

## Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital général de référence de Katuba à Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Michel N. Ntanga <sup>1</sup>, Janvier M. Tawi <sup>1</sup>, Aline K. Ngomb <sup>1</sup>, Placide C. Bukasa <sup>1</sup>, Denis L. Lubo<sup>1</sup>,  
Anne-Marie K. Takulilwe <sup>1</sup>, Suzanne N. Mbiya <sup>1</sup>, Jean B. Mikobi <sup>1</sup>,  
Watson K. Kavula <sup>1</sup>, Richard Mukendi <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

<sup>2</sup> Département de Gynécologie-obstétrique, Faculté de médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

### Résumé

**Introduction.** L'accouchement sur utérus cicatriciel constitue un risque important de la désunion de la cicatrice utérine. L'objectif est de déterminer le pronostic fœto-maternel en cas d'accouchement sur utérus cicatriciel.

**Matériel et méthodes.** Il s'agit d'une étude descriptive transversale d'une période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2020 sur échantillonnage non probabiliste de convenance arrêté à 35 cas d'accouchements sur utérus cicatriciel sur un total de 408 cas d'accouchements à la maternité de l'hôpital général de référence (HGR) de Katuba à Lubumbashi.

**Résultats.** L'analyse des données montre que la fréquence d'utérus cicatriciel était de 8,58% ; l'âge moyen était de 33,7 ± 2,4 ans avec les extrêmes de 17 et 49 ans ; l'espace intergénéral supérieur ou égale à 2 ans était de 71,43% et 91,43% des femmes avaient suivi les consultations prénatales (CPN). La césarienne était indiquée chez certaines parturientes (54,29%), l'épreuve utérine était envisagée dans certaines circonstances (74,29%) avec un taux de la réussite de 62%. La morbidité par rupture utérine était de 5,71%, le pronostic maternel était bon à 97,14% des cas ; le décès maternel était de 2,86% des cas, 85,72% des nouveau-nés étaient en détresse respiratoire et 8,57% des décès périnatales.

**Conclusion.** L'accouchement sur utérus cicatriciel est à haut risque. Ainsi une bonne surveillance de la parturition permet de réduire sensiblement la mortalité fœto-maternelle.

**Mots-clés :** Accouchement, Utérus cicatriciel, Katuba, Lubumbashi.

### Introduction

La prise en charge de l'accouchement sur utérus cicatriciel est un sujet d'actualité qui fait toujours débat dans les pays en développement où les plateaux techniques, les ressources humaines qualifiées, la notification, la traçabilité et l'évaluation restent encore insuffisants et chaque jour la fréquence des

utérus cicatriciels est croissante suite à l'inflation des taux de césariennes dans le monde. Cet accouchement sur utérus cicatriciel constitue un risque important de la désunion de la cicatrice utérine [1].

Selon certaines études, l'utérus cicatriciel est devenu le premier motif de césarienne itérative et le risque de rupture utérine est estimé autour de 0,7, ce qui veut dire qu'environ 600 césariennes devraient être évitées [2].

### Correspondance:

Michel N. Ntanga, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 995 910 295 - Email: michelntanga@gmail.com

Article reçu: 05-08-2021      Accepté: 14-09-2021

Publié: 22-09-2021



Copyright © 2021. Michel N. Ntanga *et al.* 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.

Pour citer cet article: Ntanga MN, Tawi JM, Ngomb AK, Bukasa PC, Lubo DN, Takulilwe AMK, Mbiya SN, Mikobi JB, Kavula WK, Mukendi R. Accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital général de référence de Katuba à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Revue de l'Infirmier Congolais. 2021;5(2):48-56.

L'accouchement sur utérus cicatriciel constitue un défi en obstétrique du fait d'absence d'unanimité dans la conduite à tenir d'où les contradictions de l'obstétrique moderne dans la prise en charge ces dernières années. L'obstétricien est alors fréquemment sollicité à décider du mode d'accouchement le plus approprié à la mère et son fœtus [3,4].

En France, près de 10% des parturientes ont un utérus cicatriciel [4]. Son étiologie principale demeure l'antécédent de césarienne et en cas d'accouchement sur utérus cicatriciel, la rupture utérine demeure la complication majeure qui survient le plus souvent pendant le travail [4]; c'est ainsi que certains auteurs privilégient d'emblée la césarienne par crainte de la rupture utérine [5], tandis que d'autres préconisent un accouchement par voie basse si des paramètres précis sont observés [6].

Les recommandations émises par les sociétés savantes d'obstétrique insistent sur le fait que l'épreuve utérine est une option raisonnable [7-9]. Cette épreuve utérine doit tenir compte du lieu d'accouchement, du plateau technique de la maternité, des caractéristiques de la patiente, de la qualification du personnel soignant, des facteurs obstétricaux et des pratiques obstétricales [10].

En République Démocratique du Congo (RDC), quelques auteurs se sont intéressés à l'accouchement sur utérus cicatriciel et un score prédictif appelé « le score de MOMAT » avait été défini pour prédire l'échec de l'épreuve utérine [11]. En 2013 aux Cliniques Universitaires de Kinshasa, la fréquence d'accouchements sur utérus cicatriciel était de 8,45% avec une morbidité maternelle (rupture utérine) de 4,6%, une mortalité maternelle nulle et une mortalité périnatale de 29%, alors que cette fréquence était, trente années plutôt, de 2,43% dans la même institution [12].

