

Incompétence cervicale : diagnostic et indications et devenir du cerclage

Mourali Mechaal, Gharsa Anissa, Fatnassi Asma, Binous Naoufel, Ben zineb Nabil.

*Service de Gynécologie obstétrique, Hôpital Mahmoud El Matri, Ariana. Tunisie
Faculté de Médecine de Tunis
Université Tunis El Manar*

Mourali M., Gharsa A., Fatnassi A., Binous N., Ben zineb N.

Mourali M., Gharsa A., Fatnassi A., Binous N., Ben zineb N.

Incompétence cervicale : diagnostic et indications et devenir du cerclage

Cervical incompetence: diagnosis ; indications and strapping outcome

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°04) : 300-305

LA TUNISIE MEDICALE - 2012 ; Vol 90 (n°04) : 300-305

R É S U M É

Prérequis : L'incompétence cervicale, une cause majeure d'avortements tardifs et d'accouchements prématurés est devenue un diagnostic de plus en plus facile à établir. Cette technique est réputée efficace pour prévenir la récurrence de ces accidents obstétricaux.

But : Evaluer la pertinence du diagnostic de la béance cervicale, de vérifier les principales indications du cerclage et d'étudier le devenir des grossesses cerclées.

Méthodes : Etude rétrospective à propos de 106 grossesses cerclées colligées dans le service de gynécologie obstétrique à l'hôpital Mahmoud El Matri à l'Ariana sur la période allant de Janvier 2001 jusqu'à Décembre 2008.

Résultats : Le diagnostic d'incompétence cervicale est évoqué devant un faisceau d'arguments associant les ATCD d'avortements tardifs ou d'accouchements prématurés retrouvés respectivement chez 46.2% et 31.1% de nos patientes, les malformations utérines connues chez 16.98%. Parmi nos patientes, 8.49% sont classées à haut risque devant un ATCD de 3 avortements tardifs ou 3 accouchements prématurés et ont bénéficié d'un cerclage du col de façon systématique. 2.83% des cas sont cerclées après confirmation de la béance par calibrage du col et 55.99% devant un col court à l'examen clinique. Le cerclage a permis de diminuer le taux d'avortement tardifs qui est passé de 46.6% avant le cerclage à 7.6% après. Quant à l'accouchement prématuré, sa fréquence est passée de 31.1% avant le cerclage à 18.5% pour les grossesses cerclées. Le terme moyen d'accouchement dans notre série est de 36SA+6jour. 68 cas ont accouché à terme. Parmi les patientes chez qui nous avons accepté l'accouchement par voie basse, 74.2% sont entrées spontanément en travail. Un seul cas de déchirure de la lèvre antérieure du col a été noté.

Conclusion : L'indication du cerclage du col utérin nécessite un diagnostic bien établi associant les données des antécédents, de l'examen clinique et éventuellement de l'échographie endo-vaginale afin d'identifier le risque de béance cervicale. Le cerclage du col permet ainsi de prolonger significativement la durée de la grossesse et de diminuer le taux des grands prématurés et améliorer ainsi la chance de viabilité et le pronostic des fœtus, sans retentissements graves sur le déroulement du travail.

S U M M A R Y

Background: Cervical incompetence, a major cause of late abortions and preterm delivery is a diagnosis increasingly easy to establish. Strapping is deemed effective to prevent recurrence of such accidents midwifery.

Aim: To evaluate the relevance of the diagnosis of cervical incompetence, check the main indications of banding and study the outcome of rimmed pregnancies.

Methods: A retrospective study about 103 rimmed pregnancies collected in the service of Motherhood Hospital Mahmoud El Matri Ariana to the period of January 2001 until December 2008.

Results: The diagnosis of cervical incompetence is suspected in a body of evidence linking ATCD of late abortions or premature births found in respectively 46.2% and 31.1% of our patients in our series, 16.98% are carriers of known uterine defects. 8.49% are classified as high risk front of 3-ATCD of late abortions or preterm delivery and were circled systematically. 2.83% are rimmed after confirmation the incompetent cervix by calibration of the cervix and 55.99% because of clinically short cervix. The strapping has reduced the rate of late abortion which decreased from 46.6% before strapping to 7.6% after. As for preterm delivery, it is reduced from 31.1% before strapping to 18.5% after. This difference is statistically significant. The average term of confinement in our series is 36SA six days. 68 cases were delivered at term. Among patients in whom we have accepted the vaginal delivery, 74.2% had spontaneous labor. One case of rupture of the anterior lip of the cervix was noted.

