

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAID-TLEMCEM
FACULTE DE MEDECINE
Dr. B. BENZERDJEB - TLEMCEM



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE
ET POPULAIRE

جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان
كلية الطب
د. ب. بن زرجب - تلمسان

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Thème :

FREQUENCE DE LA CESARIENNE ET DE SES INDICATIONS :
ETUDE RETROSPECTIVE AU NIVEAU DU SERVICE DE
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE L'EPH REMCHI DURANT LA
PERIODE JANVIER 2020 JUSQU'AU 31 DECEMBRE 2020

Mémoire réalisé par les internes en médecine :

OUADAH Amina Hidayat MADI Younes

Sous l'encadrement de professeur BELHACHEMI

chef de service de gynécologie obstétrique

EPH Remchi wilaya de Tlemcen

Année universitaire 2021-2022

Remerciement et dédicace

A Allah

*Tout puissant
Qui nous 'a inspiré
Qui nous 'a guidé dans le bon chemin
Nous vous devons ce que nous sommes devenus
Louanges et remerciements
Pour votre clémence et miséricorde*

A NOS CHERS PARENTS :

*Pour votre inéluctable patience et pour tous les efforts que vous
avez consenti pour notre éducation et notre bien-être.
Rien au monde ne pourrait compenser les sacrifices que vous avez
endurés durant nos longues années d'études.
On 'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondé en nous.*

A notre chère professeur BELHACHEMI

*Nous voudrions témoigner toute notre gratitude et notre
reconnaissance à vous 'chère professeur' pour votre dévouement,
disponibilité et votre bienveillance.
Les plus grandes leçons ne sont pas tirées des livres mais d'une
enseignante telle que vous, vous être la flamme de notre amour de la
gynécologie. Nous garderons toute notre vie un très bon souvenir de
la personne formidable et consciencieuse que vous êtes.*

A nous-même : Amina et Younes

*Quel immense plaisir d'alimenter notre joli petit couple par un tel
travail de fin d'études, on espère rester épaulés et soudés face à
toute la difficulté de la vie et tous les contres vents.*

« L'accouchement est le seul rendez-vous à l'aveugle où on est sûr
de rencontrer l'amour de notre vie.»

SOMMAIRE

- **Introduction**
- **Historique**
- **Etude théorique**
 - 1. Définition
 - 2. Rappel anatomique
 - 2.1 Utérus gravidique
 - 2.1.1 Corps utérin
 - 2.1.2 Segment inférieur
 - 2.1.3 Le col utérin
 - 2.2 Rapport anatomique de l'utérus gravidique
 - 2.2.1 Rapport anatomique du corps
 - 2.2.2 Rapport anatomique du segment inférieur
 - 2.3 Vascularisation de l'utérus
 - 2.3.1 Vascularisation artérielle
 - 2.3.2 Vascularisation veineuse
 - 2.3.3 Vascularisation lymphatique
 - 2.4 Filière pelvi-génitale
 - 2.4.1 Bassin osseux
 - 2.4.2 Diaphragme pelvi-génital
 - 3. Indications de la césarienne
 - 3.1 Dystocies mécaniques
 - 3.1.1 disproportion foeto-pelvienne
 - 3.1.2 obstacle prævia
 - 3.1.3 présentation dystocique
 - 3.2 Dystocies dynamiques
 - 3.3 Indications liées à l'état génital
 - 3.3.1 présence d'un utérus cicatriciel
 - 3.3.2 existence d'une lésion grave du périnée

- 3.3.3 Autres
- 3.4 Indications liées aux annexes fœtales
- 3.5 Pathologies gravidiques
 - 3.5.1 Maladie préexistante aggravée
 - 3.5.2 Autres affections
- 3.6 Souffrance fœtale
- 3.7 Autres indications
- 4. Anesthésie en vue d'une césarienne
 - 4.1 Anesthésie générale
 - 4.2 Anesthésie locorégionale
- 5. Techniques chirurgicales
 - 5.1 Césarienne segmentaire
 - 5.2 Césarienne selon la technique de MISGAV LADACH
 - 5.3 Interventions associées
- 6. Complications
 - 6.1 complications peropératoires
 - 6.2 complications post-opératoires
- **Etude pratique**
- **Matériel et méthode**
- **Résultats**
 - 1. Répartition mensuelle des accouchements
 - 2. Répartition selon la ville de résidence
 - 3. Répartition selon la profession
 - 4. Répartition selon la tranche d'âge
 - 5. Répartition selon la gestité
 - 6. Répartition selon l'âge gestationnel
 - 7. Répartition selon la présentation
 - 8. Répartition selon les ATCD maternels
 - 9. Répartition selon le mode de césarienne
 - 10. Répartition selon le type d'anesthésie

11. Répartition selon l'indication de la césarienne
 - 11.1 césarienne non itérative
 - 11.2 césarienne itérative
 - 11.3 les indications en général
 12. Répartition selon le pronostic foetal
 13. Les cas évacués
 14. Autres paramètres et évènements enregistrés
- **Discussion**
 - **Conclusion**
 - **Bibliographie**
 - **Résumé**

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement constituent des moments particuliers dans la vie de la femme et comportent un risque vital aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né. C'est pour cela que la césarienne a été proposée comme une modalité d'accouchement qui contribue à la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Depuis les années 1970, le taux de césarienne a considérablement augmenté de par le monde et surtout dans les pays à revenu moyen ou élevé où la hausse a été plus importante que dans les pays à faible revenu.

Au début de l'année 2015, l'Organisation Mondiale de la Santé a lancé une alerte dénonçant « l'épidémie de césariennes » et a rappelé qu'un taux de césariennes situé en deçà de 10 % et au-delà de 15 % des naissances n'a pas d'impact positif sur les autres facteurs marquants de la périnatalité, en particulier la mortalité maternelle et néonatale.

Beaucoup de médecins ou de sages-femmes tendent à considérer la césarienne comme une intervention sécuritaire. Une image largement véhiculée dans la population générale, en particulier auprès des femmes enceintes. Pourtant, de nombreuses études ont démontré que les risques maternels étaient significativement augmentés en cas de césarienne.

Dans une situation sans risque obstétrical particulier, comparativement à un accouchement par les voies naturelles, une femme accouchant par césarienne encourt 2 fois plus de risques d'hémorragie, 2 fois plus de risques de complications thromboemboliques, 3 fois plus de risques d'infection et 2 fois plus de risques de complications anesthésiques.

En 2014, le président, de l'Association des Gynécologues Obstétriciens d'Oran, déclare que 38 à 40 % des accouchements en Algérie se font par césarienne,

pratiquement une femme pour deux accouchées par césarienne, depuis ces dernières années.

En vue d'évaluer les indications de la césarienne, une étude a été menée au service de gynécologie-obstétrique du CHU de Béni-Messous sur une période de 05 ans (2008-2012), les données de cette enquête révèlent que la césarienne représente **25.3%** des accouchements, dont **42.7 %** sont des césariennes programmées.

Sur la base de l'exploitation des données de 150 pays sur la période 1990-2014, le Pr BETRAND et ses collaborateurs ont estimé le taux de césariennes dans le monde à 19,1% en 2014. Une femme sur 5 à travers le monde donne naissance par césarienne. Ce taux était de 6,7% en 1990.

Le recours à cette intervention est de nos jours proposés dans de nombreux cas car ces indications jadis limitées aux dystocies mécaniques et aux obstacles prœvia, se sont beaucoup élargies ces vingt dernières années. Devant ce taux de césarienne, on constate une augmentation associée à un élargissement de ses indications, nous nous retrouvons face à de nombreuses interrogations, quelles sont les indications prédominantes de la césarienne ? Et quelle en est la cause ?

Notre étude a pour objectif :

D'identifier les indications de la césarienne au niveau de service de gynécologie obstétrique de l'EPH REMCHI wilaya de Tlemcen.

HISTORIQUE

L'historique de la césarienne est assez polymorphe tant dans l'origine du mot que dans l'évolution de l'intervention. Le fait que l'intervention soit vieille, très vieille lui confère un caractère légendaire, souvent mythique. Les noms d'INDRA, de BOUDDHA, de DIONYSOS, d'ESCUAPE (la liste ne saurait être exhaustive) lui sont rattachés. Ce mode de naissance étant synonyme de puissance, de divinité ou de royauté.

L'association de l'intervention à cette mythologie crée un terrain de discussion quant à l'origine du mot, bien qu'elle dériverait étymologiquement du latin «CAEDERE» = Couper. Malgré le rapprochement qu'on puisse faire entre son nom et la césarienne, Jules César ne serait pas né de cette façon. Sa maman ayant survécu plusieurs années après sa naissance, chose quasi impossible à cette époque où la mortalité des mères était de 100% après cette intervention.

Après cette période légendaire, la seconde étape de la césarienne dure environ trois siècles de 1500 à 1800, durant lesquels, elle apparaît comme un véritable pis-aller à cause de l'incertitude qui la caractérisait. Les faits marquants cette période :

1500 : Jacob NUFER, châtreur de porc, suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme.

1581 : François ROUSSET publie le « Traité nouveau d'hystérotomie ou enfantement césarien » qui est le premier traité sur la césarienne en France.

1596 : MERCURIO préconise la césarienne en cas de bassin barré.

1721 : MAURICEAU, comme AMBROISE PARE dans un second temps, condamne la césarienne en ces termes : « lettre pernicieuse pratique empreinte

d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi fatale de la femme.

BAUDELOCQUE fut un grand partisan de la césarienne à l'époque (seconde moitié du 18^e siècle).

1769 : première suture utérine par LEBAS au fil de soie.

1788 : introduction de l'incision transversale de la paroi et de l'utérus par LAUVERJAT.

1826 : césarienne sous péritonéale par BAUDELOCQUE.

1876 : introduction de l'extériorisation systématique de l'utérus suivie de l'hystérotomie en bloc après la césarienne par PORRO qui pensait ainsi lutter contre la péritonite, responsable de la plupart des décès. La mortalité maternelle était de 25% et de 22% pour l'enfant sur une série de 1907 interventions de PORRO effectuées entre 1876 et 1901.

La troisième étape de la césarienne, celle de sa modernisation, s'étale sur un siècle environ. Elle n'aurait pas vu le jour sans l'avènement de l'asepsie et l'antisepsie qui ont suscité des espoirs illimités. De nouvelles acquisitions techniques ont réussi à conférer l'intervention une relative bénignité :

- Suture du péritoine viscéral introduit par l'Américain ENGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences.
- Suture systématique de l'utérus par les Allemands KEHRER et SANGER en 1882.
- Extériorisation temporaire de l'utérus par PORTES.

Frank en **1907**, imagina l'incision segmentaire basse et sa péritonisation secondaire par le péritoine préalablement décollé. Ce fut-là « une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne » selon SHOKAERT, mais sa diffusion fut extrêmement longue car l'habitude est toujours difficile à vaincre.

1908 : PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait déjà été évoquée par certains anciens.

1928 : découverte de la pénicilline G par Sir Alexander FLEMMING.

En 1994, Michael Stark de l'hôpital Misgav Ladach publie une technique de césarienne qui permet de diminuer les attritions tissulaires et de simplifier considérablement les étapes opératoires.

Bien sûr, l'amélioration progressive du pronostic maternel fut liée non seulement aux progrès de la technique opératoire, mais aussi à l'évolution des techniques anesthésiques, à l'avènement des antibiotiques, ainsi qu'aux progrès de la transfusion sanguine et de la lutte contre les accidents thromboemboliques.

ETUDE THEORIQUE

1. DEFINITION DE LA CESARIENNE :

La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus après ouverture de l'utérus, abordée généralement par voie abdominale ; exceptionnellement par voie vaginale. Cette définition exclut l'extraction d'un fœtus de la cavité abdominale après rupture de l'utérus ou en cas de grossesse abdominale.

2. RAPPEL ANATOMIQUE

Deux éléments sont importants à signaler. Il s'agit de :

- L'utérus gravide
- La filière pelvi-génitale

2.1 Utérus gravide :

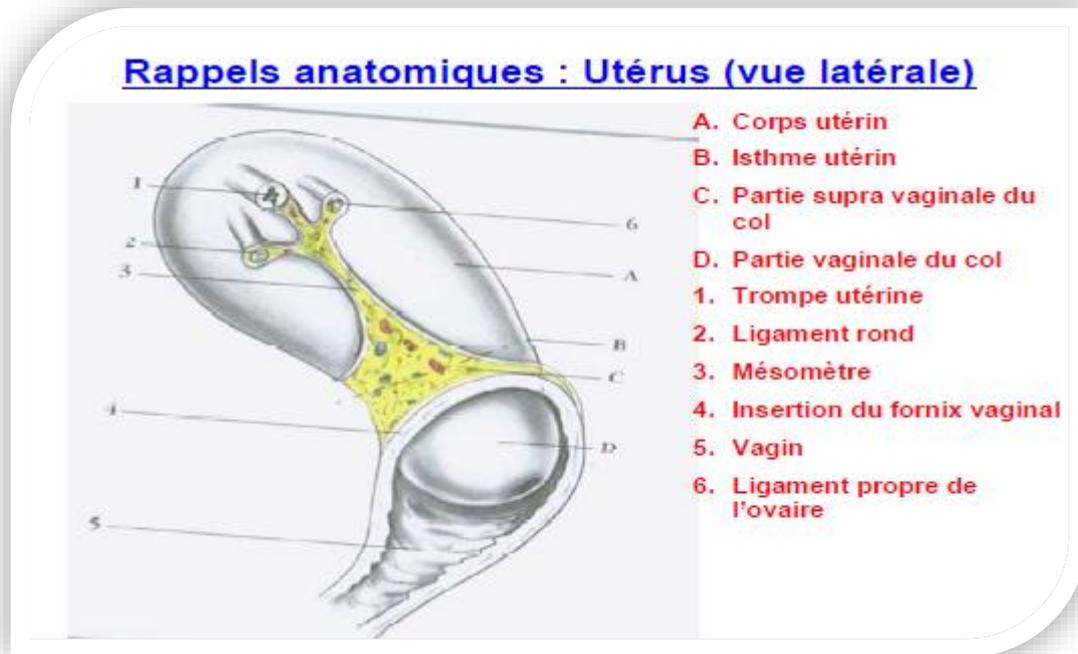
Au cours de la grossesse l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

L'utérus gravide à terme est un muscle creux de forme ovoïde faisant environ 30 à 32cm de long sur 20 à 25cm de large. On lui décrit 3 parties :

- Le corps.
- Le col, il subit des modifications liées à l'imbibition gravidique ; le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse.
- Le segment inférieur, situé entre le col et le corps et formé de la séreuse péritonéale, de la musculature utérine et de la muqueuse caduque de l'utérus.

C'est au niveau du segment inférieur que doit se faire l'incision antérieure de l'utérus lors de la césarienne (figure I).

Figure I :



2.1.1 Le corps utérin :

Organe de la gestation, le corps utérin présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement.

a. Situation du fundus utérin :

- En début de grossesse, il est pelvien.
- A la fin du 2ème mois, il déborde le bord supérieur du pubis.
- A la fin du 3ème mois, il est à environ 8cm, soit 3 travers de doigt au-dessus du pubis, il devient nettement palpable.
- A partir de ce stade, il s'éloigne chaque mois du pubis d'environ 4cm en se développant dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

b. Hauteur / Largeur :

- à la fin du 3ème mois : 13cm / 10cm
- à la fin du 6ème mois : 24cm / 16cm

- et à terme : de 32cm / 22cm

L'utérus pèse environ :

- à 2 mois ½ : 200g.

- à 5 mois : 700g.

- à 7 mois ½ : 950g.

-à terme 800 à 1200g pour une capacité de 4-5 litres.

2.1.2 Le segment inférieur :

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin (Figure II). C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse ; il disparaît avec elle.

Sa minceur, sa faible vascularisation, en font une région de choix pour l'hystérotomie des césariennes, mais aussi pour les ruptures utérines.

Le segment inférieur se constitue au dépend de l'isthme utérin et de la partie supra vaginale du col. Son début est variable et sa formation est progressive. Il acquiert une définition nette vers le 6^e mois chez la primipare. Chez la multipare, son développement est plus tardif.

- **Limite :**

- La limite inférieure : correspond, avant le travail, à l'orifice interne du col.

- La limite supérieure : moins nette, correspond au changement d'épaisseur de la paroi utérine et siège à environ 2cm au-dessous de la zone d'adhérence intime du péritoine. Elle est parfois marquée par l'existence d'une grosse veine transversale, la veine coronaire de l'utérus.

- **Dimensions :**

A terme, le segment inférieur mesure environ :

- 7 à 10 cm de hauteur

- 9 à 12cm de largeur

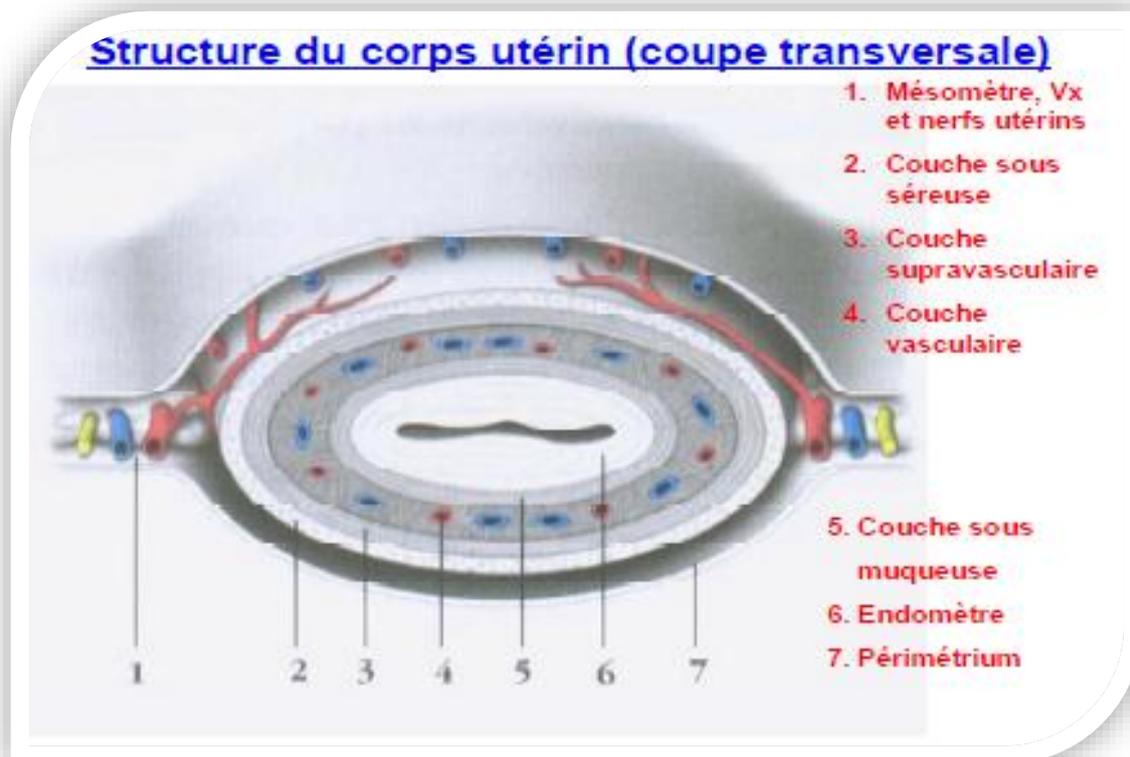
- et 3cm d'épaisseur.

Les dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement.