Au vu de la revue de la littérature, il est clair que la gestion d'une parturiente avec un utérus cicatriciel n'est pas aisée pour la sage-femme et le médecin, et l'issue de l'accouchement dépend de la décision prise par l'équipe obstétricale. Ainsi, face à cette situation, l'objectif de cette étude vise à déterminer le pronostic fœto-maternel en cas d'accouchement sur utérus cicatriciel à l'hôpital général de référence de Katuba.

### Matériel et Méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale d'une période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2020 sur échantillonnage non probabiliste de convenance arrêté à 35 cas d'utérus cicatriciel sur un total de 408 cas d'accouchements enregistrés à la maternité de l'hôpital

général de référence (HGR) de Katuba à Lubumbashi. La collecte des données a été rétrospective basée sur la lecture documentaire (lecture des partogrammes, des registres d'accouchements et des fiches médicales). Ont été incluses les parturientes porteuses d'utérus cicatriciel, ayant accouché à un âge gestationnel supérieur ou égal à 28 semaines. Les données ont été saisies sur Excel 2016 puis analysées sur Epi Info version 7.2.0.1.

### Résultats

L'analyse de ce travail démontre que, la fréquence d'accouchement sur utérus cicatriciel était de 8,58% à l'hôpital général de référence de Katuba au courant de l'année 2020.

**Tableau 1. Age, statut matrimonial, âge gestationnel, suivi prénatal et espace intergénérisque**

Variables	Effectif (n = 35)	Pourcentage
<b>Tranche d'âge</b>		
< 20 ans	3	8,57
20-34 ans	17	48,57
≥ 35 ans	15	42,86
<b>Statut matrimonial</b>		
Mariée	33	94,29
Célibataire	2	5,71
<b>Age gestationnel</b>		
< 37 SA	1	2,86
≥ 37SA	34	97,14
<b>Suivi prénatal</b>		
Oui	32	91,43
Non	3	8,57
<b>Espace intergénérisque</b>		
< 2 ans	10	28,57
≥ 2 ans	25	71,43

L'analyse de données montre que la tranche d'âge de 20-34 ans était la plus représentée dans 48,57% pour une moyenne d'âge de 33,7 ± 2,4 ans avec les extrêmes compris entre 17 et 49 ans. Au sujet du statut matrimonial, l'analyse de données révèle que 94,29% des femmes étaient mariées.

L'âge gestationnel était supérieur ou égal à 37 SA dans 97,14% de cas. En rapport avec les CPN, il s'avère que la plupart des femmes avec utérus cicatriciel avaient suivi les CPN dans 91,43% des cas; cependant, l'espace intergénérisque était supérieur ou égal à 2 ans dans 71,43% des cas.

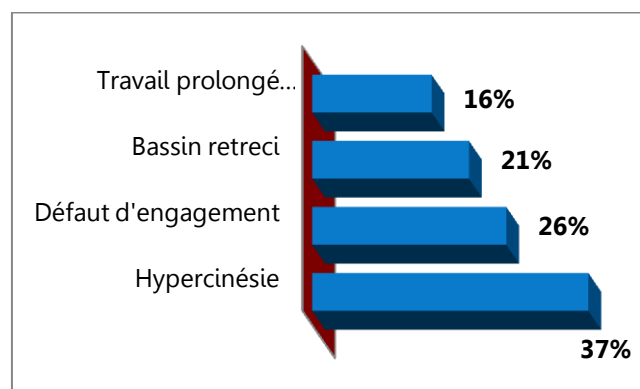
**Tableau 2. Parité, autorisation de l'épreuve utérine, voie d'accouchement, causes des césariennes antérieures, rupture utérine sur utérus cicatriciel, pronostic maternel et pronostic de nouveau-né**

Variables	Effectif (n = 35)	Pourcentage
<b>Parité</b>		
Primipare	5	14,29
Paucipare	7	20
Multipare	15	42,85
Grande multipare	8	22,86
<b>Autorisation de l'épreuve utérine</b>		
Oui	26	74,29
Non	9	25,71
<b>Voie d'accouchement sur utérus cicatriciel</b>		
Césarienne	19	54,29
Voie vaginale	16	45,71
<b>Causes des césariennes antérieures</b>		
Eclampsie	9	25,71
Mauvaise présentation	4	11,43
Procidence du cordon	3	8,57
Bassin rétréci	6	17,14
Hématome retroplacentaire	5	14,29
Placenta prævia	6	17,14
Macrosomie	2	5,71
<b>Rupture utérine sur utérus cicatriciel</b>		
Oui	2	5,71
Non	33	94,29
<b>Pronostic maternel</b>		
Décès maternel	1	2,86
Bon état maternel	34	97,14
<b>Pronostic de nouveau-né</b>		
Mort périnatale	3	8,57
Détresse respiratoire (asphyxie)	30	85,72
Bon état	2	5,71

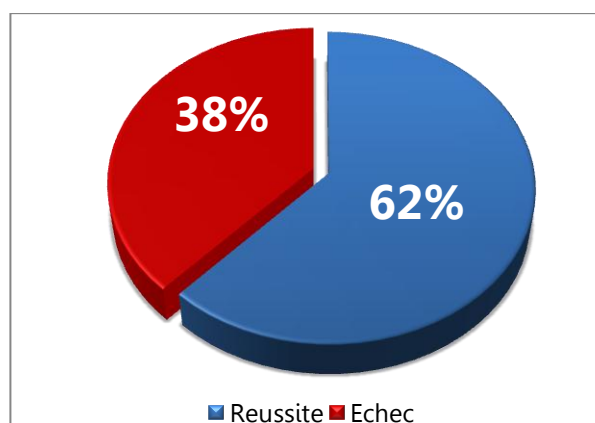
Les multipares étaient de 42,85% des cas et l'éclampsie était la principale indication des césariennes antérieures dans 25,71% des cas après une épreuve utérine dans 74,29% des parturientes. S'agissant d'accouchement sur utérus cicatriciel, il s'avère que la césarienne était plus pratiquée en cas d'un utérus cicatriciel dans 54,29% des cas, tandis que l'accouchement par voie vaginale s'est déroulé dans 45,71% des cas.