Conclusion: The indication of a cervical strapping needs a well established diagnosis involving data from history, clinical examination and possibly endo-vaginal ultrasound to confirm the high-risk of cervical incompetence. The strapping participates significantly to prolong the duration of pregnancy, to lower rates of early major premature and to improve the chance of viability and prognosis of fetuses without serious repercussions on the workflow.

Mots-clés

Incompétence cervicale, cerclage du col utérin

Key- words

Cervical incompetence, strapping

La béance cervico-isthmique est une étiologie fréquente de fausses couches tardives et d'accouchements prématurés mettant en jeu le pronostic fœtal. Pour lutter contre cette incompétence cervicale, une technique chirurgicale consistant en un cerclage du col utérin est proposée comme moyen thérapeutique simple et efficace. Le cerclage consiste à placer un fil autour du col utérin, visant à le maintenir fermé jusqu'à la fin du 8ème mois de grossesse. Le cerclage reste quand même l'une des interventions les plus controversées en obstétrique probablement en raison de la difficulté de diagnostiquer la béance cervicale, condition où le col n'est plus un verrou. D'où la nécessité d'un moyen diagnostique pertinent pour sélectionner les vraies béances cervicales parmi les patientes ayant des antécédents d'avortements tardifs à répétition ou d'accouchements prématurés. La mesure du col par l'échographie endo-vaginale a permis une progression significative dans le diagnostic de la béance cervico-isthmique. Le cerclage semble être un traitement efficace, mais, il ne doit être réalisé qu'en cas de béance établie afin d'épargner les complications de cette technique et ses effets délétères sur le déroulement de grossesse.

Nous avons réalisé une étude sur les cerclages cervicaux pratiqués dans notre service dans le but est d'évaluer la pertinence du diagnostic de la béance se basant sur le contexte, l'examen clinique et l'apport de l'échographie pour affiner les indications selon le risque que court chaque grossesse et proposer des recommandations.

MATERIELS ET METHODES

Notre étude est une étude rétrospective longitudinale à propos de 103 grossesses cerclées colligées dans le service de Maternité à l'hôpital Mahmoud El Matri à L'Ariana sur la période allant de Janvier 2001 jusqu'à Décembre 2008. Toutes les patientes sont vues dans notre consultation et ont bénéficiées d'une échographie précoce qui confirme le terme de la grossesse par une mesure de la longueur cranio-caudale et vérifie la vitalité de la grossesse.

Nous avons respecté dans notre pratique les contre indications du cerclage cités dans la littérature, soit une hémorragie génitale, une rupture prématurée des membranes, les malformations fœtales incompatible avec la vie, une infection chorio-amniotique ou un travail prématuré. Le cerclage a été proposé depuis plus de 50 ans, simplifiée par Macdonald(1) en 1957. L'entrée de l'aiguille se fait à la face antérieure du col, à la jonction exocol-vagin rugueux. Le nœud est placé à 12 heures, en laissant les chefs assez longs. Mc Donald recommandait de mordre profondément en postérieur car c'est le lieu privilégié des déplacements de suture. La variation de Hervet, qui est devenue la technique la plus répandue, utilise un trajet strictement sous-muqueux et fait entrer et sortir l'aiguille par les mêmes points passant en s'écartant aux quatre points cardinaux. Le fil utilisé pour le cerclage est un fil non résorbable type Mersuture n° 2. L'intervention est souvent réalisée sous rachianesthésie ou anesthésie générale en décubitus dorsal. Toutes les patientes reçoivent une antibio-prophylaxie per

opératoire et une échographie de vitalité est effectuée après le cerclage.

Pour l'étude comparative, nous avons choisi comme population témoin (2), la population du service de Gynécologie –obstétrique B à L'Hôpital Charles Nicolle, étudiée au cours d'un travail fait en 2002. Le nombre de patientes incluses dans ce travail est de 1167, l'étude s'étend sur les quatre premiers mois de 2001.

