

Pratique de l'accouchement sur utérus cicatriciel dans 21 hôpitaux de référence au Burkina Faso

KANYALA E. E.¹, KABORÉ C. P.², TOURÉ B.¹,
KIEMTORÉ S.¹, BONANÉ/THIÉBA B.¹

Résumé

L'objectif de cette étude est d'analyser la pratique de l'accouchement sur utérus cicatriciel dans les hôpitaux de référence au Burkina Faso. Il s'agissait d'une étude prospective observationnelle descriptive de 6 mois incluant l'ensemble des femmes avec utérus cicatriciel ayant accouché dans 21 hôpitaux de référence entre le 2 mai et le 2 novembre 2016. Les données ont été collectées à partir des dossiers cliniques, des registres de la salle d'accouchement et du bloc opératoire et analysées avec le logiciel Stata version.12 Software. Nous avons noté 21 751 accouchements dont 2061 sur utérus cicatriciel et parmi eux 82,53 % d'utérus uni-cicatriciel, 14,22 % de bi-cicatriciel et 3,25 % d'utérus tri-cicatriciel ou plus. La césarienne a été réalisée d'emblée chez 994 patientes soit 48,13 % et les principales indications étaient l'utérus cicatriciel et la dystocie osseuse. Au total 79 % des femmes répondant aux critères de l'épreuve utérine en ont bénéficié et parmi elles, 70 % l'ont réussie. Les causes de l'échec de l'épreuve utérine étaient surtout le travail prolongé ou dystocique, la souffrance fœtale et l'éclampsie. Nous avons enregistré un décès maternel parmi les patientes opérées et 67 décès néonataux. Une conduite à tenir claire sur les modalités de l'accouchement sur utérus cicatriciel devrait être mise en place au niveau national afin de guider les prestataires de santé dans la prise en charge de ces cas, de la consultation prénatale à la salle d'accouchement.

Mots-clés : Utérus cicatriciel, épreuve utérine, accouchement.

The practice of delivery on scarred uteri in 21 referral hospitals in Burkina Faso

Abstract

The aim of this study is to analyze the practice of delivery on scarred uteri in reference hospitals in Burkina Faso. It was a 6-month descriptive prospective observational study that included all women with scar uteri who gave birth in 21 referral hospitals between May 2 and November 2, 2016. Data was collected from clinical records, delivery and operating room registers, and analyzed with Stata software version.12. There were 21,751 deliveries, 2,061 of which were on scarred uteri and among them, 82.53 % of uni-scar uterus, 14.22 % bi-scar uterus and 3.25 % tri-scar or more. Cesarean section was performed immediately in 994 patients (48.13 %) and the main indications were the scarred uterus and the bone dystocia. A total of 79 % of women who met the criteria for trial of labor after cesarean section have benefited and among them, 70 % were successful. The causes of the failure of the trial of labor were mainly prolonged or obstructed labor, fetal distress, and eclampsia. We had one maternal death among the operated patients and 67 neonatal deaths. Clear guidance on the procedures for delivery of scar uteri should be implemented at the national level to guide health providers in the management of these cases from antenatal care to the delivery room.

Keywords: Previous cesarean section, trial of labor, delivery.

¹ Département de gynécologie et obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, 01 BP 2175 Ouagadougou 01, Burkina Faso

² Institut de recherches en sciences de la santé (IRSS), CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso

