



*Maternal complications of the delivery in a scarred uterus at the Borgou's regional hospital center / (Republic of Benin)*

**HOUNKPONOU N.F.M<sup>1</sup>., SALIFOU.K.<sup>1</sup>, TCHAOUA.B.<sup>2</sup>, HOUNKPATIN BIB<sup>3</sup>,  
OBOSSOU A.A.A.<sup>1</sup>, KOMONGUI. D<sup>3</sup>, PERRIN. R.X<sup>3</sup>.**

<sup>(1)</sup> Unité d'enseignement et de recherche en Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin

<sup>(2)</sup> Service d'anesthésie-réanimation et des urgences Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin

<sup>(3)</sup> Faculté des sciences de la santé à Cotonou, Bénin  
noumafanny@yahoo.fr

## RESUME

**Introduction** L'accouchement dans un utérus cicatriciel est un accouchement à risque élevé. Il fait appel à une surveillance rigoureuse et structurée. **Objectif** Cette étude avait pour objectif de décrire les complications maternelles des accouchements dans un utérus cicatriciel au Centre Hospitalier Départemental du Borgou à Parakou (Bénin).

**Méthodes** Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive et analytique menée du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2010. Elle a porté sur les parturientes ayant un utérus uni cicatriciel après césarienne. **Résultats** Durant la période de l'étude, 5788 femmes étaient admises pour un accouchement ; 697 (12%) avaient un utérus cicatriciel dont 541 (77,6%) étaient uni cicatriciel pour césarienne. Parmi les 249 (46%) épreuves utérines, 194 (78%) femmes avait accouché par voie basse. La révision utérine avait été systématique dans 83% des cas d'accouchements par voie basse. Les complications après l'accouchement par voie basse avaient été recensées dans 4,12%. Il s'agissait de la déhiscence de l'ancienne cicatrice (12,5%), de l'hyperthermie (12,5%), de l'endométrite (12,5%), de la déchirure périnéale (62,5%). Les complications post césariennes (4,61%) étaient représentées par la suppuration pariétale (62,5%), l'anémie sévère (25%), l'hémorragie du post partum (6,35%) et le lâchage de fils (6,25%). Aucun décès maternel n'a été enregistré. **Conclusion** Nos résultats suggèrent la possibilité de l'accouchement par voie basse dans un utérus unicicatriciel.

**Mots clés** : Utérus cicatriciel – épreuve utérine – accouchement – complications maternelles.

## ABSTRACT

**Introduction:** Childbirth in a cesarean delivery is a high risk. It requires a rigorous and structured monitoring. **Objective** The aim of this study was to describe the maternal complications of the childbirth in a uniscarred uterus at the Borgou's teading Regional Hospital Center in Parakou (Republic of Benin). **Methods** It was a retrospective, descriptive and analytical study carried out from January 1st, 2008 to December 31st, 2010. It was related to the parturient having an uniscarred uterus after a cesarean section. **Results** During the period of the study, 5788 women were received for childbirth. Among these women, 697 (12%) had a scarred uterus of which 541 (77.6%) was uniscarred due to a cesarean section. Among the 249 (46%) uterine trials, 194 (78%) women had vaginal delivery. The uterine revision has been systematic in 83% of cases of vaginal delivery. Narrowed basins and acute fetal distress accounted for 41.3% of the for cesarean section indications. Complications after childbirth by vaginal delivery had been listed and accounted for 4.12%. Complications were old scar dehiscence (12.5%), hyperthermia (12.5%), endometritis (12.5%) and the perineal tear (62.5%). The post cesarean section complications (4.61%) were parietal suppurations (62.5%), severe anemia (25%), post-partum hemorrhage (6.35%) and suture dropping (6.25%). No maternal death was registered. **Conclusion** Our results suggest the possibility of the vaginal childbirth in uniscarred uterus.

