

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Aboubakre Belkaide Tlemcen

Faculté de médecine pharmacie et chirurgie dentaire

Département de médecine

**ETUDE ANALYTIQUE DES INDICATIONS DE LA
CÉSARIENNE AU NIVEAU DE L'EHS TLEMCEN
DURANT L'ANNÉE 2008**

Thème présenté par les étudiants :

Taleb Abdelmadjid

Benaissa Djamel

Bensafi Fouzi

Encadré par :

Dr Malti A.

Dr. MALTI Arsiane
Maître Assistant
Gynécologie Obstétrique
E. H. S. Tlemcen

Dr. BEN HABIB RIAD
Gynécologie - Obstétrique
Chef de Service

المؤسسة الإستشفائية المتخصصة
مستشفى الأم و الأطفال
تلمسان
مصلىة جراحة الأطفال
الأستاذ المساعد : ع. بابا أحمد
طبيب رئيس المصلىة

رئيس اللجنة البيداغوجية
التريص الداخلي CFSI

Promotion 2010/2011

ETUDE DE L'ENQUETE

I. INTRODUCTION

La césarienne est un acte obstétrical qui permet de sauver le nouveau-né et sa mère quand un problème se pose au déroulement de l'accouchement, dans des situations de souffrance fœtale ou de dystocie fait souvent dans des conditions d'urgence.

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Sa fréquence varie d'un pays à l'autre :

- . 10 à 20 % dans les pays industrialisés.
- . 15 à 16 % en Allemagne.
- . Plus de 24 % aux Etats-Unis d'Amérique.

La césarienne occupe une place importante dans la pratique obstétricale dans les services de gynéco obstétrique. Les taux de césarienne sont en constante progression:

- . 3,61 % dans une étude réalisée en 1984.
- . 4 % en 1986.
- . 7,23 % en 1987.
- . 16, 87% en 1992.

De nombreux facteurs ont contribué à l'augmentation du taux de césariennes dans le monde, parmi lesquels l'amélioration des techniques chirurgicales et anesthésiques, la réduction du risque de complications postopératoires à court terme, des facteurs démographiques et nutritionnels, ainsi que la perception qu'ont les prestataires de soins et les patientes de l'innocuité de la procédure. C'est notamment ce dernier facteur qui explique en partie qu'un nombre croissant de femmes dans le monde opte pour une césarienne programmée, sans indication médicale. Puisque la fréquence de cette opération est si élevée, toute tentative visant à réduire les risques qui y sont associés (y compris celles n'engendrant que des modifications relativement faibles de l'intervention chirurgicale pour un résultat donné) est susceptible d'apporter des effets bénéfiques significatifs sur le plan financier et en matière de santé chez la femme

C'est pour autant de raisons que nous avons choisi de faire une étude sur les césariennes pratiquées dans le Service de gynéco-obstétrique de l'EHS Tlemcen.

En menant cette étude, nous avons pour objectifs:

Principaux:

1. définir la fréquence de l'opération césarienne dans le service.
2. identifier les différentes indications opératoires.

Secondaire:

1. dégager les problèmes liés à l'opération césarienne.
2. déterminer dans quelles mesures la césarienne peut-elle être un facteur de réduction de la morbidité et de la mortalité fœto-maternelle.

II. MATERIELS ET METHODES

Toutes les parturientes reçues en salle de travail et toutes les gestantes hospitalisées dans le service pour une césarienne programmée ont été prises en compte dans cette étude.

Il s'agit d'une étude prospective de type descriptif ayant comme population cible toutes les césariennes à propos de 2153 cas réalisées au sein du service de la maternité de l'EHS Tlemcen sur une étendu de 12 mois (janvier 2008-décembre 2008)

Les données principales recueillies pour chaque malade étaient les suivantes :

Données anamnestiques.

Données cliniques et para cliniques.

Le protocole opératoire.

Parfois les données ont été complétées par celles des documents hospitaliers.

Des critères d'inclusion ont prévalu à la sélection de l'échantillonnage.

a) Critères d'inclusion

Ont été retenues :

- * Toutes les parturientes reçues en salle de travail qu'elles soient évacuées ou venues directement de leur domicile,
- * Toutes les femmes hospitalisées en vue d'une césarienne programmée.

b) Critères d'exclusion

Ont été exclues :

- * Toute parturiente par voie basse opérée pour rupture utérine ou hystérectomie d'hémostase.
- * Toutes les femmes n'ayant pas accouché dans le service qu'elles soient venues d'elles-mêmes ou évacuées des centres sanitaires pour des complications des suites de couches ou des complications post-césariennes.

c) La méthode utilisée par le groupe a impliqué :

- Analyse de la littérature
- Autorisation de service de maternité et le bureau des archives de l'EHST
- Les données de service de gynéco obstétrique :
 - ✓ Dossiers médicaux des archives 2008
 - ✓ Registre d'hospitalisation
 - ✓ Registre de bloc d'accouchement
 - ✓ Registre de bloc opératoire
- Logiciel bureautique.

III. RESULTATS ET INTERPRETATION

1- Les variables utilisés:

1. Age des parturientes
2. Terme de grossesse
3. Type de l'anesthésie
4. Type de l'incision
5. Variables du nouveau né (sexe, poids, apgar)
6. Les indications
7. Les complications

2- Etude pratique:

Nombre d'accouchements = 8797

Nombre de césarienne = 2153

Le taux de césarienne par rapport au nombre total d'accouchement à l'année 2008 est de 24.48%. **Tableaux** : voir l'annexe

3- Interprétation des résultats:

Notre étude a porté sur 8797 parturientes au niveau du service de maternité de l'EHST pendant l'année 2008 dont 2153 sont des césarisées c.à.d. équivalent de 24.48%.

L'échantillon exploré est réparti par différents caractères :

✦ Le premier chapitre de cette répartition:

✓ Répartition en fonction des tranches d'âges (tableau N°01) :

Il montre que la tranche d'âge la plus concerné par la césarienne est entre 15 et 30 ans avec une fréquence de 55,79% et puis les femmes entre 31 et 40 ans qui représentent 39,16%, la tranche la plus faible est celle des femmes plus âgées c'est entre 41 et 50 ans qui représentent 5,07%.

✓ Répartition en fonction de terme de grossesse (tableau N°02) :

Dans le tableau N°02 on trouve que 1686 cas de taux total de césarienne sont des grossesses à terme (37 SA et 41 SA) équivalent de 78,3%, avec un taux de 17,04% de dépassement de terme (>40 SA) c'est environ 367 cas, et un faible taux d'accouchement prématuré (<36 SA) 4,65% c'est environ 100 cas.

✓ Répartition en fonction de type de l'anesthésie (tableau N°03) et le type d'incision (tableau N°04) :

Dans 2153 cas on a trouvé que la majorité des césarisées environ 2110 cas (98%) ont subit une anesthésie générale et le reste 43 femmes (2%) ont subit une rachianesthésie.

Alors que le type d'incision était pfannenstiel pour 1592 femme, équivalent de 73,95%, et 561 parturientes c.à.d. 26,06% porteuses d'une incision type LMSO.

✓ Répartition en fonction de l'état du nouveau né (tableau N°05) :

Au tableau A, on trouve environ 45,71% des nouveaux nés sont de sexe féminin, alors que 54,3% sont de sexe masculin.

