

## ACCOUCHEMENT SUR UTERUS CICATRICIEL : EXPERIENCE D'UN CENTRE DE SANTE DE NIVEAU 2 A DAKAR (SENEGAL)

**Auteurs : Mouhamadou Mansour NIANG,  
Fatou SAMB,  
Coura DIOH SY,  
Cheikh Tidiane CISSE**

*Service de Gynécologie – Obstétrique,  
Hôpital Institut d'Hygiène Sociale de Dakar (Sénégal),  
BP 15745, CP 10700 Dakar/Fann,  
Téléphone : (221) 33 821 28 24,  
email : [lhs-mater@orange.sn](mailto:lhs-mater@orange.sn)*

**Auteur correspondant : Mouhamadou Mansour NIANG,**  
*Professeur Agrégé de Gynécologie-Obstétrique,  
Université Cheikh Anta Diop de Dakar,  
Téléphone : (221) 776566343,  
email : [mansniang@hotmail.com](mailto:mansniang@hotmail.com),*

### Résumé

**Objectif :** Evaluer la fréquence et le pronostic de l'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel dans une maternité de niveau 2.

**Matériel et méthodes :** Il s'agissait d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée sur une période d'une année à la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara. La collecte des données était faite à partir des dossiers cliniques, des registres de la salle d'accouchement et du bloc opératoire. Les variables étudiées étaient les caractéristiques épidémiologiques des patientes, le type et le nombre de cicatrices utérines, le mode d'accouchement, l'état du bassin et des membranes et le devenir maternel et néonatal. Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 20.0. Une analyse multivariée était réalisée pour apprécier les facteurs pronostiques de l'accouchement en cas d'utérus uni-cicatriciel. Le test Fisher était utilisé avec un seuil de significativité à 5%.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 307 parturientes (7%) avaient un utérus cicatriciel sur un ensemble de 4360 accouchements. Les parturientes étaient âgées entre 17 et 48 ans avec une moyenne de 29 ans. La parité était comprise entre 1 et 9 avec une moyenne de 3. Deux cent vingt-sept patientes (73,9%) étaient paucipares. Nous avons recensé 103 parturientes qui avaient un antécédent d'accouchement par voie basse, soit 33,5%. Dans notre série, 242 parturientes (78,8%) ont bénéficié d'une césarienne dès l'admission dont 12 césariennes programmées (4%). L'épreuve utérine concernait 65 parturientes (21,2%) avec un taux de succès de 90,8%. La mortalité maternelle était nulle et nous n'avons enregistré aucun cas de rupture utérine. La mortalité périnatale s'élevait à 37,2 ‰ naissances vivantes.

**Conclusion :** L'accouchement sur utérus cicatriciel est de plus en plus fréquent dans notre pratique. Notre expérience prouve qu'une bonne sélection des cas et une surveillance rigoureuse du travail par le partogramme permet, malgré un plateau technique limité, d'obtenir un taux de succès élevé dans les épreuves utérines.

**Mots clés :** Utérus cicatriciel - Epreuve utérine - Césarienne - Pronostic materno-foetal.

## CHILDBIRTH IN A SCARRED UTERUS: EXPERIENCE OF A LEVEL 2 HEALTH CENTER IN DAKAR (SENEGAL)

### Summary

**Objective :** To assess the frequency and prognosis of vaginal delivery in a scarred uterus in a level 2 maternity hospital.

**Material and methods:** This was a retrospective, descriptive and analytical study carried out over a period of one year, year at the Maternity Department of the Gaspard Kamara Health Center. Data was collected from clinical records, delivery room and operating theater registers. The variables studied were the epidemiological characteristics of the patients, the type and number of uterine scars, the mode of delivery, the condition of the pelvis and membranes and the maternal and neonatal outcome. Data was entered and analyzed using SPSS 20.0 software. A multivariate analysis was performed to assess prognostic factors for childbirth in case of a uni-scarred uterus. The Fisher test was used with a significance level of 5%.

**Results :** During the study period, 307 parturientes (7%) had a scarred uterus in a total of 4360 deliveries. Parturientes were between 17 and 48 years old with an average of 29 years. The parity was between 1 and 9 with an average of 3. Two hundred and twenty-seven patients (73.9%) were pauciparous. We identified 103 parturientes who had a

history of vaginal delivery, ie 33.5%. In our series, 242 parturients (78.8%) had a cesarean section upon admission, including 12 scheduled cesarean sections (4%). The uterine test involved 65 parturients (21.2%) with a success rate of 90.8%. Maternal mortality was zero and we recorded no cases of uterine rupture. Perinatal mortality was 37.2 ‰ live births.

