

Césariennes d'indication prophylactique mais réalisées en urgence au CHU-SO : raisons et pronostic materno-foetal.

Caesarean sections of prophylactic indication but performed in emergency at CHU-SO: reasons, maternal and fetal prognosis

Douaguibe B¹, Bararmna FB¹, Ketevi A¹, Migbenya K, Tongou Y¹, Aboubakari AS²

¹ Service de gynécologie obstétrique CHU SO .198, rue de l'hôpital BP : 57,

Tél. : (228) 22 21 25 01

² Service de gynécologie obstétrique CHU Kara, BP 18 ; tel : (228) 26 60 60 48 Kara - Togo

Correspondances : Baguilane DOUAGUIBE ; Faculté des sciences de la santé. Université de Lomé. BP 1515, Lomé, Togo, E-mail : douaguibe@hotmail.com, Tél : (00228) 90328262

Reçu le 24 août 2021 - Accepté le 14 octobre 2021 - Publié le 3 décembre 2021

RESUME

La césarienne est une alternative à l'accouchement par la voie basse, Elle peut être prophylactique ou réalisée en urgence. Au CHU-SO beaucoup de parturientes césarisées en urgence auraient dû bénéficier d'une césarienne prophylactique.

Objectif : déterminer les raisons et les aspects pronostics des césariennes d'indication prophylactique mais réalisées en urgence

Patientes et méthode Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive à collecte de données prospectives. Elle a été réalisée du 15 Avril au 15 Août 2020 à la maternité du CHU SO. Elle avait concerné les accouchées ayant bénéficié d'une césarienne d'urgence alors qu'elles auraient dû bénéficier d'une césarienne prophylactique.

Résultats : Sur 1658 césariennes, 1000 étaient effectuées en urgence et 270 auraient dû être prophylactiques. Soixante-dix des 270 césarisées avaient été initialement programmées (CIP) et 200 n'avaient jamais été programmées (CNP).

Les principales situations d'urgence étaient le travail d'accouchement et la RPM. Dans le groupe CNP, les cicatrices utérines et les anomalies du bassin étaient les indications méconnues. Dans les groupes CIP, le début de travail ou une complication avant la date prévue pour la césarienne étaient les causes. Le refus par la gestante de la césarienne était présent dans les deux groupes. Les complications maternofoetales étaient plus recensées dans le groupe CNP.

Conclusion : la fréquence des césariennes d'indication prophylactique mais réalisées en urgence est élevée. La sensibilisation des gestantes couplée au renforcement des compétences du personnel de santé sont nécessaires pour diminuer cette fréquence.

Mots clés : césarienne prophylactique, urgence, raison, pronostic.

ABSTRACT:

Cesarean section is an alternative to vaginal delivery. It can be prophylactic or performed urgently. At CHU-SO many parturient with an emergency caesarean should have benefited from a prophylactic caesarean.

Objective: to determine the reasons and the prognostic aspects of caesarean sections of prophylactic indication but performed in emergency

Patients and method: This was a cross-sectional and descriptive study with prospective data collection. It was carried out from April 15 to August 15, 2020 at the CHU-SO maternity unit. It concerned those who had received an emergency cesarean section when they should have had a prophylactic cesarean section.

Results: Out of 1658 by caesarean section, 1000 were performed urgently. 270 should have been prophylactic. Seventy deliveries of 270 were originally scheduled (CIP) and 200 were never scheduled (CNP).

The main emergencies were labor and PMR. In the CNP group, uterine scarring and pelvic abnormalities were unrecognized indications. In IPC groups, onset of labor or a complication before the expected date of the cesarean was the cause. The refusal of the cesarean by the pregnant woman was present in both groups. Maternal-fetal complications were more common in the CNP group.

Conclusion: the frequency of caesarean sections for prophylaxis but performed urgently is high. Raising the awareness of pregnant women coupled with strengthening the skills of health personnel are necessary to reduce this frequency.