Au tableau B, plus de la moitié de ces nouveaux nés(1571) équivalent de 72,97 % ont un bon poids de naissance entre 2k500g et 3k800g, l'autre moitié est réparti en 02 groupes : le 1^{er} groupe 168 cas =7,81% sont des hypotrophies (Petit poids de naissance <2k500g) et le 2^{ème} groupe 414 cas= 19,23% sont des macrosomies (un gros poids de naissance >3k800g).

Et dans le même échantillon la majorité des nouveaux nés 1970= 91,5% ont été en bon état général : apgar entre 8 et 10 (tableau C), pour un apgar entre 6 et 8 on retrouve 5,63% c'est 121 naissance, et 48 naissance = 2,23% ont été en mauvais état général : apgar < 6, un très faible pourcentage pour les morts in utero 14 cas c'est environ 0,66%.

Tableau N°1

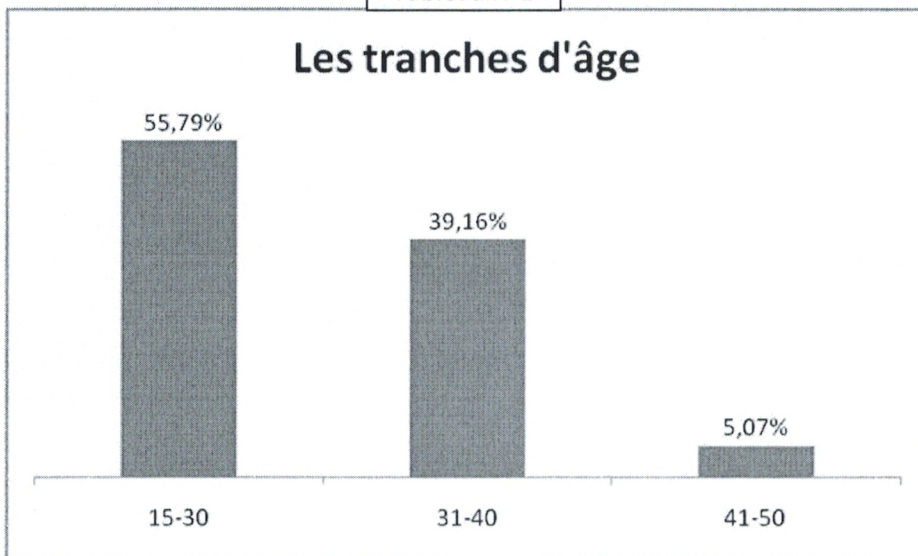


Tableau N°2

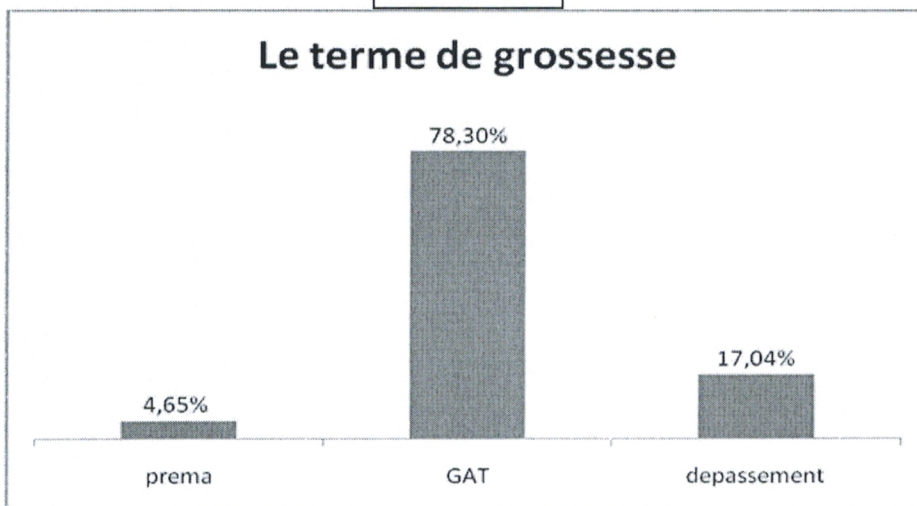


Tableau N°3

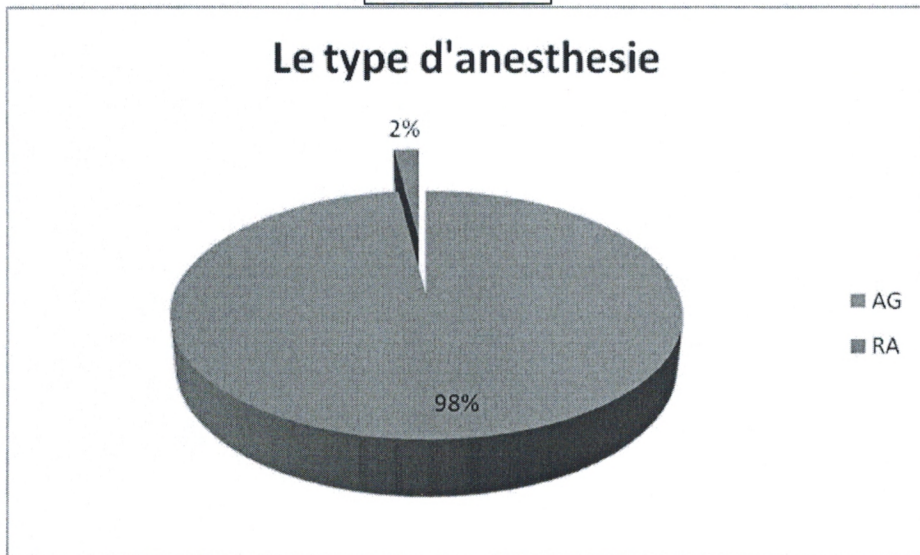
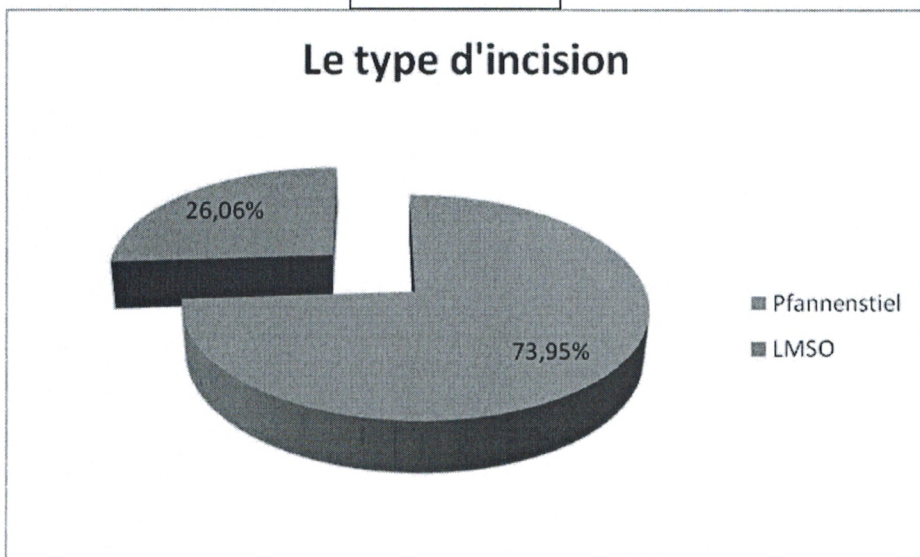


