

RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE ET POPULAIRE
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAID
-TLEMCEN-



FACULTE DE MEDECINE

Thème en vue de l'obtention
du diplôme de doctorat en médecine

Evaluation du nouveau-né par césarienne

Elaboré par :

- MERAD Atif Djelloul
- BOUARFA Wahiba

Encadré par :

- Dr. BLIDI
- Pr. SMAHI

Année Universitaire 2013-2014

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, nous remercions le Bon Dieu de nous avoir permis de terminer cette recherche.

Nous tenons à remercier exceptionnellement notre professeur et notre directeur de recherche Dr. BLIDI pour son soutien permanent, pour ses conseils, ses orientations, et pour son aide et sa solidarité,

Nous sommes aussi très reconnaissantes au Professeur SMAHI.

Nous remercions cordialement les résidents pour leur précieuse aide et encouragements permanents.

Au personnel du service de la PEDIATRIE notamment les surveillants en chefs.

Au psychologue du service et à tout le personnel travaillant au sein du service.

INTRODUCTION GENERALE.....	05
I. Introduction.....	06
II. Contexte et problématique.....	06
1. Qu'est-ce qu'une césarienne ?.....	06
2. Quelles sont les raisons de l'augmentation du nombre de césarienne ?.....	06
3. Quel effet d'une naissance par césarienne sur la santé du nouveau-né ?.....	07
4. Quel effet d'une césarienne sur la mère ?.....	07
5. Effets de la césarienne sur le lien mère-enfant ?.....	08
6. Problématique.....	08
III. HYPOTHESE.....	09
SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE.....	10
I. Définition de LA CÉSARIENNE.....	11
II. LA CESARIENNE COMME ACTE CHIRURGICAL.....	11
1. Préparation psychologique.....	11
2. Préparation anesthésique.....	11
3. L'opération césarienne.....	15
4. Pronostic maternel.....	15
5. Pronostic fœtal.....	16
III. INDICATIONS ET COMPLICATIONS DE LA CESARIENNE.....	16
1. Les indications de la césarienne.....	16
2. Les complications de la césarienne.....	17
MATERIEL ET METHODES.....	19
I. OBJECTIFS.....	20
II. Schéma d'étude.....	20
III. Population d'étude.....	20
1. Critères d'inclusion.....	20
2. Critères d'exclusion.....	20
IV. Déroulement de l'étude et recueil des données.....	20
RESULTATS.....	22
I. Description de la population étudiée.....	23
II. Répartition selon la tranche d'âge.....	23
III. Répartition des patientes selon la nature de la césarienne.....	23
IV. Répartition selon la gestité.....	24
V. Répartition selon le terme de la grossesse.....	24
VI. Répartition selon les critères infectieux.....	24
VII. Répartition selon le type de présentation.....	25
VIII. Répartition des césariennes selon les indications liées à la mère.....	25
IX. Répartition des césariennes selon les indications liées aux annexes.....	26
X. Répartition selon les indications fœtales.....	26
XI. Répartition des nouveaux nés en fonction de l'Apgar à la 1ère minute.....	27
XII. Répartition des nouveaux nés en fonction de l'Apgar à la 5ème minute.....	27
XIII. Répartition des nouveaux nés en fonction du poids de naissance.....	27
XIV. Répartition en fonction du sexe.....	27
XV. Répartition du nouveau-né selon l'examen clinique.....	29
XVI. Répartition en fonction des malformations.....	29
XVII. Répartition selon les complications néonatales.....	30
XVIII. Répartition de la mortalité selon les étiologies.....	30
DISCUSSION.....	31

<i>I. Description des cas de prématurité.....</i>	33
<i>II. Description des cas de détresse respiratoire.....</i>	33
<i>III. Description des cas d'infections néo natales.....</i>	33
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	34
REFERENCES.....	36
ANNEXES.....	38

INTRODUCTION GENERALE

I. Introduction

Avec 20% de césariennes, soit une naissance sur cinq (une sur quatre chez les primipares) et des chiffres en constante augmentation, nous sommes bien loin des 15% maximum préconisés par l’OMS.

Si l’on considère la hausse alarmante du nombre de césariennes ces dix dernières années, il semble que cette intervention chirurgicale ne soit pas seulement perçue comme un geste médical, certes parfois nécessaire et indispensable à la survie de l’enfant et/ou de sa mère, mais bien comme un moyen de naissance comme un autre sans que l’on ne tienne plus guère compte de ses dangers et de ses conséquences parfois si traumatisantes pour les mères et les bébés.

II. Contexte et problématique

1. Qu’est-ce qu’une césarienne ?

Une naissance par césarienne est le terme utilisé pour décrire une intervention chirurgicale par laquelle le bébé naît au moyen d’une incision dans le ventre et l’utérus de la mère.

Cette intervention chirurgicale est parfois prévue et effectuée avant le début du travail mais elle peut également être réalisée une fois le travail commencé.

2. Quelles sont les raisons de l’augmentation du nombre de césarienne ?

De nombreux facteurs ont contribué à l’augmentation du taux de césariennes dans le monde, parmi lesquels l’amélioration des techniques chirurgicales et anesthésiques, la réduction du risque de complications postopératoires à court terme, des facteurs démographiques et nutritionnels, ainsi que la perception qu’ont les prestataires de soins et les patientes de l’innocuité de la procédure. C’est notamment ce dernier facteur qui explique en partie qu’un nombre croissant de femmes dans le monde optent pour une césarienne programmée, sans indication médicale.

Néanmoins, les résultats de l’Enquête mondiale de l’OMS sur la surveillance de la santé maternelle et périnatale montrent que l’augmentation des taux de césariennes est associée à un risque plus élevé d’antibiothérapie après l’accouchement ainsi que de morbidité sévère et mortalité maternelles. L’augmentation du taux de césariennes est aussi associée à une augmentation du taux de mortalité fœtale et du nombre de nouveau-nés admis en unités de soins intensifs pendant sept jours.

Puisque la fréquence de cette opération est si élevée, toute tentative visant à réduire les risques qui y sont associés (y compris celles n'engendrant que des modifications relativement faibles de l'intervention chirurgicale pour un résultat donné) est susceptible d'apporter des effets bénéfiques significatifs sur le plan financier et en matière de santé chez la femme.

3. Quel effet d'une naissance par césarienne sur la santé du nouveau-né ?

Cette question n'est que rarement posée parce qu'elle met implicitement en cause le pouvoir que le corps médical s'octroie sur le processus naturel de l'accouchement et impose comme modèle de référence.

Il est aujourd'hui prouvé que les contractions et l'imprégnation hormonale du Bébé se produisant durant un accouchement par voie basse jouent un rôle important concernant d'une part sa maturation physique, pulmonaire, cardiaque et cérébrale, et d'autre part le développement de ses réflexes primaires, y compris le réflexe de succion.

La naissance par césarienne, et surtout par césarienne programmée, prive le bébé de ces processus physiologiques nécessaires au bon démarrage des fonctions vitales.

C'est ce qui explique que les bébés nés par césarienne sont plus souvent en état de détresse respiratoire transitoire à la naissance que les autres, nécessitent plus souvent des gestes de réanimation.

Vu l'engouement que suscite aujourd'hui la césarienne dans certains milieux, il n'est guère surprenant qu'un nombre relativement faible de publications porte directement sur les effets à long terme de cette opération.

4. Quel effet d'une césarienne sur la mère ?

Les conséquences médicales d'une césarienne sont celles d'un geste chirurgical majeur. La récupération physique peut être longue alors même qu'une femme qui a subi une césarienne doit surmonter, outre le geste chirurgical lui-même, les suites d'une anesthésie, parfois après des heures d'un travail épuisant.

On peut aussi s'attendre à des inquiétudes sur les effets mutilants de la chirurgie.

Pour les grossesses suivantes, les femmes césarisées présentent un risque accru de placenta accreta, ainsi que d'adhérences chirurgicales.

