

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR



FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE



ANNEE 2018

N° 154

INDICATIONS DE LA PREMIERE CESARIENNE : UN AUDIT MENE SUR 5 ANNEES D'EXERCICE AU CENTRE DE SANTE PHILIPPE MAGUILEN SENGHOR

MEMOIRE

Pour l'obtention du Diplôme d'Etudes Spéciales de
Gynécologie-Obstétrique

Présenté et soutenu

Le 23 Août 2018

Par

Docteur Abdelouahed CHRAIBI

Né le 30 Mars 1985 à Fès (MAROC)

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT	: M. Cheikh Ahmed Tidiane CISSE	Professeur Titulaire
MEMMBRES	: M. Djibril DIALLO	Maître de Conférences Agrégé
	: M. Serigne Modou Kane GUEYE	Maître de Conférences Agrégé
DIRECTEUR DE MEMOIRE	: M. Magatte MBAYE	Maître de Conférences Agrégé
CO-DIRECTEUR DE MEMOIRE	: Mme. Mame Diarra NDIAYE	Maître-Assistant

*A Dieu l'éternel, le clément et le miséricordieux,
« Louange à Dieu, Seigneur des mondes le clément et le
miséricordieux, maître du jour de la rétribution.
C'est toi que nous adorons et de toi nous implorons notre
secours.*

*Guide-nous dans le droit chemin, le chemin de ceux que tu as
comblés de bienfaits » AMEN.*

A son prophète Mohammed (PSI).

Je dédie ce mémoire...

DEDICACES

*A tous ceux qui m'ont aidé à sortir de l'ignorance.
Au Maroc, ma patrie, à laquelle je suis fier d'appartenir.
Au Sénégal, pays de la Téranga, la terre d'accueil par
excellence et de chaleur humaine où j'ai passé les plus beaux
moments de ma vie d'étudiant. Merci pour tout.*

A la mémoire...

De mon père Abdellatif CHRAIBI.

De mes grands-parents Haj Abdelouahed CHRAIBI, Sidi Omar ZOUITEN, Haja Fatima CHRAIBI.

De mes oncles Taha ZOUITEN et Saïd CHRAIBI.

« Que le bon Dieu puisse les accueillir dans son paradis »

A ma très chère mère Lalla Asmae ZOUITEN :

*Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour.
Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder
santé, longue vie et bonheur.*

A ma très chère sœur Soumaya :

Tu occupes une immense place dans mon cœur.

A ma très chère sœur Meryem :

*Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le
dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour toi. Tu es
une sœur, mais aussi un exemple à suivre. Tu étais toujours
présente à mes côtés. Tu m'as encouragé, soutenu et tu as su
me pousser à donner le meilleur de moi-même.*

*Que ce travail soit l'expression de toute mon affection et ma
gratitude.*

*A toutes les familles CHRAIBI, ZOUITEN, JABRI, CHAOUI,
ZRARQUI, MAACHOU...*

A tous mes amis et frères :

Sur lesquels j'ai toujours compté. Je vous dédie ce travail.

A tous mes camarades de promotion :

En souvenir des bons moments passés ensemble dans une atmosphère de fraternité et d'entente sympathique.

A tout le personnel de la Clinique Gynécologique et Obstétricale de Dakar :

Tous mes respects et ma gratitude.

Sincères remerciements...

A Monsieur le Professeur Jean Charles Moreau :

Vous nous avez accueilli dans votre service les bras ouverts. Veuillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre infinie reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Cheikh Ahmed Tidiane Cisse :

Les mots ne sauraient suffire pour vous témoigner notre profonde gratitude.

A Monsieur le Professeur Alassane Diouf :

Votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre sens du travail bien fait font de vous un maître exemplaire. Soyez assuré, cher Maître, de nos sincères remerciements.

A notre Directeur de Mémoire Monsieur le Professeur Magatte Mbaye :

Nous ne saurions vous exprimer notre gratitude pour toute l'aide que vous nous avez apportée. Votre capacité de travail, votre rigueur scientifique, votre modestie et humanisme nous ont séduits. Vous n'avez ménagé aucun effort pour nous assurer un enseignement et une formation de qualité. Soyez assuré, cher Maître, de notre profonde gratitude et de notre infinie reconnaissance.

*A notre Co-directeur de Mémoire Madame le Docteur
Mame Diarra Ndiaye Gueye :*

Un homme ne peut avancer sans de bons repères ou de bons modèles. A ce titre, nous nous réjouissons d'avoir été à vos côtés. Le résultat est immense, nous y avons acquis connaissances, compétences et rigueur dans le travail.

Vos qualités humaines forcent le respect et l'admiration de tous. Soyez assurée de mon éternelle reconnaissance.

A tous nos enseignants et encadreurs... Merci infiniment

LISTE DES ABREVIATIONS

CHU	: Centre hospitalier universitaire
CS	: Césarienne
CSPMS	: Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor
eCS	: Césarienne électorive
EDSC	: Enquête Démographique et de Santé Continue
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
RCF	: Rythme cardiaque foetal

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Situation du district Ouest	10
Figure 2 : Répartition des patientes selon la parité.....	13
Figure 3 : Répartition selon le taux de césarienne et le score d'Apgar en cas d'accouchement gémellaire	17
Figure 4: Répartition selon le taux de césarienne et le score d'Apgar en cas de présentation de siège	17

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Classification de Robson	4
Tableau II: Répartition selon la classification de Robson	14
Tableau III: Répartition selon le groupe d'indications principales	15
Tableau IV: Évolution du mode d'accouchement et des indications de césariennes	16

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR LA CESARIENNE ET SES INDICATIONS

1. Définition	2
2. Evolution du taux de césarienne	2
3. Techniques de césarienne.....	2
4. Classifications des césariennes	3
5. Indications de césarienne	4
5.1. Antécédent de cicatrice utérine	4
5.2. Asphyxie périnatale.....	5
5.3. Dystocies	5
5.4. Présentation du siège.....	5
5.5. Césarienne de convenance.....	5
5.6. Prééclampsie et éclampsie.....	6
5.7. Grossesse gémellaire	6
5.8. Hémorragies antepartum	6
6. Complications des césariennes	6
6.1. Complications maternelles	6
6.2. Complications fœtales	8

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ETUDE

1. Objectifs de l'étude	10
2. Cadre d'étude	10
2.1. Site d'étude.....	10
2.2. Locaux	11
2.3. Ressources humaines.....	11
2.4. Activités	11
3. Méthodologie	11
3.1. Type et période d'étude.....	11
3.2. Critères d'inclusion	11
3.3. Paramètres étudiés.....	12
3.4. Terminologie	12
3.5. Collecte des données	12
3.6. Analyse de données	12

4. Résultats.....	13
4.1. Profil sociodémographique.....	13
4.1.1. Fréquence.....	13
4.1.2. Parité.....	13
4.1.3. Age.....	13
4.2. Indications de la première césarienne.....	14
4.2.1. Répartition des patientes selon la classification de Robson.....	14
4.2.2. Principales indications de césarienne.....	14
4.2.3. Évolution du mode d'accouchement et des indications de césariennes.....	15
4.3. Césarienne et grossesse gémellaire.....	16
4.4. Césarienne et présentation de siège.....	17
4.5. Césarienne et déclenchement artificiel du travail.....	18
5. Discussion.....	19
5.1. Profil des patientes.....	19
5.2. Analyse des principales indications de première césarienne.....	19
5.2.1. Souffrance fœtale.....	19
5.2.2. Présentation de siège et accouchement gémellaire.....	20
5.3. Un audit obstétrical pour réduire le taux de césarienne ?.....	21
5.4. Déclenchement artificiel du travail.....	21

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

INTRODUCTION

La césarienne (CS) est une intervention chirurgicale qui permet, lorsqu'elle est médicalement justifiée, de prévenir efficacement la mortalité et la morbidité maternelles et périnatales. Cependant, aucune donnée ne montre que la césarienne ait un effet bénéfique chez la femme ou le nourrisson lorsqu'elle n'est pas nécessaire et reste associée à des risques à court et à long termes pouvant affecter la santé de la femme et de son enfant ainsi que les grossesses ultérieures [26].

