ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ▪ Volume 13 ▪ N° 30 (2018)

(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication
Namory Keita
Rédacteur en chef
Telly Sy
Comité de parrainage
Ministre de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Ministre de la Santé
Recteur Université Gamal Abdel Nasser de Conakry
Doyen FMPOS
Secrétaire général CAMES
M Kabba Bah,MP Diallo,RX Perrin,E Alihonou,F Diadhiou, M Kone, JC Moreau, H Iloki, A Dolo, (CAMES)/A Gouazé (CIDMEF), G Osagie (Nigeria), H Maisonneuve (France)
Comité de rédaction
N Keita, MD Baldé, Y Hyjazi, FB Diallo, F Traoré (Pharmacologie), T Sy, IS Baldé
AB Diallo, Y Diallo, A Diallo, M Cissé (Dermatologie), M Doukouré (Pédopsychiatrie), ML Kaba (Néphrologie), OR Bah (Urologie), NM Baldé (Endocrinologie), A Touré (Chirurgie Générale), LM Camara (Pneumo-phtisiologie), B Traoré (Oncologie), DAW Leno, MK Camara
Comité de lecture
E Alihonou (Cotonou), K Akpadza (Lomé), M A Baldé (Pharmacologie), G Body (Tours), M B Diallo (Urologie), M D Baldé (Conakry), N D Camara (Chirurgie), CT Cissé (Dakar), A B Diallo (Conakry), F B Diallo (Conakry), OR Diallo(Conakry), A Fournié (Angers), Y Hyjazi (Conakry), N Keita (Conakry), YR Abauleth (Abidjan), P Moreira(Dakar), GY Privat (Abidjan), R Lekey (Yaoundé), JF Meye (Libreville), CT Cissé (Dakar), A Diouf (Dakar), RX Perrin (Cotonou), F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs
La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.
Conditions générales de publication : la revue adhère aux recommandations de l'ICMJE dont la version officielle actuelle figure sur le site www.icmje.org
Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, clé USB ou par Email à la rédactionaux adresses suivantes :
1. Professeur Namory Keita Maternité Donka CHU de Conakry BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)
Tel. : (224) 664 45 79 50;
Email : namoryk2010@yahoo.fr
2. Professeur Agrégé Telly Sy; Maternité Ignace Deen CHU de Conakry BP : 1263
Conakry (Rép. de Guinée)
Tel.:(224)622217086;(224)664233730
Email : sytelly@yahoo.fr
Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 50000 F CFA.
Présentation des textes
La disposition du manuscrit d'un article original est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point. Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.
Page de titre : elle comporte :
- Un titre concis, précis et traduit en anglais
- Les noms et initiales des prénoms des auteurs
- L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
- L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées

Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Médicus, par exemple :
- Pour une revue : 1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à

la Clinique Gynécologique et
Obstétricales du CHU Ignace DEEN. Journal de la SAGO 2002; 3(2):7-11
- Pour une contribution à un livre : 2. Berland M. Un état de choc en début de travail:
conduite à tenir. In : Lansac J, Body G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 218-225
- Pour un livre : 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement.
Paris. SIMEP. 2ème éd. 1992 : 349.
- Pour une thèse : 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p X

Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.
Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX
(ORIGINAL PAPERS)

Prise en charge des gestantes VIH au centre hospitalier et universitaire de la mère et de l'enfant de la lagune (Benin)
Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Tognifode Mewanou V, Adisso S, Tossou EA, Lokossou A, Perrin RX. .....1 - 5

Connaissances, attitudes et pratiques de la sexualité dans deux lycées publiques de Porto-Novo au Benin
Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Adisso S, Gnonlonfin N, Perrin RX..6 - 11

Problematique dans le dépistage des cancers du col de l'utérus à Thiès (Sénégal)
TL Bentefouet, Robert Diatta, M Sow, A Keita, Assane Sow, I Thiam, CMM Dial, M Thiam Coulibaly.....12 - 18

Césarienne en urgence au CHU de Libreville : indications et délai selon la classification de Lucas.
Minkobame U, Assoumou P, Bang JA, Sima Ole B, Makoyo O, Mayi-tsonga S, Meye JF .....19 - 25

Facteurs épidémiologiques de la mortinatalité au service de gynécologie Obstétrique de l'hôpital national Donka du CHUde Conakry(Guinée)
Camara MK, Toure S, Leno DWA, Hyjazi Y, Keita N.....26 - 30

Anemie et transfusion chez la parturiente au service de **maternite du centre medical communal de Matam (Conakry)**
Kante AS, Diakite M, Haba NY, Camara KM, Sy T .....31 - 34

La contraception d'urgence : clientes et pratique de la methode a l'unite de planification familiale du service de gynecologie obstetrique de l'hopital national ignace deen
Conté I, Diallo BS, Diallo A, Bah EM, Bah IK, Sylla I, Lenaud NM, Diallo AB. .....35 - 42