5. Effets de la césarienne sur le lien mère-enfant ?

Une étude, publiée dans *The aftermath of cesarean delivery* puis en français dans les dossiers de l'Obstétriques mai 2001[1], comparait 50 mères ayant donné naissance par césarienne en urgence et 50 mères ayant accouché par voie basse. Les femmes césarisées ont mis plus de temps à se sentir proches de leur enfant que les femmes ayant accouché par les voies naturelles.

Cette différence persiste plusieurs mois après la naissance : 43% des femmes seulement ont dit s'être senties proches de leur enfant immédiatement après la césarienne, alors que pour les accouchements par voie basse elles étaient 64%.

Un mois plus tard cette différence est encore significative statistiquement : 57% des mères se sentaient proches de leur enfant après la césarienne contre 86% dans le groupe de contrôle.

Deux mois après la césarienne cette différence reste marquée, avec 71% après césarienne et 93% des femmes du groupe contrôle.

A aucun moment il n'a pu être mis en évidence de différence entre les femmes ayant accouché par voie basse avec ou sans forceps. Ce qui tend à prouver que c'est bien le mode de naissance par voie haute, et non l'usage de forceps ou instruments d'extraction le facteur causal de cette différence constatée.

6. Problématique

L'inflation des césariennes a-t-elle réellement permis de réduire le taux de mortalité materno-fœtale ces 20 dernières années?

L'argument habituellement soulevé pour justifier cette hausse alarmante du taux de césariennes en 20 ans est qu'elles ont permis de réduire considérablement le taux de mortalité materno-fœtale.

Est-ce bien vrai ?

Selon l'OMS en 20 ans, le nombre de décès maternels est passé de 103 à 75 pour 100000 naissances, soit environ 30 mères sauvées chaque année, pour 75000 césariennes de plus. Ces mères ont-elle été sauvées uniquement grâce à la pratique de la césarienne ?

Ne peut-on supposer que les progrès de l'obstétrique et de la médecine en général dans d'autres domaines, et notamment la meilleure gestion du post-partum et le passage de l'anesthésie générale à l'anesthésie locorégionale n'ont pas eu un effet certain pour abaisser ce chiffre?

Il nous paraît impossible d'imputer la baisse du taux de mortalité périnatale à la seule pratique des césariennes, car pendant cette même période :

➤ La réanimation néonatale, l'équipement des maternités en matériel de réanimation, la formation du personnel à ces techniques, les techniques de dépistage, ont considérablement progressé. De par ces améliorations, par exemple, les bébés prématurés ont aujourd'hui une espérance de survie qui n'était pas imaginable il y a 20 ans.

➤ Le dépistage anténatal des anomalies a énormément progressé, ce qui a des conséquences sur le taux de mortalité, soit parce que les anomalies qui mèneraient à un enfant non-viable sont dépistées précocement (une IMG peut être proposée, ce qui réduit d'autant le nombre d'enfants décédant à la naissance), soit parce que le fait d'avoir dépisté une anomalie permet sa prise en charge immédiate à la naissance, améliorant les chances de survie de ces enfants.

III. HYPOTHESE

L'intervention césarienne est parmi les interventions les plus fréquemment réalisées avec des indications différentes et multiples selon que la cause soit liée à la mère ou soit encore au fœtus.

La décision de faire une césarienne doit être considéré comme le dernier recours.

Suivre convenablement les parturientes, la bonne surveillance des gestantes ainsi que d'autres mesures préventives peuvent nous permettre une maternité beaucoup moins interventionniste.

SYNTHESE BIBLIOGRAPHIQUE

I. Définition de LA CÉSARIENNE

La césarienne réalise un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus gravide par voie abdominale essentiellement car la césarienne vaginale pratiquée autres fois est de plus en plus abandonnée actuellement. Selon le dictionnaire médical pour les régions tropicales, c'est une opération qui consiste à ouvrir la paroi abdominale et celle de l'utérus gravide pour extraire le fœtus quand l'accouchement par voie naturelle est impossible ou dangereux pour la mère ou le fœtus [2].

II. LA CESARIENNE COMME ACTE CHIRURGICAL

1. Préparation psychologique

La césarienne est classée parmi les interventions chirurgicales majeures. Et quant à la préparation psychologique de la parturiente, tout dépend de la situation même du concept qui a poussé le médecin obstétricien à pouvoir prendre la décision de passer par une césarienne.

2. Préparation anesthésique

Pour une césarienne élective ou celle faite en urgence, la préparation anesthésique doit être scrupuleusement étudiée car un certain nombre de contre-indications doit être respecté.

Nous notons bien que le type d'anesthésie dépend de circonstances obstétricales et de la pathologie maternelle, des contre-indications de chaque méthode et de l'expérience de l'anesthésiste. Voilà de ce qui précède deux types d'anesthésie sont utilisés :

Locorégionale : idéale pour les cas de césarienne programmée,

Générale: dans les indications des césarienne en urgence

Choix de l'anesthésie [3]

➤ **L'anesthésie Générale :**

✓ ***Produits utilisés :***

Le thiopental (pentotal, nesdonal), est le narcotique le plus utilisé. Il passe la barrière placentaire et peut diminuer le score d'apgar du nouveau-né à dose élevée.

Le relâchement est assuré par le suxaméthonium (célocurium) et l'atracrium (tracrium).

L'usage des morphiniques et leurs dérivés est possible seulement après clampage du cordon ombilical.

L'halothane et l'enflurane sont des anesthésiques volatiles halogénés. Ils possèdent une action hypotonique au niveau du muscle utérin.

✓ ***Incidents et accidents :***

Inhalation de liquide gastrique qui peut être gravissime et mortelle. C'est la première cause de mortalité en anesthésie obstétricale. Ce risque est toujours présent en raison de la grande fréquence du relâchement du sphincter œsophagien.

Une difficulté ou une impossibilité d'intubation imprévue peut toujours survenir. Une hypoxémie materno-fœtale peut s'établir très rapidement. Dans ce cas, il faut continuer l'anesthésie au masque et extraire l'enfant rapidement.

Les effets circulatoires de l'anesthésie générale sont moins importants que ceux observés sous anesthésie rachidienne.

Le passage placentaire des drogues anesthésiques peut entraîner des dépressions respiratoires chez l'enfant surtout si le temps d'extraction est prolongé.

✓ ***Les indications :***

- Les césariennes en urgence
- Les hypovolémies
- Les troubles de la coagulation

Elle peut compléter une anesthésie locorégionale incomplète ou inefficace.

✓ ***Avantages :***

- Rapidité de mise en œuvre
- Contrôle plus facile des problèmes hémodynamiques
- Fiabilité.

➤ L'anesthésie Locorégionale

Son intérêt est de paralyser les troncs sympathiques et parasympathiques de la région génitale mais aussi les nerfs de la peau et des muscles du périnée tout en gardant la femme consciente.

✓ *L'anesthésie péridurale :*

Elle a été décrite pour la première fois en 1884. Son application par voie caudale est l'œuvre de Sockel en 1909. Actuellement, la voie caudale est pratiquement abandonnée au profit de la voie lombaire.

✓ *Principe :*

L'anesthésie péridurale lombaire est obtenue par blocage des racines nerveuses à leur émergence du sac dure-mérien. Au cours de l'intervention césarienne, le relâchement musculaire doit être moyen alors que l'analgésie doit être suffisante pour pratiquer un acte chirurgical. Un niveau d'anesthésie remontant jusqu'à D4-D6 est nécessaire pour l'intervention.

✓ *Produits anesthésiques :*

La bupivacaïne (marcaïne) : C'est le produit le plus utilisé dans l'anesthésie locorégionale. Elle procure une analgésie de bonne qualité avec un bloc moteur minime. Sa durée d'action est longue. Elle possède une toxicité cardiaque surtout lors des injections intravasculaires accidentelles. Elle n'entraîne pas une diminution du score d'apgar chez le nouveau-né.