Keywords: prophylactic caesarean section, urgency, reason, prognosis

INTRODUCTION

La césarienne est une alternative à l'accouchement par voie basse, lorsque celui-ci comporte un risque (mortel ou morbide) pour la mère et/ou le fœtus. Elle peut être programmée, dite aussi prophylactique ou électorale, lorsqu'elle est réalisée avant tout début de travail d'accouchement et en l'absence d'urgence, chez des gestantes préalablement suivies et avisées, ou au contraire réalisée en urgence dans des situations plus délicates allant, parfois, jusqu'à mettre en jeu, le pronostic materno-fœtal [1]. La césarienne en urgence entraîne une réduction de la mortalité périnatale mais une augmentation de la mortalité maternelle par rapport à la césarienne prophylactique [2]. L'émergence des problèmes médico-légaux et surtout le souci constant pour l'obstétricien de mettre au monde un nouveau-né sain et une mère bien portante ont contribué à l'augmentation de la fréquence de la césarienne en général et de la césarienne prophylactique en particulier.

Dans de nombreux pays africains particulièrement au Togo, la faible couverture sanitaire, le faible taux de surveillance prénatale n'améliore guère le pronostic maternel et fœtal. Beaucoup de parturientes césarisées en urgence auraient dû bénéficier d'une césarienne prophylactique. Cependant la subvention de la césarienne au Togo depuis 2010 devrait améliorer l'accessibilité financière des patientes à la césarienne et par conséquent réduire la morbi-mortalité maternelle et périnatale. Cette réduction ne serait atteinte qu'en présence des infrastructures adéquates, d'un personnel qualifié d'abord capable de poser l'indication de la césarienne puis de la réaliser. Mais force est de reconnaître que certaines césariennes qui auraient dû être prophylactiques sont réalisées en urgence ; l'indication de la césarienne prophylactique n'étant pas soit posée à la consultation prénatale ; soit lorsque la césarienne est initialement programmée elle se réalise finalement en urgence avant ou après la date opératoire. L'objectif général était de connaître la césarienne prophylactique et spécifiquement : déterminer les raisons et les aspects pronostics des césariennes d'indication prophylactique mais réalisées en urgence.

MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale et descriptive à collecte de données prospectives. Elle a été réalisée du 15 Avril 2020 au 15 Août 2020,

L'étude a concerné les accouchées qui avaient bénéficié d'une césarienne en urgence à terme et dont l'indication relevait d'une césarienne prophylactique dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU-SO de Lomé pendant la période d'étude.

Étaient incluses dans l'étude :

- Les accouchées qui étaient initialement programmées et qui étaient rentrées en travail avant la date opératoire.

- Les accouchées qui avaient été initialement programmées mais qui n'avaient pas répondu à leur rendez-vous opératoire et qui étaient admises pour une césarienne en urgence.

- Les accouchées chez qui l'indication avait été portée en urgence et qui auraient dû être programmées pour une césarienne prophylactique.

N'étaient pas incluses dans l'étude :

- Les accouchées qui avaient refusé de participer à l'étude

- Les accouchées qui étaient hospitalisées pour une complication post-césarienne et qui n'avaient pas accouché dans le centre d'étude ou pendant la période d'étude.

Les données avaient été recueillies à partir de :

Les registres : accouchement, bloc opératoire, anesthésie ; les dossiers obstétricaux, les fiches d'anesthésie et le carnet de suivi prénatal.

Le recrutement des patientes était aléatoire. Après chaque staff matinal, les accouchées concernées par l'étude étaient interviewées, les dossiers et carnet de suivi prénatal analysés. Les données étaient transcrites par nous-même sur une fiche d'enquête pré-testée. Les informations relatives aux suites opératoires tardives étaient obtenues un mois et demi après la césarienne par appel téléphonique.

Les variables étudiées étaient :

- Données sociodémographiques : âge maternel, parité, niveau d'instruction, profession, situation matrimoniale.