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un taux optimal de CS devrait être compris entre 10 et 15% des naissances [25]. Dans plusieurs pays, ce taux ne cesse d'augmenter pour dépasser 30% : 31,1% aux États Unis d'Amérique en 2006 [12], plus de 30% dans beaucoup de pays européens et 30,5 % à Singapour en 2003 [5]. Au Sénégal, pays subsaharien en voie de développement, le taux national de césarienne était de 4,4% en 2014 avec des disparités énormes entre les différentes structures : 0,1% dans les zones reculées du pays à 50,2% dans la capitale [1]. En 2012, à la Maternité du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor (CSPMS), qui est le centre gynécologique et obstétrical de référence du District Sanitaire Ouest de la Région de Dakar, le taux de césarienne s'élevait à 38,2%.

La classification des césariennes en 10 groupes de Robson, fondée sur des critères obstétricaux, est largement utilisée dans de nombreux pays au cours des dernières années. Plusieurs études ont montré la contribution majeure du groupe 5 : patientes avec au moins une cicatrice utérine dans l'augmentation du taux de césarienne [22].

Ainsi, nous nous sommes proposés de mener un audit de la première indication de césarienne. L'objectif général étaient d'analyser les principales indications de la première césarienne et d'identifier les stratégies pour en réduire le taux.

Dans une première partie, nous faisons un rappel sur la césarienne et ses indications. Puis nous exposons les résultats de notre étude, les conclusions et les recommandations dans la 2^{ème} partie du travail.

**PREMIERE PARTIE : RAPPELS SUR LA
CESARIENNE ET SES INDICATIONS**

1. Définition

La césarienne, intervention essentielle de l'obstétrique, réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. C'est une intervention banale à force d'être fréquente et elle est réputée facile [15].

2. Evolution du taux de césarienne

Au cours des dernières années, le taux de césarienne a augmenté dans plusieurs pays industrialisés pour atteindre 30% ou plus [5, 12]. Dans certaines cliniques brésiliennes, la CS est devenue quasi systématique et programmée. C'est tout au moins ce que l'on pourrait penser au vu de taux atteignant 90% [20]. En revanche, en Afrique d'une manière générale, au Sénégal en particulier, les taux nationaux de césariennes restent encore à des niveaux faibles. En 2001, le taux global de césarienne dans les pays de l'Afrique de l'Ouest était de 1,3 % des naissances, il était de 1,7 % au Sénégal [7].

Néanmoins, depuis le début des années 1990, à Dakar comme dans d'autres maternités de référence des grandes villes africaines, l'évolution des taux de césarienne a tendance à connaître la même inflation que dans les pays développés. Au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Dakar, le chiffre est passé d'environ 3% en 1966 à 25% en 2001 [7], pour atteindre plus de 50% selon l'Enquête Démographique et de Santé Continue (EDSC) de 2014 [1].

L'Organisation Mondiale de la Santé en 1985, a proposé un taux optimal entre 10 et 15% des naissances [25].

3. Techniques de césarienne

Ces dernières décennies ont vu apparaître de nombreuses innovations dans les techniques de CS. Le choix entre les différentes modalités techniques de la césarienne dépend de nombreuses conditions propres à chaque patiente, à chaque chirurgien et à chaque condition d'exercice [14].

Joël Cohen a mis au point en 1972 une technique de laparotomie pour les hystérectomies gynécologiques, qui a ensuite été utilisée pour les césariennes [20]. La méthode dite de « Misgav Ladach », du nom de l'hôpital dans lequel exerce son initiateur, le Docteur Michael Stark, est une combinaison d'innovations, en particulier l'incision abdominale de Joël Cohen, en une technique de césarienne basée sur le principe du geste chirurgical minimal.

- Etapes superflues éliminées dans Misgav Ladach [19]:
 - Absence de décollement de l'aponévrose des grands droits ;
 - Pas de compresses abdominales;
 - Pas d'aspiration du liquide amniotique ;
 - Absence de clivage du péritoine pré-segmentaire ;
 - Non fermeture des péritoines vésico-utérin et pariétal ;
 - Pas de suture du tissu graisseux sous-cutané.

- Bénéfices de la césarienne Misgav Ladach :

Bénéfices de l'intervention

- Courte durée intervention;
- Diminution du traumatisme opératoire;
- Diminution de l'utilisation du matériel de suture ;
- Diminution des pertes sanguines;
- Diminution des infections.

Bénéfices pour la patiente

- Moindre exposition aux effets anesthésiques ;
- Diminution du taux des complications pariétales ;
- Diminution du risque infectieux post-opératoire ;
- Diminution du risque d'adhérences post-opératoires ;
- Raccourcissement de la durée d'hospitalisation ;
- Raccourcissement de la durée de convalescence ;
- Diminution des douleurs post-opératoires.

Bénéfices pour l'hôpital

- Bonne ventilation des malades;
- Meilleure qualité des soins;
- Diminution des coûts.

4. Classifications des césariennes

Pour atteindre et maintenir un taux approprié de césarienne, il est important d'identifier les groupes de femmes opérées et d'examiner les raisons sous différents paramètres. Ceci nécessite l'utilisation d'un système de classification qui permette d'évaluer et de comparer les taux de césarienne de façon standardisée, fiable et cohérente [22].

Au cours des dernières décennies, de nombreuses classifications ont été publiées. Les césariennes sont classées selon le moment de la césarienne (avant ou pendant travail), le degré d'urgence, l'indication ou encore selon les caractéristiques de la patiente entre autres. Mais les informations nécessaires à

l'utilisation de ces classifications sont parfois difficiles à recueillir en routine et sont difficilement reproductibles [17].

Parmi les systèmes de classification, celle en 10 groupes de Robson est utilisée dans de nombreux pays au cours des dernières années. Ces groupes sont élaborés selon cinq paramètres obstétricaux de base qui sont systématiquement enregistrés dans toutes les maternités (Tableau I) :

- parité;
- initiation du travail;
- âge gestationnel (avant terme ou à terme) ;
- présentation du fœtus (céphalique, siège ou transverse) ;
- nombre de fœtus (grossesse unique ou multiple) [22].

En 2014, l'OMS a réalisé une revue systématique sur l'expérience des utilisateurs de la classification de Robson et propose d'adopter celle-ci comme système international de référence pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison des césariennes dans les établissements de soins au cours du temps et entre établissements de soins [26].

Tableau I : Classification de Robson

	Fœtus	Parité	Terme	Présentation	Utérus	Travail
Groupe 1	Singleton	Nullipare	≥ 37SA	Céphalique	Neuf	Spontané
Groupe 2	Singleton	Nullipare	≥ 37SA	Céphalique	Neuf	D ou CE*
Groupe 3	Singleton	Multipare	≥ 37SA	Céphalique	Neuf	Spontané
Groupe 4	Singleton	Multipare	≥ 37SA	Céphalique	Neuf	D ou CE*
Groupe 5	Singleton	Multipare	≥ 37SA	Céphalique	Cicatriciel	
Groupe 6	Singleton	Nullipare		Siège	Neuf	
Groupe 7	Singleton	Multipare	≥ 37SA	Siège	Neuf ou Cicatriciel	
Groupe 8	Multiple				Neuf ou Cicatriciel	
Groupe 9	Singleton			Transverse		
Groupe 10	Singleton		< 37SA		Neuf ou Cicatriciel	

*D ou CE : Déclenchement artificiel du travail ou césarienne élective

5. Indications de césarienne

5.1. Antécédent de cicatrice utérine

Le risque de rupture utérine, du fait de la morbidité et mortalité maternelles et fœtales dans 10 à 25% des cas, réduit les tentatives de voie basse [14]. En considérant l'ensemble des indications de césarienne, le groupe 5 de Robson,

définit par un antécédent de césarienne avec une présentation céphalique et une grossesse de plus de 37 semaines d'aménorrhée (SA), est le plus grand contributeur [22]. En effet cette contribution est de 6,2%, alors que celle du groupe 2 est de 5,1% et que les taux des autres groupes sont toujours inférieurs ou égale à 2,2%.