2.1.3 Le col utérin :

Organe de la parturition, le col utérin se modifie peu en dehors des changements liés à l'imbibition gravidique, le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse.

FIGURE II :



2.2 Rapports anatomiques de l'utérus gravide

2.2.1. Les rapports anatomiques du corps utérin :

L'utérus à terme est en rapport avec :

a. En avant :

- La paroi abdominale antérieure : qui s'amincit et la ligne blanche s'élargit particulièrement dans la région ombilicale. La minceur de cette région doit inciter le chirurgien à la prudence lorsqu'il incise la paroi abdominale.

- parfois, le grand omentum (épiploon)
- et plus rarement, des anses grêles s'interposent (Figure III).

b. En arrière :

La colonne rachidienne flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale. Le contact de l'utérus avec le rachis se fait jusqu'à la hauteur de la 3ème vertèbre lombaire et répond à la partie inférieure du duodéno-pancréas et à quelques anses intestinales.

c. En haut :

Le grand omentum et le colon transverse qu'il refoule plus ou moins :

- en arrière : l'estomac ;
- à droite : le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire ;
- plus bas, sur les bords latéraux se trouvent reportés les trompes utérines, les ligaments ronds et propres de l'ovaire.

d. A droite :

- Le colon ascendant, le cæcum et l'appendice vermiforme. Lorsque le cæcum est libre, il ascensionne avec l'appendice au-dessus de la crête iliaque. Dans 88 % des cas, l'appendice est au-dessus de la crête iliaque après 7 mois de grossesse.
- Les annexes droites, placées dans un plan postérieur, sont cachées par l'utérus.

e. A gauche :

- Les anses grêles et le colon sigmoïde qui recouvrent l'annexe gauche. Il n'est pas rare, en fin de grossesse, que les anses grêles et le colon sigmoïde tendent à déborder en avant.
- Le ligament rond gauche est visible dans la totalité de son trajet (Figure III).

2.2.2 Les rapports anatomiques du segment inférieur

a. La face antérieure :

- La vessie est le rapport essentiel (figure IV). Elle ascensionne généralement en fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et devient supra-pubienne. Suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur. Les adhérences vésicales après césarienne favorisent l'ascension plus ou moins haute de la vessie. D'où la prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il s'agit d'un utérus cicatriciel.
- La partie supérieure de la face antérieure du segment inférieur est recouverte par le péritoine vésical peu adhérent (en raison de l'imbibition gravidique du tissu cellulaire sous-péritonéal). Elle répond à la vessie dont elle est séparée par le cul de sac vésico-utérin. (et sa profondeur dépend de la situation abdominale ou pelvienne de la vessie).
- La partie inférieure de la face antérieure du segment inférieur répond au septum vésico-utérin (qui la sépare de la base vésicale). Ce septum constitue un plan de clivage exsangue.

b. La face postérieure :

Recouverte du péritoine, elle répond, par l'intermédiaire du cul de sac recto-utérin devenu plus profond, au rectum.

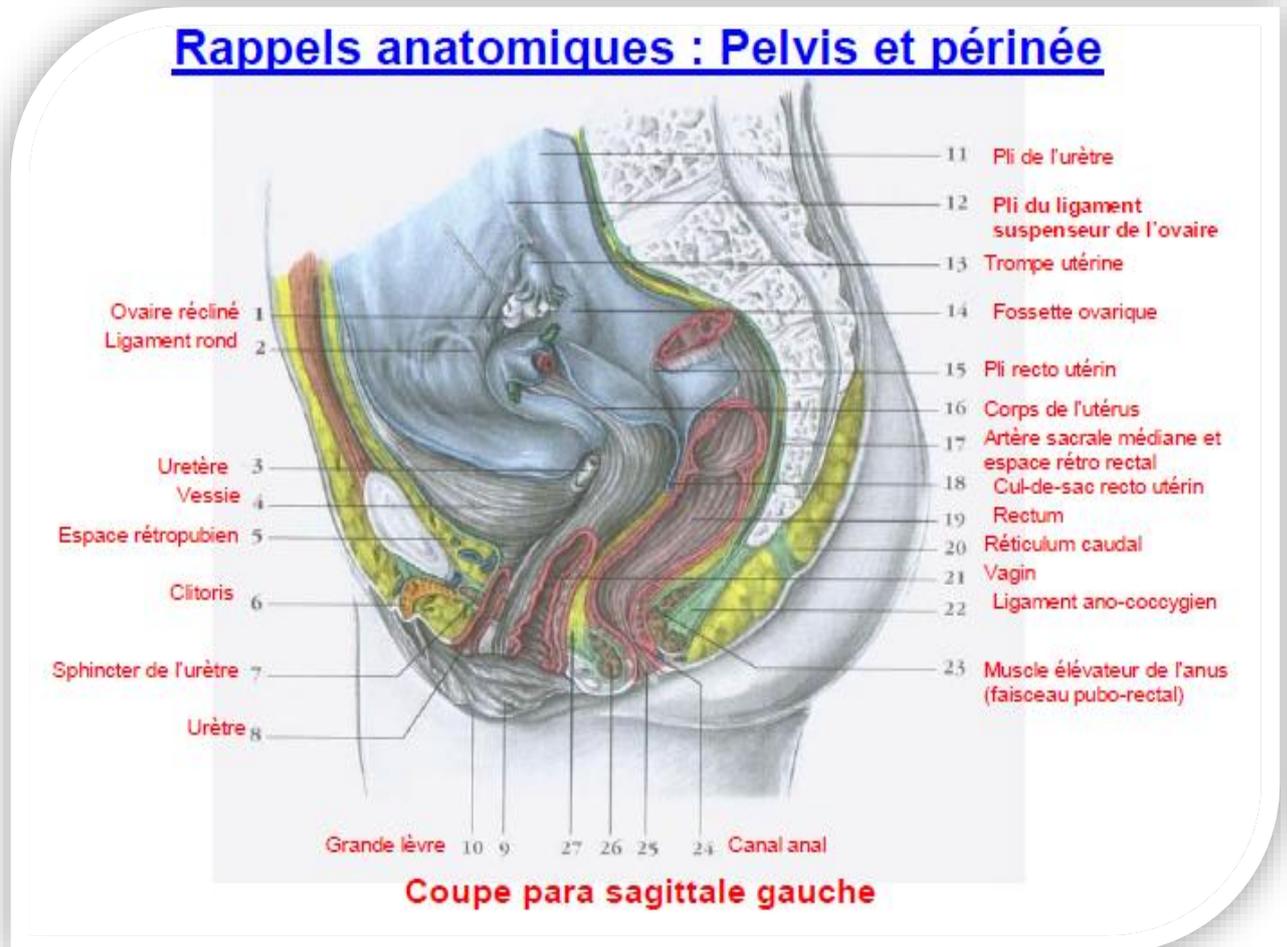
c. Les faces latérales :

Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien (Figure V). L'uretère est appliqué sur les faces latérales du segment inférieur immédiatement au-dessus du fornix vaginal.

La direction des uretères est déterminée à terme par une ligne allant de la bifurcation iliaque à l'épine du pubis. Par ailleurs, du fait de la dextrorotation de l'utérus, l'uretère gauche chemine pendant un court trajet sur la face antéro-latérale gauche du segment inférieur. C'est à ce niveau qu'il a pu parfois être blessé au cours de césariennes segmentaires transversales. En fait, le décollement

segmento-vésical et le refoulement de la vessie entraînent en bas l'uretère qui se trouve ainsi éloigné de l'incision segmentaire.

Figure III :



2.3 Vascularisation de l'utérus gravide :

2.3.1 Les artères :

a. L'artère utérine :

- Au niveau de l'utérus gravide, l'artère utérine s'étire, déroule ses spires et augmente sa longueur qui triple ou même quadruple, alors que son calibre augmente très peu et ne double jamais. Elle est représentée sur la

figure VI. Du point de vue histologique, les modifications essentielles consistent dans l'accroissement considérable de la tunique (Rouvière).

- Les branches externes : conservent leur disposition hélicine même dans l'utérus à terme. Elles forment de nombreuses anastomoses surtout en regard de l'aire placentaire (Figure IV).

b. L'artère ovarienne :

L'augmentation de calibre de l'artère ovarienne croit de son origine à sa terminaison pour atteindre dans la région infra-annexielle un calibre égal à celui de l'artère utérine et s'anastomoser à plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse.

c. L'artère funiculaire :

Elle est, pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable.

2.3.2 Les veines utérines :

Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Il n'y a pas, dans le corps utérin gravide, de zone de vascularisation veineuse minima. Dans la paroi du segment inférieur et dans celle du col, cheminent de nombreuses veines de calibre inférieur à celles du corps (Figure IV).

2.3.3 Les lymphatiques :

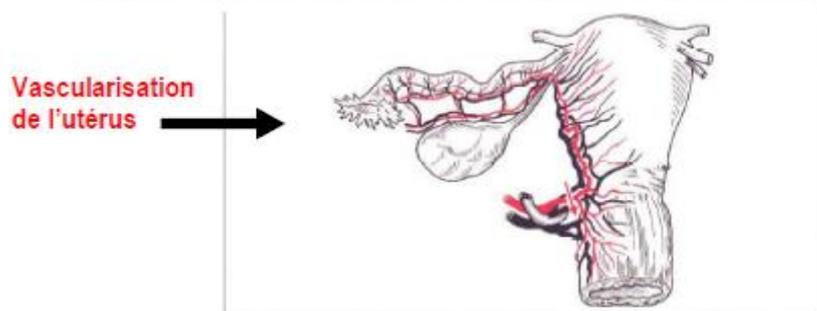
Ils s'hypertrophient également au cours de la grossesse.

Figure IV :



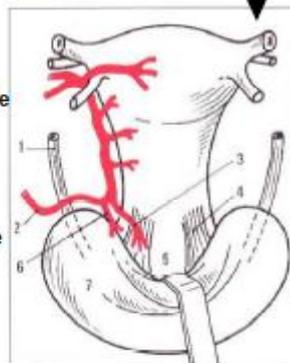
Figure V :

Vaisseaux de l'utérus et rapports du col de l'utérus



Rapports de l'a. utérine et de la vessie ↓

1. Uretère
2. A. utérine
3. A. cervico-vaginale
4. Ligament utéro-vésical
5. Vagin
6. A. vésico-vaginale
7. Vessie



Rapports sous péritonéaux du col ↓

1. A. utérine
2. Uretère
3. A. cervico-vaginale
4. A. vaginale longue

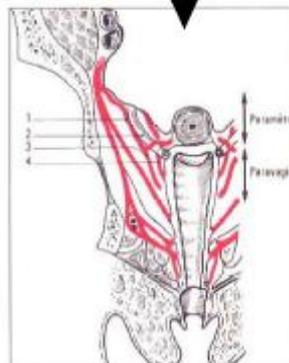
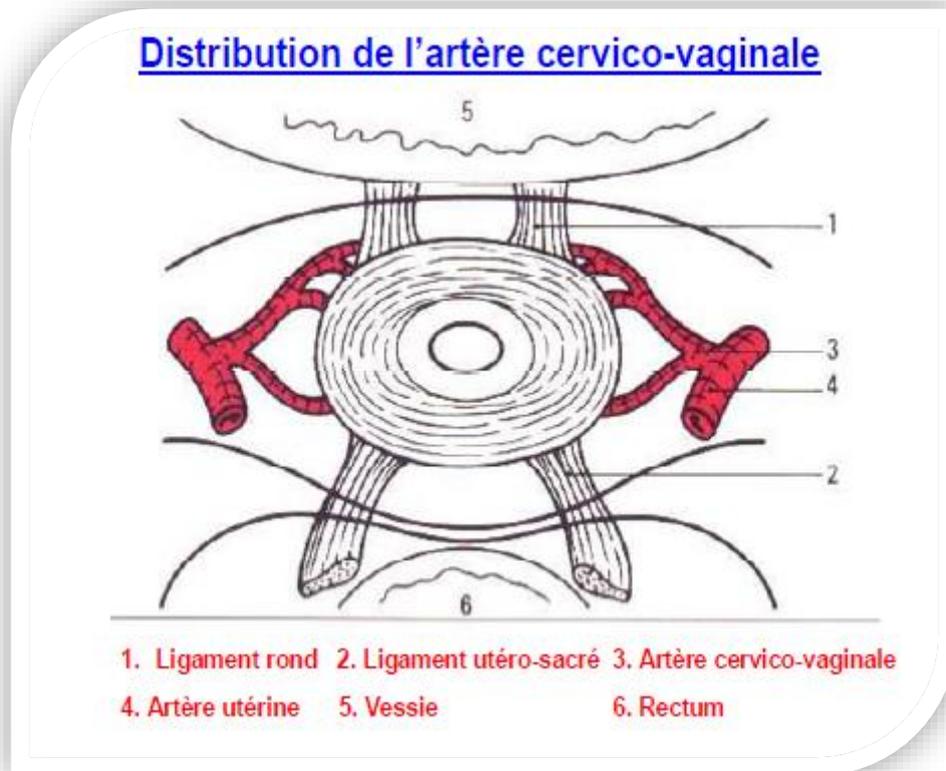


Figure VI :



2.4 La filière pelvi-génitale :

Il comprend deux éléments :

- Le bassin osseux,
- Le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée.

2.4.1 Le bassin osseux :

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs, il est constitué par les deux os iliaques en avant et latéralement, et par le sacrum et le coccyx en arrière. Il est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical.

Pour cette raison, nous ne décrivons que le petit bassin.

Celui-ci est formé de deux orifices supérieur et inférieur, séparés par une excavation.

a- Le détroit supérieur :

C'est le plan d'engagement du fœtus, séparant le petit bassin du grand bassin.

Il est formé par :

- En avant : le bord supérieur de la symphyse pubienne et le corps du pubis, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées.
- De chaque côté : les lignes innominées et le bord antérieur des ailerons sacrés.
- En arrière : le promontoire.

➤ Diamètres du détroit supérieur :

• **Diamètres antéro-postérieurs :**

- le promonto-suspubien = 11 cm
- le promonto-retropubien = 10,5 cm
- le promonto-sous pubien = 12 cm

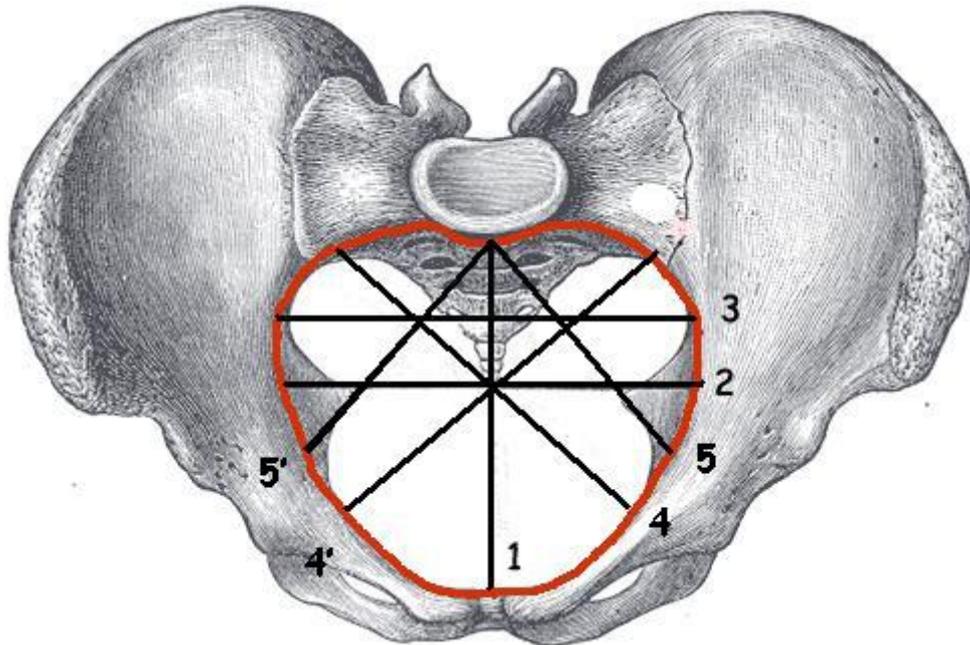
• **Diamètres obliques** : allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12,5 cm. Ils sont importants dans le bassin asymétrique.

• **Diamètres transverses :**

- le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus. Il mesure 12,5 cm.
- Le transverse maximum = 13,5cm.

• **Diamètres sacro-cotyloïdiens** : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurant chacun 9 cm. Ils sont très importants dans le bassin asymétrique (Figure VII).

Figure VII : LE DETROIT SUPERIEUR DE FACE



1 = Promonto-Rétro-Pubien = 10,5 à 11 cm ; 2 = Transverse médian (TM) ou utile = 12 cm à 12,5 cm ; 3 = Transverse maximal = 13,5 cm ; 4 et 4' = Diamètres obliques gauche et droit = 12,5 cm à 13 cm ; 5 et 5' = diamètre sacro-cotyloïdien gauche et droit = 9 cm.

b- L'excavation pelvienne :

C'est le canal osseux inextensible dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation.

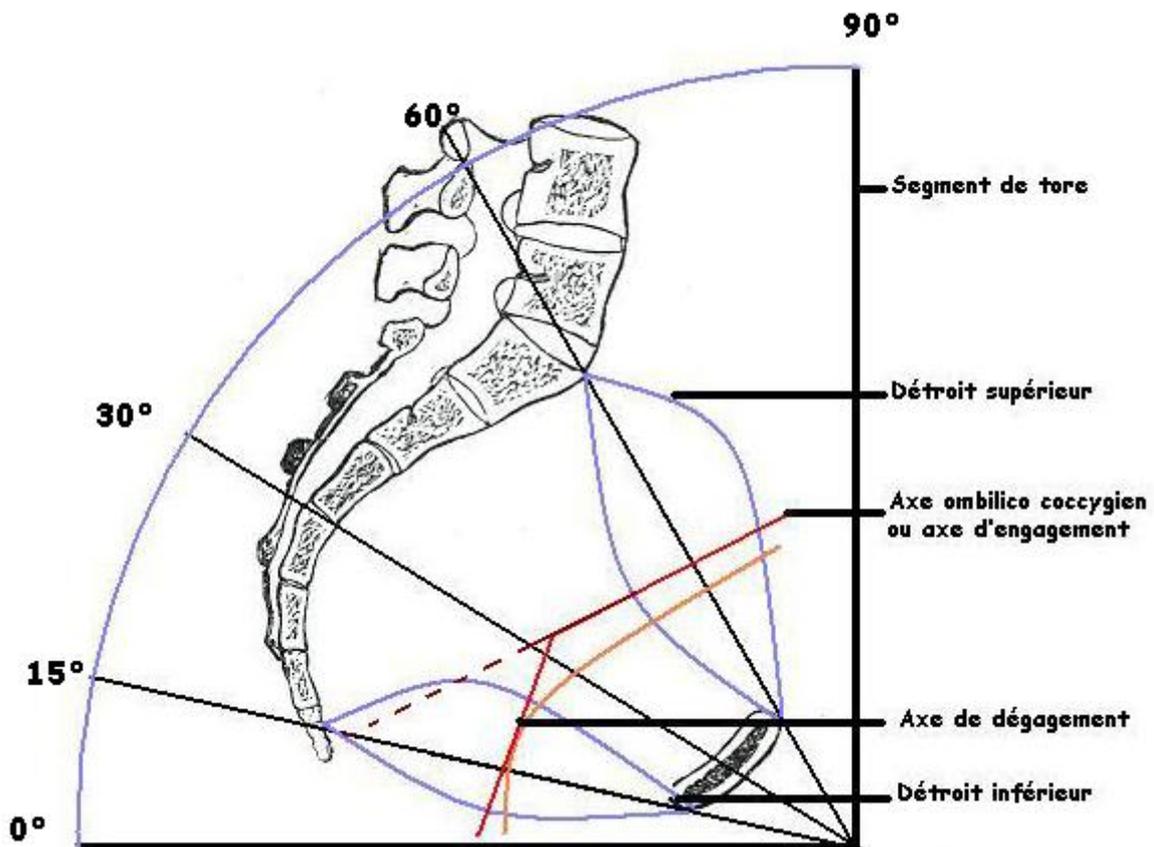
Elle présente un léger rétrécissement transversal qui passe par les épines sciatiques, niveau auquel se situe le détroit moyen.