- Données cliniques : antécédent de césarienne, mode d'admission, motif d'admission, lieu et personnel de santé responsable de la dernière visite prénatale, décision de programmer la césarienne à la CPN âge de la grossesse, temps entre la date de la dernière visite et la date d'admission, l'indication de la césarienne, délai entre la décision de césarienne et l'extraction,

- Données per-césarienne : type d'anesthésie, qualité de l'opérateur, la durée de l'intervention

- Pronostic materno-fœtal : score d'APGAR à la 1^{ère} et 5^{ème} minute, poids à la naissance, motif de

transfert en pédiatrie, infection néonatale, détresse respiratoire néonatale, hospitalisation en pédiatrie, décès néonatal, hémorragie de la délivrance, hystérectomie, transfusion sanguine, plaie vésicale, plaie intestinale, infection postopératoire, durée d'hospitalisation, reprise chirurgicale, mortalité maternelle.

- Raison de la non programmation de la césarienne : personnel santé (diagnostic méconnu, retard référence, diagnostic tardif), patiente (refus de la césarienne, financier), hôpital (technique), temps. Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel Epi info 7.2.2.6.

Les logiciels Word et Excel avaient permis de réaliser les graphiques et tableaux.

Les accouchées avaient été scindées en deux groupes :

Accouchées initialement programmées et césarisées en urgence : CIP

Accouchées initialement non programmées et césarisées en urgence : CNP

RESULTATS

Durant notre période d'étude, 3112 accouchements ont été recensés dont 1658 césariennes. Mille césariennes d'urgence étaient effectuées parmi lesquelles 270 auraient dû être prophylactiques soit 27% des césariennes d'urgence et 8,67% de tous les accouchements.

Soixante-dix (70) d'entre-elles étaient initialement programmées (CIP) et 200 n'avaient pas été programmées (CNP).

L'âge moyen de nos patientes était de 28 ans avec des extrêmes de 13 ans et 46 ans.

Les principales situations d'urgence étaient le travail d'accouchement dans (68,6% CIP, 79,5% CNP) et la RPM dans (17,1% CIP ; 7,5% CNP). Le tableau décrit la répartition des patientes selon la situation d'urgence et les groupes d'accouchées.

Tableau : Répartition des patientes selon la situation d'urgence et les groupes d'accouchées

	CIP n (%)	CNP n (%)
Travail accouchement	48 (68,6)	159 (79,5)
RPM	12 (17,1)	15 (7,5)
Dépassement de terme	2 (1,9)	16 (8)
Métrorragie	1 (1,4)	2 (1)
HTA	1 (1,4)	4 (2)
Traumatisme	5 (7,1)	1 (0,5)
Crise vaso-occlusive	1 (1,4)	3 (1,5)
Total	70 (100)	200 (100)

Le tableau II montre la répartition des patientes selon les raisons et les groupes d'accouchées. Le tableau II montre la répartition des patientes selon les raisons et les groupes d'accouchées

Dans le groupe CNP, les cicatrices utérines et les anomalies du bassin étaient les indications méconnues dans 59,5%. Le refus par la gestante de la césarienne dans 34%.

Dans le groupe CIP, le début de travail ou une complication avant la date prévue pour la césarienne étaient les raisons de la césarienne d'urgence dans 52,9%. Le refus par la gestante de la césarienne dans 21,4%.

Les suites opératoires étaient simples dans 88,15% des cas. Des complications ont été notées chez 11,85% de césarisées, à type d'hémorragie de la délivrance 1,48% de cas, hématome postopératoire 1,85%, deux cas d'hystérectomie subtotale d'hémostase pour atonie utérine et 0,74% d'infection de paroi. Une accouchée du groupe CNP avait bénéficié d'une reprise chirurgicale pour une pelvipéritonite postopératoire consécutive à un textilome. Deux accouchées étaient décédées soit 0,74%, tous deux dans le CNP. La cause de décès était le placenta accreta compliqué d'hémorragie de la délivrance (**Tableau**).