Tableau 1 : Répartition des patientes en fonction des antécédents d'avortement tardif

Avortement tardif	Nombre	Pourcentage %
0	57	53.8
1	35	33
2	7	6.6
≥ 3	7	6.6
Total	106	100

Tableau 2 : Répartition des patientes en fonction des antécédents de prématurité

Accouchement prématuré	Nombre	Pourcentage %
0	73	68.9
1	25	23.6
2	6	5.7
3	2	1.9
Total	106	100

Tableau 3 : Répartition des patientes en fonction du terme de pratique de cerclage

Terme	Nombre	Pourcentage %
10 SA - 14 SA	18	17
14 SA – 16 SA	59	55.7
16 SA – 22 SA	29	27.4
Total	106	100

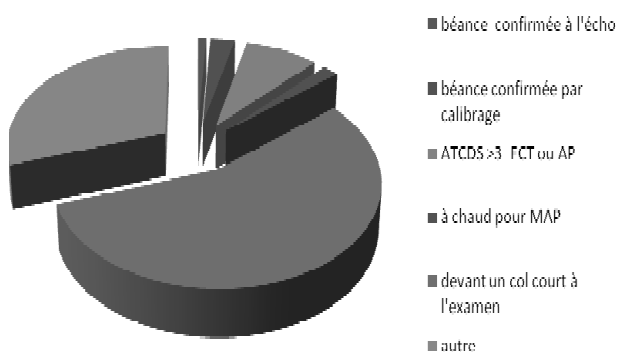
RESULTATS

Dans notre série, toutes patientes (103 femmes) ont été cerclées selon la technique de Mac Donald (1) modifié par Hervet, à un terme moyen de grossesse de 15 SA avec des extrêmes allant de 10SA et 22SA. Les données relatives aux caractéristiques épidémiologiques ont montré que l'âge moyen de nos patientes était de 30.96 ans, avec des extrêmes allant de 21 à 44 ans. La gestité moyenne est de 3.89, avec des extrêmes allant de 1 à 17. La moitié des patientes a plus de 3 gestités. 8 patientes étaient par contre primigestes. L'indication du cerclage chez ce dernier groupe était justifiée devant un col court à l'examen clinique pour 6 patientes, une grossesse gémellaire particulièrement précieuse obtenue par procréation médicalement assistée et une

grossesse sur un utérus unicorne découvert dans le cadre d'hypo fertilité primaire. La parité moyenne était de 2.18, avec des extrêmes allant de 1 à 5. Les primipares constituaient une proportion importante (35.8% des cas). La moyenne d'accouchement par voie basse était de 1.04, avec des extrêmes allant de 0 à 3 et 65.1% de nos patientes ont des enfants vivants, avec en moyenne 1 enfant vivant par patiente. Dans notre série, 83.96% des patientes étaient sans antécédents pathologiques particuliers. Les patientes restantes présentent des maladies à type de diabète (3 cas), cardiopathies (2 cas de valvulopathie mitrale) ou de rares cas de maladies e système (1 cas de lupus) et d'endocrinopathies à type d'hypothyroïdie (1 cas). En étudiant le passé obstétrical de nos patientes, nous avons trouvé des antécédents d'interruption volontaire de la grossesse chez 8.5 % des patientes. 41.5 % des cas ont un ou plus d'antécédents de fausses couches spontanées avec une moyenne de 0.85 et des extrêmes 0 à 13. Une patiente sur 10 a présenté 3 fausses couches ou plus dans ces antécédents. Mais les fausses couches spontanées ne sont pas un symptôme classique de la béance cervico-isthmique et doivent nous inciter à rechercher d'autres étiologies telles que les aberrations chromosomiques, les maladies immunitaires, les troubles hématologiques. Par ailleurs, les antécédents d'avortement tardif ont été retrouvés dans 46.2 % de nos patientes, soit presque la moitié des cas, avec une moyenne : 0.69 et des extrêmes : 0 à 6 ; 31.1 % de nos patientes ont des antécédents de prématurité avec une moyenne de 0.41 et des extrêmes variant entre 0 et 3. Les malformations utérines ont été retrouvées dans 16.98 % des cas. Deux cas de fibromes préexistants ont été retrouvés, l'un était sous séreux fundique, de 3 cm, le deuxième était sous muqueux. Seulement trois patientes avaient des antécédents de chirurgie utérine dont une myomectomie, une cure de cloison et une cure de synéchie. Par ailleurs, 40 de nos patientes soit 37.74% ont été antérieurement cerclées, tous des cerclages préventifs. Parmi les 40 femmes antérieurement cerclées, 28 patientes ont eu au moins un cerclage et 12 femmes ont eu plus de deux cerclages. Le cerclage a été indiqué d'emblée chez 8.49 % des patientes ayant des antécédents de plus de trois avortements tardifs ou trois accouchements prématurés; 55.66% des patientes ont été cerclées devant un col modifié à l'examen clinique lors de l'examen prénatal, ces modifications du col sont représentées par un raccourcissement voire une dilatation du col. Nous avons eu peu recours à des examens plus objectifs pour établir l'incompétence cervicale chez les patients à faible risque. Le calibrage du col à la bougie de Hegar n°8 qui passe sans ressaut a permis d'indiquer le cerclage chez 2.83% (soit 3 cas). La mesure échographique du col utérin par voie endovaginale, une technique extrêmement reproductible et présente l'avantage, par rapport au toucher vaginal, de dépister des dilatations de l'orifice interne du col alors même que l'orifice externe n'est pas encore modifié, de même qu'il peut déceler précocement un raccourcissement du col et permettre une prise en charge plus précoce des béances cervico-isthmiques. Une seule patiente a été cerclée devant un col court à l'échographie. Aucune patiente n'a bénéficié d'une hystérosalpingographie confirmant la béance du col. Par contre, 30.19 % des patientes ont été cerclées sans avoir la