Tableau N°4



Les variables du nouveau né

Tableau N°5 A

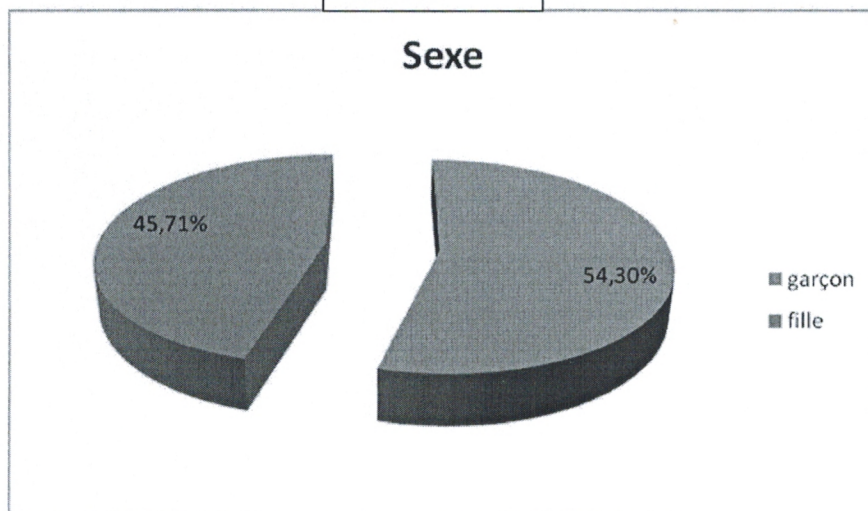


Tableau N°5 B

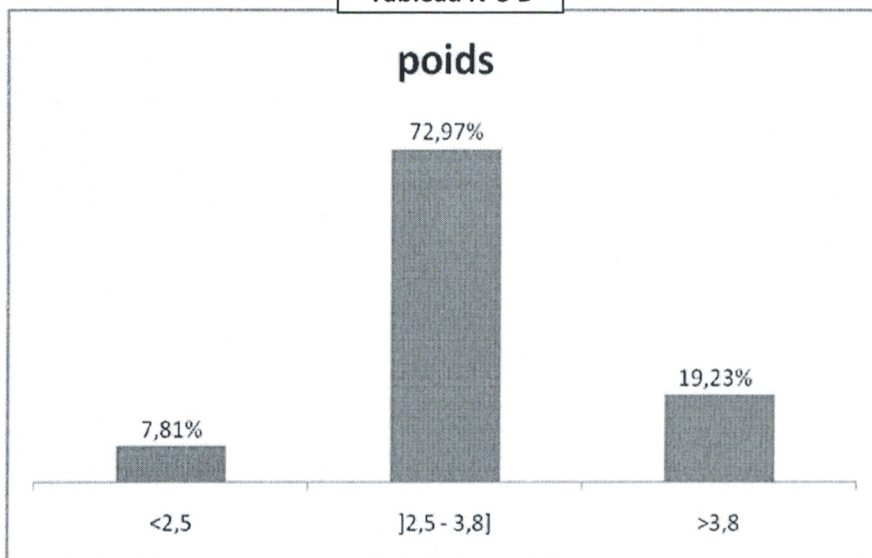
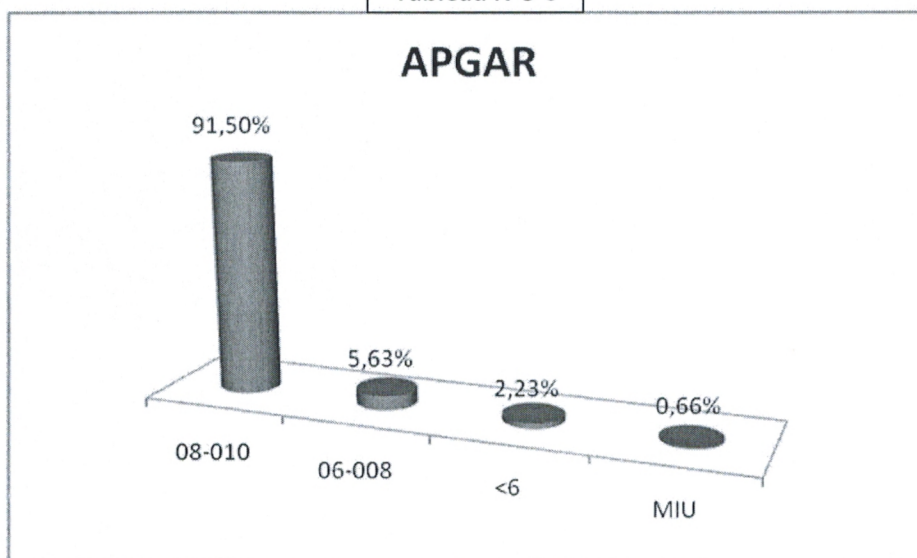


Tableau N°5 C



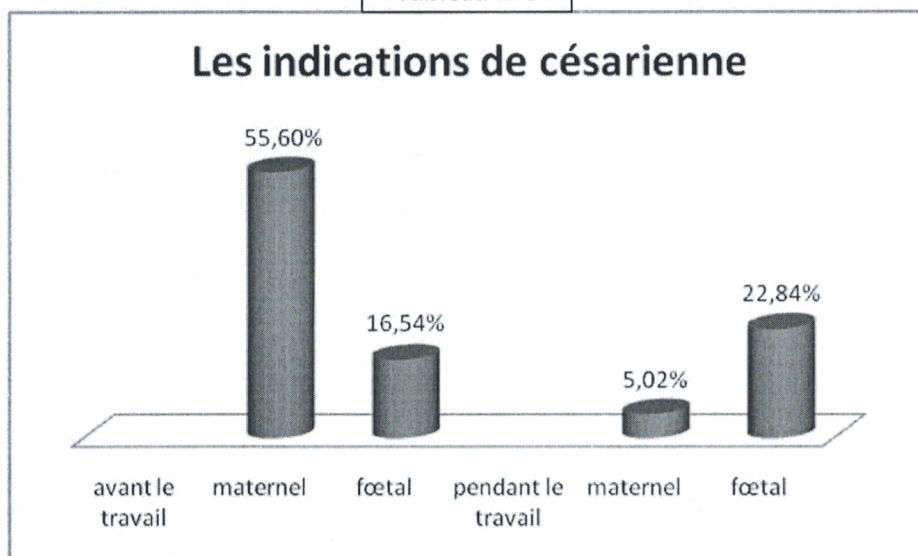
‡ **Le deuxième chapitre de cette répartition est en fonction des indications (tableau N°06):**

On a trouvé un taux de césarienne égale à 24.48% par rapport au taux total d'accouchement en 2008 à l'EHST, dans cette somme on a 02 types d'indications :

*L'indication de césarienne avant le début de travail ou bien les césariennes programmées qui représentent plus de la moitié des cas = 1553 = 72,14%.

*La 2^{ème} indication est celle représentée par les urgences et les évacuations, c'est une indication pendant le travail dite césarienne non programmée c'est à propos de 600 cas = 27,86%.

