



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume (1) N 1

ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Reçu, 08 Mars 2018

Accepté, 09 Avril 2018

Publiée, 12 Avril 2018

<http://www.ibrushd.ml>

Recherche

Césarienne en milieu rural du Kasai Oriental (RD Congo): Participation des indications à l'évolution mensuelle des taux à Kasansa et Tshilenge

Cesarean section in rural Kasai Oriental (DR Congo): Indications contribute to monthly rate changes in Kasansa and Tshilenge

André- Guillaume Kabongo Mwamba^{1,*}, Jean-Christophe Bukasa Tshilinda², Deca Blood Banza wa Banza³, Anclet Mbuyi Mishinda⁴, Dady Kalala Tshingomba⁵, André Mutombo Kabamba⁶, Stani Wembonyama Okititsho⁷

^{1, 2, 3, 4, 5} Institut supérieur des Techniques Médicales de Mbujimayi (RD Congo)

⁶ Université Officielle de Mbujimayi, Département de pédiatrie (RD Congo)

⁷ Université de Lubumbashi, Département de Pédiatrie et Ecole de santé publique (RD Congo)

* **Correspondance** : guillaumemwamba25863@gmail.com, Tél. +243-814-090-13

Résumé: La césarienne est reconnue comme une intervention chirurgicale efficace pour réduire la mortalité des mères et des nouveau-nés si elle est pratiquée en temps utiles pour les femmes enceintes qui en ont réellement besoin. Cette étude a analysé la participation des indications à l'évolution mensuelle des taux de césarienne en milieu rural du Kasai oriental. Cette étude bi-centrique descriptive rétrospective a porté sur 434 césariennes réalisées dans les Hôpitaux généraux de référence de Kasansa et de Tshilenge en 2015 et 2016. Pour comparer les pourcentages, le Khi- carré était utilisé, t- Student pour les moyennes dans les deux maternités et les pourcentages de variation étaient calculés avec la formule de croissance. Malgré les tendances inflationnistes observées au cours de l'année, tous les groupes d'indications de césariennes terminaient l'année en baisse. En 2015, 11±3 césariennes ont été enregistrés à Kasansa avec l'inflation des césariennes de nécessité de 220%. A Tshilenge, 6±3 césariennes étaient réalisées et 100% d'inflation pour les césariennes de nécessité. En 2016, en moyenne la maternité de Kasansa a réalisé mensuellement 9±5 césariennes et à Tshilenge, 10 ±4 césariennes. Les césariennes de prudence avaient connu une inflation de 169,1% à Kasansa, tandis qu'à Tshilenge, c'était l'inflation des césariennes de nécessité avec 100%. Selon les différentes classes des indications, en 2015, les hausses remarquables de césariennes ont été enregistrées pour rupture utérine (150%), présentation de siège (100%) et RPM (200%). En 2016, présentations dystociques ont augmenté les césariennes

(180%), utérus cicatriciel de (600%) et éclampsie (200%). La pratique de la césarienne a connu une baisse dans les deux structures en général. Certaines indications ont particulièrement contribué de façon remarquable à la hausse des césariennes. Une surveillance adéquate de la grossesse évitera les césariennes pour indications de nécessité considérées abusives.

Mots clés : Césarienne, participation, indications, évolution

Abstract

Caesarean section is recognized as an effective surgical procedure to reduce maternal and newborn mortality if it is practiced in time for pregnant women who really need it. This study analyzed the participation of indications in the monthly evolution of caesarean section rates in rural Kasai Oriental. This retrospective descriptive bicentric study included 434 Caesarean sections performed in the Kasansa and Tshilenge Reference General Hospitals in 2015 and 2016. To compare the percentages, the Chi-square was used, t- Student for the averages in both maternities and percentages of variation were calculated using the growth formula. Despite the inflationary trends observed throughout the year, all groups of Caesarean indications ended the year down. In 2015, 11 ± 3 cesareans were registered in Kasansa with caesarean section inflation of 220%. In Tshilenge, 6 ± 3 caesareans were performed and 100% inflation for cesareans of necessity. In 2016, Kasansa maternity hospital performed 9 ± 5 caesarean sections on average and Tshilenge 10 ± 4 caesareans. Caesareans of prudence had experienced a 169.1% inflation in Kasansa, while in Tshilenge, inflation of cesareans of necessity was 100%. According to the different classes of indications, in 2015, remarkable increases in caesarean sections were recorded for uterine rupture (150%), presentation of seat (100%) and RPM (200%). In 2016, dystocic presentations increased caesarean section (180%), uterine scarring (600%) and eclampsia (200%). The practice of caesarean section has decreased in both structures in general. Some indications have particularly contributed in a remarkable way to the increase of caesareans. Adequate monitoring of pregnancy will prevent caesareans for indications of necessity considered abusive.

