

PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA CESARIENNE A L'HOPITAL GENERAL DE REFERENCE INERA YANGAMBI DU 01 JANVIER 2016 AU 31 DECEMBRE 2020

***¹Ley BAFENO LYANDE, Franck TOKANEKE ATCHALEMA, Paulin EWAYA ELIDE (1), Jean Pierre MOKILI KAMUNYONGE (1), Paul MANGASA KUMIELE (1), Pascal LOKOKOLA MOSONGO (1), Joséphine MBOKA FALANGA (1), Madeleine ESABE TUMBAKO(2), Césarine LIBATE NDUYALEGE(2), Jeannette KOMBOZI ALUALASO(2), Gabriel SONGE MATALA(2)**

(1) Institut Supérieur des Techniques Médicales de YANGAMBI (ISTM – YBI)*

(2) Hôpital Général INERA YANGAMBI, Service de Maternité

Contact: E- Mail: bafenolyande1@gmail.com*, WhatsApp: +2439990366469

***Corresponding Author: -**

bafenolyande1@gmail.com

Résumé : -

La naissance d'un enfant est un événement heureux dans le foyer. Mais cet événement peut ne pas se passer dans les conditions adaptées. Cette assertion reste une vérité non seulement de son temps mais aussi de nos jours. C'est ainsi que l'opération césarienne est faite souvent dans des situations précaires et d'extrême urgence pour sauver la vie de la mère et de plus en plus celle de l'enfant. Cette intervention, même dans les situations les plus favorables, est associée à un risque plus élevé de mortalité et morbidité chez la mère et l'enfant par rapport à l'accouchement par voie basse. La césarienne occupe une place importante dans la pratique obstétricale dans notre service. On fait recours à cette opération chaque fois que l'accouchement par voie naturelle s'avère impossible. Dans ce travail, les auteurs rapportent une fréquence moyenne de la césarienne dans notre milieu de 10,1%, les tranches d'âge concerné par la césarienne sont de 18-22 ans et 28-32 ans avec 26,7% de cas chacune, suivie de la tranche d'âge inférieure à 18 ans avec 24%, les parités extrêmes sont très concernées avec 32% chez les primipares, 29,3% chez les multipares et 25,4% chez les grandes multipares, la majorité de césariennes étaient réalisées sur grossesse à terme, soit 85,3% des cas, les principales indications de la césarienne dans notre étude sont la souffrance fœtale aigue avec 18,6 % de cas, dystocie dynamique avec 18,6% et la dystocie mécanique avec 16%. Dans ce travail, sur 75 cas de césariennes effectuées, les auteurs rapportent 4% de décès maternels et 25,3% des complications.

Mots-clés: - Césarienne, pronostic et mortalité foeto-maternelle,

Summary: -

A child's birth is a happy event in the hearthstone. But this happening can not drop by myself in the statuses suited. This assertion remains a truth not only for his time but also for our days. This, he is so that the cesarean operation is made often in precarious fortunes and a last urgency to rescue the life of the mother and the child's these increasingly. This intervention very in the most favorable situation, is associated of a higher hazard of mortality and unwholesomeness at the mom and child by the report of the delivery by a low lane. The cesarean inhabits an important plaza in the obstetric application in our service. Someone make the recourse of this chaque dealings-faith that the delivery-par watches from natural impossible avere. In this vancancy, the actors relate an average frequency of the abdominal delivery in our mass medium of 10,1%, the episodes of age affected by the abdominal delivery are 18-22 years and 28-32 years with 26,7% of case every one followed from it settled over for lowest age to 18 years with 24%, the last parities are refered a lotto with 32% in primipares 29,3% ot in multipried and 25,4% ot tall multiparried. The majority of the cesarean were earned on the pregnancy of the term, it is 85,3% of these the main indications of the cesarean in our report are the agony foeta the acute with 18,6% ot dystocie aggressive with 18,6% and mechanical dystocie with 16%. Aboard this work on 75 cases of a cesarean done, the actor relate 4% of maternal deaths and 25,3% of complications.

Keywords: - cesarean, prognosis and mortality fieto-maternal.

1. INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un événement heureux dans le foyer. Mais cet événement peut ne pas se passer dans les conditions adaptées. C'est ce qui fait dire à Rivière que «la grossesse et l'accouchement, ont, depuis la nuit des temps fait recourir à la femme et à l'enfant un risque mortel ». Cette assertion reste une vérité non seulement de son temps mais aussi de nos jours. Ce risque qui fraye chaque obstétricien explique les recherches continues afin de réaliser les conditions les meilleures pour une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement.

L'opération césarienne est faite souvent dans des situations précaires et d'extrême urgence, avec un risque élevé de morbidité et de décès (1). Cependant, un des facteurs sur lequel on pourrait agir pour améliorer cet état de fait est la qualité de l'offre des soins.

Plusieurs études ont été réalisées en 1984 (3,61 %), en 1986 (4 %), en 1987 (7,23 %) en 1992 (16,87 %) (1).

La différence des chiffres fournis par la littérature dépend des attitudes et des options de chaque obstétricien. Souvent les indications sont injustifiées. Bien que la césarienne soit une intervention de pratique courante, il n'est pas rare de constater des complications qui assombrissent le pronostic fœtal et maternel (2, 3).

