

CESARIENNE = FACTEUR DE REDUCTION DE MORBIDITE ET DE MORTALITE FOETAO-MATERNELLE

AU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE IGNACE DEEN DE CONAKRY (GUINEE)

F.B. DIALLO, M.S. DIALLO, S. BANGOURA, A.B. DIALLO, Y. CAMARA

RESUME

La césarienne occupe une place importante dans la pratique obstétricale dans notre service. 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.

Dans ce travail, les auteurs rapportent une fréquence de 17,5 %. Les adolescentes sont les plus touchées avec des incidences de 54,54 % avant l'âge de 15 ans, 24,19 % entre 15 et 19 ans. Les évacuations obstétricales exposent à la césarienne dans 41,20 %.

Les parités extrêmes sont très concernées : 22,46 % chez les primipares, 21 % chez les grandes multipares.

L'opération césarienne est un mode d'accouchement auquel l'obstétricien fait recours chaque fois que l'accouchement par voie naturelle s'avère greffé d'un risque fœtal et/ou maternel pour amoindrir le risque. Cependant, il arrive que les conditions de réalisation de cette césarienne en fasse une circonstance de morbidité et de mortalité. Dans ce travail, sur 434 césariennes réalisées, les auteurs rapportent 40,55 % de complications, 3,45 % de décès.

Ils font des suggestions pour que la césarienne puisse être réellement un facteur de réduction de morbidité et de mortalité fœto-maternelle.

Mots-clés : Césarienne, réduction morbidité, mortalité fœto-maternelle, Conakry.

1 - INTRODUCTION

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 (1),
- . plus de 24 % aux Etats-Unis d'Amérique (1).

Clinique gynécologique et Obstétricale du Centre Hospitalier Universitaire Ignace Deen de Conakry - BP 1478 - Conakry (Guinée).

Médecine d'Afrique Noire : 1998, 45 (6)

Plusieurs études ont été réalisées en 1984 (3,61 %), en 1986 (4 %), en 1987 (7,23 %) en 1992 (16,87 %) (2).

La différence des chiffres fournis par la littérature dépend des attitudes et des options de chaque obstétricien. Souvent les indications sont injustifiées. Bien que la césarienne soit une intervention de pratique courante, il n'est pas rare de constater des complications qui assombrissent le pronostic fœtal et maternel (3, 4).

Dans la stratégie pour la maternité sans risque, la césarienne est un des moyens préconisés (4). C'est pour autant de raisons que nous avons choisi de faire ce travail qui a pour objectif de :

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

2 - MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

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 réalisées dans la période du 1er septembre 1994 au 31 août 1995.

Une fiche d'enquête portant les paramètres socio-épidémiologiques a été le support matériel essentiel de ce travail, 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 :

- Toutes les femmes opérées pour rupture utérine,
- 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-césarienne.

c) Les variables d'étude

Plusieurs paramètres ont été étudiés aussi bien épidémiologiques que cliniques : l'âge, le statut matrimonial, la profession, le niveau d'instruction, la provenance, la parité, le suivi prénatal, les indications de césarienne, la durée d'hospitalisation, les complications opératoires, la mortalité maternelle, les causes de décès, la morbidité et la mortalité fœtale.

3 - RESULTATS ET DISCUSSION**3.A. Epidémiologie****Fréquence**

Pour la période d'étude, sur 2480 accouchements, nous avons colligé 434 cas de césariennes soit une fréquence de 17,5 %.

Tableau n°1 : Répartition des césariennes selon l'âge des patientes

Age	Nb d'accouchements	Césariennes	Incidence (%)
Avant 15 ans	11	6	54,54
15-19 ans	496	120	24,19
20-24 ans	598	110	18,39
25-29 ans	648	98	15,12
30-34ans	512	75	14,64
35 ans et +	215	25	11,62
Total	2480	434	17,50

Les tranches d'âge avant 15 ans et de 15 à 19 ans sont les

plus touchées. 54,54 % et 24,19 % soit 78 % chez les adolescentes de moins de 20 ans.

Tableau n°2 : Répartition selon les couches socio-professionnelles des patientes

Couches socio-professionnelle	Nb d'accouchements	Césariennes	Incidence (%)
Ménagères	1701	324	19,04
Salariées	522	69	13,21
Elèves-Etudiantes	257	41	15,95
Total	2480	434	17,50

Les ménagères 19,04 % sont les principales victimes, elles représentent 85 % de la population féminine et sont généralement analphabètes, mariées très jeunes.

