

Article original

Césarienne en Urgence au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville

Emergency caesarian sections in the University Teaching Hospital of Brazzaville

Mbongo JA*, Butoyi JM, Papandi-Ikourou A, Iloki LH.

Service Gynécologie-Obstétrique, CHU de Brazzaville, Congo.

**Auteur correspondant*: Mbongo JA. Email: mbongojalff@gmail.com. Tel+ 242 055319812. BP 2662 Brazzaville.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the influence of obstetrical and surgical practices on the fetal and maternal prognosis. Patients and methods: the study was carried over a period of 6 months collecting retrospective data's. Extremely urgent caesarean section (C/S), urgent C/S, and the elective ones were included in the study. Women with uterine rupture and those referred for post operative complications following C/S were excluded.

RESULTS: 249 C/S were performed out of 1385 deliveries, giving a global C/S percentage of 17.9%.

67.5% were emergency C/S and 32.5% were elective C/S. The average age was 26.3±6.8 years. Factors associated with poor fetal and maternal prognosis were: the delay between the decision and the execution of the C/S, patients who were transferred, general anaesthesia, acute foetal distress, placenta praevia, feto-pelvic disproportion. Emergency caesareans were 2.46 times more likely to lead to complications for the mother and 6.03 times more likely to lead to foetal death compared with elective caesarean section.

CONCLUSION: The maternal and fetal prognosis for emergency C/S is at Brazzaville poorer than elective C/S. This means that the medical practice is not yet satisfactory.

KEY WORDS: Emergency caesarean section; Brazzaville-Congo.

RÉSUMÉ

OBJECTIF : Rechercher l'influence respective des facteurs obstétricaux et opératoires sur le pronostic maternel et foetal.

PATIENTES ET MÉTHODES : Il s'agit d'une étude comparative, à recueil de données rétrospectif, sur une période de six (6) mois. Ont été inclus les césariennes d'extrême urgence, urgentes, et décidées au cours du travail. La rupture utérine, les patientes référées pour la prise en charge des complications de césarienne, ont été exclues.

RÉSULTATS : Sur 1385 accouchements, 249 césariennes ont été réalisées, soit un taux global de césarienne à 17,9 %. Le taux de césariennes en urgence a été de 67,5% de l'ensemble des césariennes contre 32,5% de césariennes non urgentes. L'âge moyen était de 26,3 ± 6,8 ans. Les facteurs aggravant le pronostic maternel et foetal ont été : le retard entre l'indication et l'exécution de la césarienne, les patientes évacuées, l'anesthésie générale, certaines indications de la césarienne telle que la souffrance fœtale aigue, le placenta praevia, la disproportion fœto-pelvienne. Les césariennes en urgence courent un risque 2,46 fois plus élevé de complications maternelles et 6,03 fois de décès fœtaux que les non urgentes.

CONCLUSION : Le pronostic maternel et foetal des césariennes en urgence est plus sombre que celui des césariennes non urgentes au CHU de Brazzaville. En effet, la pratique médicale en cas d'urgence n'y est pas encore satisfaisante.

MOTS CLÉS : Césarienne en urgence ; Brazzaville-Congo.

INTRODUCTION

Le vocable césarienne d'urgence regroupe la césarienne d'extrême urgence (Il y a risque vital pour la mère et /ou pour l'enfant), la césarienne urgente (Il y a risque pour la mère et /ou l'enfant non immédiatement vital) et la césarienne décidée au cours du travail dans un contexte qui nécessite une extraction rapide mais sans mise en danger de la mère et /ou l'enfant [1]. De nombreuses études ont démontré l'intérêt de la césarienne dans l'amélioration du pronostic maternel et foetal dans les

situations d'urgence obstétricale [2,3]. Au Congo – Brazzaville, un cri d'alarme sur le pronostic fœto-maternel des césariennes a été déjà lancé dans les travaux antérieurs : la césarienne est une intervention chirurgicale et par conséquent non dénuée de complications [4] ; et, une femme sur sept se retrouve sans enfant avec une cicatrice utérine [5]. C'est dans le but de savoir, si la césarienne urgente influait sur le pronostic maternel et foetal que nous avons réalisé la présente étude, qui a pour objectif

d'évaluer les résultats des césariennes pour l'enfant et la mère dans le contexte d'urgence.

PATIENTES ET MÉTHODES

Nous avons effectué une étude cas témoins, à recueil de données rétrospectif, sur une période de six (6) mois allant de septembre 2009 à février 2010.

