

L'ACCOUCHEMENT SUR UTERUS CICATRICIEL AU NIGER : A PROPOS DE 590 CAS

A. HAMET TIDJANI*, A GALLAIS**, M GARBA***

RESUME

590 femmes, porteuses d'un utérus cicatriciel, ont accouché à la maternité Issa Gazobi de Niamey, entre janvier 1996 et décembre 1998. Elles représentent 8,45 % des parturientes accouchant durant cette période. 469 patientes avaient un utérus uni-cicatriciel, 102 un utérus bi-cicatriciel, 18 un utérus tri-cicatriciel. Une femme avait déjà subi 5 césariennes. 27,8 % des patientes accouchèrent spontanément par voie basse, 4,6 % par ventouse, 67,6 % par césarienne.

Parmi les 166 femmes nécessitant une césarienne itérative, seules 39 ont eu une césarienne programmée avant le début du travail. 91 % des nouveau-nés étaient vivants à la naissance. 2 morts maternelles ont été déplorées une par oedème aigu du poumon, une par hémorragie.

37 patientes avaient une rupture utérine entraînant 26 mort-nés.

Mots clés : Accouchement, utérus cicatriciel, Niamey, Niger.

cause permanente de césarienne a été éliminée (en particulier un bassin rétréci à l'examen clinique). Les parturientes por-teuses d'un utérus bi ou multi-cicatriciel, sont césarisées à nouveau. Les résultats n'ont jamais été évalués au Niger et l'objectif de ce travail est d'y pallier : mode d'accouchement, indications des césariennes, mortalité et morbidité qui en résultent.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une enquête rétrospective, effectuée à la maternité Issa Gazobi de Niamey, répertoriant à l'aide des partogrammes des salles d'accouchement, toutes les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel et ayant accouché entre le 1er janvier 1996 et le 31 décembre 1998, c'est à dire pendant 2 ans. Les grossesses multiples ont été exclues. Une fiche pour chaque patiente a été remplie. Ces données ont été saisies puis analysées à l'aide du programme Epi info, version 5. Les tests statistiques ont été effectués avec ce programme. Les différences sont significatives si $p < 0.05$.

RESULTATS

590 patientes, porteuses d'un utérus cicatriciel, ont accouché à la maternité Issa Gazobi de Niamey, entre le 1er janvier 1996 et le 31 décembre 1998.

Caractéristiques des patientes

L'âge moyen de ces parturientes est de 27,6 ans, la plus jeune ayant 16 ans, la plus âgée ayant 48 ans.

Leur gestité moyenne est de 4,0 avec des extrêmes allant de 2 à 12 alors que leur parité moyenne est de 3,9 avec des extrêmes allant de 1 à 13.

69 (79,5 %) patientes sont porteuses d'un utérus uni-cicatriciel, 102 (17,3 %) d'un utérus bi-cicatriciel, 18 (3,1 %) d'un utérus tri-cicatriciel. Une patiente a déjà eu 5 césariennes.

Au Niger, l'un des pays les plus pauvres au monde, la mortalité maternelle est estimée à 1020 décès pour 100 000 naissances vivantes [1]. L'hémorragie en est la première cause, responsable d'environ 32 % de ces décès, l'hypertension artérielle, l'infection, la rupture utérine représentent chacune 12 % des décès [2]. La grossesse et l'accouchement des patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, grand pourvoyeur de ces ruptures utérines, sont donc considérés à haut risque, surtout dans les pays en voie de développement où la tocographie et le monitoring fœtal n'existent pas, où les radio pelvimétries font défaut, où les indications des précédentes césariennes, le type d'incision utérine, les suites post opératoires sont le plus souvent inconnus [3]. A la maternité de référence de Niamey, l'accouchement par voie basse est tenté chez les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, dans la mesure où une

* Assistant, Maternité Centrale, Niamey.

** Gynécologue-Obstétricien, Coopération française, Maternité Centrale,

Niamey.

*** Gynécologue-Obstétricien, Maternité centrale, Niamey.

Accouchement

165 (27,8 %) patientes accouchèrent par voie basse spontanément, 27 (4,6 %) ont eu une extraction instrumentale, 398 (67,6 %) ont eu une nouvelle césarienne.

Parmi les patientes porteuses d'un utérus uni-cicatriciel, 158 (33,5 %) accouchèrent spontanément, 26 (5,6 %) ont eu une extraction instrumentale, 285 (60,9 %) ont eu une césarienne.