5.2. Asphyxie périnatale

L'asphyxie perpartum est définie par une acidose métabolique à la naissance avec un pH artériel au cordon inférieur à 7,00 et un déficit de base supérieur ou égal à 12 mmol/L [4].

Le diagnostic anténatal est difficile et repose sur l'analyse du rythme cardiaque fœtal et le pH sanguin sur prélèvement au scalp fœtal.

Les anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) prédictives d'asphyxie sont ; les ralentissements variables et/ou prolongés, les bradycardies et les ralentissements variables suivis d'une bradycardie. Les événements hypoxiques sentinelles survenus avant ou pendant le travail tels que l'hématome rétroplacentaire et la procidence du cordon sont corrélés à un score d'Apgar bas à la naissance [4].

5.3. Dystocies

Le déroulement du travail « normal » a été peu étudié ces 60 dernières années alors qu'il s'agit d'un axe central en obstétrique.

Dans certaines publications, les dystocies dynamiques et mécaniques représentent 30% des indications de césarienne [16].

Le taux mondial de décès maternels par dystocie est de 2,8% [24].

5.4. Présentation du siège

Les premières publications de Hannah [13] ont donné lieu à une inflation du taux de césarienne pour présentation du siège. Dans certains pays, la césarienne est devenue systématique. En France et en Belgique, l'étude prospective de Goffinet et al autorise un accouchement par voie basse sous réserve d'éliminer un rétrécissement du bassin et une déflexion primitive de la tête [11].

5.5. Césarienne de convenance

Il est important de délivrer une information complète et loyale aux couples sur les bénéfices et risques de la césarienne. Un choix libre et éclairé diminue significativement la fréquence des césariennes de convenance. Cette réduction n'a pas d'impact négatif sur le pronostic obstétrical [14].

5.6. Prééclampsie et éclampsie

La pathologie hypertensive occupe une place prépondérante dans les indications de CS et contribue à l'augmentation des taux. Au CHU de Dakar, nous avons assisté à une augmentation significative des césariennes de nécessité en rapport avec la pathologie hypertensive passant de 8,6% en 1996 à 22,4% en 2001[7].

5.7. Grossesse gémellaire

Le «Term Breech Trial» de Hannah [13] avait impacté sur la voie d'accouchement en cas de grossesse gémellaire lorsque le 1^{er} ou le 2^{ème} jumeau est en présentation autre que céphalique [8, 9]. Ces publications récentes sont venues mettre l'accent sur la contribution majeure de cette indication dans l'augmentation du taux de césariennes.

5.8. Hémorragies antepartum

Elles constituent généralement des urgences obstétricales majeures. Elles peuvent être de cause :

- maternelle avec la rupture utérine que nous rencontrons toujours dans notre pratique et qui nécessite bien sûr une intervention d'extrême urgence. Au Sénégal, la rupture utérine représentait 3,2 % des indications de césariennes et dans un cas sur six, elle concernait un utérus cicatriciel [6];
- ou annexielle : l'hémorragie est due à un placenta prævia recouvrant ou persistant après amniotomie, un hématome rétroplacentaire avec enfant vivant, la rupture d'un vaisseau prævia diagnostiquée devant un liquide amniotique sanglant (syndrome de Benkiser) [15].

6. Complications des césariennes

6.1. Complications maternelles [15]

La mortalité est de l'ordre de 1 à 3 ‰, soit un risque six fois supérieur à celui de l'accouchement par voie basse. Les causes de ces morts sont l'infection, les hémorragies, les accidents anesthésiques et les pathologies maternelles préexistantes. La morbidité maternelle est estimée entre 10 et 40 % des cas, selon que l'on prend en compte les accidents mineurs. La patiente césarisée cumule les risques de l'opérée abdominale et de l'accouchée ; la surveillance doit donc prendre en compte ces deux aspects.

6.1.1. Complications peropératoires

a. Complications anesthésiques

Elles sont les mêmes que pour toutes les interventions, en dehors du syndrome de Mendelson qui est plus fréquent au cours des césariennes en urgence ou lorsque la patiente n'est pas à jeun et non prémédiquée [15]. Les autres complications sont celles de l'anesthésie locorégionale : hémodynamiques, neurologiques, infectieuses...

b. Hémorragie peropératoire

L'hémorragie complique 10 % des césariennes. Elle est due le plus souvent à une hémostase difficile. Cela peut s'expliquer par l'inflation du réseau vasculaire, par une pathologie sous-jacente telle qu'une coagulopathie ou une inertie utérine [15].

c. Déchirure du segment inférieur

Elle est secondaire à une hystérotomie dont la taille inadaptée au poids fœtal ou à des manœuvres non contrôlées lors de l'extraction de la tête [15].

d. Plaies vésicales

Les plaies vésicales sont rares (1,4 pour 1000 césariennes). Elles sont plus fréquentes sur un utérus cicatriciel du fait des adhérences [15].

Les autres complications de la chirurgie abdominale (plaies digestives ou lésions de l'uretère) restent exceptionnelles.

6.1.2. Complications postopératoires [15]

a. Complications infectieuses

Les localisations infectieuses sont multiples : infections urinaires dues au sondage vésical, infections pulmonaires ou endométrites, pouvant entraîner une infection annexielle, voire une péritonite ou une septicémie. Des abcès de paroi sont également possibles.

b. Complications thrombo-emboliques

Elles sont plus fréquentes que pour les accouchements par voie basse.

c. Anémie

L'anémie est fréquente, elle doit être recherchée par la clinique et la numération systématique en postopératoire, surtout si le saignement a été important lors de l'intervention.

d. Troubles du transit

Les troubles du transit sont rares, souvent associés à une collection hématique ou infectée sous-péritonéale.

e. Eviscérations postopératoires

Des cas ont été publiés depuis l'utilisation des méthodes rapides de césarienne [15].

6.1.3. Devenir à long terme

a. Gynécologie [15]

La césarienne ne semble pas avoir d'incidence sur la fertilité ultérieure.

La pose du dispositif intra-utérin n'est pas contre-indiquée.

b. Obstétrique [15]

L'accouchement se fait par voie basse dans près de 50 % des cas, même après deux césariennes. Le taux d'accouchements par voie basse après césarienne est en hausse dans tous les pays. Cependant un antécédent d'utérus cicatriciel est le plus important risque de césarienne itérative.

Une césarienne itérative n'est obligatoire que si :

- la cicatrice est corporeale ou en «T» ;
- le placenta est inséré bas au niveau de la cicatrice ;
- les contre-indications de l'accouchement par voie basse persistent : bassin chirurgical, disproportion foeto-pelvienne, obstacle prævia.

Le taux de placenta prævia a augmenté de moitié durant ces dernières années. En 30 ans, celui des placentas accreta est passé de 1/20000 accouchements à 1/1500 aux États-Unis.

Le nombre de césarienne possible dépend de l'état du segment inférieur et du désir de la patiente.

6.2. Complications fœtales [15]

6.2.1. Mortalité périnatale

La mortalité périnatale n'est pas augmentée par la césarienne. Même si son taux paraît plus élevé dans certaines séries, cela tient au fait que, parmi les patientes opérées, on retrouve outre la pathologie obstétricale, le risque néonatal.

