

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE : 2018

N° 160

**TENDANCE EVOLUTIVE DES INDICATIONS DE
CESARIENNES AU CENTRE DE SANTE PHILIPPE
MAGUILEN SENGHOR DU 01 JANVIER 2011 AU 31
DECEMBRE 2017**

MEMOIRE

**POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE**

Présenté et soutenu publiquement

Le 16 Aout 2018

Par

Dr Awa NDIAYE

Née le 04 janvier 1985 à Mbour

MEMBRES DU JURY

Présidente :	Mme	Mariame	GUEYE BA	Professeur Titulaire
Membres	M.	Magatte	MBAYE	Maître de conférences agrégé
	Mme	Marie Edouard	FAYE DIEME	Maître de conférences agrégé
Directeur de Mémoire	M.	Magatte	MBAYE	Maître de conférences agrégé
Co-directeur de mémoire	M.	Mamour	GUEYE	Maître Assistant

DEDICACES

Je dédie ce travail :

➤ A mon père et à ma mère

A qui je dois tout. Votre soutien moral et financier ne nous ont jamais fait défaut. Qu'ils trouvent ici le témoignage de mon affection et de ma reconnaissance très profonde.

Ce travail est le résultat de vos prières et de vos sacrifices.

➤ A mon époux

Tu as su parfaitement prendre la relève de mes parents. Je te remercie de m'avoir choyée et accompagnée tant sur le plan financier et par tes conseils. Que Dieu donne une longue vie.

➤ A mes filles : Mame Sey et Fifina

Vous êtes ma raison de vivre. Qu'Allah le tout puissant vous accorde une longue et heureuse vie.

➤ A mes frères et sœurs : Malick, Mouhamed, Mami co, Cheikh Mbacké, Youga, Aicha, Fifina, Rassoul, Malang, Saly et Fatou

Puissions-nous rester toujours aussi unis dans la tendresse et solidaire dans la vie.

➤ A mes neveux et nièces

Réussite et succès dans les études.

➤ A ma belle famille

Merci pour votre soutien, vos encouragements et vos prières. Affection sincère

➤ A mes chéries : Anne Marie, Dieynaba et Fatou Sène

Affection et tendresse les plus sincères.

➤ A mes amies : Souadou Cissé, Khary Diop, Coura Dioh, Khady Ndour, Khalifa Fall

Les mots me manquent pour vous témoigner toute mon affection.

➤ A tous mes camarades de la promotion sortante 2018 : Bakhoun, Barry, Sokhna Dia, Mariama Diop, Hariat, Sitana, Brahem, Taweel, Coura, Khary, Anafie, Aissatou, Chraiby, Sylvestre et aux internes : Maimouna, Khalifa, Youssou

Qu'Allah le tout puissant vous accorde une longue vie et une brillante carrière.

Remerciement

Nous tenons d'abord à remercier Allah le Tout Puissant et Miséricordieux, qui nous a donné la patience et le courage durant ces quatre années d'étude.

J'exprime toute ma reconnaissance et ma gratitude à l'ensemble du corps enseignant de la chaire de gynécologie obstétrique de l'UCAD pour leurs efforts à nous garantir une formation théorique et pratique.

Nous souhaitons adresser nos remerciements les plus sincères aux personnes qui nous ont apportées leur aide et qui ont contribué de près ou de loin à notre encadrement plus particulièrement :

- Au Professeur Alassane et tout le personnel du service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier national de Pikine,
- Au Docteur Omar Gassama et tout le personnel de la maternité du centre de santé Nabil Chouair,
- A tous les enseignants, gynécologues et personnel de la maternité du centre de santé Philippe Maguilen Senghor.

A grand merci à Madame Pouye pour sa sympathie et sa disponibilité

Merci à tous les étudiants en spécialisation gynécologie obstétrique

A tous les internes des hôpitaux de la gynécologie obstétrique

**A NOS MAITRES ET
JUGES**

A notre Maître, Présidente du Jury
Le Professeur Titulaire Mariame GUEYE BA

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme Présidente de notre jury de Mémoire. Nous avons eu l'occasion de vous côtoyer et cela nous a confortés dans notre décision d'embrasser cette noble spécialité qu'est la Gynécologie-Obstétrique. Votre rigueur scientifique, vos qualités de formateur et votre goût du travail bien fait ne sont plus à démontrer.

Soyez assuré, Cher Maître, de notre profond respect et de notre éternelle reconnaissance.

A notre Maître et Juge
Le Maître de Conférences Agrégé Marie Edouard FAYE DIEME

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans ce jury de Mémoire nous honore. Nous avons été particulièrement séduits par votre simplicité, votre abord facile et votre culture médicale.

Veillez croire, Cher Maître, à l'expression de nos sincères remerciements.

A notre Maître et Directeur de Mémoire

Le Maître de Conférences Agrégé Magatte MBAYE

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail. Votre rigueur sans égale, votre goût du travail bien fait, votre piété ainsi que votre humanisme nous ont particulièrement marqués depuis nos premiers pas en gynécologie. Vous nous avez conforté dans notre choix pour cette spécialité par vos enseignements tant sur le plan scientifique que sur le plan humain et nous avons poussé à toujours donner le meilleur de nous.

Nous ne trouverons jamais assez de mots pour vous témoigner toute notre reconnaissance et toute notre estime !

Puisse Dieu vous donner une très bonne santé et répandre Ses grâces sur vous et tous les vôtres !

A notre Maître et Co-directeur de Mémoire

Le Maître-Assistant Mamour GUEYE

Vos conseils avisés et votre soutien surtout dans les moments difficiles ont été d'un grand apport dans la réalisation de ce travail. Votre simplicité et votre esprit d'ouverture nous ont particulièrement impressionnés. Travailler avec vous a été un honneur.

Veillez trouver ici, Cher Maître, l'expression de nos sentiments respectueux et de notre reconnaissance.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Utérus gravide et son conceptus	4
Figure 2 : Evolution annuelle de la fréquence des césariennes.....	21
Figure 3 : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement	23
Figure 4: Répartition des patientes selon la classification en 10 groupes de ROBSON	23
Figure 5: Répartition des patientes selon la nature de l'indication de césarienne	24
Figure 6: Répartition des patientes selon la classification de Maillet et Boisselier	24
Figure 7: Evolution annuelle des indications de césarienne basées sur la nature de l'indication	26
Figure 8: Evolution annuelle des indications de césarienne selon la classification de Maillet et Boisselier	27
Figure 9: Répartition selon l'état du nouveau-né à la naissance	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Classification en 10 groupes de Robson.....	9
Tableau II : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux et le mode d'admission	22
Tableau III : Répartition des patientes selon les données de l'examen clinique	22
Tableau IV : Répartition des patientes selon l'indication principale.....	25
Tableau V : Répartition des patientes selon l'indication principale par année..	28

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE	3
I. DEFINITION	4
II. RAPPEL ANATOMIQUE	4
III. CLASSIFICATION DES CESARIENNES.....	6
1. Classification des indications selon l'entrée en travail	6
2. Classification de Maillet et Boisselier.....	6
3. Classification de Lucas.....	7
4. Classification selon les caractéristiques des patientes	8
5. Indications particulières	9
IV. TECHNIQUES DE CESARIENNE	10
1. Préalables.....	10
2. Anesthésie	10
3. Etapes de l'intervention.....	11
V. COMPLICATIONS DE LA CESARIENNE.....	15
1. Complications anesthésiques.....	15
2. Complications per opératoires.....	15
3. Complications post-opératoires.....	15
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	16
I. Objectifs	17
II. Cadre de l'étude.....	17
1. Description du site de l'étude.....	17
2. Description du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor.....	17
III. Patientes et méthode.....	19
1. Type et période d'étude.....	19
2. Population d'étude.....	19
3. Critères d'inclusion	19
4. Collecte des données	19
5. Analyse des données	20
IV. RESULTATS	21
1. Fréquence	21
2. Antécédents obstétricaux et mode d'admission	21
3. Données de l'examen clinique	22
4. Mode d'accouchement	23

5. Classification des patientes selon les groupes de ROBSON.....	23
6. Classification des césariennes basée sur la nature de l'indication	24
7. Classification de MAILLET et BOISSELIER.....	24
8. Indications principales.....	25
9. Evolution annuelle des indications de césarienne basées sur la nature de l'indication.....	26
10. Evolution annuelle des indications de césarienne selon la classification de Maillet et Boisselier.....	27
11. Evolution annuelle des indications de césarienne selon l'indication principale	28
12. Données néonatales	29
V. DISCUSSION.....	30
1. Fréquence	30
2. Données épidémio-cliniques	30
3. Analyse des indications de césarienne	31
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	32
REFERENCES	32

INTRODUCTION

La césarienne est l'intervention chirurgicale la plus pratiquée dans le monde [7] et son taux ne cesse croître [1, 2] malgré les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de ne pas dépasser 10 à 15%.

Les taux moyens de césarienne varient de 15 à 25 % en France [16], de 16 à 23% aux Etats-Unis [5, 25] et de 40 à 70% dans un pays comme le Brésil [5, 25].

Depuis le début des années 90, dans plusieurs maternités de référence des centres hospitaliers universitaires (CHU) des grandes villes africaines, l'évolution des taux de césariennes a connu la même inflation que dans les pays développés [5].

A Dakar, le taux de césariennes est passé de 12% en 1992 à 17,5% en 1996 et à 25,2% en 2001 [4, 5].

Ce taux était de 30,3% dans notre service en 2011 [14].

A l'heure actuelle, l'hétérogénéité de la classification des césariennes ne permet pas la tenue de comparaisons valables [3].

L'OMS propose d'adopter le système de classification de Robson comme système international de référence pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison des taux de césarienne au sein des établissements de soins dans et entre établissements de soins [16].

Ainsi, nous avons mené une étude rétrospective, transversale portant sur la classification des indications de césarienne selon les systèmes classiques et celui conçu par le Dr Michail Robson [21].

L'objectif général de cette étude était d'évaluer l'évolution des indications de césariennes.

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- déterminer le taux de césariennes,
- définir les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patientes,
- analyser l'évolution des indications de césariennes selon la classification en 10 groupes de Robson, celle basée sur l'indication, celle de Maillet et Boisselier et celle basée sur l'analyse de l'indication principale.

Dans une première partie, nous effectuerons une revue de la littérature sur la pratique de la césarienne et les différentes classifications ; nous rapporterons nos résultats dans la deuxième partie puis nous formulerons des recommandations.