Parmi les patientes porteuses d'un utérus multi-cicatriciel, 7 (5,8 %) ont accouché spontanément, 1 (0,8 %) a eu une extraction instrumentale, et 113 (93,4 %) ont eu une césarienne.

Les indications de césarienne sont détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Indications de césarienne

166 patientes (41,7 %) nécessitaient une césarienne itérative : utérus bi ou tri-cicatriciel, bassin généralement étroit connu, antécédents de fistule vésico recto-vaginale ou de prolapsus opéré. 107 (26,9 %) patientes ont présenté une dystocie pendant le travail, qu'elle soit dynamique, mécanique ou de présentation. 61 (15,3 %) femmes ont eu une césarienne pour un syndrome hémorragique dont 34 une

laparotomie pour une rupture utérine.

Parmi les patientes nécessitant une césarienne itérative c'est à dire prévue en principe dès le début de la grossesse, 124 (74,5 %) sont arrivées à la maternité en travail et ont eu leur césarienne en urgence. Seulement 39 (23,6 %) ont eu une césarienne programmée avant le début du travail (à noter que nous avons 3 inconnues).

Parmi les facteurs influençant le mode d'accouchement, c'est à dire par voie haute ou basse, seul le nombre de cicatrices antérieures est déterminant. Ni l'âge, ni la parité de la patiente, ni le poids du nouveau-né ne semble jouer un rôle (Tableau 2).

Tableau 2 : Comparaison du mode d'accouchement

Nouveau-né

Le poids moyen des nouveau-nés est de 3051 grammes (allant de 810 à 4800 grammes).

537 (91 %) étaient vivants à la naissance, 41 (7 %) étaient mort-nés, 12 (2 %) étaient des morts fœtales in utero. Leur Apgar moyen à une minute est de 7,89, à 5 minutes de 9,55.

Suites de couches

Nous avons déploré 2 morts maternelles, une par œdème aigu du poumon, l'autre par hémorragie.

Les ruptures utérines

37 patientes (6,27 %) ont eu une rupture utérine. Leur moyenne d'âge est de 27,3 ans, leur gestité de 4,48, leur parité de 4,42. 30 présentaient un seul antécédent de césarienne, 6 deux antécédents de césarienne, 1 trois antécédents de césarienne. Leur travail fut spontané dans 34 cas, dirigé dans 3 cas. 3 patientes ont accouché par voie basse et leur rupture utérine a été découverte après l'accouchement lors de la révision utérine. 34 patientes ont eu une laparotomie pour extraire leur enfant. Le poids moyen des nouveau-nés est de 3128 grammes.

11 enfants sont nés vivants, 26 sont mort nés. L'Apgar à 1 minute des nouveau-nés vivants est de 6,33, leur Apgar à 5 minutes est de 9,22. Nous n'avons pas déploré de mort maternelle.

DISCUSSION

590 patientes porteuses d'un utérus cicatriciel sont venues accoucher à la maternité sur un total de 6978 accouchements survenus pendant cette même période. Ce pourcentage élevé (8,45 %), supérieur aux données de la littérature (0,97 % pour PICAUD [4], 2,4 % pour TSHILMO [5], 6,8 % pour ABASSI [6]) s'explique par le fait que la maternité Issa Gazobi est la maternité de référence du Niger, au sommet de la pyramide sanitaire, et qu'elle ne prend en charge que les accouchements à risque. En effet si le taux de césarienne tend à augmenter dans le monde et dans les pays en voie de développement [7, 8], au Niger, il est estimé à 2,1 % [2].

Dans 3 2,4 %, l'accouchement s'est déroulé par voie basse dont 4,6 % avec une extraction instrumentale. Le taux d'accouchement par voie basse chez les femmes porteuses d'un utérus cicatriciel, varie selon les séries entre 37,6 % [9] et 93,4 % [10]. Notre taux est en deçà des 59,2 % retrouvés par PICAUD [4] et des 63,4 % obtenu par TSHILOMBO [5]. En France, les taux sont aux alentours de 40 % (42 % pour HERLICOVIEZ [11], 39,9 % pour BERGER [12]).