6.2.2. La morbidité néonatale

Il existe un risque de traumatisme : paralysie du plexus brachial, fracture de l'humérus. Ces complications témoignent en général de la précipitation de l'opérateur et de la méconnaissance de la mécanique obstétricale lors de l'extraction de l'enfant.

Deux complications respiratoires sont propres à une césarienne. Il peut s'agir d'un retard de résorption du liquide pulmonaire lié à l'absence d'essorage par

compression exercée par le pelvis maternel sur le fœtus lors de l'accouchement par voie basse. L'enfant peut, de ce fait, souffrir d'une détresse respiratoire transitoire. La dépression respiratoire peut également être due à certaines drogues administrées lors d'une anesthésie générale.

**DEUXIEME PARTIE : RESULTATS
DE L'ETUDE**

1. Objectifs de l'étude

L'objectif général de l'étude était de mener un audit des indications de césarienne.

Les objectifs spécifiques étaient de :

- analyser l'évolution des indications de césarienne au cours des 5 dernières années ;
- identifier les principales indications de la première césarienne ;
- identifier des stratégies efficaces pour en réduire le taux.

2. Cadre d'étude

2.1. Site d'étude

Notre étude s'est déroulée à la Maternité du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor (CSPMS). Cette dernière constitue le centre gynécologique et obstétrical de référence du District Sanitaire Ouest, district qui couvre 9 Points de Prestations de Santé et 4 Centres de Santé (Figure 1).



Figure 1: Situation du district Ouest

2.2. Locaux

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

- une salle d'accouchement ;
- une unité d'hospitalisation composée de 32 lits ;
- une unité de consultations externes et d'échographie qui comprend 4 bureaux et
- un bloc opératoire.

2.3. Ressources humaines

Le personnel de la maternité et du bloc opératoire comprenait :

- un Maître de Conférences Agrégé en Gynécologie-Obstétrique,
- 4 Gynécologues-Obstétriciens,
- un Anesthésiste-Réanimateur,
- des Internes des Hôpitaux et des Médecins inscrits au Diplôme d'Etudes Spéciales en Gynécologie-Obstétrique,
- 16 Sages-Femmes d'Etat,
- 2 Techniciens Supérieurs en Anesthésie-Réanimation,
- des Infirmières Diplômées d'Etat et Aide-Infirmières,
- des Instrumentistes et Brancardiers.

2.4. 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 d'infirmières. Les gardes sont assurés par les Gynécologues titulaires et les médecins inscrits au Diplôme d'Etudes Spéciales.

La recherche en santé de la reproduction a fait de l'objet de plusieurs publications.

3. Méthodologie

3.1. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude longitudinale, rétrospective et analytique menée sur une période de 5 ans allant du 1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2016.

3.2. Critères d'inclusion

Toutes les patientes ayant bénéficié d'une césarienne pour la première fois durant la période d'étude étaient incluses. Par conséquent, les patientes ayant un antécédent de cicatrice utérine n'étaient pas incluses.

3.3. Paramètres étudiés

Les paramètres étudiés étaient :

- le profil sociodémographique des patientes ;
- la répartition des patientes selon les différents groupes de Robson ;
- les indications de la première césarienne et leur évolution ;
- le déclenchement artificiel du travail et
- l'issue néonatale.

3.4. Terminologie

La dystocie d'obstacle correspondait à une obstruction mécanique résultant d'une disproportion fœto-pelvienne.

Le travail prolongé était la conséquence d'anomalies dynamiques du travail avec des contractions utérines inadéquates. Le diagnostic était retenu devant :

- une dilatation cervicale stationnaire pendant 2 heures après 4 cm ;
- ou une phase de latence qui dure plus de 12 heures chez la primipare et 8 heures chez la multipare.

La souffrance fœtale était suspectée devant une fréquence cardiaque fœtale inférieure à 110 battements par minute ou supérieure à 160 à l'auscultation intermittente, associée à un liquide amniotique teinté de méconium.

Le protocole de déclenchement du travail consistait à l'administration, par voie orale ou vaginale, d'analogues de la prostaglandine E2 à la dose de 25 µg. le nombre de pose maximum était de 4, avec un intervalle de 6 heures entre chaque.

3.5. Collecte des données

Les données étaient enregistrées rétrospectivement entre le 1^{er} Janvier 2012 et le 31 Décembre 2015. Après cette date, le recueil des données était effectué à partir des dossiers médicaux informatisés enregistrés quotidiennement sur une base de données à l'aide du logiciel Filemaker 15.

Depuis 2015, un audit était effectué quotidiennement pour analyser, à posteriori, les indications de césariennes.

3.6. Analyse de données

Les données étaient analysées avec le logiciel SPSS version 21.0. Nous avons calculé les moyennes et médianes des variables quantitatives. Pour les variables qualitatives, nous avons calculé des pourcentages. Les tests statistiques étaient réalisés en fonction des variables croisées et la taille de l'échantillon. Le risque d'erreur de 1^{ère} espèce alpha était fixé à 0,05.

4. Résultats

4.1. Profil sociodémographique

4.1.1. Fréquence

Durant la période d'étude, 21308 accouchements étaient enregistrés dont 6292 par césariennes soit un taux de 29,5%.

Le nombre de patientes sans antécédent de cicatrice utérine était de 18933 et une première césarienne était pratiquée chez 4564 soit une fréquence de 24,1%. La première césarienne représentait les 2/3 (76,2%) de l'ensemble des césariennes.

4.1.2. Parité

Les multipares représentaient un peu moins de la moitié (46,7%) de notre échantillon (Figure 2).

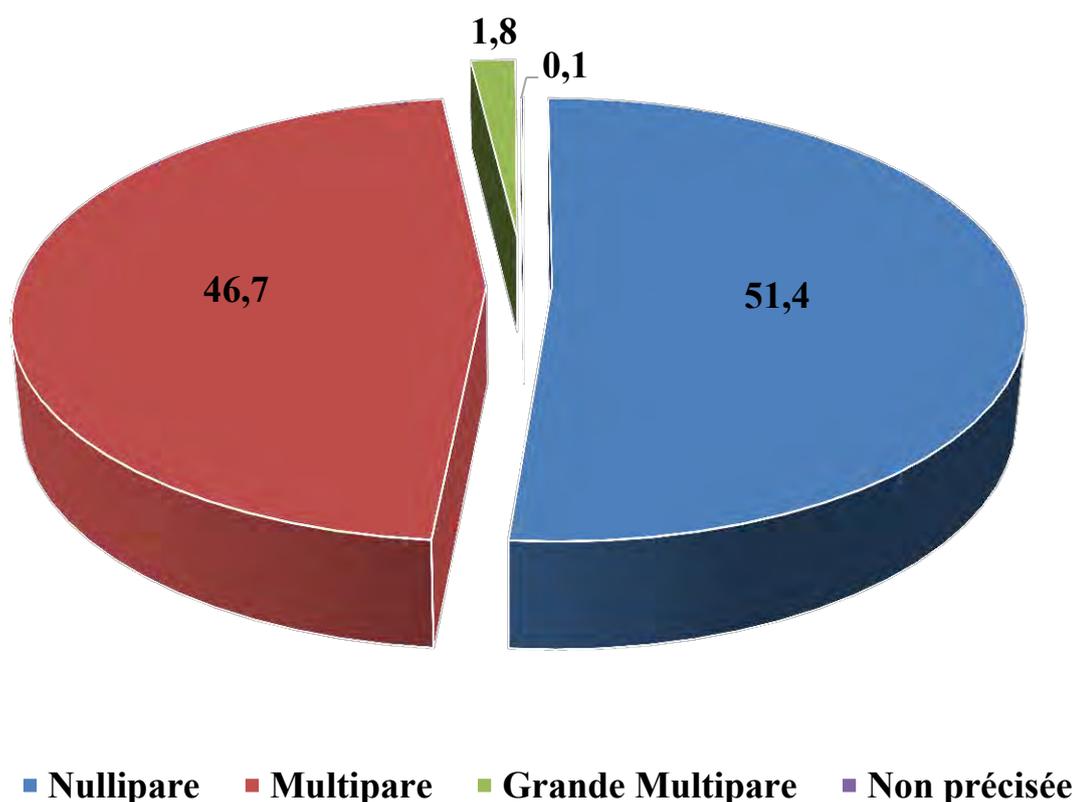


Figure 2 : Répartition des patientes selon la parité

4.1.3. Age

L'âge moyen de nos patientes était de 27,2 ans avec des extrêmes de 13 et 47 ans.