Tous les diamètres sont sensiblement égaux mesurant 12 cm sauf le détroit moyen qui mesure transversalement en moyenne 10,8 cm.

Ses limites sont :

- En avant : la face postérieure de la symphyse pubienne et des corps du pubis.
- En arrière : la face antérieure du sacrum et du coccyx.
- Latéralement : la face quadrilatère des os iliaques.

Figure VIII : L'EXCAVATION PUBIENNE



c- Le détroit inférieur :

C'est le plan de dégagement de la présentation. Son grand axe est antéropostérieur défini par la ligne coccygo-sous-pubienne.

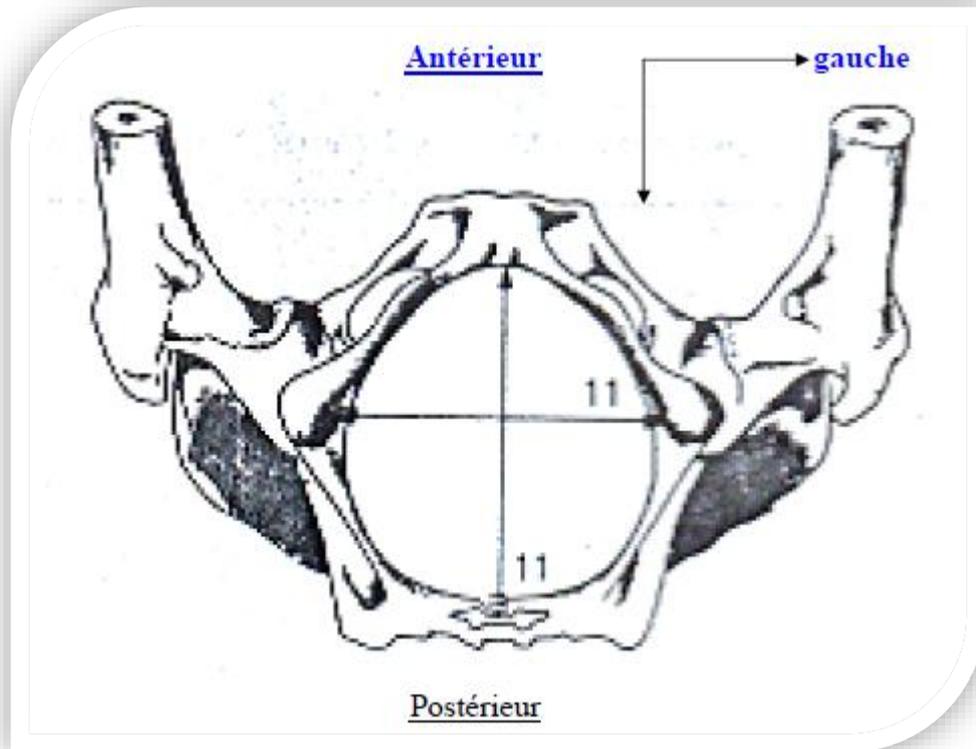
Il est limité par :

- En avant, le bord inférieur de la symphyse pubienne.
- En arrière, le coccyx
- Latéralement, d'avant en arrière :
 - Le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et celui des tubérosités ischiatiques.
 - Le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

➤ Diamètres du détroit inférieur :

- Le diamètre sous-coccy-sous-pubien est de 9,5 cm mais, peut atteindre 12 cm en retro pulsion ;
- Le diamètre sous-sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis, est de 11 cm grâce à la retro pulsion du coccyx.

Figure IX : LE DETROIT INFERIEUR



2.4.2- Le diaphragme pelvi-génital :

C'est un ensemble musculo-aponévrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne.

Il comprend deux plans :

- Un plan profond : *Le diaphragme pelvien*
- Un plan superficiel : *Le périnée*

a- Le diaphragme pelvien ,

Il comprend deux muscles :

- Le releveur de l'anوس
- Le muscle coccygien

Il s'agit d'un ensemble musculaire pair et symétrique qui s'insère sur la paroi latérale du bassin et qui délimite en son sein un espace médian appelée fente urogénitale qui laisse passer en avant l'urètre et le vagin, en arrière le canal anal. C'est au contact du diaphragme pelvien que la présentation va effectuer sa rotation pour se mettre dans un axe antéropostérieur (Figure X).

b- Le périnée :

Il représente l'ensemble des parties molles situées au-dessus du diaphragme pelvien.

▪ Forme :

Il a une forme losangique chez la femme en position gynécologique dont les limites sont : en avant la symphyse pubienne, en arrière le coccyx, latéralement les tubérosités ischiatiques.

La ligne bi sciatique va délimiter deux triangles :

- Un triangle antérieur ou périnée antérieur ou périnée urogénital.
- Un triangle postérieur ou périnée postérieur ou périnée anal.

▪ Constitution :

• Le périnée antérieur :

L'espace superficiel :

- La peau.
- Les organes érectiles (corps caverneux, corps spongieux, clitoris).
- La glande de BARTHOLIN.
- Les muscles (bulbo-spongieux, ischio-caverneux, transverse superficiel, constricteur de l'anus).

L'espace profond :

- Le sphincter strié de l'urètre.
- Le transverse profond.

• Le périnée postérieur :

- La peau.

- Le sphincter strié de l'anus.
- Les fosses ischio-rectales qui sont remplies de graisses.

Les structures du périnée antérieur et celles du périnée postérieur sont solidaires au niveau du centre tendineux du périnée qui est le point de rencontre entre les muscles du périnée antérieur et les fibres du sphincter strié de l'anus.

Figure X : LE DIAPHRAGME PELVIEN

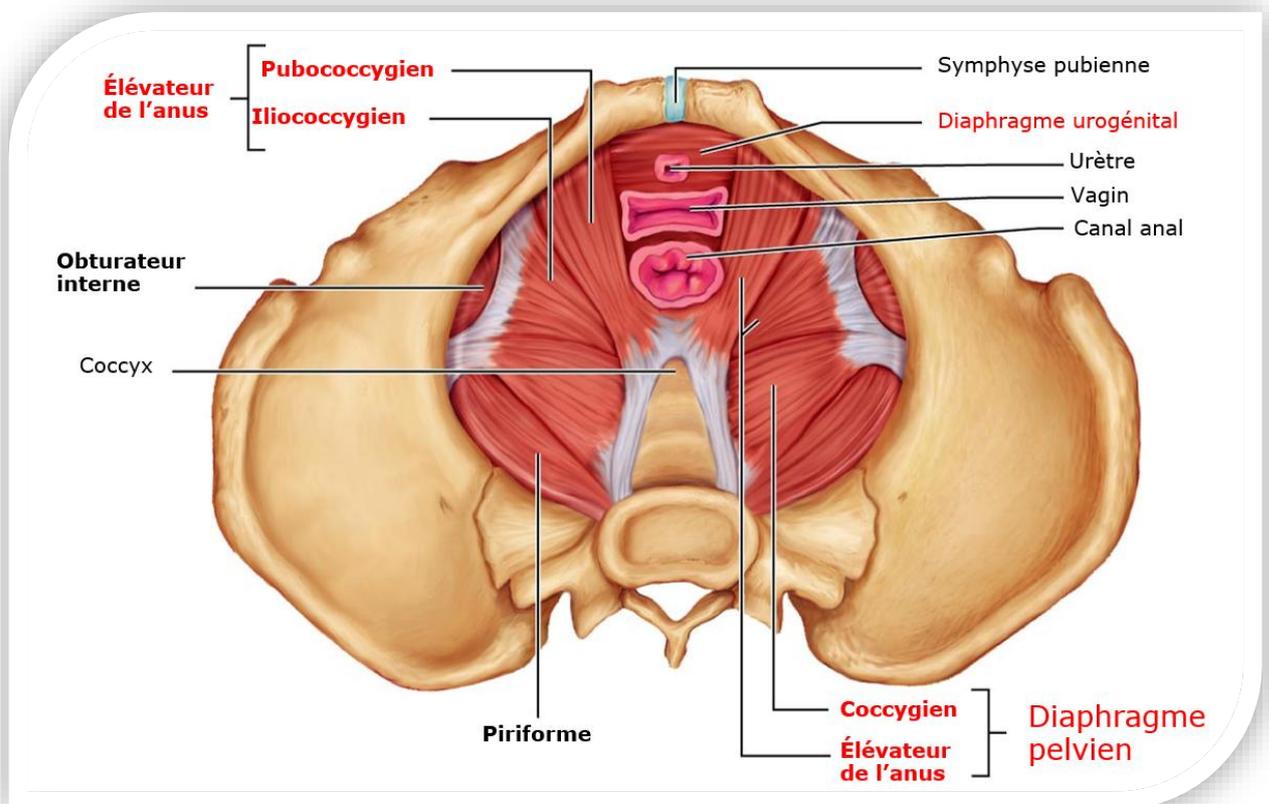


Figure XI : CRANE FOETAL VUE DE PROFIL

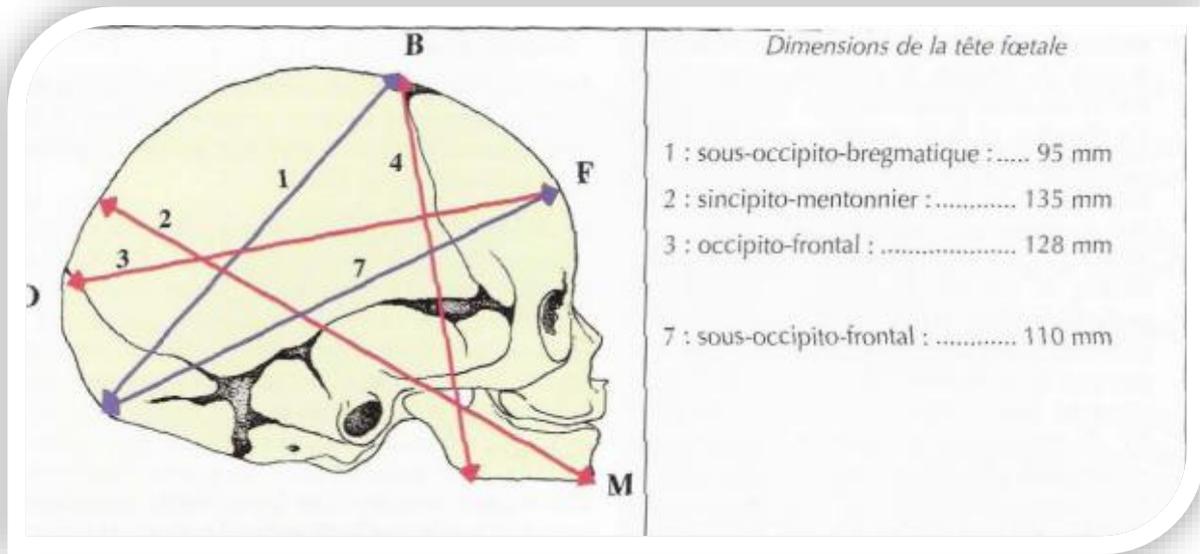
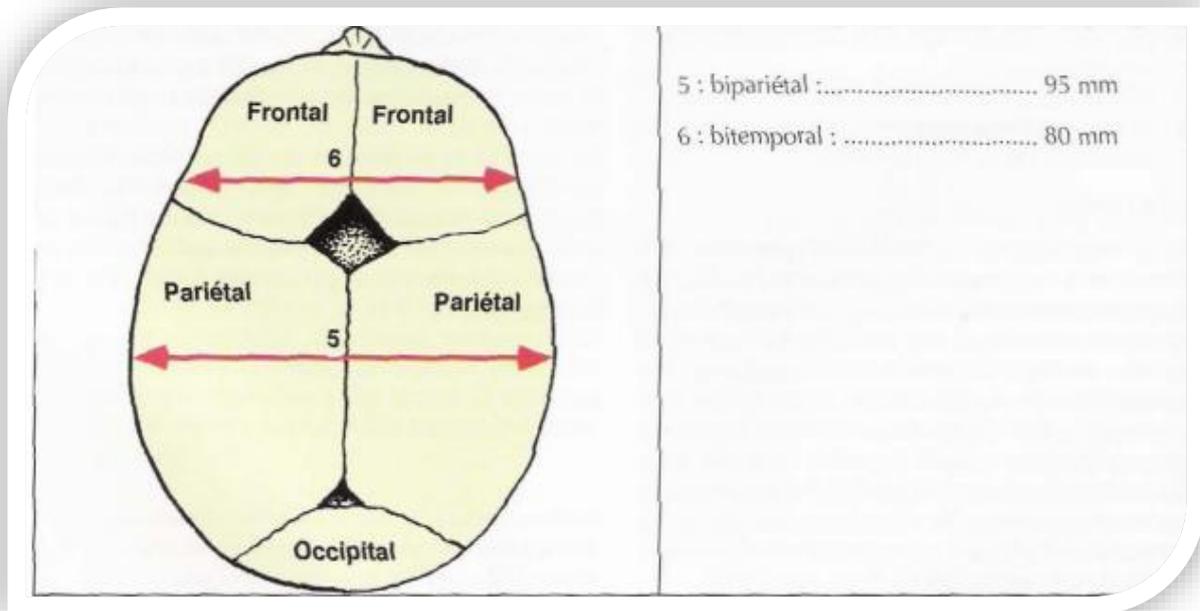


Figure XII : VOUTE CRANIENNE FOETALE



3. INDICATIONS :

La fréquence des indications pose des difficultés de classification. Celle-ci peut se faire selon la chronologie par rapport au début de travail, selon l'intérêt maternel, foetal ou mixte. Nous adopterons la classification analytique.

3.1 DYSTOCIES MECANIQUES :

3.1.1 Disproportion foeto- pelvienne :

Il s'agit soit d'une étroitesse du canal pelvi-génital, soit d'un excès de volume du foetus, l'une et l'autre constituant une entrave à la progression du mobile foetal. La pelvimétrie associée à l'échographie permet la réalisation du diagramme de MAGNIN, très important dans le pronostic de la traversée par le foetus de la filière pelvienne. Nous pouvons citer :

a- Bassins rétrécis :

- Promonto rétro pubien < 8,5 cm
- * transverse médian < 12,5 cm
- * bi sciatique < 9,5 cm
- * sacro-cotyloïdien < 9 cm
- Bassin ostéomalacique.
- Bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise.
- Bassin traumatique avec gros cal.
- BGR 'bassin généralement rétréci' : tous les diamètres sont réduits, le bassin est complètement exploré au toucher vaginal.

b- Bassins limites : au TV le promontoire est atteint. Dans la grande majorité des cas, la césarienne n'est indiquée qu'après échec de l'épreuve du travail ou s'il y'a d'autres facteurs associés.

c- Gros foetus : il peut être global (HU > 36 cm ; BIP>100mm ; Poids>4000gr) ou parfois localisé (cas des hydrocéphalies).

3.1.2 Obstacles prævia :

- * Kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolapsé dans le douglas.
- * Placenta prævia recouvrant.
- * Tumeur ou myome prævia.

3.1.3 Les présentations dystociques :

- la présentation de l'épaule
- la présentation du front
- la présentation de la face en cas de rotation de la tête en menton sacré.
- la présentation du siège lorsqu'elle est associée à d'autres facteurs. C'est une présentation potentiellement dystocique. Dans les derniers temps, cette présentation est une indication formelle à la césarienne.

3.2 DYSTOCIES DYNAMIQUES :

Les dystocies dynamiques pures sont actuellement rares du fait de la meilleure connaissance de leur physiopathologie et de la thérapeutique adéquate qu'on y oppose.

Il faut cependant, avoir à l'esprit que l'arrêt de la dilatation au cours du travail d'accouchement peut être la traduction d'une dystocie mécanique parfois difficile à cerner.

3.3 INDICATIONS LIÉES A L'ETAT GENITAL :

3.3.1 Présence d'une cicatrice utérine

L'idée première « one's a cesarean, always a cesarean. » est considérée actuellement par la plupart des auteurs comme caduque. Un antécédant de césarienne ne conduit à une nouvelle césarienne que lorsque la cause persiste ou une autre cause est ajoutée, mais les utérus bi cicatriciels ou plus imposent la césarienne.

3.3.2- L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparée.

3.3.3- Autres lésions :

- * Cure de fistule vésico-vaginale.
- * Cure de prolapsus génitaux.
- * Cancer du col, diaphragmes transversaux du vagin, volumineux Kystes vaginaux.

3.4 INDICATIONS LIEES AUX ANNEXES FOETALES :

- Placenta prævia recouvrant ou hémorragique.
- Hématome rétro placentaire (HRP) dans sa forme dramatique.
- La procidence du cordon battant.
- La rupture prématurée des membranes (pas toujours individualisée comme indication de césarienne).

3.5 PATHOLOGIES GRAVIDIQUES :

1- Maladies pré existantes aggravées :

- HTA (2 à 9% selon la littérature)
- Cardiopathie sur grossesse.
- Diabète : l'intervention est décidée aux alentours de la 37^e SA dans un but préventif de sauvegarde foétale.

2- Autres affections :

- Antécédents cérébraux vasculaires ou tumoraux.
- Hémopathies malignes (maladie de HODGKING).
- Cancer du col.
- Ictère avec souffrance foétale.
- Maladie herpétique, vulvo-vaginite.
- Troubles respiratoires.

- Allo immunisation foëto-maternelle.

Cette liste n'est pas exhaustive, de nombreuses indications circonstanciëllës existent.

3.6 SOUFFRANCE FOETALE :

C'est la première indication pour beaucoup d'auteurs. Elle peut être aigue ou chronique. Sa fréquence selon la littérature varie de 20 à 25%. On la rencontre généralement dans le cadre d'une pathologie materno-foëtale.

3.7 AUTRES INDICATIONS :

- Malformations foëtales.
- Prématurité associée à d'autres facteurs.
- Grossesses multiples : > 2 foëtus conduisent à la césarienne dans la majorité des cas.
- Enfants « précieux »
- Forte myopie.
- La césarienne post-mortem : elle repose sur certains principes édités par DUMONT :
 - grossesse d'au moins 28 – 29 SA ;
 - B.D.C.F présents avant l'intervention ;
 - Le délai est d'au plus 20min après le décès maternel ;
 - La réanimation maternelle doit être poursuivie jusqu'à la fin de l'intervention.

4. L'ANESTHESIE EN VUE D'UNE CESARIENNE

L'anesthésie pour une césarienne classiquement peut être obtenue de deux manières :

- une anesthésie générale ou
- une anesthésie locorégionale.

Plusieurs autres techniques peuvent être utilisées dont l'anesthésie péridurale et locale.

4.1 L'anesthésie générale :

➤ Incidents et accidents :

- Inhalation de liquide gastrique qui peut être gravissime et mortelle.

C'est la première cause de mortalité en anesthésie obstétricale. Ce risque est toujours présent en raison de la grande fréquence du relâchement du sphincter œsophagien.