confirmation du diagnostic de béance cervicale. Ce sont des patientes qui ont moins de trois antécédents d'accouchement prématuré ou d'avortements tardifs ou porteuses de malformations utérines connues (18 cas (16.98%), avec six cas d'utérus cloisonné, deux utérus unicornes, sept utérus bicornes). Le taux d'accouchement prématuré chez ces patientes est passé de 27.8% avant le cerclage à 16.7% après, de même pour le taux d'avortement est passé de 22.2% à 5.6%, D'autres patientes ont été cerclées pour grossesses multiples au cours de la grossesse actuelle. La validation des différents types de cerclages parmi les grossesses multiples a été moins étudiée que pour les singletons. La majorité de nos patientes ont bénéficié d'un cerclage à titre prophylactique permettant de réduire respectivement le taux d'avortement tardifs et d'accouchements prématurés de 46.6% et 31.1% avant le cerclage à 7.6% et 18.5%. Cette amélioration est statistiquement significative. Par ailleurs, nous avons eu recours à un cerclage en urgence chez deux cas qui ont été cerclées devant une menace d'avortement tardifs à 17 SA et 19 SA. La figure 1 résume les indications des cerclages dans cette série. La dernière a été admise avec un col était ouvert à 3 cm et une protrusion de la poche des eaux dans le vagin. La mesure à l'échographie endovaginale de l'orifice interne du col a trouvé une ouverture à 8.8 mm avec protrusion de la poche des eaux et un aspect en entonnoir. Nous avons pratiqué le cerclage selon la technique de Mac Donald en s'aidant d'une sonde de Foley pour refouler la poche des eaux. Le cerclage s'est déroulé avec succès sans complications graves. La mesure échographique du col après cerclage trouve une longueur à 16.3mm. Le terme moyen de pratique de cerclage dans notre service est de 15 SA avec des extrêmes allant de 10 SA à 22 SA. Le cerclage a été le plus souvent pratiqué sous rachianesthésie, soit dans 65.1 %. Aucune complication grave n'a été révélée en dehors de deux cas de douleurs pelviennes et métrorragie de faible abondance sans autres incidents.

Figure 1 : Indications des cerclages



DISCUSSION

Le diagnostic de la béance a longtemps été porté devant une histoire clinique évocatrice et manquait souvent de critères diagnostiques objectifs. La nécessité s'est donc faite sentir, de

trouver des éléments plus pertinents pour affiner le diagnostic et ainsi avoir une prise en charge adéquate. Une question se pose cependant : Quelles sont les patientes à risque de béance cervicale ?