PREMIERE PARTIE

I. DEFINITION

La césarienne est un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus et qui permet l'extraction du fœtus hors de l'utérus maternel après l'incision de celui-ci [19].

II. RAPPEL ANATOMIQUE

Au cours de la grossesse, le pelvis subit de nombreuses modifications physiologiques :

- ✓ Augmentation majeure de la vascularisation artérielle et veineuse ;
- ✓ Hypertrophie du péritoine viscéral ;
- ✓ Clivage des plans anatomiques facilité par l'imbibition gravidique des tissus;
- ✓ Evolution des rapports entre l'utérus gravide et les différents organes pelviens.

La hauteur utérine à terme est de 30 à 34 cm (longueur du corps utérin dans son axe longitudinal), ce qui amène le fond utérin en contact avec les coupes diaphragmatiques.

Mais plus encore que l'augmentation globale du volume de l'organe, c'est la formation du segment inférieur qui est la modification anatomique la plus spectaculaire.

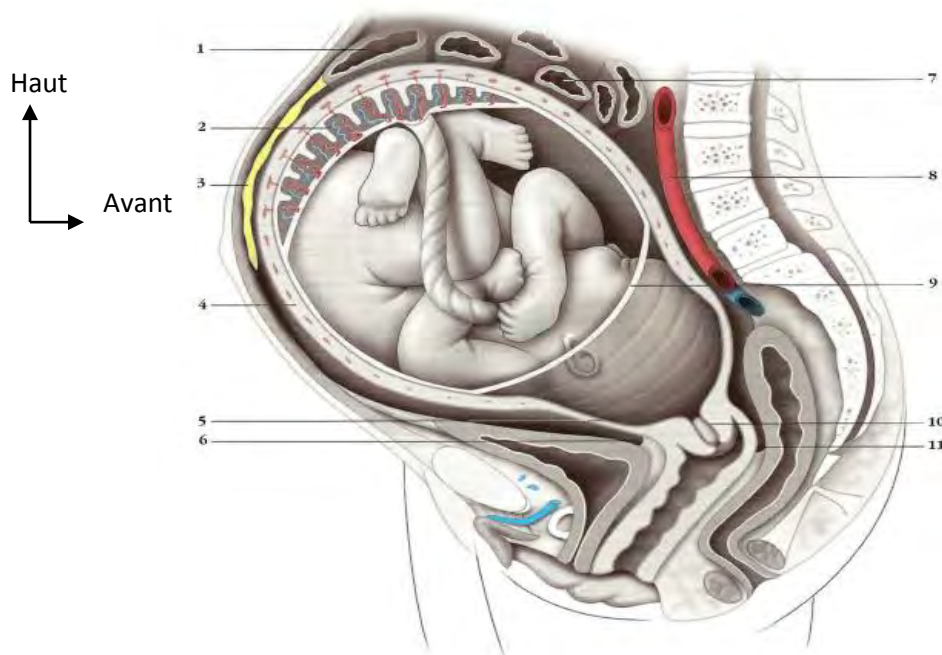


Figure 1 : Utérus gravide et son conceptus (coupe sagittale) [8]

1 Colon	5 Segment inférieur	9 Membranes choriales
2 Placenta	6 Cul-de-sac vésico-utérin	10 Col utérin
3 Grand omentum	7 Intestin grêle	11 Cul-de-sac recto-utérin
4 Corps utérin	8 Aorte abdominale	

Segment inférieur

C'est une entité propre à l'utérus gravide, correspondant à la partie basse, amincie, de l'utérus gravide située entre le corps et le col utérin [8].

Il se constitue à partir du 6^{ème} mois chez une primipare, beaucoup plus tard chez une multipare, aux dépens de l'isthme et de la partie supérieure du col. Sa minceur, sa vascularisation réduite et son caractère éphémère en font une région de choix pour l'incision des césariennes.

La paroi antérieure qualifiée de face chirurgicale par Kamina mesure environ 8 cm de hauteur sur 10 cm de largeur. Son épaisseur est de 0,3 à 0,5 cm. La minceur est d'autant plus marquée que la présentation est engagée. Sa limite supérieure est délimitable et correspond à la limite inférieure de l'accolement du péritoine sur l'utérus. Elle est parfois marquée par l'inconstante veine coronaire de l'utérus.

Le segment inférieur est formé de trois tuniques (de Tourris) :

- ✓ La séreuse est faite du péritoine viscéral qui tapisse tout l'utérus ; en cette zone il est décollable ;
- ✓ La musculuse possède deux couches :
 - la couche superficielle composée de fibres longitudinales est très réduite ;
 - la couche profonde est constituée par l'archéo-myomètre et le paléo-myomètre dont les fibres sont à direction principalement transversale et enserrant des plexus veineux beaucoup moins développés qu'au niveau du corps utérin. La direction de ces veines est également transversale.

Cette disposition anatomique justifie l'hystérotomie segmentaire transversale qui se fera dans le sens des fibres, d'autant plus que celle-ci sera de petite taille, élargie secondairement par digitoclasie « atraumatique » dans un axe.

Il faut souligner que :

- le segment inférieur est riche en éléments conjonctifs ce qui favorise la cicatrisation ;
- la muqueuse est ici moins épaisse ;
- le segment inférieur est recouvert étroitement par le fascia pré-segmentaire, émanation du fascia pré-cervical ; cette lame blanc-nacrée toujours facilement clivable représente l'élément essentiel de la solidité de la cicatrice d'hystérotomie.

La vascularisation du segment inférieur est moins riche que celle du corps utérin. Les artères du segment inférieur sont essentiellement des branches des cervico-vaginales plus nombreuses, sinueuses, de direction transversale.

III. CLASSIFICATION DES CESARIENNES.

La littérature présente plusieurs classifications.

1. Classification des indications selon l'entrée en travail [10]

○ Indications portées en salle de naissance

+ Indications maternelles

✓ Maladies générales et gravidiques

- Hypertension artérielle et ses accidents aigus (Hématome rétroplacentaire, éclampsie.....),
- Cardiopathies,
- Diabète (si antécédent de mort fœtale in utero, si gros enfant),
- Allo-immunisation fœto-maternelle.

✓ Atteints génitales ou pelviennes

- Utérus cicatriciel,
- Pré-rupture ou rupture utérine,
- Malformations génitales,
- Lésions des voies basses : cancer du col,
- Antécédent de cure de prolapsus ou de fistule uro-génitale
- Bassins rétrécis, asymétriques sévères
- Obstacle prævia.

+ Indications fœtales

- Souffrance fœtale aiguë ou chronique,
- Retards de croissance intra-utérine,
- Grossesses multiples (J1 en présentation du siège ou transversale...),
- Macrosomie (4500g),
- Présentations dystociques (épaule, front, face postérieure...).

+ Indications annexielles

- Placenta prævia (type III et IV),
- Hématome rétroplacentaire (HRP),
- Procidence du cordon,
- Rupture prématurée des membranes (RPM).

+ Indications mixtes (maternelles et fœto-annexielles).

2. Classification de Maillet et Boisselier [11]

○ Césariennes obligatoires

Il s'agit de situations où l'accouchement ne peut être effectué que par voie haute, car l'absence d'intervention conduit au décès de la mère, de l'enfant ou à

des séquelles graves.

- Disproportion fœto-pelvienne,
- Placenta prævia,
- Présentation vicieuse,
- Dystocie mécanique,
- Bassins chirurgicaux,
- Souffrance fœtale à petite dilatation.

○ **Césarienne de prudence**

L'accouchement par voie basse est théoriquement possible mais l'intervention améliore le pronostic de la mère et/ou du nouveau-né.

- Utérus cicatriciel/dystocies,
- Souffrance fœtale chronique,
- Enfant « précieux »,
- Séropositivité VIH avec réplication virale.

○ **Césariennes de nécessité ou de rattrapage**

Elles concernent les pathologies de la grossesse ou à des anomalies de l'accouchement mal prises en charge au départ et/ou référées tardivement ; la césarienne s'avère alors le dernier recours.

Les césariennes de prudence et de nécessité reflètent la qualité de la surveillance au cours de la grossesse et au cours du travail. Il s'agit de :

- la dystocie dynamique,
- la pathologie hypertensive.

○ **Césariennes abusives**

Il s'agit de toutes les indications par excès ou qui auraient pu être évitées :

- Dystocie dynamique non traitée ;
- Bassin limite sans épreuve du travail ;
- Souffrance fœtale sur la base d'un seul élément clinique.

3. Classification de Lucas

Les césariennes effectuées en urgence ont été réparties selon la classification anglaise de Lucas [23].

Niveau I « code rouge »

Il s'agit des césariennes réalisées en extrême urgence devant des situations menaçant immédiatement le pronostic vital maternel ou fœtal. Le délai entre la décision et la naissance doit être inférieur à 15 minutes :

- Bradycardie fœtale,
- Echec d'extraction instrumentale pour souffrance fœtale aiguë,
- Suspicion de décollement placentaire,
- Placenta prævia hémorragique,
- Rupture utérine,
- Embolie amniotique,
- Procidence du cordon,
- Crise d'éclampsie.

Niveau II « code orange »

Il s'agit de césariennes urgentes comportant un risque maternel et/ou fœtal non immédiatement vital. Le délai entre la décision et la naissance doit être inférieur à 30 minutes :

- Etat fœtal non rassurant,
- Echec d'extraction instrumentale sans anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Niveau III « code vert »

La césarienne est d'urgence relative. Le délai entre la décision et la naissance doit être inférieur à 60 minutes :

- Echec de déclenchement ;
- Stagnation de la dilatation ou de la descente de la présentation ;
- Présentations dystociques ;
- Patientes en travail spontané et ayant une césarienne « prophylactique » prévue ultérieurement et chez qui l'épreuve du travail est contre-indiquée.

4. Classification selon les caractéristiques des patientes

Parmi les nombreux systèmes existants, celui des 10 groupes de Robson a été jugé le plus reproductible et le plus facile à utiliser [24].

Le système de Robson classe toutes les femmes en 10 catégories mutuellement exclusives qui forment un ensemble exhaustif. Ces catégories reposent sur six caractéristiques obstétricales de base qui sont systématiquement enregistrées dans toutes les maternités [16] :

- Parité (nullipare, multipare) ;
- Induction du travail (spontanée, déclenchement ou césarienne avant le travail) ;
- Age gestationnel (Préterme, terme, post-terme) ;
- Présentation fœtale ;
- Existence ou non d'un utérus cicatriciel ;

- Type de grossesse (unique ou multiple).