**Conclusion :** Childbirth in a scarred uterus is more and more frequent in our practice. Our experience proves that a good selection of cases and a rigorous monitoring of labor by the partograph allows, despite a limited technical platform, to obtain a high success rate in uterine tests.

**Keywords :** Scarred uterus - Uterine test - Cesarean section - Maternal-fetal prognosis.

## INTRODUCTION

La conduite d'un accouchement sur utérus cicatriciel est, de nos jours, l'un des sujets les plus controversés en obstétrique, du fait de la croissance importante des taux de césariennes dans le monde [1,2,3]. En effet, aux Etats-Unis, en 1991, on comptait près de 24% d'accouchement par césarienne [4]. Au Sénégal, à la Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le Dantec [5], entre 1988 et 2001, on a observé une augmentation progressive du taux de césariennes, passant de 12% en 1992 à 25,2% en 2001.

L'essai d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel ou épreuve utérine, est de plus en plus fréquente dans notre pratique. Ses indications se sont étendues à la faveur de la volonté des équipes obstétricales de réduire les taux de césariennes et les dépenses de santé. Elle peut être conduite avec sécurité dans nos conditions d'exercice, même en l'absence de cardiotocographe [6]. Notre étude est une analyse de nos pratiques professionnelles en rapport avec la gestion des accouchements sur utérus cicatriciel.

## MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude longitudinale rétrospective, descriptive et analytique menée sur une période d'une année. Nous avons inclus l'ensemble des parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel ayant accouché au Centre de Santé Gaspard Kamara durant la période d'étude.

Notre structure était la maternité de référence du District Sanitaire Centre de la région de Dakar avec une capacité de 50 lits et nombre moyen d'accouchement de 4150 dont 975 césariennes entre 2010 et 2011. La surveillance du travail d'accouchement était exclusivement clinique à l'aide du partogramme. Il n'y avait pas de monitoring cardiotocographique et la scannopelvimétrie n'était pas systématique. L'auscultation des bruits du cœur fœtal se faisait à l'aide du stéthoscope de Pinard toutes les 30 minutes et les contractions utérines étaient appréciées par leur fréquence et leur durée. La révision utérine n'était pas systématique après l'accouchement. Le diagnostic de souffrance fœtale aiguë

était fait sur la base de la coloration verdâtre du liquide amniotique et/ou d'une altération du rythme cardiaque fœtal. La césarienne était programmée avant l'entrée en travail en cas d'utérus multi-cicatriciel ( $\geq 2$  cicatrices utérines) ou de cicatrice unique corporeale, de disproportion fœto-pelvienne, de présentation dystocique, d'antécédent de rupture utérine et d'état pathologique associé à un haut risque maternel et/ou fœtal. L'épreuve utérine était autorisée pour les utérus uni-cicatriciels s'il n'y avait pas d'autres facteurs de dystocie associés.

La collecte des données était faite à partir des dossiers cliniques, des registres de la salle d'accouchement et du bloc opératoire. Les variables étudiées étaient les caractéristiques épidémiologiques des patientes, le type et le nombre de cicatrices utérines, le mode d'accouchement, l'état du bassin et des membranes et le devenir maternel et néonatal.

Les données étaient saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS 20.0. Une analyse multivariée était réalisée pour apprécier les facteurs pronostiques de l'accouchement en cas d'utérus uni-

cicatriciel. Le test Fisher était utilisé avec un seuil de significativité à 5%.

## RESULTATS

### *Fréquence*

Durant la période d'étude, nous avons colligé 307 parturientes répondant aux critères d'inclusion sur les 4360 accouchements enregistrés, soit une fréquence de 7%. Soixante-cinq patientes (21,1%) porteuses d'un utérus uni-cicatriciel avaient bénéficié d'une épreuve utérine.

### *Caractéristiques des patientes*

Les parturientes étaient âgées entre 17 et 48 ans avec une moyenne de 29 ans. La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée (58,3%). La parité était comprise entre 1 et 9 avec une moyenne de 3. Deux cent vingt-neuf patientes (74,6%) étaient paucipares.

La majorité des parturientes (88,6%) étaient porteuses d'une grossesse dont le terme était compris entre 37 à 39SA 6 jours. Nous avons recensé 103 parturientes qui avaient un antécédent d'accouchement par voie basse, soit 33,5% (tableau I).