- Les effets circulatoires de l'anesthésie générale sont moins importants que ceux observés sous anesthésie rachidienne.
- Le passage placentaire des drogues anesthésiques peut entraîner des dépressions respiratoires chez l'enfant surtout si le temps d'extraction est prolongé.

➤ Les indications :

- Ce sont :
 - les césariennes en urgence
 - les hypovolémies
 - les troubles de la coagulation.

Elle peut compléter une anesthésie locorégionale incomplète ou inefficace.

➤ Avantage :

- Induction rapide,
- Contrôle plus facile des problèmes hémodynamiques,
- Fiabilité.

4.2 L'anesthésie locorégionale :

Son intérêt est de paralyser les troncs sympathiques et parasympathiques de la région génitale mais aussi les nerfs de la peau et des muscles du périnée tout en gardant la femme consciente.

a. L'anesthésie péridurale :

➤ Technique :

- Malade mise en confiance
- Abord veineux assurant un remplissage vasculaire par 500ml à 1000 ml d'une solution macromoléculaire pour prévenir l'hypotension artérielle.
- Parturiente mise en position assise ou en décubitus latéral gauche, le dos arrondi.
- L'opérateur doit pratiquer le geste de façon stérile (calot, bavette, lavage chirurgical des mains, gants stériles).
- Badigeonnage chirurgical de la région lombaire.
- L'espace de ponction (de L2 à L5) est repéré par la ligne bi iliaque.
- La ponction est réalisée avec l'aiguille de Tuorhy au niveau de l'espace L2-L3 ou L3-L4.
- L'espace péridural est identifié par la technique du mandrin liquide ou du mandrin gazeux : avec l'aiguille de Tuorhy, on franchit le plan cutané puis le ligament sus épineux, l'aiguille est ainsi fixée dans le ligament inter épineux ; on adapte alors une seringue de 10ml contenant quelques millilitres d'air ou de sérum physiologique, et on procède à l'identification de l'espace péridural par la "technique de perte de résistance".
- Passage d'un cathéter à travers l'aiguille dans l'espace péridural sur une longueur de 2 à 3cm sans dépasser les 3cm pour diminuer le risque de latéralisation du produit.
- On fait un test d'aspiration à la recherche de sang ou de LCR puis on injecte une dose test de 2 ml d'anesthésique local dans le cathéter, ceci permet de reconnaître une injection sous-arachnoïdienne éventuelle (rachianesthésie).
- La dose nécessaire d'anesthésique local est injectée 3 minutes au moins après la dose test.

➤ **Produits anesthésiques.**

- La bupivacaïne (marcaïne*) : C'est le produit le plus utilisé dans l'anesthésie locorégionale. Elle procure une analgésie de bonne qualité avec un bloc moteur minime. Sa durée d'action est longue.

Elle possède une toxicité cardiaque surtout lors des injections intra vasculaires accidentelles. Elle n'entraîne pas une diminution du score d'Apgar chez le nouveau-né.

- L'étidocaïne : Le bloc moteur est très important avec une analgésie de moins bonne qualité. La durée d'action est longue. Il n'existe pas d'effet sur le nouveau-né.

L'analgésie de ces produits anesthésiques locaux peut être renforcée par l'adjonction de fentanyl.

➤ **Incidents et accidents .**

- L'hypotension artérielle : elle est progressive, par blocage sympathique, aggravée par la compression aorto-cave.

- Les convulsions et les dépressions cardio-vasculaires : elles surviennent lors des injections massives accidentelles d'anesthésiques locaux.

- Une rachianesthésie : elle peut survenir lors d'une ponction intra-durale méconnue et provoquer un collapsus cardio-vasculaire, une apnée et une perte de connaissance.

➤ **Indications :**

Elle est réservée surtout pour les césariennes programmées.

➤ **Contre-indications :**

- Refus de la patiente.
- Troubles de la coagulation.
- Infection cutanée.
- Etat fébrile.

- Maladie neurologique évolutive.
- Anomalie de la colonne vertébrale.

➤ **Avantage :**

- Elle diminue le risque d'inhalation bronchique.
- Elle n'a que peu d'effet sur le nouveau-né.
- Elle permet la conservation de l'état de conscience de la mère.

b. La rachianesthésie

➤ **Principe :**

C'est l'anesthésie rachidienne par injection directe de l'anesthésique local dans le cul de sac dural réalisant une section pharmacologique de la moelle, ce qui entraîne une paralysie totale de tout le système nerveux sous-jacent : sympathique, sensitif et moteur.

➤ **Technique :**

- Malade mise en confiance.
- Abord veineux assurant un remplissage vasculaire par 500 ml à 1000 ml de soluté macromoléculaire pour prévenir l'hypotension artérielle.
- Parturiente mise en décubitus latéral gauche ou plus rarement en position assise.
- Asepsie rigoureuse.
- La ponction est réalisée dans un espace inter épineux situé au-dessous de L2 pour éviter une blessure de la moelle épinière.
- L'aiguille de ponction doit être fine (22 à 25 gauges), un introducteur type Pitkin permet de faciliter son passage à travers la dure-mère.
- Avant d'injecter le produit anesthésique, on doit s'assurer de l'écoulement du LCR.

➤ **Produits anesthésiques :**

On utilise le plus souvent la bupivacaine à 0,5 %. La posologie utilisée étant faible, il n'y a pas de risque de réaction toxique maternelle ni de passage placentaire.

➤ **Incidents et accidents :**

- L'hypotension artérielle : contrairement à celle de l'anesthésie péridurale, elle est brutale et profonde.
- L'extension en hauteur de la rachianesthésie : favorisée par la position de Trendelenburg, elle peut ainsi entraîner une dépression respiratoire.
- Les céphalées : elles sont gênantes et parfois invalidantes.

➤ **Les indications :**

- Elle est réservée aux césariennes programmées.
- Les avis sont partagés quant à la place de cette technique dans les césariennes en urgence.

➤ **Les contre-indications :**

Elles sont les mêmes que pour l'anesthésie péridurale.

5. TECHNIQUES CHIRURGICALES DE L'INTERVENTION CESARIENNE

La césarienne est une intervention apparemment facile, ce qui conduit assez souvent à l'abus, trop de personnes s'y adonnent : les uns insuffisamment formés en chirurgie, les autres encore moins en obstétrique, alors que dans le contexte même de l'obstétrique moderne, effectuer une césarienne requiert une bonne connaissance de l'obstétrique et de la chirurgie, sécurisées par une anesthésie et une réanimation efficace avec un plateau de néonatalogie de pointe.

Vu la diversité des techniques depuis les débuts de l'intervention jusqu'à nos jours, ne seront décrites ici que la césarienne segmentaire et la césarienne selon MISGAV LADACH. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général.

5.1 La césarienne segmentaire :

- **Premier temps** : mise en place des champs ; coeliotomie sous ombilicale médiane ou transverse (Pfannenstiel). L'incision de Pfannenstiel offre le double avantage d'être esthétique et d'une grande solidité de la cicatrice rendant la survenue d'éventration exceptionnelle. (Figure XIV).
- **Deuxième temps** : protection de la grande cavité par des champs abdominaux, mise en place des valves.
- **Troisième temps** : incision transversale aux ciseaux du péritoine pré-segmentaire dont le décollement est facile.
- **Quatrième temps** : incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ; l'un ou l'autre ayant leurs adeptes bien que le premier semble être usité selon la littérature.
- **Cinquième temps** : extraction du fœtus. C'est la phase la plus redoutée des jeunes opérateurs. Des manœuvres inadaptées peuvent entraîner une extension de l'hystérotomie transversale vers les pédicules utérins.
Dans la présentation céphalique plusieurs techniques sont décrites. Dans les autres présentations la plupart des auteurs conseillent d'abord de chercher un pied (grande extraction).
- **Sixième temps** : c'est la délivrance par expression du fond utérin, ou délivrance manuelle par l'orifice de l'hystérotomie. La délivrance est suivie d'une révision utérine systématique, on assiste alors à la constitution spontanée du globe utérin avant la réparation de la brèche utérine.
- **Septième temps** : suture du segment inférieur en un plan avec des points séparés croisés en x sur les extrémités et les points séparés extra muqueux sur les berges.
- **Huitième temps** : suture du péritoine vésico-utérin par un simple surjet non serré.

- **Neuvième temps** : on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.

- **Dixième temps** : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

- **Avantages de la césarienne segmentaire** :

- Incision autonome du péritoine viscéral possible permettant une bonne protection de la suture.

- Incision de la partie non contractile de l'utérus donc moins de risque de rupture.

- La cicatrice est d'excellente qualité.

5.2 La césarienne selon la technique de MISGAV LADACH :

Se basant sur la littérature, MICHAEL STARK de l'hôpital MISGAV LADACH a modifié et rationalisé ces nouvelles stratégies en mettant au point une technique qu'il a appelée modestement méthode de MISGAV LADACH. Elle consiste à :

- Ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 4 cm au-dessus de la symphyse pubienne, incision de Joël-Cohen.
- Ouverture transversale du péritoine pariétal.
- Pas de champs abdominaux.
- Hystérotomie segmentaire transverse.
- Extraction fœtale et délivrance extemporanée suivie d'une révision utérine
- Hystérographie en plan par un surjet continu.
- Pas de péritonisation.
- Suture de l'aponévrose par un surjet continu.
- Rapprochement cutané par quelques points de BLAIR-DONATI très espacés.

Avantage de la technique de MISGAV LADACH :

- Limite les attritions tissulaires.
- Elimine les étapes opératoires superflues.
- Simplifie le plus possible l'intervention.

La simplicité de cette technique et les résultats obtenus par différentes études font penser qu'elle deviendra bientôt la référence en matière d'extraction fœtale par voie haute.

Figure XIII :



Figure XIV:

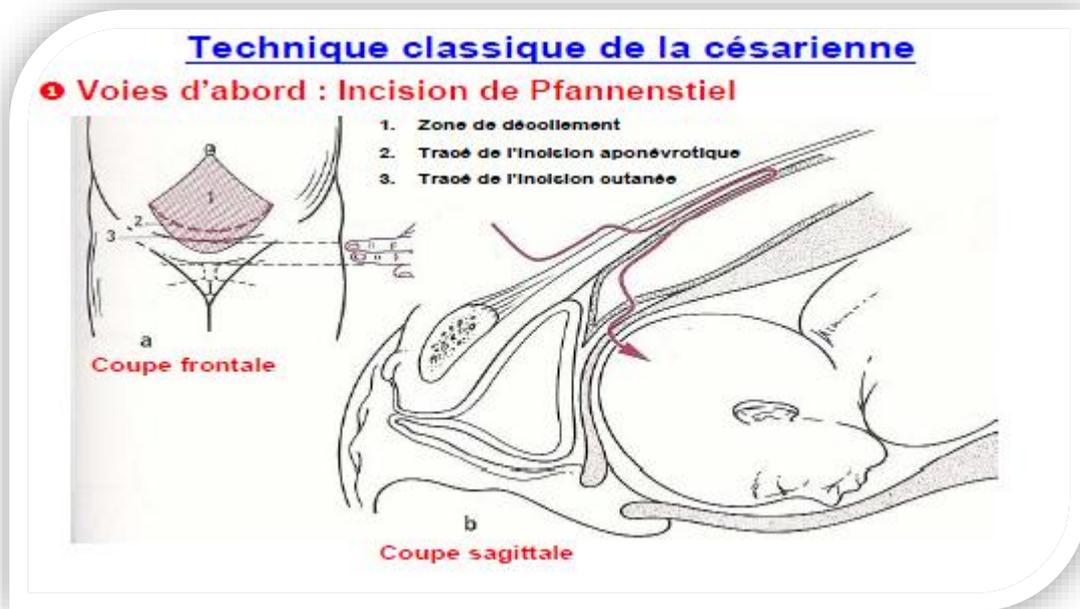


Figure XV:

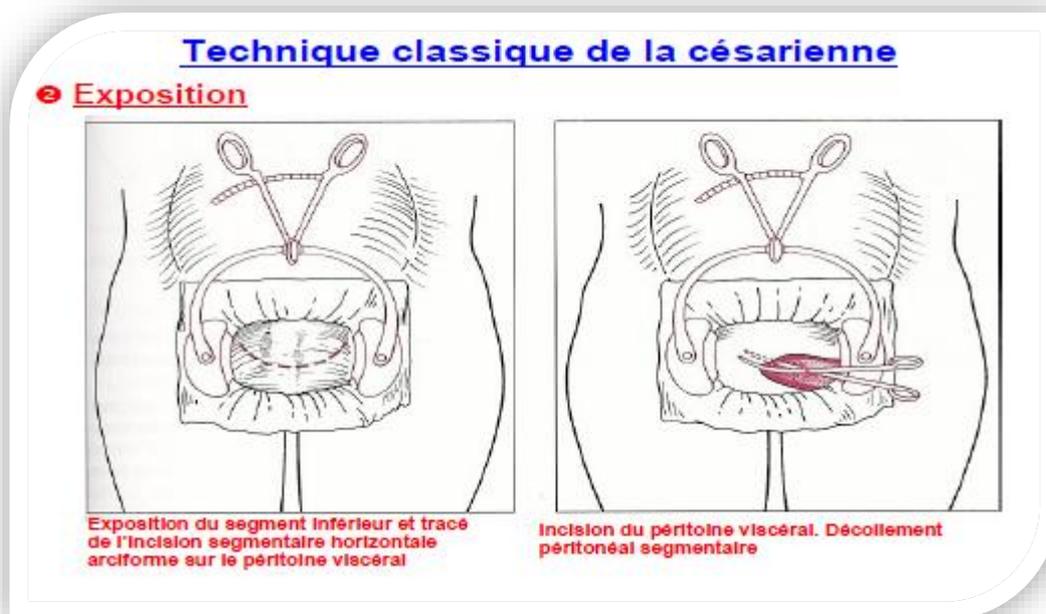


Figure XVI:

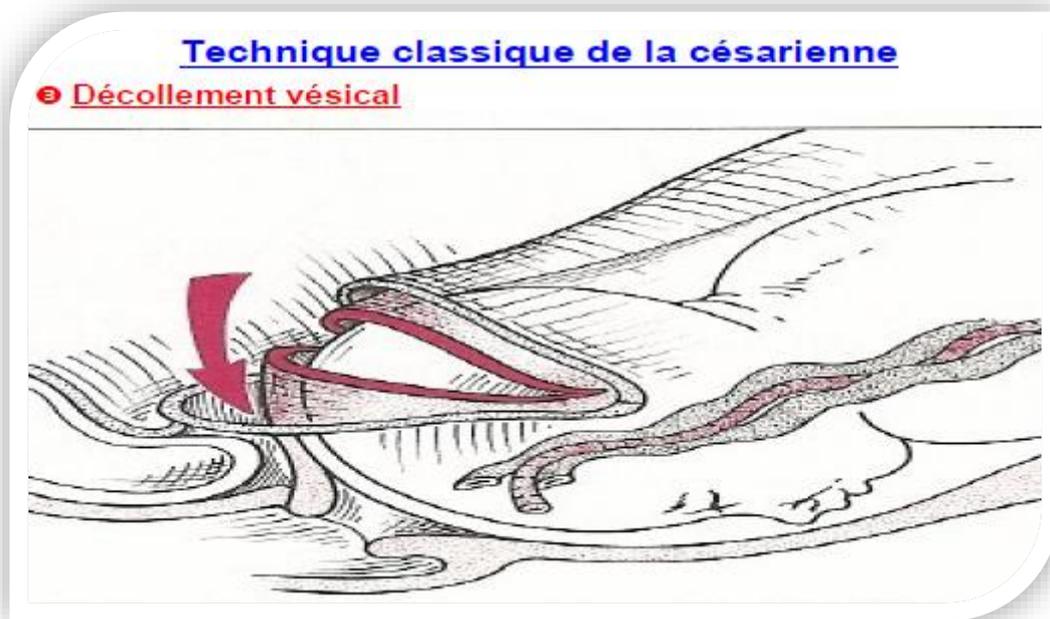


Figure XVII:

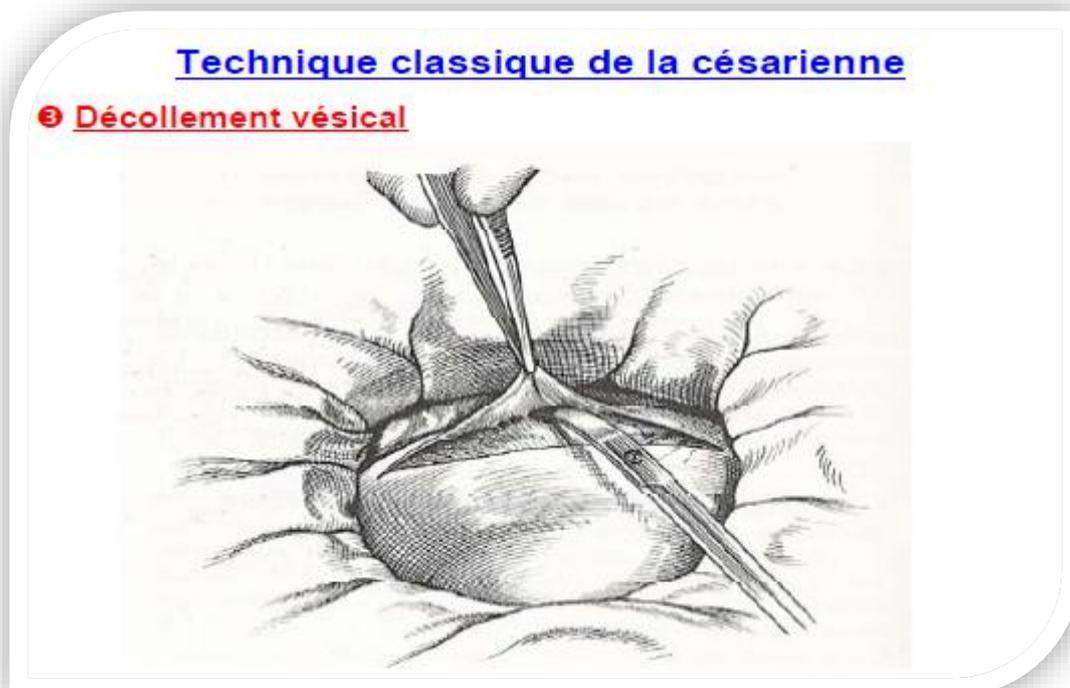


Figure XVIII :