* Auteur correspondant : Mail : kanyliane@yahoo.fr

Introduction

Les taux de césarienne sont en constante augmentation de par le monde, bien qu'il soit admis que des taux au-delà de 10 % n'ont pas fait la preuve de leur efficacité (1). L'antécédent de césarienne est également reconnu comme contribuant notablement à augmenter le taux de césariennes (2-4). Dans notre contexte à ressources limitées, il est primordial de poser les indications de césarienne de la façon la plus rationnelle possible. Une précédente étude réalisée dans un Centre hospitalier universitaire (CHU) du pays (5), avait analysé les issues des accouchements sur utérus cicatriciel et proposé une check-list pour la prise en charge de ce type d'accouchement. Cette étude concernait un nombre limité de femmes mais étudiait également des conditions de pratique particulières qui ne peuvent pas être adaptées à la plupart des hôpitaux de second niveau. Nous nous proposons d'étendre l'analyse des accouchements sur utérus cicatriciel aux principaux hôpitaux de référence du Burkina Faso qui possèdent un plateau technique moins étoffé que le CHU et où les césariennes ne sont pas indiquées et pratiquées uniquement par des obstétriciens. Dans la plupart de ces hôpitaux, qui prennent en charge la majorité des femmes du pays, des infirmiers, sages-femmes et médecins généralistes formés à cet effet, sont également habilités à indiquer et pratiquer la césarienne. Le but de ce travail est de faire une analyse des accouchements sur utérus cicatriciel dans les hôpitaux de référence du Burkina Faso afin de proposer des recommandations adaptées à notre contexte de travail.

Méthodes

Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective descriptive de 6 mois portant sur toutes les femmes avec antécédent de césarienne ayant accouché dans 21 hôpitaux de référence du Burkina Faso. Les données ont été extraites à partir d'un large échantillon de 21 751 femmes ayant accouché dans ces hôpitaux entre le 2 mai et le 2 novembre 2016. Ces hôpitaux ont été inclus dans l'essai DECIDE qui visait à évaluer l'efficacité d'une intervention visant à réduire le taux de césariennes non médicalement justifiées au Burkina Faso. Les hôpitaux étaient sélectionnés sur la base de leur activité, il s'agissait d'hôpitaux publics disposant d'un bloc opératoire fonctionnel, ayant réalisé au moins 200 césariennes en 2012 et dont un consentement signé avait été obtenu des responsables.

Nous avons évalué la pratique de l'accouchement sur utérus cicatriciel pour l'ensemble des femmes (au nombre de 2 061) qui avaient au moins un antécédent de césarienne. Puis nous avons évalué la pratique pour un sous-échantillon constitué par les 1 348 femmes répondant aux critères de l'OMS pour l'essai d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel (6). Il s'agissait de femmes avec antécédent d'une seule césarienne segmentaire transversale dont l'indication n'était pas récurrente et qui n'avaient pas de contre-indications à l'accouchement par voie basse. Nous avons considéré comme ayant bénéficié de l'épreuve utérine, les femmes répondant à ces critères et qui étaient entrées en travail.

Les principaux indicateurs étaient les caractéristiques maternelles, le mode d'admission, le mode d'accouchement, les indications de césarienne et pour les femmes césarisées, le suivi du travail ainsi que le statut vital des femmes et de leurs enfants.

Les données ont été collectées par des sages-femmes formées à cet effet, à partir des dossiers cliniques, des registres de la salle d'accouchement et du bloc opératoire et analysées avec le logiciel Stata version.12 Software.

Résultats

Caractéristiques des patientes

Sur la période de 6 mois, nous avons noté 21 751 accouchements dont 2 061 accouchements sur utérus cicatriciel. Les femmes avec au moins un antécédent de césarienne avaient un âge compris entre 17 et 43 ans, avec une moyenne de 28,50 ans. Chez ces femmes, le nombre de gestes variait de 2 à 11, avec une moyenne de 3,59.

Les cicatrices utérines

Au total 9,47 % de l'ensemble des accouchées avaient un utérus cicatriciel. Celles ayant un seul antécédent de césarienne étaient les plus nombreuses avec un effectif de 1 701 soit 82,53 % de l'ensemble. Les femmes avec utérus bi-cicatriciel étaient au nombre de 293 soit 14,22 % et celles ayant un utérus tri-cicatriciel et plus étaient les moins nombreuses, 3,25 %.