En rapport avec la rupture utérine sur utérus cicatriciel, le résultat montre que 2 cas avaient été enregistrés, ce qui représente un taux de morbidité par rupture utérine sur utérus cicatriciel de 5,71%. L'analyse des résultats montre que presque la quasi-totalité de parturientes avec un utérus cicatriciel avaient un bon pronostic dans 97,14% des cas, néanmoins un cas de décès maternel a été enregistré ce qui représente une mortalité maternelle de 2,86% des cas.

En rapport avec le pronostic fœtal, l'analyse de données révèle que la majorité des nouveau-nés était en détresse respiratoire dans 85,72% des cas et la mort périnatale a été enregistrée dans 8,57% des cas.

**Figure 1. Indications de la césarienne sur utérus cicatriciel**

Dans notre série, l'hypercinésie, défaut d'engagement (macrosomie), le bassin rétréci et le travail prolongé étaient les indications de la césarienne respectivement dans 37%, 26%, 21% et 16% (Figure 1). Le taux de la réussite de l'épreuve utérine était de 62% et le taux d'échec de l'épreuve utérine de 38% (Figure 2).

**Figure 2. La réussite et l'échec de l'épreuve utérine**

## Discussion

Du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2020, nous avons colligé 35 cas d'accouchements sur utérus cicatriciel pour un

total de 408 cas d'accouchements à l'hôpital général de référence de Katuba, ce qui présente une fréquence de 8,58%.

D'autres études montrent une fréquence inférieure à notre notamment l'étude de Picaud en 1990 au Gabon a révélé une très faible fréquence de 0,97% [13], Minkobame en 2020 à Libreville au Gabon a trouvé une fréquence de 2,6% [14], Neuhaus à Cologne en Allemagne entre 1979 et 1995 a trouvé une fréquence d'accouchement sur utérus cicatriciel de 7,16% [15]; Aisien au CHU de l'Université du Bénin a trouvé une fréquence de 7,5% en 2004 [16] et Mimbula à l'hôpital Bon Berger de Tshikaji au Kasai Central en RRDC entre 2015 et 2016 a trouvé une fréquence de 8% [17]. Par ailleurs notre fréquence est presque identique à celle de 8,45% trouvée en 2013 par Boffendakini aux cliniques universitaires de Kinshasa en République Démocratique du Congo [12]. Par contre une fréquence un peu plus élevée de 14,23% a été trouvée entre le 1<sup>er</sup> Mars 2016 et le 31 Mai 2017 à la maternité du CHU d'Owendo au Gabon par Sima Ole B [18]. En 2018 dans la ville de Butembo en RDC Mumbere trouvait que les accouchements sur utérus cicatriciels représentaient 20% de l'ensemble des accouchements [19]. L'inflation des césariennes dans le monde a fait augmenter le taux d'utérus cicatriciel posant un problème sérieux de pronostic pour les grossesses suivantes [14]. Dans la littérature, l'accouchement sur utérus cicatriciel est fréquent et le sera de plus en plus à cause de l'augmentation inéluctable des indications de césarienne car le taux de césarienne n'a pas cessé d'augmenter ces dernières années, entraînant une élévation de l'incidence de l'utérus cicatriciel [16,20-24].

Au sujet de l'âge, du statut matrimonial et de la parité, nos résultats montrent que la tranche d'âge de 20-34 ans était la plus représentée dans 48,57% avec une moyenne d'âge de 33,7±2,4 ans avec les extrêmes compris entre 17 et 49 ans, le statut matrimonial était caractérisé par des femmes mariées dans 94,29%. Les données sur la parité montrent que la majorité était des multipares dans 42,85% des cas.

Les travaux menés ailleurs comme dans l'étude faite en 2018 à Libreville au Gabon qui montre que l'âge moyen des patientes étaient de 29,01±1,21 ans; parmi ces patientes, 46,5% étaient sans profession, 51,6% vivaient en concubinage et 40,6% étaient paucipares [14]. Dans une autre étude menée à la maternité du CHU d'Owendo au Gabon par Sima Ole B et ses collaborateurs entre 2016 et 2017, l'âge moyen était de 29,15±1,2 ans, plus de la moitié était paucipare et 50,29% d'entre elle était sans ressources [18]. Entre

2006 et 2007 au Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro de Bobo Dioulasso au Burkina-Faso, Adama Dembélé et ses collaborateurs trouvaient que la moyenne d'âge des patientes était de 26,2 ans et la parité moyenne de 4,3 [25]. Dans la littérature, la multiparité est considérée comme un facteur fragilisant de la cicatrice utérine, en effet des travaux histologiques pratiqués chez des parturientes montrent une prédominance du tissu fibreux gênant la cicatrisation d'hystérotomie et donc peut être à l'origine de rupture utérine [26,27].

En rapport avec les causes de la césarienne antérieure, l'analyse de données montre que l'éclampsie était la première cause de l'indication des césariennes antérieures dans 25,71% des cas.