Key words: Caesarean section, participation, indications, evolution

1. Introduction

La césarienne est reconnue comme une intervention chirurgicale efficace pour réduire la mortalité des mères et des nouveau-nés si elle est pratiquée en temps utiles pour les femmes enceintes qui en ont réellement besoin. C'est le cas, par exemple, pour les patientes dont le travail est trop long ou lorsque l'accouchement tarde à venir et que le fœtus manque d'oxygène. Cependant, au moment où l'incidence de la césarienne est en hausse de part le monde entier (Nwosu, Agumor, Aboyeji et Ijaiya, 2004 ;Latifa LABIBE, 2012 ; Marc, Operative Delivery, 2007 ; Stanton, Sara, Holtz, 2006), dans ces milieux considérés défavorisés, la couverture des besoins en cette intervention demeure encore inférieur en rapport avec le seuil minimum fixé par l'OMS soit 5% (Cissé, Ngom , Guissé , Faye et Moreau, 2004 ;Kabongo et al., 2017).Il est difficile pour un grand nombre de femmes en Afrique sub-saharienne d'accéder rapidement à une césarienne car les coûts de l'acte et du transport vers l'hôpital restent trop élevés. A cette difficulté d'accès s'associe le risque et la sécurité associés à l'accouchement par césarienne qui diffèrent d'un endroit à l'autre du monde (Ecker et Frigoletto,2007).

Pour réduire cette barrière financière, la République démocratique du Congo à l'instar de quelques pays d'Afrique, a décidé avec l'aide des partenaires, de subventionner partiellement ou totalement certains soins obstétricaux. C'était le cas dans certains milieux ruraux du Kasai oriental, notamment Kasansa et Tshilenge depuis la fin de l'année 2014(Fond européen de développement (FED) - Fond d'achat des services de santé (FASS) Kasai Oriental, 2014).

La subvention ayant fait augmenter les taux de césarienne dans certains pays après sa mise en œuvre (Keita, Diallo, Gandahoet Leno, 2014), une étude réalisée dans ce milieu avec le même échantillon et à la même période a révélé une variation constante des taux césarienne au cours des mois (Kabongo et al, 2017). Cependant, aucune étude n'a montré dans ce contexte, la participation des indications de césariennes à ces variations.

L'idéal étant que cette opération bénéficie à toutes les femmes qui en ont réellement besoin, l'objectif de cette étude est d'analyser l'évolution mensuelle des indications des césariennes ainsi que leur participation à l'influence sur l'évolution des taux de cette opération dans les HGR de Kasansa et Tshilenge.

2. Matériaux et Méthodes

Cette étude bi-centrique descriptive et rétrospective a porté sur 434 césariennes réalisées à la maternité de l'hôpital général de référence de Kasansa et celle de l'hôpital général de Tshilenge au cours des années 2015 et 2016 (soit 24 mois). Les sources de nos données sont constituées de dossiers obstétricaux, les registres de la maternité et de la salle d'opération, les comptes rendus opératoires et les fiches de nouveau-nés. Ces données hospitalières ont été enregistrées sur fiche d'enquête. Les variables étudiées étaient: l'âge maternel, la parité, les antécédents de césarienne (utérus cicatriciel de césarienne), le mode d'admission à la maternité, les consultations prénatales, l'âge gestationnel et les indications. Pour faciliter la compréhension Dans le cadre de ce travail, la classification des indications de césarienne utilisée se rapproche de celle utilisée dans

beaucoup d'autres études réalisées en Afrique (Boisselier, Moghioracos, Marpeau, et al. 1987 ; Cisse, Faye, De Bernis, Dujardin, Diadhiou, 1998 ; Kabongo al, 2017 ; Maillet, Schaal, Sloukgi, et al. 1991 ; Ouedraogo et al., 2001). Cette classification faisait intervenir la notion d'indications obligatoires, de prudence et de nécessité. L'analyse des données a été effectuée à l'aide d'Epi- info 2007 et Excel 2007 a été utilisé pour calculer les taux de variations et tracer les graphiques. Le test t- Student a été utilisé pour comparer les moyennes et le test de Khi- carré pour comparer les taux dans les deux maternités. Le taux de variation a été calculé à l'aide de la formule de croissance ci- après :

$$TV = (V_a - V_d) / V_d \times 100$$

TV= Taux de variation ; Va= valeur d'arrivée ; Vd= Valeur de départ

3. Résultats

3.1. Caractéristiques des parturientes

Dans notre étude les moyennes d'âge à Kasansa et à Tshilenge étaient respectivement de $28,1 \pm 6,7$ ans et $28,9 \pm 7,3$ ans. Les multipares et les grandes multipares ont présenté respectivement 33,9% et 31,6% de l'effectif. Les moyennes d'âge gestationnel étaient de $38,8 \pm 3,7$ semaines d'aménorrhée (SA) à Kasansa et $39,5 \pm 3,3$ SA à Tshilenge. 14,7% des césariennes étaient effectuées dans l'ensemble sur l'utérus cicatriciel.