**Key words:** scarred uterus - uterine trial - delivery - maternal complications.

## INTRODUCTION

L'accouchement dans un utérus cicatriciel est un accouchement qui se déroule chez une parturiente ayant déjà subi une ou plusieurs interventions chirurgicales sur l'utérus [1,2]. La conduite à tenir devant un utérus cicatriciel a évolué au cours du siècle. D'après Niro et al., la césarienne majeure la morbidité maternelle et périnatale en comparaison à l'accouchement par voie basse [3]. Plusieurs travaux ont montré les avantages de l'accouchement par voie basse dans un utérus cicatriciel en terme économique, de morbidité et de mortalité maternelle sans aggraver le pronostic fœtal [4]. L'objectif de cette étude était de déterminer la fréquence, les voies et le pronostic de l'accouchement dans un utérus unicicatriciel par césarienne à la maternité du Centre Hospitalier Départemental du Borgou (CHD/B) à Parakou (Bénin).

## MATERIEL ET METHODES

**Type d'étude** : Il s'est agi d'une étude rétrospective, descriptive.

**Période et cadre d'étude** : L'étude s'est déroulée du 1<sup>er</sup> janvier 2008 au 31 décembre 2010 à la maternité du Centre Hospitalier Départemental du Borgou à Parakou.

**La population d'étude** : Elle était constituée de toutes les gestantes ayant un utérus uni cicatriciel par césarienne.

L'échantillonnage a été exhaustif.

Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents liés à la grossesse et à l'accouchement actuel, les caractéristiques de l'examen clinique du bassin, le mode d'accouchement et les complications maternelles.

L'épreuve utérine a consisté à essayer un accouchement par voie basse dans un utérus cicatriciel.

A été considéré comme un accouchement à terme, l'accouchement qui a eu lieu entre 37 et 41SA, comme dépassement de terme, l'accouchement qui a lieu après le terme de 42SA. L'accouchement prématuré est celui qui a lieu entre 28 et 36 SA.

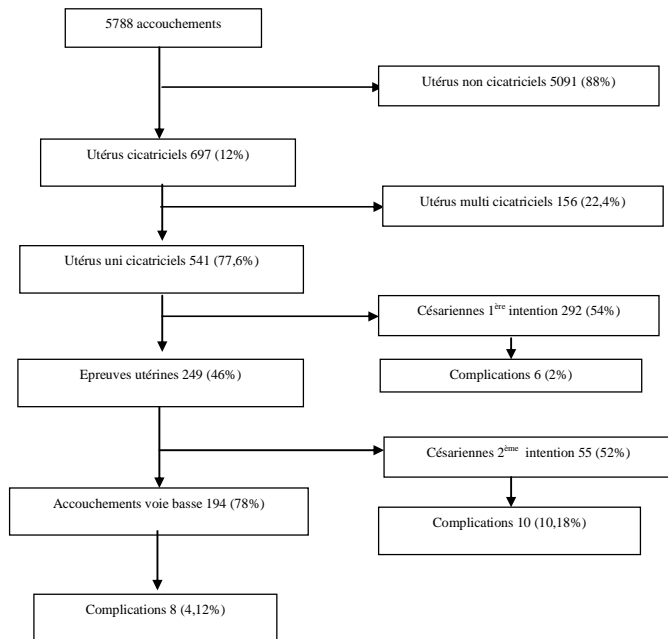
Traitement et analyse des données : les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche de dépouillement et le traitement des données a été effectué par le logiciel Excel 2007. Pour les va-

riables qualitatives les proportions ont été calculées et pour celles quantitatives les moyennes ont été calculées avec écart-type.

Considérations éthiques : Les autorisations ont été obtenues des autorités administratives du CHD/B et la confidentialité des données recueillies a été respectée.

**RESULTATS**

Pendant la période d'étude, 5788 femmes avaient accouché, au nombre desquelles, 697 avaient un utérus cicatriciel. La figure 1 représente le diagramme de flux des parturientes ayant accouché pendant la période d'étude.