L'étidocaïne : Le bloc moteur est très important avec une analgésie de moins bonne qualité. La durée d'action est longue. Il n'existe pas d'effet sur le nouveau-né.

L'analgésie de ces produits anesthésiques locaux peut être renforcée par l'adjonction de fentanyl.

✓ *Incidents et accidents :*

L'hypotension artérielle : Elle est progressive, par blocage sympathique, aggravée par la compression aorto-cave. En l'absence de traitement rapide et efficace, elle entraîne une diminution du débit sanguin placentaire avec pour conséquence une souffrance fœtale aigue.

Les convulsions et les dépressions cardio-vasculaires : Elles surviennent lors des injections massives accidentelles d'anesthésiques locaux.

Une rachianesthésie : Elle peut survenir lors d'une ponction intra-durale méconnue et provoquer un collapsus cardio-vasculaire, une apnée et une perte de connaissance.

✓ **Indications :**

Elle est réservée surtout pour les césariennes programmées.

✓ **Contre-indications :**

- Refus de la patiente.
- Troubles de la coagulation.
- Infection cutanée.
- Etat fébrile.
- Maladie neurologique évolutive.
- Anomalie de la colonne vertébrale.

✓ **Avantages :**

- Elle diminue le risque d'inhalation bronchique.
- Elle n'a que peu d'effet sur le nouveau-né.
- Elle permet la conservation de l'état de conscience de la mère.

❖ **LA RACHIANESTHESIE**

✓ **Principe :**

C'est l'anesthésie rachidienne par injection directe de l'anesthésique local dans le cul de sac dural réalisant une section pharmacologique de la moelle, ce qui entraîne une paralysie totale de tout le système nerveux sous-jacent : sympathique, sensitif et moteur.

✓ **Produits anesthésiques :**

On utilise le plus souvent la bupivacaïne à 0,5 %. La posologie utilisée étant faible, il n'y a pas de risque de réaction toxique maternelle ni de passage placentaire.

✓ **Incidents et accidents :**

L'hypotension artérielle : Contrairement à celle de l'anesthésie péridurale, elle est brutale et profonde. Elle peut entraîner des changements hémodynamiques sévères chez la mère. Il existe ainsi une diminution importante du débit sanguin placentaire avec souffrance fœtale aiguë. Elle est difficile à traiter.

L'extension en hauteur de la rachianesthésie : Favorisée par la position de Trendelenburg, elle peut ainsi entraîner une dépression respiratoire.

Les céphalées : Elles sont gênantes et parfois invalidantes.

✓ *Les indications :*

Elle est réservée aux césariennes programmées.

Les avis sont partagés quant à la place de cette technique dans les césariennes en urgence.

✓ *Les contre-indications*

Elles sont les mêmes que pour l'anesthésie péridurale.

En conclusion Quelle que soit la technique anesthésique envisagée, une consultation préalable est toujours obligatoire.

3.L'opération césarienne [4]

Doit être simple permettant un déroulement stéréotypé et rapide.

Malade en décubitus dorsale sur la table d'opération après désinfection de la peau et drapage. On laisse encore un peu de temps aux anesthésistes dès qu'ils sont prêts.

- Voie d 'abord
- Incision du péritoine viscérale
- Le refoulement de la vessie
- L'hystérotomie
- Extraction fœtale et placentaire
- Réfection de l'hystérectomie
- La péritonisation
- Suture de la peau

4.Pronostic maternel[5]

La césarienne comme tout autre acte chirurgical se réalisant sur un être humain peut d'une manière directe ou indirecte avoir des conséquences ou des complications pouvant amener à la mort du sujet opéré. Certes, les complications graves restent

rare telles que les anémies et les complications infectieuses donnant un certain taux de morbidité maternelle. Ainsi on peut citer:

- Les complications liées à l'anesthésie donnant les accidents respiratoires, les accidents hémodynamiques pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque.

Les complications obstétricaux avec des hémorragies, des blessures intestinales, atteintes accidentelles des voies urinaires ...

5. Pronostic fœtal

Tout comme la mortalité globale dans les pays développés, la mortalité des enfants nés par césarienne a considérablement décliné mais néanmoins un peu plus supérieure à celle des enfants nés par voies basses. Encore faut-il tenir compte du fait que la césarienne sélectionne à l'évidence une population des fœtus à haut risque telle que dans la souffrance fœtale aiguë où le pronostic fœtal dépend essentiellement de l'Age gestationnel, de l'indication de la césarienne, de la rapidité de l'exécution de l'intervention et du type d'anesthésie pratiquée.

III. INDICATIONS ET COMPLICATIONS DE LA CESARIENNE

1. Les indications de la césarienne

Les indications de la césarienne ne sont systématiques ou formelles, elles ont beaucoup évolué et cette évolution continue à Les indications de la césarienne ne sont systématiques ou formelles, elles ont beaucoup évolué et cette évolution continue à Les indications de la césarienne ne sont systématiques ou formelles, elles ont beaucoup évolué et cette évolution continue à avancer.

➤ **Les dystocies mécaniques**

- Bassins rétrécis : ici l'intervention sera faite avant le travail si le bassin est très rétréci (bassin avec diamètre promonto-sous pubien inférieure à 9 cm, bassin à asymétrie forte, ostéomalacie du bassin, ...), ou après épreuve du travail (bassin limite, asymétrie moyenne).
- Les tumeurs prœvia et restant prœvia pendant le travail

➤ **Les dystocies dynamiques**

➤ **Les indications tenant au fœtus et aux annexes:**

- L'insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur ou placenta prævia
- La procidence du cordon surtout dans la présentation céphalique.
- Dans la présentation de face : l'enclavement de la face lors de la rotation de la tête fœtale en mento-sacrée signe l'indication car impossibilité d'un dégagement par voie basse.
- Dans celle au siège, c'est plutôt sur des éléments surajoutés que repose la césarienne; comme : la prématurité, le non engagement, dystocie osseuse, insertion vicieuse du placenta, anomalie dynamique surtout chez la primipare, excès de volume du fœtus, souffrance fœtale, primipare âgée, ...
- En cas d'excès de volume du fœtus surtout dans les excès localisés : hydrocéphalie, la césarienne n'est pas indiquée mais elle le sera plutôt dans les excès de volume total surtout si le gros enfant a une présentation siège et chez la primipare si aussi âgée, l'indication reste formelle Aussi dans le cas de souffrance fœtale au cours du travail.

➤ **Les indications tenant au fœtus et au périnée:**

- Les malformations utérines,
- Les césariennes itératives,
- L'existence d'une rupture utérine ancienne,
- L'existence d'une lésion du périnée chirurgicalement réparée

➤ **Grossesse prolongée:**

Ici l'échec du Théobald ainsi que l'installation d'une souffrance foetale signe l'indication de la césarienne.

➤ **Indication tenant à l'association maladie et grossesse:**

Certains états de toxémie, de néphrite chronique, de cardiopathie, diabète, d'occlusion intestinale, maladie hémolytique, ... signent l'indication.

➤ **Les autres indications:**

C'est telle que la césarienne post mortem ne pouvant être faite que lors de la mort maternelle brutale (accident de roulage, guerres), mais aussi les autres types de césarienne élective pour telle ou telles autres raisons.

2. Les complications de la césarienne

Les complications de la césarienne sont réparties en deux : celles per opératoires et post opératoires.

➤ **Les complications per opératoires**

- Les complications anesthésiques : sauf le syndrome de MENDELSON qui est plus fréquemment rencontré en cours des césariennes en urgence ou lorsque la patiente n'est pas à jeun ou non prédiquée.
- L'hémorragie per opératoire.
- La déchirure de segment inférieure.
- Les plaies vésicales.
- Les autres complications : émanent de la chirurgie abdominale : plaies digestives ou lésion de l'urètre qui est plus souvent lié que sectionné.

➤ **Les complications post opératoire :**

Sont aussi rares, dominées par des problèmes infectieux et thrombo-emboliques

- Les complications infectieuses.
- Les complications trombo-emboliques.
- L'anémie.
- Les troubles du transit.
- Les éventrations qui sont exceptionnelles.