3.2. Nombre des Accouchements et des Césariennes

En 2015, les moyennes mensuelles des accouchements à Kasansa et à Tshilenge étaient respectivement de 57 ± 25 et 25 ± 14 . Quant à la césarienne 11 ± 3 en moyenne à Kasansa et 6 ± 3 à Tshilenge.

En 2016, la maternité de Kasansa a réalisé en moyenne 59 ± 14 et à Tshilenge 31 ± 13 accouchements et mensuellement 9 ± 5 césariennes ont été réalisées à la maternité de Kasansa et à Tshilenge 10 ± 4 césariennes.

3.3. Evolution des indications de césarienne

L'analyse de cette figure révèle que toutes les indications ont connu des variations au cours du temps. Si une baisse a été observée dans d'autres groupes, les césariennes obligatoires ont gardé la même allure avec une ascension remarquable aux mois de juillet et septembre.

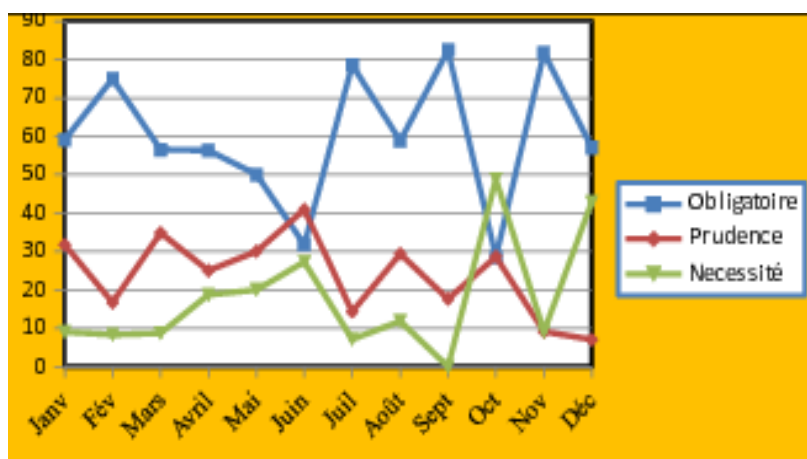


Figure 1: Evolution mensuelle des indications de césarienne en 2015 à Kasansa et Tshilenge

L'analyse de la figure 2 ci- après révèle que tous les groupes des indications ont connu un remaniement au cours du temps. Si les inflations plus ou moins remarquables ont été observées pour tous les groupes d'indications en octobre, les césariennes de nécessité ont continué l'ascension jusqu'en novembre.

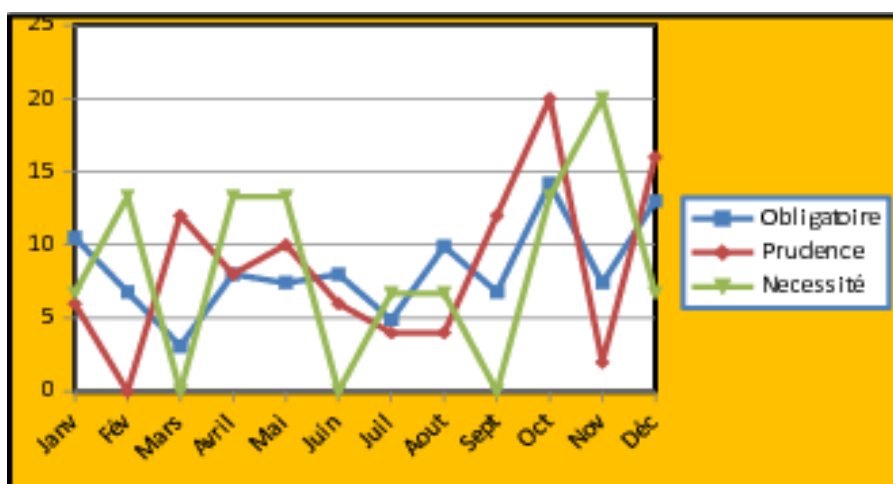


Figure 2 : Evolution mensuelle des indications de césarienne à Kasansa et Tshilenge en 2016