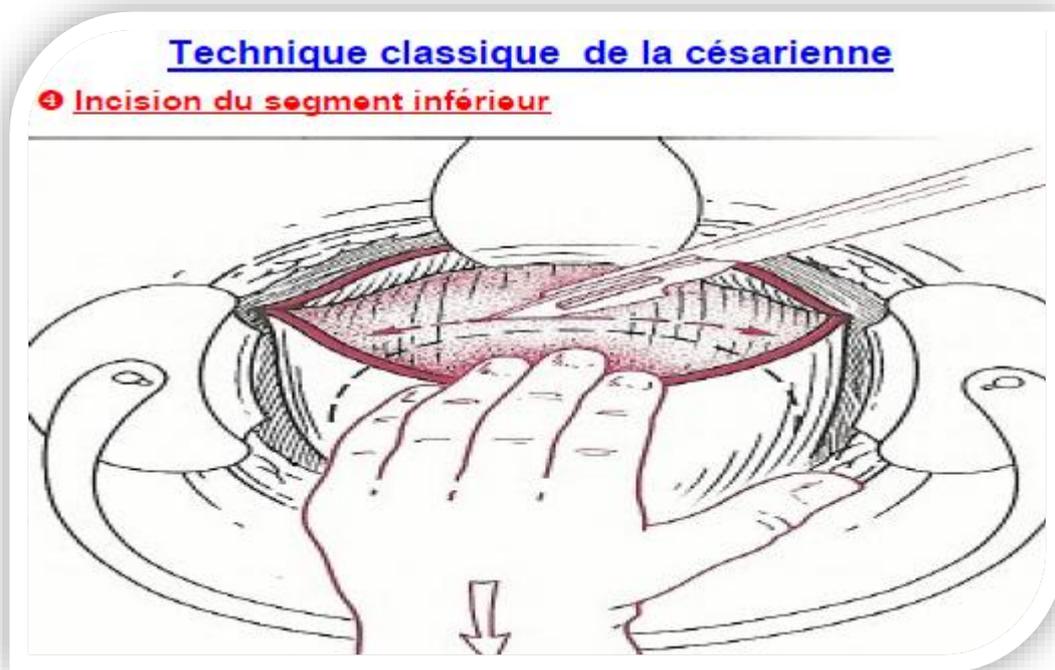


Figure XIX :

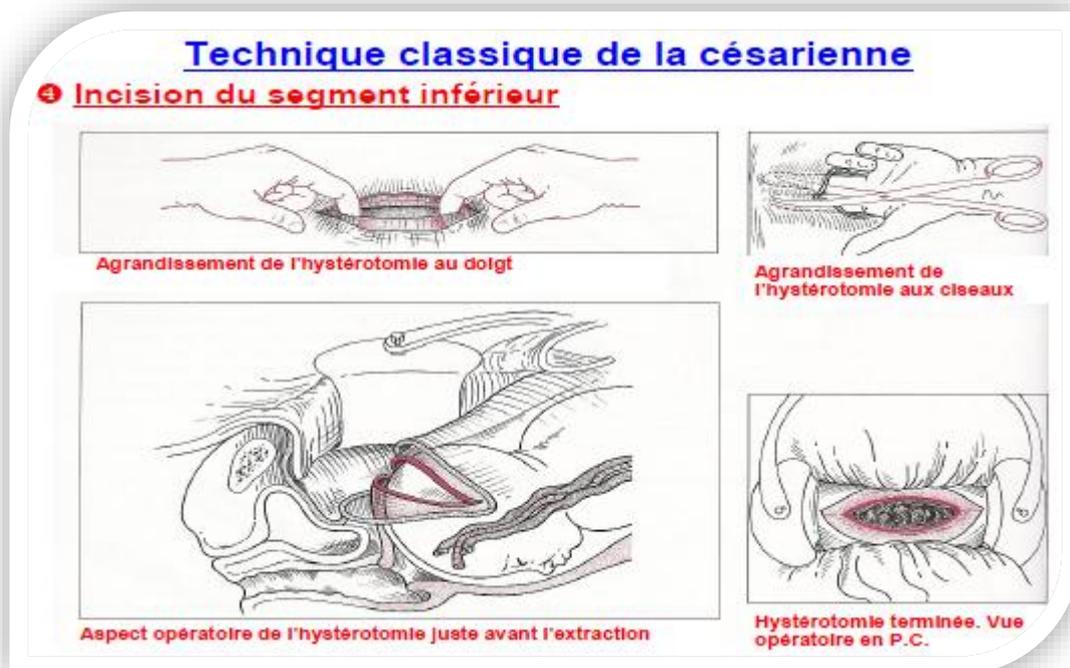


Figure XX :

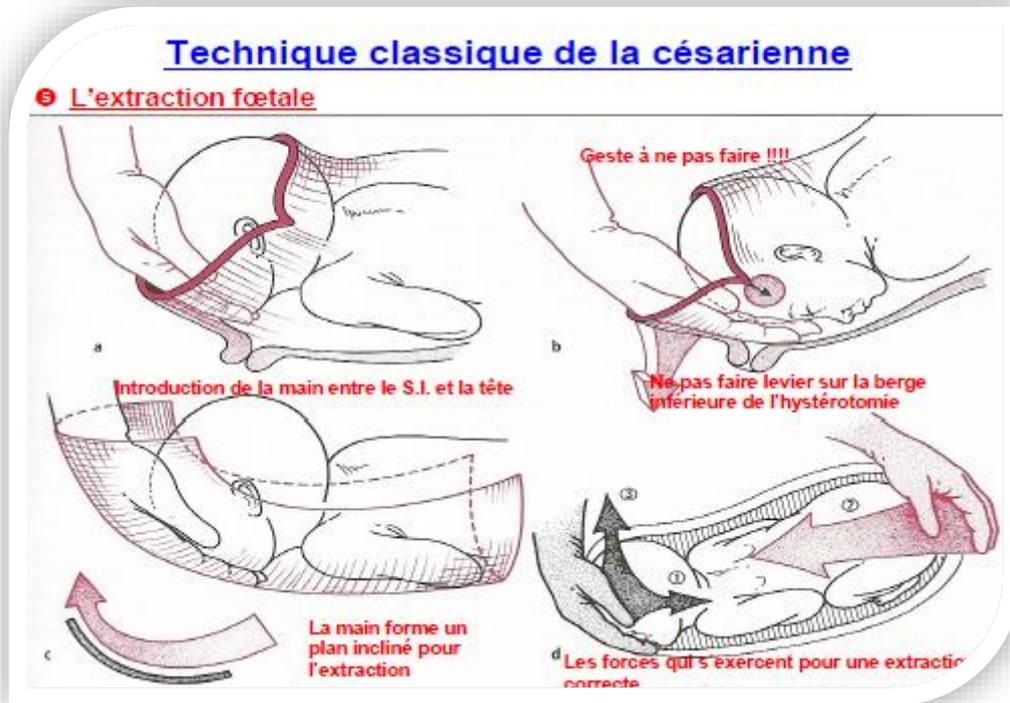


Figure XXI:

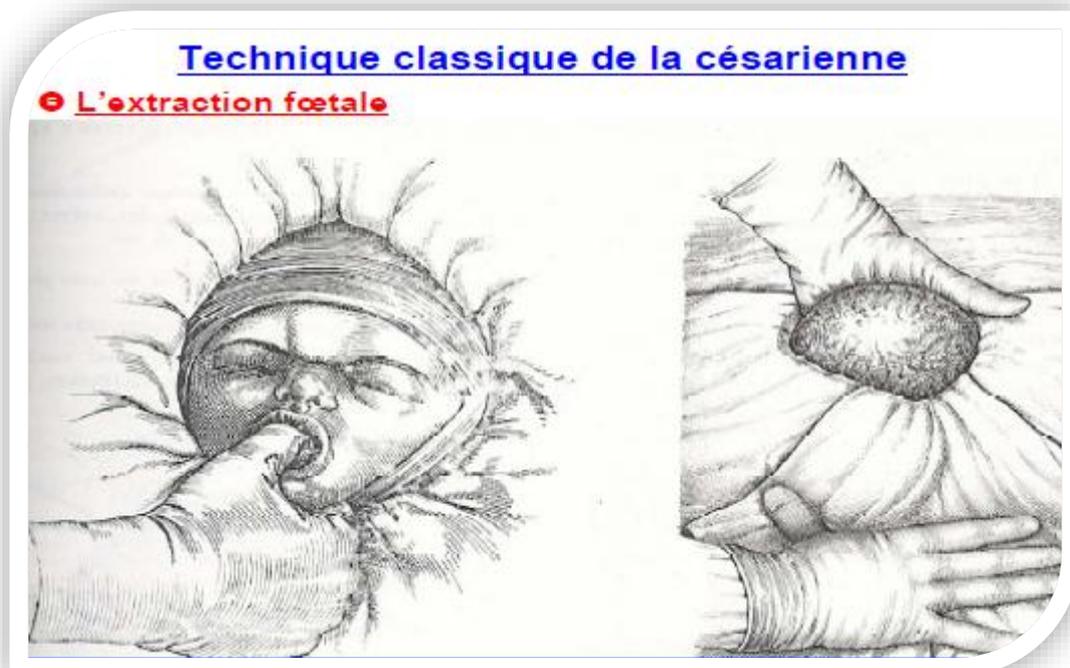
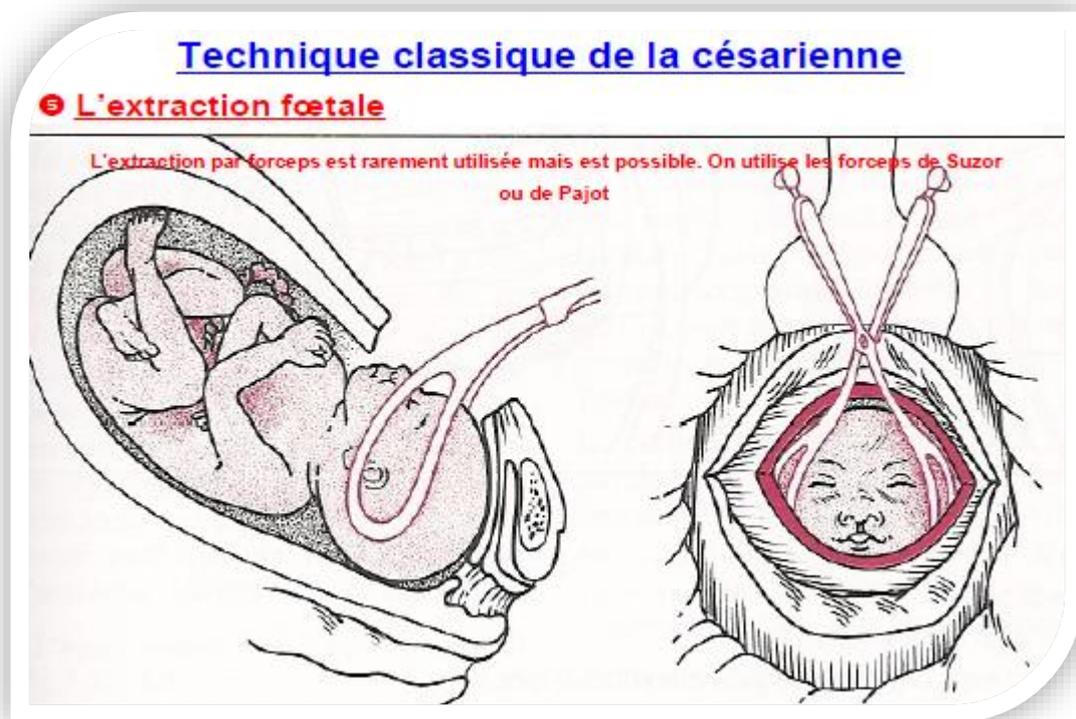


Figure XXII:



5.3 Interventions associées :

On peut citer :

- L'hystérectomie d'hémostase.
C'est la principale intervention devant une hémorragie incoercible ou une rupture utérine non suturable.
- Hystérectomie pour utérus myomateux ou une lésion maligne.
- Une myomectomie (intervention controversée !).
- Une kystectomie de l'ovaire.
- Une ligature des trompes.

6. LES COMPLICATIONS :

Bien que le pronostic de la césarienne soit actuellement bon parce qu'ayant bénéficié des progrès techniques, de l'asepsie, de l'antibiothérapie etc..., la mortalité n'est pas et ne sera jamais nulle car les indications comme le placenta prævia hémorragique, les infections sévères du liquide amniotique et l'éclampsie existeront toujours, toujours redoutables. Les complications sont en effet nombreuses et peuvent être per ou post opératoires.

6.1 Les complications per opératoires :

- **L'hémorragie** : Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :
 - Soit généraux : troubles de la coagulation et de l'hémostase.
 - Soit locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, placenta accreta).

- **Les lésions intestinales** :

Elles sont le plus souvent iatrogènes. Elles sont rares, survenant en cas d'adhérences à la paroi plus rarement à l'utérus. Il s'agit de plaie des anses grêles ou coliques qui doivent bien s'être être réparées, ce qui nécessite le minimum de notions de chirurgie digestive.

- **Lésions urinaires** :

Essentiellement les lésions vésicales et les traumatismes urétéraux rares.

- **Complications anesthésiologies** :

Hypoxie, asphyxie, arrêt cardiaque à l'induction, la mort maternelle au cours de l'intervention etc....

6.2 Les complications post opératoires :

- **Les complications infectieuses** :

Elles sont les plus nombreuses, 30 à 40% des césariennes selon la littérature.

Cette fréquence trouve son explication dans cette phrase de Grall : « la flore vaginale, après que la rupture des membranes, les touchers, les manœuvres obstétricales en aient permis l'ascension, trouve dans les tissus lésés, les petits hématomes, le matériel de suture, un excellent milieu de culture ».

Les principales complications infectieuses sont : l'infection urinaire, l'endométrite, le sepsis, les suppurations et abcès de paroi.

➤ **L'hémorragie post-opératoire :**

Plusieurs sources existent :

- Hématome de paroi, justiciable de drainage, type Redon.
- Saignement des berges d'hystérotomie par hémostase insuffisante.
- Exceptionnellement, l'hémorragie vers J10-15 post opératoire par lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

➤ **Les complications digestives :**

Iléus paralytique post-opératoire fonctionnel, les vomissements, la diarrhée, les sub-occlusions voire les volvulus du colon.

➤ **LA maladie thromboembolique :**

Elle est prévenue par le lever précoce, voire l'héparinothérapie dans les cas à risque (phlébites, antécédent de maladies thromboemboliques).

➤ **Les complications diverses :**

Troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésico-vaginales, embolie gazeuse, embolie amniotique.

Par ailleurs des complications peuvent s'observer chez le nouveau-né surtout liées aux drogues anesthésiques (dépression du nouveau-né, détresse respiratoire) ou d'ordre infectieuse voire la mortalité du nouveau-né.

MATERIEL ET METHODES

MATERIEL ET METHODES

Notre travail a été réalisé au sein de service de gynécologie obstétrique EPH REMCHI wilaya de TLEMCEM.

Période d'étude :

Elle s'étend du 1 janvier 2020 au 31 décembre 2020 soit une durée d'un an.

Population d'étude :

L'étude a porté sur l'ensemble des femmes césarisées au niveau de service de gynécologie Obstétrique de L'EPH REMCHI au cours de la période d'étude, et les nouveau-nés issus de ces césariennes.

Echantillonnage :

L'échantillonnage porte sur 285 cas de césarienne.

Critères d'inclusion :

- Les parturientes chez qui, l'indication de césarienne a été posée et dont l'opération s'est déroulée au service, ou au niveau de l'EHS Tlemcen suite à une évacuation en urgence.
- Les nouveau-nés issus des césariennes déroulées au service.

Collecte des données :

Les sources : Dossiers des accouchements

Technique : lecture et analyse.

Objectifs principaux

- Déterminer la fréquence des césariennes au niveau de l'EPH REMCHI (urgente ou prophylactique).
- Répertorier les indications de ces césariennes.
- Discuter le pronostic foetal des nouveau-nés issus de cette intervention.

Objectifs secondaires

- Etude des autres facteurs : l'âge, le terme, la résidence, la profession, le type d'anesthésie, et les actes chirurgicaux associés.

RESULTATS

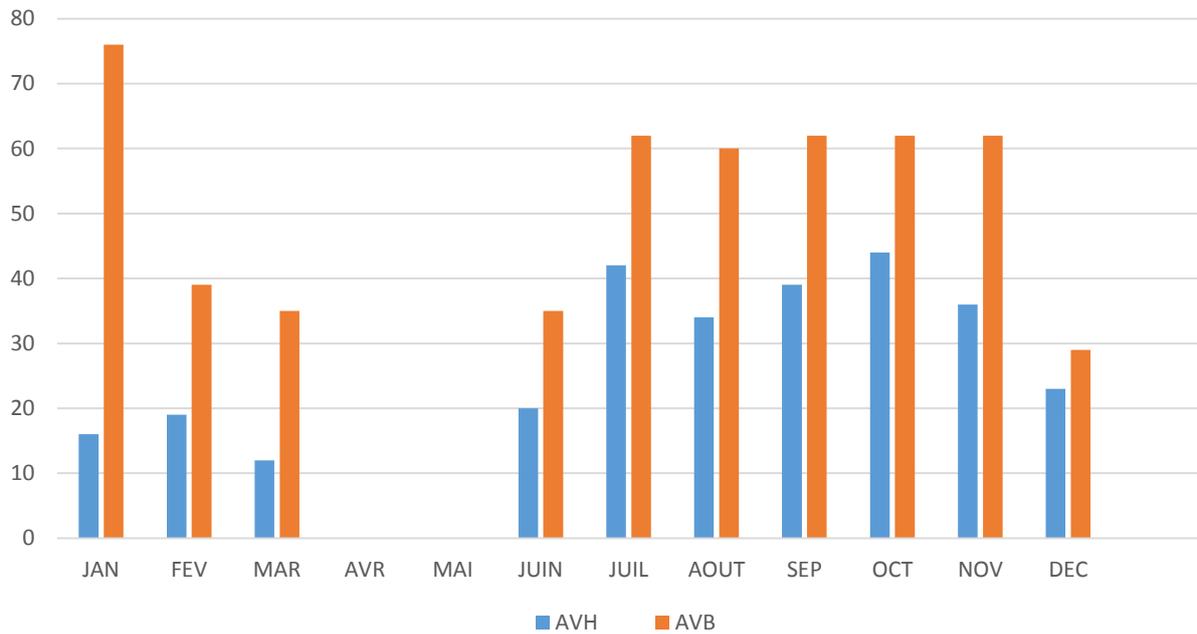
RESULTATS

Au cours de notre période d'étude, nous avons recensé **285** cas de césarienne sur un total de **807** accouchements, soit une fréquence de **35,31%**.