Tableau N°6



1. Césarienne programmée (tableau A) :

Elle représente 72,14% de taux global de césarienne pendant cette année et dans ce type on a des étiologies à plusieurs origines :

➤ Plus que la moitié des causes sont d'origine maternel (tableau A1): 55,6% c'est a propos de 1197 cas, dans cet origine on a :

- Les pathologies d'ordre général qui représente 16,31% de taux global de césarienne dont l'éclampsie représente la cause la plus fréquente : 7,58% équivalent de 163 cas puis les autres pathologies presque 109 cas(5.07%), la pathologie cardio-vasculaire vient en 3^{ème} place et qui représente 1.83%= 39 cas ; le diabète occupe 1.35%=29 cas ; enfin la pathologie oculaire c'est surtout la myopie forte : 0.52% = 11 cas.
- Les pathologies d'ordre gynéco-obstétrical qui représente plus de la moitié des causes d'origine maternel =39.3% c'est à propos de 846 cas et dans ce type l'utérus cicatriciel prédomine la pathologie maternelle 600 cas équivalent de 27,88% ou on trouve 04 types de l'UC :

*uni cicatriciel : 427 cas =19.85%

*bi cicatriciel : 148 cas =6.88%

*tri cicatriciel : 22 cas =1.03%

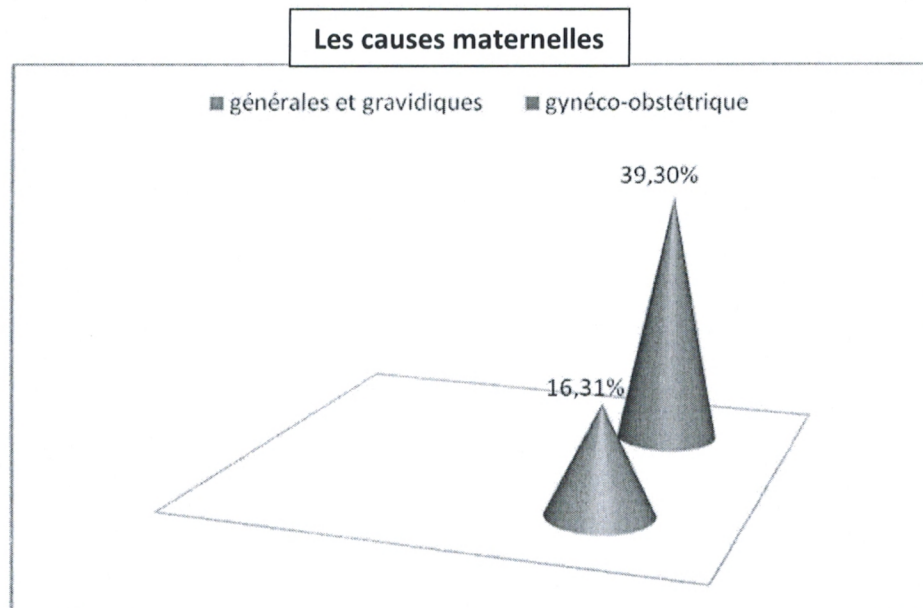
*quadri cicatriciel : 03 cas =0.14%

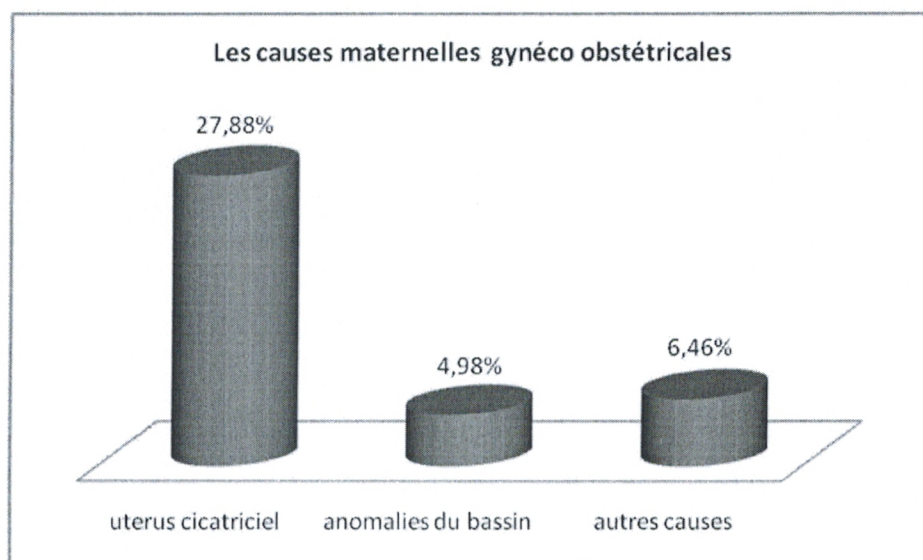
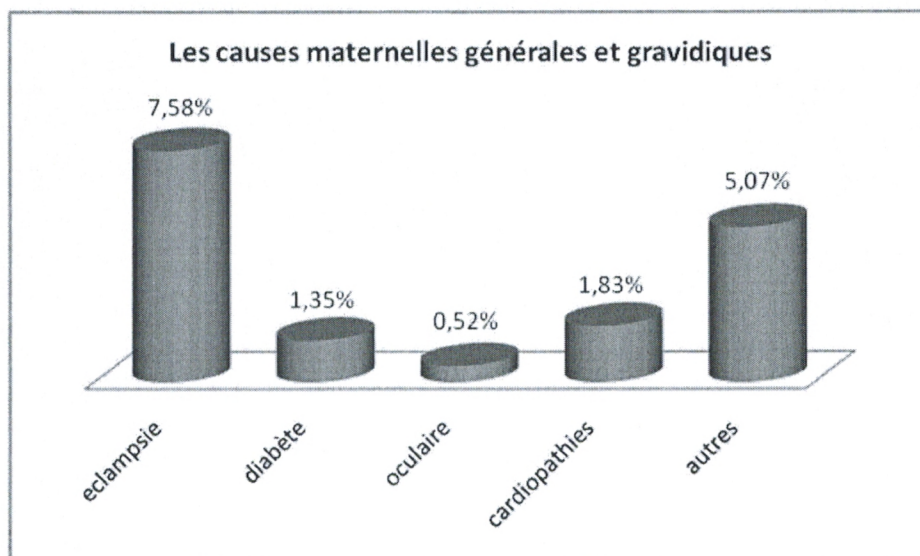
Après l'UC on trouve les autres étiologies : 139 cas donc c'est 6,46% de taux global des indications de césarienne, les anomalies du bassin sont représentées par 107 cas= 4,98%.