Le pronostic du travail d'accouchement

Le taux de césarienne chez les femmes porteuses d'utérus cicatriciel était de 60,31 %.

La césarienne a été réalisée d'emblée chez 994 patientes soit 48,13 %. Il s'agissait soit de césariennes programmées, soit de césariennes réalisées en urgence dès que le diagnostic était posé. Les indications de césarienne d'emblée sont résumées dans le tableau I.

Tableau I. Indications des césariennes systématiques chez les patientes avec antécédent de césarienne

Indications de césarienne	Utérus bi-cicatriciel	Utérus uni-cicatriciel	Dystocie osseuse	Présentation du siège	Utérus tri-cicatriciel et +	Autres	Total
Nombre	293	281	234	84	67	35	994
Pourcentage	29,48 %	28,27 %	25,54 %	8,45 %	6,74 %	3,52 %	100 %

La tentative d'accouchement par voie basse ou épreuve utérine

Nous avons sélectionné les femmes répondant aux critères de l'épreuve utérine selon l'OMS. Elles étaient au nombre de 1 348. La césarienne a été décidée d'emblée pour 20,85 % d'entre elles et 79,15 % ont bénéficié de l'épreuve utérine.

Les modes d'accouchement des femmes avec utérus cicatriciel sont présentées dans la figure 1.

1.

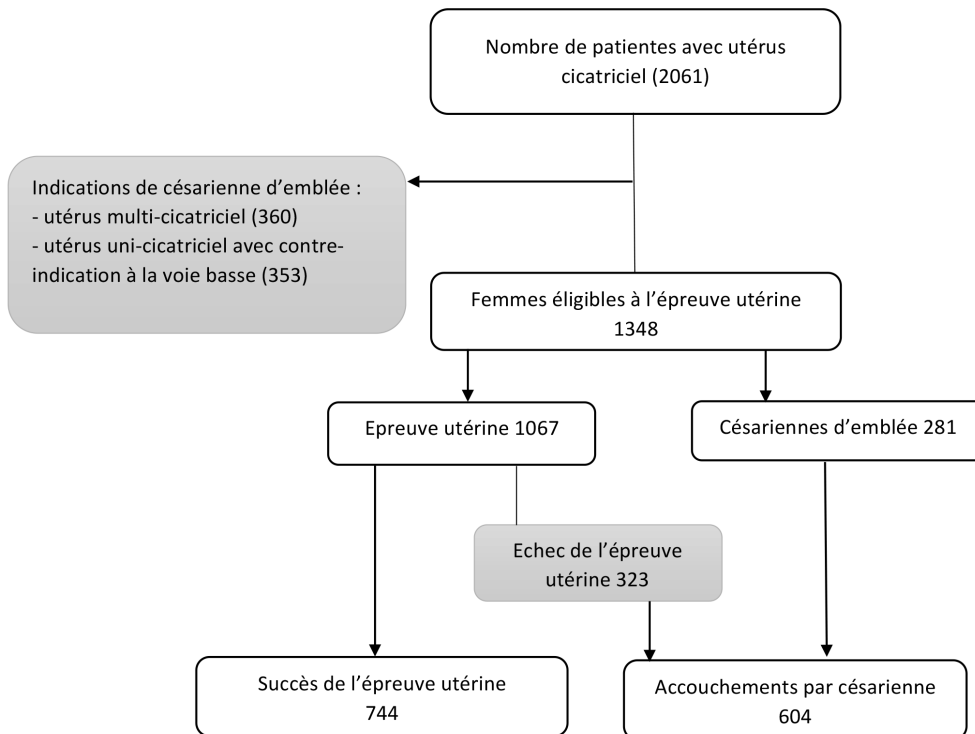


Figure 1. Flow chart du mode d'accouchement chez les femmes avec utérus cicatriciel

Les causes de l'échec de l'épreuve utérine étaient le travail prolongé et la souffrance fœtale dans la majorité des cas (tableau II).