3.4. Participation des indications à l'augmentation des taux de césarienne

Tableau I. Participation des indications à l'évolution du taux des césariennes dans les maternités de Kasansa et Tshilenge en 2015

Indications	Kasansa			Tshilenge		
	Janv(%)	Déc (%)	Augmentation (%)	Janv (%)	Déc (%)	Augmentation (%)
Obligatoires	50	40	- 20	71,43	100	+ 40
Prudence	43,75	40	- 8,75	0	0	0
Nécessité	6,25	20	+220	28,6	0	+100

Source : Travaux de terrain, 2015

L'analyse de ce tableau révèle une augmentation de césariennes pour les indications de nécessité de 220% à Kasansa et 100% à Tshilenge.

Tableau II. Participation des différentes indications à l'augmentation du taux de césariennes aux maternités de Kasansa et Tshilenge en 2016

Indications	Kasansa			Tshilenge		
	Janv(%)	Déc (%)	Augmtation (%)	Janv (%)	Déc (%)	Augmentation (%)
Obligatoires	78,6	1,5	- 21,7	85,7	6,7	- 10,8
Prudence	14,3	8,5	+169,1	14,3	17,7	+23,5
Nécessité	7,1	0	- 100	0	5,9	+100

Source : Travaux de terrain, 2016

Au vue de ce tableau, les césariennes réalisées pour indications de prudence ont augmenté de 169,1% à Kasansa et celles de nécessité ont fait baisser les césariennes de 100% à Tshilenge

Tableau III. Participation des Indications obligatoires à l'augmentation des césariennes en 2015

	Rupture utérine	Placenta praevia	HRP	Présentation. dystocique	DFP
Jan- Mars	2(4,6)	9(20,5)	3(6,8)	20(45,5)	0(22,7)
Av- Juin	0(0)	8(28,6)	7(25)	4(14,3)	9(32,1)
Juil- Sept	0(0)	6(17,7)	8(23,5)	11(32,4)	9(26,5)
Oct- Déc	5(16,)	5(16,7)	8(26,7)	6(20)	6(20)
Augmentation	150%	- 44,4%	62,5%	- 70%	- 40%

Source : Travaux de terrain, 2015

Au regard de ce tableau, dans la catégorie des indications obligatoires, les ruptures utérines ont fait augmenter les césariennes de 150% suivies des hématomes retro placentaires (HRP) de 62 ,5%. Tandis que les présentations dystociques, placenta praevia et la disproportion foeto- pelvienne (DFP) en ont fait baisser les césariennes respectivement de 70%, 44,4% et 40%.

Tableau IV. Participation des Indications obligatoires à l'augmentation des césariennes en 2016

	Rupture uterine	Placenta praevia	HRP	Presentation dystocique.	DFP
Jan- Mars	6,1	36,4	6,1	30,3	21,2
Av- Juin	10,5	21,1	0	44,7	23,7
Juil- Sept	17,2	2,9	40	25,7	14,3
Oct- Déc	8,9	25	0	50	16,1
Augmentation	150%	16,7%	- 100%	180%	28,6%

Source : Travaux de terrain, 2016

Au regard de ce tableau, dans le groupe des indications obligatoires, les présentations dystociques ont fait hausser les césariennes de 180% suivies de rupture utérine de 150%, celles réalisées pour disproportion foeto- pelvienne (DFP) n'ont augmenté que de 28,6%, alors que les césariennes pour l'hémorragie rétro- placentaire(HRP) ont diminué de 100%

Tableau V. Participation des indications de prudence à l'augmentation de césarienne en 2015

	SFA	Utérus cicatriciel	Siège	Procidence du cordon	Circulaire du cordon
Jan- Mars	50	27,8	0	22,2	0
Av- Juin	38,5	23,1	38,5	0	0
Juil- Sept	27,3	18,2	36,4	18,2	0
Oct- Déc	62,5	0	12,5	25	0
Augmentation	- 4,4%	- 100%	100%	- 50%	0%

Source : Travaux de terrain, 2015

L'analyse des résultats de ce tableau indique que parmi les indications de prudence, les césariennes pour présentation de siège ont haussé de 100% en 2015 et les césariennes itératives ont baissé de 100%. Alors que celles pour souffrance fœtale aiguë (SFA) ont baissé de 4,4%.