La recherche de facteurs de risque à partir des antécédents obstétricaux de nos patientes nous a permis de trouver des antécédents de fausses couches spontanées du 1er trimestre révisées dans 41.5 % de nos patientes, nettement augmentés par rapport à la population témoin (13.6%) (2). Cette différence est significative ($p < 10^{-5}$). Ces résultats peuvent être expliqués par le fait qu'on a sûrement eu recours à la dilatation cervicale pendant la révision utérine, traumatisant ainsi le col et induisant une béance cervicale. Nos résultats ont montré aussi que les patientes aux antécédents fausses couches à répétition (plus de 3), ont le même pronostic, au cours de la grossesse actuelle cerclée, que les autres patientes. De ce fait, les fausses couches en elles-mêmes ne sont pas sensées être une raison suffisante pour indiquer un cerclage surtout si elles sont précoces et peu nombreuses. Le cerclage peut même l'aggraver à cause des risques de complications qu'il entraîne. Dans son étude randomisée multicentrique internationale en 1993, le Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) (3) du Royaume-Uni, les patientes aux antécédents de fausse couche spontanée précoce sont considérées à faible risque d'accouchement prématuré. Les antécédents d'avortements tardifs sont retrouvés dans 46.2 % de nos patientes et le cerclage a permis de réduire le taux de cet accident obstétrical dans notre population à 7.6% après cerclage. Cette réduction est significative $p < 10^{-5}$ permettant de conclure que les avortements tardifs représentent un facteur de risque important de béance cervicale et que le cerclage paraît être efficace pour les prévenir. Les antécédents d'accouchement prématuré retrouvés dans 31.1% de nos patientes et notés dans seulement 1.3 % dans la population témoin (2) avec une différence significative ($p < 10^{-5}$) sont retenus comme un facteur de risque d'incompétence cervicale et l'amélioration significative du taux d'accouchement prématurés à 18.5% après cerclage le témoigne. Le Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG) (3) regroupe les patientes ayant des antécédents d'avortements tardifs ou d'accouchements prématurés comme des patientes à moyen ou à haut risque. Les patientes présentant moins de trois accouchements prématurés ou moins de trois avortements tardifs sont considérées comme à moyen risque et celles présentant plus de trois appartiennent au groupe de haut risque nécessitant un cerclage prophylactique systématique. Par ailleurs, nous avons recensé 18 cas de malformations utérines (16.98%), avec six cas d'utérus cloisonné, deux utérus unicorues, sept utérus bicorues. Ces antécédents de malformation sont nettement plus élevés par rapport à la population témoin, retrouvées dans seulement 0.2 % (2) de la population générale, avec une différence significative : $p < 10^{-5}$. Lorsque nous avons étudié l'effet du cerclage sur les deux groupes de femmes présentant ou pas une malformation utérine. Nos résultats montrent qu'il n'y a pas de différence significative sur le terme d'accouchement ($p = 0.85$), ni sur le poids de naissance ($p = 0.64$). Ainsi, il n'existe pas dans la littérature de travaux prouvant de façon évidente le rôle direct des

malformations dans la béance cervicale. De même, l'antécédent d'interruption volontaire de grossesse retrouvé chez 8.5 % des patientes n'est pas considéré comme un facteur de risque classique. Par contre, elle peut causer une béance de façon indirecte par le biais de la dilatation cervicale qui accompagne le geste. Ceci a été confirmé par Schulz et al (4) en 1983. Dans notre série, un nombre de grossesses multiples ont été cerclées sans confirmation de la béance cervico-isthmique. L'étude rétrospective de Rebarber et al. (5), fondée sur 3278 grossesses triples, ne retrouve pas de bénéfice à la réalisation d'un cerclage préventif en termes d'âge gestationnel moyen à l'accouchement, d'accouchement avant 32 SA, de poids moyen de naissance ou de durée d'hospitalisation néonatale. Aucune étude n'a retrouvé de bénéfice à la réalisation d'un cerclage préventif en cas de grossesse gémellaire (6). Il s'agissait pour la plupart de patientes sans antécédent obstétrical. C'est donc le facteur de risque unique « grossesse gémellaire » qui a été le plus souvent étudié. De même, en cas de cerclage sur critères échographiques, ni Roman et al (7) (414 grossesses gémellaires), ni Berghella et al (16) (32 grossesses gémellaires), ni Jorgensen et al (8) (66 grossesses gémellaires) n'ont mis en évidence de bénéfice de cercler les grossesses multiples et un cerclage systématique chez elles ne semble pas avoir d'impact tangible sur leur terme d'accouchement. Sur le plan clinique, le diagnostic d'une incompétence cervicale peut être porté grâce à l'examen physique et/ou calibrage du col par test à la bougie de Hégar retrouvant un col facilement perméable à une bougie n°8 qui passe sans ressaut (9). Dans notre série le calibrage à la bougie de Hégar n'a confirmé le diagnostic de béance cervico-isthmique que chez trois patientes. Dans le reste des cas, le diagnostic a été suspecté sur les données de l'examen clinique. Dans notre série, 55.66% des patientes ont été cerclées devant un col court. L'étude de ces patientes ne montrent pas de différence significative par rapport aux restes des patientes qui ne présentent pas de modifications cervicales en début de grossesse en terme de survenue de menace d'accouchement prématuré ($p = 0.23$), ni pour la survenue de rupture prématurée des membranes ($p = 0.62$). Le terme d'accouchement est comparables chez les deux groupes de patientes ($p = 0.42$), ainsi que les poids de naissance ($p = 0.81$). Certaines études ont montré que le cerclage peut être envisagé comme une option thérapeutique possible devant des modifications cliniques du col (10, 11).