Ces variations traduisent la différence dans les critères de sélection des parturientes devant subir une tentative d'accouchement par voie basse. Elles peuvent également refléter une population de parturientes différentes sur le plan culturel en particulier : en effet au Niger, toute difficulté d'accouchement est attribuée à un problème d'infidélité au mari et seulement les accouchements qui se compliquent au village sont référés avec réticence dans les structures sanitaires

entraînant un fort taux de césarienne dans les maternités les pratiquant [13]. Il est actuellement impossible de connaître le taux de femmes porteuses d'un utérus cicatriciel accouchant à domicile.

Le taux d'extraction instrumentale de 4,6 % est faible par rapport aux 13,6 % obtenu par PICAUD [4] et supérieur aux 2 % de TSHILOMBO [5]. Autrefois, on recommandait de recourir systématiquement à la ventouse ou au forceps [14]. Certains auteurs s'interrogent sur l'utilité de ces instruments pouvant causer des dégâts fœtaux et maternels [15]. Parmi les facteurs pouvant influencer le mode d'accouchement, nous n'avons retenu que le nombre de cicatrices antérieures. En effet, parmi les patientes porteuses d'un utérus multi-cicatriciel, seules 8 (6,1 %) ont accouché par voie basse. Ce sont des femmes qui sont arrivées avec une dilatation avancée à la maternité. Nous limitons la tentative d'accouchement par voie basse à une césarienne antérieure comme d'autres auteurs [16]. D'autres élargissent leurs indications à deux [5], voire trois ou quatre césariennes [15]. TSHILOMBO [5] rapporte 33% d'accouchements eutociques chez les parturientes avec deux antécédents de césarienne. Ni l'âge de la patiente, ni sa parité, ni le poids du nouveau-né n'influence le mode d'accouchement dans notre série. Ces résultats sont en accord avec certains travaux [5, 17]. L'Apgar à une minute des nouveau-nés extraits par césarienne est significativement plus bas que celui de ceux nés par voie basse. A 5 minutes, on ne note plus de différence. Cette dépression de l'Apgar à une minute peut être expliquée par l'influence de l'acte anesthésique, les anesthésies loco-régionales ne se faisant pratiquement jamais à la maternité.

Nous avons enregistré 37 ruptures utérines, soit 6,27 % des utérus cicatriciels. Accident rare dans les pays développés, cette fréquence s'avère élevée dans notre série mais reste comparable à celle retrouvée dans les pays en voie de développement : 5,5 % au Zaïre [5], 4,9 % au Gabon [4], 7,5 % au Burkina Faso [18]. Le facteur de risque majeur pour ces ruptures utérines est la cicatrice utérine. En effet, sur l'ensemble des accouchements, elle est estimée à 1,4 % au Gabon [4], à 1,5 % à Tunis [19] et à 1,8 % au Niger [13]. Nous n'avons pas retrouvé le facteur de risque classique des ruptures utérines, c'est à dire les cicatrices multiples (notre pourcentage d'utérus uni-cicatriciel ayant rompu étant même supérieur à celui de l'ensemble de notre série), cette contradiction pouvant s'expliquer par notre politique de césarienne prophylactique sur les utérus multi-opérés.

Aucun décès maternel n'a été déploré. Cette constatation confirme le fait que les lésions anatomiques de rupture utérine sur utérus cicatriciel sont moins délabrantes et moins hémorragiques que celles sur utérus initialement sain [20]. En effet, dans la littérature, la mortalité maternelle est estimée à 16 % au Niger [13], de 23 % [21] à 35 au Burkina Faso [18]. De même, la mortalité fœtale pourtant très élevée dans notre série (70 %) n'atteint pas celle des ruptures sur utérus sain : 88 % à 95 % au Burkina [18, 21], 96 % au Niger [13].

CONCLUSION

A la maternité de Référence de Niamey, l'accouchement sur utérus cicatriciel est fréquent et le sera de plus en plus à

cause de l'augmentation inéluctable des indications de césarienne. La rupture utérine en est une complication majeure avec un taux de mortalité maternelle non négligeable et un pronostic fœtal catastrophique.

Plus des trois quarts des césariennes itératives sont faites en urgence par défaut de programmation : l'information des patientes sur la nécessité d'une nouvelle césarienne est à améliorer, la sensibilisation du personnel soignant en périphérie est à développer.