Il s'agit d'une classification simple, solide, reproductible, pertinente sur le plan clinique, rétrospective et prospective. Toutes les femmes admises pour un accouchement peuvent être classées immédiatement dans l'un des 10 groupes d'après ces quelques caractéristiques de base.

Cela permet de comparer et d'analyser les taux de césarienne au sein de ces groupes et entre eux.

Tableau I : Classification en 10 groupes de Robson [21]

Groupe	Description
Groupe 1	Primipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail spontané
Groupe 2	Primipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail déclenché ou césarienne avant travail
Groupe 3	Multipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail spontané (exclusion des antécédents de césarienne)
Groupe 4	Multipares, singleton céphalique, ≥ 37 SA, travail déclenché ou césarienne avant travail (exclusion des antécédents de césarienne)
Groupe 5	Antécédent de césarienne, singleton céphalique, ≥ 37 SA
Groupe 6	Toutes les primipares, siège
Groupe 7	Toutes les multipares, siège (inclusion des antécédents de césarienne)
Groupe 8	Toutes les grossesses multiples (inclusion des antécédents de césarienne)
Groupe 9	Toutes les présentations transverses (inclusion des antécédents de césarienne)
Groupe 10	Tous les singletons céphaliques, ≤ 36 SA (inclusion des antécédents de césarienne)

5. Indications particulières

Césarienne post mortem

Elle repose sur certains principes édités par Dumont [18] :

✓ Une grossesse d'au moins 28-29 semaines,

✓ Une activité cardiaque fœtale présente avant l'intervention,

✓ Un délai d'au plus 20 min. après le décès maternel,

✓ Une réanimation maternelle à poursuivre jusqu'à la fin de l'intervention.

Césarienne à la Brindeau [18]

C'est une césarienne de sauvetage maternel. C'est l'exemple du placenta prævia hémorragique engageant le pronostic vital maternel.

IV. TECHNIQUES DE CESARIENNE

1. Préalables

- Bilan préopératoire ;
- Visite pré-anesthésique ;
- Mise à jeun depuis au moins 6 heures en cas de césarienne programmée ;
- Douche préalable avec un antiseptique (pour toute césarienne programmée la veille ou le matin de l'intervention) ;
- Sondage vésical [19].

2. Anesthésie [19]

Anesthésie péridurale

La plus répandue, est réalisée en injectant une dose d'anesthésique local dans l'espace péridural avec éventuellement des morphiniques liposolubles afin de potentialiser l'analgésie per et post-opératoire.

Rachianesthésie

Elle réalise une ponction de l'espace sous-arachnoïdien au niveau L3-L4. L'anesthésique injecté en intrarachidien, associé ou non à un morphinique liposoluble, réalise en moins de 5 minutes un bloc permettant la réalisation de la césarienne. L'inconvénient essentiel est le risque d'hypotension artérielle maternelle.

Péri-rachianesthésie combinée

Elle associe la réalisation d'une part de la rachianesthésie avec une petite dose d'anesthésique local et d'autre part, la pose de cathéter dans l'espace péridural afin de contrôler le niveau supérieur de l'anesthésie.

Anesthésie générale

Elle est de moins en moins pratiquée au profit de l'anesthésie locorégionale. Quelques situations où la césarienne doit être réalisée sous anesthésie générale :

- urgence extrême,
- contre-indication à l'anesthésie locorégionale,
- refus argumenté de la parturiente.

3. Etapes de l'intervention

○ Préparation du chirurgien

Le lavage chirurgical des mains est réalisé de manière systématique et celui-ci doit durer au moins 5 minutes. Ce délai peut être raccourci à 2 minutes en cas d'extrême urgence.

Le port d'une blouse stérile, de gants et d'une visière de protection sont obligatoires.

○ Matériel [20]

Le matériel de base comporte :

- 2 pinces porte-aiguille ;
- 2 pinces Kocher ;
- 2 pinces de Bingolea ;
- 2 valves sus-pubiennes de tailles différentes ;
- 2 bistouris à lame froide ;
- 2 écarteurs de Farabeuf ;
- 2 paires de ciseaux et une paire de ciseaux à fil ;
- 3 fils sertis résorbables type vicryl 1 ;
- un forceps de Pajot ou de Suzor ainsi qu'une ventouse à portée de main.

○ Installation de la parturiente

Quel que soit le type d'incision pariétale, la patiente est placée en décubitus dorsal avec une légère inclinaison latérale gauche.

○ Voies d'abord

L'abord est le plus souvent transversal. D'autres types d'incision sont également décrits.

○ Technique de césarienne selon Misgav Ladach [20] dite de Cohen-Stark [3,19]

C'est une technique de référence actuellement basée sur le principe du geste chirurgical minimal. L'incision transversale de Joël Cohen a été décrite initialement pour l'hystérectomie, puis adaptée par Michael Stark à la césarienne.

✚ Position du chirurgien

L'opérateur droitier se place à droite de la patiente

✚ Incision type Joël Cohen :

Il s'agit d'une incision cutanée rectiligne sur une largeur de 13 à 15 cm, 3 cm au-dessous de la ligne joignant les épines iliaques antéro-supérieures ou 3 travers de doigts au-dessus de la symphyse pubienne

Incision du tissu adipeux sous cutané et l'aponévrose

Il est ensuite réalisé une incision horizontale sur 3 cm de la graisse sous aponévrotique puis de l'aponévrose.

Divulsion du tissu adipeux sous cutané et de l'aponévrose

On procède à un écartement digital d'un côté par l'index et le majeur de l'opérateur et de l'autre côté par ceux de l'aide.

Divulsion des muscles grands droits et du péritoine

Le péritoine pariétal est ouvert le plus haut possible en crochétant le péritoine ; ouverture agrandie transversalement en exerçant une traction divergente.

Exposition du segment inférieur

Le segment inférieur est exposé par la mise en place d'une valve sus-pubienne.

Hystérotomie

Une incision du péritoine en U (en « gueule de requin ») est réalisée sur le segment inférieur puis l'utérus ouvert.

Divulsion utérine

On procède à un agrandissement transversal de l'hystérotomie par digitoclasie.

Extraction fœtale

✓ **Présentation occipitale d'accès facile : Enucléation céphalique**

L'opérateur glisse sa main sous la tête fœtale en épousant ses contours et l'amène, occiput en haut et en avant, au niveau de l'ouverture utérine. La main reste suspendue et forme un toboggan sur lequel va glisser la présentation, propulsée par une pression sur le fond utérin exercée par l'aide ou l'opérateur.

✓ **Présentation podalique : Traction podalique**

Extérioriser les membres inférieurs l'un après l'autre puis le reste du corps, à l'aide de mouvements alternés de rotation. On peut aider, d'un doigt en crochet placé dans le pli du coude, la sortie de chaque membre supérieur.

Si le dos est en avant, on peut faire basculer le corps de l'enfant vers le haut en le renversant sur le ventre de sa mère pour faciliter la sortie de l'extrémité céphalique, sous contrôle de la flexion céphalique par une traction sur la mandibule à l'aide d'un doigt glissé dans la bouche.

✓ **Présentation occipitale d'accès difficile**

• **Version podalique**

Lorsque l'hystérotomie se trouve par exemple au niveau du plan des épaules, il peut paraître beaucoup plus facile et moins risqué d'extraire le fœtus par version.

- **Application de forceps**

Il suffit de disposer d'un petit forceps à branches croisées (Pajot ou Smellie) ou branches convergentes (Suzor). Les deux branches du forceps sont appliquées de façon symétrique sur les joues (lorsqu'il s'agit d'une face) ou sur les bosses pariétales (lorsqu'il s'agit d'un sommet).

- **Application de ventouse**

Cette technique simple à utiliser permet de ne pas augmenter le volume de la présentation et diminuerait le risque d'élargissement de l'hystérotomie.

- ✚ **Gestes complémentaires**

- Clampage du cordon ombilical ;
- Injection d'une dose d'antibiotiques ;
- Délivrance dirigée après injection de 10 unités d'ocytocine ;
- Révision utérine ;
- Ecouvillonnage de la cavité utérine avec un antiseptique.

- ✚ **Hystérorraphie**

- Extériorisation de l'utérus
- Hystérorraphie en un plan extra muqueux au surjet simple,
- Pas de suture de péritoine
- Pas de rapprochement musculaire
- Contrôle de l'hémostase
- Exploration des annexes
- Toilette péritonéale

L'absence de péritonisation viscérale et pariétale raccourcit le temps opératoire et favorise une reprise plus précoce du transit. Elle diminue également la douleur post-opératoire. Les données concernant l'incidence des adhérences pelviennes sont contradictoires [9].

- ✚ **Suture aponévrotique**

L'aponévrose est suturée par un surjet simple avec du fil résorbable de type Vicryl.

- ✚ **Fermeture cutanée**

La peau est en général affrontée par trois points de Blair Donati très espacés. Les intervalles sont pris par quatre pinces d'Allis posées pour 5 minutes.

- **Autres techniques [3]**

- ✚ **Césarienne « classique »**

Il s'agit de :

- une laparotomie médiane sous-ombilicale (LMSO),
- une incision de l'aponévrose sur la ligne médiane,

- un décollement des muscles grands droits,
- une ouverture du péritoine pariétal aux ciseaux.

Incision de Pfannenstiel

- incision cutanée arciforme à 3 cm au-dessus de la symphyse pubienne,
- incision de l'aponévrose arciforme,
- décollement musculo-aponévrotique vers le haut et vers le bas,
- séparation des grands droits et ouverture du péritoine.

Incision de Mouchel

C'est une incision totalement transversale de tous les plans :

↳ ouverture cutanée, sous-cutanée et aponévrotique identique à celle de Pfannenstiel,

↳ section des grands droits et ouverture du péritoine péritonéal.

○ **Cas particuliers**

Césarienne vaginale [3]

Les indications exceptionnelles sont limitées aux cas où il n'existe aucune disproportion fœto-pelvienne et où l'enfant ne peut espérer de bénéfice réel à être extrait par voie abdominale. Il s'agit donc de cas où l'enfant présente une prématurité (< 32 SA) ou d'un enfant de petit volume mort in utero [16].

La condition de réalisation est très limitative : femme déjà en travail avec un col effacé, un segment inférieur bien amplifié.

La technique est d'une simplicité remarquable : il s'agit d'une incision cervico-segmentaire verticale, réalisée par voie vaginale. Elle est rapide, sûre, ne présentant que de minimes risques vasculaires et urinaires maternels

Césarienne extra-péritonéale [3]

Actuellement, l'objectif de la césarienne extra péritonéale est d'éviter la dissémination des produits infectés d'origine endo-utérine dans la cavité péritonéale, de prévenir ainsi la formation d'abcès, de limiter le risque de réintervention et en définitive de ménager les possibilités reproductrices.