En deuxième intention les explorations radiologiques en dehors de la grossesse contribuent à affirmer une béance cervicale. La recherche d'une dilatation de plus de 10 mm avec un aspect en cheminée (12) à l'hystérographie confirme la béance du col. Dans notre série, aucune patiente n'a bénéficié de cet examen. D'autre part, dans notre service, une seule patiente a été cerclée après confirmation du diagnostic de béance par échographie endo-vaginale. Cet examen gagne à être généralisé devant le risque de béance cervicale vue que c'est une technique extrêmement reproductible, avec une faible variation inter-observateur ($< 4,2$ mm) et intra-observateur ($< 3,5$ mm) (13). L'échographie endo-vaginale est un examen beaucoup plus fiable que l'échographie abdominale car il réduit les risques d'erreur liés au remplissage vésical (14). Quatre essais

contrôlés randomisés ont comparé les résultats (taux d'AP) de deux groupes de faible à moyen risque ayant un col court à l'échographie. Dans le premier groupe, le cerclage a été indiqué. Par contre, le deuxième groupe n'a pas été cerclé (expectative). Les deux premiers essais par Rust et al (15) en 2000 et Berghella et al (16) en 2004 ont comparé les deux groupes citées précédemment sur des grossesses uniques et multiples, en population générale, avec comme critère d'inclusion une longueur cervicale inférieure à 25 mm mesurée entre 14 et 26 SA. Ils ne trouvent pas de différence (sur des séries de 113 et 61 patientes, respectivement) en termes d'accouchement avant 37 SA ou 35 SA. To et al. (17) en 2004, ont également réalisé un essai identique concernant les deux bras de traitement, mais cette fois sur des singletons uniquement, toujours en population générale et avec cette fois comme critère d'inclusion une longueur cervicale inférieure à 15 mm entre 22–24 SA. Ils ne mettent pas en évidence d'effet du cerclage en terme d'accouchement avant 33 SA. Par contre ; Althuisius et al (18) dans l'essai CIPRACT en 2001 ont trouvé significativement moins d'accouchement avant 34 SA dans le groupe cerclage (0 % vs 44 % ; $p = 0,002$). En raison de l'interprétation difficile de ces quatre essais, Berghella et al. (19) ont réalisé en 2005 une méta-analyse qui conclut qu'il existe un bénéfice à cercler les patientes ayant une grossesse unique et un antécédent d'antécédent d'accouchement prématuré entre 16–36 SA ou d'avortements spontanés entre 16–23 SA avec un col raccourci, de moins de 25 mm, à l'échographie réalisé entre 14–24 SA avec une réduction significative du risque d'accouchement avant 35 SA ($RR = 0,61$ [0,4–0,92]). On en déduit la nécessité d'un cerclage chez les patientes à moyen risque présentant un col court à l'échographie (< 25 mm).