**Diagramme de flux des parturientes ayant accouché du 1er janvier 2008 au 31 décembre 2010 à la maternité du Centre Hospitalier Départemental du Borgou à Parakou.**

Des antécédents médicaux pathologiques ont été trouvés chez 47 femmes (8,7%) dont 37 avec des ATCD d'hypertension artérielle, 6 avec des ATCD de drépanocytose et 4 avec des ATCD de diabète.

La consultation prénatale (CPN) a été réalisée chez 417 gestantes (77,1%). Parmi elles, 232 (55,6%) avaient fait 4 CPN et 185 (44,4%) moins de 4 CPN.

La surveillance échographique avait été effective chez 280 gestantes (51,7%).

A l'examen clinique, le bassin avait été normal chez 347 gestantes (64,10%), généralement rétréci chez 70 gestantes (13%), limite chez 105 gestantes (19,40%) et non appréciable chez 19 gestantes (3,50%).

A l'accouchement, 454 parturientes (83,9%) étaient à terme, 67 (12,4%) avaient accouché au terme de 28 à 36 SA. Un dépassement de terme a été noté chez 20 parturientes (3,7%).

La révision utérine systématique avait été réalisée chez 161 parturientes (83%) ayant accouchées par voie basse.

Dans 8 cas (4,12%), des complications ont été enregistrées après accouchement par voie basse. Les complications post opératoires avaient été enregistrées dans 16 cas (4,61%) dont 6 cas après la césarienne de 1ère intention et 10 cas après la césarienne de 2ème intention. Les tableaux I et II résument les différentes complications observées.

**Tableau I:** Répartition des parturientes selon les complications après accouchement par voie basse

Type de complications voie basse	Fréquence	Pourcentage
Hyperthermie	1	12,5%
Déchirure périnéale	5	62,5%
Endométrite du post partum	1	12,5%
Déhiscence de l'ancienne cicatrice	1	12,5%
Total	8	100,0%

**Tableau II:** Répartition des complications post-opératoires selon le mode d'accouchement

	Césarienne 1ère intention	Césarienne 2ème intention
Anémie sévère	1	3
Suppuration pariétale	4	6
Hémorragie du post partum	0	1
Lâchage de fils de suture	1	0
Total	6	10

Au total, parmi les 541 parturientes, 24 (4,44%) avaient présentées des complications après l'accouchement.

Aucun décès maternel n'avait été enregistré.

**DISCUSSION**

Notre étude avait porté sur les parturientes présentant un utérus uni cicatriciel de césarienne. Sur les 5788 accouchements survenus au CHD/B pendant la période d'étude, 697 femmes porteuses de cicatrices de césarienne avaient été recensées (12%) dont 541 avaient un utérus unicicatriciel (77,6%).

A l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) à Cotonou, Amadji, 2010 [5] a rapporté un taux d'accouchement dans les utérus cicatriciels de 19,22% et 13,67 % sur utérus unicicatriciel. Ce taux d'accouchement dans les utérus cicatriciels est supérieur au nôtre. Par contre, celui des accouchements dans les utérus unicicatriciels est inférieur à celui de notre série.

A la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) de Cotonou, Lokossou et al. de 1999 à 2003 [6], trouvaient un taux d'accouchement dans un utérus cicatriciel de césarienne de 94,6 % dont 82,4% n'avaient qu'une seule cicatrice de césarienne. Ces taux sont nettement supérieurs aux nôtres.

Les taux d'accouchement sur utérus uni cicatriciel de notre série se rapprochaient de ceux retrouvés dans la littérature : 75,1% à 89,6% (Bambara et al. en 2007, Hamet Tidjani et al. en 2001) [1,2]. En France en 1992, la prévalence des utérus cicatriciels était estimée à 10,05 % par Herlicoviez et al. en 1992 [7]. Vendetelli et al. en 1993 [8] avait trouvé par contre 5,86%. Les accouchements sur utérus cicatriciel représentaient 20 % de la totalité des accouchements en France Sentilhes, en 2008 [9].