Dans la stratégie pour la maternité sans risque, la césarienne est un des moyens préconisés (3). Elle est une de ces interventions chirurgicales indispensables pour sauver la vie de la mère et de plus en plus celle de l'enfant (Bergström 2001). Cette intervention, même dans les situations les plus favorables, est associée à un risque plus élevé de mortalité et morbidité chez la mère et l'enfant par rapport à l'accouchement par voie basse (Deneux-Tharoux et al. 2006; Hales et al. 1993; Hall & Bewley 1999; Macdorman et al. 2006; Souza et al. 2010; Victora & Barros 2006; Villar et al. 2007). Si la césarienne est l'intervention majeure en obstétrique pour sauver la vie de la mère, encore faut-il que son indication soit posée correctement et à temps, qu'elle soit accessible et de qualité technique optimale. C'est ce qu'on appelle une « césarienne de qualité » (Dujardin & Delvaux 1998).

Considérée autrefois comme une intervention dangereuse et de derniers recours, la césarienne est maintenant proposée dans de nombreux accouchements car ses indications jadis limités aux dystopies mécaniques et aux obstacles provia se sont beaucoup chargés ces quinze dernières années (5, 6).

La fréquence des césariennes selon la statistique sanitaire mondiale de 2014 de l'organisation mondiale de la santé, est selon les régions, font état de 36% en Amérique (33% aux États-Unis d'Amérique, 39% au Mexique, 54% au Brésil, 37% au Chili, 43% au Colombie, 23% en Argentine etc...), 10% en Asie du Sud-est (27% en Chine, 37% en République de Corée, 20% au Viet Nam, 19% au Japon etc...), 24% en Europe (32% en Allemagne, 20% au Belgique, 27% au Canada, 21% en France, 38% en Italie, 33% en Suisse, 35% au Portugal ; 20% en Israël etc...), 16% Méditerranée orientale et 24% dans la région du Pacifique occidental. (6)

Un pourcentage important de l'ordre de 20 à 45 % de décès maternel après accouchement peut être favorisé par une césarienne ; et plus le taux de césarienne est élevé, plus les risques de complications maternelles graves sont importantes : les hémorragies tardives importantes, les infections de la plaie opératoire, une infertilité, etc... (6)

Un fait important est l'existence d'une grande disparité en ce que concerne l'efficacité de l'intervention à travers le monde car beaucoup de facteurs (cliniques socioéconomique etc...) interviennent dans le pronostic final comme le démontrent les travaux de MERCHAOU J. et Coll. et de BERTHE Y (3). La santé de la mère et de l'enfant est préoccupante dans le monde et surtout en Afrique où les conditions socio-économiques défavorables exposent à de nombreuses complications liées à la grossesse. En effet, les chefs d'état du monde entier, réunis solennellement à l'ONU en septembre 2000, l'ont choisie pour être deux des trois objectifs de santé du millénaire. (1)

D'une manière générale, le pronostic de la césarienne faite avant tout travail d'accouchement est meilleur à celui de la césarienne faite en situation d'urgence, après plusieurs heures pénibles de travail d'accouchement. Malgré la sécurité de cette opération grâce aux progrès de l'anesthésie, l'asepsie, l'antisepsie, la réanimation et l'antibiothérapie, la césarienne n'est pas une intervention anodine. (2)

Bien que plusieurs lignes directrices, dont celles publiées par l'Organisation mondiale de la santé et la *United States Healthy People 2000 initiative* (4), avancent que le taux optimal de césarienne se situe à 15 %, cela semble n'avoir eu que peu d'effet sur le taux de césarienne que nous connaissons actuellement. (3)

En Afrique, de manière générale, la fréquence est de 4% en milieu rural. Et la proportion dans l'ensemble des accouchements varie considérablement d'un pays à un autre. Mais ce dernier temps, la fréquence de la césarienne a tendance à augmenter dans certains pays, dont 28% en Égypte, 27% en Tunisie, 13% au Namibie, 11% au Ghana, 10% au Gabon, 9% au Togo, 5% au Zimbabwe, 2% au Burkina Faso. Cela s'explique aux problèmes de ressources humaines et aux dévouements des cliniciens peu expérimentés à sa pratique, ainsi qu'à d'autres défis des systèmes de santé.

Chaque jour, près de 1000 femmes meurent des suites de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement (WHO/UNICEF/UNFPA/World Bank 2010). Chaque jour également, plus de 8000 nouveau-nés meurent avant l'âge d'un mois (Rajaratnam et al. 2010) et l'on recense presque autant d'enfants mort-nés (Cousens et al. 2011). La mortalité des nouveau-nés dans les quatre premières semaines de vie représente 41% de la mortalité des enfants de moins de 5 ans (Bhutta et al. 2010). Elle est fortement liée à la santé de leur mère et aux conditions de suivi de la grossesse et de l'accouchement. La majorité des décès maternels (99%) survient dans les pays en développement. A elles seules les deux régions d'Afrique subsaharienne et d'Asie du sud représentent 87% des décès maternels. Les estimations du niveau de mortalité maternelle dans le monde, 358000 décès maternels pour l'année 2008, montrent une diminution de la mortalité maternelle de 34% par rapport à l'année 1990 (WHO/UNICEF/UNFPA/World Bank 2010). Si ces résultats sont encourageants, la diminution n'a pas été égale entre toutes les régions du monde. C'est en Afrique sub-saharienne qu'on

retrouve le plus haut ratio de mortalité maternelle : 640 décès pour 100 000 naissances vivantes soit deux fois plus qu'en Asie, sept fois plus qu'en Amérique Latine et 45 fois plus que dans les pays industrialisés (WHO/UNICEF/UNFPA/World Bank 2010). Ainsi l'Afrique sub-saharienne reste une zone prioritaire en matière d'amélioration de l'accès aux soins maternels et infantiles.