TABLEAU I : LES FACTEURS AGGRAVANT LE PRONOSTIC FŒTO-MATERNEL

	Mauvais pronostic N=61	Bon pronostic N=188	OR [IC]	p
Absence de CPN	6	1	5,71 [0,66-129,93]	0,12
1 à 2 CPN	13	14	0,83 [0,35-2,00]	0,80
Retard Extraction	127	96	10,14 [2,75-44,27]	0,00002
Transport non médicalisé	121	117	0,23 [0,03-1,19]	0,88

CPN : consultation prénatale

Les césariennes d'extrême urgence, les césariennes urgentes, les césariennes décidées au cours du travail ont été incluses dans cette étude. La rupture utérine, les patientes césarisées hors de notre structure sanitaire et référées pour la prise en charge des complications ont été exclues.

Les variables étudiées étaient : l'âge, la parité, l'antécédent de césarienne, le nombre de consultations prénatales effectuées, le mode d'admission, le moyen de transport (pour les évacuées : transport médicalisé ou pas), l'indication de césarienne, le délai entre l'indication et l'exécution de la césarienne, le type d'anesthésie, les suites opératoires jusqu'à la sortie de l'hôpital, l'état de l'enfant à l'extraction, le transfert du nouveau-né en néonatalogie.

La technique opératoire utilisée a été la césarienne classique, avec incision de Pfannenstiel.

La saisie et l'analyse des résultats ont été réalisées grâce aux logiciels Epi-Info et Epi-Stat. Le test de chi 2 a été utilisé pour la comparaison des résultats. Seuil de signification à 5%.

RÉSULTATS

Il a été enregistré 1634 accouchements dont 1385 accouchements par voie basse et 249 césariennes, soit un taux de césarienne de 17,9% ; dont 168 (67,5%) ont été réalisées en urgence et 81 (32,5%) en dehors

de l'urgence. L'âge moyen d'exposition à la césarienne d'urgence était de $26,3 \pm 4,3$ ans [14 à 45 ans].

Le délai médian entre l'indication et l'exécution (DIE) était de 240 minutes [45 à 4740 minutes].

L'anesthésie générale a été pratiquée dans 84,5% des cas et l'anesthésie locorégionale dans 15,5% des cas. Les complications ont été plus importantes chez les enfants issus de mères évacuées (Tableau I).

Le pronostic maternel et fœtal était plus mauvais en cas de césarienne d'urgence (Tableau II). La souffrance fœtale aiguë et le placenta prævia ont été les indications les plus morbides pour le fœtus.

TABLEAU II : LES FACTEURS DE RISQUE DE DÉCÈS FŒTAL

	Décès	Vivant	Odds Ratio	P
Évacuée	21	75	4,76 [1,43 – 17,5]	0,006
Paucipare	14	109	0,40 [0,15 – 1,05]	0,06
Multipare	11	34	2,52 [0,95 – 6,65]	0,06
ATCD C/S*	0	9	0 [0 – 3,47]	0,4

La souffrance fœtale aiguë venait en tête des indications de césarienne suivie du placenta prævia (tableau III).

TABLEAU III : RÉPARTITION DES INDICATIONS SELON LE TYPE DE CÉSARIENNE.

Indications	Césariennes		Total
	Urgentes (N=168) n(%)	Non urgentes (N=81) n(%)	
BGR	4 (36,4)	7 (63,6)	11
Utérus cicatriciel	9 (24,3)	28 (75,7)	37
DFP	20 (90,9)	2 (9,1)	22
Dystocie	7 (100)	0 (0)	7
Éclampsie	10 (90,9)	1 (9,1)	11
Enfant précieux	0 (0)	8 (100)	8
HTA	2 (28,6)	5 (71,4)	7
Présentation anormale	18 (90)	2 (10)	20
Placenta prævia	30 (93,8)	2 (6,2)	32
Pathologie maternelle	1 (50)	1 (50)	2
Pré rupture	11 (100)	0 (0)	11
Souffrance fœtale	49 (94,2)	3 (5,8)	52
Siège	5 (26,3)	14 (73,7)	19
Autres indications	2 (20)	8 (80)	10

Les césariennes en urgence couraient un risque 2,46 fois plus élevé de complications maternelles et 6,03 fois de décès fœtaux que les non urgentes.