Le taux élevé retrouvé dans notre étude peut s'expliquer par le fait que le CHD/B est un centre de référence de niveau II dans la pyramide sanitaire de notre pays.

Des antécédents médicaux pathologiques trouvés dans notre série pouvaient orienter vers les indications de césarienne antérieure qui ne sont pas précisées dans notre série.

Dans notre étude, le bassin avait été apprécié par l'obstétricien uniquement au cours de l'examen clinique. La non disponibilité de la radiopelvimétrie peut expliquer cet état de chose.

Cisse et al. en 1999 [12] à Dakar avait trouvé 45,5% de césarienne d'emblée contre 54% de notre série ; il trouvait également 55,5% d'épreuve utérine dont 85% d'accouchement par voie basse contre 46% d'épreuve utérine dont 78% d'accouchement par voie basse dans cette étude. La majorité des patientes accou-

chement par voie basse parmi les femmes soumises à l'épreuve utérine.

La révision utérine n'avait pas été systématique chez 33 (17,01%) parturientes ayant accouché par voie basse. Un cas de rupture utérine avait été objectivé soit 0,5% des cas d'accouchements par voie basse. Une observation similaire avait été faite par Lokossou et al. en 2008 [6] et par Amadji en 2010 [5] au Bénin. La rupture utérine s'expliquerait par le fait que certaines parturientes n'étaient référées qu'au stade de complication. Selon certains auteurs (D'ércole et al. en 2000 [4]) le caractère systématique de la révision utérine est actuellement contesté du fait de sa faible utilité diagnostique et de son risque traumatique et infectieux. Cette expérience doit nous amener à pratiquer la révision utérine qu'après un examen minutieux du placenta à la délivrance ou en cas de saignement important.

Il n'y avait pas de décès maternel dans notre d'étude. De nombreux auteurs avaient fait le même constat : Lokossou et al. en 2008 [6] au Bénin, Aboufalah et al. en 2000 [13]; Abbassi H. et al. en 1998 [14]; Cisse et al. en 1999 [12] au Sénégal ; Aboubakari et al. en 2009 [15] au Togo. D'autres auteurs comme Gurol-Urganci et al. en 2011 [16] au Sénégal avaient trouvé un taux de 0,34 % et Baeta et al. en 2003 [17] au Togo un taux de 0,35 %.

Dans notre série, la morbidité maternelle globale dans notre étude était de 4,44% constituée en majorité par la déchirure périnéale, l'anémie sévère et la suppuration pariétale. La morbidité était de 2,1% pour les césariennes de première intention, contre 18,2 % pour les césariennes de deuxième intention après échec de la voie basse. Cela souligne l'importance du risque post opératoire dans les césariennes réalisées en urgence.

Ce taux de morbidité maternelle varie selon les auteurs et selon la voie d'accouchement. Dans la série d'Aboufalah et al. en 2000 [13], le taux global de morbidité atteignait 39 %. Berger et al. en 1991 [18] rapportait sur une population de 884 parturientes un taux de 9,4% de complications pour la voie basse, 27% pour les césariennes après échec de la voie basse et 19% pour les césariennes prophylactiques.

## CONCLUSION

L'accouchement dans un utérus uni cicatriciel peut se faire par voie basse en l'absence de contre-indication. La césarienne itérative peut s'imposer avant tout début de travail d'accouchement ou pendant l'épreuve utérine.

## REFERENCES

BAMBARA M., ROUAMBA A., YARO S., OUATTARA H., LANKOANDE J., KONE B. Accouchement sur utérus cicatriciels : à propos de 120 cas à la maternité du CHU Sanou Sourou de Bobo-Dioulasso Burkina Faso. *Méd. Afr. Noire* 2007 ; 54 (11) : 561-568.