En République Démographique du Congo, la césarienne contribue à la mortalité maternelle dans 30,4%, selon LABAMA et 20% selon LUKA (8). D'une manière générale la fréquence est de 7%. Mais selon le milieu, elle se présente comme suit : 1,9% en Kinshasa, 10,2% au Sud Kivu, 4,61% au Katanga, 2,66% en Ituri (7) et à Kisangani ; sa fréquence est de 12,5% à l'HGR de Kabondo, 8,6% à l'HGR de Makiso, 14,2% aux Cliniques Universitaires de Kisangani (6)

Pour mener cette étude, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

1. Déterminer la fréquence de la césarienne dans notre milieu.
2. Identifier les indications de césarienne.
3. Déterminer la mortalité et la morbidité materno-fœtale
4. Evaluer le pronostic maternel et du nouveau-né

2. METHODOLOGIE

2.1.2. Population d'étude et échantillon

1°. Population d'étude

Notre population d'étude est constituée de toutes parturientes ayant accouchées dans le service de maternité de l'Hôpital Général de Référence INERA YANGAMBI pendant la période de notre étude c'est-à-dire du 01 janvier 2016 au 31 Décembre 2020. Durant cette période, nous avons enregistré au total 738 cas d'accouchement.

2°. Echantillon

Ainsi de cette population, nous avons retenu un échantillon de 75 césarisées, toutes ont répondu à nos critères de sélection suivant la technique d'échantillonnage non exhaustive

3°. Critères de sélection de l'échantillon

Pour mener objectivement notre étude nous avons fixé les critères d'inclusion ci-après :

1. Toutes parturientes ayant accouché par césarienne au service de maternité de l'Hôpital Général de Référence INERA YANGAMBI pendant notre période d'étude.
2. Posséder un dossier complet et conforme à notre fiche de récolte des données.

4. Les Paramètres d'études

- Age, Statut matrimonial, le niveau d'instruction,
- La formule obstétricale, l'âge gestationnel, les antécédents médico-chirurgicaux et gynéco-obstétricaux
- La vitalité fœtale, l'indication de la césarienne, le Pronostic fœtal post-césarienne, le Poids du nouveau-né et l'évolution maternelle post-opératoire.

II.2. METHODES

1°. Technique de récolte des données

Nous avons mené une étude transversale et descriptive avec un recueil rétrospectif des données, sur une période de 5 ans ; allant du 1^{er} Janvier 2016 au 31 Décembre 2020. La technique utilisée est documentaire, consistant à consulter les divers documents notamment :

- Les dossiers d'hospitalisation des malades entreposés au service des archives.
- Les registres de consultation et d'hospitalisation des malades.
- Les registres du bloc opératoire et les protocoles opératoires.

2° Traitement des données

Pour traiter nos données nous avons fait recours aux tableaux de fréquence, au calcul de pourcentage, la moyenne arithmétique et l'écart type sur le logiciel Microsoft office Excel 2010.

3. RESULTATS

Tableau I : Répartition des accouchements par an

Année	Total accouchement	césarienne	pourcentage(%)
2016	144	14	9.4
2017	152	15	9.8
2018	107	8	7.5
2019	116	9	7.8
2020	219	29	13.3
Total	738	75	10.1

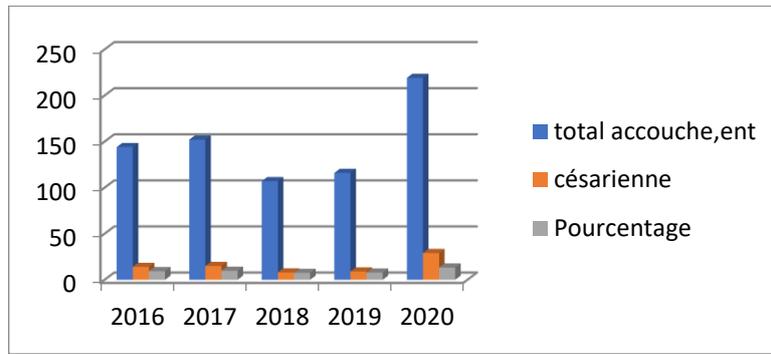


Tableau II : Répartition des césarisés par âge

Année (ans)	Total césarienne	pourcentage(%)
Inf 18	18	24
18 – 22	20	26.7
23 – 27	9	12
28 – 32	20	26.7
Sup à 32	8	10.6
Total	75	100

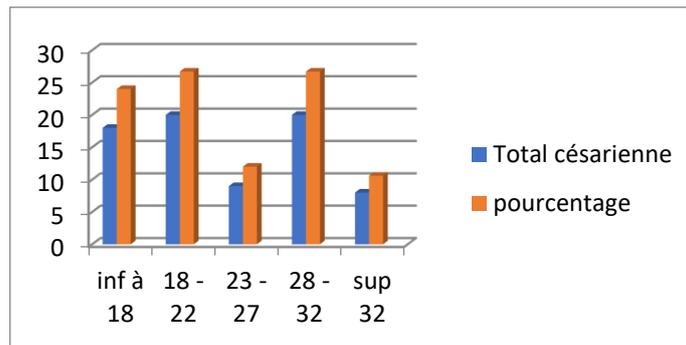


Tableau III : Répartition des accouchements par niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Total accouchement	pourcentage(%)
Non instruite	15	20
Primaire	20	26.7
Secondaire	32	42.7
Supérieur/universitaire	8	10.6
Total	75	100