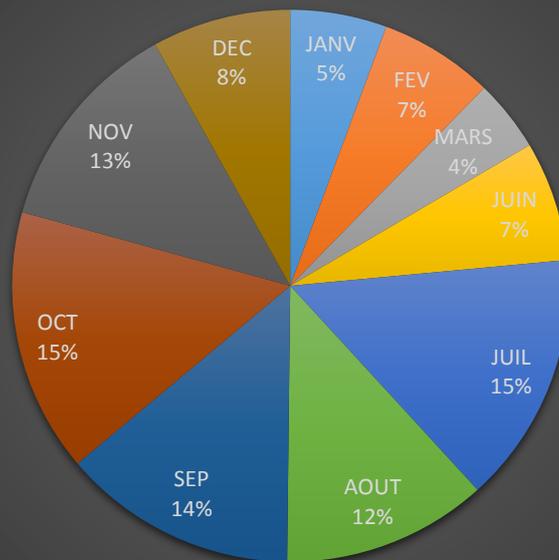
1- Répartition mensuelle des accouchements

MOIS	Nbr AVH	Nbr AVB	TOTAL	% AVH	AVH/AVB
JANVIER	16	76	92	5,61 %	0,21
FEVRIER	19	39	58	6,66 %	0,48
MARS	12	35	47	4,21 %	0,34
AVRIL	L'EPH Remchi, dans cette période, a réservé tous ses lits pour l'hospitalisation des patients covid positif en état de détresse. Toutes autres activités ont été suspendues.				
MAI					
JUIN	20	35	55	7,01 %	0,57
JUILLET	42	62	104	14,73 %	0,67
AOUT	34	60	94	11,92 %	0,56
SEPTEMBRE	39	62	101	13,68 %	0,62
OCTOBRE	44	62	106	15,43 %	0,70
NOVEMBRE	36	62	98	12,63 %	0,58
DECEMBRE	23	29	52	8,07 %	0,79
TOTAL	285	522	807	100 %	0,54

Nombre mensuel des accouchements par voie haute

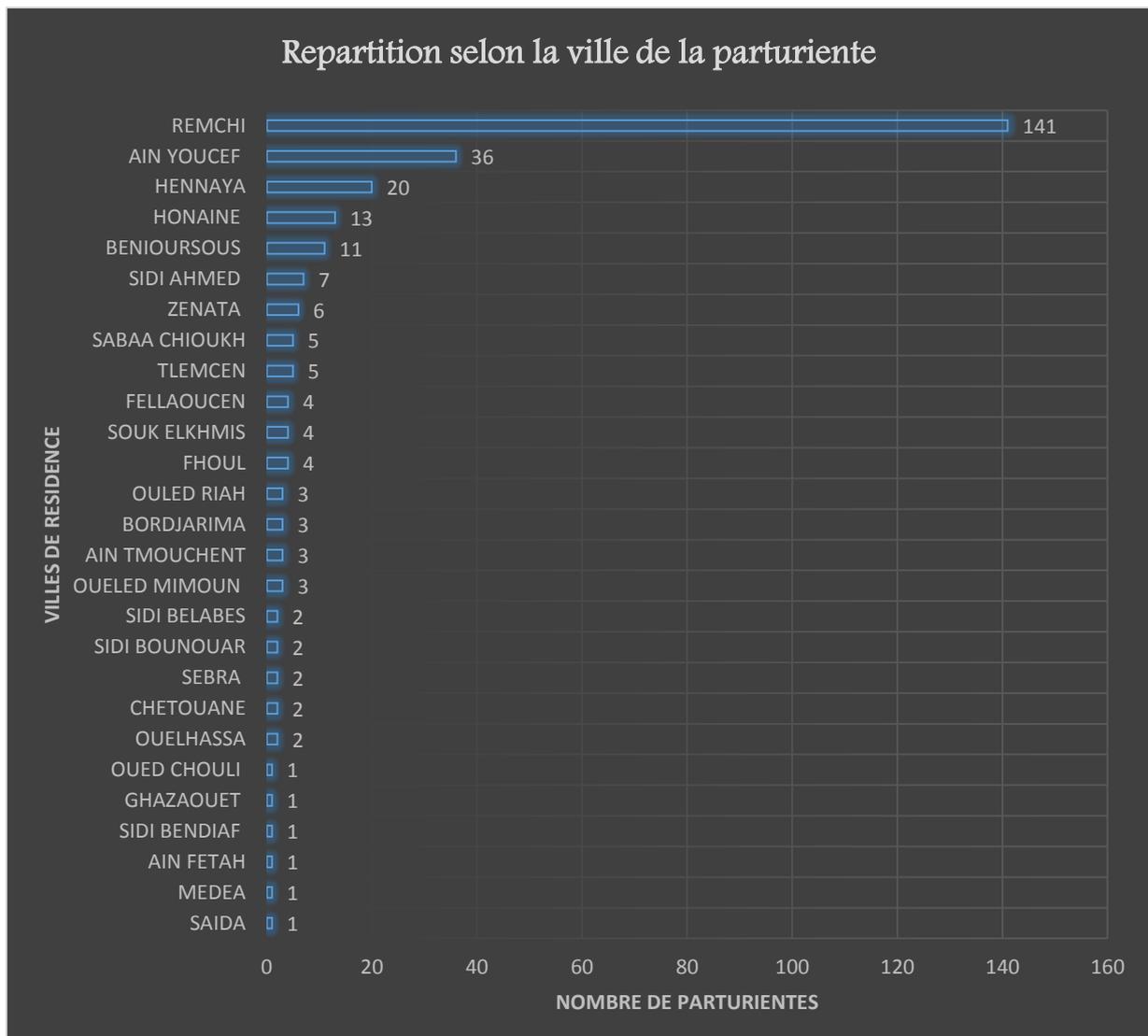


Pourcentage mensuel des AVH



■ JANV ■ FEV ■ MARS ■ JUIN ■ JUIL ■ AOUT ■ SEP ■ OCT ■ NOV ■ DEC

2- Répartition selon la résidence des parturientes (ville de résidence)

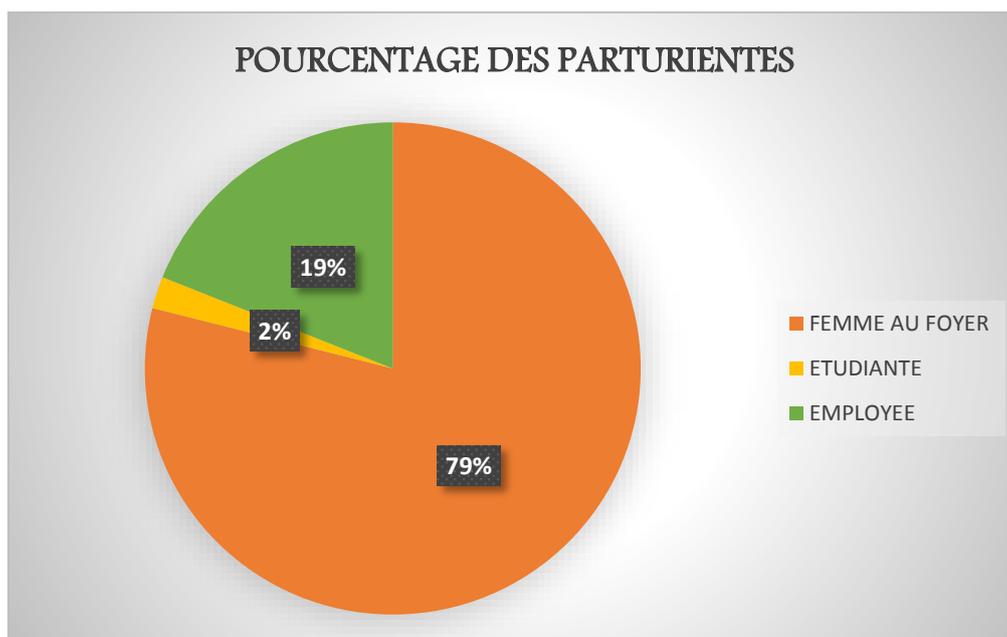


	Rural et Semi-urbain	Urbain
POURCENTAGE	19%	81%

3- Répartition selon la profession

Le regroupement des parturientes était selon le mode : employée (sans précision), étudiante, femme au foyer.

La figure suivante illustre que 79% des parturientes sont des femmes au foyer.

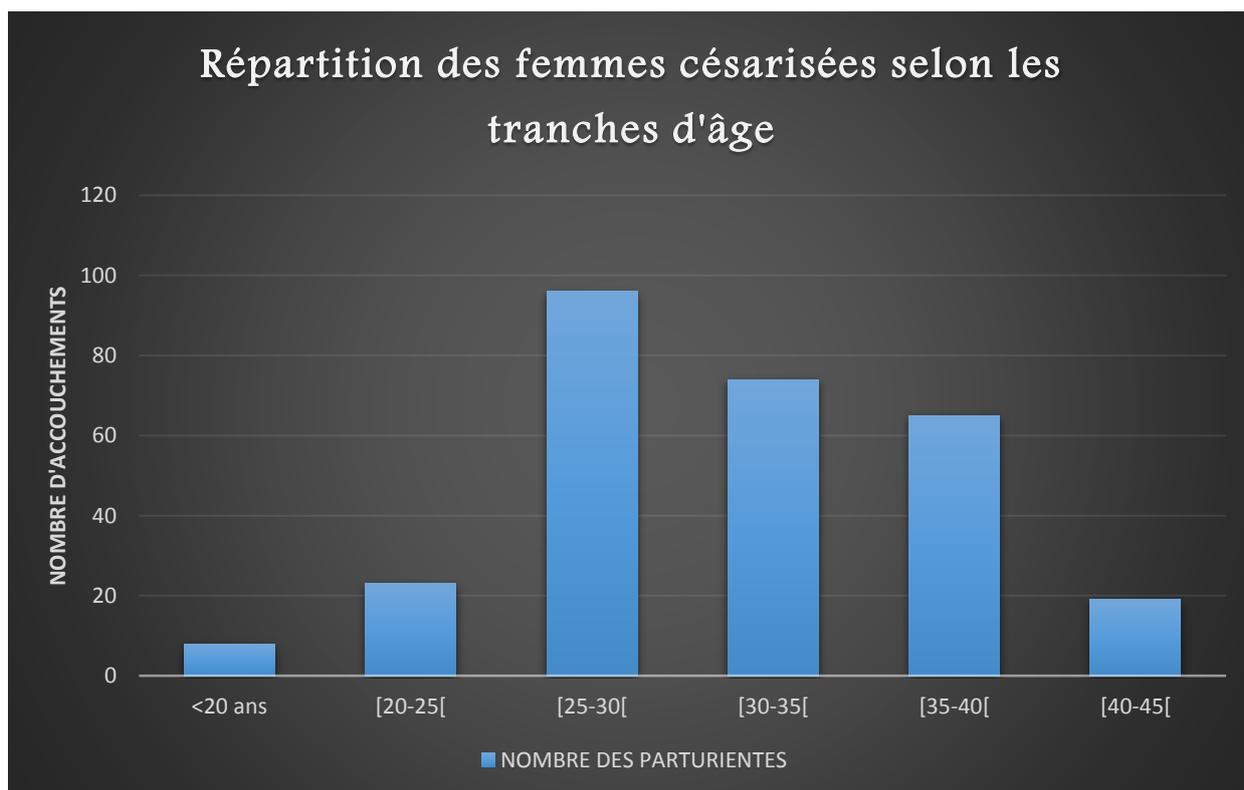


	Femme au foyer	employée	étudiante
Nombre	225	54	6
pourcentage	79%	19%	2%

4- Répartition selon la tranche d'âge des femmes césarisées

L'âge moyen des parturientes est de 27,11 ans, étalé de 16 ans (minimum) à 43 ans (maximum), avec une prédominance de la tranche d'âge [25-30[ans.

	<20 ans	[20-25[[25-30[[30-35[[35-40[[40-45[
Nombre des parturientes	8	23	96	74	65	19
Pourcentage	2,80 %	8,07 %	33,68 %	25,96 %	22,80 %	6,66 %

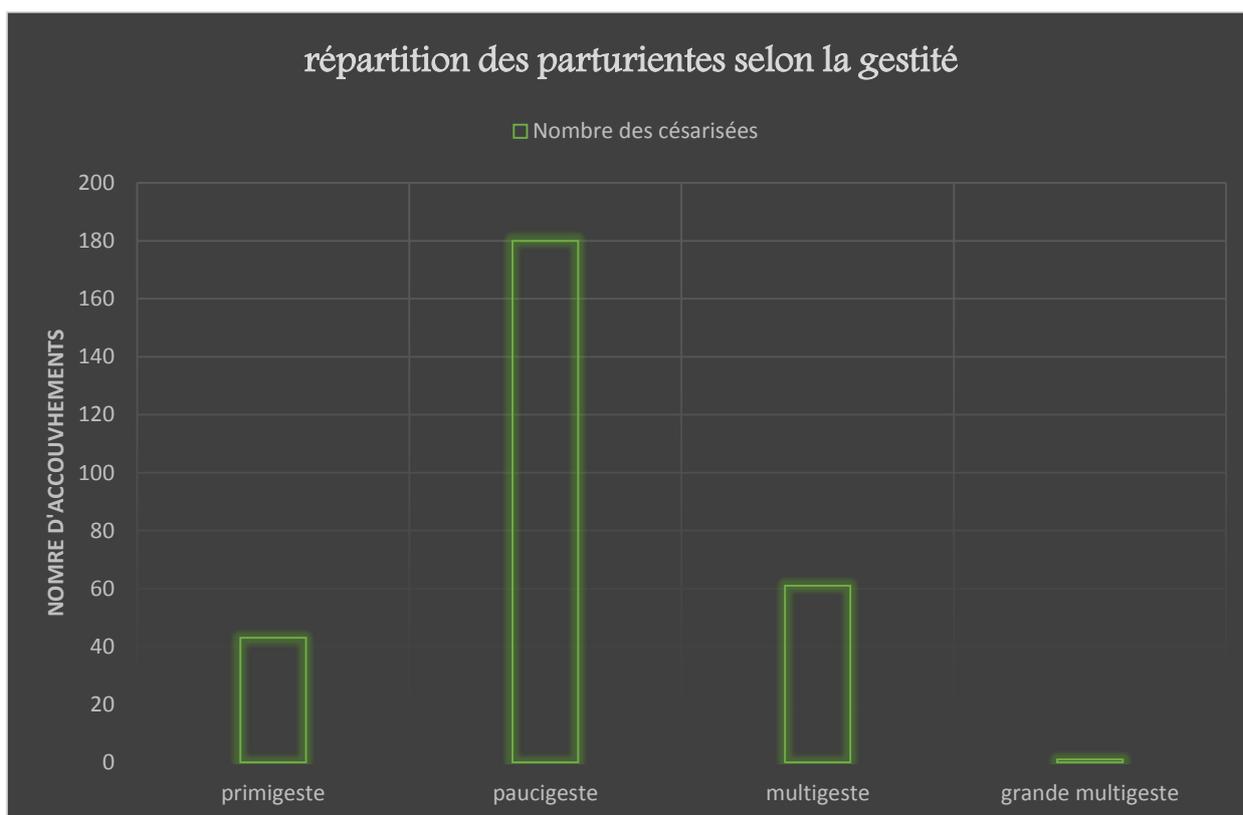


5- Répartition des parturientes selon la gestité

Ces femmes ont été regroupées en : primigeste (1ère grossesse), paucigeste (2-3 grossesses), multigeste (4-6 grossesses), grande multigeste (≥ 7 grossesses).

	primigeste	paucigeste	multigeste	grande multigeste
Nombre des césarisées	43	180	61	1
Pourcentage	15,08%	63,15%	21,40%	0,03%

Les paucigestes sont les plus nombreuses avec **63,15 %** ; elles sont suivies des multigestes qui représentent **21,48 %**.



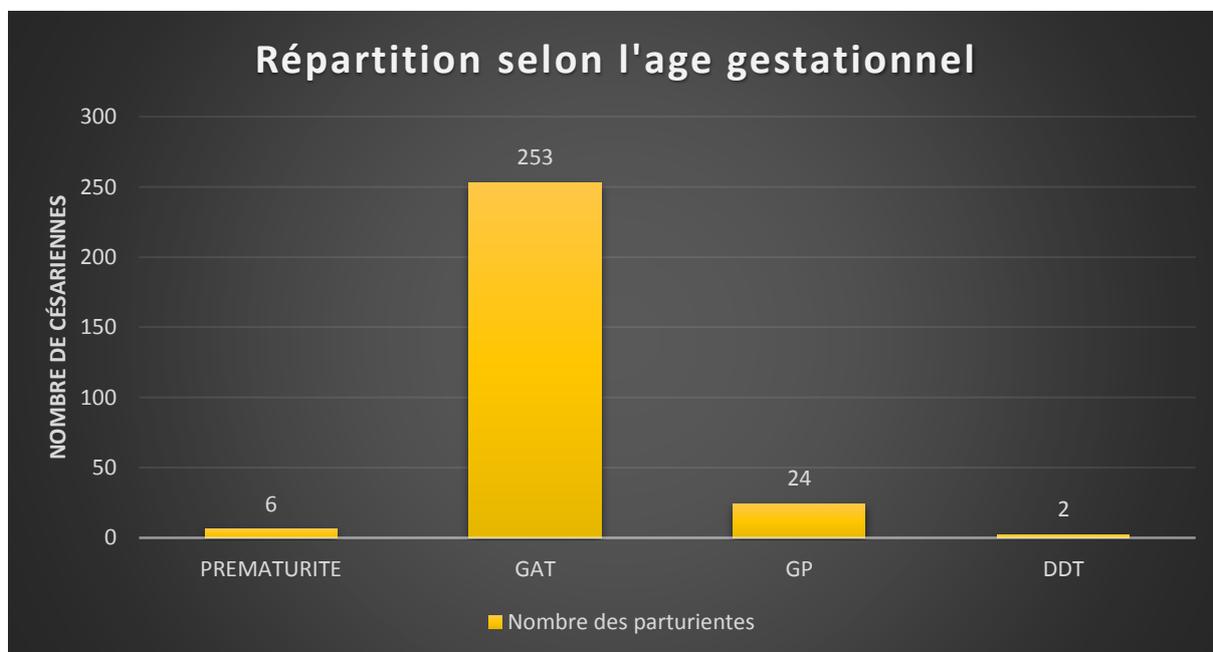
6- Répartition selon L'âge gestationnel des femmes césarisées

Nous avons regroupé le terme en quatre modalités :

- Prématurité : 28 à 36 SA+6J.
- A terme (GAT) : 37 à 41 SA+2J.
- Grossesse prolongée (GP) : > 41 SA+2J
- Dépassement du terme (DDT) : > 42 SA.

	PREMATURITE	GAT	GP	DDT
Nombre de césarisée	6	253	24	2
Pourcentage	2,10%	88,77%	8,42%	0,70%

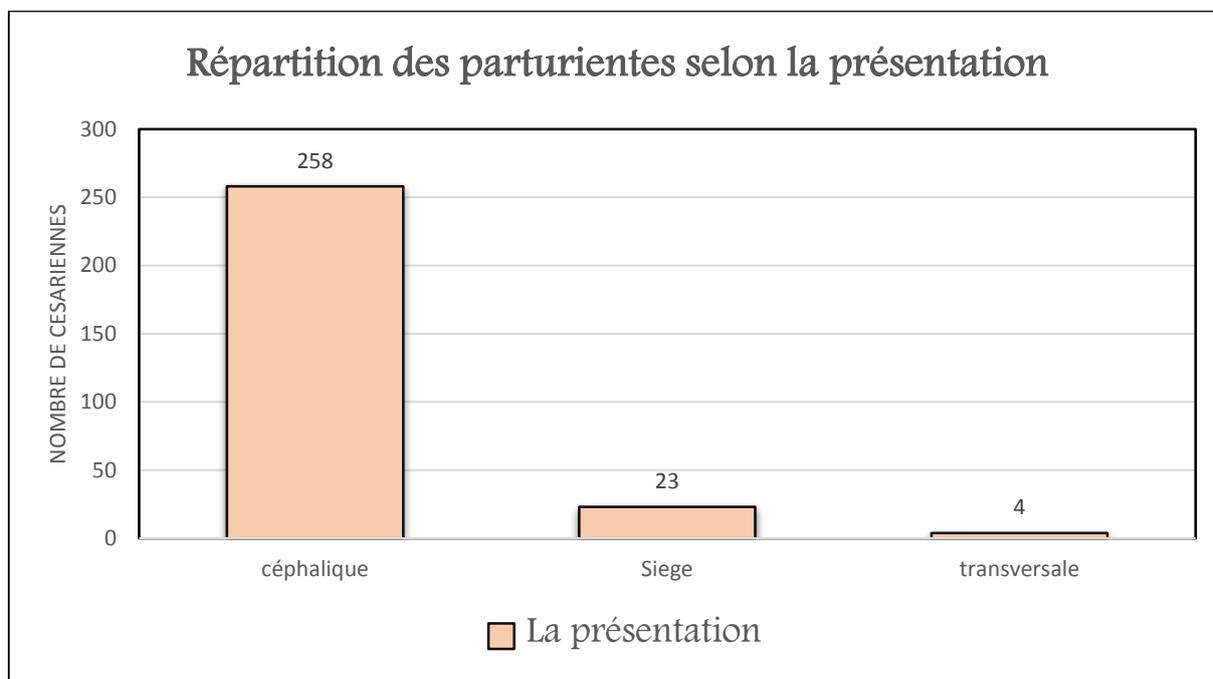
La grossesse à terme représente la portion majoritaire de notre population étudiée, elle domine l'étude avec un pourcentage **88,77%**.