Les fistules vésico vaginales obstétricales en Guinée : analyse des données de deux sites de prise en charge
Bah I, Kante D, Bah MD, Barry M II, Conde Hf, Diallo TMO, Guirassy S, Bah OR, Diallo AB, Diallo MB .....43 - 47

CAS CLINIQUE
(CASE REPORT)

La grossesse cervicale : notre attitude pratique et revue de la littérature
Dembélé A, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Savadogo M, Ouattara S, Somé Der A, Bambara M, Thieba/Bonané B.....48 - 51

Table des matières

ARTICLES ORIGINAUX
(ORIGINAL PAPERS)

Treatment of gestant hiv at the hospital and university center of the mother and child of lagoon (Benin)
Lokossou MSHS, Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Tognifode Mewanou V, Adisso S, Tossou EA, Lokossou A, Perrin RX. .....1 - 5

Knowledge, attitudes and practices regarding sexuality in two public schools at Porto-Novo in Benin
Tshabu Aguemon C, Ogoudjobi OM, Lokossou MSHS, Adisso S, Gnonlonfin N, Perrin RX.....6 - 11

Problematic in the cervical cancer screening in Thies (Senegal)
TL Bentefouet, Robert Diatta, M Sow, A Keita, Assane Sow, I Thiam, CMM Dial, M Thiam Coulibaly.....12 - 18

Emergency caesarean section at libreville's teaching hospital: indications and Time limit according to Lucas ' classification
Minkobame U, Assoumou P, Bang JA, Sima Ole B, Makoyo O, Mayi-tsonga S, Meye JF .....19 - 25

Epidemiologic factor of natal mortality in the gynecology of obstetrical service in national hospital donka of university teaching hospital of Conakry (Guinea).
Camara MK, Toure S, Leno DWA, Hyjazi Y, Keita N.....26 - 30

Aneia and transfusion at the parturian for maternity of the communal medical center of Matam (Conakry)
Kante AS, Diakite M, Haba NY, Camara KM, Sy T .....31 - 34

Emergency contraception: clients and practice of the method at the family planning unit Of the obstetrics and gynecology department of the ignace deen national hospital
Conté I, Diallo BS, Diallo A, Bah EM, Bah IK, Sylla I, Lenaud NM, Diallo AB. .....35 - 42

Obstetric vesico-vaginal fistula in Guinea: analysis of data from two site of care
Bah I, Kante D, Bah MD, Barry M II, Conde Hf, Diallo TMO, Guirassy S, Bah OR, Diallo AB, Diallo MB .....43 - 47

CAS CLINIQUE
(CASE REPORT)

Cervical pregnancy: our practical attitude and review of the literature
Dembélé A, Ouédraogo I, Kiemtoré S, Savadogo M, Ouattara S, Somé Der A, Bambara M, Thieba/Bonané B.....48 - 51

CESARIENNE EN URGENCE AU CHU DE LIBREVILLE : INDICATIONS ET DELAI SELON LA CLASSIFICATION DE LUCAS.

EMERGENCY CAESAREAN SECTION AT LIBREVILLE'S TEACHING HOSPITAL: INDICATIONS AND TIME LIMIT ACCORDING TO LUCAS ' CLASSIFICATION

MINKOBAME U.*, ASSOUMOU P.*, BANG J.A.*, SIMA OLE B.*, MAKOYO O.*, MAYI-TSONGA S.*, MEYE J.F.*
* : Gynécologue-obstétriciens ; Département de Gynécologie Obstétrique de la Faculté de Médecine de Libreville ; Université des Sciences de la Santé (USS) ; Libreville GABON.

Correspondances : Dr Ulysse Pascal MINKOBAME ; BP :7789, Libreville-GABON. Email : minulpas0703@gmail.com

RESUME
Objectifs : Analyser le délai de réalisation des césariennes d'urgence au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville (CHUL) et les facteurs qui peuvent influencer ce délai.
Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et analytique menée au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville, couvrant la période du 01 Juillet au 31 Novembre 2015. Nous avons inclus toutes les parturientes qui devaient bénéficier d'une césarienne d'urgence. Les paramètres étudiés étaient : les caractéristiques épidémiologiques, les antécédents obstétricaux, les indications de césariennes en utilisant la classification de Lucas, le délai décision incision (DDI) et les complications maternelles et fœtales. Nous avons ensuite analysé l'influence des équipements, du degré de séniorisation et de la technique d'anesthésie sur le délai des césariennes du Code Rouge. Le recueil et l'analyse des données étaient réalisés à l'aide du Logiciel Sphinx. Les tests de significations ont été faits par le test du Khi2 de Pearson. Le seuil de signification retenu était 0.05.
Résultats : Au total sur 512 césariennes durant la période d'étude, 225 étaient des césariennes d'urgence soit 43.97%. La majorité des femmes avaient un âge moyen de 26.22ans, était primipares (32.44%), étudiantes (40%), vivant en concubinage (47.11%), et de niveau d'instruction du secondaire (66.22%). Selon la classification de Lucas, 72 césariennes étaient du Code Rouge soit 32%, 114 césariennes étaient du Code Orange soit 50.64% et 39 césariennes étaient du Code Vert soit 17.33%. Le délai moyen décision-incision du Code Rouge était de 71.47mn. De tous les facteurs rentrant en jeu dans la réalisation d'une césarienne, seule la technique d'anesthésie a contribué à allonger le (DDI). Au total, 28 décès néonataux ont été enregistrés dont 21 soit 75% appartenaient aux césariennes du code rouge et nous avons déploré 2 décès maternels.
Conclusion : La classification de Lucas utilisant les codes couleurs permet d'améliorer le délai décision-incision. La réalisation d'une anesthésie péridurale lors des accouchements est à encourager pour permettre une rapidité d'action visant à raccourcir le délai décision-incision.
Mots Clés : Césarienne en urgence ; Code Rouge ; Délai césarienne ; Audit soins obstétricaux ; Gabon.