HAMET TIDJANI A., GALLAIS A., GARBA M. L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : à propos de 590 cas. *Méd. Afr. Noire* 2001 ; 48 (2) : 63-66.

NIRO J., VELEMIR L., VENDITTELLI F., JACQUETIN B., GALLOT D., LEMERY D. Accouchement avec utérus cicatriciel. *Rev. Méd. Périnat.*, 2010; 2 : 12-18.

D'ERCOLE C., BRETTELLI F., PIECHON L., SHOJAI R.,

BOUBLI L. La césarienne a-t-elle une indication en cas d'utérus cicatriciel. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 2000 ; 29 (2) : 51-67.

AMADJI B.B. Pronostic de l'accouchement dans un utérus unicatriciel à l'HOMEL. Mémoire de 3<sup>ème</sup> année du DES en gynécologie-obstétrique. 2010.

LOKOSSOU A., DE SOUZA J., ADISSO S., TAKPARA I., ADOGNIGO M.O., ALIHONOU E. Accouchement dans les utérus cicatriciels et risques obstétricaux. *Méd. Afr. Noire* 2008 ; 55 (5) : 277-283.

HERLICOVIEZ M., VON THEOBALD P., BARJOT P., MARRIE G., UZAN M. Conduite à tenir devant un utérus cicatriciel. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.*, 1992, 87(4) : 209-218.

VENDETELLI F., TABASTE JL., LABARCHEDE C. Rupture utérine sur utérus antérieurement césarisé: Revue de la littérature à propos de deux cas. *Rev. Fr. Gynecol. Obstet.*, 1993, 88 (5): 333-341.

SENTILHES L. Comment diminuer le taux de césarienne? *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 2008; 37: 10-12.

ADJAHOTO O.E., EKOUEVI D.K., HODONOU K.A.S. Facteurs prédictifs de l'issue d'une épreuve utérine en milieu sous-équipé. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 2001 ; 30 : 174-179.

HIBBARD J.U., ISMAIL M.A., WANG Y., TE C., KARRISON T., ISMAIL A.M. Failed vaginal birth after a caesarean section: How risky is it? *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 2001; 184(7)

CISSE C.T., EWAGNIGNON E., TEROLBE I., DIADHIOU F. Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1999; 28: 556-562.

ABOULFALAH A., ABBASSI H., EL KARROUMI M., MORSAD F., SAMOUH N., MATAR N., et al. Accouchement du gros bébé sur utérus cicatriciel : la place de l'épreuve utérine. A propos de 355 dossiers. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.* 2000 ; 29 : 409-413.

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: 425-429.

ABOUBAKARI A.S., AZOUMAH D., AGBETRA N., ADAMA H., AKPADZA K. Modalités et complications des accouchements après césariennes: étude de 160 cas colligés au CHU Kara. *Méd. Afr. Noire*, 2009 ; 56 (3) : 176-180.

GUROL-URGANC I., CROMWELL A.D., EDOZIEN C.L., ONWERE C., MAHMOOD A.T., VAN DER MEULEN H.J. The timing of elective caesarean delivery between 2000 and 2009 in England. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011; 11(43): 1-7.

BAETA S., TETE K.V.S., IHOU K.A., NYAME A.N., AKPADZA K. Pronostic obstétrical des gestantes porteuses de cicatrices de césarienne : à propos de 282 cas pris en charge au CHU de Lomé (TOGO). Abstracts du 7<sup>ème</sup> Congrès de la SAGO, SOMAGO II, Urgences obstétricales, Bamako 2003 : 182.

BERGER D., RICHARD H., GRALL J.Y., LEVEQUE J., GIRAUD J.R., PALARIC J.C. Utérus cicatriciel : Résultats et sélection des patientes à l'accouchement par voie basse. A propos de 884 dossiers. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, 1991 ; 20 : 116-123.