Tableau : Répartition des patientes selon les complications maternelles et les groupes d'accouchées

	CIP n (%)	CNP n (%)	OR	P
Anémie sévère	2 (2,1)	6 (3)	1,032	0,622
Transfusion	1 (1,4)	4 (2)	1,058	0,236
Hémorragie délivrance	-	4 (2)	0,001	0,324
Hématome pariétal	-	4 (2)	0,024	0,318
Suppuration pariétale	-	2 (1)	0,001	0,568
Hystérectomie subtotale	-	2 (1)	0,005	0,506
Refend sur l'utérus	1 (1,4)	1 (0,5)	3,003	0,439
Reprise chirurgicale	-	1 (0,5)	3,254	0,521
Hématome intraabdominal	-	1 (0,5)	3,245	0,532
Pelvipéritonite	-	1 (0,5)	3,025	0,468
Plaie vésicale	-	1 (0,5)	3,128	0,756

Deux-cent cinquante-trois nouveau-nés avaient un score d'APGAR à la 1^{ière} minute supérieur à 7 soit 93,7%. Les poids de naissance ont varié entre 2200 g et 4200 g avec une moyenne de 2952 g.

Les complications néonatales étaient représentées par 5,18% d'infection néonatale ; 4,81% d'hypotrophie et 1,48% de détresse respiratoire.

Trois nouveau-nés étaient décédés en pédiatrie dans les 24 premières heures, soit 1,1%. Ils étaient tous

issus du groupe de CNP.

DISCUSSION

La césarienne est l'une des interventions les plus pratiquées en médecine, associée à un taux de morbidité très bas [1]. Elle fait partie des progrès de l'obstétrique moderne. Sa fréquence a très largement augmenté à l'échelle mondiale au cours des 20 dernières années. Nous avons obtenu une fréquence de 8,67% de césariennes d'indication prophylactique mais réalisées en urgence.

Mbongo J. et al au Congo Brazzaville [3] ; Kanate M. et al au Mali [4] ainsi que Goutay A. et al à Angers en France [5] avaient retrouvé une fréquence plus basse respectivement de 5,2% ; 2,3% et 1,4%. Coumare S. et al au Mali [6] par contre avait retrouvé une fréquence plus élevée de 13,6%.

Cette fréquence élevée dans notre contexte pourrait s'expliquer par le fait que le service de gynécologie-obstétrique du CHU-SO de Lomé était le centre de référence. On y référerait tous les accouchements dystociques de toute la ville de Lomé. Aussi, en raison de la situation sanitaire due à la pandémie au Covid-19, le CHR-LC était dédié à la prise en charge des cas de Covid-19.

La tranche d'âge 20-35 ans a été la plus représentée (71,9% et 79%) avec un âge moyen de 31 ans et 27 ans respectivement dans les groupes CIP et CNP.

Le suivi de la grossesse est une condition essentielle dans la programmation des césariennes prophylactiques. En effet, la consultation prénatale permet le dépistage d'une anomalie indiquant la nécessité d'un accouchement par voie haute et sa programmation avec un rendez-vous pour la réaliser. Il s'agit en fait de ne programmer la césarienne ni très tard pour éviter l'entrée spontanée en travail ni trop tôt pour ne pas entraîner une prématurité fœtale iatrogène [7,10]. Au CHU-SO, la césarienne est programmée entre 38 et 39 semaines d'aménorrhée, ce qui concorde avec les données de la littérature [8,9]. Dans cet ordre d'idées, l'absence de suivi d'une grossesse amène à la réalisation de la césarienne en urgence avec toutes ses répercussions materno-fœtales désastreuses en cas d'entrée de la femme en travail.

Dans notre série, les principaux facteurs associés à la réalisation d'une césarienne prophylactique en urgence sont : méconnaissance du diagnostic (59,5%), le refus de césarienne par la gestante (34%). L'examen obstétrical était mal conduit, c'est ainsi que 34% d'anomalie du bassin n'étaient pas dépistées, le diagnostic de la présentation du fœtus n'était pas fait dans 21% de cas et l'estimation du poids fœtal non faite dans 9% de cas. L'indication

de césarienne prophylactique était posée tardivement dans 19,3% de cas et 25,3% des patientes étaient référées tardivement (en travail) lorsqu'un facteur de risque de césarienne était présent. Les sages-femmes avaient en charge ce rôle dans 73%.