SUMMARY
Objectives: To analyse the factors that lengthen the deadline for the completion of emergency Caesarean sections at Libreville's Teaching Hospital(CHUL).
Patients and methods: This is a prospective and analytical study carried out at the University Hospital Centre in Libreville, during for 5 months. We included all the parturients who had to benefit from an emergency caesarean section. The indications of the emergency Caesarean sections were divided according to Lucas ' classification and the analysis was done on the basis of factors that could influence the decision-incision delay. The data collection and analysis were carried out using the Sphinx software. The significance tests were made by the Pearson Khi2 test. The threshold of significance retained was 0.05.
Results: The emergency caesarean section rate was 43.97%. The average age of the patients was 26.22 years ± 6.01. they were Primiparous (32.44%), female (40%), living in concubinage (47.11%), and high school education (66.22%). According to Lucas ' classification, 32% Caesarean sections were of the code Rouge, 50.64% of the code Orange and 17.33%. of the Green code. The average decision-incision time of the code Rouge was 71.47 MN. Only the anesthesia technique helped to lengthen this period. 28 neonatal deaths were recorded, of which 75% belonged to Caesarean sections of the Red code, and we lamented 2 maternal deaths.
Conclusion: Lucas ' classification improves decision-incision time. The promotion of epidural anesthesia is to be encouraged to shorten this period.
Keywords: Emergency caesarean section; Code Red; Audit of obstetric care; Gabon

INTRODUCTION

La césarienne, acte chirurgical majeur en obstétrique, contribue fortement à la réduction de la morbi-mortalité materno-fœtale lorsqu'elle est pratiquée dans des délais adaptés (1). De ce fait, en 2000, Lucas (2) a préconisé une classification qui utilise un code couleur en fonction du délai de réalisation. Ainsi, le Code Rouge a été attribué aux césariennes dont le délai de réalisation doit être de moins de 15 minutes, le Code Orange attribué aux césariennes à réaliser en moins de 30 minutes et le Code Vert aux césariennes à réaliser en moins de 45 minutes (2) .

Il est bien connu que la pratique de la césarienne en urgence requiert l'implication de tous les acteurs qui œuvrent dans le secteur de la périnatalogie à savoir les obstétriciens, les anesthésistes, les pédiatres et les personnels du bloc chirurgical. Dans les pays à faibles ressources, comme le Gabon, il faudrait également tenir compte des dysfonctionnements liés aux équipements, aux ruptures de stock de consommables et donc impliquer les autorités administratives et les responsables de la décision sanitaire. Ces dysfonctionnements induisent souvent des retards à la pratique de la césarienne en urgence, voire, sa non réalisation. Or, l'OMS (3) considère que le taux idéal de la césarienne devrait se situer entre 10 et 15%. Au CHU de Libreville, ce taux était de 7,5% en 2007 [3]. Toutefois, ce taux varie selon les pays car il est de 21% en France, 29% aux USA (1) et 25% au Sénégal (4).

Aussi, nous avons conduit cette étude sur la césarienne d'urgence avec comme objectifs de préciser sa principale indication, de connaitre le délai moyen de décision-incision et d'énumérer les facteurs influençant ce délai.

PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude prospective et analytique menée au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville, couvrant la période du 01 Juillet au 31 Novembre 2015. Nous avons inclus toutes les parturientes ayant bénéficié d'une césarienne d'urgence, au décours d'un travail d'accouchement spontané sur grossesse d'âge viable soit supérieur ou égal à 28 semaines d'aménorrhées (SA).