7- Répartition selon la présentation

La majorité écrasante des parturientes arrivaient à l'accouchement avec une présentation céphalique, soit 90,50 % des grossesses.

	Céphalique	Siège	Transversale
Nombre de parturientes	258	23	4
pourcentage	90.50%	8,07%	1,40%



8- Répartition selon les antécédents maternels

Vue le manque des données sur les dossiers des parturientes en ce qui concerne les antécédents maternels, la répartition se fera comme suit

- Etude des ATCD médicaux / chirurgicaux / gynécologique est fusionnée dans un seul chapitre.
- Parturiente avec indicateur d'absence d'antécédents, prendra la colonne : sans antécédents particuliers
- Parturiente avec aucun indice sur les antécédents, sera jugée comme : imprécis.

	ATCD (+)	ATCD (-)	IMPRECIS
Nombre de parturientes	87	23	<u>175</u>

ATCD	FREQUENCE	POURCENTAGE
Infertilité secondaire	12	4,20%
HTA gravidique	10	3,51%
Forte myopie	9	3,50%
Infertilité primaire	6	2%
dysthyroïdie	5	1,75%
Forceps	4	1,40%
Avortement	3	1%
anémie	3	1%
GEU	3	1%
Diabète gestationnel	2	0,70%
Fissure anale	2	0,70%

DT2	2	0,70%
Prématurité	2	0,70%
Vaginisme	2	0,70%
asthme	2	0,70%
<ul style="list-style-type: none"> • Utérus bicorne • Epilepsie • Hernie discale • Décollement rétinien • Lésion condylomateuse • Insuffisance veineuse des MI • Fibrome sur grossesse • HDD • Cystocèle • Ostéosynthèse • Allergie à la ventoline • Rupture utérine • Masse pelvienne • Kyste ovarien • Hernie inguinale • Cerclage • Kyste du sein 	1	0,35%

NB :

ATCD d'anémie : on a pris en compte uniquement les femmes césarisées avec Hb inférieur ou égal 9 le jour de son opération.

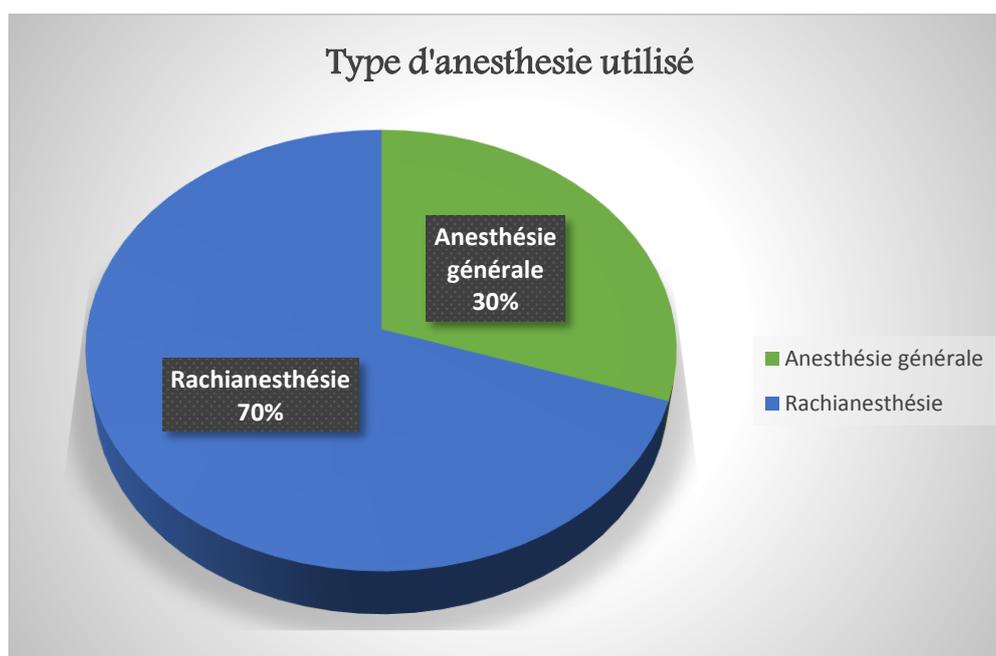
9- Répartition selon le mode de césarienne

Selon le type de césarienne réalisée, **54 %** étaient des césariennes programmées.

	Césarienne programmée	Césarienne en urgence
Nombre de césarisées	155	130
Pourcentage	54%	46%

10- Répartition selon le type d'anesthésie utilisé (AG ou RA)

Sur notre effectif total, **70 % (199/285)** des césariennes ont été réalisées avec une rachianesthésie, alors que **30 % (86/285)** des patientes ont été mise sous anesthésie générale.



11-Répartition selon l'indication de la césarienne

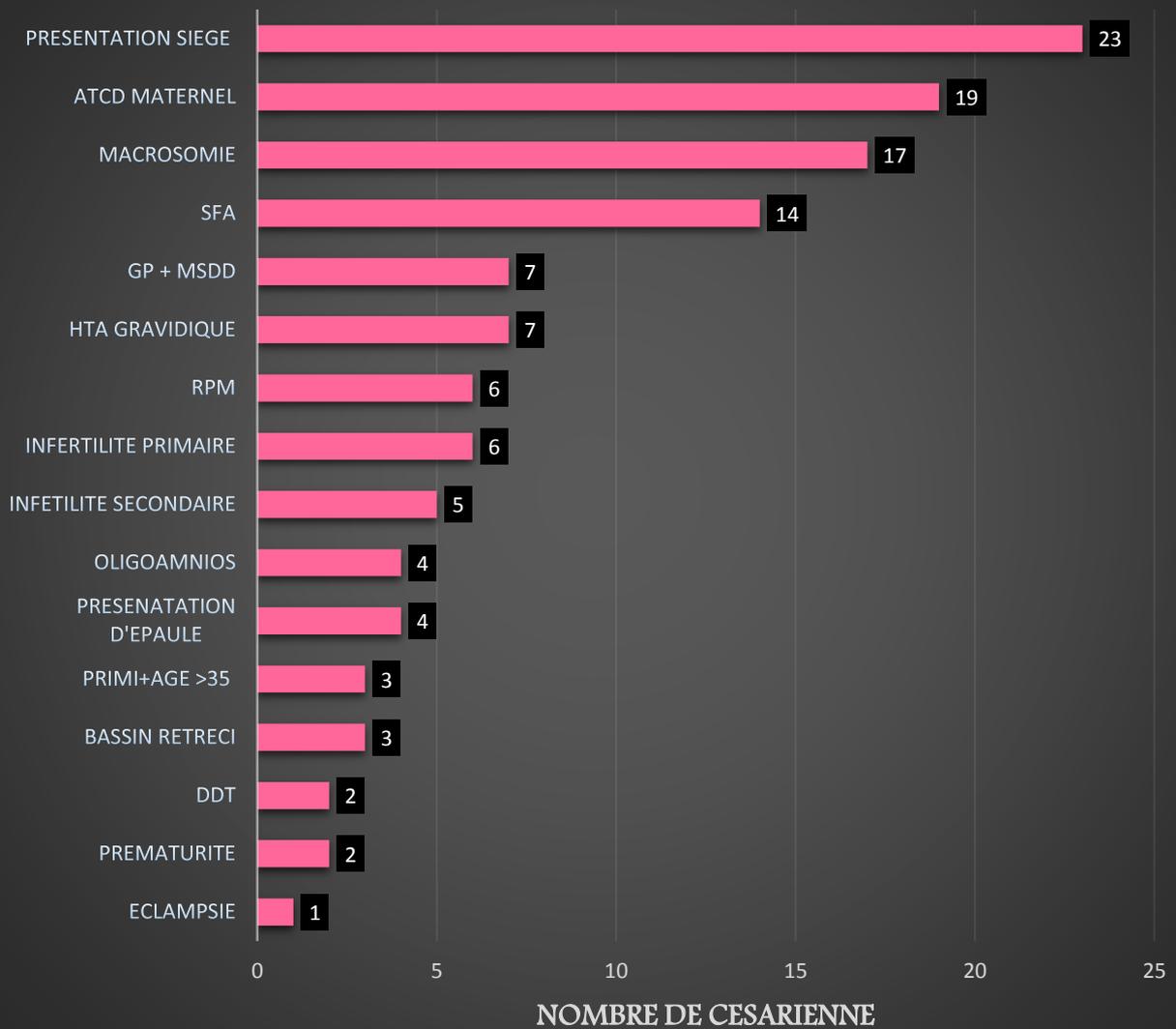
Dans ce chapitre des indications, en dehors que la césarienne soit urgente ou programmée, nous discuterons le motif de l'opération après les avoir classé en : césarienne non itérative et césarienne itérative.

	Césarienne non itérative	Césarienne itérative
Nombre de césarisées	130	155
Pourcentage	45,61%	54,38%

A- Indication des césariennes non itératives

INDICATION	FREQUENCE	% SUR LES NON ITERATIVE	% SUR L'ENSEMBLE DES CESARIENNE
Présentation siège	23	17,69 %	8 %
ATCD maternel	19	14,61 %	6,66 %
macrosomie	17	13,07 %	5,96 %
SFA	14	10,70 %	4,90 %
GP+MSDD	7	5,38 %	2,45 %
HTA gravidique	7	5,38 %	2,45 %
RPM	6	4,61 %	2,10 %
Infertilité I	6	4,61 %	2,10 %
Infertilité II	5	3,84 %	1,75 %
Oligoamnios	4	3 %	1,40 %
P. Transversale	4	3 %	1,40 %
Primigeste âgée>35	3	2,30 %	1 %
Bassin rétréci	3	2,30 %	1 %
DDT	2	1,50 %	0,70 %
Prématurité	2	1,50 %	0,70 %
Eclampsie	1	0,76 %	0,35 %

Indications des césariennes non itératives

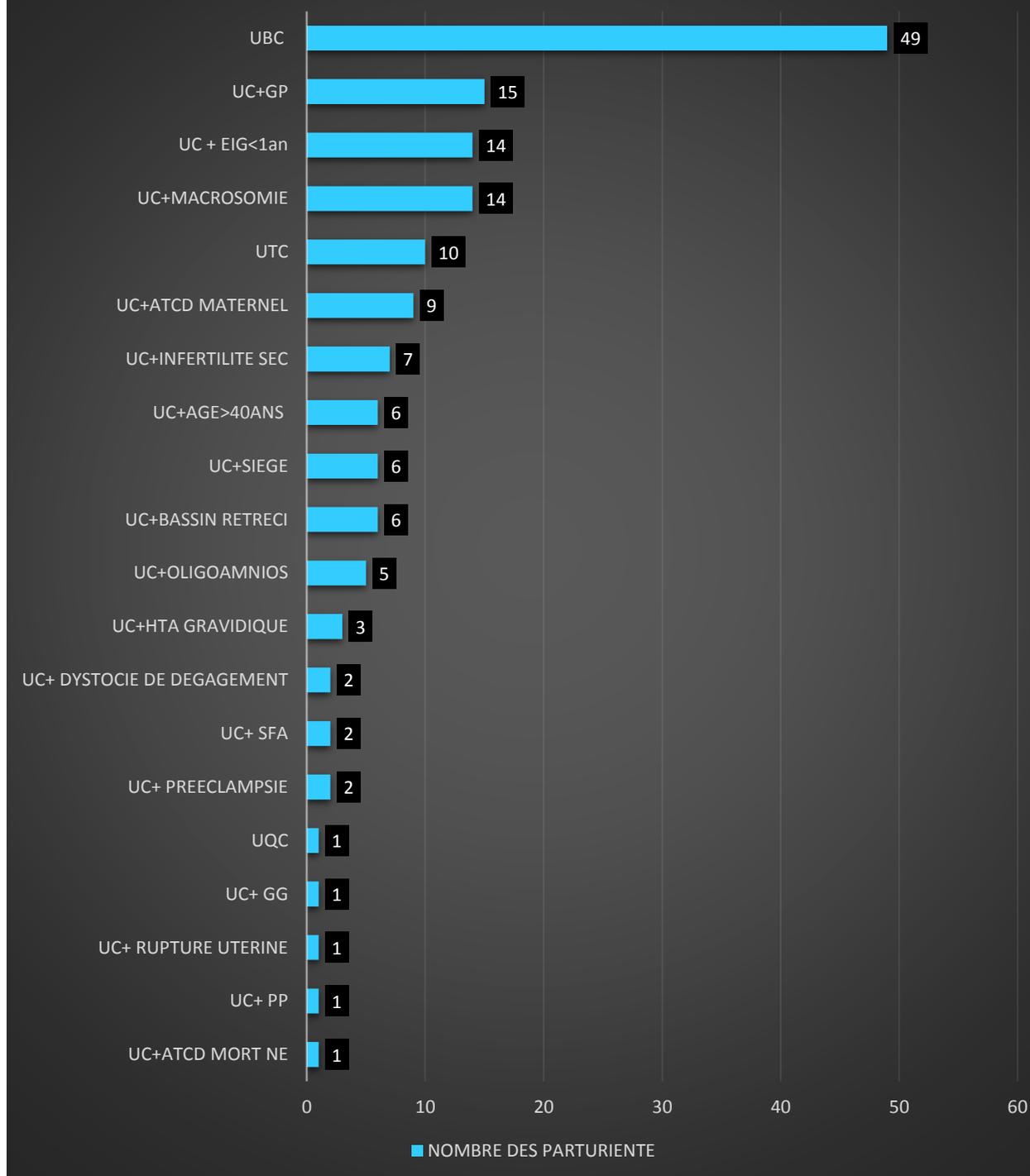


B- indication des césariennes itératives

Le motif des césariennes itératives a été dominé par la bi-cicatrice de l'utérus, pour une fréquence de 36%, suivi par la grossesse prolongé sur UC, à raison de 9,7%.

INDICATION	FREQUENCE	%SUR LES C. ITERATIVES	%SUR L'ENSEMBLE DES CESARIENNE
UBC	49	36 %	17,19 %
UC + G.Prolongée	15	9,70 %	5,26 %
UC + EIG <1an	14	9 %	4,91 %
UC + macrosomie	14	9 %	4,91 %
UTC	10	6,45 %	3,50 %
UC+ATCD maternel	9	5,80 %	3,15 %
UC + Infertilité II	7	4,51 %	2,45 %
UC+ âgée>40ans	6	3,87 %	2,10 %
UC + P. siège	6	3,87 %	2,10 %
UC + Bassin rétréci	6	3,87 %	2,10 %
UC + oligoamnios	5	3,22 %	1,75 %
UC+ HTA gravidique	3	1,93 %	1 %
UC+ dystocie de dégagement	2	1,30 %	0,70 %
UC+ SFA	2	1,30 %	0,70 %
UC+ Prééclampsie	2	1,30 %	0,70 %
UQC	1	0,65 %	0,35 %
UC+ GG	1	0,65 %	0,35 %
UC+ rupture utérine	1	0,65 %	0,35 %
UC+ placenta prævia	1	0,65 %	0,35 %
UC+ ATCD mort-né	1	0,65 %	0,35 %

indication des césariennes itératives



NB : EIG - Espace intergénéésique

C- Indication de la césarienne en générale

Prenant les indications qui ont enregistré une fréquence annuelle de 10 accouchements ou plus, sans rendre compte qu'elle soit itérative ou non. Le tableau suivant nous illustre les 10 indications les plus récurrentes.

INDICATION	FREQUENCE	POURCENTAGE
UBC	49	17,19 %
macrosomie	31	10,90 %
Présentation siège	29	10,10 %
ATCD maternel	28	9,82 %
Grossesse prolongée	22	7,71 %
SFA	16	5,61 %
UC + EIG <1an	14	4,91 %
INFERTILITE II	12	4,21 %
UTC	10	3,50 %
HTA gravidique	10	3,50 %

Plus d'un sixième des césariennes avaient comme indication : la bi-cicatrice de l'utérus. En deuxième et en troisième rang arrivaient la suspicion de macrosomie et la présentation de siège ; tout en soulignant que la suspicion de macrosomie n'était pas correcte à tous les coups ; ce problème est évoqué dans le chapitre discussion.

L'ensemble des indications citées ci-dessus présente **77,54%** de la totalité des motifs opératoire.

12 – Répartition selon le pronostic foetal

La majorité des nouveaux nés, avec un pourcentage de **89,12%** naissaient avec un poids normal, un APGAR 10/10 dès la première minute, liquide amniotique non teinté et sans anomalie particulières sauf les cas suivants représentés dans les tableaux ci-dessous :

Anomalie de poids :

Macrosome > 4kg ; Petit poids de naissance < 2.5 kg

	Macrosome	Petit poids de naissance
Nombre de nv né	19	3

Le poids maximal constaté : 5,5 kg.

Le poids minimal constaté : 2 kg.

Anomalie du Score d'APGAR :

10 cas de score d'APGAR anormal, le tableau suivant nous révèle plus de détails.

	Le score	Cause incriminée
Cas : 1	8 puis 10 à la 10 ^o min	SFA
Cas : 2	8 puis 10 à la 10 ^o min	SFA
Cas : 3	8 puis 10 à la 10 ^o min	PRMIGESTE
Cas : 4	6 puis 10 à la 10 ^o min	PREMATURE
Cas : 5	6 puis 10 à la 10 ^o min	PREMATURE
Cas : 6	6 puis 8 à la 10 ^o min	ACCOUCHEMNT DYSTOCIQUE
Cas : 7	5 puis 7 à la 10 ^o min	SFA
Cas : 8	4 puis 7 à la 10 ^o min	SFA
Cas : 9	2 puis 8 à la 10 ^o min	ECLAMPSIE
Cas : 10	2 puis 6 à la 10 ^o min	PREMATURE
Cas X	Mort-né	RUPTURE UTERINE
Cas X'	Mort in utéro	Imprécise

Anomalie de liquide amniotique

Sur l'ensemble de 285 accouchement par césarienne, uniquement 9 parmi eux présentaient un liquide teinté. Les dossiers nous n'ont pas fournis plus d'explications sur l'origine probable de cette anomalie.

13- LES CAS EVACUES

17 accouchements allaient se déroulés au sein de l'EPH Remchi, mais par défaut de médecin gynécologue ou, personnels compétents ou de moyens logistiques, les parturientes ont été évacuées vers le CHU Tlemcen.

	L'indication de la césarienne
Cas : 1	Présentation siège en plein travail
Cas : 2	Présentation siège en plein travail
Cas : 3	HTA gravidique + RPM + LA teinté
Cas : 4	UC + suspicion de macrosomie
Cas : 5	suspicion de macrosomie (BIP=100)
Cas : 6	Hydramnios + suspicion de macrosomie
Cas : 7	Primigeste + dilatation stationnaire
Cas : 8	Primigeste + RPM + Suspicion de macrosomie
Cas : 9	SFA
Cas : 10	suspicion de macrosomie (BIP=100)
Cas : 11	ATCD de forceps laborieux + défaut d'engagement
Cas : 12	UC + espace intergénésiq < 1an

Cas : 13	PRMIGESTE en plein travail
Cas : 14	UBC en plein travail
Cas : 15	GP + échec de déclenchement
Cas : 16	GG + RPM + 33 SA
Cas : 17	Présentation siège en plein travail

14- AUTRES PARAMETRES ET EVENEMENTS ENREGISTRES

- ADHESIOLYSE : 20
- LIGATURE DES TROMPES : 3
- INCISION LMSO : 3
- DRILLING OVARIEN: 1
- HYSTERECTOMIE D'HEMOSTASE: 1
- DECERCLAGE: 1
- VESSIE ASCENSIONNÉE : 11
- PRE-RUPTURE : 4

Chaque paramètre est discuté dans le chapitre suivant, chacun dans le passage qu'il le convient.