Elle est indiquée en cas de rupture des membranes supérieure à 12 heures, d'infection amniotique patente. L'incision de Pfannenstiel est utilisable, mais celle de Mouchel donne un jour surprenant très appréciable pour l'extraction fœtale. La vessie ne doit pas être évacuée : bien au contraire, son remplissage avec du sérum physiologique additionné d'une ampoule de bleu de méthylène permet son repérage facile et la détection immédiate d'une plaie éventuelle.

Le clivage digital du tissu conjonctif lâche latéro-vésical gauche est amorcé très latéralement et progresse en haut, en dedans et en arrière sous l'aileron antérieur

du ligament large et atteint la face antérolatérale gauche du segment inférieur.
L'hystérotomie est réparée selon la manière habituelle

V. COMPLICATIONS DE LA CESARIENNE

1. Complications anesthésiques

- Œdème de la glotte,
- Bronchospasme,
- Syndrome de Mendelson,
- Détresse respiratoire,
- Céphalées (rachianesthésie).

2. Complications per opératoires

- Hémorragies ;
- Lésions traumatiques maternelles (urinaires, intestinale) ;
- Lésions traumatiques fœtales.

3. Complications post-opératoires

✓ Immédiates

- Infections (site opératoire, endométrites, péritonites, septicémies) ;
- Hémorragie du post-partum ;
- Thrombophlébites ;
- Embolie pulmonaire ;
- Troubles psychiques.

✓ A long terme

- Adhérences péritonéales ;
- Synéchies utérines ;
- Anomalies d'implantation et d'insertion du placenta ;
- Rupture utérine ;
- Occlusions sur brides ;
- Eventration.

**DEUXIEME PARTIE : NOTRE
ETUDE**

I. Objectifs

L'objectif général de cette étude est d'évaluer l'évolution des indications de césarienne selon différentes classifications.

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- déterminer le taux de césarienne,
- définir les caractéristiques épidémiologiques et cliniques des patientes,
- Analyser l'évolution des indications de césariennes selon la classification en 10 groupes de Robson, celle basée sur l'indication, celle de Maillet et Boisselier et celle basée sur l'analyse de l'indication principale.

II. Cadre de l'étude

1. Description du site de l'étude

Notre étude a eu pour cadre la maternité du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor qui appartient au District-Ouest de Dakar situé dans la banlieue ouest-dakaroise. Ce district couvre les communes d'arrondissement de Mermoz, Sacré Cœur, Ngor, Ouakam et Yoff.

Le District Ouest couvre une superficie de 32 km² avec une population de 244 530 habitants dont 59 176 femmes en âge de reproduction.

En termes d'infrastructures sanitaires, le District comporte :

- 1 Etablissement Public de Santé (EPS) ;
- 3 Centres de Santé ;
- 8 Postes de Santé.

2. Description du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor

Le Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor (CSPMS) est le Centre de Santé de référence du District Ouest de Dakar. Il porte le nom du défunt fils du Président Léopold Sédar Senghor. Il a été inauguré le 07 juin 1984. A la suite du redéploiement du personnel de la Maternité de la Clinique Gynécologique et Obstétricale du Centre hospitalier universitaire Aristide Le Dantec de Dakar, il est passé du niveau I au niveau II et, depuis 2011, des interventions chirurgicales y sont régulièrement effectuées.

❖ Locaux

Au moment de notre étude, le Service de Gynécologie-Obstétrique du CSPMS comprenait :

- Une salle d'accouchement avec :

- cinq lits de travail,
- trois tables d'accouchement,
- une salle de garde et
- une table de réanimation de nouveau-nés ;
- une unité d'hospitalisation composée de 30 lits ;
- une unité de consultations externes et d'échographie composée de 4 bureaux ;
- une unité de soins Kangourou
- un bloc opératoire construit depuis 2004 et dont les activités chirurgicales ont démarré depuis janvier 2011. Il comporte :
 - une salle destinée aux urgences gynécologiques et obstétricales,
 - une salle destinée aux interventions programmées gynécologiques et obstétricales,
 - une salle d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU),
 - une salle de pansement,
 - une salle de réveil de 7 lits qui fait office d'unité de réanimation,
 - un « coin nouveau-né » avec une table de réanimation du nouveau-né,
 - une salle de stérilisation et de traitement du matériel,
 - une salle de néonatalogie avec 6 lits et 2 couveuses.

❖ **Ressources humaines**

Le personnel de la maternité et du bloc opératoire est composé :

- Un (01) Maître de Conférences Agrégé en Gynécologie-Obstétrique,
- Deux Chefs de clinique,
- Trois (03) spécialistes en Gynécologie-Obstétrique,
- Un (01) Anesthésiste-Réanimateur,
- Cinq (05) Internes des Hôpitaux,
- Onze (11) Médecins inscrits au Diplôme d'Études Spécialisées (DES) en Gynécologie-Obstétrique,
- Soixante (60) Sages-femmes d'Etat,
- Deux (02) Techniciens Supérieurs en Anesthésie-Réanimation,
- Onze (11) Infirmières et Aide-infirmières et
- Six (06) Instrumentistes et Brancardiers.

❖ Activités

Des soins obstétricaux, néonataux et gynécologiques d'urgence sont assurés 24 heures sur 24 par des équipes de médecins en cours de spécialisation, de sages-femmes et infirmiers. Les gardes se font sous la supervision d'un sénior spécialiste en Gynécologie-Obstétrique. Des consultations de gynécologie, de suivi pré et post-nataux, de planification familiale et d'échographie sont assurées au quotidien. La chirurgie programmée est réalisée tous les jours et les différentes voies d'abord sont utilisées (abdominale, vaginale et endoscopique). La maternité, sous la tutelle de la Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Aristide Le Dantec, reçoit dans le cadre d'une formation théorique et pratique des médecins en spécialisation, des étudiants en cinquième et septième année de médecine, des sages-femmes et élèves sages-femmes.

La recherche en santé de la reproduction a fait de l'objet de plusieurs mémoires de spécialisation et thèses de doctorat en médecine.

III. Patientes et méthode

1. Type et période d'étude

Nous avons mené une étude rétrospective, transversale, portant sur des femmes admises au Centre de Santé Philippe Senghor de Yoff à Dakar pour la prise en charge de leur accouchement durant la période allant du 1^{er} Janvier 2011 au 31 Décembre 2017, soit une durée de 7 ans.

2. Population d'étude

Elle était constituée de l'ensemble des patientes ayant bénéficié d'une césarienne au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor durant la période de l'étude.

3. Critères d'inclusion

Toutes les patientes qui avaient bénéficié d'une césarienne durant la période d'étude étaient incluses.

4. Collecte des données

Les données étaient compilées à partir de la base de données électronique du service et l'examen des dossiers médicaux lorsque cela s'était avéré nécessaire.

Les patientes étaient réparties selon :

- la classification en 10 groupes de Robson en considérant les six paramètres suivants : parité, nombre de fœtus, présentation fœtale, âge gestationnel au moment de l'accouchement, l'existence ou non d'une césarienne antérieure et l'induction du travail
- la classification de Maillet et Boisselier.
- la classification basée sur la nature ou le type de l'indication et
- la classification basée sur l'indication principale.

5. Analyse des données

Les données extraites étaient analysées d'abord sur Microsoft Excel 2016 puis SPSS 21, version Mac.

La contribution de chaque groupe était calculée en pourcentage de tous les cas ainsi que la contribution globale en pourcentage de chaque groupe au pourcentage total de césarienne.

En outre, la répartition en pourcentage des taux de césarienne par année était davantage évaluée en analysant les indications selon la classification de Maillet et Boisselier, la classification basée sur la nature ou le type de l'indication (maternelles, fœto-annexielles et mixtes) et l'indication principale qui avait mené à la césarienne.

IV. RESULTATS

1. Fréquence

Durant la période d'étude, 29932 accouchements étaient enregistrés dans le service dont 8048 césariennes, soit une fréquence de 26,9%.

Le taux de césariennes est passé de 30,3% en 2011 à 19,8% en 2017.

Le taux de césarienne le plus élevé était noté en 2012 avec une fréquence de 43,5%. Au total, nous notons une décroissance importante de la courbe de fréquence des césariennes.

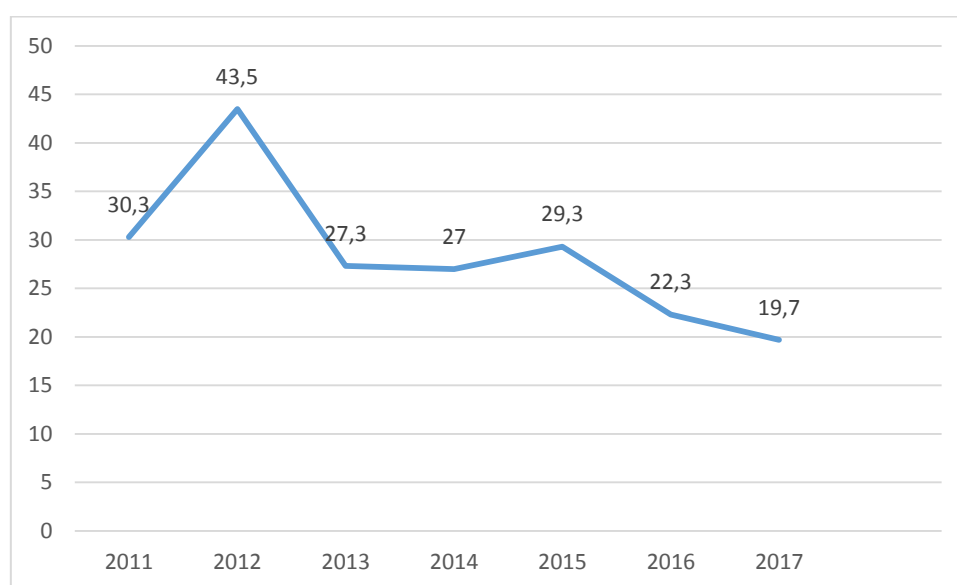


Figure 2 : Evolution annuelle de la fréquence des césariennes

2. Antécédents obstétricaux et mode d'admission

La parité moyenne était de 1,4 avec aux extrêmes une nullipare et une treizième pare.

Une proportion de 38,6% des patientes était nullipare, soit plus du tiers.

Chez 11,2% des patientes, une césarienne antérieure était effectuée.

Dans 18,9% des cas, l'admission s'était faite par le biais d'une évacuation sanitaire (**tableau II**).