4.2. Indications de la première césarienne

4.2.1. Répartition des patientes selon la classification de Robson

Les groupes 1 et 3 de Robson étaient les plus représentés avec respectivement 35,9% et 28,8% des indications de premières césariennes (Tableau II).

Tableau II: Répartition selon la classification de Robson

Groupe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
1	1723	35,9
2	156	3,3
3	1381	28,8
4	135	2,8
5	-	-
6	213	4,4
7	240	5
8	435	9,1
9	70	1,5
10	441	9,2
Total	4795	100

4.2.2. Principales indications de césarienne

La souffrance fœtale aiguë était l'indication de césarienne la plus fréquente avec 29,2% (Tableau III). Seulement 6,6% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5^{ème} minute.

Tableau III: Répartition selon le groupe d'indications principales

Indication	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Souffrance fœtale	1396	29,2
Dystocie d'obstacle ou travail prolongé	1040	21,7
Présentation de siège	394	8,2
Hémorragie antépartum	267	5,6
Accouchement gémellaire	250	5,2
Pré éclampsie	247	5,1
Autres indications *	1201	25
Total	4795	100

* Autres indications : prématurité, dystocie funiculaire, présentation anormale, pathologies fœtales, césarienne de convenance, grossesse triméllaire, pathologies maternelles

4.2.3. Évolution du mode d'accouchement et des indications de césariennes

Durant la période d'étude nous avons assisté à une augmentation du nombre d'accouchements avec un taux de césariennes variable (Tableau IV).

Le plus faible taux (19,2%) était enregistré en 2016, alors qu'en 2012, nous avons enregistré le taux le plus élevé soit 38,2%.

De même que pour la dystocie d'obstacle ou le travail prolongé, le plus faible taux était enregistré en 2016 soit 4,7% contre 16,2% en 2012. Le taux de score d'Apgar inférieur à 7 variait entre 0,7% et 2,6%.

Tableau IV: Évolution du mode d'accouchement et des indications de césariennes

Année	2012	2013	2014	2015	2016	p
Nombre d'accouchements	2801	3049	4251	4223	4564	
Césarienne	1070 (38,2%)	635 (20,5%)	955 (22,5%)	1029 (24,4%)	875 (19,2%)	0,000
Pré éclampsie, éclampsie	163 (22%)	164 (12%)	202 (12,5%)	192 (10,7%)	237 (9,7%)	0,000
Travail prolongé ou dystocie d'obstacle	485 (16,2%)	217 (6,8%)	344 (7,9%)	237 (6,3%)	219 (4,7%)	0,000
Anomalies du travail	1234 (44,4%)	1672 (54,4%)	2140 (50,3%)	2282 (54,3%)	2237 (49,2%)	0,000
Déclenchement	23 (0,9%)	48 (1,6%)	75 (1,8%)	28 (0,7%)	164 (3,7%)	0,000
Ventouse, forceps et manœuvres	24 (0,8%)	1 (0,03%)	81 (1,9%)	28 (0,6%)	35 (0,8%)	0,000
Score d'Apgar < 7	65 (2,3%)	23 (0,7%)	46 (1,1%)	86 (2%)	123 (2,6%)	0,000

4.3. Césarienne et grossesse gémellaire

Le 1^{er} jumeau en présentation de siège était l'indication de césarienne la plus fréquente.

En 2013, nous avons enregistré 38,5% de césarienne pour grossesse gémellaire avec 0,5% de score d'Apgar inférieur à 7.

Alors qu'en 2015, ce taux s'élevait à 51,3% avec 4,3% de score d'Apgar inférieur à 7.

Une plus faible morbidité était notée lorsque le taux de CS variait entre 38,5% et 46,5% (figure 3).

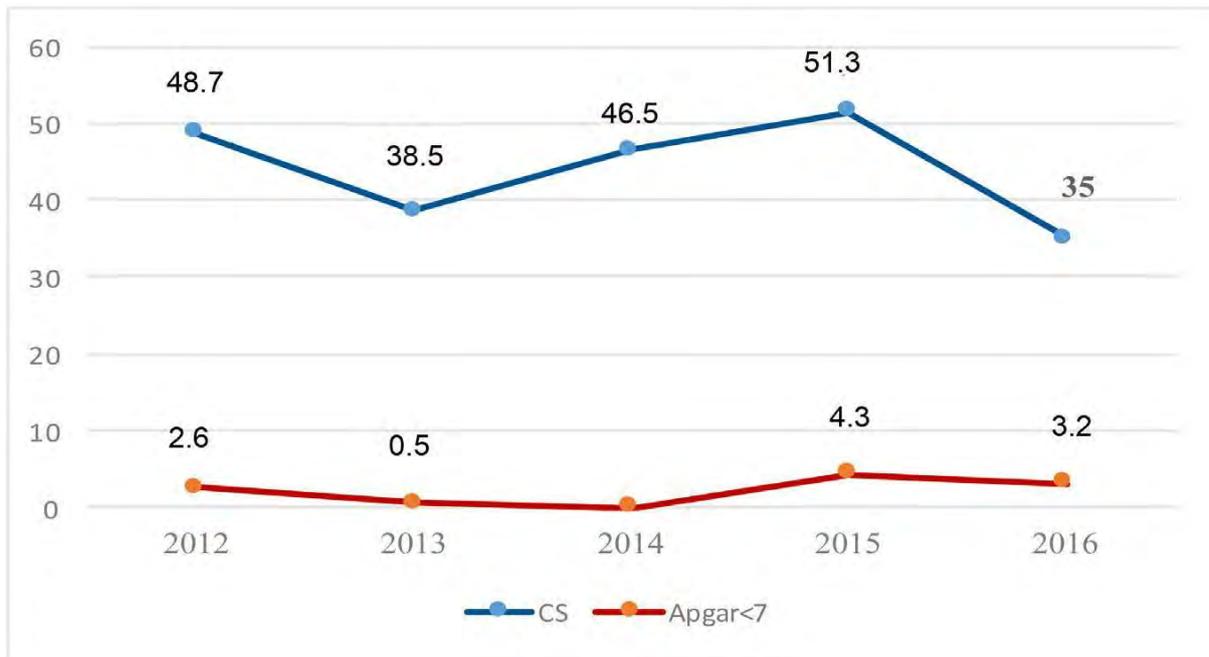


Figure 3 : Répartition selon le taux de césarienne et le score d’Apgar en cas d’accouchement gémellaire

4.4. Césarienne et présentation de siège

Dans la présentation de siège, les plus faibles taux de score d’Apgar inférieur à 7 étaient enregistrés lorsque la fréquence des césariennes variait entre 52,4% et 53,8% (Figure 4).