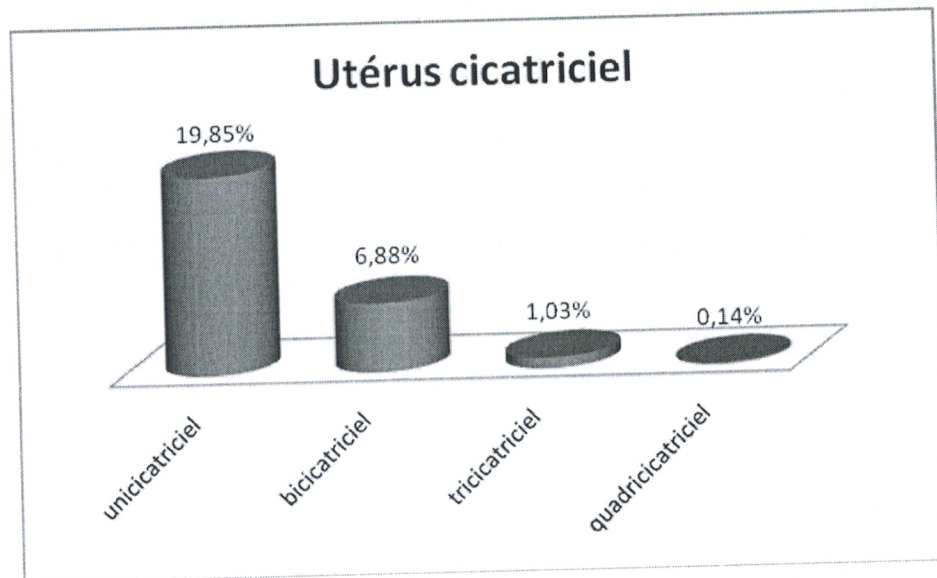
➤ 16,54% des causes de césarienne programmée sont d'origine fœtal (tableau A2) : 356 cas de nombre total de césarienne et dans cet origine il ya 06 étiologies :

La cause la plus fréquente est représenté par la macrosomie 194 cas= 9,02%, la 2^{ème} cause d'origine fœtal représentée par les anomalies du liquide amniotique 74 cas =3,44% (17 cas d'hydramnios et 38 cas d'oligoamnios et 19 cas d'anamnios), puis la grossesse multiple 32 cas=1.49%, en 4^{ème} position la grossesse précieuse 22 parturiente =1.03% de l'ensemble des indications, et enfin les malformations fœtales 18 cas =0.84%, puis le retard de croissance intra utérine 16 cas = 0.75%.

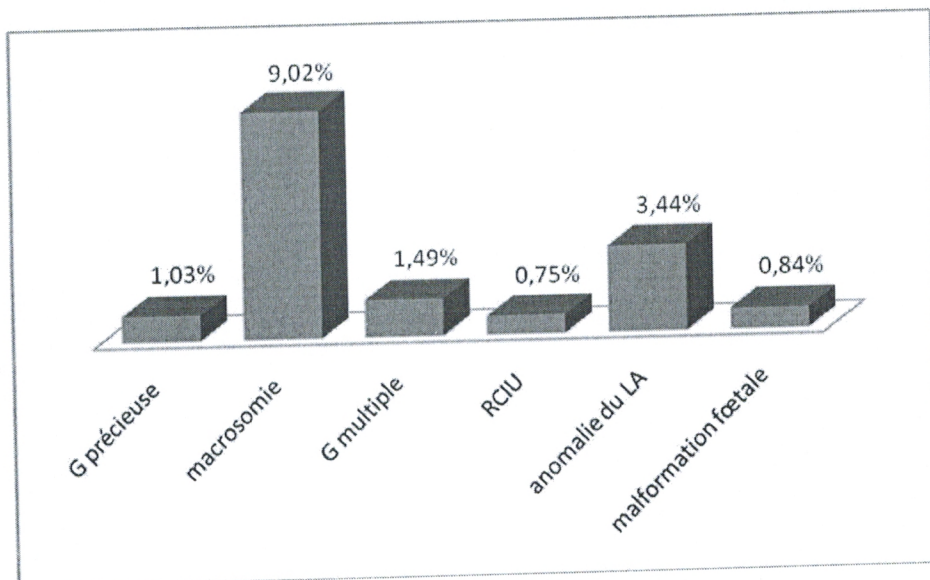
Les indications avant le travail







Les causes fœtales



2. Césarienne non programmée (tableau B) :

C'est les urgences et les évacuations, elle représente 27,86% de taux global de césarienne c'est à propos de 600 cas, et dans ce type d'indications l'intervention a pour but :

-soit un sauvetage maternel : 108 cas=5.02%

-soit sauvetage fœtal : 492 cas =22,84%

Pour le sauvetage maternel on a trouvé 04 étiologies (tableau B1), la plus fréquente est la crise d'éclampsie 2,47% soit 53 cas, le placenta prævia hémorragique en 2^{ème} lieu 1,77% soit 38 cas de taux total de césarienne, l'hématome rétro placentaire 13 cas =0,61%, et enfin le syndrome de pré rupture ou bien la rupture utérine 04 cas = 0,19%.

Alors que le sauvetage fœtal (tableau B2) était 4 fois plus fréquent que le sauvetage maternel 492 cas à propos de 22,84% du taux global ; parmi les causes fœtales, la plus fréquente est la dystocie mécanique 471 cas =21,87% où on trouve deux origines soit le défaut d'engagement 90 cas c'est environ 4,18%, soit les anomalies de présentation 381 cas =17,69% de taux global dont :

*330 cas de présentation de siège = 15,32%

*24 cas de présentation transverse = 1.11%

*12 cas de présentation de front = 0.56%

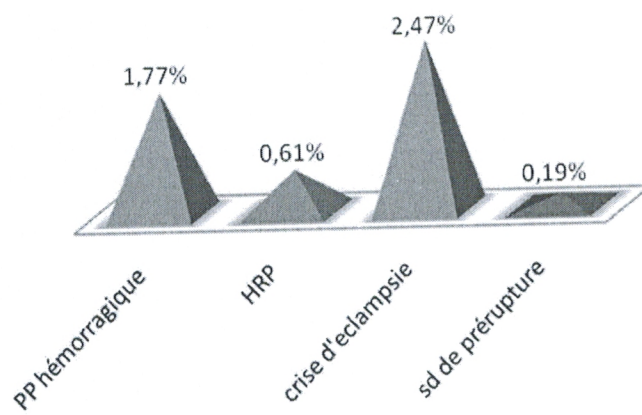
*02 cas de présentation de face = 0.09%

*13 cas de présentation de l'épaule = 0.6%

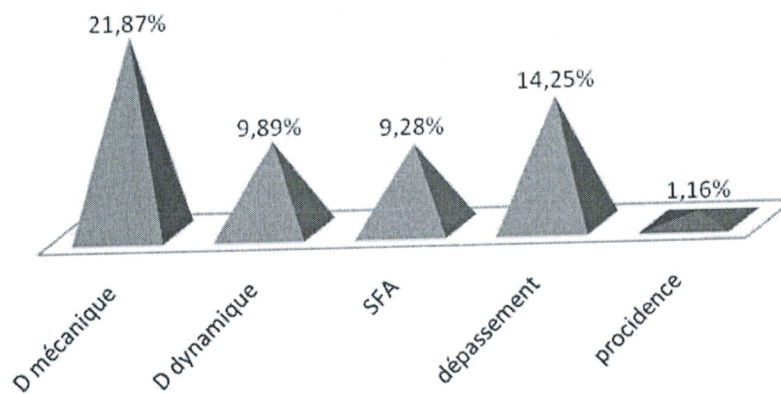
La 2^{ème} cause qui est aussi fréquente est le dépassement de terme 307 cas soit 14.25%, puis la dystocie dynamique 213 cas = 9.89%, la souffrance fœtale aigue est en 4^{ème} lieu 200 cas = 9.28%, et enfin la procidence du cordon, de la main 25 cas c'est environ 1.16%.