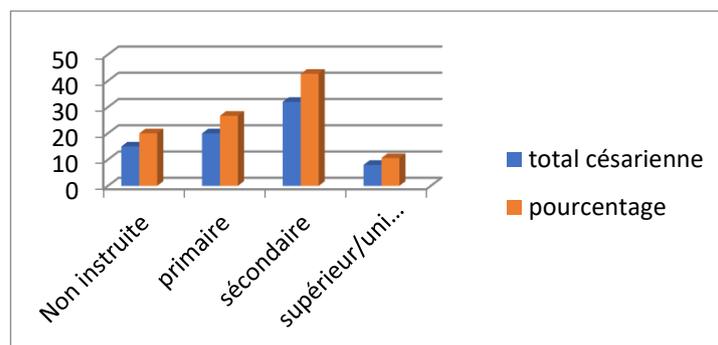


Tableau IV : Répartition des accouchements selon la parité

Parité	Total accouchement	pourcentage(%)
Primipare	24	32
Paucipare	10	13.3
Multipare	22	29.3
Grande multipare	19	25.4
Total	75	100

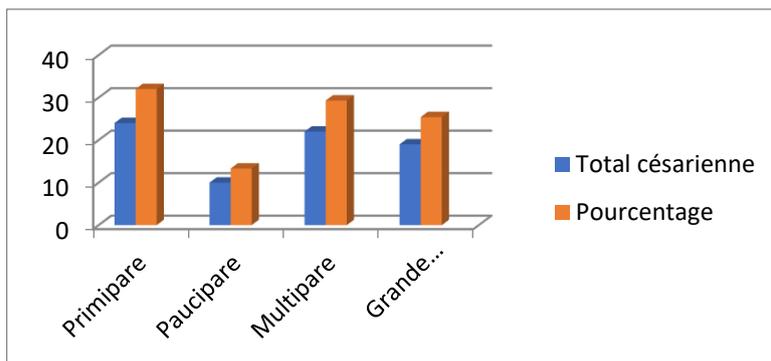


Tableau V : Répartition des accouchements selon les indications

Indication	Total accouchement	pourcentage(%)
Souffrance fœtale aigue	14	18.6
Dystocie dynamique	14	18.6
Dystocie mécanique	12	16
Disproportion foeto-pelv	7	9.4
Césarienne itérative	4	5.3
Eclampsie	2	2.7
Placenta Prævia	4	5.3
DPPNI	2	2.7
Présentation transversale	4	5.3
Utérus cicatriciel	3	4
Rupture utérine	2	2.7
Aucune indication	7	9.4
Total	75	100

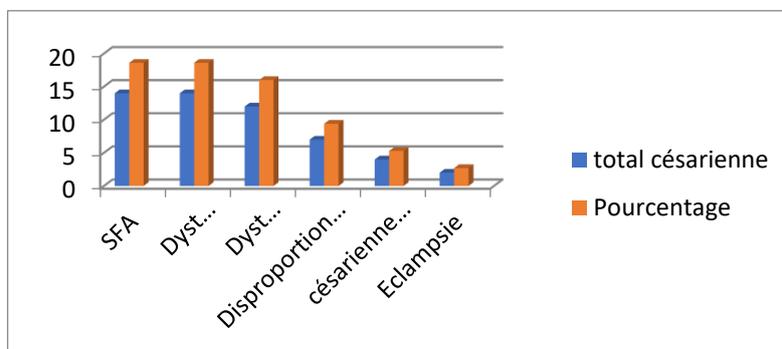


Tableau VI : Répartition des accouchements selon le poids du nouveau-né

Poids du N-Né en gr	Total accouchement	pourcentage(%)
Inf à 2500	5	6.7
2500 – 3900	48	64
Sup à 3900	22	29.3
Total	75	100

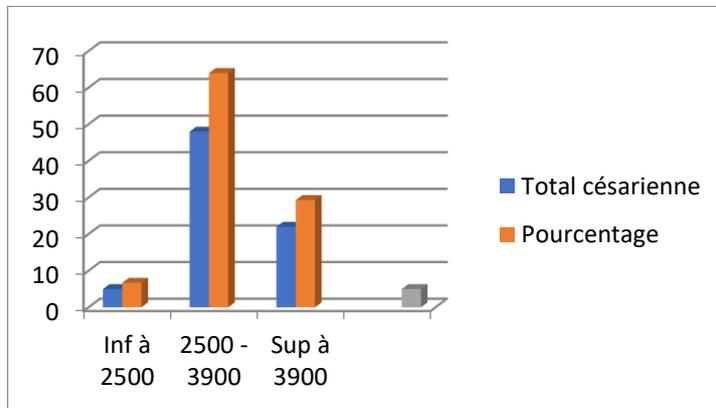


Tableau VII : Répartition des accouchements selon l’âge de la grossesse

Age de la grossesse	Total accouchement	pourcentage(%)
Inf à 37 SA	5	6.7
37 à 42 SA	64	85.3
Sup à 42 SA	6	8
Total	75	100