Les gestantes qui sont admises pour un travail spontané d'accouchement à la maternité du CHU de Libreville sont prises en charge comme il suit. Dès l'arrivée de la patiente en salle de travail, une prise en charge est réalisée par l'équipe de sages-femmes, sous la supervision du Médecin résident et du Gynécologue Obstétricien de garde. La surveillance du travail d'accouchement est à la fois clinique et para clinique. En cas d'anomalie du travail, une décision collective est prise et une césarienne d'urgence est décidée. L'heure de cette indication est inscrite sur le partogramme de la parturiente. Le Médecin résident de garde alerte alors toute l'équipe du bloc opératoire à savoir le Gynécologue Diplômé de garde, le Médecin Anesthésiste Réanimateur (MAR) de garde, le Technicien Supérieur d'Anesthésie Réanimation (TSAR), les infirmiers-panseurs du bloc opératoire. La parturiente est conditionnée puis acheminée dans le bloc opératoire disponible. Les médicaments et consommables (kits césarienne) sont livrés par la pharmacie de l'hôpital mais leur disponibilité n'est pas toujours garantie et les parturientes/famille doivent alors les fournir. Le type d'anesthésie est décidé par l'anesthésiste de garde et selon l'indication de la césarienne d'urgence. L'anesthésiste consigne sur un dossier opératoire l'heure de l'incision, de l'extraction fœtale et de la fin de l'intervention. Une fois la césarienne terminée, la patiente est gardée en observation en salle de surveillance post opératoire avant d'être conduite en chambre. Une évaluation clinique et paraclinique sont réalisées le lendemain.

Les supports de recueil de nos données ont été les dossiers de surveillance du travail d'accouchement et le dossier anesthésique.

Nous avons élaboré une fiche individuelle de recueil de données. Une équipe d'enquêteurs a été mise en place et constituée de tous les six Médecins résidents et les dix internes du service. Chaque fois qu'une césarienne d'urgence était décidée, l'un des enquêteurs relevait les paramètres inscrits sur la fiche d'enquête. Nous avons défini le délai d'incision (DDI) comme étant le temps mis entre la décision de césarienne et l'incision cutanée.

Les paramètres étudiés étaient : les caractéristiques sociodémographiques, l'indication de la césarienne en utilisant la classification de Lucas, le délai décision incision (DDI), le(s) facteur(s) de dysfonctionnement (disponibilité du bloc opératoire, des médicaments et du kit de césarienne), le degré de séniorisation des praticiens, le type d'anesthésie et le pronostic materno-fœtal.

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées à l'aide du Logiciel Sphinx. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes ±

écarts-types alors que les variables qualitatives ont été rendues en pourcentages. Le test du Khi de Pearson et le test t de Student nous ont permis de comparé ces variables entres elles (p=0,05). Nous avons déterminé comme variable dépendante, le DDI des césariennes du Code rouge. Cette variable a été appariée aux variables indépendantes suivantes : degré de séniorisation du praticien chirurgien (Résidents/Gynécologue diplômé), degré de séniorisation du praticien anesthésiste (TSAR/MAR diplômé), disponibilité des équipements/bloc (Oui/Non), disponibilité des médicaments (Oui/Non) et le type d'anesthésie (Rachianesthésie/Anesthésie générale). Cette comparaison visait à relever l'existence d'éventuelles relations d'association significative (p=0,05).

RESULTATS

1. **Prévalence de la césarienne d'urgence**

Durant la période d'étude, nous avons enregistré 3920 accouchements. Les patientes ayant subi une césarienne étaient au nombre de 512 soit une prévalence de 13,06%. Parmi les patientes césarisées, 225 ont bénéficié d'une césarienne d'urgence soit un taux de 43,94%.

2. **Caractéristiques sociodémographiques**

L'âge moyen était de 26.25±6.25 années avec des extrêmes de 15 et 44 ans. La parité moyenne était de 1.72±2.15 pares avec des extrêmes de 0 et 10 pares. Il y a eu 39.6% de nullipares, 14.6% de multipares et 11.5% de grande multipares. La majorité des parturientes était célibataires 45.8%. Les parturientes ayant un niveau d'étude du secondaire étaient les plus nombreuses (62%). La majorité des patientes (90%) avait réalisé au moins 4 consultation pré natals (CPN). 21% des patientes présentaient au moins un antécédent de césarienne antérieure. L'âge gestationnel moyen était de 38±2.3SA avec des extrêmes de 28 et 42SA.

3. **Indications selon la classification de Lucas**

Les césariennes du Code Orange étaient les plus nombreuses (55.55%) et parmi elles, la disproportion foeto-pelvienne (DFP) a constitué l'indication la plus fréquente (26.22%). Cette indication a été également la plus fréquente parmi toutes les césariennes d'urgence (59/225=26.22%) comme le montre le tableau 1.

Tableau 1 : Indications de la césarienne d'urgence selon la classification de Lucas.