MATERIEL ET METHODES

I. OBJECTIFS

Evaluation des nouveau-nés par césarienne à l'hôpital de Tlemcen du 1er août 2013 au 31 janvier 2014.

Déterminer et énumérer les principales causes de mortalité et de morbidité périnatales des nouveau-nés par césarienne.

Enumérer les principales causes d'accouchement par césarienne.

II. Schéma d'étude

Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective exhaustive des dossiers médicaux des archives du service de néonatalogie et du service de maternité de l'EHS Tlemcen.

III. Population d'étude :

1. Critères d'inclusion :

L'étude réalisée concernait tous les nouveau-nés (0-28jr) issus d'une césarienne, et toutes les patientes césarisées à l'hôpital de Tlemcen de la période allant du 1er août 2013 au 31 janvier 2014.

2. Critères d'exclusion:

Les morts nés et les morts in utéro.

IV. Déroulement de l'étude et recueil des données

Cette étude a été conduite sur place en parallèle d'une pratique clinique dans le Service de pédiatrie puis au service de Gynécologie.

Le recueil des informations était anonyme.

Le recueil des données rétrospectives a été réalisé sur consultation des dossiers Archivés du service de pédiatrie de l'hôpital de Tlemcen.

En raison du non-respect du codage spécifique en vigueur dans ce service, les informations utilisées dans cette analyse ont été retenues après une lecture attentive de chaque dossier.

Les critères d'évaluation ont été adaptés afin de réduire les pertes d'information, les variables retenues sont qualitatives et quantitatives.

Des diagnostics ont été retenus après une lecture attentive de chacun des dossiers.

Cependant, l'inégale qualité d'archivage des dossiers médicaux ne permet pas de différencier avec certitude le diagnostic principal du diagnostic secondaire en cas de comorbidités ou de décès précoce.

Le recueil des données a été réalisé sur six mois en les reportant sur une fiche d'évaluation clinico-biologique spécialement conçue pour l'étude.

RESULTATS

I. Description de la population étudiée

Entre le 01 AOUT 2013 et le 31 JANVIER 2014, on a dénombré 1582 nouveau-nés par césarienne.

Dans cette population, la répartition des sexes était homogène, avec une légère prédominance masculine, puisque les filles représentent 47.09% et les garçons, 52,91%.

II. répartition selon la tranche d'âge

Tableau 1 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	pourcentage
17-25	674	42,60%
25-35	753	47,60%
>35	155	9,80%
TOTAL	1582	100%

Au cour de la période d'étude 47.6% des patientes avaient entre 25 et 35 ans.

III. Répartition des patientes selon la nature de la césarienne :

Tableau 2 : Répartition des patientes selon la nature de la césarienne

Type de césarienne	Effectif	Pourcentage
Urgente	1017	64,29%
Programmée	565	35,71%
TOTAL	1582	100%

Avec 64,29% les césariennes en urgence sont les plus fréquente.

IV. Répartition selon la gestité

Tableau 3 : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
G1	861	54,42%
G2	473	29,90%
≥G3	248	15,68%
TOTAL	1582	100%

54.42% des femmes césarisée sont des primipares.

V. Répartition selon le terme de la grossesse

Tableau 4 : Répartition des patientes selon terme de grossesse

Age gestationnel	Effectif	Pourcentage
28 – 36 SA	72	4,55%
37 – 42 SA	1283	81,10%
≥ 42 SA	227	14,35%
TOTAL	1582	100%

81.10% des césarienne sont des grossesses à terme

VI. Répartition selon les critères infectieux

Tableau 5 : Répartition des patientes selon les critères infectieux

Critères		Effectif	Pourcentage
Absence de critères		530	33,50%
Liquide teinté		122	7,71%
Fièvre		312	19,72%
RPM > 24 H		228	14,41%
Infections	Urinaires	273	17,26%
	Grippe	110	6,95%
	Hépatites	07	0,44%
TOTAL		1582	100%

Dans 33.5% il n'y'avait des critères infectieux

VII. Répartition selon le type de présentation

Tableau 6 : Répartition des patientes selon le type de présentation

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	1220	77,12%
Siège	272	17,19%
Transverse	90	5,69%
TOTAL	1582	100%

La présentation céphalique est la présentation la plus fréquente avec 77.12%

VIII. Répartition des césariennes selon les indications liées à la mère

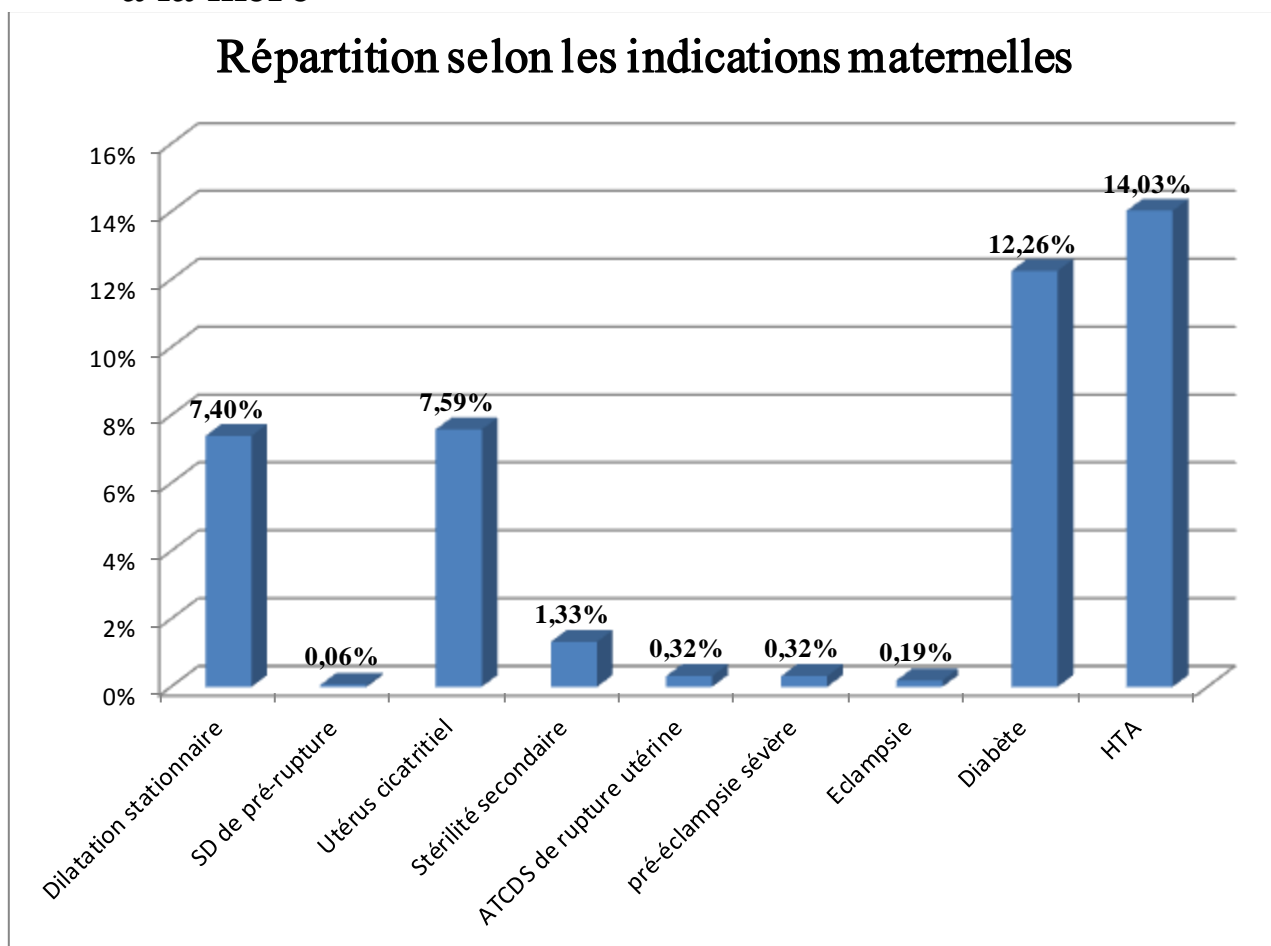


Figure 1 : Répartition selon les indications liées à la mère

On remarque sur La figure 1 que l'indication maternelle la plus fréquente est l'HTA avec 14.03%.