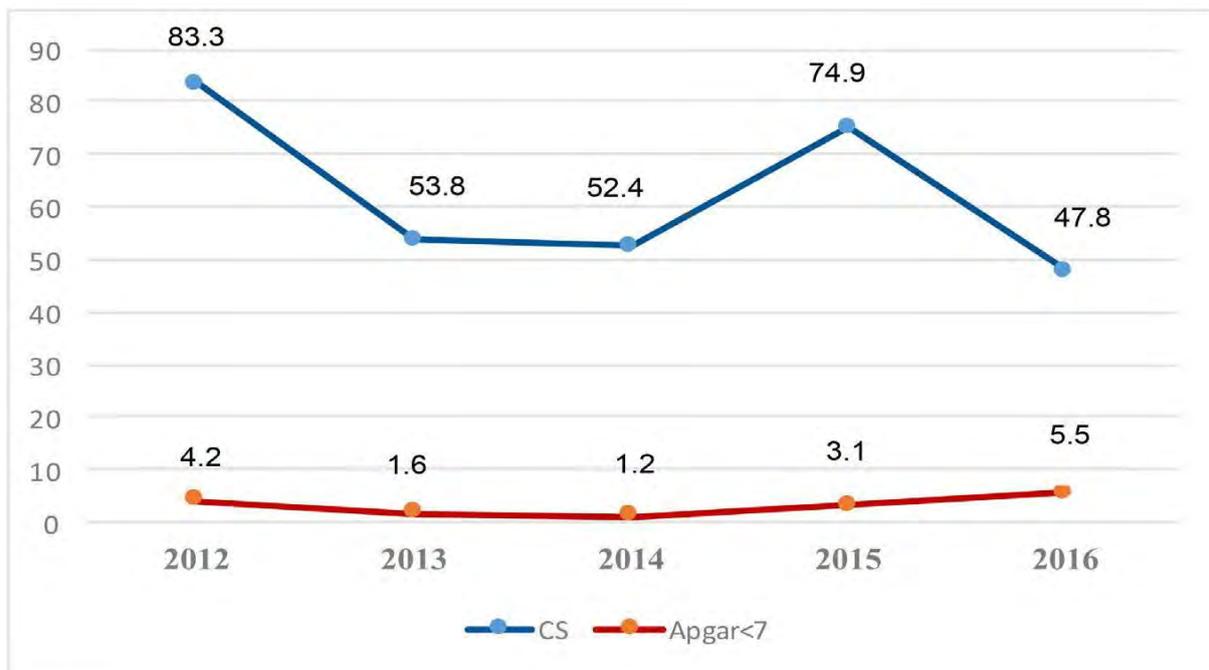


Figure 4: Répartition selon le taux de césarienne et le score d’Apgar en cas de présentation de siège

4.5. Césarienne et déclenchement artificiel du travail

Un déclenchement artificiel du travail était mené chez 3,7% des patientes en 2016 contre 0,9% en 2012 (Tableau IV).

Il était associé au taux le plus élevé d'accouchement par voie basse : 81,4% contre 75,2% ($p = 0,005$).

5. Discussion

5.1. Profil des patientes

Le profil épidémiologique de nos patientes est celui d'une femme jeune âgée en moyenne de 27 ans.

Dans notre étude, une première césarienne représente près des 2/3 (76,2%) de l'ensemble des césariennes. Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés par Zelli [27], qui en 2013, dans une étude similaire sur les indications des premières césariennes, retrouve un taux de 69% avec 74% de patientes nullipares.

Afin de réduire les taux de césarienne, nous avons besoin de mieux étudier les indications des premières césariennes et ceci pour 2 raisons : la proportion importante que représentent les premières césariennes et l'impact de celles-ci sur le pronostic obstétrical ultérieur de la patiente. Un utérus cicatriciel constitue immédiatement une pathologie obstétricale qui expose fortement au risque de césarienne itérative.

Selon la classification de Robson, 35,9% des patientes ayant subi une première césarienne sont des primipares avec un fœtus en présentation du sommet (groupe 1 de Robson). Ce taux est comparable à ceux retrouvés dans la littérature, qui varient entre 21% (Chong) [5] et 30% (Lasnet) [16]. Les auteurs [5, 16, 17] s'accordent sur la contribution du groupe 1 dans l'augmentation des taux de césarienne en général et par conséquent, des césariennes pour utérus cicatriciel (groupe 5 de Robson).

5.2. Analyse des principales indications de première césarienne

5.2.1. Souffrance fœtale

En analysant les principales indications des premières césariennes, la souffrance fœtale aiguë apparaît comme la première indication de césarienne (29,2%). Ce résultat est concordant avec celui de Zelli [27] : la cause la plus fréquente de première césarienne est constitué par les anomalies du RCF (47,1%).

Une asphyxie perpartum est définie par une acidose métabolique à la naissance avec un pH artériel au cordon inférieur à 7,00 et un déficit métabolique de base supérieur ou égal à 12 mmol/l [28].

Dans notre centre, le diagnostic d'asphyxie fœtale était basé sur une fréquence cardiaque fœtale anormale à l'auscultation intermittente (<110 ou >160 battements par minute) associé à un liquide amniotique méconial. Selon Bouiller [4], l'aspect du liquide amniotique (méconial ou non) est sans influence sur la valeur du pH à la naissance ou le score d'Apgar à 5 minutes et donc non prédictif de la survenue d'une acidose métabolique. En outre, il conclut que le

score d'Apgar à la 5^{ème} minute est prédictif à 100% d'une encéphalopathie néonatale lorsque ce score est inférieur à 4 et à 11 % lorsqu'il est supérieur à 6. Dans notre étude, seulement 6,6% ont un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5^{ème} minute. Cela pose encore le débat sur les critères diagnostiques et les facteurs prédictifs de l'asphyxie perpartum. L'auscultation intermittente et l'aspect du liquide amniotique sont insuffisants.

Selon certaines publications, les ralentissements tardifs, les ralentissements variables et/ou prolongés, la bradycardie avec variabilité nulle et la bradycardie sévère subite persistante constituent les anomalies du RCF à risque majeur d'acidose fœtale sévère [4, 18].

Il faut souligner l'importance des moyens diagnostiques appropriés dans cette situation. La disponibilité de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal peut réduire le taux de césarienne pour souffrance fœtale.

5.2.2. Présentation de siège et accouchement gémellaire

Dans notre étude, la présentation de siège occupe la 3^{ème} place des indications de première césarienne avec un taux de 8,2%.

Concernant l'évolution des taux de césariennes pour présentation de siège durant la période d'étude, le taux le plus élevé (83,3%) est enregistré en 2012, alors que le taux le plus faible (47,8%) est obtenu en 2016.

Au Sénégal, en 1992 Farid rapportait 16,7% de césariennes au CHU de Dakar [10] et en 2009 le taux était de 39% dans la série de Bentahir [3] au Centre Hospitalier Roi Baudouin.

Le « Term Breech Trial » de Hannah [13] qui préconise une césarienne programmée pour le singleton en présentation de siège à terme, a eu un impact sur la voie d'accouchement en cas de grossesse gémellaire lorsque le 1^{er} ou le 2^{ème} jumeau est en présentation autre que céphalique [8, 9]. Ainsi, des publications récentes sont venues mettre l'accent sur la contribution majeure de cette indication dans l'augmentation du taux de césariennes [2, 8, 9]. Leur principal objectif était de réduire le taux de premières CS tout en accompagnant les obstétriciens dans leur apprentissage de l'accouchement vaginal des jumeaux [8].

Dans notre centre, 2 tendances étaient identifiées concernant la voie d'accouchement lorsque le 1^{er} jumeau était en présentation de siège.

En 2012 et 2015, l'équipe obstétricale réalisait systématiquement une césarienne pour un premier jumeau en présentation du siège et le taux de césarienne pour présentation de siège avoisinait les 75%.

En 2013 et 2016, une autre équipe autorisait l'accouchement par voie basse. Dans les deux cas (siège et accouchement gémellaire), le plus faible taux de césarienne est enregistré en 2016. Le taux le plus élevé est retrouvé en 2015 avec un taux élevé de score d'Apgar < 7. Au-delà d'un certain taux, la césarienne n'améliore pas le score d'Apgar dans ces indications.