Pour le cerclage à chaud dans notre service, c'est une conduite peu utilisée. Nous avons recensé deux cas de cerclage, au terme de 17SA, devant une menace légère à modérée et après avoir éliminé toute contre indication au cerclage. Novy et al, (20) en comparant les complications observées lors du cerclage à chaud et lors du repos seul ne montrent pas de différence significative concernant surtout la rupture prématurée des membranes et la chorioamniotite. L'effet bénéfique supérieur aux autres alternatives thérapeutiques est démontré dans l'étude faite en 2008 par Stupin et al (21) à propos de 161 patientes dont un 1^{er} groupe de 89 ayant bénéficié de cerclage à chaud et un 2^{ème} groupe de 72 patientes bénéficiant de repos au lit associé à un traitement tocolytique et au besoin traitement antibiotique. L'étude a montré que les résultats du 1^{er} groupe étaient meilleurs en terme de prolongation de la grossesse, avec un terme à l'accouchement plus élevé (28SA contre 23 SA : $p < 0,001$), des poids de naissance plus importants (moyenne de 1340 g contre 750 g ; $p < 0,001$), et une morbidité et mortalité néonatale significativement moindre. Le travail de Debby et al (22) en 2007 démontre qu'en utilisant une technique chirurgicale prudente et méticuleuse, avec ou sans protrusion des membranes amniotique, on obtient des résultats significativement plus intéressants en terme de prolongation de grossesse, poids de naissance, et moindre morbidité et mortalité néonatale. D'autres essais prospectifs présentent des résultats

similaires (23, 24). Dans le cadre des cerclages en urgence, la technique chirurgicale préconisée est celle de Mac Donald Hervet avec cependant l'utilisation d'une sonde de Foley no 22 ou d'une sonde endoscopique rigide avec ballonnet gonflable afin de refouler la poche des eaux dans le col (25). En cas d'échec du cerclage par voie vaginale, on opte avant une autre grossesse pour cerclage par voie abdominale (idéalement par voie coelioscopique).

Au terme de cette étude, nous recommandons de réaliser le cerclage entre 12 et 14 SA en utilisant la technique de Mac Donald qui reste la technique de première intention en raison de sa simplicité et de son efficacité. Nous proposons de classer les patientes en trois groupes :

Femmes à haut risque de prématurité : celles présentant plus de trois antécédents d'avortements tardifs ou trois accouchements prématurés ainsi que les patientes chez qui la béance cervicale a été confirmée par calibrage du col ou par HSG. Ces patientes doivent être cerclées systématiquement.

Femmes à moyen risque : celles ayant moins de trois antécédents d'avortements tardifs ou d'accouchements prématurés. Chez ces patientes le diagnostic de béance doit s'aider d'une mesure de la longueur du col par échographie endo-vaginale entre 14 et 16 SA. Les patientes ayant une mesure inférieure ou égale à 25 mm vont rejoindre le groupe de patientes à haut risque de prématurité et bénéficieront d'un cerclage prophylactique. Les autres rejoindront le groupe de patiente à faible risque de prématurité et n'auront pas besoin d'être cerclée.

Femmes à faible risque : celles ayant des antécédents de fausses couches du 1^{er} trimestre, celles porteuses de malformations utérines et les grossesses multiples. Ces patientes ne nécessitent pas de cerclage prophylactique systématique.

En ce qui concerne le cerclage à chaud, même si les résultats sont moins bons que le cerclage prophylactique, il reste indiqué en cas de menace d'accouchement prématuré sévère pour gagner quelques semaines.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous pouvons conclure que le cerclage du col utérin est une option intéressante chez les patientes ayant une béance cervico-isthmique confirmée afin de prolonger la durée de la grossesse et éviter les accouchements de plus en plus prématurés. Un interrogatoire précis, un bon examen clinique et idéalement un complément d'échographie endo-vaginale ou éventuellement une hystérosalpingographie permettent souvent de définir les femmes à haut risque d'avortement tardif et de prématurité chez qui un cerclage du col devient nécessaire et systématique. L'échographie endo-vaginale est un moyen simple, non coûteux et anodin pour établir le diagnostic d'une béance avec beaucoup moins de subjectivité. Les patientes ayant une longueur du col inférieure à 25 mm entre 14 et 16 SA rejoignent le groupe à haut risque. Un suivi rigoureux est souhaitable pour ces grossesses qui restent des grossesses à risque.