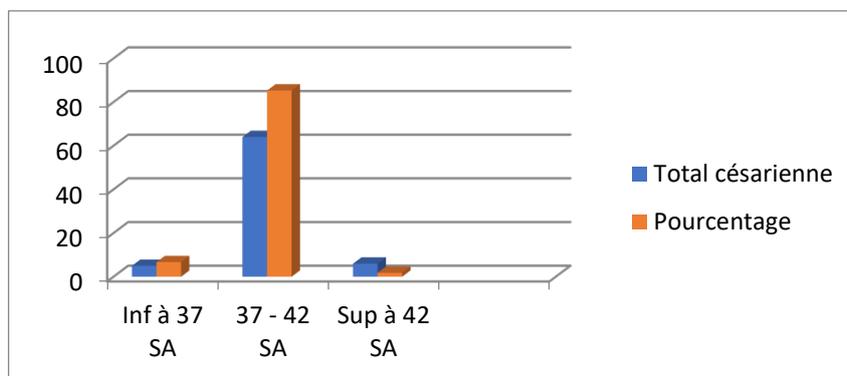


Tableau VIII : Répartition des accouchements selon selon le pronostic fœtal post- césarienne

Pronostic fœtal post césarienne	Total accouchement	pourcentage(%)
Vivant	66	88
Mortalité périnatale	9	12
Total	75	100

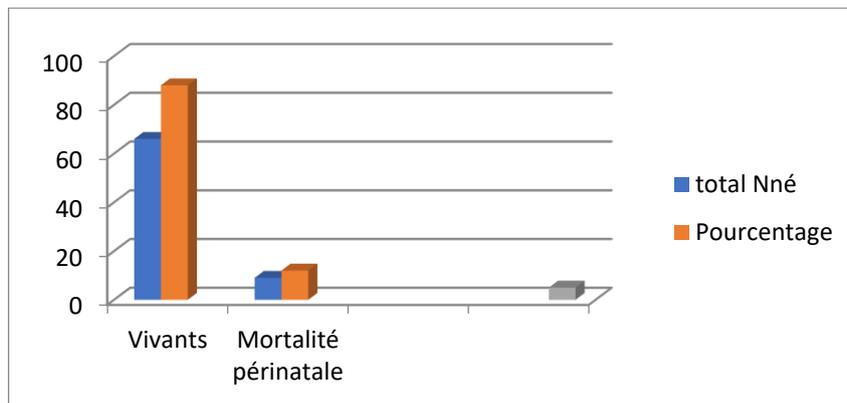
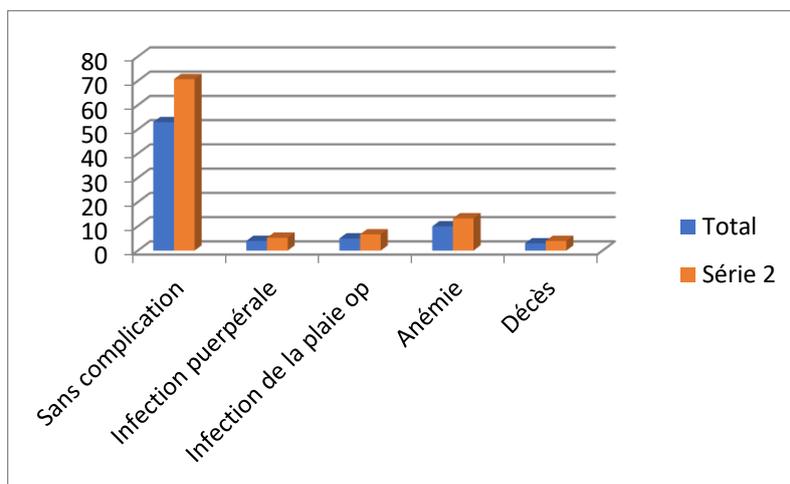


Tableau XI : Répartition des césariées selon l'évolution maternel post opératoire

Evolution maternel post opératoire	Total accouchement	pourcentage(%)
Sans complication	53	70.7
Infection puerpérale	4	5.3
Infection de la plaie op	5	6.7
Anémie	10	13.3
Décès	3	4
Total	75	100



IV. DISCUSSIONI.

IV.1 Fréquence des césariennes

La fréquence moyenne de la césarienne dans notre milieu est de 10,1%. Ce taux est inférieur à celui trouvé en suisse, en Italie et en France respectivement 32,6%, 38,4%, 20,9%, comme le témoignent les travaux de **Verena et Al** en Février 2013 (26) et dans les statistiques sanitaires mondiales de l'OMS en 2012 dont 30,8% en Australie, 30,3% en Allemagne, 24,9% en Espagne, 33% au Portugal et 32,3% aux USA, 80% au Brésil selon le travail fait par **Fabienne R.** au Burkina-Faso en 2012 (23)

Cette évolution inflationniste de la césarienne, a été attribuée à une augmentation du taux de césarienne par convenance donc une césarienne sur demande maternelle sans indication médicale et/ou obstétricale, pratiquée dans certains pays européens et américains tel qu'au Brésil où dans certaines cliniques privées comme la Clinique Pelotas, le taux de césariennes dépasse 90% (1).

Par rapport aux auteurs Africains, notre taux est toujours inférieur à celui de **Djenaoui et Al** en 2012 (27), qui avait retrouvé 25,6% en Algérie, de **Bawa B**, en 2013 (16) a trouvé 20,34% au Niger et 21% à Tunisie selon les statistiques sanitaires de l'OMS de 2012 (32).