Tableau n°3 : Répartition des césariennes selon la parité des patientes

Parité	Nb d'accouchements	Césariennes	Incidence (%)
Primipares	819	184	22,46
Paucipares	921	140	15,20
Multipares	583	77	13,20
Grandes multipares	157	33	21,01
Total	2480	434	17,50

Les parités extrêmes sont les plus concernées avec les incidences de 22,46 % chez les primipares et 21,01 % chez les grandes multipares.

Tableau n°4 : Répartition des césariennes selon la provenance des patientes

Provenance	Nb d'accouchements	Césariennes (%)	Incidence
Evacuées	466	192	41,20
Non évacuées	2014	242	12,01
Total	2480	434	17,50

Les évacuées avec une incidence de 41,20 % représentent un taux statistiquement significatif. Elles sont exposées à la césarienne.

3.B Clinique

Répartition des Césariennes selon les indications opératoires

Tableau n°5 : Répartition des indications liées à la mère

Indications maternelles	Nb de cas	Fréquence (%)
Dystocies osseuses	58	28,15
Dystocies dynamiques	32	15,53
Dystocies cervicales	25	12,13
Utérus cicatriciels	39	18,93
Prérupture	30	14,56
Pathologies gravidiques (éclampsie)	3	1,45
Maladies + grossesse (cardiop. + HTA)	2	0,95
Fistules vésico-vaginales réparées	5	2,42
Infertilité prolongée	12	5,82
Total	206	100

Cardiop. = Cardiopathie
HTA = Hypertension Artérielle

Pour 434 cas de césariennes réalisé sur 2480 accouchements, 228 indications sont liées au fœtus et à ses annexes soit 52,53 % et 206 indications liées à la mère 47,46 % - 93 cas étaient des indications injustifiées dues à une erreur de diagnostic.

Tableau n°6 : Répartition des indication de césarienne liées au fœtus et à ses annexes

Indications fœtales et annexielles		Nb de cas	Fréquence (%)
Mécanique	Gros fœtus	66	28,94
	Présentations vicieuses	22	9,64
Annexielle	Placenta prævia	21	9,21
	Hématome rétroplacentaire	15	6,57
	Dystocie funiculaire	20	8,77
	Souffrance fœtale	78	34,21
	Dépassement du terme	6	2,63
Total		228	100

Tableau n°7 : Répartition des complications observées

Complications opératoires	Types de complications	Nb de cas	Fréquence (%)
Complications per-opératoires	Hémorragie	22	12,50
	Inertie utérine	9	5,11
	Elarg. accid. tranche hystérotomie	4	2,27
Complications post-opératoires	Hémorragie	2	1,13
	Infection	126	71,59
	Anémie	9	5,11
	Occlusion intestinale aiguë	2	1,13
	Thrombophébite	2	1,13
Total		176	100

Elarg. accid. : Elargissement accidentel

L'infection a constitué la complication la plus fréquente 71,59 %, vu le contexte de travail, elle pose un problème de prise en charge, elle a également été la cause principale de décès chez les femmes césarisées.

3.C Pronostic

Du côté maternel, le pronostic est mauvais : la morbidité est importante : 71,89 % d'infection.

Les décès ont été plus fréquents chez les femmes césarisées sur 2480 accouchements on dénombre 434 césariennes parmi lesquelles 15 décès maternels soit 3,45 % contre 0,29 % dans le groupe de celles qui ont accouché par voie basse, sur 2046 accouchements on note 6 décès soit 0,29 %. L'infection constitue la cause ayant entraîné le plus de décès maternels.

Le score d'Apgar a été le seul moyen d'évaluation de l'état des nouveau-nés - 11,85 % avaient un Apgar inférieur à 7.

L'équipement du service est modeste du côté fœtal de sorte qu'on a enregistré 10 nouveau-né avec un Apgar égal à zéro, c'était des mort-nés. 9 nouveau-nés en état de mort apparente avec un Apgar à 1 réanimés en vain. 15 nouveau-nés morts précocement avant la deuxième heure.

COMMENTAIRES

Au cours de la période d'étude pour 2480 accouchements, 434 césariennes ont été réalisées soit une fréquence 17,5 % : un taux supérieur à ceux réalisés dans des études antérieures dans le même service : 3,61 % en 1984, 4 % en 1986, 7,23 % en 1987, 16,87 en 1992 (1 - 5).

Cette constante progression peut s'expliquer par la création de plusieurs centres de santé urbains à Conakry 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.

L'élargissement des indications de césarienne pourrait aussi justifier cette progression (1, 6, 7).