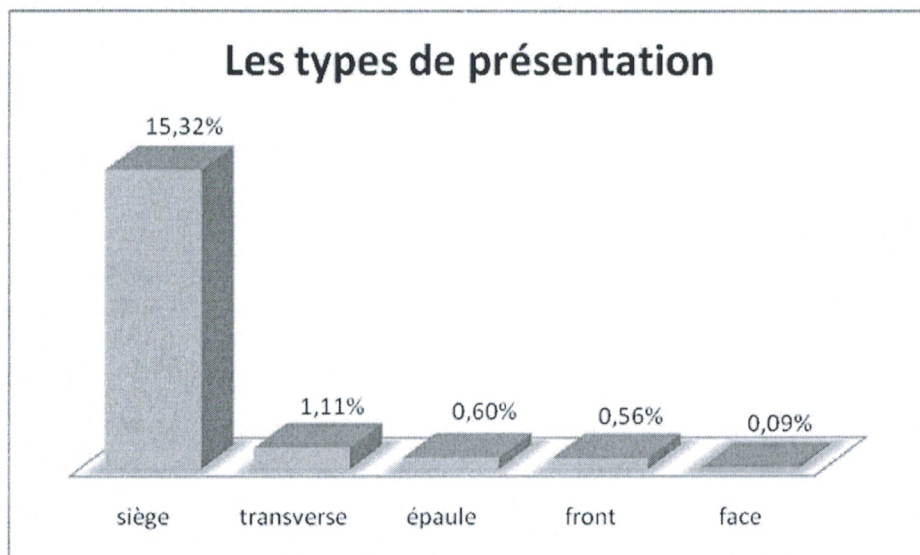
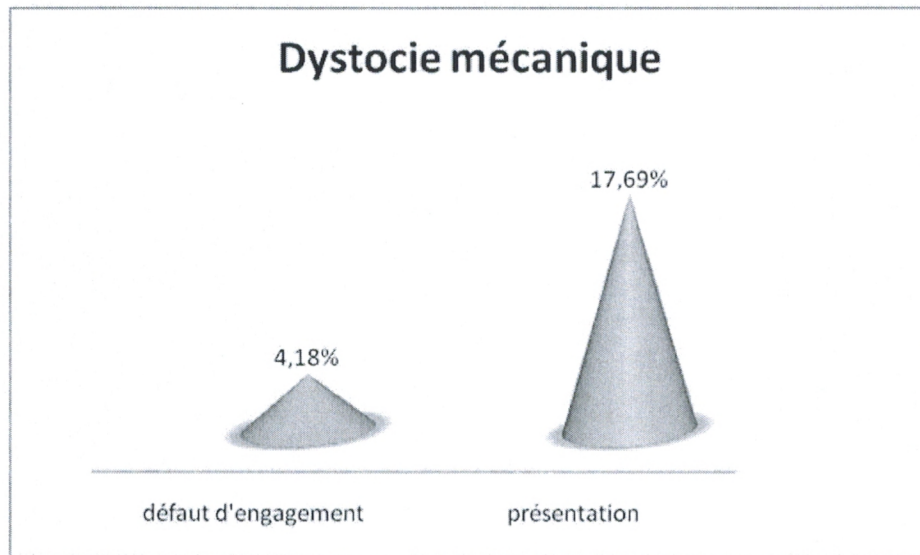
Les indications pendant le travail

Les causes maternelles



Les causes foetales





✚ Le troisième chapitre de cette répartition est en fonction des complications:

10 femmes césarisées se compliquent en per opératoire soit 0.12% de taux total de césarienne :

- 02 femmes ont été transfusées pendant l'intervention.
- 02 cas de déchirure clitoridienne.

- 02 cas de bronchospasme.
- 02 cas d'hystérectomie d'hémostase.
- 02 cas de sonde à demeure.

Au total:

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptive ayant comme population cible toutes les césariennes réalisées dans la période du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008 au sein de service de gynécologie obstétrique de CHU Tlemcen

Nous avons enregistré 2153 césariennes pour 8797 accouchements soit 24.48%

Sur 2153 femmes opérées pour césarienne ,1592 parturientes soit 73,95% ont été opérées selon la technique MISGAV LADACH par incision pfannensiel, l'incision la plus esthétique ; les autres soit 26,06% ont été opérées selon la technique classique par LMSO

Nos obstétriciens préfèrent pratiquer la césarienne sous anesthésie générale dont 2110 cas, soit 98%.

L'âge moyen des césarisées était de 24 ans ; avec des extrêmes de 15 et 30 ans: le nombre de césarisées jeunes est de 1201 soit 55,79% en rapport avec la nuptialité et la maternité précoce. Dans notre cadre, les femmes sont mariées très Jeunes à l'âge de 17 ans.

Du coté pronostic maternel, 10 cas des césariennes réalisées soit 0.12% ont été émaillées de complications en per-opératoire à type plaies des organes de voisinage ou de transfusion sanguine.

Le score d'Apgar a été le seul moyen d'évaluation de l'état des nouveau-nés: 121 nouveau né seulement soit 5,63% avaient un Apgar inférieure à 8 nécessitant une réanimation néo natale et parfois une hospitalisation dans le service de pédiatrie, 91,5% avaient un bon Apgar entre 8 et 10 , la bonne qualité des bébés explique la bonne décision des indications opératoires, mais ceci n'élimine pas qu' on a enregistré 14 nouveau né soit 0,66% avec un Apgar égale à 0 c'était des morts in utero (généralement suite à un H R P).

Sur 2153 femmes césarisées, 1553 cas soit 72,14% ayant subit une césarienne dite programmée avant le travail (il s'agit des femmes hospitalisées dans le service de gynécologie obstétrique pour des situations pathologiques de grossesse ou de l'accouchement), le reste 600 cas soit 27,86% ayant subit une césarienne dite d'urgence.

rienne dite non programmée pendant le travail (il s'agit des situations urgentes où une césarienne s'impose pour sauvetage maternel ou fœtal).

Voici en totalité les indications les plus fréquentes par ordre :

Indication	Incidence
Utérus cicatriciel	27.88%
Présentation dystocique	17.69%
Dépassement du terme	14.25%
Dystocie dynamique	9.89%
S.F.A	9.28%
H.T.A	7.58%
Défaut d'engagement	4.18%
Grossesse précieuse	1.03%

IV. DISCUSSION GENERALE

1-DESCRIPTION DU SERVICE:

Service technique:

Le service de gynéco obstétrique est composé de trois étages, avec un total de 114 lits

Le R.D.C. comportant :

- ✓ Unité d'admission.
- ✓ Bloc d'accouchement : 6 tables d'accouchement, 2 salles de pré travail, une salle de néonatalogie.
- ✓ Bloc opératoire : 03salles :02 pour les urgences et 01 pour les malades programmées, et 01 salle de réveil.

Le 1^{er} étage comportant :

- ✓ Unité de gynécologie : faite de 06 salles et 01 salle de soins ; s'occupant par la prise en charge de toute pathologie gynécologique en dehors de grossesse et pendant la grossesse avec un terme inférieure à 28 semaine d'aménorrhée.
- ✓ Unité de suite de couche : faite de 05 salles et 01 salle de soins ; pour le suivie des parturientes accouchées par voie naturelle.