IX. Répartition des césariennes selon les indications liées aux annexes

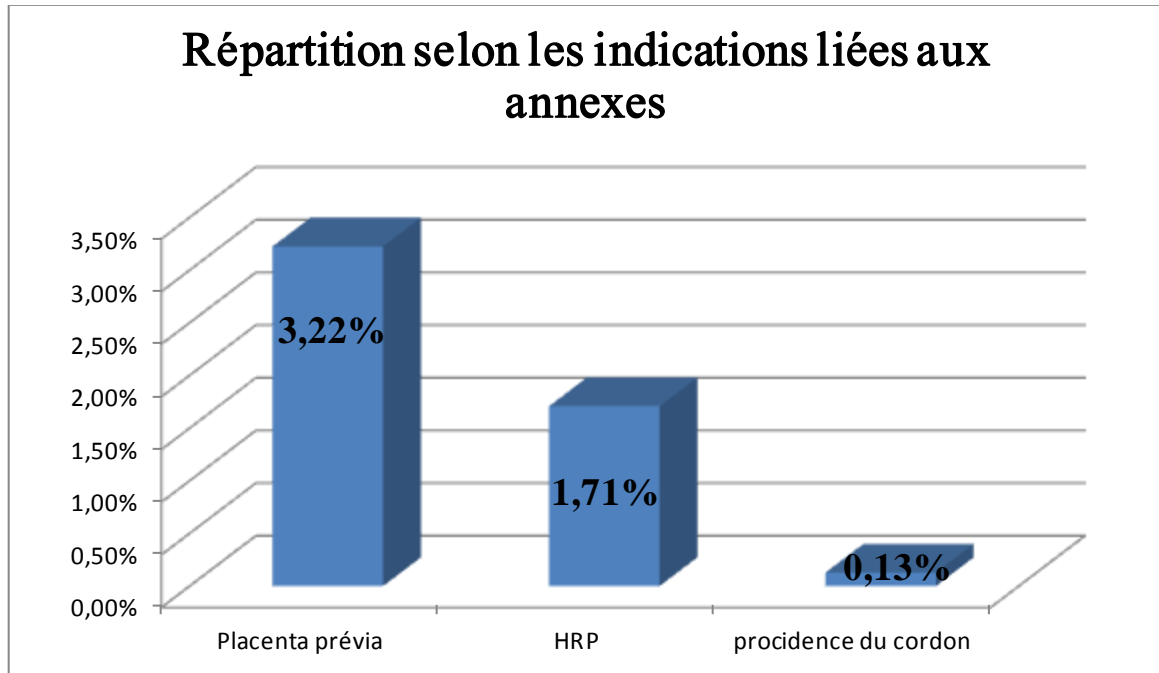


Figure 2 : Répartition selon les indications liées aux annexes

Dans les indications liées aux annexes, le placenta preavia est la plus fréquente avec un taux de 3.22%

X. Répartition selon les indications fœtales

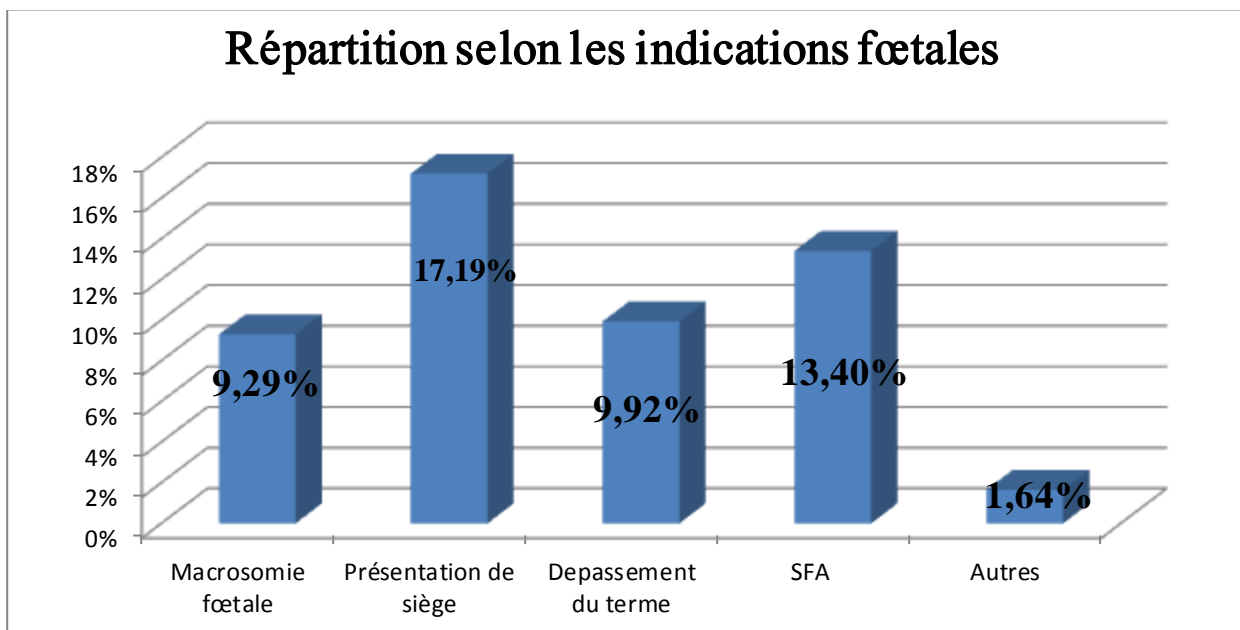


Figure 3 : Répartition selon les indications fœtales

La présentation de siège représente 17.19% des indications de césarienne, contre 13.4% pour la SFA ,9.92% pour le dépassement du terme, et 9.29% pour la macrosomie fœtale.

XI. Répartition des nouveaux nés en fonction de l’Apgar à la 1ère minute :

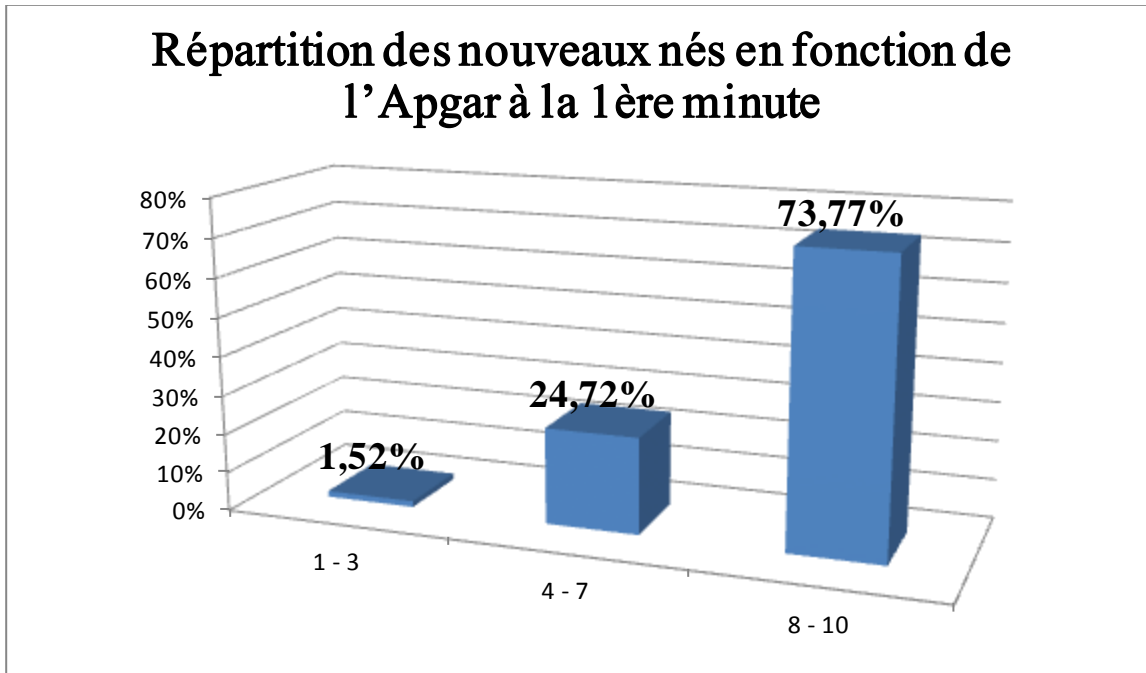


Figure 4 : Répartition des nouveaux nés en fonction de l’Apgar à la première minute

Dans 73.77% l’Apgar a la première minute était compris entre 8 et 10.