S'agissant :

De l'âge des patientes

Les adolescentes sont les plus touchées 78 %. Dans cette étude, les résultats des travaux antérieurs réalisés dans le même service ont dégagé la même tendance. La gravidopuerpéralité chez les adolescentes est souvent émaillé de complications. Plusieurs travaux l'attestent (1, 5, 8, 9).

De la couche socio-professionnelle et du suivi prénatal

Les ménagères avec une incidence de 19,04 % payent un lourd tribut à la césarienne. Il s'agit de cette couche de femmes mariées très jeunes, chargées de l'éducation des enfants, des travaux ménagers, en général sans source de revenus, ce qui explique souvent que ces femmes soient obligées d'attendre le mari ou un autre membre de la famille pour leur prise en charge et comme conséquence un retard à la sollicitation des services de santé.

Elles sont généralement analphabètes donc moins informées avec une conception nataliste, des grossesses par surcroît mal suivies (34 %) dans ce travail. Le bon suivi prénatal est le premier maillon dans la prévention de la morbidité et de la mortalité fœto-maternelle grâce au dépistage et à la prise en charge précoce des pathologies obstétricales (9, 10, 11).

Des évacuations obstétricales

Les évacuées avec une incidence de 41,20 % représentent

un taux statistiquement significatif. Elles sont plus exposées à la césarienne avec tous les risques y afférent. 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 explique aussi ce taux élevé de césarienne chez les évacuées.

De la parité

Les parités extrêmes sont les plus concernées avec des incidents de 22,46 % chez les primipares, 21 % chez les grandes multipares. La parité influence le taux de césarienne chez les primipares, elle est liée aux anomalies du bassin (dystocies osseuses) en rapport avec la nuptialité et la maternité précoce. Dans notre cadre, les femmes sont mariées très jeunes 34 % avant 15 ans (9, 10, 11).

Les primipares constituent aussi un terrain électif de survenue des toxémies gravidiques avec parfois des complications justifiant la césarienne (5, 11).

Des indications opératoires

Celles liées au fœtus et à ses annexes ont été les plus fréquentes 52,53 % contre 47,46 % d'indications liées à la mère.

Ces données se rapprochent de celles de la littérature (17). Du côté maternel, la dystocie osseuse a été la plus fréquente, la notion de disproportion fœto-pelvienne a été la principale indication de césarienne surtout observée chez les évacuées.

La pré-rupture utérine avec 14,56 % est une fréquence non négligeable, elle ne doit plus être une indication de césarienne, elle est la conséquence d'indications méconnues.

Parmi les indications liées au fœtus, le gros fœtus a constitué le motif de césarienne le plus fréquent 28,94 %.

De la morbidité et de la mortalité du côté maternel

176 cas de complications ont été recensés soit 40,55 %. L'infection et l'hémorragie ont été plus fréquentes. L'infection, vu le contexte de travail, pose énormément de difficultés de prise en charge.

Nos résultats corroborent ceux de la littérature (10, 11, 12, 13, 14).

L'importance de la fréquence de l'infection relève de l'évacuation tardive, des conditions d'évacuation, des difficultés de la prise en charge (réanimation, pré, per et post-opératoire).

Il faut noter aussi la réalisation de l'intervention sur un terrain favorable (rupture prématurée des membranes, infection génito-urinaire). Cette situation se rencontre chez les patientes qui arrivent en urgence mal ou non suivies. Parfois les conditions septiques de travail sont à prendre en compte.

La mortalité a été importante. 15 cas de décès soit 3,45 % contre 6 au cours de l'accouchement par voie basse soit - 0,29 %. Nos données sont conformes à celles de certaines études africaines (15) et nettement supérieures à celles des pays développés - 0,02 % césariennes en Allemagne (1).

Du côté fœtal

37 nouveau-nés ont présenté des complications néonatales, les plus fréquentes ont été la détresse respiratoire néonatale 51 % et l'infection néonatale 24,32 %. Comme dans le cas de la morbidité maternelle, l'infection pose un problème de prise en charge difficilement réalisable dans nos conditions matérielles de travail.

34 cas de mortalité péri-natale ont été relevés.

CONCLUSION

Dans nos conditions de travail, les risques encourus par la mère et le fœtus au cours de la césarienne sont significativement plus importants qu'au cours de l'accouchement par voie basse.

Le taux important de décès au cours de la césarienne 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 surtout chez les évacuées,
- . le manque ou l'insuffisance de matériel de réanimation,
- . la qualité et la continuité des soins pré, per et post-opératoires.