Par rapport aux études d'auteurs chercheurs Congolais, notre taux est supérieur à ceux retrouvés par **Ngandu M**, au Katanga en 2011 (**18**) avec 2,68%, **S. Wembonyama (7)** avec 1,9% à Kinshasa et **Mboyo L**, à Kisangani a trouvé 8,6% à l'HGR Makiso/Kisangani en 2012 (**8**).

Plusieurs facteurs seraient impliqués à l'origine de cette inégalité, notamment :

- L'insuffisance d'infrastructures (l'absence de monitoring électronique pour l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal) permettant de détecter la souffrance fœtale aiguë à temps.
- Certaines raisons pro natalistes et les croyances culturelles en Afrique, considérant une femme qui a accouché par césarienne, comme une femme incapable ou soit qu'on lui a jeté un sort maléfique.

IV.2 Age de la césarisée

Dans notre série, nous constatons que, les tranches d'âge concerné par la césarienne sont de 18-22 ans et 28-32 ans avec 26,7% de cas chacune, suivie de la tranche d'âge inférieure à 18 ans avec 24%. Ce résultat est inférieur à ceux trouvé par **Manzombi J et Al** dans leurs études sur l'anesthésie pour césarienne aux cliniques Ngaliéma en 2012 (34,5%) et de **Masudi K(6)**, à Kisangani en 2012 (31,8%), par ailleurs le résultat trouvé par **Ngandu M(18)** au Katanga en 2011(24,8%) se rapproche de notre étude.

Par ailleurs **Mohamed el Bechir** en 2011 (**20**) et **Djenaoui et Al** en 2012 (**27**) ont trouvé que l'incidence de la césarienne était plus élevée dans la tranche d'âge de 15-30 ans avec des fréquences respectives de 58,3% et 38,8%.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que, cette tranche d'âge correspond dans nos régions tropicales d'Afrique, à celle d'une grande activité génitale, aussi par la primiparité et le non suivi des consultations prénatales par certaines parturientes.

IV.3 Niveau d'instruction

La majorité de nos parturientes avaient un niveau d'étude secondaire soit 42,7%. Ce résultat est contraire à ceux obtenus par **Ipaki M**, qui a trouvé 37% de cas de niveau d'étude primaire aux CUKIS en 2012 (**22**) et de même que **Amoudou D**, à Bamako en 2010 (**29**) a trouvé 21%. **Malamine K (24)**, a trouvé 61,5% des femmes non instruites. Cela est lié à nos anciennes valeurs ancestrales qui réduisent la femme à un « simple instrument de reproduction ».

La non scolarisation et le bas niveau scolaire exposent les gestantes qui ont un niveau de compréhension trop bas, de ne pas comprendre le bien fondé des CPN, de négliger certains conseils utiles pour elles-mêmes ainsi que pour leur fœtus. Parfois la malpropreté qui les caractérise les expose à faire des infections post-césariennes.

Le taux faible trouvé chez les femmes du niveau universitaire à des grossesses tardives (primigestes) et à un âge avancé.

IV.4 Parité

La répartition des césarisées en fonction de la parité montre que, les primipares ont été les plus touchées en raison de 32% de cas et chez les multipares et les grandes multipares avec respectivement 29.3% et 25.4% de cas. Cette tendance est aussi retrouvée par Mohamed el béchir (20) en Mauritanie, a trouvé 37,5%, Bawa B, au Niamey en 2013 (16) a trouvé 28,67% et Ipaki M, aux CUKIS en 2012 (22) a trouvé 37% des primipares.

Ce taux élevé s'explique par le fait que la primiparité est associée le plus souvent à un autre facteur aggravant le pronostic d'accouchement par voie basse comme une pré-éclampsie ou le rétrécissement du bassin très fréquent dans notre contexte du fait de la fréquence élevée d'accouchement chez les adolescentes. Et en plus l'emplacement de l'institution médicale subventionnée, dans une zone de forte densité de la population avec un taux de natalité très élevé due à une précocité de maternité.

Pour les multipares et les grandes multipares, le taux de césarienne trouvé peut s'expliquer par le fait que dans notre contrée, une grande progéniture constitue la richesse pour certaines familles, une stabilité du couple et pour d'autres l'assurance du mariage. Des grossesses à ritournelle diminuent la résistance de muscle utérin, avec comme conséquence ; des présentations vicieuses.

IV.5 Age de la grossesse

Le résultat de notre étude montre que la majorité de césariennes étaient réalisées sur grossesse à terme, soit 85,3% des cas.

Ces taux est élevé par rapport à ceux trouvés par Ipaki M (22), Djenaoui et Al, en Algérie en 2011 (27) et Aminata I, à Bamako en 2009 (34), qui ont trouvé respectivement 60,6%, 75,3% et 59,3% de cas de cas, a trouvé . Nous pensons que cela peut s'expliquer par le fait que la majorité des complications faisant l'objet d'une césarienne, apparaissent souvent au dernier trimestre de la grossesse telles que le placenta prævia, le DPPNI etc...

IV.6 Indications de la Césarienne

Les principales indications de la césarienne dans notre étude sont la souffrance fœtale aiguë avec 18.6 % de cas, dystocie dynamique avec 18.6% et la dystocie mécanique avec 16%. Ces taux sont inférieurs à ceux trouvé par Djenaoui et al, en Algérie en 2012 (27) soit 28,7 % de cas, Bawa B, au Niger en 2013 (16) soit 35% et à celui trouvé par Mboyo L, à Kisangani en 2012 (8) soit 37,6%.