XII. Répartition des nouveaux nés en fonction de l’Apgar à la 5ème minute :

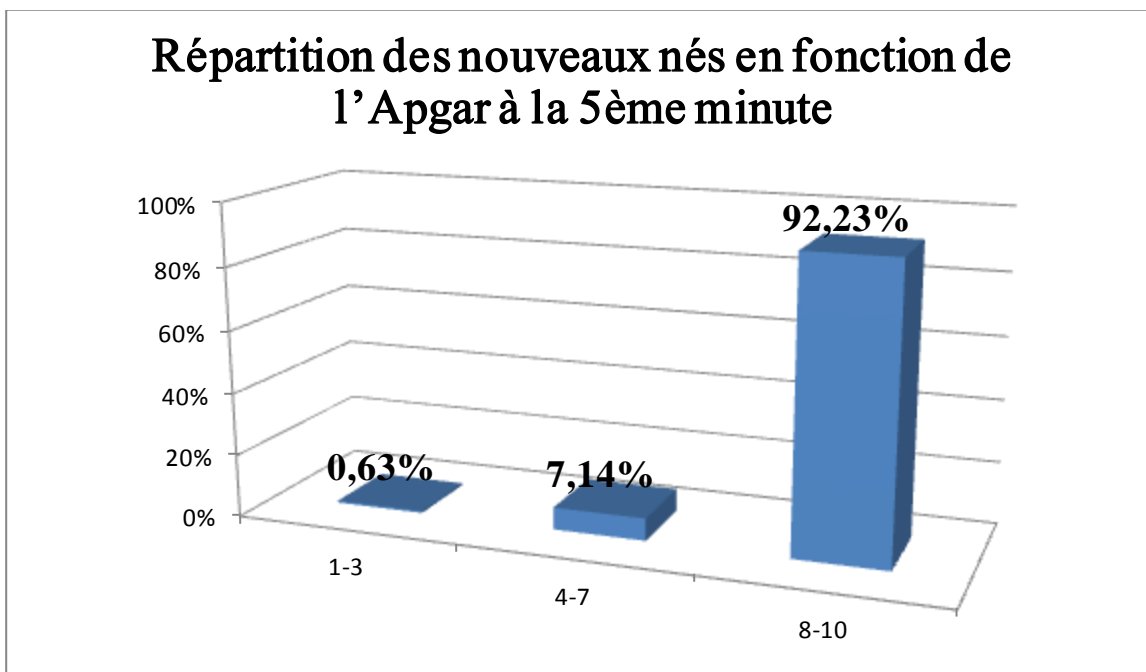


Figure 5 : Répartition des nouveaux nés en fonction de l’Apgar à la 5^{ème} minute

L’Apgar était entre 8 et 10 a la cinquième minute dans 92.23%.

XIII. Répartition des nouveaux nés en fonction du poids de naissance

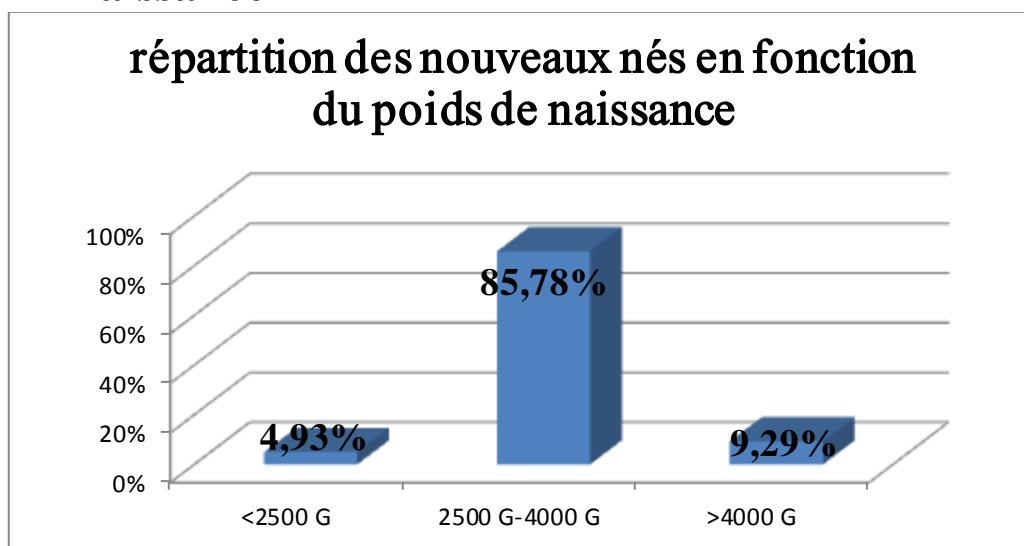


Figure 6 : Répartition des nouveaux nés en fonction du poids de naissance

Dans notre série le poids moyen était aux alentours de 3600gr avec des extrêmes allant de 800gr à 5300gr.

Au cours de la période d'étude, 85.78% nouveau avaient un poids compris entre 2500G et 4000G.

XIV. Répartition en fonction du sexe :

Tableau 7 : répartition des nouveaux nés en fonction du sexe

Sexe	Effectif	pourcentage
Masculin	837	52,91%
Féminin	745	47,09%
TOTAL	1582	100%

On note une légère prédominance masculine avec un taux de 52.91%, contre 47.09% pour le sexe féminin.

XV. Répartition du nouveau-né selon l'examen clinique

Tableau 7 : répartition des nouveaux nés en fonction de l'examin clinique

Examen clinique	Effectif	Pourcentage
Normal	828	52,34%
Souffle cardiaque	242	15,30%
Tachycardie	16	1,01%
Polypnée	37	2,34%
Ortolani positif	190	12,01%
Céphalhematome	13	0,82%
Fièvre	24	1,52%
Hypothermie	14	0,88%
Bosse serosanguine	16	1,01%
Malformation	57	3,60%
Autres	145	9,17%
TOTAL	1582	100%

L'examen clinique était normal dans 52.34%.