Dans une autre étude menée à l'hôpital Matanda de Butembo par Mumbere les résultats montraient que 39,6% des parturientes avaient un rétrécissement pelvien sévère comme indication de la césarienne antérieure [19]. À Libreville au Gabon, Minkobame montre dans son étude que l'antécédent de césarienne liée à l'hypertension artérielle et ses complications était retrouvé dans 31,3% des cas de césarienne antérieure [14]. L'historique de l'utérus cicatriciel revient essentiellement à celle de la césarienne. En effet, la principale étiologie des cicatrices utérines est obstétricale le plus souvent suite à une césarienne et plus rarement d'origine gynécologique (myomectomie) [28]. Parce que la césarienne est la cause principale de l'utérus cicatriciel, ses indications devraient être basées sur un fondement obstétrical [29]. Lors du 15<sup>ème</sup> congrès de gynécologie-obstétrique de la côte d'Azur il a été prouvé que la confiance des patients dans le médecin est aveugle : « si le médecin dit que vous avez besoin de subir une césarienne, on ne se pose pas de question sur les raisons de cette césarienne et on fait généralement confiance » et la responsabilité du corps médical est considérable [1]. Dans certains milieux comme par exemple en Tunisie, certains médecins indiquent la césarienne sans raisons médicales ou obstétricales justifiées : c'est-à-dire pas de naissance par voie vaginale les jours fériés, durant les matchs clés du championnat ou au milieu de la nuit; les médecins préfèrent réaliser vite la césarienne pour ne pas être dérangé plus tard dans la nuit ou lors qu'un évènement important passe en direct sur la télévision [1]. Alors que depuis 1985, la communauté internationale de la santé considère que le taux de césarienne idéal se situe entre 10% et 15%. Depuis cette époque, l'accouchement par césarienne est de plus en plus fréquemment réalisé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Lorsqu'elle est médicalement

justifiée, la césarienne peut prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales. Toutefois, aucune donnée ne montre que l'accouchement par césarienne ait un effet bénéfique chez la femme ou le fœtus lorsqu'il n'est pas nécessaire. Comme toute intervention chirurgicale, la césarienne est associée à des risques à court et à long termes pouvant perdurer plusieurs années après l'accouchement et affecter la santé de la femme et de son enfant ainsi que les grossesses ultérieures. Ces risques sont accrus chez les femmes ayant un accès limité à des soins obstétricaux complets. Lorsqu'il n'est pas nécessaire [30]. Le taux de césarienne a continué d'augmenter malgré les efforts contre l'inflation des césariennes. Une raison majeure de cette augmentation est la pratique de la césarienne répétée élective [1]. Selon les données de la CNOPS 2012, le taux d'incidence de la césarienne est de 50% [1].

Au Maghreb, la tendance à la hausse des césariennes est également perceptible en termes des dépenses et par exemple au Maroc en 2011, 58% des actes d'accouchements se sont faits par césarienne contre 42% par voie basse dans le secteur privé. Par contre, dans le secteur public, la part d'accouchement normal par voie vaginale reste le plus important avec un taux de 81% contre 19% pour les césariennes [1]. En Tunisie, la césarienne est pourvoyeuse des recettes ; les césariennes sont mieux rémunérées par la CNAM (1260 Dinars Tunisiens contre 500 Dinars Tunisiens pour la voie basse) [1]. Vu que la gestion de l'accouchement sur utérus cicatriciel est difficile, chaque médecin devrait se remettre en question qu'il est le porteur de la responsabilité médicale du devenir obstétricale de la femme avant de décider d'une césarienne tout en ayant en tête l'issue des accouchements ultérieurs peut devenir un casse-tête pour la femme et pour les obstétriciens.

A propos de l'épreuve utérine, notre étude montre que l'épreuve utérine a été autorisée dans 74,29% des cas avec un taux de réussite de 62%.

D'autres recherches révèlent qu'à la maternité Souissi de Rabat en 2009, Mbarki trouvait dans son étude que l'épreuve utérine avait été autorisée chez 58,5% des cas avec un taux de succès de 98%, alors qu'elle s'est terminée par une césarienne de deuxième intention dans 2% des cas [31], selon l'étude de Valère, l'épreuve utérine était indiquée chez 30%, avec un taux de réussite de 76,3% [32], Minkobame à Libreville a trouvé que l'épreuve utérine a été proposée chez 75,8% des parturientes avec une réussite de 94,6% [14], Mumbere révèle qu'en 2018 à l'hôpital Matanda en ville de Butembo à l'Est de la RDC, 13% des parturientes avaient fait l'objet d'une épreuve utérine parmi lesquels 41,2%

avaient accouché par voie basse [19] et aux cliniques universitaires de Kinshasa entre 2006 et 2008, la fréquence de l'épreuve utérine était de 44,8% avec un taux de réussite de 80,7% [12]. L'étude des différentes séries de la littérature montre des résultats assez disparates : l'épreuve utérine est autorisée dans 27,8% à 88,2%, et sa réussite varie entre 45% et 92,5% [1]. La disparité des résultats rapportés dans la littérature est due à la différence des conditions médicales et à l'absence d'une attitude homogène entre les obstétriciens devant un accouchement sur utérus cicatriciel [1].

Certains auteurs indiquent la césarienne prophylactique devant l'existence de certains paramètres qu'ils considèrent comme étant des contre-indications formelles à l'épreuve utérine à savoir les cicatrices multiples, la cicatrice corporelle, la rupture utérine, la présentation irrégulière, le délai intergénéral inférieur à 6 mois, la surdistension utérine et le placenta prævia. D'autres auteurs ont essayé de démontrer que la présence de certains de ces paramètres ne peut contre-indiquer une épreuve utérine sur utérus cicatriciel [33,34]. Par ailleurs, selon l'étude de Boffendakini à Kinshasa, l'antécédent d'accouchement par voie basse, la dilatation cervicale supérieure à 3 cm, la présence des contractions utérines à l'admission, et le suivi de la consultation prénatale aux cliniques universitaires de Kinshasa, étaient les facteurs conditionnant la réussite de l'épreuve utérine [12]. L'incidence de l'utérus cicatriciel est en augmentation. L'épreuve utérine doit être privilégiée par rapport à la césarienne systématique. Le respect des indications de la voie d'accouchement et la surveillance du travail améliore la morbidité périnatale [18].