Ces évidences montrent qu'une césarienne systématique en cas de présentation de siège aussi bien pour le singleton que pour le 1^{er} jumeau ne peut être justifiée. Il est nécessaire pour cette indication de trouver un meilleur compromis entre le taux le plus bas de césarienne et une faible morbidité néonatale. Dans notre étude, les taux de césariennes qui permettent d'atteindre les plus faibles morbidités néonatales se situent entre 38,5% et 46,5% pour les accouchements gémellaires, et entre 52,4% et 53,8% pour le singleton en présentation de siège.

5.3. Un audit obstétrical pour réduire le taux de césarienne ?

Selon Robson, il est nécessaire de mettre à jour les informations collectées sur les différentes bases de données pour confirmer s'il y a réellement une augmentation de la morbidité maternelle ou de la mortalité et qui justifie un taux croissant de césarienne [21]. Pendant ces cinq années d'étude, notre base de données ne révèle pas une telle augmentation. Les seniors effectuaient un audit quotidien sur une base de données enregistrées régulièrement depuis 2016.

En 2016, les taux de césarienne pour dystocie d'obstacle ou travail prolongé sont inférieurs à ceux enregistrés durant les années précédentes. Ceci reflète une meilleure gestion du travail au cours de l'année 2016.

Pour Lasnet [16], l'utilisation de la classification de Robson et l'introduction d'un audit médical sont efficaces et sans danger pour diminuer le taux de césarienne, en particulier celles réalisées en cours de travail, ce que nous constatons également dans notre étude avec des taux de morbidité néonatale inchangés.

5.4. Déclenchement artificiel du travail

Le déclenchement du travail peut être une alternative efficace dans certaines indications. Cette stratégie était plus fréquemment utilisée en 2016. Le misoprostol était la seule molécule utilisée en raison de sa disponibilité. Une dose de 25 µg toutes les 6 heures était administrée par voie vaginale ou orale. Les principales indications sont la grossesse prolongée, la prééclampsie, la rupture prématurée des membranes et le diabète gestationnel.

L'efficacité du misoprostol, est déjà démontré par plusieurs publications précédentes [23]. Dans nos conditions d'exercice où les ressources restent limitées, l'utilisation du misoprostol est une méthode sûre et peut aider à réduire le taux de césarienne.

**CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

La césarienne est l'intervention chirurgicale la plus couramment réalisée dans le monde. Autrefois destinée à contourner un obstacle mécanique majeur, la césarienne a connu un essor important au cours des dernières décennies. Ses indications ont été modifiées et élargies aboutissant à une augmentation considérable du taux de césariennes dans le monde [15]. Bien que banale, cette intervention peut exposer à un risque accru de complications maternelles et fœtales, surtout lorsqu'elle n'est pas médicalement justifiée.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1985, avait proposé un taux «optimal» de césarienne entre 10 et 15%. Depuis, ce taux n'a cessé d'augmenter dans plusieurs pays industrialisés atteignant plus de 30%. Les raisons invoquées pour expliquer cette augmentation sont multiples : l'âge maternel de plus en plus avancé, l'obésité, les grossesses multiples, la présentation de siège et le nombre croissant d'utérus cicatriciels. En effet, la réalisation d'une première césarienne détermine le pronostic obstétrical futur de la patiente et offre des possibilités limitées. Un utérus cicatriciel constitue immédiatement une pathologie obstétricale qui expose fortement au risque de césarienne.

Le travail que nous avons entrepris avait pour objectifs :

- d'analyser les principales indications de la première césarienne ;
- et d'identifier les stratégies pour en réduire le taux.

Nous avons ainsi mené une étude longitudinale, rétrospective et analytique, sur une période de 5 ans allant du 1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2016, à la Maternité du Centre de Santé Philippe Maguilen Senghor. Toutes les patientes ayant bénéficié d'une césarienne pour la première fois durant cette période étaient incluses.

Les données étaient enregistrées de manière rétrospective entre le 1^{er} Janvier 2012 et le 31 Décembre 2015. Après cette date, le recueil des données était effectué à partir des dossiers médicaux informatisés enregistrés quotidiennement sur une base de données et depuis 2015, un audit était effectué quotidiennement pour analyser, à posteriori, les indications de césariennes.

Les patientes étaient réparties en 10 groupes selon classification de Robson, permettant d'évaluer la contribution de chaque groupe dans l'indication de la première césarienne. En plus, les césariennes étaient classées selon les indications principales. L'impact du déclenchement du travail était également

évalué. Le bien-être des nouveau-nés était évalué par le score d'Apgar à 5 minutes de vie.

Durant la période d'étude, 21 308 patientes avaient accouché dans notre structure et 18 933 d'entre elles n'avaient pas d'antécédent de cicatrice utérine. Parmi celles-ci, 4564 (24,1%) répondaient aux critères d'inclusion et constituaient notre échantillon d'étude. Le profil épidémiologique de nos patientes était celui d'une femme jeune âgée en moyenne de 27 ans et nullipare (51,4%).

Les groupes 1 et 3 de Robson étaient les plus représentées avec respectivement 35,9% et 28,8% des premières césariennes.

La souffrance fœtale était l'indication de césarienne la plus fréquente avec 29,1%. Dans ce groupe, seuls 6,6% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar inférieur à 7 à la 5^{ème} minute.

Le taux de césarienne est passé de 38,2% en 2012 à 19,2% en 2016. De même, pour la dystocie d'obstacle ou travail prolongé, le plus faible taux est enregistré en 2016 soit 4,7% contre 16,2% en 2012. Le taux de score d'Apgar inférieur à 7 varie entre 0,7% et 2,6%. Cette baisse du taux de césarienne s'explique par la mise en place d'un audit obstétrical quotidien.

Le 1^{er} jumeau en présentation de siège est l'indication de césarienne la plus retrouvée lors des accouchements gémellaires. En 2013, nous avons enregistré 38,5% de césariennes pour grossesse gémellaire avec 0,7% de score d'Apgar inférieur à 7. Alors qu'en 2015, ce taux s'élevait à 51,3% avec 4,3% de score d'Apgar inférieur à 7. Selon ces résultats, la césarienne, au-delà d'un certain seuil, n'améliore pas le pronostic néonatal. Une plus faible morbidité est notée lorsque le taux de césarienne varie entre 38,5% et 46,5%.

Dans la présentation de siège, le plus faible taux de score d'Apgar était enregistré lorsque la fréquence des césariennes varie entre 52,4% et 53,8%.

Concernant le déclenchement artificiel du travail, il était entrepris chez 3,7% des patientes en 2016 contre 0,9% en 2012. Il était significativement associé au taux le plus élevé d'accouchement par voie basse 81,4% contre 75,2% ($p = 0,005$).

L'analyse de ces résultats nous a amené à formuler des recommandations afin de réduire le taux des premières césariennes :

- Adopter un système de classification pour l'évaluation, la surveillance et la comparaison des taux de césarienne dans les établissements de soins au cours du temps et entre établissements de soins ;
- Disposer des moyens de diagnostic appropriés du risque d'asphyxie fœtale. La disponibilité de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et du pH au scalp peut réduire le taux de césarienne pour souffrance fœtale ;
- Mener des études prospectives afin de déterminer les facteurs prédictifs d'une asphyxie perpartum ;
- Promouvoir les tentatives sécurisées de voie basse en cas de présentation du siège avec un taux de césarienne raisonnable pour une moindre morbidité néonatale ;
- Promouvoir le déclenchement artificiel du travail quand l'indication se pose. Il s'agit d'une méthode efficace et sûre pouvant réduire le taux de césarienne ;
- Enfin, mettre en place un audit obstétrical quotidien permettant de discuter et d'évaluer la pertinence des indications de césariennes. Cette stratégie peut être efficace pour réduire le taux de césariennes.

**REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ASND) de Dakar.

Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue) 2014.

Rapport final. Calverton 2015.