XVI. Répartition en fonction des malformations :

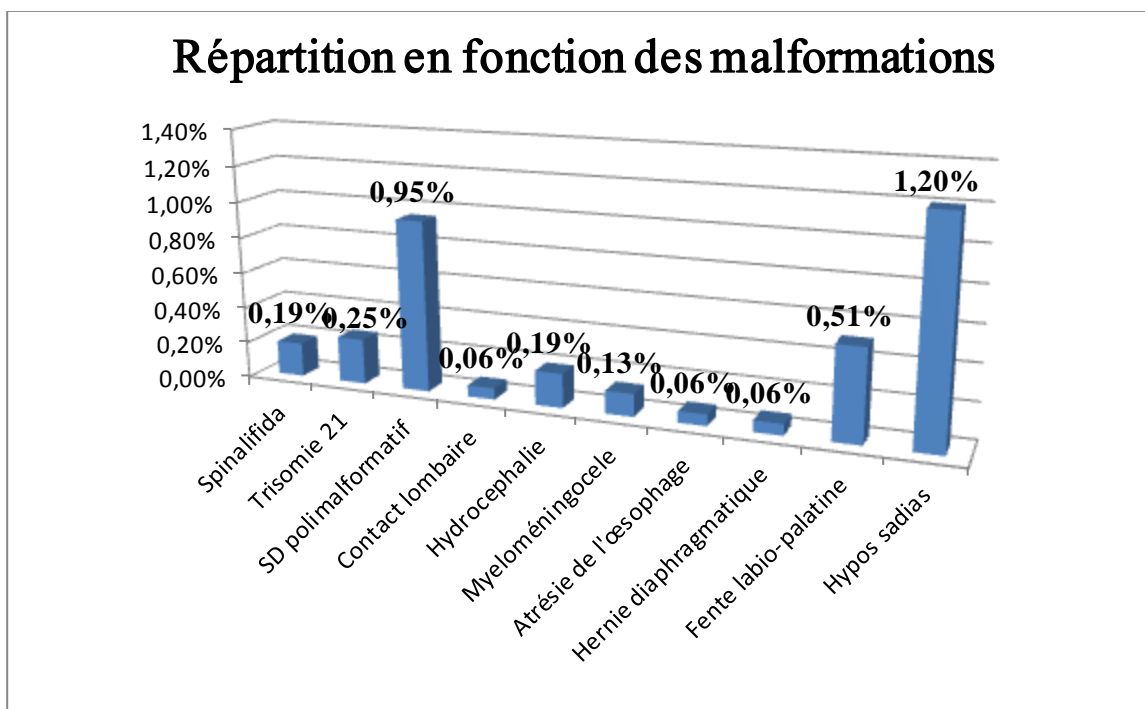


Figure 6 : Répartition en fonction des malformations

On retrouve le syndrome poly malformatif dans 0.95% des naissances par césarienne.

XVII. Répartition selon les complications néonatales :

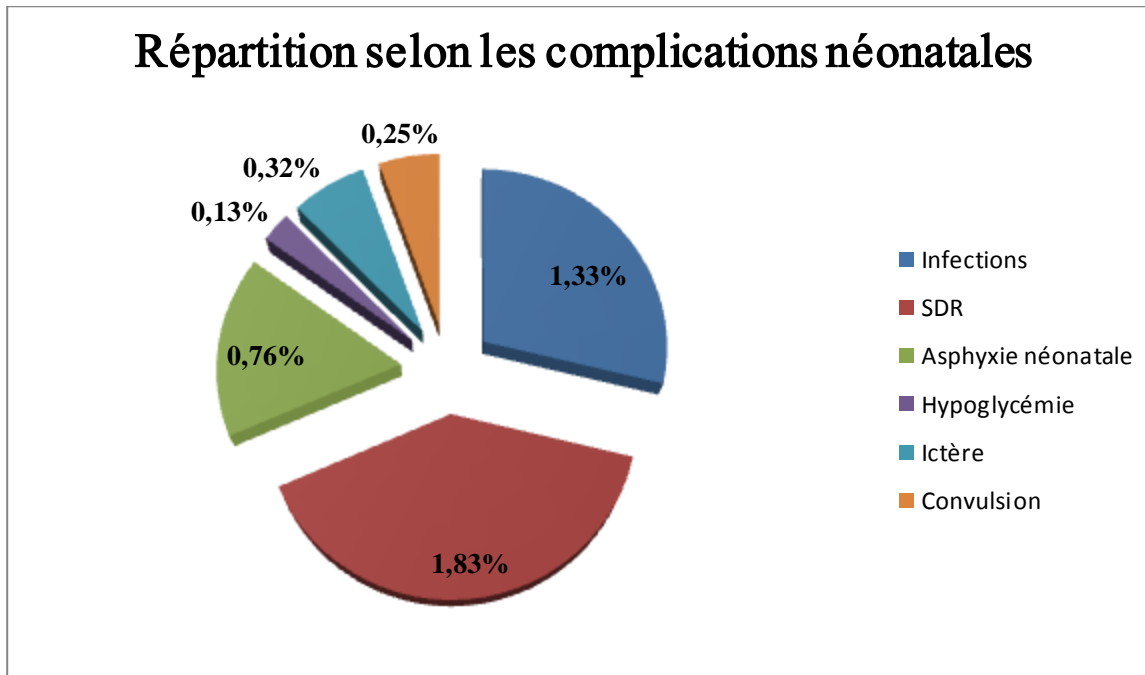


Figure 7 : Répartition selon les complications néonatales

Les complications néonatales sont représentés par la détresse respiratoire avec 1.83%, suivie des infections avec 1.33%, et des asphyxie néonatales avec 0.76%.

XVIII. Répartition de la mortalité selon les étiologies

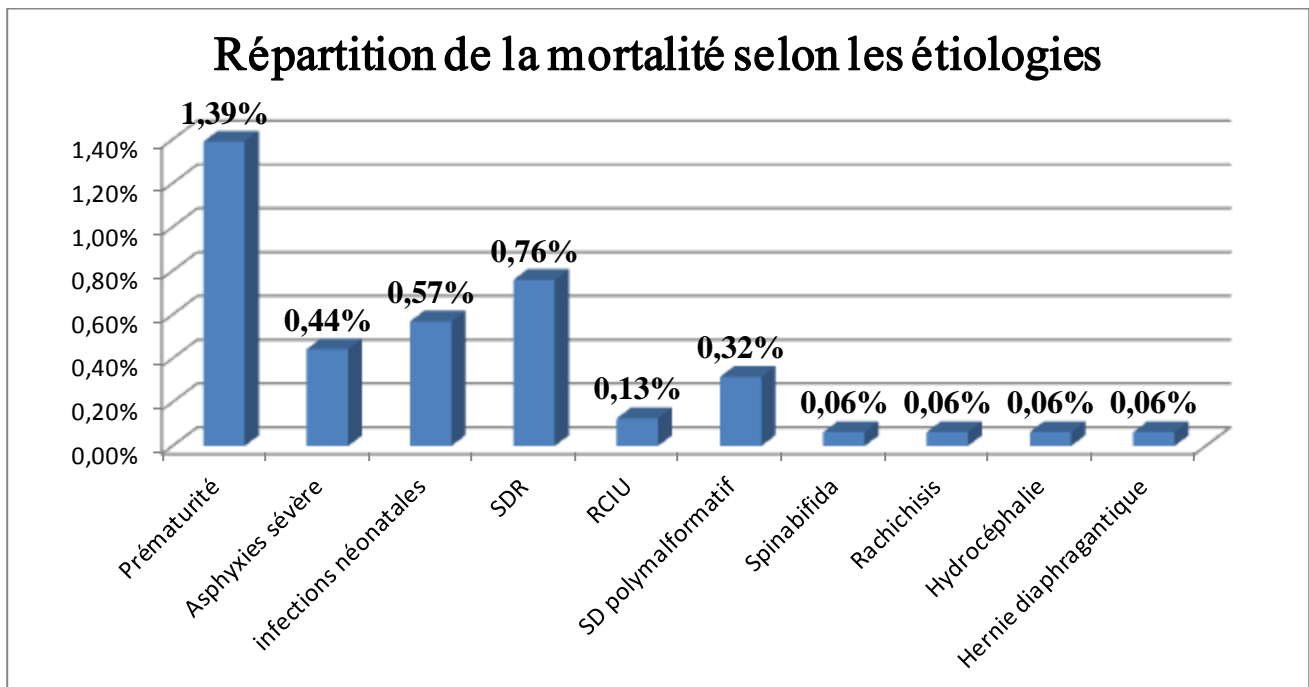


Figure 8. Répartition de la mortalité en fonction des étiologies

la prématurité était la cause la plus fréquente de la mortalité suivie de la détresse respiratoire et des infections néonatales.