Nous n'avons noté aucun cas de déclenchement sur utérus cicatriciel ou d'extraction instrumentale dans notre étude.

Tableau II. Indications des césariennes pour échec de l'épreuve du travail

Indications	Travail prolongé	Souffrance fœtale	Eclampsie	Autres	Total
Effectif	148	122	4	49	323
Pourcentage	45,82 %	37,77 %	1,24 %	15,17 %	100 %

Le pronostic fœtal et maternel

Nous avons noté 116 cas de pré-ruptures ou ruptures utérines et un cas de décès maternel chez les patientes ayant bénéficié d'une césarienne itérative. Chez ces femmes nous avons également retrouvé 39 mort-nés frais et 67 décès néonataux dont 61 dans les 24 h premières heures soit un taux de mortalité périnatale de 80,4 pour mille dans notre étude. Parmi ceux-ci, 53 des nouveau-nés décédés étaient issus de césariennes pendant travail ainsi que 37 des mort-nés. Soit des taux de mortalité périnatale de 99,11 pour mille pour les césariennes pendant travail et de 22 pour mille pour les césariennes avant travail.

Discussion

L'augmentation du taux de césarienne (7) s'accompagne de la nécessité de prendre en charge plus de femmes porteuses d'un utérus cicatriciel. Dans notre pays à ressources humaines et matérielles limitées, il sied de faire le point sur la prise en charge pratique des femmes avec antécédent de césarienne. En effet, la surveillance du travail d'accouchement est avant tout clinique et la prise en charge de l'accouchement par césarienne est déléguée dans la plupart des hôpitaux, à des non obstétriciens (7, 8). Il s'agit de médecins généralistes formés en chirurgie d'urgence, d'infirmiers spécialisés en chirurgie et de sages-femmes.

Sur la période de 6 mois, dans les 21 hôpitaux de référence, 9,47 % des accouchements avaient eu lieu sur utérus cicatriciel. Le taux de césarienne chez ces patientes était de 60,31 %. Parmi les femmes avec utérus uni-cicatriciel, 1 348 répondaient aux critères de l'épreuve utérine mais seulement 79,15 % en ont bénéficié. Parmi ces dernières le taux de succès à l'épreuve utérine était de 69,73 %.

Les forces de notre étude résident dans sa grande taille d'échantillon et dans la représentativité des hôpitaux inclus. De même, nos résultats pourraient être transposés à des hôpitaux aux contextes similaires où la délégation de tâches est également assurée par des non obstétriciens.

Nous n'avons pas les données sur la morbidité et la mortalité chez les patientes avec utérus cicatriciel qui ont pu accoucher par voie basse. Cela nous aurait permis d'avoir une idée sur le pronostic materno-fœtal de l'épreuve du travail chez ces femmes. Cependant, l'objectif de ce travail était uniquement d'analyser le mode d'accouchement chez les femmes avec utérus cicatriciel et pas de comparer les issues maternelles et périnatales en fonction du mode d'accouchement chez ces femmes. Des études ultérieures sont nécessaires pour évaluer les risques maternels et périnataux associé à l'épreuve du travail comparée à la césarienne électorale dans ce contexte.

Le pourcentage de patientes avec utérus cicatriciel était de 9,47 %. Ce taux est plus élevé que ceux retrouvés par Dembélé, 5,92 % dans un CHU du Burkina Faso (5) ; Traoré 7,8 % au Mali (9) ; et Aboubakari 7,26 % au Togo (10). Seul Nayama trouvait un taux comparable de 9,7 % à Niamey (11). Notre proportion de patientes avec utérus cicatriciel est probablement le reflet de la variabilité des taux de césarienne dans les différents hôpitaux. Elle s'explique également par la plus grande accessibilité au fil du temps de cette intervention dans toutes les régions du pays.