Tableau II : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux et le mode d'admission

Variable		Effectif	Pourcentage
Parité	Nullipare	11566	38,6
	Primipare	7240	24,2
	Multipare	10276	34,2
	Grande multipare	850	2,8
Utérus cicatriciel	Non	26583	88,8
	Oui	3349	11,2
Mode d'admission	Domicile	24273	81,1
	Transfert	5659	18,9

3. Données de l'examen clinique

Une proportion de 89,7% des patientes étaient en travail à l'admission dont 49,7% en phase de latence.

Dans la majorité des cas, il s'agissait d'une grossesse monofoetale. Les grossesses gémellaires représentaient 3%.

Une proportion de 89,4% des patientes était porteuse d'une grossesse à terme.

La grande majorité des fœtus était en présentation du sommet.

Tableau III : Répartition des patientes selon les données de l'examen clinique

Variable		Effectif	Pourcentage
Phase d'admission	Après accouchement	392	1,3
	Non en travail	2682	9,0
	Phase active	11958	40,0
	Phase de latence	14886	49,7
Type de grossesse	Gémellaire	887	3,0
	Monofoetale	29023	97,0
	Trimellaire	22	0,1
Terme de la grossesse	Post terme	1143	3,8
	Préterme	2017	6,7
	Terme	26772	89,4
Nature de la présentation	Sommet	28079	93,8
	Siège	1598	5,3
	Transversale	102	0,3
	Autres	153	0,6

4. Mode d'accouchement

Vingt-six virgule neuf pour cent (26,9%) des patientes avaient bénéficié d'une césarienne.

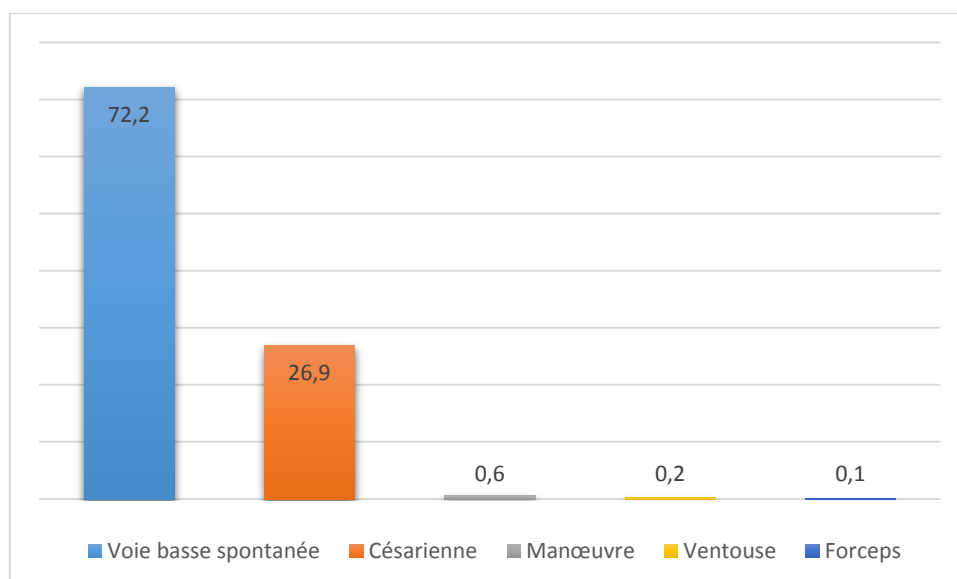


Figure 3 : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement

5. Classification des patientes selon les groupes de ROBSON

L'analyse des indications de césarienne avait permis de constater que le groupe 1 (2197 cas, soit 27,3%), le groupe 5 (2032 cas, soit 25,2%) et le groupe 3 (1624 cas, soit 20,2%) étaient les plus représentés.

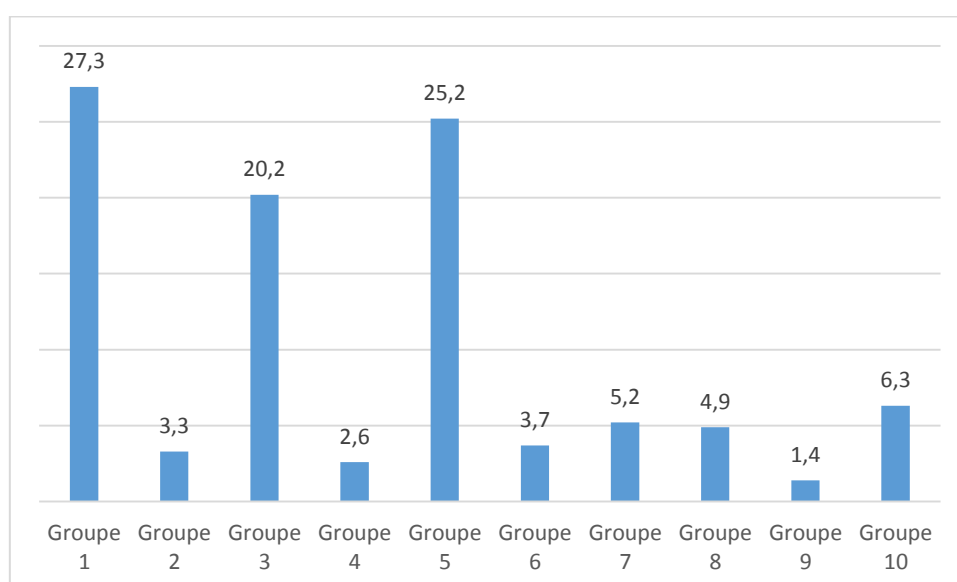


Figure 4: Répartition des patientes selon la classification en 10 groupes de ROBSON

6. Classification des césariennes basée sur la nature de l'indication

Les indications mixtes étaient les plus fréquentes, soit près de la moitié des cas.

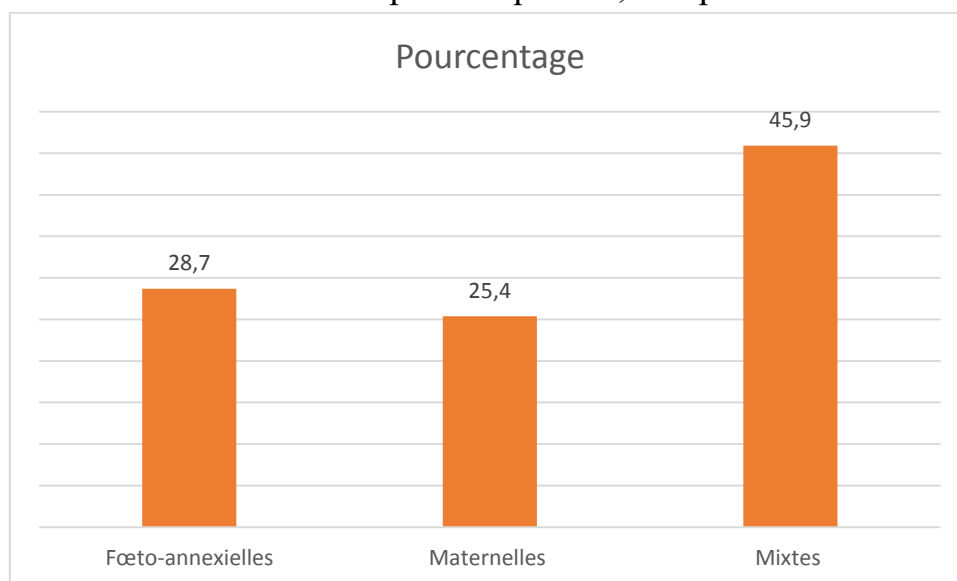


Figure 5: Répartition des patientes selon la nature de l'indication de césarienne

7. Classification de MAILLET et BOISSELIER

Les indications obligatoires étaient dominantes, soit 58,5% des cas.

Une proportion de 89,3% des indications de nécessité étaient réalisées en urgence.

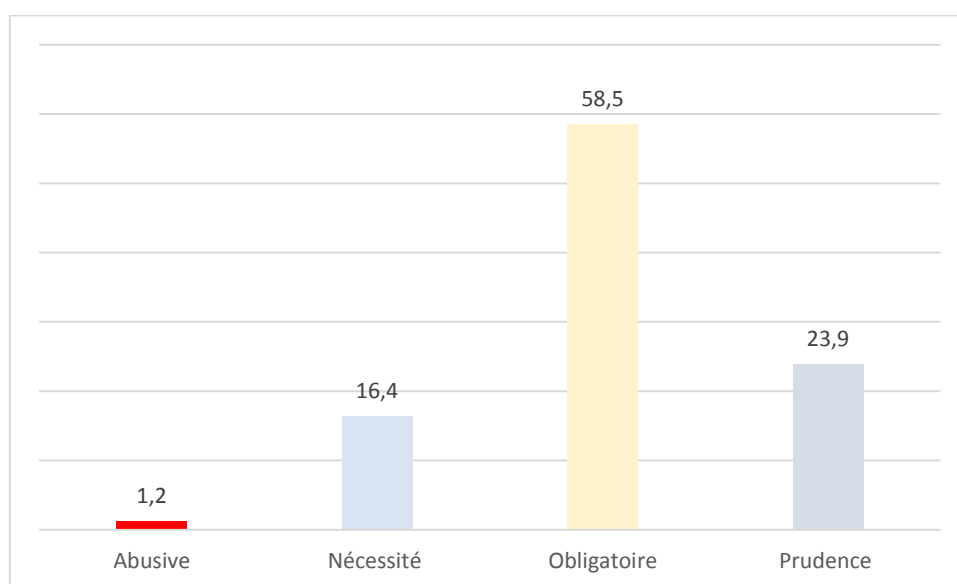


Figure 6: Répartition des patientes selon la classification de Maillet et Boisselier

8. Indications principales

Elles étaient dominées par la souffrance fœtale aiguë (24,3%) et la dystocie mécanique (19,9%). Dans 0,7% des cas cette indication était de convenance.

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'indication principale

Variable	Fréquence	Pourcentage
Accouchement prématuré	68	0,8
Convenance	55	0,7
Dystocie dynamique	119	1,5
Dystocie funiculaire	55	0,7
Dystocie mécanique	1605	19,9
Déclenchement	15	0,2
Eclampsie	137	1,7
Grossesse multiple	293	3,6
Grossesse prolongée	191	2,4
Hémorragie antépartum	361	4,5
Non précisée	129	1,6
Pathologie fœtale	344	4,3
Pathologie maternelle	453	5,6
Présentation anormale	572	7,1
Souffrance fœtale	1957	24,3
Syndromes vasculo-rénaux	440	5,5
Utérus cicatriciel	586	7,3
Utérus multi cicatriciel	668	8,3

9. Evolution annuelle des indications de césarienne basées sur la nature de l'indication

Les indications mixtes dominaient sur toute la durée de l'étude comme le montre la figure suivante.