Concernant la voie d'accouchement en cas d'utérus cicatriciel, dans notre série, il s'avère que la césarienne était plus pratiquée en cas d'un utérus cicatriciel (54,29%), tandis que l'accouchement par voie vaginale s'est déroulé dans 45,71% et l'hypercinésie était la première cause de l'indication de la césarienne sur utérus cicatriciel (37%) suivi de la macrosomie (26%), le bassin rétréci (21%) et le travail prolongé (16%).

Dans une autre étude réalisée au Maroc à la maternité Souissi de Rabat en 2009, il ressort que la césarienne prophylactique était réalisée dans 35,5% des cas dont la principale indication était le bassin limite dans 17,5% [31]. Dans l'étude de Valère, l'accouchement par voie basse était corrélé à la parité, aux antécédents d'accouchement par voie basse, et à la macrosomie fœtale et inversement corrélé au nombre de cicatrices [32]. Au Centre Hospitalier Universitaire Sanou Souro de Bobo Dioulasso du 1<sup>er</sup> août 2006 au 1<sup>er</sup> août 2007,

une césarienne d'emblée a été pratiquée chez 44% des parturientes ayant un utérus cicatriciel [25]. Au CHU d'Owendo au Gabon l'étude de Sima Ole B révèle que l'utérus était monocicatriciel chez 90,91% des parturientes et la césarienne avait été réalisée chez 59,76% des parturientes, parmi elles, 18,8% en cours de travail et 40,24% avaient accouché par voie basse après une épreuve utérine [18]. Certains auteurs ont tendance à privilégier la césarienne comme méthode de prise en charge d'une parturiente porteuse d'un utérus cicatriciel [35]. D'autres préconisent un accouchement par voie basse si des paramètres précis sont observés [36]. Pour d'autres, aucune approche de prise en charge n'est d'avance décidée concernant les parturientes porteuses d'utérus cicatriciel [25]. L'aphorisme de Cragin [37] datant de 1916 et prônant « césarienne une fois-césarienne toujours » est actuellement largement révolu et depuis quelques années ; désormais l'accouchement par voie basse peut être proposé légitimement sans pour autant augmenter les risques materno-fœtaux. Mais la césarienne itérative de principe pour utérus cicatriciel reste encore fréquente, surtout aux Etats-Unis et dans les pays africains, ainsi l'obstétricien est de plus en plus confronté aux problèmes de l'accouchement sur utérus cicatriciel [38]. Les accouchements vaginaux sur utérus cicatriciel sont en effet admis et pratiqués dans de nombreux centres d'obstétrique-gynécologie à travers le monde. Une cicatrice utérine ne représente plus une indication formelle pour une nouvelle césarienne [29]. L'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel représente l'issue optimale. Cela participera à freiner l'ascension mondiale que connaît le taux des césariennes. Nous sommes conscients que ce ne saurait se faire tant que le praticien ne sera pas convaincu de la sécurité materno-fœtale que procure l'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel. En effet, les progrès réalisés ces 2 dernières décennies dans la prise en charge des utérus cicatriciels grâce à une meilleure direction du travail, et la généralisation des césariennes segmentaires ont rendu possible l'accouchement par voie basse chez les patientes antérieurement césarisées [31].

Cependant, la crainte de rupture utérine, et l'absence d'attitude unanime face aux cicatrices utérines ont conduit à la diminution récente des taux d'épreuve utérine et des accouchements par voie basse. Certes, la rupture utérine est la crainte de tous les obstétriciens, Cependant, plusieurs travaux ont montré que ce risque est faible, et que sa survenue n'aggrave pas le pronostic materno-fœtal [39]. Les risques de complications maternelles sont rares. La comparaison entre une tentative d'accouchement par voie basse après césarienne et une césarienne programmée en cas

d'antécédent de césarienne montre toutefois une augmentation du risque de rupture utérine complète en cas de tentative de voie basse après césarienne. Mais le rapport bénéfices/risques intégrant les risques de complications maternelles à court et à long termes est favorable à la tentative d'accouchement par voie basse dans la majorité des cas [40].

Pour ce qui est de l'espace intergénésiq ue et la rupture utérine notre étude montre que l'espace intergénésiq ue était de supérieur ou égal à 2 ans dans 71,43% des cas et le taux de morbidité par rupture utérine sur utérus cicatriciel est de 5,71%.