Le 2^{ème} étage comportant :

- ✓ Unité postopératoire : faite de 06 salles s'occupant des différentes patientes dans les jours qui suivent un geste opératoire.
- ✓ Unité des grossesses pathologiques : faite de 05 salles s'occupant des situations pathologiques de grossesse ou de l'accouchement avec un terme entre 28 et 41 semaines d'aménorrhée.

Service humain :

Personnels médicaux :

- ✓ 06 médecins spécialistes en gynécologie obstétrique.
- ✓ 32 résidents.
- ✓ 32 internes de médecine.
- ✓ 04 médecins réanimateur.

Personnels paramédicaux :

- 12 techniciens d'anesthésie.
- Infirmiers.
- 32 Sages femmes

Service annexe :

- Service de pédiatrie.
- Service de réanimation.
- Banque du sang.
- Une pharmacie.

2-FREQUENCE ET INDICATIONS OPERATOIRES:

Notre étude a la particularité de définir la fréquence de l'opération césarienne dans le service de gynéco obstétrique au cours de l'année 2008 et d'identifier les différentes indications opératoires.

Nous avons enregistré 2153 cas de césarienne pour 8797 accouchements au cours de l'année 2008 (soit 24.48%); ce taux est légèrement supérieur à celui enregistré dans le même service au cours de l'année 2007(22.12%).

Cette constante progression peut s'expliquer par la création de plusieurs centres de santé urbaines entraînant la diminution du nombre d'accouchement

au niveau du centre de référence qui s'occupe de plus en plus des accouchements dystociques et des évacuations obstétricales, en provenance de ces centres de santé, dont le nombre augmente ; et par l'organisation au sein du notre centre de référence d'une unité bien équipée s'occupant des grossesses pathologiques.

L'élargissement des indications de césarienne pourrait aussi justifier cette progression, d'une manière générale les indications de césarienne peuvent être influencées par trois facteurs principaux :

1. Les caractéristiques de la femme ou l'existence d'un danger au fœtus.
2. le niveau de la maternité : type 1, 2 ou 3 pour une même pathologie, un taux de césarienne plus élevé dans un niveau 1 que dans un niveau 3.
3. les pratiques médicales.

Si on exclut les 1553 cas de césarienne programmée avant le travail du nombre total des césariennes ; on aura que 600 femmes césarisées soit 7.54 % du nombre total des accouchements pendant l'année 2008 ; c'était des femmes nécessitant une intervention chirurgicale en urgence de sauvetage maternel ou fœtal ; celles liées au fœtus et à ses annexes ont été les plus fréquentes :

- En chef de fil les présentations dystociques : La présentation du siège était le motif du césarienne le plus fréquent représentée surtout par les primipares et les multipares avec un utérus cicatriciel.
- En deuxième ordre on trouve les SFA diagnostiquée soit par la couleur du liquide amniotique après rupture des membranes (verdâtre , en purée de pois) soit par ralentissement de bruit cardiaque fœtal , son incidence était la même chez la primi ou multipare, là une césarienne s'impose en urgence mais le risque de complications fœtales reste élevé à type de détresse respiratoire et infection néonatale nécessitant parfois une réanimation néonatale ou une hospitalisation au service du pédiatrie ; donc il faut un dépistage et une prise en charge précoce de ces cas .
- En troisième ordre on trouve les cas de dystocie dynamique et de défaut d'engagement avec un taux élevé souvent la conséquence de la mauvaise direction du travail effectuée par certaines sages-femmes.

Parmi les indications liées à la mère, on trouve par ordre de croissance : placenta prævia hémorragique ; hématome rétroplacentaire ; les crises d'éclampsie et rupture utérine mais sont moins fréquent au celles liées au fœtus.

L'organisation au sein du notre service du référence d'une unité bien équipée, bien organisée, s'occupant des situations pathologiques liées à la grossesse ou à l'accouchement, était à l'origine de 1553 cas de césariennes en plus pendant l'année 2008 soit 72.14%, ces interventions apportent surtout une meilleur survie

maternelle ou fœtale, il s'agit d'une césarienne programmée généralement au 39^{ème} semaine d'aménorrhée et les principales indications sont celles liées à une pathologie maternelle:

- Utérus cicatriciel: les indications de césarienne en cas d'utérus cicatriciel sont en rapport avec:
 - a. L'utérus: Cicatrice corporelle ou segmento-corporéale, cicatrice de rupture utérine.
 - b. Fœtus et annexes: Macrosomie, PP antérieur, RCIU...
 - c. La mère: Bassin rétréci, diabète...
- Bassin rétréci: Toutes anomalies détectées à l'examen clinique et confirmée par la radiopelvimétrie.
- Pathologies maternelles générales: Quelque soit la cause, ces femmes nécessitent une hospitalisation et surveillance de pré par nos obstétriciens:
 - 1) Pré éclampsie où les primipares constituent aussi un terrain électif; ces femmes avec une tension artérielle supérieure à 14 /09, des œdèmes et une protéinurie, devront être hospitalisées où le traitement médical (antihypertenseurs centraux) est entamé avant le traitement obstétrical.
 - 2) Diabète: Que ce soit un diabète connu ou gestationnel, la césarienne est indiquée d'emblé s'il est déséquilibré ou associé à une autre pathologie ou avec une macrosomie fœtale. Il existe toujours le risque d'infection dans les suites opératoires.
 - 3) Pathologies oculaires où un risque de décollement rétinien suite à l'effort de pousser est majeur.

Concernant les pathologies fœtales :

- Les grossesses précieuses: Les femmes ayants des antécédents chargées ou une infertilité prolongée ou des primi âgées ...
- Macrosomie fœtale.
- Malformations fœtales.
- Grossesse multiple

Donc on note une nette augmentation de taux de césarienne au service de gynéco-obstétrique EHS Tlemcen après l'amélioration du niveau de cette maternité et l'élargissement des indications de césarienne.

I. Pronostic fœtal et maternel:

Le pronostic maternel et fœtal est aussi concerné par ce développement par l'organisation des services annexes (service de réanimation, service de pédiatrie, banque du sang et pharmacie de garde) et l'amélioration de la qualité de soin et la prise en charge des patientes:

1) Du côté fœtal:

On parle d'abord des 1970 nouveau nés soit 91.5% avec un Apgar entre 8 et 10, ce taux implique une bonne qualité des bébés et une bonne décision opératoires, donc l'élargissement des indications opératoires a diminué la mortalité fœtale.

5.63% des nouveau-nés ont un Apgar inférieure à 8 (détresse respiratoire et infection néonatale), c'est l'apanage des accouchements prématurés et les césariennes pour souffrance fœtale aigüe, nécessitant une prise en charge multidisciplinaire ; une réanimation néonatale en place avec présence d'un pédiatre de garde et parfois même un transfert au service de pédiatrie.

Le pronostic est meilleur grâce à l'amélioration des conditions de ramassage et de prise en charge de ce groupe, par la présence d'une unité de réanimation néonatale sur place et un service de pédiatrie annexe avec un pédiatre de garde.

0.66% des nouveau-nés sont des morts in utero, l'hématome rétro placentaire reste la cause la plus fréquente.