Tableau VI. Participation des Indications de prudence à l'évolution des césariennes en 2016

	SFA	Utérus cicatriciel	Siège	Procidence. cordon	Circulaire cordon
Jan- Mars		1(11,1)		0(0)	0(0)
	6(66,7)		2(22,7)		
Av- Juin	3(30)	1(10)	3(30)	2(20)	1(10)
Juil- Sept	2(22,2)	1(11,1)	4(44,4)	2(22,2)	0(0)
Oct- Déc	5(26,3)	7(36,8)	4(21,1)	2(10,5)	1(5,3)
Augmentation	- 16,7%	600%	100%	200%	100%

Source : Travaux de terrain, 2016

L'analyse de ce tableau montre que dans le groupe des indications de prudence, les utérus cicatriciels ont fait hausser les césariennes de 600% suivi de procidence de cordon de 200%, la présentation de siège et le circulaire du cordon ex ego de 100%. Tandis que la souffrance fœtale aiguë (SFA) a fait régresser les césariennes de 16,7%.

Tableau VII. Participation des Indications de nécessité à l'évolution des césariennes en 2015

	Dystocie dynamique	Eclampsie	RPM	Grossesse multiple	Pathologie maternelle
Jan- Mars	5(71,1)	1(14,3)	0(0)	0(0)	1(25)
Av- Juin	2(28,6)	1(14,3)	0(0)	1(14,3)	3(75)
Juil- Sept	0(0)	0(0)	0(0)	1(33)	0(0)
Oct- Déc	4(80)	0(0)	1(20)	0(0)	0(0)
Augmentation	- 20%	-100%	100%	0%	- 100%

Source : Travaux de terrain, 2015

Par les résultats de ce tableau, on constate que dans le groupe des indications de nécessité, la rupture prématurée des membranes (RPM) a contribué à hausser les césariennes de 100% et les autres indications les ont fait régresser vertigineusement.

Tableau VIII. Participation des Indications de nécessité à l'augmentation des césariennes en 2016

Mois	Dystocie dynamique	Eclampsie	RPM	Grossesse multiple	Maladie mère
Jan- Mars	2(66,7)	0(0)	0(0)	0(0)	1(50)
Av- Juin	2(33,3)	2(33,3)	2(33,3)	0(0)	0(0)
Juil- Sept	2(66,7)	1(33,3)	0(0)	0(0)	0(0)
Oct- Déc	1(25)	2(50)	0(0)	0(0)	1(50)
Augmentation	- 50%	+200%	0%	0%	0%

Source : Travaux de terrain, 2016

La lecture des résultats de ce tableau indique que l'éclampsie a augmenté les césariennes de 200%, rupture prématurée des membranes (RPM), grossesse multiple et autres pathologies de la mère n'ont pas fait varier les césariennes tandis que dystocies dynamiques ont fait régresser les césarienne de 50%

4. Discussion

4.1. Caractéristiques socio- démographiques et obstétricales

La présente étude a été initiée pour identifier la situation épidémiologique et la couverture des besoins en césarienne dans les zones de santé rurales de Tshilenge et Kasansa. Les principaux résultats montrent. Entre le 1er janvier 2015 et le 31 décembre 2016, 2062 femmes ont accouché dans les hôpitaux généraux de référence de Kasansa et Tshilenge. Parmi elles 434(21,1%) ont eu une

césarienne. Des disparités significatives étaient observées entre Tshilenge et Kasansa ($p < 0,05$). L'âge moyen des femmes césarisées était de 28,42ans avec un écart-type de 6,96 ans (Extrêmes 15 et 47). Les primipares et les grandes multipares étaient les plus concernées par la césarienne avec respectivement 34,8% et 31,6%. La parité moyenne était de $4,31 \pm 2,83$ (extrêmes 0 et 15) sans différence significative ($p > 0,05$). L'âge gestationnel variait entre 22 et 47 SA autour d'une moyenne de 39 ± 4 SA, sans que la différence soit significative ($p > 0,05$), 29% des césarisées l'ont été sur des grossesses d'âge inférieur à 37 SA. Les césariennes itératives représentaient 14,8%.

4. 2. *Nombre des accouchements et des césariennes*

Au cours de l'année 2015 dans les structures où notre étude a été menée, le nombre moyen tant d'accouchements que de césariennes était significativement supérieur à Kasansa qu'à Tshilenge ($p < 0,05$). Tandis qu'en 2016, seul le nombre moyen des accouchements était significativement supérieur à Kasansa qu'à Tshilenge ($p < 0,05$), la différence significative n'a pas été observée quant au nombre de césariennes ($p > 0,05$). En ce qui concerne le taux des césariennes, une étude menée à la même période dans les mêmes structures avec le même échantillon a révélé un taux de césariennes significativement supérieur à Tshilenge qu'à Kasansa (Kabongo et al, 2017).