TABLEAU IV : PRONOSTIC MATERNEL ET FŒTAL DES CÉSARIENNES

	Césarienne		RR [IC]	p
	Urgente (N=168)	Non urgente (N=81)		
Suites opératoires compliquées	51	10	2,46 [1,32-4,59]	0,003
Décès fœtal	25	2	6,03 [1,46-24,83]	0,006
Mauvais score d'Apgar	61	16	1,84 [1,13-2,98]	0,01
Bon score d'Apgar	82	64	0,62 [0,51-0,75]	0,0000 1
Morbidité néonatale	50	15	1,86 [1,2-3,10]	0,01

DISCUSSION

Nous avons trouvé un taux de césarienne élevé et plusieurs études effectuées dans le même service ont montré l'élévation régulière de ce taux [4, 6]. Pour Iloki [4], cela est dû à l'amélioration de la surveillance prénatale, coïncide avec l'arrivée de nouveaux praticiens, l'utilisation du partogramme, et du monitoring obstétrical. Selon Moreau, cela est dû à la maîtrise de plus en plus de la technique opératoire même s'il n'y a pas de chirurgie anodine [7].

Les femmes jeunes sont souvent exposées aux césariennes d'urgence qu'aux césariennes non urgentes. En effet, c'est l'âge de prédilection de la maternité. Nous convenons avec Diallo [3], que la gravido-puerpéralité à ce niveau est souvent émaillée de complications.

Le retard entre l'indication et l'exécution de la césarienne, la plupart des césariennes urgentes ont eu un mauvais pronostic. Les recommandations classiques prônent l'extraction fœtale dans les 30 minutes après la prise de décision dans la plupart des pays développés (American college of obstetricians and gynecologists ; National consensus conférence in Canada ; United Kingdom confidential Inquiry) [8]. Dans les pays en développement, le retard entre l'indication et l'exécution de la césarienne pouvait s'expliquer par le manque de kit opératoire en urgence ou kit incomplet, les médecins de garde qui non toujours présents à leur poste (pendant la période d'étude, les médecins spécialistes ne prenant pas les gardes sur place, assurant les astreintes dans le service), l'existence d'une seule équipe d'infirmiers anesthésistes au bloc pour toutes les urgences chirurgicales [9].

Les difficultés que nous avons rencontrées dans l'organisation de la prise en charge obstétricale

surtout en cas d'urgence absolue étaient : le fonctionnement non opérationnel des soins obstétricaux d'urgence (le malade doit acheter le médicament disponible à la pharmacie de l'hôpital avant les soins), la discontinuité de la logistique permettant la prise en charge des urgences, l'insuffisance du personnel qualifié dans le service de réanimation, l'absence de pédiatre néonatalogue en salle de césarienne. Pour certains auteurs, la césarienne en urgence, en dépit des difficultés liées au contexte (proportion élevée des évacuées, gravité des tableaux obstétricaux, afflux de patientes) peut être effectuée dans les conditions de sécurité satisfaisantes dans les pays en développement, grâce à une bonne organisation des soins et à une utilisation préférentielle et adaptée de la rachianesthésie [10].

Le pronostic fœto-maternel a été sévère, ainsi que la mortalité fœtale liée à l'évacuation des parturientes. Nous sommes du même avis que N'guessan [2] qui pense que les évacuations sanitaires demeurent un problème de santé publique en Afrique. Car si dans 1,02% des cas la parturiente meurt, dans environ 50% des cas, le fœtus s'il ne meurt pas est prédisposé à des séquelles psychomotrices graves. Le plus souvent il s'agit d'un transport non médicalisé ; parfois pour une pathologie nécessitant une prise en charge en extrême urgence. Certains auteurs pensent que la position assise lors du transport non médicalisé entraîne un désamorçage de la pompe cardiaque et cause la mort maternelle. La position couchée serait une attitude moins létale [11].

La plupart des césariennes ont été réalisées sous anesthésie générale et par les infirmiers anesthésistes. Le choix du type d'anesthésie dépend du degré d'urgence de la césarienne, de l'état maternel, des habitudes et des compétences du praticien [12]. La tendance actuellement se porte vers l'anesthésie locorégionale. L'anesthésie générale est réservée à certaines situations d'extrême urgence, en cas d'échec de l'anesthésie loco générale ou de ses contre-indications qui se résument en : le refus maternel, l'infection sur le site de ponction, les pathologies neurologiques et neuromusculaires, les anomalies de la coagulation.

Les césariennes en urgence ont concerné surtout les indications fœtales ; contrastant avec les données de la littérature qui montrent qu'en Afrique les indications maternelles prédominent [10, 13].

Le caractère urgent de la césarienne, est aussi un facteur de risque fœto-maternel. En effet, l'urgence clinique et parfois l'afflux des patientes imposaient d'opérer sans attendre les résultats biologiques, même en cas d'hémorragie avec suspicion de trouble

de l'hémostase. La césarienne en urgence assombrit le pronostic fœtal. En effet, il existe une acidose supérieure chez les nouveau-nés extraits dans un intervalle décision - extraction court [8].