	Indications	N	%
CODE ROUGE (N= 72 soit 32%)	SFA	27	26.22
	HRP	20	8.9
	Eclampsie	12	5.33
	Placenta praevia	7	3.11
	Procidence du cordon	5	2.22
	Epaule négligée	1	0.44
CODE ORANGE N= 125 Soit 55.55%	DFP	59	26.22
	Utérus cicatriciel en travail	27	12
	Bassin rétréci en travail	17	7.55
	Macrosomie fœtale	9	4
	Gros siège	6	2.67
	Présentation de l'épaule	4	1.78
	Position oblique	3	1.33
	Pré éclampsie sévère	20	8.9
CODE VERT N=28 Soit 12.45%	RPM+siège chez primipare	5	2.22
	G G J1J2 en siège	2	0.89
	Myome praevia en travail	1	0.44
TOTAL		**225**	**100**

DFP : Disproportion foeto pelvienne GG : Grossesse Gémellaire ;

1. **Délai Décision – Incision (DDI)**

Le délai moyen de l'ensemble de notre échantillon a été de 180±127.85mn avec des extrêmes de 15 et de 525 mn. Le DDI de ces 72 césariennes du Code Rouge (n=72) était en moyenne de 71.47±48.47 minutes avec des extrêmes de 15 et 260 minutes. Seules 13 césariennes (18%) ont été réalisées en moins de 30 minutes.

2. **Dysfonctionnements**

Pour l'ensemble de notre échantillon, le dysfonctionnement le plus fréquent a été la disponibilité des équipements (13.89%), suivi de la disponibilité des médicaments (4.2%).

3. **Degré de séniorisation des praticiens**

Pour ce qui concerne le degré de séniorisation du chirurgien, il s'est agit le plus souvent (95.8%) d'un résident ou du Gynécologie obstétricien diplomé (4.2%).

Pour ce qui concerne le degré de séniorisation de l'anesthésiste, il s'est agit le plus souvent (93.05%) d'un Technicien Supérieur en Anesthésie Réanimation ou du Médecin Anesthésiste Réanimateur diplomé (6.95%).

4. **Type d'anesthésie**

La rachianesthésie a été pratiquée chez 28 parturientes (38.89%) et l'anesthésie générale chez 44 patientes (61.11%).

5. **Etude analytique de la variable dépendante**

Le tableau 2 montre que seule la variable indépendante type d'anesthésie présente une relation d'association significative avec le DDI des césariennes du Code Rouge (p<0.05). En effet, le délai de pratique de la césarienne a été plus long lorsque celle-ci a été pratiquée sous rachianesthésie.

Tableau 2 : Etude analytique de la variable dépendante

	DDI moyen (mn)	p (t de Student)
Degré de séniorisation de la chirurgie		P>0.05
- Chirurgie pratiquée par les résidents	130,4	
- Chirurgie pratiquée par les gynécologues	159,7	
Degré de séniorisation de l'anesthésiste		
- Anesthésie pratiquée par TSAR	72.39	P>0.05
- Anesthésie pratiquée par MAR	59.2	
Indisponibilité des équipements/bloc	74.37	P>0.05
- C/S pratiquée avec indisponibilité	53.50	
- C/S pratiquée sans indisponibilité		
Indisponibilité des médicaments	65.67	P>0.05
- C/S pratiquée avec indisponibilité	71.72	
- C/S pratiquée sans indisponibilité	**101.29**	**P <0.05**
Type d'anesthésie	**52.50**	
- C/S pratiquée sous rachianesthésie		
- C/S pratiquée sous anesthésie générale		

C/S : césarienne

1. **Pronostic materno- fœtal**

Nous avons enregistré 28 cas de décès néonataux parmi lesquels 21 soit 75% appartenaient au groupe des césariennes du Code Rouge. Nous avons déploré 2 décès maternels (0.8%) qui provenaient du groupe des césariennes du Code Rouge.