D'autres publications menées en République Démocratique du Congo premièrement en ville de Butembo à l'hôpital Matanda par Mumbere révèlent que 72,8% des parturientes avaient un intervalle intergénésiq ue compris entre 13-24 mois avec 8,8% de cas de pré-rupture utérine [19] et aux cliniques universitaires de Kinshasa, le taux de la rupture utérine était de 4,6% entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 31 décembre 2008 selon l'étude de Boffendakini et ses collaborateurs [12]. Au CHU d'Owendo au Gabon, 2 ruptures utérines ont été enregistrées (1,83%) entre le 1<sup>er</sup> Mars 2016 et le 31 Mai 2017 [18]. Au CHU du Bénin, la morbidité majeure après un accouchement par voie basse était la rupture utérine avec une incidence de 1,5% et 3 des ruptures utérines se sont produites avant l'admission parce que les patientes travaillaient à domicile [16]. Plusieurs études montrent une augmentation du taux de rupture utérine en cas de grossesse rapprochées par exemple Esposito et ses collaborateurs ont constaté qu'un intervalle de temps inférieur à 6 mois était associé à un risque de rupture utérine non négligeable [41]. Expédition TD et ses collaborateurs retrouvent dans leurs études un risque de rupture utérine trois fois plus élevé en cas d'épreuve utérine réalisée dans moins de 18 mois après la césarienne [42]. Cisse *et al.* ont constaté qu'une cicatrice datant de moins d'un an est une indication de césarienne prophylactique [20]. On constate donc qu'un intervalle de temps diminué entre les grossesses est en relation avec une augmentation du

risque d'échec de l'épreuve utérine, cependant la littérature n'indique pas de valeur précise [1]. En général après la première césarienne, l'espace inter génésiq ue minimum autorisé est de 6 mois. Mais on constate des grossesses avant 6 mois par absence de planification de grossesse [1]. En effet, depuis la généralisation de l'hystérotomie segmentaire transversale, la symptomatologie de la rupture utérine sur utérus cicatriciel est devenue moins brillante avec comme corollaire une diminution importante de la morbidité et la mortalité materno-fœtales. C'est cette constatation qui a permis d'envisager l'épreuve utérine

chez les patientes antérieurement césarisées [27]. De nombreuses études ont noté que le risque de rupture utérine sur utérus cicatriciel augmente avec l'augmentation de la tentative par voie basse. Cette constatation a entraîné plus de prudence de la part des obstétriciens dans l'acceptation de l'épreuve utérine chez les parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel, et par conséquent l'augmentation du taux de césarienne [43]. Mais plusieurs auteurs trouvent que cet incident est plus fréquent pour le groupe échec d'épreuve utérine par rapport à celui de succès de l'épreuve utérine et que le risque absolu reste faible pour les deux groupes épreuve de travail et césarienne élective [16,26]. Hibbard note que le risque de rupture utérine est 9 fois plus important pour le groupe échec d'épreuve utérine par rapport à celui de succès de l'épreuve utérine [44]. Ofir note pour sa part qu'il n'y a pas de différence concernant le pronostic materno-fœtal au cours des ruptures utérines entre l'utérus cicatriciel et l'utérus intact [45]. Neuhaus trouve que le taux élevé de succès de la voie basse (86% des épreuves utérines), associé à des taux bas de ruptures utérines peut être attribué à l'attitude défensive de son équipe obstétricale imposant la césarienne devant tout " tableau de rupture utérine imminente" [15].

Au sujet du pronostic fœtal, notre étude montre que presque la quasi-totalité des parturientes avec un utérus cicatriciel avaient un bon pronostic dans 97,14%, néanmoins un cas décès maternel a été enregistré soit 2,86% des cas et la majorité des nouveau-né était en détresse respiratoire dans 85,72% et la mortalité périnatale a été enregistrée dans 8,57%.

A Butembo, la mortalité maternelle était nulle et 5,9% de cas de souffrance fœtale aiguë. 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 [19]. En 2012 dans un hôpital universitaire de Burkina-Faso, la mortalité maternelle était nulle et la mortalité périnatale était relativement importante [25]. Dans l'étude de Mbarki au Maroc, aucun cas de décès maternel n'a été noté, ni de rupture utérine, mais 5 cas de rétention placentaire soit 1,25% ont été enregistrés. Quant au bilan fœtal, cette étude a relevé 4 cas de décès néonataux, soit un taux de mortalité néonatale de 10 pour 1000 naissances vivantes, 75% de décès néonataux à la suite d'accouchement par voie basse, et

25% survenant après césarienne. La détresse respiratoire a été diagnostiquée chez 8 nouveaux nés, soit un taux global de 2%, dont 1,5% chez ceux accouchés par voie haute par comparaison à 0,5% accouchés par voie basse [31]. Au CHU d'Owendo au Gabon, la mortalité maternelle a été nulle et 2 nouveau-nés décédés soit 1,83% ont été enregistrés [18]. Au CHU du Bénin entre 1999 et 2003, Aisien a trouvé un décès maternel survenu à la suite d'une rupture utérine et d'une hémorragie du post-partum, ce qui donne un taux de létalité de 0,3%. Le taux de mortalité périnatale corrigé était de 15,2/1000, principalement en raison d'une dystocie, d'un décollement placentaire et d'une souffrance fœtale [16]. Dans les différentes séries des études les auteurs révèlent que la morbidité maternelle a augmenté par les anomalies d'insertions placentaires, responsables de complications hémorragiques graves [2]. Rosen [29] rapporte dans sa méta-analyse une augmentation non significative de la mortalité fœtale dans le groupe d'accouchement par voie basse par rapport au groupe de césarienne élective. Par contre, Gordon Smith [46] a trouvé que le risque de décès périnatal en rapport avec le mode d'accouchement est 11 fois supérieur dans le groupe d'épreuve utérine par rapport au groupe de césarienne élective. Il constate que 85% de ces décès surviennent après 39 semaines d'aménorrhée. Il conclut que le risque absolu de décès périnatal associé à l'épreuve du travail après un accouchement par césarienne antérieure est faible [46].

### Conclusion

L'accouchement sur utérus cicatriciel est à haut risque maternel et fœtal, sa fréquence à l'hôpital général de référence de Katuba à Lubumbashi était de 8,58% avec une mortalité maternelle de 2,86% et périnatale de 8,57%. Une bonne surveillance de la parturition a permis de réduire sensiblement la mortalité maternelle.