Certains auteurs pensent que le délai indication exécution est significativement long avec la technique classique que celle de MisgavLadach [6]. Pour résoudre la problématique du temps passé à effectuer des appels successifs de l'obstétricien, l'anesthésiste, le pédiatre, la penseuse etc. Certains établissements ont fait élaborer un système d'appel unique de l'ensemble des intervenants par un système audio ou télé transmission [14].

Le pronostic maternel et fœtal des césariennes en urgence dépend de la problématique des évacuations obstétricales et leur prise en charge, de l'opportunité et la qualité des soins et du niveau de compréhension des populations quant aux problèmes de santé [3] ; Mais aussi l'équipement des structures sanitaires en matériel adéquat, avec kit d'urgence complet, médicament et en personnel compétent.

REFERENCES

- [1] Lucas ND, Yentis SM, Kusellas M, Haldrofta, Mayae, Weem, Robinson PN. urgency of caesarean section: a new classification. Soc med 2000 ; 93: 346- 50.
- [2] Nguessan K, Gondo D, Boni S, Koné N, Bohoussou K. Pertinence des évacuations obstétricales d'urgence et pronostic materno-fœtal au CHU de Cocody à Abidjan. Guinée Médicale 2001 ; 32 :19-22.
- [3] Diallo FB, Diallo MS, Bangoura S, Diallo AB, Camara Y. Césarienne=facteur de réduction de la mortalité fœto-maternelle au Centre Hospitalier Universitaire Ignace Deen de Conakry Guinée. Med Afr Noire 1958 ; 45, 6:360-4.
- [4] Iloki LH, Koubaka R, Ekani JT, Itoua C, Kiozi D. L'opération césarienne à Brazzaville : évolution des indications et des complications (à propos de 35100 accouchements). Journal de la SAGO 2000 ; 1, 1 :13-7.
- [5] Ekoundzola JR, Buambo S, Nkihoubonga G, Mayanda FH. Enfants nés par césarienne au Centre hospitalier et universitaire de Brazzaville. Arch pédiatr 2001 ; 8 : 1261-2.
- [6] Itoua C, Ekouélé Mbaki HB, Mbemba Mountounou GM, Iloki LH. Césarienne de MisgavLadach : comparaison avec la technique de Pfannenstiel au Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville. Med d'Afrique Noire 2013 ; 60 , 3 : 103-109.
- [7] Pratique de la césarienne : la délivrance du scalp. Le soleil (Dakar) 4 janvier 2003. <http://fr.allafrica.com/stories/200301040296.html>
- [8] Mc Kenzi IZ, Cooke I. Quel intervalle de temps raisonnable depuis la prise de décision jusqu'à l'extraction par césarienne. Conclusion à partir de 415 accouchements. Br J obstet Gynécol 2002 ; 109 : 498-504.
- [9] Ouedraogo Zougranat T, Dao B, Dujardin B, Ouedraogo A, Thieb a B, Lankouandé J, Kone B. La césarienne de qualité au Centre Hospitalier Yalgo Ouedraogo de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique. Med Afr Noire 2001 ; 48 , 11 :443-51.
- [10] Imberg P, Berger F, Diallo NS, Celier C, Goumbala M, Ka AS, Petrognani R. Pronostic maternel et pédiatrique des césariennes en urgence : Etude prospective à l'hôpital principal de Dakar, Sénégal. Méd trop 2003 ; 63 : 351-357.
- [11] Quenum G, Memadji M, Konan Blé R, Negue L, Welffens Eckra C. Césarienne de qualité : Analyse des facteurs et des déterminants au CHU de Yopougon. Rev Int Sce Méd 2001 ; 2 : 109-15.
- [12] Abbassi H, Aboulfalah A, Morsad F, Matar N, Himmi A, Mansouri El A. Complications maternelles des césariennes : analyse rétrospective de 3231 interventions à la Maternité Universitaire de Cassablanca, Maroc. Cahier Santé 2000 ; 10 , 6 :419-23.

CONCLUSION

Le pronostic maternel et fœtal des césariennes en urgence est plus sombre que celui des césariennes non urgentes au CHU de Brazzaville. En effet, Il y avait certes l'urgence qui était un facteur de mauvais pronostic, mais la pratique médicale en cas d'urgence n'était pas encore satisfaisante. L'amélioration de nos résultats, passera par la prise en charge adéquate des urgences ; grâce au renforcement du plateau technique, l'existence des kits complets d'urgence et la conscientisation du personnel à la notion d'urgence obstétricale.