5.3. *Participation des indications à l'évolution du taux de césarienne*

Dans nos maternités en 2015, les césariennes obligatoires ont marqué des percées importantes par rapport à d'autres groupes d'indications, malgré qu'elles aient terminé l'année en baisse (Figure 1). Tandis qu'en 2016, ce sont les césariennes de prudence et de nécessité qui ont montré des variations assez significatives (Figure 2). L'explication plausible qu'on peut donner à cette situation est qu'en 2015, à l'hôpital général de Tshilenge, n'étaient admises que les patientes référées avec dystocies, tous les autres cas d'eutocias étaient réservés aux centres de santé. Alors qu'en 2016, la maternité de Tshilenge avait commencé à recevoir toutes les parturientes, d'où, les cas comme rupture prématurée des membranes, circulaire de cordon, etc. qui étaient gérés par les centres de santé jusqu'à l'accouchement par voie basse, s'étaient vu se solder par des césariennes de nécessité qui du reste, sont considérées abusives.

Malgré la relative discordance observée d'un auteur à l'autre concernant les principales indications responsables de l'augmentation du taux de césariennes, on retrouve souvent quatre indications qui expliquent cette ascension : Les dystocies, avec toutes les nuances sémantiques que ce terme renferme selon les auteurs, les présentations du siège, les souffrances fœtales, les césariennes itératives (Cissé, Ngom, Guissé, Faye, et Moreau, 2004). Dans notre série, les indications de nécessité ont contribué à la hausse de taux de césariennes dans les deux structures en 2015 (220% à Kasansa et 100% à Tshilenge). Par contre en 2016, ce sont les indications de prudence qui ont contribué à la hausse de taux de césarienne à Kasansa de 169,1% et à Tshilenge, une hausse de 100% a été observée parmi les césariennes de nécessité. Contrairement à l'étude de C.T. Cissé et al à Dakar où a été observée une stabilisation des césariennes obligatoires, une baisse des césariennes de prudence et une augmentation de césariennes de nécessité (Keita, Diallo, Gandaho et Leno, 2014). Cette situation suscite des débats quant aux césariennes pouvant être évitées. Concernant la participation de chaque classe des indications à l'évolution des césariennes, elle n'était pas la même

pour toutes les indications. Pour les indications obligatoires, plusieurs auteurs ont relevé la fréquence élevée de la disproportion foeto- pelvienne (DFP). Dans la série de Melchior, cette indication représentait 50,5% des indications au cours du travail (Ouedraogo, Testa, Sondo et Kone, 2001). Alors que Picaud a relevé une fréquence de 22,3% de l'ensemble des indications (Kinekinda, et al, 2017). Cissé, les indications de la césarienne restent largement dominés par deux pathologies responsables de plus de la moitié des interventions : il s'agit de la disproportion foeto-pelvienne (en moyenne 31,3 % avec des extrêmes de 26 et 34,9 %) et de la souffrance fœtale 22,5%. L'analyse de l'évolution des différentes indications permet de montrer une hausse significative des césariennes pour disproportion foeto-pelvienne (de 26,4 à 34,9 %) de 1992 à 2001 (Kinekinda et al, 2017). Pour de Ciraru-vigneron (1971- 79), il n'y avait pas de variation importante du nombre de césariennes pour DFP (Ciraru-Vigneron, Guyen Tan Lung, Elhaik et Barrier, 1985). Selon NIH (1970-78), la DFP a contribué à elle seule à une augmentation de 30% du taux de césariennes (Broche, Courtois, Maillet et Riethmuller, 2008). Dans notre série, ce sont la présentation dystocique et la rupture utérine qui ont contribué significativement à la hausse de taux de césariennes avec respectivement 180% et 150%. Ce qui témoigne l'amélioration du diagnostic des différentes anomalies mécaniques de l'accouchement qui est fait de mieux en mieux grâce à l'avènement de l'imagerie (la radiologie et l'échographie obstétricales). Néanmoins, des telles indications imposent une grande vigilance de la part des obstétriciens avant de poser l'indication de la première césarienne, car « césarienne une fois, cicatrice pour toujours ». Quant au groupe des indications de prudence, elles sont peu discutées dans la littérature du fait de leur faible fréquence et donc leur faible participation dans la modification du taux de césariennes. Dans nos maternités, les césariennes itératives ont contribué à hausser les césariennes de manière importante en 2016 (600%) dans le groupe des indications de prudence. Par contre cette même indication les a fait régresser de 100% en 2015. La césarienne itérative dans les milieux étudiés était de 4,4% pendant cette période d'étude (Ciraru, Guyen Tan Lung, Elhaik et Barrier, 1985). Selon NIH, ce facteur intervient pour 25 à 30% (Broche, Courtois, Maillet et Riethmuller, 2008). Par contre Cissé a constaté une baisse significative des césariennes pour utérus cicatriciel de 11,2 à 7,1% entre 1992 et 2001 à Dakar (Keita, Diallo, Gandaho et Leno, 2014). Il s'agit de se déterminer entre deux options : la césarienne prophylactique ou l'intention de voie basse (IVB). Dans cette dernière hypothèse, la crainte principale est la survenue d'une rupture utérine ou d'une déhiscence : cette dernière situation précède une rupture complète lors de la mise en travail ou si le travail se prolonge. La rupture utérine, bien que peu fréquente, estimée à moins de 1 % des cas, peut être responsable d'une morbidité maternelle et fœtale graves. Ces observations justifieraient la crainte exprimée par la femme dans le milieu africain selon laquelle « si tu commence par une césarienne, tu finiras par des césariennes » (Kabongo, et al, 2017). La présentation du siège a contribué à l'augmentation à 100% (2015 et 2016). Il faut noter que la conduite à tenir devant cette présentation n'est pas univoque. Nos résultats corroborent la pratique selon laquelle, l'accouchement du siège est devenu synonyme de césarienne programmée dans de nombreux pays depuis la publication de Hannah et al (Hannah et al. 2000) malgré la mise en cause de conclusions de cette étude par d'autres auteurs (Broche, Courtois, Maillet et Riethmuller, 2008 ; Keita , Diallo, Gandaho et Leno, 2014), et (Cissé, Ngom , Guissé , Faye et Moreau, 2004)