Les retards à l'évacuation sanitaire des dystocies en particulier sont encore trop fréquents, se heurtant à des problèmes culturels, de coût, de moyens de transport, de distance. La décentralisation des centres chirurgicaux vers la zone rurale, leur équipement et une meilleure organisation des transferts peuvent réduire ces délais trop longs.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - WHO, UNICEF
Revised 1990 estimates of maternal mortality.
WHO/FRH/MSM/96. 11, UNICEF/PLN/96.1, 1996, 16 p.
- 2 - MOMA
Morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest.
INSERM Unité, 1998, 149.
- 3 - DE MUYLDER X.
Vaginal delivery after caesarean section: is it safe in a developing country ?
Aust. N.Z. J. Obstet Gynecol, 1988, 28 (2) : 99-102.
- 4 - PICAUD A, 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.
- 5 - TSHILOMBO KM, MPUU L., NGUMA M., WOLOMBY M., TOZIN R, YANGA K.
Accouchement chez la gestante zaïroise antérieurement césarisée.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1991, 20 : 568-574.
- 6 - ABBASSI H., ABOULFAHAH A., KARROUMI M., BOUHYA S., BEKKAY M.
Accouchement des utérus cicatriciels : peut-on élargir l'épreuve utérine ?
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1998, 27 : 425-429.
- 7 - DE MUYLDER X.
Caesarian sections in developing countries : some considerations.
Health Policy and Planning, 1993, 8 (2) : 101-112.
- 8 - DE MUYLDER X., AMY JJ.
Caesarean section rates in an African country.
Paediatric and Perinatal Epidemiology, 1993, 7: 234-244.
- 9 - DOUGLAS RG, BIRNBAUM ST.
Pregnancy and labor following cesarean section.
Am. J. Obstet Gynecol, 1963, 86 : 961-971.
- 10 - MEEHAN FP, MOOLGAOKER AS. STALLWORTHY J.
Vaginal delivery under caudal analgesia after cesarean section and other major uterine surgery.
Br. Med. J., 1972, 2 : 740-742.
- 11 - HERLICOVIEZ M., VON THEOBALD P, BARJOT P, MARIE G, UZAN M, MULLER G, LEVY G.
Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel.
Rev. Fr. Gynecol. Obstet., 1992, 87(4) : 209-218.
- 12 - BERGER D, RICHARD H., GRALL JY., LEVEQUE J., GIRAUD JR, PALARIC X., POULAIN P.
Utérus cicatriciel. Résultats et sélection des patientes à l'accouchement voie basse. A propos de 844 dossiers.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1991, 20 (1) : 116-122.
- 13 - DIALLO FB, IDI N, VANGEENDERHUYSEN C, BARAKA D.
La rupture utérine à la maternité centrale de référence de Niamey.
Méd. Afrique Noire, 1998, 45 (5) : 310-315.
- 14 - CABALLERO A., BRABO A.
Importance de la cicatrice de césarienne.
Rev. Fr. Gynecol., 1968, 63 : 426-435.
- 15 - SALDANA LR, SCHULMAN H, REUSS L.
Management of pregnancy after cesarean section.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1979, 135 : 555-561.
- 16 - GIBES GE.
Planned vaginal delivery following cesarean section.
Clin. Obstet. Gynecol. 1980, 23 : 507-512.
- 17 - CHENG C., BARI SAIFUDDIN A.
Deliveries after cesarean birth in two Asian university hospital.
Gynecol Obstet, 1983, 21 : 11-16.
- 18 - LANKOANDE J, OUEDRAOGO CMR, TOURE B, OUEDRAOGO A, AKOTIONGA M, SANO D, DAO D, KONE B.
A propos de 80 cas de ruptures utérines à la maternité du Centre Hospitalier National de Ouagadougou.
J. Gynecol. Obstet. Biol Reprod, 1997, 26 : 715-719.
- 19 - ZINE S, ABED A, SFAR E, MOUEIHI T, CHELLI H.
Les ruptures utérines au cours du travail. A propos de 106 cas observés au centre de maternité de Tunis.
Rev. Fr. Gynecol. Obstet, 1995, 90, (3) : 166-173.
- 20 - VAN-DER-MERWE JV, OMBELET WU.
Rupture of the uterus : a changing picture.
Arch. Gynecol., 1987, 240 (3) 4, 159-171.
- 21 - AKOTIONGA M., LANKOANDE J, GUE MJ., KONE B.
Ruptures utérines à la maternité du CHN-YO.
Méd. Afrique Noire, 1998, 45 (8-9) : 508-510.