Les différentes indications sont restées stables dans le temps avec des courbes pratiquement parallèles sauf en 2016 où les courbes des indications fœto-annexielles (deuxième groupe d'indications) et maternelles se sont croisées puis repris leur cours habituel en 2017.

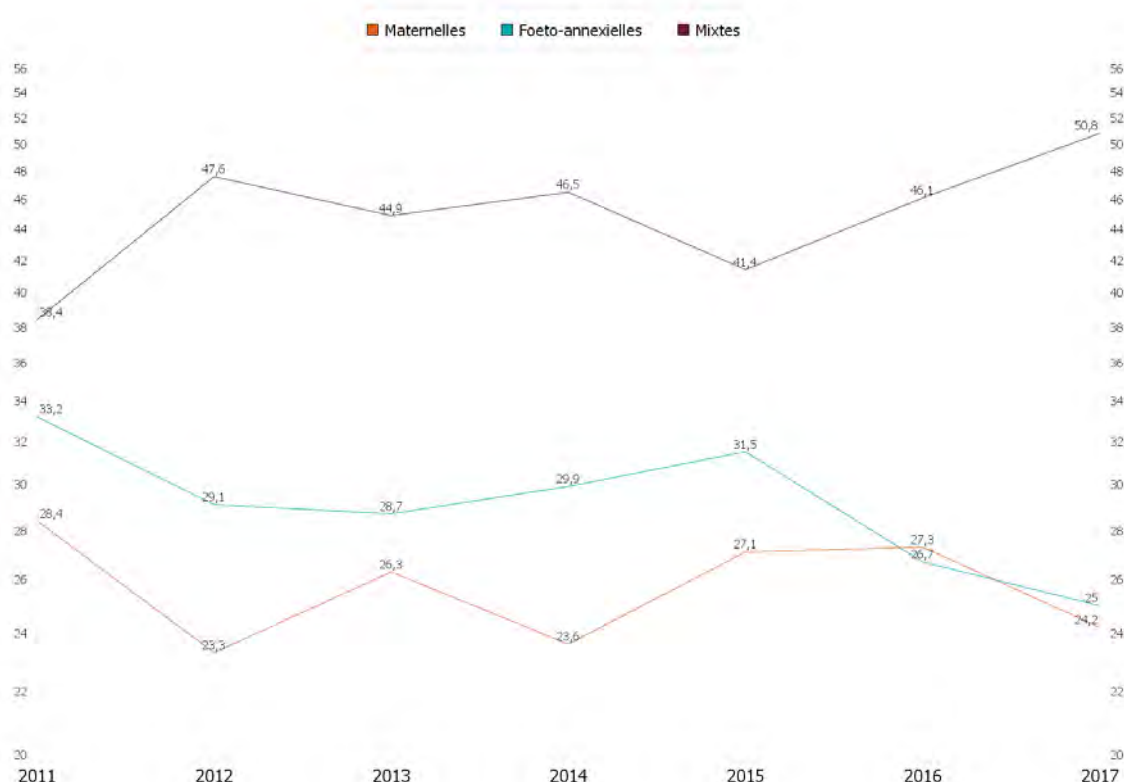


Figure 7: Evolution annuelle des indications de césarienne basées sur la nature de l'indication

10. Evolution annuelle des indications de césarienne selon la classification de Maillet et Boisselier

L'évolution annuelle des indications de césarienne était marquée par une prédominance constante des indications obligatoires suivies de celles dites de prudence puis des indications de nécessité.

Les indications abusives de césarienne avaient connu une légère hausse en 2013-2014 puis redescendues à moins de 1% comme le montre la figure 8.

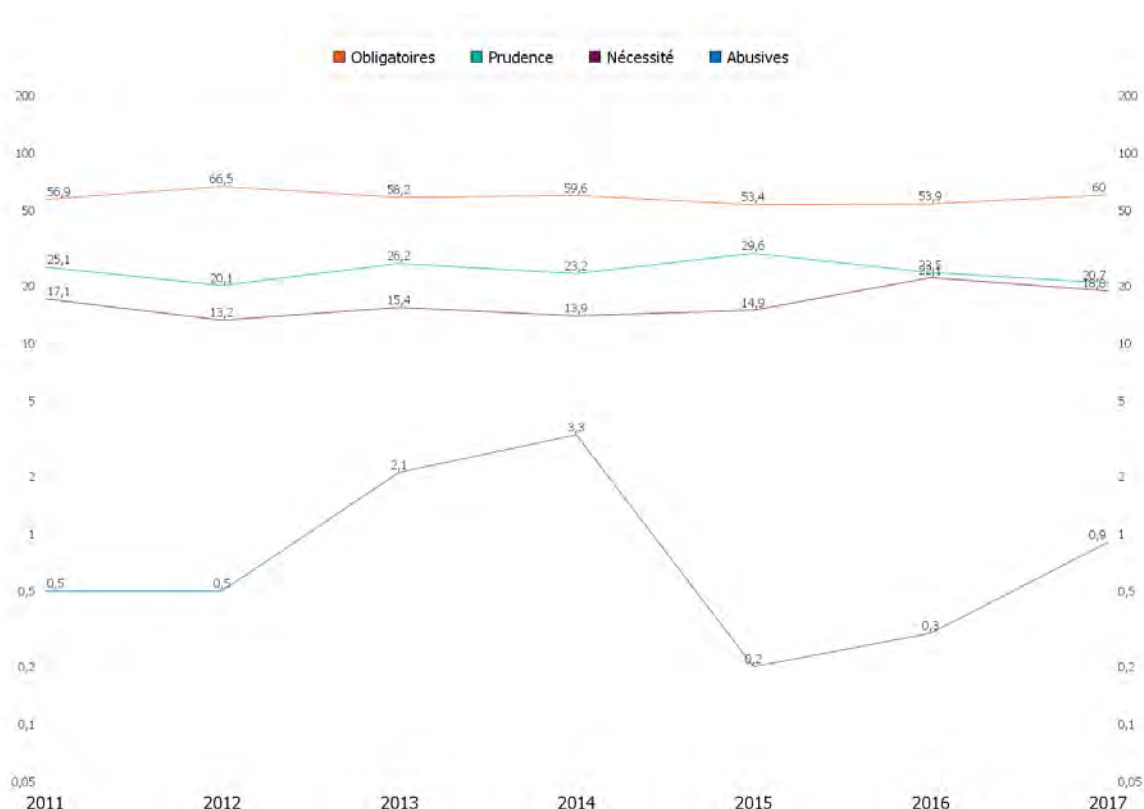


Figure 8: Evolution annuelle des indications de césarienne selon la classification de Maillet et Boisselier

11. Evolution annuelle des indications de césarienne selon l'indication principale

Les deux principales indications de césarienne étaient la souffrance fœtale aiguë et la dystocie mécanique avec des taux relativement constants au cours des sept années de l'étude.

Tableau V : Répartition des patientes selon l'indication principale par année

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Accouchement prématuré	effectif	0	8	3	13	32	7	5	68
	%	0	0,6	0,3	1	2,2	0,5	0,4	0,8
convenance	effectif	2	13	12	3	9	5	11	55
	%	0,9	0,9	1,2	0,2	0,6	0,4	0,9	0,7
Dystocie dynamique	effectif	5	26	11	14	11	23	29	119
	%	2,4	1,9	1,1	1,1	0,8	1,6	2,3	1,5
Dystocie funiculaire	effectif	1	17	3	6	8	10	10	55
	%	0,5	1,2	0,3	0,5	0,5	0,7	0,8	0,7
Dystocie mécanique	effectif	25	478	174	187	295	250	196	1605
	%	11,8	34,2	17,3	14,5	20,2	17,6	15,5	19,9
Echec au déclenchement	effectif	0	4	3	4	1	1	2	15
	%	0	0,3	0,3	0,3	0,1	0,1	0,2	0,2
Eclampsie	effectif	5	9	23	37	20	28	15	137
	%	2,4	0,6	2,3	2,9	1,4	2	1,2	1,7
Grossesse multiple	effectif	4	37	33	67	77	53	22	293
	%	1,9	2,6	3,3	5,2	5,3	3,7	1,7	3,6
Grossesse prolongée	effectif	1	26	9	29	43	35	48	191
	%	0,5	1,9	0,9	2,2	2,9	2,5	3,8	2,4
Hémorragie antépartum	effectif	4	78	57	54	60	70	38	361
	%	1,9	5,6	5,7	4,2	4,1	4,9	3	4,5
Non précisée	effectif	63	8	18	12	12	2	14	129
	%	29,9	0,6	1,8	0,9	0,8	0,1	1,1	1,6
Pathologie fœtale	effectif	4	42	43	71	79	5	51	344
	%	1,9	3	4,3	5,5	5,4	3,8	4	4,3
Pathologie maternelle	effectif	4	50	82	119	36	67	95	453
	%	1,9	3,6	8,2	9,2	2,5	4,7	7,5	5,6
Présentation anormale	effectif	12	114	75	107	104	89	71	572
	%	5,7	8,2	7,5	8,3	7,1	6,3	5,6	7,1
Souffrance fœtale	effectif	23	332	209	281	402	400	310	1957
	%	10,9	23,7	20,8	21,8	27,6	28,2	24,5	24,3
Syndromes vasculo-rénaux	effectif	1	37	50	57	62	108	125	440
	%	0,5	2,6	5	4,4	4,3	7,6	9,9	5,5
Utérus cicatriciel	effectif	34	33	119	135	116	82	67	586
	%	16,1	2,4	11,8	10,5	8	5,8	5,3	7,3
Utérus multi cicatriciel	effectif	23	86	82	95	91	134	157	668
	%	10,9	6,2	8,2	7,4	6,2	9,4	12,4	8,3
Total	effectif	211	1398	1006	1291	1458	1418	1266	8048
	%	100	100	100	100	100	100	100	100

12. Données néonatales

Etat du nouveau-né

Le taux de naissances vivantes était de 96,4%.