**Tableau I : Caractéristiques des patientes (N=307)**

<b>Caractéristiques des patientes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
<b>Age (ans)</b>		
< 20	8	2,6
20 à 29	179	58,3
30 à 39	109	35,5
≥ 40	11	3,6
<b>Parité</b>		
Primipare	3	1
Paucipare	229	74,6
Multipare	75	24,4
<b>Terme de la grossesse (SA)</b>		
< 37	25	8,1
37 à 39SA 6 jours	272	88,6
≥ 40	10	3,3
<b>Etat du bassin</b>		
Normal	140	45,7
Modérément rétréci	85	27,6
Généralement rétréci	82	26,7
<b>Antécédents d'accouchement par voie basse</b>		
Avant la césarienne	56	54,4
Après la césarienne	33	32
Avant et après la césarienne	14	13,6

SA : Semaine d'Aménorrhée

### ***Cicatrices utérines***

Nous avons dénombré 304 cicatrices de césarienne obstétricale (99%) et 3 cicatrices de myomectomie (1%). Pour les cicatrices de césarienne, il s'agissait de 302 hystérotomies basses transversales (98,3%) et 2 hystérotomies longitudinales (1,7%).

Deux cent trente patientes (75%) étaient porteuses d'un utérus uni-cicatriciel (tableau II). Cent trois patientes (33,5%) avaient un antécédent d'accouchement par voie basse. Les indications de la première césarienne étaient un bassin rétréci dans 22,3% des cas.



**Facteurs influençant l'issue de l'accouchement après une épreuve utérine**

Ils sont résumés dans le tableau IV.

**Tableau IV : Facteurs influençant l'issue de l'accouchement après une épreuve utérine** (l'épreuve utérine n'a été effectuée que chez 6 parturientes, selon le tableau III. Comment expliquer les données de ce tableau ?)

	Accouchement naturel	Césarienne secondaire	Extraction instrumentale	Total	p
<b>Parité</b>					0,2
Primipare	0	0	0	0	
Paucipare	38(77,6%)	5 (10,2%)	6 (12,2%)	49	
Multipare	15 (93,7%)	1 (6,3%)	0	16	
<b>Etat du bassin</b>					0,9
Normal	51(96,2%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	53	
Modérément rétréci	6 (100%)	0	0	6	
Généralement rétréci	6 (100%)	0	0	6	
<b>Etat des membranes</b>					0,7
Intactes	40 (85,1%)	5 (10,6%)	2 (4,2%)	47	
Rompues	13 (72,2%)	1 (5,5%)	4 (22,2%)	18	
<b>Terme de la grossesse (en SA)</b>					0,2
< 37	8 (88,9%)	0	1 (11,1%)	9	
≥ 37	45 (80,3%)	6 (10,7%)	5 (8,9%)	56	
<b>Poids du nouveau – né (en Grs)</b>					0,2
< 2500	15 (93,7%)	0	1 (6,3%)	16	
2500 à 3999	38 (77,6%)	6 (12,2%)	5 (10,2%)	49	

SA : Semaine d'Aménorrhée, Grs : grammes

**DISCUSSION****Fréquence**

Dans notre étude, la fréquence de l'accouchement sur utérus cicatriciel était de 7%. Ce taux est comparable à celui rapporté par Dembélé [7] au Burkina Faso qui était 5,92%. Cependant, il est nettement supérieur aux taux de 1,5% et 2,4% retrouvés respectivement par Cissé [6] au Sénégal et Tshilombo [8]. Ce taux élevé d'utérus cicatriciel enregistré dans notre série s'expliquerait par : d'une part l'augmentation constante des taux de césariennes notée ces dernières années dans nos pays en développement ; et

d'autre part, du fait de notre statut de centre de référence du District Centre de Dakar, nous recevons la majorité des accouchements à risque dans notre zone de responsabilité, dont les utérus cicatriciels.

**Caractéristiques des patientes**

Le profil de nos patientes ne diffère pas de ceux décrits par certains auteurs africains. En effet, nous avons enregistré un âge moyen de 29,2 ans comparable aux résultats de Cissé [6]. La majorité de nos patientes était paucipares (73,9%). Les trois primipares enregistrés étaient porteuses de cicatrices de myomectomie. Cissé [6] avait noté une

prédominance des secondipares dans sa série et l'explication donnée était le fait que plus de 50% des césariennes premières concernent des primipares.