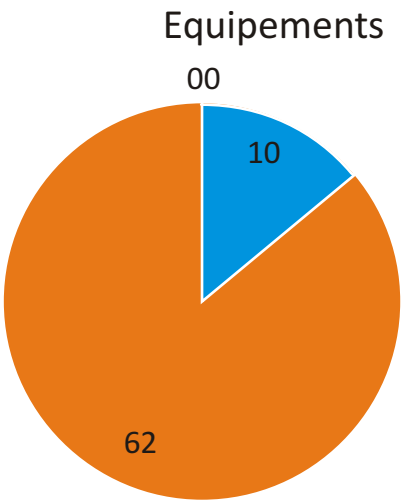


***Figure 1** : Répartition des parturientes selon la disponibilité des équipements*

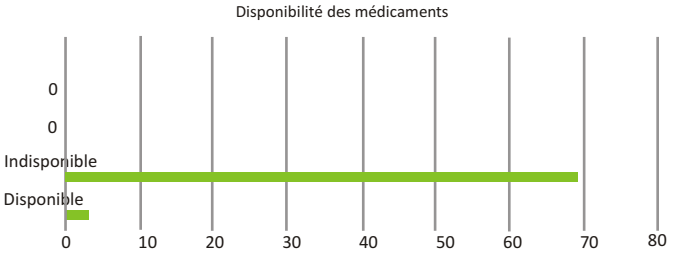
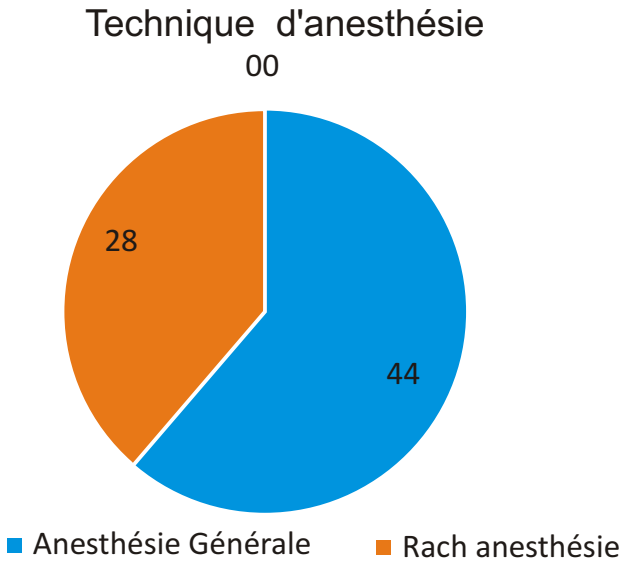


***Figure 2** : Répartition des parturientes selon la disponibilité des médicaments.*



DISCUSSION

1-TAUX DE CESARIENNE D'URGENCE

Durant notre période d'étude, nous avons réalisé 512 césariennes dont 225 étaient des césariennes d'urgence soit 43.94%. Ces chiffres sont supérieurs à ceux de Tchantchou TDD (5) au Gabon dans une étude similaire, qui retrouvait 30% de césarienne d'urgence. Par contre Sy T à Conakry (6) avait analysé 82% des césariennes d'urgence, chiffres comparables à Diallo A (7) au Cameroun dont le taux de césarienne d'urgence représentait 90.23% des cas. Ces taux élevés sont certainement dû aux forts pourcentages de références obstétricales et au nombre de CHU de référence pouvant prendre en charge les urgences obstétricales.

2- Caracteristiques des patientes

a-Caractéristiques épidémiologiques

Dans notre série, l'âge moyen était de 26.22 ans avec des extrêmes allant de 15 à 44 ans. 7.11% de nos parturientes étaient mariées et 66.22% avaient un niveau d'étude du secondaire. Ngbale N.(8) dans une étude rétrospective et descriptive basée sur l'évaluation du pronostic des patientes césarisées à Bangui a trouvé un âge moyen de 25.9 ans pour des patientes célibataires à 80% et dont 47.9% n'avait

aucun niveau d'instruction. Tchantchou (5) retrouvait un âge moyen de 27.5 ans avec 68.2% de patientes qui avaient un niveau d'étude du secondaire et 53% qui étaient des célibataires.

b- Antécédents obstétricaux

32.44% de nos patientes étaient des nullipares, nous avons noté 21.3% qui présentait au moins une cicatrice utérine et près de 90% avaient correctement suivi leur grossesse. Bloc F.(9) dans son travail rapportait une série de 63.5% de paucipare et 15.8% d'utérus cicatriciel. Nos chiffres corroborent ceux de Bang Ntamack (3) qui avait retrouvé 43% de primipare. Par contre Bambara M (10) dans son travail sur le pronostic maternel et périnatal de la césarienne à Bobodioulasso ramenait une parité moyenne de 2.74 avec 12.75% d'utérus cicatriciel.

3-**Repartition selon la classification de LUCAS**

La classification de LUCAS nous a permis de retrouver 32% de Césarienne du Code Rouge, 55% de césarienne du Code Orange et 13% de césarienne du Code Vert. Traoré A.(11) retrouvait en 2010 des taux légèrement différents à savoir 46.5% de césarienne du Code Rouge, 28% de Code Orange et 25.5% de Code Vert. Savidan A.(12) retrouvait à Valence 5% de césarienne du Code Rouge, 40 % de Code Orange et 49% de Code Vert, tout comme Bloc.F(9) qui a rapporté 13.7% de césarienne du Code Rouge. Cette disparité de chiffres entre les pays africains et européens s'explique par la différence de plateau technique et la qualité de la prise en charge des parturientes.

4-**Indications des cesariennes du code rouge**

Les indications des césariennes du Code Rouge étaient dominées par la Souffrance Fœtale Aigue (SFA) à 26.22% suivi de l'Hématome Rétro Placentaire (HRP) à 8.9% et l'éclampsie à 5.33%. Cissé CT(2) a rapporté un taux de SFA de 18.9% en 2001 mais Lecerf (13) retrouvait un taux supérieur de 32.5% de SFA avec 24.4% d' HRP contre 0.4% d'éclampsie. Dans une série de 42 patientes prises en urgence, Savidan A (12) rapportait 43.9% de SFA. La SFA bien que première indication des césariennes d'urgence internationalement reconnue, souffre dans nos régions, d'une évaluation approximative (tantôt à la hausse, tantôt à la baisse) du fait de la pauvreté du plateau technique. Par contre, la vulgarisation du sulfate de magnésium a révolutionné la prise en charge de la pré éclampsie permettant dans les pays industrialisés de juguler les problèmes d'éclampsie.