DISCUSSION

L'étude rétrospective des dossiers montre un recueil des données anamnestiques peu satisfaisant. L'anamnèse reste l'élément essentiel qui permet de faire le point sur l'enfant nouveau-né adressé pour soins appropriés, elle doit retracer l'histoire de la grossesse jusqu'à l'accouchement.

L'étude du profil de nos patientes montre que La césarienne concerne particulièrement les primipares qui représentent plus de la moitié de nos femmes. Le risque de césarienne augmente statistiquement lorsque l'âge de la primipare avance. Par ailleurs, certaines pathologies sont retrouvées avec une fréquence statistiquement accrue dans le groupe des césariennes. Parmi celles-ci, nous pouvons citer l'hypertension artérielle chronique, le diabète ancien, l'utérus fibromateux et la notion d'accouchement antérieur par césarienne.

L'âge gestationnel moyen le jour de l'accouchement est de 39 semaines d'aménorrhée dans notre série. 4.5% des accouchements sont prématurés et 14.35% ont dépassé le terme.

Notre travail nous a permis de relever une augmentation significative des pathologies fœtales parmi les indications des césariennes. Il semblerait en rapport avec une utilisation plus fréquente du monitoring du rythme cardiaque fœtal au cours du travail.

La mortalité maternelle est nulle dans notre étude. La morbidité maternelle post opératoire a intéressé 29 % des femmes. Elle est représentée essentiellement par l'anémie et les infections.

Sur le plan périnatal, la mortinatalité a atteint 3.85%. Les données que nous avons rapportées concernant la mortalité néonatale précoce sont insuffisantes vu la non disponibilité des dossiers des nouveau-nés, notamment dans les anomalies du cœur et système nerveux central de manière générale une certification des causes est essentielle pour bien classer les décès et d'étudier certaines causes bien définies cela devient particulièrement intéressant avec l'introduction de la CIM-10 car cette classification propose une liste très détaillée des causes de décès d'origine périnatale.

La prématurité et la détresse respiratoire ont la part belle dans la mortalité néonatale. Or, ces deux pathologies sont tributaires de la santé de la mère et du suivi de sa grossesse.

I. Description des cas de prématurité :

On sait depuis longtemps que les bébés prématurés sont à plus haut risque que ceux nés à terme pour ce qui est des problèmes de développement. Les premières études dans ce domaine se sont concentrées sur des questions neuro-développementales, notamment la paralysie cérébrale et le retard cognitif. La documentation accumulée ces vingt dernières années illustre clairement le fait que les bébés prématurés ne sont pas seulement à risque élevé de ces troubles, mais aussi de malformations congénitales, de déficits de l'ouïe et de la vue, de maladies d'irritation des bronches, du déficit de croissance et de problèmes de comportement. Ces problèmes de santé et de développement peuvent induire du stress sur les ressources de santé, familiales et d'éducation.

II. Description des cas de détresse respiratoire :

Les problèmes respiratoires néonataux prédominent dans la pathologie de l'adaptation. Ils se manifestent par une détresse respiratoire dont l'intensité varie en fonction de l'âge gestationnel, les conditions périnatales et le moment d'apparition.

Le diagnostic de détresse respiratoire néonatale a été porté à partir de l'examen clinique du nouveau-né : l'observation de signes de lutte respiratoire et l'auscultation cardio-pulmonaire.

Compte tenu de la disponibilité inconstante des clichés du thorax, ce paramètre para-clinique, aussi important qu'il soit, n'est pas déterminant dans le diagnostic. De même le score de Silverman n'est pas pris en considération compte tenu de sa notation inconstante dans les dossiers.

III. Description des cas d'infections néo natales :

Les infections ont représenté la cause la plus fréquente pour la mortalité néonatale tardive. Leur diagnostic a été fait sur des arguments anamnestiques, cliniques et parfois paracliniques (hémogramme, C Reactive Protein [CRP], étude du liquide céphalo-rachidien [LCR], hémoculture, radiographie pulmonaire). Si l'hémogramme, la radiographie pulmonaire et l'étude biochimique et cyto-bactériologique du LCR font partie du forfait d'hospitalisation, les autres examens sont pris en charge par les parents (bilirubine directe indirecte, ionogramme, VS,...) ce qui limite leur réalisation et par conséquent la détermination des germes en cause, nécessaire pour l'efficacité de la prise en charge de ces infections.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, la césarienne apparaît comme une intervention chirurgicale loin d'être anodine. Elle pourrait contribuer à améliorer le pronostic périnatal mais comporte une morbidité maternelle accrue. De ce fait, certaines recommandations s'imposent :

- le taux des césariennes devrait être maîtrisé dans les limites de 10 à 15 %, comme le recommande l'Organisation Mondiale de la Santé. Pour cela, les indications devraient être bien réfléchies. Une épreuve utérine devrait être tentée chaque fois que c'est possible lorsque l'utérus est unicatriciel. L'affinement du diagnostic de la souffrance fœtale aigue est indispensable, au moins par l'interprétation collégiale des tracés du rythme cardiaque fœtal.
- Les complications de la césarienne pourraient être réduites par le respect scrupuleux de la technique chirurgicale qui est actuellement bien codifiée. Dans ce cadre, un bon décollement utéro-vésical et une extraction fœtale correcte sont susceptibles de prévenir bon nombre de complications. L'antibioprophylaxie devrait être systématique dans les situations à haut risque infectieux.

L'amélioration du pronostic périnatal suppose la disponibilité dans la maternité d'unités de réanimation néonatale dotées d'un personnel qualifié et d'un équipement adéquat.

REFERENCES

[1] :Extraits de E. Hillan, The aftermath of cesarean delivery MIDwives Information and Resource Service (MIDIRS), vol. 10, no. 1, mars 2000, p.70-72. Republié dans Les Dossiers de l'Obstétrique, 294, mai 2001, p.8

[2].IMorin P ;Abous : la césarienne revue du praticien 1998.

[3]A . Bernard, H. gryeln : Notion d'anesthésie et réanimation 8 ième édition, lamare 1999.

[4]Barros FC, Vaughan JP, Victora CG, Huttly SRA. Epidemic of Caesarean sections

[5] The American College of Obstetricians and Gynecologists

ANNEXES

NOM : PRENOM : SEXE :

DATE DE NAISSANCE :

ANTECEDANTS FAMILIAUX :

MERE/ AGE : groupe sanguin : profession : Gestité : parité :

Affection chronique : HTA diabète cardiopathie autres Préciser :

Grossesse suivie : oui non

Pathologie durant la grossesse : non oui Préciser :

Grossesse : Unique Multiple Nombre :

Liquide amniotique : Clair Méconial Purée de pois Teinté

Indication de la césarienne :

NNé/ Apgar : 1min : 10min :

Réanimation : non oui légère [O2,VPP] lourde[MCE,IT,ADRE]

Poids de naissance : pc : taille : FC : FR

Température : normale fièvre hypothermie

Peau : normale pâleur ictère purpura autres préciser :

Cordon ombilical : normal rougeur suppuration tuméfaction mauvaise odeur

Tête : normale

Blessures

Contusions

Cephalématome

Bosse sérosanguine

Fontanelles : normales bombées déprimées

Bouche : normale fente palatine muguet autres préciser :

Réflexes archaïques : reflexe de succion : présent absent

Grasping : présent absent

Reflexe de moro : présent absent

Tonus : normal hypertonie hypotonie

Examen pleuro-pulmonaire : normal

Polypnée

Battement des ailes du nez

Geignement

Tirage

Examen cardio-vasculaire : FC : normale tachycardie bradycardie

Pathologie cardiaque : non oui préciser :

Examen des organes génitaux externe : normal pathologique préciser :

Malformations : fente labio-palatine

LCH

Angiome

Hernie

Autres préciser :

Hospitalisation : non

Oui cause :

Evolution et prise en charge : diagnostic retenu principal :

Diagnostics associés :

Bilans biologique et radiologique :

Traitements :

Evolution :