### **Modes d'accouchement**

Dans notre série, le taux de césariennes itératives s'élevait à 78,8%. Ce taux est relativement élevé comparé à celui enregistré par Cissé [6]. Ceci pourrait s'expliquer par diverses raisons : l'augmentation globale du taux de césariennes dans le pays en général, dans les centres de référence comme le nôtre en particulier ; plus de la moitié de nos patientes (54,3%) qui avaient un bassin rétréci dont 27,6% de bassins généralement rétrécis, nous obligeant le plus souvent à réaliser une césarienne itérative obligatoire ; et le quart de nos patientes (25%) qui avaient un utérus bi ou multi-cicatriciel.

L'accouchement sur utérus bi-cicatriciel est un sujet à controverses dans la littérature. En France, Bernard Blanc trouve un taux de 60% d'accouchement par voie basse dans les épreuves d'utérus bi-cicatriciels, sur une série de 115 cas, avec induction du travail par amniotomie et perfusion d'ocytocique dans 18 % des cas [9]. En Afrique noire, Mégafu [10] rapporte une expérience marquée par un taux de 19 % de rupture utérine et préconise une césarienne itérative systématique en cas d'utérus multi-cicatriciel ( $\geq 2$  cicatrices utérines). Dans notre structure la césarienne est également systématiquement programmée avant toute entrée en travail en cas d'utérus multi-cicatriciel.

Parmi nos césariennes itératives, 74,4% étaient réalisées en urgence dès

l'admission en salle de travail contre seulement 4% de césariennes programmées. Les raisons évoquées sont la référence tardive des patientes porteuses d'utérus cicatriciel, leur mauvaise sensibilisation sur les risques encourus et le fait que certaines gestantes, pour éviter une césarienne itérative, attendent d'entrer en travail pour se rendre à l'hôpital.

L'épreuve utérine concernait 65 parturientes (21,2%) dans notre série avec un taux de succès de 90,8%. Ce taux est inférieur à ceux rapportés dans la littérature africaine. En effet, Dembélé [7] et Cissé [6] avaient pratiqués dans leurs séries respectives 56% et 54,5% d'épreuves utérines. Ce faible taux d'épreuve utérine noté dans notre série s'explique par l'attitude de prudence adoptée dans notre pratique où nous déconseillons le déclenchement et l'utilisation des ocytociques en cas d'utérus cicatriciel. Dans nos conditions de travail cette attitude se justifie d'autant plus que les informations sur l'indication de la césarienne antérieure et le type de cicatrice utérine sont souvent méconnues.

Notre taux d'accouchement par voie basse après épreuve utérine (90,8 %) est comparable à ceux obtenus par Cissé [6], Van der Walt [11], Tshilombo [8], Van Roosmalen [12] et Benzineb [13] en Afrique, Magnin [14] et Rozenberg [15] en France, Mac Mahon [16] au Canada. Nos résultats confirment que lorsque les candidates sont bien choisies sur des critères précis et l'épreuve utérine bien conduite, l'issue de l'accouchement est souvent favorable. Dans notre série, les facteurs prédictifs de l'issue de

l'accouchement après une épreuve utérine, sans qu'il n'y ait une différence statistiquement significative, étaient :

- la multiparité : 93,7% d'accouchement par voie basse contre 89,7% chez les paucipares ;
- la grossesse non à terme : 100% d'accouchement par voie basse contre 89,2% en cas de grossesse à terme ;
- le petit poids de naissance : 100% d'accouchement par voie basse contre 87,7% en cas de poids de naissance normal.

Une étude de plus grande envergure concernant uniquement les épreuves utérines serait nécessaire pour identifier les facteurs de succès. Elle permettrait ainsi de mieux affiner nos indications et par conséquent de réduire le taux de césariennes secondaires.

### ***Pronostic***

Dans notre série, le pronostic maternel était favorable. En effet, la mortalité maternelle était nulle et aucun cas de rupture utérine n'était enregistré. Cependant, comme Cissé l'avait souligné dans son travail, le risque de rupture utérine reste présent au cours de toute épreuve utérine ; les taux rapportés dans la littérature varient de 0 à 1,5 % [8, 13, 16, 17, 18, 19]. La surveillance stricte du travail par le partogramme, en guettant une douleur permanente au niveau de la cicatrice et une hémorragie génitale, permettrait d'éviter la survenue de la rupture utérine.