Sur l'ensemble des patientes avec utérus cicatriciel, 60,31 % ont été césarisées. Ce taux est inférieur à ceux retrouvés par Dembélé antérieurement qui était de 66,27 %, Kalisa 68,28 %, Traoré, 73,26 % et Nayama 82,80 % (5, 9, 11, 12). La variabilité de ces taux pourrait s'expliquer par les différences de pratiques en matière d'accouchement sur utérus cicatriciel.

Les principales indications de la césarienne d'emblée qui a été pratiquée chez 48 % des femmes, étaient l'utérus cicatriciel, une fois ou plus, les dystocies osseuses et les anomalies de la présentation. Kalisa dans sa série trouvait 54,52 % de césariennes d'emblée et Nayama 59,4 % (11, 12). Notre proportion se rapprochait de Traoré 46 % (9) et était supérieure à celle de Dembélé qui avait un taux de 44 % (5). Les différences dans les taux, s'expliquent par la variabilité des indications de césarienne d'emblée. Les indications les plus fréquemment rencontrées étant les dystocies osseuses et les anomalies de présentation.

Les césariennes systématiques étaient soit programmées soit réalisées en urgence, ce qui pose le problème de suivi des parturientes porteuses d'utérus cicatriciel dans nos contextes. En effet, un

certain nombre de parturientes qui auraient été programmées pour une césarienne itérative, arrivent en travail dans la structure de référence. Une meilleure préparation à l'accouchement pourrait permettre d'éviter ces situations qui exposent à un risque accru de complications.

Parmi les femmes avec antécédent de césarienne, nous avons isolé 1348 femmes qui répondaient aux critères de tentative d'accouchement par voie basse ou épreuve utérine. Parmi ces dernières, 1067 soit 79 %, ont bénéficié de l'épreuve utérine. Plus de 20 % des femmes qui auraient pu bénéficier de l'épreuve utérine en prenant en compte ces critères définis plus haut ont eu une césarienne d'emblée. Les risques de rupture utérine et de morbidité maternelle et périnatale associés à l'épreuve du travail sont plus importants dans notre contexte (13), et peuvent justifier une attitude très prudente des professionnels de santé. Cependant l'antécédent de césarienne ne doit pas constituer une indication absolue de césarienne. Des études récentes dans des contextes similaires ont montré que l'épreuve utérine n'était pas associée à un excès de risque de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale comparée à la césarienne d'emblée lorsque les femmes étaient rigoureusement sélectionnées et prises en charge de manière adéquate (12, 14, 15). La référence pendant le travail des femmes avec utérus cicatriciel devrait être évitée dans ce contexte pour éviter les longs délais pendant lesquels ces femmes sont exposées aux complications.

Dans notre série 51,77 % des patientes avec utérus cicatriciel ont bénéficié de l'épreuve utérine. Bien que ce chiffre se rapproche de celui de Traoré, 53,9 % (9) il existe une grande variabilité dans d'autres séries africaines, allant de 34,3 % à 72,5 % (5, 10–12, 14, 15). Ces variations illustrent le fait que les critères de l'épreuve utérine ne sont pas clairement définis.

Pour l'utérus deux fois cicatriciel, bien qu'elle soit autorisée dans la littérature en général (16), l'épreuve utérine n'est pas pratiquée dans notre série comme c'est le cas en Afrique sub-saharienne, au vu des conditions de surveillance et de prise en charge qui exposent les femmes à un risque élevé de rupture utérine (5, 9, 11, 12).

Dans 30,27 % des cas, il y a eu césarienne en urgence pour échec de l'épreuve utérine. Les causes de cet échec étaient la souffrance fœtale et le travail prolongé dans la majorité des cas. Kalisa (12) et Dembélé (5) retrouvaient des étiologies similaires de l'échec de l'épreuve utérine qui survenait respectivement dans 54,9 % et 39 % des cas dans leurs séries. Le taux d'échec de l'épreuve utérine est très variable d'une étude à l'autre, 16,9 % au Sénégal (15) et 57,5 % au Niger (11).