Le risque de complication fœtale est plus élevé chez les évacuées, ceci est souvent lié au retard de décisions à l'évacuation, aux conditions d'évacuation et surtout à l'état des patientes à la réception, la recrudescence des maisons d'accouchement clandestines par des agents non qualifiés avec usage désordonné des ocytociques.

2) Du côté maternel:

10 cas de complications en per opératoire ont été recensés soit 0.12%.

0 décès en per opératoire.

Ceci relève de la bonne prise en charge (réanimation, pré, per opératoire)

Les complications sont surtout à type de problèmes d'hémostase :

02 femmes ont été transfusées, 02 femmes ayant subi une hystérectomie d'hémostase, c'est en rapport avec certains facteurs à savoir :

- . La cause imposant la césarienne,
- . Les conditions d'exécution de l'intervention,
- . Le délai à la réalisation de la césarienne et la qualité de soin en pré opératoire surtout chez les évacuées,
- . Pathologie maternelle pré existant (hématologique)

Les plaies d'organes de voisinage (intestin ou vessie) peuvent être liées aux conditions d'exécution de l'intervention à savoir l'utérus pluri cicatriciel ou les anses sont agglutinées et la vessie est ascensionnée.

La présence d'un réanimateur et le travail en collaboration avec les autres services (chirurgie, urologie, réanimation) a améliorée la qualité de prise en charge de ces problèmes rencontrés au cours de l'intervention, et diminuée le taux de mortalité maternelle en per opératoire.

II. Suggestions concernant la morbidité et la mortalité materno foetale:

- . Il faut mettre l'accent sur l'information qui peut agir sur les attitudes et les comportements,
- . Améliorer la qualité des soins et la prise en charge des patientes,
- . Améliorer les conditions d'évacuation, privilégier la référence à l'évacuation,
- . Faire le jumelage des centres périphériques en centre de référence pour l'enseignement et la promotion du système transfert/recours dans la perspective de la promotion de la "maternité sans risque",
- . Créer des centres chirurgicaux de relais,
- . Assurer la formation de compétences, des consultations prénatales de qualité,
- . Elargir la pratique de césarienne programmée pour tous les cas à risque,
- . Imposer le respect des règles d'asepsie,
- . La prise en charge pédiatrique immédiate de tous les nouveau-nés par césarienne est une nécessité,
- . Faciliter l'accès des adolescentes aux structures de Planification Familiale,
- . La solution globale vient de la nécessité de faire sortir la femme algérienne du cercle vicieux : pauvreté, analphabétisme et procréation sans surveillance ni planification

Des chercheurs craignent qu'il y ait plus de cas de rupture de l'utérus durant l'accouchement naturel chez les femmes ayant déjà subi une césarienne, essentiellement en raison du nombre grandissant de ce type d'intervention.

Cette complication – rare, mais grave – toucherait 09 femmes sur 1000 (près de 1 %) parmi celles qui accouchent naturellement d'un deuxième enfant après avoir eu leur premier par césarienne. Chez celles n'ayant pas eu de césarienne, ce risque n'est que de 0,18 %.

Ces données proviennent d'une récente étude¹ portant sur 300200 accouchements d'un deuxième enfant, survenus en Suède de 1992 à 2001.

Lors de ces accouchements, 227 femmes ont subi une rupture utérine. Parmi elles, 14 ont perdu leur bébé, ce qui représente un taux de mortalité à la naissance de 51 ‰. Cette proportion est de 1,4 ‰ chez les femmes n'ayant pas vécu de rupture lors du deuxième accouchement à la suite d'une césarienne.

D'après les auteurs de l'étude, certains facteurs peuvent expliquer pourquoi une cicatrice sur l'utérus peut se déchirer durant un l'accouchement :

*le déclenchement de l'accouchement avec un médicament (prostaglandine E2, par exemple);

*l'âge de la mère (plus de 35 ans);

*le poids de l'enfant (plus de 4 kg).

Au Canada, le taux de naissance par césarienne est en constante évolution : de 17 % qu'il était en 1993-1994, il était de 26 % en 2005-2006. C'est moins qu'aux États-Unis et en Australie (29 %, en 2004), mais davantage que l'Angleterre (24%, en 2005-2006). L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande de ne pratiquer de césariennes que dans 15 % de tous les accouchements².

A travers d'une analyse rétrospective de 3231 césariennes effectuées à la maternité universitaire de Casablanca³ entre 1994 et 1997, les auteurs ont évalué la mortalité et la morbidité maternelles de la césarienne. L'incidence de la césarienne était de 12,4%. Ses indications ont été prophylactiques dans 627 cas (19,4%), urgentes dans 454 cas (14,1 %) et au cours du travail dans 2150 cas (66,5 %). Nous avons eu 09 décès maternels (2,8 ‰) dont l'un était lié à l'acte chirurgical. Les complications per opératoires ont été dominées par une hémorragie grave dans 39 cas (1,2%) nécessitant une hystérectomie d'hémostase dans 06 cas (0,2 %), des lésions viscérales à type de plaie vésicale dans 20 cas (0,6 %), urétérale dans 03 cas (0,1 %) et intestinale dans 03 cas (0,1 %). La morbidité postopératoire a été marquée par le risque infectieux dominé par l'endométrite (5,1%). Les complications thromboemboliques ont été notées dans 07 cas (0,2 %). Quoique constituant le seul geste salvateur dans de nombreuses situations aussi bien pour la mère que pour l'enfant, la césarienne s'accompagne d'une mortalité et d'une morbidité maternelles supérieures à celles d'un accouchement naturel ; ainsi, ses indications doivent toujours être justifiées.

En février 2005, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a émis des recommandations⁴ concernant les patientes ayant subi une césarienne afin d'éviter une rupture utérine durant un accouchement subséquent.

La SOGC insiste pour que les médecins discutent des risques d'un accouchement vaginal avec leurs patientes qui ont accouché par césarienne auparavant. Elle rappelle toutefois que, dans la plupart des cas, « un accouchement vaginal peut être réussi en toute sûreté tant pour la mère que pour l'enfant ».

Selon la SOGC, seul le fait d'avoir eu une césarienne dite « classique », avec une incision à la verticale, de même qu'une césarienne avec une incision en forme de « T » renversé, constitue une contre-indication spécifique à un accouchement vaginal. Dans ce cas, le risque de rupture utérine est de 4 % à 9%, contre 0,2 % à 1,6 % pour les autres types d'incisions.

Néanmoins, l'organisme suggère à ses membres de recommander aux femmes ayant déjà subi une césarienne d'accoucher dans un hôpital, où une intervention chirurgicale d'urgence peut être exécutée rapidement en cas de complications.

Bibliographie

1. Kaczmarczyk M, Sparén P, Terry P, Cnattingius S, Risk factors for uterine rupture and neonatal consequences of uterine rupture: a population-based study of successive pregnancies in Sweden, BJOG, octobre 2007, Vol. 114, no 10, 1208-14.
2. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Donner naissance au Canada : Tendances régionales de 2001-2002 à 2005-2006, Analyse diffusée le 25 juillet 2007.
3. Revue : Santé ISSN 1157-5999
Source : 2000, vol. 10, no6, pp. 419-423 (20 ref.)
Editeur : Libbey Eurotext, Montrouge, FRANCE (1990) (Revue)
4. Martel MJ, MacKinnon CJ, et al, Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne, Directives cliniques de la SOGC, février 2005, No 155, 175-188.