Dans notre série, la mortalité périnatale était de 37,2‰ naissances vivantes. Elle est élevée comparée à celle retrouvée dans l'étude de Cissé [6] où la mortalité périnatale directement imputable à l'épreuve utérine était nulle. Dans la

littérature on retrouve des taux de mortalité périnatale après épreuve utérine allant de 0 à 37‰ [8, 11, 13, 16] et les décès sont surtout liés à la rupture utérine. Dans notre série, nous n'avons pas enregistré de rupture utérine ; par contre, les décès périnataux étaient observés chez des parturientes évacuées après un long travail avec une souffrance fœtale aiguë ou une mort fœtale in utero.

### **CONCLUSION**

L'accouchement sur utérus cicatriciel est de plus en plus observé dans notre pratique obstétricale. Les taux élevés d'accouchement par voie basse et les faibles taux de mortalité et de morbidité maternelles et périnatales enregistrés dans notre série et dans la littérature africaine montrent que malgré nos conditions encore insuffisantes de surveillance du travail, le pronostic de l'accouchement sur utérus cicatriciel reste favorable. Ces résultats sont possibles grâce à une sélection rigoureuse des patientes pour une épreuve utérine et une surveillance stricte des parturientes par le partogramme.

### **REFERENCES**

1. Adjahoto EO, Ekoevi DK, Hodonou KAS. Facteurs prédictifs de l'issue d'une épreuve utérine en milieu sous-équipé. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 2001; 30 : 174-179.
2. Aisien AO, Oronsaye AU. Vaginal birth after one previous caesarean section in a tertiary institution in Nigeria. Obstet. Gynecol., 2004; 24 (8): 886-890.

3. Greene MF. Vaginal birth after cesarean revisited. *N. Eng. J. Med.*, 2004, 325 (25): 2647-2649.
4. Center For Diseases Control. Rates of cesaerean delivery-united states 1991.M.M.W.R., 1993; 42:285-289.
5. Cissé CT, Ngom PM, Guissé A, Faye EO, Moreau JC. Réflexions sur l'évolution des taux de césarienne en milieu africain : exemple du CHU de Dakar entre 1992 et 2001. *Gynecol Obstet Fertil* 2004 ; 32 : 210-217.
6. Cissé CT, Ewagnignon E, Terolbe I, Diadhiou F. Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar J. *Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 1999; 28: 556-562.
7. Dembélé A, Tarnagda Z, Ouédraogo JL, Thiombiano O, Bambara M. Issue des accouchements sur utérus cicatriciel dans un hôpital universitaire au Burkina. *Pan Afr Med J* 2012; 12: 95.
8. Tshilombo KM, Mputu L, Nguma M, Wolomby M, Tozin R, Yanga K. Accouchement chez la gestante zaïroise antérieurement césarisée. *J GynécobstétBiolReprod* 1991; 20: 568-74.
9. Blanc B. Accouchement par voie basse et utérus bicicatriciel. Deuxièmes journées d'Obstétrique du Collège de gynécologie de Bordeaux. Bordeaux, 1995.
10. Megafu U. Hazard of deliveryaftertwopreviouscesarean sections. *Tropical J Obstet Gynecol* 1998; 1: 86-8.
11. Van der Walt WA, Cronje HS, Bam RH. Vaginal deliveryafter one cesarean section. *Gynecol Obstet* 1994; 46: 271-7.
12. Van Roosmalen J. Vaginal birth after cesarean section in rural Tanzania. *Int J GynecolObstet* 1991; 34: 211-5.
13. Benzineb N, Bellasfar M, Bouguerra B, Amri MT, Sfar R. Accouchement par voie basse après césarienne. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1998 ; 93 : 282-4.
14. Magnin G. L'accouchement sur utérus cicatriciel. *Pratique de l'accouchement*, Paris, SIMEP, 2<sup>e</sup> éd, 1992 : 154-8.
15. Rozenberg P, Goffinet F, Philippe HJ, Nisand I. Mesure échographique de l'épaisseur du segment inférieur pour évaluer le risque de rupture utérine. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1997 ; 26 : 517-9.
16. Mac Mahon J, Luther ER, Bowes WAJ, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with elective second cesarean section. *Lancet* 1996; 335: 689-95.
17. De Saint Hilaire P, Gaucherand P, Bagou G, Rudigoz RC. Grossesse et utérus cicatriciel. *Encycl Médicaments Chir Paris, Obstétrique* 5-030-A-20, 1992 : 16 p.
18. Cosson M, Dufour P, Nayma M, Vinatier D, Monnier J. Pronostic obstétrical des utérus cicatriciels. *J Gynécol Obstét Biol Reprod* 1995 ; 24 : 434-9.
19. Picaud A, Nlome Nze AR, Ogowet N. L'accouchement des utérus cicatriciels. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1990 ; 85 : 387-92.