5-**Delai decision- incisions des cesariennes du code rouge (DDI)**

Dans notre travail, le DDI était de 71.47minutes avec des extrêmes allant de 15 à 260 minutes. A. Some Der (11) au Burkina Faso rapportait un délai moyen de 55 minutes délai qui était comparable à celui de Ouedraogo (14) en 2001. Mais cette moyenne reste très supérieure à celle de certains auteurs tels que Sayegh (15) qui retrouvait un temps de 25 minutes et largement supérieur à Lecerf (10) en 2007 qui a réalisé des césariennes du Code Rouge avec un délai moyen de 10.8 minutes. Le respect des délais selon les codes couleurs dépend de l'organisation architecturale des maternités et de la diligence des prestataires de soins.

6- **Facteurs influencant le DDI**

a-Disponibilité des équipements et des médicaments

Dans notre série, les équipements (bloc opératoire, boite et kit de césarienne…) étaient incomplets dans 86% des cas et les médicaments indisponibles dans 95.8% des cas, donc chez presque la totalité de nos patientes. Tufnell (16) avait précisé que 15% de DDI excédant 50 minutes était lié à des retards d'installation de la patiente au bloc, tout comme Tchantchou (5) pour qui, la moitié du temps mis pour le DDI était consacré à cette installation.

b- Degré de séniorisation

Nous avons démontré que les gynécologues n'étaient présents que dans 2.8% des cas et l'acte anesthésique n'était réalisé par les Médecins Anesthésistes Réanimateurs que dans 6.9% des cas, la majeure partie du temps ce sont les résidents et les techniciens supérieurs en anesthésie et réanimation qui réalisaient ces actes. Ces proportions sont approximativement retrouvées par Cissé CT (2) qui rapporte la présence de gynécologues dans 9.5% des cas tout comme pour Helmy (17) à Londres qui a retenu la norme de présence des séniors à 10%. Toutefois Huissoud (18) démontrait que le délai était prolongé de 100% lorsque les séniors étaient absents.

c-Technique d'anesthésie réalisée

Nous avons réalisé les deux tiers des césariennes d'urgence sous anesthésie générale (AG) soit 61.1% et la rachi anesthésie a été réalisée dans 38.9% des cas. Notre taux de rachi anesthésie est voisin de celui de Cissé CT(2) qui rapportait 36.5% des cas. Certains auteurs tels que Mackenzie(19) et Tufnell (16) ont montré que le DDI supérieur à 50 minutes était lié à des facteurs anesthésiques accusant parfois les piqûres itératives en cas de rachi anesthésie. Ainsi, en absence de péridurale, il est recommandé de pratiquer une AG en cas de césarienne d'urgence même si cette dernière est plus pourvoyeuse de décès sur table selon Makenzi (19), Lurie (20), Deveaux (21).

7−**Mortalité materno foetale**

Nous avons enregistré 21 cas de décès néonataux dans les césariennes du Code Rouge soit 75% des décès néonataux. Nous avons déploré deux morts maternelles soit 2.8% des cas. Tchantchou(5) retrouvait 7.6% de décès néonataux, chiffres largement inférieurs à ceux de notre série tandis que Bambara (10) rapportait 8.9% de décès néonataux pour 0.48% de décès maternels.

CONCLUSION

L'organisation des services d'urgences obstétricales pose encore un réel problème dans nos régions.

En effet, nous nous sommes rendu compte que sans une architecture adéquate des services, les prises en charge des parturientes connaissent certains manquements.

L'utilisation des codes couleurs permet d'améliorer la qualité de la césarienne d'urgence, par le respect des delais requis pour la réalisation de ces césariennes

Toutefois, les problèmes d'inertie humaine entravent la bonne dynamique des équipes, il faut donc une prise de conscience des prestataires de soins dont on requiert du professionnalisme, de la diligence et de la déontologie.

Enfin, la réduction du délai-décision incision passerait entre autre par la vulgarisation de la technique de l'anesthésie péridurale au détriment de l'anesthésie générale encore forte pourvoyeuse de décès sur table.