2. Bateni ZH, Clark SL, Sangi-Haghpeykar H, Aagaard KM, Blumenfeld YJ, Ramin SM, et al.

Trends in the delivery route of twin pregnancies in the United States, 2006-2013. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2016. **205** : p. 120-6.

3. Benthahir S.

Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques de l'accouchement en présentation de siège au Centre de Santé Roi Baudouin de Dakar.

Thèse Médecine, Dakar, 2009, N°43, 148p.

4. Bouiller JP, Dreyfus M, Mortamet G, Guillois B, Benoist G.

Asphyxie perpartum à terme : facteurs de risque de survenue et conséquences à court terme. À propos de 82 cas.

J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2016. **45**(6) :p. 626-632.

5. Chong C, Su LL, Biswas A.

Changing Trends of Cesarean Section Births by the Robson Ten Group Classification in a Tertiary Teaching Hospital.

Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2012. **91**(12) : p. 1422-7.

6. Cissé CT, Faye EO, de Bernis L, Dujardin B, Diadhiou F.

Césariennes au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services.

Cahiers Santé, 1998 ;8 : 369–77.

7. Cissé CT, Ngom P M, Guissé A, Faye EO, Moreau JC.

Thinking about the evolution of caesarean section rate at University Teaching Hospital of Dakar between 1992 and 2001.

Gynecol Obstet Fertil, 2004. **32**(3): p. 210-7.

8. Easter SR, Lieberman E, Carusi D.

Fetal presentation and successful twin vaginal delivery.

Am J Obstet Gynecol, 2016. **214**(1): p. 116 e1-116 e10.

9. Easter SR, Taouk L, Schulkin J, Robinson JN.

Twin vaginal delivery: innovate or abdicate.
Am J Obstet Gynecol, 2017. **216**(5): p. 484-488 e4.

10. Farid Farsi I.

Epidémiologie de l'accouchement en présentation du siège et suivi néonatal précoce dans une maternité de référence d'Afrique Noire.
Thèse Médecine, Dakar, 1993, N° 40.

11. Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, Alexander S, Uzan S, Subtil D, Bréart G, PREMODA Study Group.

Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium.
Am J Obstet Gynecol, 2006. **194**(4): p. 1002-11.

12. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ.

Births: Preliminary Data for 2006.
National Vital Statistics Reports, 2007. **56**: p. 1-18.

13. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR.

Planned caesarean section vs planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group.
Lancet, 2000. **356**: p. 1375-83.

14. Lahmy-Deddouch O.

Morbidité maternelle associée aux césariennes programmées et réalisées en urgence.
Thèse de Médecine, Paris, 2008, p 82.

15. Lansac J, Marret H, Pierre F.

Césarienne. La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique.
Elsevier Masson, 3^{ème} Edition, 2011, p. 252 - 271.

16. Lasnet A, Jelen AF, Douysset X, Pons JC, Sergent F.

L'introduction d'un audit obstétrical quotidien : une solution pour diminuer le taux de césarienne ?

La Revue Sage-Femme, 2015. **14**(5): p. 190-198.

17. Le Ray C, Prunet C, Deneux-Tharaux C, Goffinet F, Blondel B.

Robson classification: A tool for assessment of caesarean practices in France. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2015. **44**(7): p. 605-13.

18. Martin A.

Rythme cardiaque fœtal pendant le travail : définitions et interprétation.

J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2008. **37**(1, Supplement): p. S34-S45.

19. Moreira P, Moreau JC et al.

Comparison of two cesarean techniques: classic versus Misgav Ladach cesarean.

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris), 2002. **31**(6): 572-6.

20. Racinet, C.

Caesarean rate evolution.

La lettre du gynécologue, 2007.321: 26-28.

21. Robson MS.

Can we reduce the caesarean section rate?

Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 2001. **15**(1):
p.179-

194.

22. Robson M, Hartigan L, Murphy M.

Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate.

Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2013. **27**: 297–
308.

23. Roisin R, Fergus M.

Induction of labour.

Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine, 2016. **26**(10): p. 304-310.

24. Say L, Chou D, Gemmill D, Tunçalp O, Moller AB, Daniels J et al.
Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis.
Lancet Glob Health, 2014; 2: e323–33.

25. WHO.

Appropriate technology for birth. Lancet 1985. 2: p. 436–37.

26. WHO.

WHO Statement on Caesarean Section Rates. 2015.

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/fr/

27. Zelli P, Boussat B, Wetzel A, Ronin C, Pons JC, Sergent F.

Indications des premières césariennes dans un centre hospitalo-universitaire régional et stratégies raisonnables pour les diminuer.
J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2016. 45(8): p. 841-848.

28. Zupan Simunek V.

Définition de l'asphyxie intrapartum et conséquences sur le devenir.
La Revue Sage-Femme, 2008. 7(2): p. 79-86.

Abdelouahed CHRAIBI
**« INDICATIONS DE LA PREMIERE CESARIENNE : UN AUDIT MENE SUR 5 ANNEES
D'EXERCICE AU CENTRE DE SANTE PHILIPPE MAGUILEN SENGHOR »**

Mémoire : Gynécologie - Obstétrique. Dakar, n°154, 2018 [48 pages],

Rubrique de classement

Médecine

Mots-clés

Taux de Césarienne, Indications, Score d'Apgar, Audit Obstétrical

Key-words

Caesarean Section Rate, Indications, Apgar Score, Obstetrical Audit

RESUME

Objectifs : Analyser les principales indications de la première césarienne et identifier les stratégies pour en réduire le taux.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude longitudinale, rétrospective et analytique menée sur une période de 5 ans allant du 1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2016 et incluant toutes les patientes ayant bénéficié pour la première fois d'une césarienne. Nous avons analysé les principales indications des premières CS et leur évolution pendant ces cinq ans, le score d'Apgar à la 5ème minute en fonction du taux de césarienne et évalué l'impact d'un audit quotidien. Les données étaient collectées rétrospectivement entre 2012 et 2015, alors qu'en 2016, elles étaient enregistrées quotidiennement sur une base de données à l'aide du logiciel Filemaker 15. Les données étaient analysées à l'aide du logiciel SPSS 21, version Mac. Nous avons calculé les moyennes et médianes des variables en échelle. Pour les variables qualitatives, nous avons établi des pourcentages. Les variables étaient comparées à l'aide du test exact de Fisher. La différence était jugée significative lorsque le *p*-value était inférieur à 0,05.

Résultats : Durant la période d'étude, nous avons enregistré 21 308 accouchements et 6 292 césariennes (29,5%). Une première césarienne était réalisée dans 76,2 % des cas. Les principales indications étaient dominées par de la souffrance fœtale (29,1 %), la dystocie d'obstacle ou travail prolongé (21,7 %), la présentation du siège et les accouchements gémellaires avec respectivement 8,2 % et 5,2 %. Le déclenchement du travail était associé au taux le plus élevé d'accouchement par voie basse : 81,4% contre 75,2%. L'audit obstétrical avait permis une meilleure gestion de la progression du travail et la diminution du taux de CS.

Conclusion : Nous devons nous concentrer sur le diagnostic de souffrance fœtale et la gestion des accouchements du siège que ce soit pour le jumeau ou le singleton. Le déclenchement du travail peut être une alternative efficace dans certaines indications. Un audit obstétrical est nécessaire pour inverser la tendance inflationniste des taux de césarienne.

Président	:	M. Cheikh Ahmad Tidiane Cissé	Professeur Titulaire
Membres	:	M. Djibril Diallo	Maître de Conférences Agrégé
		M. Serigne Modou Kane Gueye	Maître de Conférences Agrégé

Directeur de mémoire	:	M. Magatte Mbaye	Maître de Conférences Agrégé
Co-directeur de mémoire	:	Mme. Mame Diarra Ndiaye	Maître - Assistant

Adresse : Lot 544, Ngor Extension, 3^{ème} Etage. Dakar (Sénégal)
E-mail : abdel_chraibi@hotmail.fr