Ainsi la lutte contre l'augmentation des césariennes électives est nécessaire pour mettre fin à l'inflation de cas de césariennes qui est la cause principale de l'utérus cicatriciel. Aussi, l'intégration des protocoles de surveillance du travail d'accouchement sur utérus cicatriciel comme le score prédictif de Momat pourrait aider dans la prise des décisions.

---

*Conflits d'intérêt : Aucun.*

### Références

1. Mouloud Zemouchi, Asmaa Lachemat, Mohamed Said Oukid. Problématique de l'utérus cicatriciel au Maghreb. 15<sup>ème</sup> Journée Congrès international de

Gynécologie Obstétrique & Reproduction de la côte d'Azur. 28-30 juin 2017.

2. Niro L, Velemir F, Vendittelli B, Jacquetin D, Gallot, D. Lémyery. Accouchement avec utérus cicatriciel. *Revue de médecine périnatale*. 2010 ; 2(1) : 12-18.
3. Delarue T, Pele P, Pelletier P, Taillater L. Pronostic de l'accouchement chez la femme antérieurement césariée à propos de 209 cas. *J. Gynécol. Obstet. Biol. Réprod.* 1983, 12(2) :193-206
4. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F. Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010 : results from the National Perinatal Surveys. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2012 ; 41(2) :151-66
5. Blanc B. Accouchement par voie basse et utérus bicicatriciel. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1998 ; 41(2) :369-381.
6. Annie C. Check-up de l'utérus cicatriciel au cours du travail. *Journées Pyrénéennes de gynécologie Tarbes*. 2002.
7. Bulletin de pratique ACOG no. 115 : Accouchement vaginal après un accouchement par césarienne. *Obstetrics and gynecology*. 2010 ; 116(2 Pt 1) : 450-463
8. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, SOGC clinical practice guidelines Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth : number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. *International journal of gynaecology and obstetrics : the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*. 2005 ;89(3) :319-331.
9. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Birth after previous caesarean section : Green-top Guideline No 45. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2011 ;87(1) :9-13
10. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman M, Marshall N, Fu R, et al. Vaginal Birth After Cesarean : new insights on maternal and neonatal outcomes. *Obstetrics & Gynecology*. 2010 ;115(6) :1267-1278.
11. Felix Kitenge wa Momat, P. Akilimali Zalagile et al. Accouchements sur utérus cicatriciel en République démocratique du Congo : épreuve utérine et déterminants de l'issue. *Pan Afr Med J*. 2017; 27(71). DOI : 10.11604/pamj.2017.27.71.12499
12. Boffendakini JR, Rahma RT, Lokomba BV. Accouchement sur utérus cicatriciel aux Cliniques Universitaires de Kinshasa. *Annales Africaines de Médecine*. 2013 ;6(3) :1430-1437.
13. Picaud A, Nlomenze AR, Ogowet N, Mouely G. Les ruptures utérines. A propos de 31 cas observés au centre hospitalier de Libreville. *Rev Fr Gynécol Obstét*. 1989, 84 : 411-41
14. Minkobame U, Assoumou Obiang P, Bang Ntamack JA, Ntsame Mezui E, Sima Ole B, Mayi Tsonga S, Meye JF. Accouchement sur utérus uni cicatriciel en 2018 à Libreville : Aspects épidémiologiques, cliniques et issue de la grossesse. *Bulletin Médical d'Owendo*. 2020. 18(49) : 21-27
15. Neuhaus W, Bauerschmitz G, Göhring U, Schmidt T. Le risque de rupture de l'utérus : une analyse de 1086 naissances après césarienne antérieure. *J Obstet Gynaecol*. 2001 ; 21(3) :232-5.
16. AO Aisien, AU Oronsaye. Accouchement vaginal après une césarienne précédente dans un établissement tertiaire au Nigeria. *J Obstet Gynaecol*. 2004; 24(8) :886-90.
17. Elie Caleb Mimbula. Gestion de l'accouchement sur utérus cicatriciel. Mémoire online, 2017. *Biologie et Médecine*.
18. Sima Ole B, Bang Ntamack J, Obame R, Bibang F, Mewie Lenzinga A, Nzogue Nguema JP, Mayi Tsonga S, Meye JF. Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques et mode d'accouchement à la maternité du chu d'Owendo (Gabon). *Bulletin Médical d'Owendo*. 2017. 15(43) :45-51
19. Mumbere Matumo Philémon, Joël Kambale Ketha, Aimé Lukwamire Vahamwiti, and Jean-Jeannot Juakali Sihalikyolo Vuyiambite. Pronostic d'accouchement chez les gestantes porteuses d'utérus cicatriciels dans la ville de Bembo en République Démocratique du Congo. *International Journal of Innovation and Applied Studies*. Nov. 2018. 24(4), 1750-1760
20. Cisse T.C, Ewagnignon E., Terlobe I, Dialhiou F. Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar. *J Gynecol Obstet Biol Réprod (Paris)*. 1999 ; 28(6) : 556-62
21. Durnwald C, Mercer B. Vaginal birth after cesarean delivery : Predicting success, risks of failure. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2004;15(6) :388-93.
22. Adjahoto E.O, Ekoevi D.K., Hodonou Kas. Facteurs prédictifs de l'issue d'une épreuve utérine en milieu sous-équipé. *J. Gynecol. Obstet. Biol. Réprod.*, 2001 ; 30 : 174-179.
23. Khawaja NP, Youssaf T, Tayyeb R. Analyse de l'accouchement par césarienne dans un hôpital de soins tertiaires au Pakistan. *J Obstet Gynaecol*. 2004 ; 24(2) :139-41
24. David D Mankuta, Moshé M Leshno, Moshé M Menasche, Mayer M Brezis. Accouchement vaginal après césarienne : épreuve de travail ou césarienne à répétition ? Une analyse décisionnelle. *Am J Obstet Gynéco*. 2003 ;189(3) :714-9.
25. Adama Dembélé, Zekiba Tarnagda, Jean Louis Ouédraogo, Oumarou Thiombiano, et Moussa