Le pronostic materno-fœtal dépend donc :

- . de la problématique des évacuations obstétricales et leur prise en charge,

- . de l'opportunité et la qualité des soins,
- . du niveau de compréhension des populations quant aux problèmes de santé.

Ce point relève de l'éducation pour la santé. La césarienne dans l'état actuel des choses et dans ce travail n'est pas un facteur de réduction de morbidité et de mortalité fœto-maternelle car même si les risques chirurgicaux sont insignifiants, les différents résultats reflètent l'inefficience du système référence/recours pour une obstétrique de qualité.

Si on améliore les conditions d'évacuation, les conditions de travail au niveau du centre de référence, la formation des agents, la césarienne doit pouvoir être un facteur de réduction de morbidité et de mortalité fœto-maternelle.

Pour cela, il nous a semblé opportun de faire quelques suggestions.

SUGGESTIONS

- . 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 guinéenne du cercle vicieux : pauvreté, analphabétisme et procréation sans surveillance ni planification.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - H. ALBRECHT, CHEFARZT DER FRAUENKLINIK, KRANKENHAUS GERRESCHEN
Actualités obstétricales.
Journal Sandoz des Sciences Médicales 1991, 31 (2) : 141-148.
- 2 - CAMARA A. YASSIMA, Cisse M., DIALLO F. BINTA, DIALLO M. SALIOU
Etude analytique de l'opération césarienne au CHU Ignace Deen Conakry.
Communication au Congrès de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique, Conakry, Décembre 1992.
- 3 - R. MERGER
Précis d'obstétrique.
Paris, Masson 1993, 4, pp 402-618.
- 4 - VOKAER R. et coll.
Traité d'obstétrique Tome II.
Masson Paris 1985, 340-366.
- 5 - THONNEAU P., TOURE B., CANTRELLE, PAPIERNIK E.
Mortalité maternelle en Guinée. Bilan des recherches menées en milieu urbain.
Séminaire Atelier Conakry 1-2 mars 1991.
JGOBR 1994, 23, 721-6.
- 6 - KANDE Y.
Contribution à l'étude de fréquence des indications de césariennes à la maternité du CHU Ignace Deen Conakry.
Thèse de Doctorat en Médecine, Conakry, pp. 5 - 6 - 7 - 17 - 18.
- 7 - TOURE BOUBA
Les problèmes posés par les évacuations obstétricales : cas de la Maternité de Donka du CHU de Conakry.
Ann. SOGGO, 1988, 1-1-7-5.
- 8 - PONTONNIER A., BERLAND R., DAUDET M., DESCHANEL J.P., MAGNIN P., NICOLET B., SALLE B., THOULON J.M.
L'extension des indications de la césarienne au cours des dix dernières années est-elle justifiée ?
Table ronde Journal Lyonnaise de Gynécol. Obst. (septembre 1978).
Rev. Fr. Gynécol. Obst. 1982, 122-130.
- 9 - KEITA N., HIZAZI Y., DIALLO M.S.
Etude de la mortalité maternelle au CHU Donka (Conakry, Guinée).
J. Gynécol. Obst. Biol. Reprod. (Paris) 1989, 18, 7 : 849-855.
- 10 - DIALLO F. BINTA
Contribution à l'étude de la mortalité maternelle en zone urbaine. Approche de solutions dans l'optique "santé pour tous d'ici l'an 2000".
Thèse de Doctorat en Médecine. Université de Conakry 1982, p. 13-14.
- 11 - BARRY M. MOUSSA
Placenta prævia au CHU de Dakar (HA Le Dantec).
Thèse de Doctorat en Médecine, 1993, pp 3, 9, 21.
- 12 - DIALLO M. SALIOU, DIALLO L. et coll.
L'opération césarienne à la Maternité Ignace Deen du CHU de Conakry. A propos de 423 observations en 3 ans 1984-1986.
J.G.O.B.R. 1988, 17, 2 : pp. 262-264.
- 13 - PAPERNIK E.
Principales cause des morts maternelles.
Séminaire du CIE sur la réduction de la mortalité maternelle dans les pays en développement. Château de Longchamp Paris, Octobre 1988.
- 14 - TRAVERSA J.C.
Etude des indications et complications immédiates de l'opération césarienne.
Thèse Med. Grenoble 1980, pp 22-23.
- 15 - FATOU SOW
Mortalité et morbidité maternelle en Afrique Subsaharienne. Facteurs structurels et conjoncturels.
Communication 14ème Journées Médicales et Pharmaceutiques de Dakar du 17-21 janvier 1994.