Cela s'explique par le manque des moyens élémentaires (monitoring pour RCF, évaluation de l'oxymétrie fœtale) en complément de la clinique pour dépister les SFA réelles et parfois par le retard dans l'évacuation des parturientes en cas d'échec d'accouchement dans d'autres formations médicales (centres de santé). Mais la tendance à la baisse par rapport à d'autres auteurs peut être due à l'amélioration du service de CPN au sein de l'institution et par la présence des personnels qualifiés et d'équipement.

L'utérus cicatriciel représente 4% des indications dans notre série. Les cicatrices utérines entraînent une diminution de la capacité de rétraction du myomètre utérin, exposant alors la patiente à des hémorragies per-opatoires et/ou post-opatoires. Ces hémorragies ne sont significatives quand elles deviennent supérieures ou égales à 1000 ml, entraînant donc une altération de l'état général et nécessitant souvent une transfusion sanguine.

IV.7 Pronostic Fœtal

La naissance vivante au court de notre étude représente 88 % de cas. Ce résultat est légèrement inférieur à celui de Mboyo L (8), qui a trouvé 92,4 % de cas mais aussi légèrement supérieur au résultat trouvé par Ipaki M (22) dans son étude aux Cliniques universitaires de Kisangani 85,8% de cas.

La mortalité périnatale est de 12% Ce résultat est supérieur à ceux de **D.Massart et al**, en Bruxelles 2012 (30), soit 1,5 %, de **D.Subtil et Al**, en Lille 2010 (31), soit 0,9%, **Verena H**, en suisse 2013 (26), soit 0,3% et de **Fabienne R.** au Burkina-Faso en 2012 (23), soit 1,8%. Cela s'expliquerait par le manque d'équipement adéquat dans notre structure bien que les personnels soient qualifiés. Par contre les taux bas trouvés dans les séries étrangères reviennent de l'élargissement des indications des césariennes d'une part, aux moyens mis en œuvre pour dépister à temps un fœtus à risque, et à la collaboration étroite multidisciplinaire (des anesthésistes réanimateurs, obstétriciens et pédiatres) d'autres part. Mais aussi par des consultations prénatales régulières, le dépistage et la prise en charge des grossesses à risque, une surveillance fœtale au cours du travail notamment par le monitoring du rythme cardiaque fœtal, le service de réanimation néonatale ainsi que la stabilité du personnel qualifié.

IV.8 Poids du Nouveau-Né

La majorité des nouveau-nés avaient un poids la naissance situé entre 2500 g et 3900 g, soit 64 % de cas. Ce résultat est inférieur à celui trouvé par **Karounga K (28)**, 75% de cas et **Ouedraogo C et Al (33)**, dans leurs études sur la Césarienne de qualité au service hospitalier yalgado ouedrago d'Ouagadougou en 2011, ont retrouvé 69,7% de cas.

En dehors des facteurs héréditaires, Cette différence peut s'expliquer par le fait que, la majorité de nos césariennes ont suivi les CPN et la plus part des pathologies pouvant entraîner une souffrance fœtale chronique et qui sont à la base d'une hypotrophie fœtale, sont diagnostiquées et traitées pendant le suivi de la grossesse.

IV.9 Pronostic Maternel

Nous avons noté 4% de décès maternels après césarienne dans notre étude. Notre taux est supérieur à celui trouvé par Verena H et Al(26), en suisse en 2013, 2,13% et également supérieur à ceux de Bawa B(16) au Niger 0,16% et de Sidy B(17) à Bamako 1%.

Cette situation peut s'expliquer par la lenteur dans la décision de recourir à la césarienne, parfois même sur des parturientes référées tardivement des centres périphériques.

Mais la majorité de nos césariennes n'ont pas présenté de complications soit, 70,7 % de cas. Ce résultat est similaire à celui trouvé par BABOKO Christian (25). Cela peut s'expliquer par le fait que la technique, l'exécution de l'intervention ainsi que la réanimation sont bien maîtrisées dans notre milieu d'étude.

Néanmoins, outre les décès maternels, les complications infectieuses post-opatoires (anémie, puerpérales et des plaies opératoires) ont été les principales complications dans notre étude avec une fréquence de 25,4% de cas. Ce résultat est supérieur à ceux trouvés par Ipaki M (22) 20,2% et **Karounga C (28)**, 20% de cas.