DISCUSSION

DISCUSSION

La césarienne est devenue une intervention courante, Sa fréquence ne cesse d'augmenter ces dernières décennies malgré les recommandations de l'OMS. Ce taux varie non seulement d'un pays à l'autre mais aussi d'un hôpital à l'autre et même d'une équipe à l'autre au sein d'un même hôpital.

Sur une période de **1 an** , nous avons recensé **285** cas de césariennes sur un total de **807** accouchements, ce qui représente **35,31%** avec un âge moyen de **27.11** ans, des extrêmes de **16** et **43ans** et une prédominance de la tranche d'âge comprise entre **[25–30[ans** à raison de **33,68 %** . le même résultat a été constaté au niveau de EHS Tlemcen selon une étude faite étendue sur 12mois (l'an 2017), il s'est avéré que la fréquence de la césarienne avoisinait le un tiers (34,5%) et la tranche d'âge la plus concernée par cette intervention est bel et bien celle entre **[25–30[ans**.

Concernant la gestité, seulement **15,8%** (43/285) sont des primigestes. Les paucigestes sont les plus nombreuses avec **63,15 %**, elles sont suivies des multigestes qui représentent **21,48 %**.

La parturiente césarisée qui possède le chiffre le plus élevé de la gestité et de la parité était une femme de 39 ans, originaire et demeurante à Ouelad Riah avec un profil obstétrical de G7P5. L'indication de la césarienne : UBC, la patiente a bénéficié d'une ligature des trompes en peropératoire.

Les résultats de notre enquête dévoilent que **88,77%** des grossesses étaient arrivées à terme, **8,42%** étaient prolongées, **0.70%** en dépassement du terme et **2,10%** des accouchements prématurés. Comparativement avec EHS Tlemcen, l'année 2017 a enregistré un taux de prématurité arrivait à 24%, contre 51% des accouchements à terme.

Pour la question relative au type de césarienne, **54%** étaient programmées, tout ça en relation avec le chapitre des indications qu'on en discutera après.

Notre étude révèle que **90.50%** des femmes césarisées venaient à l'accouchement avec une présentation céphalique. La présentation de siège qui est une indication formelle de la césarienne, occupait la deuxième place avec **8%**, alors que les nouveaux nés en présentation transverse étaient au nombre de **4**, faisant un pourcentage de **1,4%** de l'ensemble de ces accouchements.

Sur notre effectif total, **70 % (199/285)** des césariennes ont été réalisées avec une rachianesthésie, alors que **30 % (86/285)** des patientes ont été mise sous anesthésie générale. A noter que cette dernière a été majoritairement réservée pour les cas urgent.

Selon notre échantillon, **81 %** des parturientes césarisées étaient de la **zone urbaine**, pendant que les zones rurales et semi-urbaines représentaient par **19%**.

Les dossiers traités nous permettaient pas une étude bien détaillés sur la profession des césarisées, du coup le regroupement des parturientes était selon le mode : employée (sans précision), étudiante, femme au foyer.

L'échantillon étudié est revenu avec un taux de césarienne de **79%** pour la femme au foyer, **19%** pour des femmes employées et uniquement **2%** pour les étudiantes.

La pauvreté des dossiers en matière d'antécédents médicaux, chirurgicaux et gynécologiques a fait que **175** cas ont porté l'adjectif : imprécis. Cependant **23** cas étudiés ont montré dans les dossiers une certitude d'absence d'antécédents particuliers. Le reste des cas représenté par **87** parturientes avaient bel et bien des antécédents de couleurs diverses.

En recherchant dans les antécédents, l'infertilité secondaire occupait la tête de la liste avec **4.20 %** des ATCD, suivie par la forte myopie représentée par **3.50%**.

Autre antécédents de faible fréquence ont été enregistrés et figurent dans les résultats ci-dessus.

Venant au chapitre des indications de la césarienne, qui est l'objectif principal de cette étude. Sur l'ensemble de notre effectif mesuré à **285** césarisées, plusieurs indications ont été notées. Nous avons séparé les césariennes en : césarienne non itérative (**46,61%**) et césarienne itérative (**54,38%**).

Pour les césariennes non itératives (sur un utérus sain), la présentation de siège domine avec **17,69% (23/130)**. En second lieu viennent les antécédents maternels comme seule indication **14,61%(19/130)** ; exemple : forte myopie, lésion condylomateuse.

17 césariennes ont été indiquées pour suspicion de macrosomie, dont 4 nouveaux nés n'étaient pas des macrosomes. L'estimation du poids fœtal est donnée essentiellement par l'échographie et donc peut être opérateur dépendante.

La souffrance fœtale aigue vient en 4ème rang avec **14 cas (10,70%)**. dans la majorité des cas de la SFA a été détectée par la bradycardie fœtale.

Le reste des motifs mentionnés dans le chapitre des résultats se répétaient avec une faible fréquence : HTA gravidique, RPM, oligoamniotique...

La crise d'éclampsie reste une complication redoutable en cas d'HTA gravidique et la mortalité maternelle et périnatale ne sont pas négligeables. En effet, une parturiente âgée de 39 ans G3P1 a fait une crise d'éclampsie au cours du travail où elle a été césarisée en extrême urgence. L'enfant a survécu après réanimation malgré un apgar bas. La patiente a fait une HDD qui s'est terminée par une hystérectomie d'hémostase.

Parmi les 285 césarisées, 155 parturientes présentaient un utérus cicatriciel : UC 61.30%, UBC 31.61%, UTC 6.45%, UQC 0.64%.

Une fois l'utérus est bi cicatriciel ou plus, l'indication de la césarienne est formelle. Un utérus avec une seule cicatrice nécessite l'établissement d'un pronostic obstétrical afin d'accepter ou non l'accouchement par voie basse.

Sur les utérus cicatriciels, l'ordre des fréquences est comme suit :

- a- UBC **31.61%**.
- b- UC + GP (grossesse prolongée) **9.67%**.
- c- UC + EIG <1an **9%**.
- d- UC + suspicion de macrosomie **9%**.
- e- UTC **6.45%**.

En ce qui concerne la suspicion de macrosomie, là aussi on a constaté une surestimation du poids foetal à raison de **57%**.

Pour ce qui concerne les indications opératoires en général, nous les avons classées par ordre de fréquence :

1. UBC **17,19%**
2. Suspicion de macrosomie **10,90%** (sensibilité totale de 61,20%, sur 31 suspicions, uniquement 19 nouveau-nés dépassaient un poids de 4kg).
3. Présentation du siège **10,10%**
4. Antécédent maternel exigeant la césarienne **9,72%**
5. Grossesse prolongée **7,72%**
6. SFA **5,61%**
7. EIG <1an **4,91%**
8. Infertilité secondaire **4,21%**
9. UTC **3,50%**
- 10 . HTA gravidique **3,50%**

Le risque de rupture utérine sur un utérus cicatriciel est majeur. Dans notre série de **285** césariennes étendues sur un intervalle de un an, 4 pré-ruptures ont été enregistrées avec une rupture utérine franche. Pour cette dernière, il s'agit d'une femme de 31 ans, ATCD : G2P1 avec espace inter génésique réduit à 4mois.

Après ouverture de la cavité utérine, l'enfant est retrouvé mort dans l'abdomen, l'exploration de l'utérus a objectivé une rupture cervico-segmento-corporéale. La patiente a bénéficié d'une réparation ad integrum. Après **15** mois elle est revenue avec une hystérogaphie favorable pour une nouvelle grossesse.

Le pronostic foetal reste en général favorable, **89.12%** des nouveaux nés naissaient sans aucune anomalie, ni du poids, ni de score d'apgar ni de liquide amniotique ni de malformation décelable durant l'hospitalisation des césarisées pendant 48h au service.

Durant l'année **2020**, les gynécologues de l'EPH REMCHI ont accouché 19 macrosomes, sur 31 suspicions échographiques et cliniques. Le poids maximal enregistré est de 5.5kg et qui revient à une maman ayant comme ATCD une hypothyroïdie.

Le poids de naissance inférieur à **2.5kg** n'a été constaté que 3 fois (1%) dont la prématurité demeure la cause incriminée.

Les anomalies du score d'APGAR était au nombre de 10, six parmi eux reprenait un bon score après 10 min, alors que 4 nouveau née n'arrivaient pas à remplir les critères du score.

Parmi les 16 cas de SFA, 4 nouveaux nés présentaient des anomalies à l'examen clinique au bloc opératoire dont 2 se remettaient à un bon état après. (APGAR 10/10).

Un seul mort-né a été enregistré suite à une rupture de l'utérus.

Tous les nouveau-nés passent par un examen clinique minutieux fait par un médecin pédiatre, généralement, le lendemain de la naissance.

On a constaté que la quasi-totalité des incisions étaient transversale type pfannenetiell, hormis 3 femmes incisée selon le mode LMSO, ces femmes-là avaient déjà une cicatrice médiane sous ombilicale.

Durant 1 an, 17 parturientes ont été évacuées vers le CHU Tlemcen par défaut de médecin gynécologue de garde, ou réanimateur de garde, ou bien suite à un problème logistique, exemple : indisponibilité du bloc, souci d'asepsie, manque d'oxygène ...

Les 17 évacuations, selon le motif mentionné sur les dossiers, sont toutes justifiées, à la limite, un cas d'une primigeste en plein travail sans aucune autre particularité.

Pour plus de détails, veuillez revenir au chapitre résultat, là où tous les cas sont ajoutés par leurs motifs d'évacuation.

La césarienne a pour but principal, l'extraction du fœtus loin de toute éventuelle complication. Certains actes chirurgicaux sont associés, à l'image de ligature des trompes et de l'adhésiolyse.

Les interventions chirurgicales de siège abdominal ont le risque de créer des adhérences, parmi nos parturientes, 20 adhésiolyse ont été pratiqué afin de libérer les organes de ces attaches iatrogènes .toutes ces femme avaient un utérus bi-cicatriciel ou plus.

Les grandes parturientes et les accoucheuses non désirante d'une grossesse ultérieure et qui ont des soucis médicaux avec la contraception orale, ont bénéficié d'une ligature des trompes suite une concertation avec le médecin gynécologue et une déclaration d'honneur délivrée. 3 femmes de notre échantillon étudié ont été ligaturées, elles présentent le profil obstétrical suivant :

- G7P5 (39 ans)
- G6P5 (43 ans)
- G4P3 (37ans)

Un drilling ovarien a été pratiqué pour jeune femme de 26 ans présentant un syndrome des ovaires poly-kystiques ; et une hystérectomie pour sauvetage maternel était réalisée suite à une hémorragie de la délivrance, le cas est raconté ci-dessus.

Pour résumer les gestes associés à la césarienne et qui sont au nombre de 26 : 20 adhésiolyse, 3 ligatures des trompes, une hystérectomie, 1 drilling ovarien et 1 décerclage.

La sortie de la parturiente se fait généralement en J2 -48h d'hospitalisation- sauf si un problème émergeait ou persistant comme par exemple : l'élévation des chiffres tensionnels, une hémorragie de délivrance, un diabète incontrôlé, une anémie sévère ...

Toute complication avait été suivie convenablement par les médecins spécialistes de l'EPH.

À la fin du séjour, une ordonnance de sortie est délivrée à chaque parturiente, l'ordonnance prescrite contient a priori :

- une bi-antibiothérapie, dont une injectable.
- Un anticoagulant de type HBPM.
- Une contraception orale de type micro progestatif, à démarrer à partir de j10.
- Une supplémentation ferrique.
- Des solutions pour la toilette intime.

Toutes les patientes césarisées bénéficiaient d'un contrôle de leurs interventions deux semaines après le geste, assuré par un gynécologue au niveau de l'EPSP Remchi.

CONCLUSION

L'ère des césariennes. Ce n'est pas un abus de langage. Auparavant, c'était rare d'entendre qu'une femme a accouché par césarienne mais aujourd'hui, c'est presque devenu normal.

Pour faire le point sur cet acte chirurgical on a entamé une étude faite sur un échantillon de **285** femmes césarisées durant l'année 2020.

Cette étude a permis de donner un aperçu de notre pratique obstétricale au sein de service de gynécologie obstétrique EPH Remchi.

A l'issue de ce travail il ressort que les césariennes ont enregistré un taux de **35,31 %** de l'ensemble des accouchements. On a pu conclure que les indications de césarienne restent dominées par la présentation de siège de côté des césariennes non itératives et par l'utérus bi-cicatriciels de côté de césariennes itératives.

Globalement, le pronostic de cette opération est bon et rassurant, aucune mortalité maternelle et un seul mort-né enregistré suite à une rupture utérine. Les indications opératoires ont été bien posées, et les **285** césariennes faites étaient réussies soit dans le cadre prophylactique ou dans le cadre de l'urgence. Mais cela ne veut jamais dire une justification à un passage rapide à l'acte opératoire quel que soit le motif et le contexte, et du coup, nous objectivant certaines recommandations pour réduire au maximum le taux de césarienne à notre service :

- Encourager les versions par manœuvre externe et l'accouchement par voie basse en cas de présentation du siège sauf en cas de contre-indication manifeste ex : SFA majeure

- Poser le diagnostic de dystocies sur des critères objectifs fiables avant d'intervenir.
- Affiner le diagnostic des souffrances fœtales.
- Donner la chance d'accouchement naturel aux patientes avec antécédent de cicatrice utérine non corporeale qui date de **18 mois** ou plus.
- Discuter l'intérêt de l'utilisation de l'anesthésie péridurale et des ocytociques dans la direction du travail.
- Apport de personnel supplémentaire : résidents, assistants, médecins généralistes, afin de couvrir toute les gardes de la semaine et éviter les évacuations.

Après avoir accompli ce modeste travail, il nous semble justifié de recommander aussi au personnels de santé exerçant au service de gynécologie et obstétrique de l'EPH REMCHI, de prendre soins des dossiers des accoucheuses et de les bien remplir en mentionnant tous les données importantes, allant des antécédents jusqu'à la suite de couche cela va évidemment améliorer la qualité des études qui se feront là-bas dans le futur.

Bibliographie

- 1- Anesthésie pour césarienne. Mémoire de Master en Sciences Infirmières. Université Abderrahmane Mira Bejaia ; 2016-2017. Nemouchi Kahina , Abbaci sylvia.
- 2- La césarienne : plaidoyer pour un accompagnement. Revue Laennec, Isabelle Bianchi.
- 3- Évolution des indications et des pratiques de la césarienne. Revue Laennec, Camille Le Ray.
- 4- Presque une femme sur deux en Algérie accouche par césarienne. Elyas Nour , Alger 2014 disponible sur : Algérie-focus.com.
- 5- Indication de la césarienne sur une période de cinq ans au C.H.U de Béni-Messous , Dr Tayebi .Y. disponible sur : fr.slideshare.net.
- 6- La pratique des césariennes en Algérie : Phénomène normal ou véritable épidémie ? Dr Ahcène Zehnati. Disponible sur : djazairess.com.
- 7- Les indications de la césarienne à l'hôpital provincial Mokhtar Essoussi-Taroudant- (durant 2 ans 2015-2016). Thèse de médecine. Université de Mohammed V-Rabat, Maroc 2017. Benhammou Abdefatah.
- 8- La césarienne aspect épidémiologiques, cliniques, socio-économiques et pronostic materno-foetal à l'hôpital régional de Gao en 2005 à propos de 153 cas. Thèse de médecine .Université de Bamako- Mali , 2005-2006. Diallo Oumarou.
- 9- La rachianesthésie pour césarienne enjeux et perspectives. Mémoire de Master en Sciences Infirmières. Université Abderrahmane Mira Bejaia ; 2016-2017 Bardache Mouloud.
- 10- Accouchement : La césarienne, une nécessité ou un effet de mode disponible sur : <http://www.lesoleil.sn/diaspora/item/77586-accouchement-la-cesarienne-une-necessite-ou-un-effet-de-mode.html>
05/09/2018 13:40
- 11- Organisation mondiale de la santé. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161443/1/who_rhr_15.02_fre.pdf

- 12- Association Césarine. La césarienne programmée disponible sur : [https://www.cesarine.org/avant/programmee/25/07/2018 20:33](https://www.cesarine.org/avant/programmee/25/07/201820:33)
- 13- La césarienne : pour qui, pour quoi ? disponible sur : [http://www.doctissimo.fr/html/sante/femmes/sa 770 nne.htm](http://www.doctissimo.fr/html/sante/femmes/sa_770_nne.htm) : [09/08/2018 21:35](http://www.doctissimo.fr/html/sante/femmes/sa_770_nne.htm)
- 14- Présentation du siège à terme : facteurs prédictifs de césarienne en cours de travail. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.
- 15- Césarienne, mémoire de fin d'étude en vue d'obtention du doctorat en médecine CHU Tlemcen, benamour hafssa et nabti sadia 2016-2017.
- 16- Haute Autorité de Santé (HAS) Recommandation de bonne pratique : Indications de la césarienne programmée à terme. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/fr/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme

RESUME

Mémoire : FREQUENCE DE LA CESARIENNE ET DE SES INDICATIONS
ETUDE RETROSPECTIVE AU NIVEAU DU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DE
L'EPH REMCHI DURANT LA PERIODE JANVIER 2020 JUSQU'AU 31 DECEMBRE 2020

Auteurs : OUADAH Amina et MADI Younes.

Encadrant : le chef de service, professeur BELHACHEMI.

Mots clés : Césariennes, indications, fréquence, pronostic fœtal.

Introduction : A mesure que la fréquence des césariennes augmente, l'importance des différentes indications change. Notre but est de déterminer la fréquence de la césarienne et de ces indications à la maternité de l'EPH Remchi.

Résultats : sur l'ensemble de 807 accouchements, la césarienne a pris un pourcentage de 35,31%, soit 285 accouchements. Les paucigestes (G2-G3) ont enregistré plus de 63% des cas, alors que les primigestes arrivaient avec 15,8% des opérations. L'échantillon a montré que plus de 88% des grossesses étaient à terme contre 2% de prématurité. Les césariennes programmées atteignaient 54%, soit 155 accouchements. Les indications sont avérées très variées, premièrement nous retrouvons : UBC (17,19%) suivie de la suspicion de macrosomie (10,90%), présentation de siège (10,10%), ATCDs maternels (9,72%), grossesse prolongée (7,72%), SFA (5,61%).

Discussion : cette étude a révélé que la césarienne occupe plus que le tiers des accouchements et que les femmes césarisées sont beaucoup plus jeunes. Les césariennes pratiquées tendent à être prophylactique que urgente, ayant pour principales indications : UBC et suspicion de macrosomie. Du côté fœtal, neuf dixième des naissances passaient sans aucun problème, tandis que les autres présentaient un apgar bas ou un poids de naissance au-delà des normes physiologiques.

Conclusion : Bien que la césarienne demeure un acte chirurgical muni de plusieurs éventuelles complications, le pronostic des interventions étudiées durant une période de un an a été globalement bon et rassurant. Nous devons garder les bonnes indications et affiner leurs diagnostics afin que la césarienne ne soit pas une solution de facilité tout comme elle ne doit pas être retardée en aucun cas si elle s'impose.