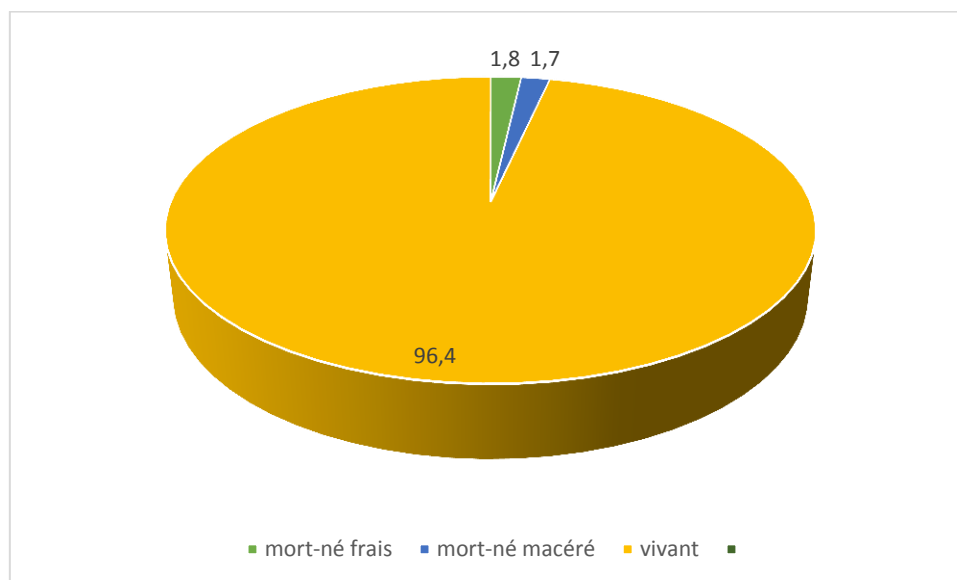


Figure 9: Répartition selon l'état du nouveau-né à la naissance

V. DISCUSSION

1. Fréquence

Nous avons mené une étude rétrospective, transversale portant sur l'évaluation des accouchements par césarienne d'un Centre suburbain dakarois. Notre taux de césarienne de 26,9% est élevé en se référant aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé [16] qui recommande un taux de césarienne compris entre 10 et 15% des accouchements [7]. D'autres séries africaines rapportent des taux similaires : Cissé [5], Mbaye [13] et Ouédraogo [17] avec respectivement 25,2%, 21% et 21,6%.

Cependant, nous notons une baisse importante du taux de césarienne d'année en année car la fréquence était passée de 30,3% en 2011 à 19,8% en 2017.

Bien que l'Organisation Mondiale de la Santé ait recommandé depuis 1985 un taux de césarienne compris entre 5 et 15 %, on ne possède pas de données expérimentales qui permettent de fixer un intervalle ou une fourchette de pourcentages optimaux. Les études sont de plus en plus nombreuses à souligner les effets négatifs d'un taux élevé de césariennes. Il convient de noter que la limite supérieure de 15 % qui est proposée ne constitue pas un objectif à atteindre mais plutôt un seuil à ne pas dépasser. Quoi qu'il en soit, dans la plupart des pays développés et dans de nombreuses zones urbaines de pays en développement, les taux de césariennes dépassent ce seuil. En réalité, ce qui importe le plus c'est que toutes les femmes qui ont besoin d'une césarienne puissent effectivement en bénéficier sans tenir compte d'une notion de seuil.

Selon les estimations de l'enquête sur les Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) du Sénégal, les structures SONU ont accueilli, au cours de la période considérée, plus de 470000 accouchements. Il s'agissait essentiellement d'accouchements spontanés par voie basse (94,8%). Les césariennes représentaient, à l'échelle nationale, 4,4% des accouchements. Les accouchements instrumentaux étaient rares : 0,5% pour la ventouse obstétricale et 0,1% pour le forceps. Ceci pose le problème de la disponibilité et de l'utilisation des structures SONUC au niveau national car les taux de césarienne sont très disparates [15].

2. Données épidémiocliniques

- Mode d'admission

Les patientes admises au cours de notre étude étaient transférées d'autres structures dans 18,9% des cas.

Le centre de santé Philippe Maguilen Senghor est le centre de santé de référence

du District Ouest. Depuis la fermeture de la Clinique Gynécologique et Obstétricale, la Maternité de ce centre enregistre l'un des taux d'accouchements les plus élevés de Dakar. Des évacuations proviennent plus des zones hors du District ce qui donne une idée de la charge de travail et également le taux élevé de césariennes. En effet, le Centre de santé couvre plus que les prévisions du découpage de la pyramide sanitaire.

- Age gestationnel

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 6,7% d'accouchements prématurés.

Le Centre ne dispose que d'une salle faisant office d'unité de Néonatalogie à capacités limitées avec 2 couveuses et 6 lits.

L'insuffisance de personnel qualifié contrastant avec la surcharge de travail (Soins néonataux, Soins Kangourou, Réanimation néonatale) fait ressortir les difficultés rencontrées eu égard à l'augmentation des taux de césarienne et des indications pour souffrance fœtale aiguë et pour prématurité.

3. Analyse des indications de césarienne

Les indications de césariennes obligatoires étaient plus fréquentes que les indications de prudence et de nécessité comme en témoignent plusieurs études dont celles de Cissé [4] dans notre pays : 43,8 % pour les indications obligatoires, 30,8 % pour les indications de prudence et 25,4 % pour les indications de nécessité.

La classification de Maillet et Boisselier présente un intérêt majeur dans les pays où la couverture en césarienne est faible (4,4% au Sénégal). Elle permet également de faire la part entre les indications de nécessité qui sont plutôt le reflet de la qualité de la prise en charge lors de la grossesse et de l'accouchement et les indications de prudence dont l'objectif vise principalement la diminution du risque périnatal, et dans une moindre mesure du risque maternel (utérus cicatriciel). Les indications abusives étaient faibles dans notre série (1,2%) ce qui témoigne de la qualité de la prise en charge. Le recours à la césarienne se fait dans la plupart des cas après avoir épuisé les différentes thérapeutiques correctrices.

L'analyse des indications de césarienne selon cette classification se focalise sur le taux de césarienne de nécessité réalisée en urgence (89,3%). Ce taux démontre clairement qu'il y a beaucoup d'efforts à réaliser au cours du suivi prénatal notamment dans la référence précoce.

Il importe donc que le personnel de santé en charge des consultations prénatales soit reformé et/ou recyclé sur le dépistage des facteurs de risque au cours de la surveillance prénatale.

La classification de Maillet et Boisselier ne permet cependant pas d'entrevoir les caractéristiques des patientes qui bénéficient d'une césarienne ni les pathologies qui conduisent à la césarienne. La classification en 10 groupes de Robson et celle basée sur l'indication principale le fait.

La classification de Robson en 10 groupes est une méthode d'évaluation et de comparaison des facteurs qui contribuent aux taux de césarienne et leurs effets. Elle permet aussi la tenue de comparaisons entre les établissements, les régions et les pays qui utilisent un tel système. Les avantages de la classification de Robson sont nombreux. Il s'agit d'une classification simple d'utilisation et reproductible, pouvant ainsi être utilisée comme un outil de référence pour établir des comparaisons entre maternités, régions, voire pays, en limitant les biais d'interprétation [6].

Ainsi, au cours de notre étude, nous avons constaté que le groupe 1 (grossesse unique, terme ≥ 37 semaines d'aménorrhée, nullipare, présentation céphalique, utérus neuf, travail spontané), le groupe 5 (antécédent de césarienne, grossesse unique, présentation céphalique, terme ≥ 37 semaines d'aménorrhée) et le groupe 3 (multipare, grossesse unique, présentation céphalique, terme ≥ 37 semaines d'aménorrhée, travail spontané) enregistraient les taux les plus élevés soit respectivement 27,3%, 25,2% et 20,2%. Ce même constat était fait dans les séries de Robson [22], Mbaye [12] et Delbaere [6].

Au sein des différents groupes (Robson ou Maillet et Boisselier), il est indispensable d'analyser pour chaque césarienne, l'indication principale qui a conduit à la césarienne.

Dans tous les groupes prédominants (Groupe 1 de Robson, indications obligatoires et indications mixtes), la souffrance fœtale aiguë et la dystocie mécanique étaient les indications majeures.

En Afrique, peu de maternités disposent de cardiotocographes encore moins d'appareils de mesure du pH du scalp. Le diagnostic de souffrance fœtale aiguë est porté sur la base de l'auscultation du rythme cardiaque fœtal au stéthoscope de Pinard et de l'appréciation de la coloration du liquide amniotique. D'autrepart, la pelvimétrie clinique est pratiquement le seul moyen d'exploration du bassin.

L'organisation de nos structures explique en partie cette tendance où des obstétriciens moins expérimentés (médecins en spécialisation) sont au premier niveau dans la chaîne de prise en charge des parturientes.

De toute évidence, cette proportion de césarienne pour souffrance fœtale peut être abaissée en renforçant d'abord le plateau technique de nos structures sanitaires leur dotant de cardiotocographes et en insistant sur la formation à leur utilisation tout en réduisant la différence inter-observateur dans l'interprétation du rythme cardiaque en mettant en œuvre des ateliers d'enseignement fréquents pour le personnel obstétrical.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La césarienne est l'intervention chirurgicale la plus pratiquée dans le monde et a connu d'importantes évolutions autant dans sa technique que dans l'élargissement de ses indications. En effet son taux ne cesse de croître malgré les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de ne pas dépasser 10 à 15%/

Depuis le début des années 90, dans plusieurs maternités de référence des centres hospitaliers universitaires (CHU) des grandes villes africaines, l'évolution des taux de césarienne a connu la même inflation que dans les pays développés.

A l'heure actuelle, l'hétérogénéité de la classification des césariennes ne permet pas la tenue de comparaisons valables mais l'Organisation Mondiale de la Santé propose d'adopter le système de classification de Robson comme système international de référence pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison des taux de césarienne au sein des établissements de soins et entre établissements de soins.

Ainsi, nous avons mené une étude transversale portant l'évolution des indications de césariennes selon la classification de Robson, de MAILLET et BOISSELIER et celles basée sur l'indication dans un centre suburbain dakarois. Notre étude a eu pour cadre le Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor du District Ouest de Dakar situé dans la banlieue ouest-dakaroise.

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective, transversale, ayant évalué toutes les femmes admises au Centre de Santé Philippe Senghor de Yoff à Dakar et ayant bénéficié d'une césarienne durant la période allant du 1^{er} Janvier 2011 au 31 Décembre 2017.

L'objectif général de cette étude était d'évaluer l'évolution des indications de césarienne selon différentes classifications.

Les données étaient compilées à partir de la base de données du service et analysées d'abord sur Microsoft Excel 2016 puis SPSS 21, version Mac.

