281-84.
- [20] VAN ROOSMALEN J. Vaginal birth after Cesarean Selection in rural Tanzania. Int J. Gynecol, 1991; 37: 375-86.
- [21] A. HAMET TIDJANI, A. GALLAIS, M.GARBA, L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger. A propos de 509 cas. Méd d'Afrique Noire : février 2001, tome 48, n°2 : p 217-228.
- [22] MILLIER G, FOREST AM, KACEM R, MEMET J. Utérus cicatriciel : conduit à tenir. Rev. Fr. Gynéco-obstétr., 1986 ; 81 : 2223-228.
- [23] BENZINEB N, BELLASFAR B, BOUGUERA B, AMRI MT, SFAR R., Accouchement sur voie basse après césarienne. A propos de 173 épreuves utérines. Rév. Fr. Gynécol Obstétr., 1998 ; 15 : 160-69.
- [24] KITENGE F, AKILIMALI P, CHENGE M, NUMBI L, TSHIBANGU K ET All. Accouchements sur utérus cicatriciel en République Démocratique du Congo : épreuve utérine et facteurs déterminants de l'issue. Pan Afr Med J. 2017 ;27 :71.

**ANNEXE : CRITÈRES D'ÉTABLISSEMENT DU SCORE DE PRÉDICTION DE L'ÉPREUVE UTÉRINE EN CAS D'ACCOUCHEMENT SUR UTÉRUS CICATRICIEL**

Critères d'établissement du Score MOMAT	Score
<b>Age</b>	
< 20 ans	3
20-34 ans	1
>34 ans	1
<b>Présentation</b>	
Céphalique non dystocique	1
Autre	6
<b>Poche des eaux</b>	
Rompue	4
Intacte	1
<b>Hauteur utérine</b>	
< 30 cm	1
≥ 30 cm	3

Un score total supérieur ou égal à 7 traduit un risque d'échec de l'épreuve utérine.

*Source : KITENGE Felix et All. Accouchements sur utérus cicatriciel en République Démocratique du Congo: épreuve utérine et facteurs déterminants de l'issue. Pan Afr Med J. 2017 ; 27 :71.*