Dans les deux maternités, la rupture prématurée des membranes a été responsable d'une hausse considérable des césariennes de 100% en 2015 et de 200% en 2016. Ces résultats rejoignent

la théorie selon laquelle, la RPM peut être associée à des risques immédiats tels qu'une procidence, une compression du cordon ombilical ou un hématome rétroplacentaire. On pense qu'il existe une association entre la RPM et l'infection maternelle et fœtale, le risque augmentant proportionnellement avec la durée écoulée entre la rupture des membranes et l'accouchement. En cas de RPM, le risque de césarienne et la durée d'hospitalisation augmentent (Kayem et Maillard, 2009; Ouedraogo et al. 2001). Cette inflation doit être mise en question compte tenu de faibles taux de cette indication dans notre étude.

5. Conclusion

L'augmentation du taux des césariennes est un phénomène général observé dans la plupart des séries de la littérature. Cette évolution est justifiée surtout par une amélioration du pronostic maternel et fœtal, qui, cependant n'est pas liée essentiellement à l'acte chirurgical. La majorité des auteurs rapporte une mortalité et une morbidité élevées liées à la césarienne par rapport à la voie basse.

Dans les maternités de Kasansa et Tshilenge, les taux mensuels de césariennes ont significativement régressé au cours des deux années d'étude, exception faite à la maternité de Tshilenge en 2016, où a été observée une hausse de 143,3%. En 2015, sont les indications de nécessité qui ont haussé les césariennes à Kasansa et à Tshilenge (220% et 100%), en 2016, les indications de prudence ont significativement haussé les césariennes dans les deux structures chirurgicales (169,1% et 100%). Dans les groupes, certaines indications ont contribué à la hausse des césariennes de manière plus ou moins remarquable dans les deux structures. Il s'agit de présentations dystociques, rupture utérine, antécédent de césariennes (Utérus cicatriciel), rupture prématurée des membranes, présentation de siège et éclampsie.

Par ces résultats, nous pensons que cette évolution des indications de la césarienne serait raisonnable si et seulement si elle est accompagnée d'une amélioration du pronostic maternel et périnatal ; d'où l'intérêt d'étudier l'influence de l'évolution des indications de césarienne sur le pronostic tant maternel que périnatal dans ce milieu.

Contribution de notre étude

Première étude multicentrique réalisée en milieu rural du Kasai Oriental sur la césarienne et permettant d'évaluer le pronostic maternel et périnatal dans notre contexte.

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le personnel des Hôpitaux généraux de référence de Kasansa et de Tshilenge pour nous permis d'accéder aux archives dans leurs structures respectives pour la collecte des données. Ce personnel n'a joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte de données, l'analyse des données, l'interprétation des données, ou la rédaction du rapport.

Conflit of Intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

Références Bibliographiques

Boisselier P., Moghioracos P., Marpeau L., Hajali, B. & Barrat J. (1987). Evolution dans les indications de césariennes de 1977 à 1983 : A propos de 18605 accouchements. *Journal de Gynécologie. Obstétrique Biologie Reproduction.*, 16, 251-60.