REFERENCES

1−**P.Rozenberg.** L'élevation du taux de césarienne : un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne. J Gynecol Obst et Biol Reprod 2004 ; 33 : 279-89

2− **D. N.Lucas, SM Yentis, SM Kinsella et al.** Urgency of caesarean section : a new classification. J R Soc Med 2000;93:346-5**0**

3− **OMS.** Appopriate technologie for birth. Lancet. 1985 ; 2(8452) : 463-7

4- JA.Bang Ntamack, S.Mayi Tsonga,B. Sima Ole,UP.Minkobame Zaga Minko. Besoins obstétricaux non couverts : cas de l'opération césarienne au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville. Revue de Chirurgien d'Afrique Centrale 2013 vol1(3) 25-28

5- CT.Cisse, PM.Ngom, A.Guisse, EO. Faye, JC.Moreau. Réflexions sur l'évolution des taux de césariennes en milieu africain : Exemple du CHU de Dakar entre 1992 et 2001. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 32 (2004) 210-217.

6−**TDD.Tchantchou, G.Hounguevo, A.Salami, E. Mpiga, D.Manli**. Pronostic materno fœtal de la césarienne en urgence à l'Hopital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba. CONGRES DE LA SAGO 2016. Ville :Ouagadougou. Date : 23/11/2016 Communication 23.

7−**T Sy, EM Bah, IS Diallo, A Camara, I Conté, IS Balde, A Diallo, N Keita, D Blami, Y Hyjazi.** Pronostic materno fœtal de la césarienne programmée en urgence au CHU de Conakry. CONGRES DE LA SAGO 2016. . Ville :Ouagadougou. Date : 23/11/2016 Communication 17.

8- A Diallo, T Sy, IS Balde, AFM Soumah, MC Diallo. Césarienne en urgence : épidémiologie, indications et pronostics materno fœtal à la maternité de l'hopital régional de Bertoua au Cameroun. CONGRES DE LA SAGO 2016. . Ville : Ouagadougou. Date : 22/11/2016 Communication 16.

9−**NR.Ngbale,P. Nzandele,CE Gaunefet, A Koirokpi.** Pronostic de la césarienne à la maternité de l'hôpital communautaire de Bangui. CONGRES DE LA SAGO 2016. . Ville :Ouagadougou. Date : 22/11/2016 Communication 24.

10 − **F. Bloc, O. Dupuis, J.Massardier, P. Gaucherand, M. Doret.** Abuse –t-on des césariennes en extrême urgence ? J Gynecol Obstet et Biol Reprod (2010) 39, 133-38

11−**M. Bamabara, B. Diarra, A. Dembele, A.D.Some.** Pronostic maternel et périnatal de la césarienne à la Maternité du CHUSS de Bobo-Dioulasso. CONGRES DE LA SAGO 2016, Ville :Ouagadougou. Date : 22/11/2016 Communication 20.

12− **A. Some Der ,S. Ouattara,D. Barro,A. Traore,M.Bamabara, B.Dao.** Audit des césariennes en milieu africain. Revue Médicale Rwandaise. Dec.2010,Vol.68 (4)

13−**A. Savidan**. Evaluation de la pertinence et du délai décision-naissance des césariennes non programmées au CH Valence. Gynecology and Obstetrics.2011.

14−**M.Lecerf, D.Vardon, R.Morello et al.** Peut-on faire une césarienne en moins de 30 minutes dans les locaux inadaptés afin de suivre les recommandations de l'ACOG. J Gynecol Obstet Biol Reprod 42 (4), 393-400

15− **C. Ouedraogo, T.Zoungrana, D. Blami et al.** La césarienne de qualité au Centre Hospitalier Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de Gynécologie Obstétrique. Médecine d'Afrique Noire 2001 ; 48 : 444-450.

16- I. Sayegh, O.Dupuis, HJ.Clement, RC.Rudigoz. Evaluating the decision-to-delivery interval in emergency caesarean sections. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004 ; 116 :28-33

17-DJ.Tuffnell, K.Wilkinson, N.Beresford. Interval between decision and delivery by caesarean section-are current standards achievable ? Observational case series. BMJ 2001 ; 322 :1330-3.

18- WH.Helmy, AS.Jolaoso, OO. Ifaturoti, SA. Afify, MH. Jones. The decision-to-delivery interval in emergency caesarean section : is 30 minutes a realistic target ? BJOG 2002 ; 109 :505-8

19- **C.Huissoud, P. du Mesnildot, I.Sayegh, O.Dupuis, HJ.Clément, S.Thévenet et al**. La mise en œuvre des codes « couleur » réduit le délai décision-naissance des césariennes urgentes. J Gynecol Obstet Biol Reprod Paris 2009 ; 38 :51-9.

20- IZ.Mackenzie, I.Cooke. What is reasonable time from decision-to-delivery by caesarean section ? Evidence from 415 deliveries. BJOG 2002 ; 109 : 498-504.

21- **S.Lurie, V.Sulema, B.Kohen-Saher et al**. The decision to delivery interval inemergency and non-urgent caesarean section. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2004 ;113 :182-5.

22-C. Deneux-Tharaux, E. Carmona, MH.Bouvier Colle, G.Breart. Post partum maternel mortality and caesarean delivery. Obstet Gynecol 2006 ; 108 :541-8.