V. CONCLUSION

- a. les grandes multipares avec respectivement 29.3% et 25.4% de cas. La fréquence moyenne de la césarienne dans notre milieu est de 10,1%.
- b. les tranches d'âge concernées par la césarienne sont de 18-22 ans et 28-32 ans avec 26,7% de cas chacune, suivie de la tranche d'âge inférieure à 18 ans avec 24%.
- c. La majorité de nos parturientes avaient un niveau d'étude secondaire soit 42,7%.
- d. les primipares ont été les plus touchées en raison de 32% de cas et chez les multipares et
- e. la majorité de césariennes étaient réalisées sur grossesse à terme, soit 85,3% des cas.
- f. Les principales indications de la césarienne dans notre étude sont la souffrance fœtale aigüe avec 18.6 % de cas, dystocie dynamique avec 18.6% et la dystocie mécanique avec 16%.
- g. La naissance vivante au court de notre étude représente 88 % de cas.
- h. La majorité des nouveau-nés avaient un poids la naissance situé entre 2500 g et 3900 g, soit 64 % de cas.
- i. Nous avons noté 4% de décès maternels après césarienne dans notre étude.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] LANKOANDE J. OUEDRAGO C.M.R, OUEDRAGO A, BONANE B ; TOURE B ; DAO B, SONDO B, KONE B : Evaluations sanitaires obstétricales et mortalité foeto-maternelle au Bourkina Faso. Med Trop 1997 R. MERGER : Précis d'obstetrique, Paris, Masson 1993
- [2] VOKAER R et Coll : Traité d'obstétrique. Tome II, Masson, Paris 1985
- [3] CHESTNUT DH : Does epidural analgesia increasia the incidence of cesarean section Am J obstetgynecol 1994
- [4] Mamadou Gaoussou DIARRA : Etude de la césarienne à la maternité de l'hôpital NIANANKORONFOMBA de Ségou du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005
- [5] MASUDI K : Analyse critique sur les indications de la césarienne dans la ville de Kisangani, Mémoire inédit, Faculté de Médecine, Université de Kisangani, RDC, 2011 – 2012
- [6] S. WEMBONYAMA et All : Médecine et Santé en RDC de l'indépendance à la 3^{ème} République, Médecine Tropicale, 2007
- [7] MBOYO L. : La fréquence de la césarienne dans les Hôpitaux de la ville de Kisangani, Mémoire inédit, Faculté de Médecine, Université de Kisangani 2011-2012
- [8] LUKA A, *Etude multi critique liée à la mortalité maternelle : facteurs de risque dans la ville de Kisangani*, mémoire de spécialisation, UNIKIS, 2012.
- [9] KAWEN M, *Etude sur la prévalence du taux de la césarienne dans la ville de Lubumbashi*, 2010
- [10] Jennifer CATTEEU ; *«facteur prédictifs de césarienne en cours de travail chez le primipare à bas risque»*, Mémoire de spécialité, Université de ROUEN, 2010 ;
- [11] KAMINA ; *« Anatomie Gynécologique et obstétrical »* édition MALIONE, 1979 ;
- [12] KATENGA B, LABAMA L : *«Pronostic foeto maternel de la maternité précoce à Kisangani»* Congo méd. vol III, 2004.
- [13] LABAMA L, *«Obstétrique du praticien»*, presse Universitaire de Kisangani, 2005 ;
- [14] MANGA O, *«Concept de migration du placenta inséré, et étude clinique, écographie et histo, anatomique dans le nord Est du zaire»*, thèse Kisangani, 1997 ;
- [15] Bawa B., M la césarienne à la maternité de l'Hôpital Régional de Niamey : Aspect épidémiologique et Pronostic, Médecine Tropicale ; NIGER 2012 ;
- [16] Sidy B., Opération césarienne D'urgence dans le CSR de la commune V du district de Bamako, Thèse de Médecine, Bamako 2010
- [17] Ngandu M., Césarienne : Fréquence, indications et complications à l'hôpital du personnel Gécamines Kolwezi, Mémoire inédit, Université de Lubumbashi 2010
- [18] Munjanja S et Al.; Césarienne au Zimbabwe, Médecine Tropicale ; 2012 ; Mohamed El Béchir et Al., Prévalence de la césarienne à l'hôpital régional de Zouerate, Thèse de Doctorat, Mauritanie 2011
- [19] Cissé Brahim. La césarienne à la maternité de l'hôpital de Kayes à propos de 215 cas. Thèse médecine : Bamako, 2001, Pitshou IPAKI MBUNI : pronostic foeto-maternel de la cesarienne aux DU cliniques universitaires de kisangani Mémoire inédit, Faculté de Médecine, Université de Kisangani 2011-2012
- [20] Fabienne R., Césarienne de Qualité au Burkina-Faso, thèse de doctorat inédite, Université libre de Bruxelles, 2011-2012, 112 pages
- [21] Malanine K., Pronostic materno-foetal à L'Hôpital de FousseyniDaou de KAYES, Monographie inédite, Bamako, 2006-2007
- [22] Baboko I., Fréquence et indications de la césarienne à l'HGR de Mangobo, Monographie inédite, Faculté de Médecine/UNIKIS, 2008-2009
- [23] Verena H et Al., Accouchement par césarienne en suisse, santé Médecine, Berne Février 2013 ; 15 pages
- [24] Djenaoui et Al., césarienne : étude multicentrique de 2008-2012, Tunisie Tropicale, Nice 12-06-2013 ;
- [25] Karounga C., césarienne d'urgence versus Césarienne prophylactique, Monographie inédite, Faculté de Médecine, Université de Bamako, 2010
- [26] Amadou D., Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au CSR de KANIEBA, Monographie inédite, Bamako, 2009-2010
- [27] D.Massart et Al., accouchement forcé en lieu et place de l'opération césarienne post mortem, Revue Médicale de bruxelle 2012, 33 : 58-6
- [28] D.Subtil et Al, Recommandations pour la pratique clinique, conséquence maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse au CHRU de Lille, 2010 Cedex ; 590-37
- [29] OMS statistiques sanitaires mondiales 2012
- [30] Ouédraogo C et Al, la Césarienne de qualité au service hospitalier yalgadoouedragogo de wagadougou, Médecine d'Afrique noire, 2001, 48 pages
- [31] Aminata I T., césarienne prophylactique dans le service de gynécologie obstétrique de CSDR IV du district de Bamako, Monographie inédite, Bamako 2009