Ciraru-Vigneron, N., Guyen Tan Lung, R., Elhaik, S. & Barrier, J. (1985). Evolution des indications de la césarienne : Comparaison entre 1971-76 et 1976-79 à la maternité de l'hôpital Louis- Mourrier. *Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie Reproduction*, 14, 375-384

Cisse C.T., Faye E.O., De Bernis L., Dujardin B. & Diadhiou F. (1998). Césariennes au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services. *Cahiers Santé*, 8 (5), 369-77.

Cissé, C.T., Ngom, P.M., Guissé A., E.O. Faye & Moreau, J.C. (2004). Réflexions sur l'évolution des taux de césarienne en milieu africain : Exemple du CHU de Dakar entre 1992 et 2001. *Gynécologie obstétrique*, 32(3), 210-217

Broche, D.E., Courtois, L., Maillet R. & Reithmuller D. (2008). *Césarienne*. EMC Obstétrique, 5-102-A-10

Ecker, J.L. & Frigoletto, F.D. (2007). Cesarean delivery and the risk-benefit calculus. *N. Engl. J. Med.* 356 : 885-888

Fond européen de développement (FED) & Fond d'achat des services de santé (FASS) Kasai Oriental (2014). Projet d'accélération des progrès vers les OMD 4 et 5 dans les zones de santé de Kasansa, Kabinda, Miabi, Makota et Tshilenge dans la province du Kasai Oriental, 335- 984

Hannah, M.E., Hannah, W.J., Hewson, S.A., Hodnett, E.D., Saigal, S., & Willan, A.R. (2000). Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet*, 356(9239), 1375-1383

Kabongo, A.G., Bukasa, J.C., Banza, D.B., Kayembe, C., Mutombo, A., Wembonyama, S. & Losimba, J. (2017). Caesarean in rural environment of Eastern Kasai (R.D. Congo): Cover of the needs and quality of the services with Kasansa and Tshilenge. *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry*; 6(5), 1157-1163

Kayem, G. (2009). Preterm premature rupture of membranes: Active or expectant management? *Elsevier*, 37(4), 334-341.

Keita, N., F.D. Diallo, Gandaho & E. Leno D.W.A., (2014). *La césarienne en Afrique : Exemple de la Guinée. Collège national des gynécologues et obstétriciens français.* 38^e Journées nationales, Paris

Kinekinda, X., Mukuku, O., Chenge, F., Kakundji, P., Bunzulu, P., Kakoma, J.B. & Kizonde, J. (2017). Caesarean section in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo: Frequency, indications and maternal and

perinatal mortality. *Pan Africa Medicine*. 26(208): 27: 72.

Latifa LABIBE (2012). Evolution des indications de la césarienne à la maternité souissi entre 1986 et 2010 (à propos de 35830 cas). Thèse, Université Mohammed V. Rabat

Lydia, B. Comment calculer le pourcentage d'augmentation ou de diminution sur Excel ? <http://www.votreassistante.net>

Maillet, R., Schaal, J.P. & Sloukgi, J.C. (1991). Comment réduire les taux de césarienne en CHU. *Révue française de Gynécologie Obstétrique*, 86, 294-300.

Marc, H. (2007). Operative Delivery.. In: Alan HD, Lauren N, (eds). *Current Obstetrics and Gynecological Diagnosis and Treatment*. (10th ed., pp. 469-476) New York: MC Graw Hill Publishers,.

Nwosu, C., Agumor, K., Aboyaji, A.P. & Ijaiya, M.A. (2004). Outcome of caesarean section in a sub-urban secondary health care facility in Nigeria. *Nigeria Medicine Practice*, 46(4), 77-79.

Ouedraogo, C., Testa, J., Sondo, B. & Kone, B. (2001). Analyse des facteurs de risque de morbidité maternelle sévère à Ouagadougou, Burkina Faso: application à la fiche de consultation prénatale. *Médecine d'Afrique Noire*; 48 (10), 403-410.

Ouedraogo, C., Zoungrana, T., Dao, B., Dujardin, B., Ouedraogo, A., Thieba, B. & Kone, B. (2001), La césarienne de qualité au Centre Hospitalier Yalgado Ouedragogo de Ouagadougou, Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique. *Médecine d'Afrique Noire*, 48 (11), 443- 451

Stanton, C.K., Sara, A. & Holtz S.A., (2006). Levels and Trends in Cesarean Birth in the Developing World. *Stu Fam Plan*. 37(1), 41- 48.

© 2018 Mwamba, License IBN RUSHD Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)