Références

- McDonald IA. Suture of the cervix for inevitable miscarriage. *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1957; 64:346-50.
- Lahmidi Hend Nouvelle évaluation du risque obstétrical et néonatal par une étude prospective au service de gynécologie-obstétrique « B » de l'hôpital Charles Nicolle. Thèse de Doctorat en médecine-Tunis, 2002.
- MRC/RCOG Working Party on Cervical Cerclage. Final report of the Medical Research Council/Royal College of Obstetricians and Gynaecologists multicentre randomised trial of cervical cerclage. *Br J Obstet Gynaecol* 1993;100: 516-23.
- Schulz KF, GrimesDA, CatesWJr. Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *Lancet* 1983;1: 1182-5.
- Rebarber A, Roman AS, Istwan N et al. Prophylactic cerclage in the management of triplet pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193: 1193-6.
- Seki H, Kuromaki K, Takeda S et al. Prophylactic cervical cerclage for the prevention of early premature delivery in nulliparous women with twin pregnancies. *J Obstet Gynaecol Res* 2000; 26: 151-2.
- Roman AS, Rebarber A, Pereira L et al. The efficacy of sonographically indicated cerclage in multiple gestations. *J Ultrasound Med* 2005; 24: 763-8.
- Jorgensen AL, Alfirevic Z, Tudur S et al. Cervical stitch (cerclage) for preventing pregnancy loss: individual patient data metaanalysis. *Br J Obster Gynaecol* 2007;114: 1460-76.
- Hervet E. Purse-string suturing of the isthmus in cervicectomized patients. *Bull Fed Soc Gynecol Obstet Lang Fr*1959;11: 445-9.
- Olatunbosun OA, Dyck F. Cervical cerclage operation for a dilated cervix. *Obstet Gynecol* 1981; 57:166-70.
- Novy MJ, Haymond J, Nichols M. Shirodkar cerclage in a multifactorial approach to the patient with advanced cervical changes. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162: 1412-20.
- Ayers JW, Peterson EP, Ansbacher R. Early therapy for the incompetent cervix in patients with habitual abortion. *Fertil Steril* 1982;12: 132-35.
- Heath VC, Southall TR, Souka AP et al. Cervical length at 23 weeks of gestation: relation to demographic characteristics and previous obstetric history. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1998; 12: 304-11.
- Confino E, Mayden KL, Giglia RV et al. Pitfalls in sonographic imaging of the incompetent uterine cervix. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1986;65: 593-95.
- Rust OA, Atlas RO, Jones KJ et al. A randomized trial of cerclage versus no cerclage among patients with ultrasonographically detected second-trimester preterm dilatation of the internal os. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183: 830-5.
- Berghella V, Odibo AO, Tolosa JE. Cerclage for prevention of preterm birth in women with a short cervix found on transvaginal ultrasound examination: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:1311-7.
- To MS, Alfirevic Z, Heath VC et al. Cervical cerclage for prevention of preterm delivery in women with short cervix: randomized controlled trial. *Lancet* 2004; 363: 1849-53.
- Althuisius SM, Dekker GA, Hummel P et al. Final results of the Cervical Incompetence Prevention Randomized Cerclage Trial (CIPRACT): therapeutic cerclage with bed rest versus bed rest alone. *Am J Obstet Gynecol* 2001;185: 1106-12.
- Berghella V, Odibo AO, To MS et al. Cerclage for short cervix on ultrasonography: meta-analysis of trials using individual patient-level data. *Obstet Gynecol* 2005; 106:181-9.
- Novy MJ, Gupta A, Kennedy K et al. Cervical cerclage in the second trimester of pregnancy: A historical cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1447-56.
- Stupins J, Davis M. Emergency cerclage versus bed rest for amniotic sac prolapse before 27 gestational weeks. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2008; 139: 32-37.
- Debby A, Sadan O, Glezman M et al. Favorable outcome following emergency second trimester cerclage. *Int J Gynaecol Obstet* 2007; 96:16-19.
- Olatunbosun OA, Al-Nuaim L, Turnell RW. Emergency cerclage compared with bed rest for advanced cervical dilation in pregnancy. *Int Surg* 1995;80: 170-4.
- Ochi M, Isshikawa K, Itoh H et al. Aggressive management of prolapsed fetal membranes earlier than 26 weeks gestation by emergent Mc Donald cerclage combined with amniocentesis and bladder overfilling. *Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi* 1994;46: 301-7.
- Tsatsaris V, Senat MV, Gervaise A et al. Balloon replacement of fetal membranes to facilitate emergency cervical cerclage. *Obstet Gynecol* 2001;98: 243-6.