- Bambara. Issu des accouchements sur utérus cicatriciel dans un hôpital universitaire de Burkina-Faso. *Pan Afr Med J.* 2012; 12(95).
26. Melissa D, Catherine A, Patricia Burkhardt. Accouchement vaginal après césarienne : une étude pilote des résultats chez les femmes recevant des soins de sage-femme. *J Santé des femmes sages-femmes.* 2004 ;49(2) :113-7.
  27. Flamm BL. Accouchement vaginal après césarienne : réduire les risques médicaux et juridiques. *Clin Obstet Gynéco.* Septembre 2001 ; 44(3) :622-9.
  28. Mark B *et al.* Résultats maternels et périnataux associés à un essai de travail après un accouchement par césarienne antérieur. *New Engl J Med.* 2004 ;351(25) :2581.
  29. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Accouchement vaginal après césarienne : une méta-analyse de la morbi-mortalité. *Obstet Gynéco.* 1991;77(3) :465-70.
  30. Organisation mondiale de la santé. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Résumé d'orientation. Avril 2015 :WHO/RHR/15.02 : [https://www.who.int/reproductivehealth/publication/s/maternal\\_perinatal\\_health/cs-statement/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/publication/s/maternal_perinatal_health/cs-statement/fr/)
  31. Mbarki et Rajaa. Accouchement sur utérus cicatriciel à propos de 400 cas. Thèse Méd. Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat 2010. Accessible sur : <http://ao.um5s.ac.ma/xmlui/handle/123456789/1316>
  32. Valère Mve Koh, Henri Essome, Julius Dohbit Sama, Pascal Foumane, et Bénédicte Mengue Ebah. Accouchement sur utérus cicatriciel dans le pays à faible ressources. Circuit de prise en charge et devenir materno-fœtal. *Pan Afr Med J.* 2018 ; 30(255).
  33. Gordon CS Smith , Ian R Blanc , Jill P Pell , Richard Dobbie. Prédiction de la césarienne et de la rupture utérine chez les femmes tentant un accouchement vaginal après une césarienne antérieure. *PLoS Med.* 2005;2(9) : 252.
  34. Fujio Mizunoya , Megumi Nakata , Tokumasa Kondo , Sadao Yamashita , Shigeo Inoue. Gestion de l'accouchement vaginal après césarienne. *J Obstet Gynaecol Res.* 2002; 28(5) :240-244.
  35. Philippe Boisselier. Indication de la césarienne itérative sur utérus cicatriciel. Carrefour Naissance. Deuxième journée d'obstétrique du collège de gynécologie de Bordeaux. Novembre 1995.
  36. Martel MJ, Mackinnon CJ. Clinical Practice Obstetrics Committee, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Guidelines for vaginal birth after previous Casarean birth. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005; 27(2) : 164-88.
  37. Cragin E. Conservatism in obstetrics. *New York Medical Journal* 104 (1916) : 1-3.
  38. Bouayed Agha, Ahmed Ibrahim, Bendelhoum, Bouayed Ikram ; Thèse : accouchement sur utérus cicatriciel, Algérie, 2014-2015
  39. Bou Saba, Nabhane G, J Abboud. Accouchement vaginal avec utérus cicatrisé à l'Hôtel-Dieu de France, Beyrouth. *J Med Liban.* 1992 ; 40(2) :68-72.
  40. Beucher G, DolleyS, Lévy-Thissier, Florian A, Dreyfus M. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel : Bénéfices et risques maternels de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée en cas d'antécédent de césarienne. *Journal Gynécol Obstét et Biol Réprod.* 2012 ; 41(8) :708-726.
  41. Esposito MA, Menihan CA, Malee MP : Association of interpregnancy interval with uterine scar failure in labor, *Am J Obstet Gynecol.* 2000 ; 183(5) :1180-3.
  42. Expédition TD *et al.* Intervalle entre les accouchements et risque de rupture utérine symptomatique. *Obstet Gynéco,* 2001 ; 97(2) : 175-7.
  43. Zeteroglu S, Ustoun Y, Engin-Ustun Y, Sahin HG, Kamaci M. Huit ans d'expérience des cas de rupture utérine. *J Obstet Gynaecol.* 2005 ; 25(5) :458-461.
  44. Hibbard JU , Ismail MA, Wang Y, Karrison T, Ismail MA. Accouchement vaginal raté après une césarienne : quel est le risque ? I. Morbidité maternelle. *Am J Obstet Gynéco.* 2001;184(7):1365-71.
  45. Keren Ofir, Eyal Sheiner , Amalia Levy , Myriam Katz , Moshé Mazor. Rupture utérine : différences entre un utérus cicatriciel et un utérus non cicatrisé. *Am J Obstet Gynéco.* 2004 ;191(2) : 425-9.
  46. Gordon CS *et al.* Risque de décès périnatal associé au travail après un précédent accouchement par césarienne dans les grossesses à terme non compliquées. 2002 ; 287(20) : 2684-90.