Durant la période d'étude, 29932 accouchements étaient enregistrés dans le service dont 8048 césariennes, soit une fréquence de 26,9%.

Plus d'un tiers des patientes étaient nullipares (38,6%) et 11,2% étaient porteuses d'un utérus cicatriciel. Les patientes étaient admises dans 18,9% par le biais d'un transfert.

Dans 97% des cas, la grossesse était monofoetale, à terme dans 89,4% avec une présentation du sommet dans 93,8%.

L'analyse des indications montrait que :

➤ selon la classification de Robson, le groupe 1 (2197 cas, soit 27,3%), le

groupe 5 (2032 cas, soit 25,2%) et le groupe 3 (1624 cas, soit 20,2) étaient les plus représentés ;

➤ les indications mixtes prédominaient avec une moyenne de 45,9% suivies des indications fœto-annexielles 28,7% et des indications maternelles 25,4% ;

➤ les indications obligatoires dominaient avec une moyenne de 58,5% suivies des indications de prudence (23,9%) et les indications de nécessité (16,4%). Les indications abusives étaient rares.

➤ les indications principales étaient dominées par la souffrance fœtale aiguë (25,2%) et la dystocie mécanique (19,9%) avec une tendance à la baisse depuis 2015.

➤ Nous avons enregistré 96,4% de naissances vivantes.

Au terme de cette étude, nous constatons que :

- le taux de césarienne a diminué mais reste élevé par rapport aux valeurs recommandées par l'OMS,
- la classification de Robson est simple d'utilisation et inclut des informations le plus souvent recueillies dans les services d'obstétrique ;
- les groupes 1 ; 5 et 3 sont ceux qui contribuent le plus aux indications de césarienne,
- la tendance est à la stabilisation des indications de césarienne. Chaque année les indications mixtes et les indications obligatoires étaient au premier plan avec une variation des taux assez faible ;
- Les indications de césarienne de nécessité étaient réalisées en grande partie en urgence.
- Les indications principales de césarienne étaient dominées par la souffrance fœtale aiguë et la dystocie mécanique mais avec une tendance à la baisse.

Nos résultats appellent les recommandations suivantes :

- Promouvoir l'utilisation de la Classification de Robson, de Maillet et Boisselier dans toutes les maternités du Sénégal ;
 - Renforcer les ressources au sein des structures de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence à l'échelle nationale ;
 - Renforcer les capacités des prestataires de santé dans l'offre des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence.
-
- Doter la Maternité de moyens modernes de monitoring de la parturition, d'instruments d'aide à l'extraction fœtale (ventouse, spatules) et d'appareil d'échographie en salle d'accouchement,
 - Evaluer régulièrement les taux de césarienne,
 - Analyser l'évolution des indications de césarienne selon les différentes classifications,
 - Poursuivre la réunion quotidienne d'évaluation des indications de césariennes et de la prise en charge des urgences.

REFERENCES

1. BOISSELIER P, MAGHIORACOS P, MARPEAU L, HAJALI B, BARRA T.

Evolutions des indications de césarienne.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1987;16:251-60.

2. BOULVAIN M.

Evolution des taux et des indications de césarienne.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008; 37:2-3.

3. BROCHE D, COURTOIS L, MAILLET R, RIETHMULLER D.

Césariennes.

Encycl. Med Chir. Elsevier, Masson, Paris, Obstétrique 2008: 5-102-A-10 :16p.

4. CISSÉ C, FAYE E, BERNIS L, DUJARDIN B, DIADHIOU F.

Césarienne au Sénégal : Couverture des besoins et qualité des services.

Cahiers Santé 1998;8(5):369-77.

5. CISSÉ C, NGOM P, GUISSÉ A, FAYE E, MOREAU J.

Réflexions sur l'évolution des taux de césarienne en milieu africain exemple du CHU de Dakar entre 1992 et 2001.

Gynecol Obstet Fertil 2004 32:210-7.

6. DELBAERE I, CAMMU H, MARTINS E, TENCY I, MARTENS G, TEMMERMAN M.

Limiting the cesarean section rate (in low risk pregnancies is key to lowering the trend of increased abdominal delivery. An observational Study

BMC pregnancy Childbirth 2012;12:3.

7. DESSOLE L, DARAI E.

Evolutions techniques de la césarienne.

Encyclopédie Médico-chirurgicale Gynécologie-Obstétrique 2005:110-24.

8. KAMINA P.

Anatomie Opératoire en gynécologie et obstétrique.

Maloine, Paris 2000:523p.

9. KAZADI BUANGA J, TINE C, DIÈNE C.

Intérêts de la césarienne de Misgav Ladach dans la prise en charge des dystocies.

Med Afr Noire 2001;48(7):316-8.

10. LANSAC J, PIERRE F.

La césarienne. In : Pratique de l'accouchement.
4^{ème} éd, Masson, Paris 2006:449-74.

11. MAILLET R, SCHAAL J, SLOUKGI J.

Comment réduire les taux de césarienne en CHU ?
Rev Fr Gynéco Obstétr 1991;86:294-300.

12. MBAYE M, GUEYE M, NDIAYE GUEYE M, SENE NIANG N, MOREAU J.

Analysis of caesarean section rate according to Robson's classification in an urban health center in Senegal.
Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol 2015;4(4): 1100- 1102.

13. MBAYE M, GUEYE SMK, GUEYE M, CISSÉ M, DIADHIOU M, FAYE DIÉMÉ M, et al.

Les soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Centre de Santé niveau II de Rufisque : Impact du redéploiement du personnel de la Maternité du CHU Le-Dantec.
Journal de la SAGO 2006;7(1) : 5-10.

14. SÈNE NK.

Audit des indications de césariennes au Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor.
Mémoire Médecine, Dakar, Université Cheich Anta Diop. 2014;N° 947.

15. MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIALE, UNFPA, OMS, UNICEF, CEFORP.

Evaluation des besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence au Sénégal en 2012-2013.
Rapport, Dakar, Décembre 2014, 179p.

16. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Déclaration sur les taux de césarienne 2014.
Disponible sur le site www.who.int/reproductivehealth Page consultée le 12/11/2016.

17. OUÉDRAGO C, ZOUNGRANA T, DAO B, DUJARDIN B, OUÉDRAGO A, THIÉBA B, et al.

Césarienne de qualité au Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de Gynécologie- obstétrique.
Med Afr Noire 2001;48 : 443-45.

18. RACINET C, FAVIER M.

La césarienne : indications, techniques, complications.
Paris : Masson 1984;(184p).

19. RACINET C, MEDDOUN M.

Césariennes.
Encycl Med Chir. Elsevier SAS, Paris Techniques chirurgicales- Gynécologie 2001:41-900-20p.

20. RAIFFORT C, KAYEM G.

Césarienne.
Elsevier Masson SAS Chirurgie en Obstétrique 2015:64-75.

21. ROBSON M.

Classification of caesarean sections.
Fetal and maternal Medicine Review 2001;12 (1):23-39.

22. ROBSON M, MURPHY M, BYRNE F.

Quality assurance: The 10 group classification system (Robson classification).
Induction of labor and caesarean delivery.
In Journal Gynecol and Obstet 2015; 131: S23- S27.

23. SAYEGH I, DUPUIS O, CLEMENT H, RUDIGOZ R.

Etude du délai décision de césarienne-naissance dans les césariennes en urgence.
La Revue Sage-femme 2004;3:53-8.

24. TORLONI M, BETRAN A, SOUZA J, WIDMER M, ALLEN T, GULMEZOGLU M.

Classifications for caesarean section. Systematic review
PLoS One 2011; 6(1):14566.

25. WANIEZ P, WURTZ B, BRUSTLEIN V.

L'abus du recours à la césarienne au Brésil : dimensions géographiques d'une aberration médicale.
Cahiers Santé 2006; 16(1): 21-31.

TENDANCE EVOLUTIVE DES INDICATIONS DE CESARIENNES AU CENTRE DE SANTE PHILIPPE MAGUILEN SENGHOR DU 01 JANVIER 2011 AU 31 DECEMBRE 2017

RESUME

Objectif : le but de cette étude était d'évaluer l'évolution des indications de césariennes selon les différentes classifications au Centre de santé Philippe Maguilen Senghor à Dakar.

Matériels et méthodes : il s'agit d'une étude rétrospective, transversale, portant sur des femmes admises au Centre de Santé Philippe Senghor de Yoff à Dakar pour la prise en charge de leur accouchement et ayant bénéficié d'une césarienne durant la période allant du 1^{er} Janvier 2011 au 31 Décembre 2017, soit une durée de 7 ans.

Résultats : Durant la période d'étude, 29932 accouchements étaient enregistrés dans le service dont 8048 césariennes, soit une fréquence de 26,9%.

Plus d'un tiers des patientes étaient nullipares (38,6%) et 11,2% étaient porteuses d'un utérus cicatriciel. Les patientes étaient admises dans 18,9% par le biais d'un transfert. Dans 97% des cas, la grossesse était monofœtale, à terme dans 89,4% avec une présentation du sommet dans 93,8%. L'analyse des indications montrait que : selon la classification de Robson, le groupe 1 (2197 cas, soit 27,3%), le groupe 5 (2032 cas, soit 25,2%) et le groupe 3 (1624 cas, soit 20,2) étaient les plus représentés ; les indications mixtes prédominaient avec une moyenne de 45,9% suivies des indications fœto-annexielles 28,7% et des indications maternelles 25,4% ; les indications obligatoires dominaient avec une moyenne de 58,5% suivies des indications de prudence (23,9%) et les indications de nécessité (16,4%). Les indications abusives étaient rares. Les indications principales étaient dominées par la souffrance fœtale aiguë (25,2%) et la dystocie mécanique (19,9%) avec une tendance à la baisse depuis 2015. Nous avons enregistré 96,4% de naissances vivantes.

Conclusion : le taux de césarienne a diminué mais reste élevé par rapport aux valeurs recommandées par l'OMS. La classification de Robson est simple d'utilisation et inclut des informations le plus souvent recueillies dans les services d'obstétrique ; les groupes 1 ; 5 et 3 sont ceux qui contribuent le plus aux indications de césarienne. La tendance évolutive est à la stabilisation des indications de césarienne. Chaque année les indications mixtes et les indications obligatoires étaient au premier plan avec une variation des taux assez faible. Les indications de césarienne de nécessité étaient réalisées en grande partie en urgence. Les indications principales de césarienne étaient dominées par la souffrance fœtale aiguë et la dystocie mécanique mais avec une tendance à la baisse.

Mots clés : Tendance évolutive, Indication, Césarienne - Dakar