Les différents taux de réussite de l'épreuve utérine sont comparés par série dans le tableau III.

Tableau III. Pourcentage de réussite de l'épreuve utérine (E.U.) selon les séries

Auteur	Dembélé	Nayama	Traoré	Kaboré (18)	Ayachi Gombet	Kalisa	Koulimaya-	Notre série
Pays	Burkina Faso	Niger et Mali	Mali Faso	Sénégal	Tunisie	Rwanda	Sénégal	Burkina
Succès à l'E.U. (%)	61%	42,5 %	49,5 %	44,7 %	82,7 %	45,1 %	83 %	69,73 %
Année	2007	2007	2012	2015	2016	2017	2017	2018

Les séries où les femmes ont été sélectionnées pour l'épreuve utérine ont les meilleurs taux de réussite.

Le déclenchement par ocytociques sur utérus cicatriciel n'est pas de pratique courante dans les hôpitaux de référence en Afrique subsahariennes (9, 12, 15). Il n'a été pratiqué chez aucune femme dans notre étude. Les faibles moyens de surveillance du travail et les délais imprécis de réalisation de la césarienne impose la prudence, c'est-à-dire la césarienne itérative en lieu et place du déclenchement qui est associé à un taux élevé de rupture utérine.

L'absence d'usage courant de l'extraction instrumentale dans notre série nous fait supposer que plus de patientes auraient pu accoucher par voie basse. La ventouse et le forceps sont utilisés dans plusieurs maternités aux contextes similaires entraînant une diminution du taux de césarienne à dilatation complète (9, 11, 12). Rendre disponibles les instruments d'extraction fœtale et former le personnel devant les utiliser serait un atout pour notre système de santé en diminuant également les taux de césarienne primitive.

Parmi les femmes avec utérus cicatriciel ayant été opérées, nous notons un cas de décès maternel et 116 cas de rupture, pré-rupture utérine ainsi que 61 décès néonataux précoces. Le taux de mortalité périnatale dans notre étude était de 99,11 pour mille pour les césariennes pendant travail, beaucoup plus élevé que pour les césariennes avant travail qui était de 22 pour mille. Cela nous interpelle sur la nécessité d'un suivi prénatal et une surveillance de l'accouchement rigoureux dans cette situation particulière.

Conclusion

Avec l'accroissement des taux de césariennes, les équipes des maternités du Burkina Faso sont amenées à prendre en charge de plus en plus d'accouchements sur utérus cicatriciel. Les conditions d'exercice caractérisées par des ressources humaines et matérielles limitées devraient être améliorées par des conduites à tenir claires visant à guider les prestataires de soins dans leurs prises de décision.

Une standardisation des conditions de l'épreuve utérine à l'échelle du pays ainsi que la vulgarisation de l'extraction instrumentale sont toutes choses permettant de garantir les meilleures conditions de travail et d'accouchement des parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel.

Les équipes de maternité des hôpitaux de référence devraient proposer l'épreuve utérine aux femmes qui répondent aux critères ou dans le cas contraire, les référer à une structure pouvant les prendre en charge plutôt que de pratiquer une césarienne d'emblée.

De même, un meilleur accès des populations à l'information sanitaire et à une consultation prénatale de qualité permettra de repérer et diriger les femmes nécessitant une césarienne avant travail.

C'est une avancée pour notre système sanitaire d'avoir rendu disponible la césarienne, même dans les régions où aucun obstétricien n'est présent. Mais pour que les populations puissent tirer le maximum de bénéfices, il est important d'encadrer et de superviser ce personnel afin de lui assurer une efficacité avec le moins de complications pour la mère et le fœtus ou le nouveau-né.