Ceci constitue une faute professionnelle et suscite des poursuites judiciaires. Une mise à niveau périodique du personnel est à encourager afin d'améliorer la compétence du personnel.

Lorsque ces femmes étaient programmées, le début de travail ou tout autre complication gravidique avant la date opératoire, multipliait par 18 les chances de réalisation de la césarienne initialement programmée en urgence avec une différence statistiquement significative ($p=10^{-9}$). Ainsi 51,9% programmées avaient été césarisées en urgence. Ceci pourrait se justifier par le fait qu'elles étaient programmées tardivement (41,42%), après 38 SA. Mais aussi dans 21,4% de cas, ces femmes décidaient de ne pas répondre au rendez-vous. Elles manquaient leur rendez-vous opératoire parce qu'elles voulaient accoucher par elles-mêmes. Plus le nombre de CPN était ≥ 4 (80% pour CIP et 56,5% pour CNP), plus les accouchés avaient 4 fois plus de chance d'être programmées ($p=2.10^{-5}$).

Parfois la charge de travail importante avec le nombre élevé de césarienne d'urgence à réaliser explique le fait que 15,7% des patientes admises pour une césarienne prophylactiques étaient finalement césarisées en urgence. Une augmentation du nombre de centre public chirurgical à Lomé pourrait aider à pallier cette insuffisance. Aussi une collaboration entre les centres publics et privés serait d'une grande aide.

Les complications materno-fœtales étaient plus recensées dans le groupe CNP : plaies vésicales, hémorragies, hystérectomie subtotal de l'hémostase, anémie, péritonite postopératoire, décès maternels. Les nouveau-nés étaient plus réanimés 7,1% avec 1,1% de décès néonataux. C'est l'intérêt de programmer les césariennes prophylactiques.

CONCLUSION

La fréquence des césariennes d'indication prophylactique mais réalisées en urgence est élevée. La sensibilisation des gestantes couplée au renforcement des compétences du personnel de santé sont nécessaires pour diminuer cette fréquence

REFERENCES

1. **Sarra A.** Etude prospective Pronostic materno-fœtale des césariennes programmées et des césariennes urgentes à la maternité de SOUISSI à RABAT. Thèse de médecine. Université de Rabat;

2013; n°135-80p.

2. **Ministry of health reports and department of social security.** Confidential enquiries into maternal deaths in England and Wales (1979-1981). Londre Her Majesty's stationery office, London, 1986.

3. **Mbongo JA, Butoyi JM, Papandi-Ikourou A, et al.** Césarienne en Urgence au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville. Health Sci. Dis. 2016 Jan; 17(1): 22-25. www.hsd-fmsb.org

4. **Komate M.** Morbidite périopératoire de la césarienne en urgence au centre de sante de référence de la commune CV du district de Bamako. Thèse de méd. Mali ; 2020.

5. **Goutay A.** Morbi-mortalité des césariennes initialement programmées réalisées en urgence au CHU d'Angers. Mémoire de Sage-femme. France ; 2016.

6. **Coumare S.** Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Dioila. Thèse de méd. Mali ; 2019.

7. **Balchin I, Whittaker JC, Lamont RF, et al.** Timing of Planned Cesarean Delivery by Racial Group. Obstetrics & Gynecology. 2008 ; 111 :659-666

8. **Zanardo V, Padovani E, Pittini C, et al.** The influence of timing of elective cesarean section on risk of neonatal pneumothorax. J. pediatr. 2007 ; 150 : 252-5.

9. **Clark SL, Miller DD, Belfort MA, et al.** Neonatal and maternal outcomes associated with elective term delivery. . **Am J Obstet Gynecol, 2009; 200:156.e1-156.e4.**

10. **Matsuo K, Komoto Y, Kimura T, et al.** Is 38 weeks late enough for elective cesarean delivery. Int J Gynecol Obstet. 2008 Jan ; 100(1) : 90-91.