Références bibliographiques

- 1. World Health Organization.** WHO Statement on Caesarean Section Rates. 2015. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/1/WHO_RHR_15.02_eng.pdf?ua=1.
- 2. WEN Shiwu, et al.** Secular trends in trial of labor and associated neonatal mortality and morbidity in the United States, 1995 to 2002. *J Cent South Univ Med Sci.* 2012;37(11):108896.
- 3. BRIAND V., DUMONT A., ABRAHAMOWICZ M., TRAORE M., WATIER L., FOURNIER P.** Individual and institutional determinants of caesarean section in referral hospitals in Senegal and Mali: a cross-sectional epidemiological survey. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2012;12:114.
- 4. CHU K., CORTIER H., MALDONADO F., MASHANT T., FORD N., TRELLES M.** Caesarean section rates and indications in sub-Saharan Africa: a multi-country study from medecins sans frontieres. *PLoS One.* 2012;7(9):e44484.
- 5. Adama DEMBÉLÉ et al.** Issue des accouchements sur utérus cicatriciel dans un hôpital universitaire au Burkina. *Pan Afr Med J [Internet].* 2012 [cité 1 févr 2018];12(95). Disponible sur: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/12/95/full/>
- 6. VOGEL J. P., BETRAN A. P., VINDEVOGHEL N., SOUZA J. P., TORLONI M. R., ZHANG J. et al.** Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multi-country surveys. *Lancet Glob Health.* 2015;3:e2600.
- 7. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), et ICF International.** Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International; 2012.
- 8. Institut national de la statistique et de la démographie (INSD).** Annuaire statistique 2016. Burkina Faso. INSD; 2017.
- 9. TRAORE Y., TEGUETE I., DICKO F. T., DIALLO A., DJIRE M. Y., SISSOKO A. et al.** Accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel au CHU Gabriel Touré de janvier 2007 à décembre 2008 : modalités et complications. *Médecine Afr Noire.* nov 2012;(5911):511-514.
- 10. ABOUBAKARI A. S., AZOUMAH D., AGBETRA N., ADAMA H., AKPADZA K.** Modalités et complications des accouchements après césariennes. Etude de 160 cas colligés au CHU Kara. *Médecine Afr Noire.* mars 2009;(5603):176-180.
- 11. NAYAMA M., NOUHOU Y., CHEKARAOU M. C., IDI N., GARBA M., TAHIROU A. et al.** Prise en charge obstétricale des utérus cicatriciels à la maternité Issaka Gazobi de Niamey. Etude prospective à propos de 314 parturientes sur 1 an. *Médecine d'Afrique Noire.* Mai 2007 ; 5405 pp 289-95. *Médecine Afr Noire.* mai 2007;(5405):289-295.
- 12. KALISA R., RULISA S., VAN ROOSMALEN J., VAN DEN AKKER T.** Maternal and perinatal outcome after previous caesarean section in rural Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth.* août 2017;25(17(1)):272.
- 13. MOTOMURA K., GANCHIMEG T., NAGATA C., OTA E., VOGEL J. P., BETRAN A. P. et al.** Incidence and outcomes of uterine rupture among women with prior caesarean section: WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. *Sci Rep.* mars 2017;(7).
- 14. KABORE C., CHAILLET N., KOUANDA S., BUJOLD E., TRAORE M., DUMONT A.** Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after previous caesarean section in sub-Saharan countries. *BJOG.* 2015;123(13):2147-155.
- 15. KOULIMAYA-GOMBET C. E., DIOUF A. A., DIALLO M., DIA A., SÈNE C., MOREAU J. C.** Grossesse et accouchement des patientes ayant un antécédent de césarienne à Dakar: aspects épidémiocliniques thérapeutiques et pronostiques. *Pan Afr Med J.* 2017;27(135).
- 16. MAGNIN G.** L'accouchement sur utérus cicatriciel. In: *Pratique de l'accouchement.* 2^e è. P a ris: S M E P; 1 9 9 2. p. 1 5 4-8.