

Sosthène Adisso - Recherche en Santé de la Reproduction

Pronostic maternel selon le type d'anesthésie pour la césarienne en milieu urbain
au Bénin

S. Adisso*, I. Takpara*, I. Teguate*, H. Gbegnide*, M. Chobli**, E. Alihonou*

*Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) 01 BP 1822 Cotonou

**Département d'Anesthésie et de Réanimation FSS 01BP586 Cotonou

Adisso S, Takpara I, Hougbe F, Ayivigan G, Alihonou E. Pronostic maternel selon le type d'anesthésie pour la césarienne en milieu urbain au Bénin. *Fondation Genevoise pour la Formation et la Recherche Médicales*. 23 Août 2006.

http://www.gfmer.ch/Membres_GFMER/pdf/Anesthesie_Adisso_2006.pdf

RESUME

Introduction : Quel type d'anesthésie appliquer au cours de la césarienne ? L'étude montre que l'anesthésie locorégionale (ALR) avec moins de complication, prend de plus en plus d'importance, pourvu qu'on respecte ses contre- indications.

Cadre et méthodes : L'étude de cas témoins a été réalisée à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) qui est un hôpital urbain à Cotonou. Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, exhaustive et analytique avec cas témoins. Elle repose sur les césariennes pratiquées à la CUGO, du 1er Janvier 2001 au 31 décembre 2002.

Résultats : Tout en respectant les contre-indications, la complication essentielle de l'ALR est l'hypotension survenue chez 53 patientes, soit 34,9%. Dans le lot des cas témoins, des césariennes réalisées sous AG, il y a eu des difficultés d'intubation chez 19 patientes, soit 12,5%, et 2 cas d'arrêt cardiaque avec décès sur table soit 1,3% des cas.

Conclusion : Dans nos régions, avec la pénurie d'anesthésiste - réanimateur, l'ALR serait recommandée en respectant les contre- indications.

Mots-clés : Pronostic maternel, Césarienne, Anesthésie

SUMMARY: Maternal Prognosis with sort of anaesthesia during caesarean section

Introduction: What sort of anaesthesia to choose for caesarean section? That study showed that regional anaesthesia presents less complications than general anaesthesia, and be used more and more.

Material and Methods: That study had been realized in the teaching clinic of obstetrics and gynaecology (CUGO) in the national university hospital of the republic of Benin. It is a , descriptive and analytic survey with control cases about caesarean sections from 1st January to 31 of December 2002.

Results: Regarding contraindications, main complication of regional anaesthesia is low blood pressure in 53 cases 39, 4%. Between control cases, caesarean sections under general anaesthesia, we count 19 cases of difficulty of intubations 12, 5% and 2 cases of maternal death operating 1, 3%.

Conclusion: In our country, the scarcity of anesthetist, regional anaesthesia had been recommended for caesarean section respecting contraindications.

Key-words: Maternal prognosis, Caesarean section - Anaesthesia

1. INTRODUCTION

Ce qui fait peur à nos patientes lorsqu'on leur annonce la décision d'une césarienne, c'est le fait d'être endormi, et la peur de ne plus se réveiller ; car la césarienne comporte de risques qu'il ne faut jamais banaliser [1,6]. Quand on insiste en indiquant autre type d'anesthésie, elles sont d'accord. C'est pourquoi nous avons voulu déterminer le pronostic maternel au cours de la césarienne selon l'anesthésie générale (AG) et l'anesthésie loco-régionale (ALR).

2. CADRE MATERIEL ET METHODE D'ETUDE

2.1- Cadre

Le cadre d'étude proprement dit est la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM), Cotonou. C'est l'une des maternités universitaires de référence qui a ouvert ses portes en 1978. Il existe une autre maternité de référence Hôpital de la mère et de l'Enfant Lagune (HOMEL) de Cotonou, créée depuis 1958.

2.2- Matériel

Deux types d'anesthésie sont souvent envisagés. Il s'agit de l'anesthésie générale (AG) et l'anesthésie loco-régionale.

Quelle que soit la technique à envisager, le matériel suivant doit être réuni :

- Matériel d'intubation : Laryngoscopes en bon état de marche, Sondes d'intubation, Valves, Canules de Guédel, Pincés de Ma Gill, Xylocaïne spray, Sparadrap.
- Matériel de ventilation : Masques faciaux, Ballons d'anesthésie, Ballons auto-gonflables, Oxygène.
- Matériel pour aspiration : Sondes, Aspirateur
- Matériel pour surveillance : Stéthoscope, Brassard à tension, Oxymètre de pouls, moniteur multi paramètre
- Matériel de réanimation : Cathéters, Perfuseurs, Seringues, Solutés, Défibrillateurs, Sondes nasogastriques, sondes vésicales.
- Matériel pour anesthésie :
 - Kit pour rachianesthésie, Péridurale,
 - Drogues : narcotiques, hypnotiques, curares, morphiniques
 - Gaz anesthésiques : O₂, N₂O, halogène
 - Débitmètre et vaporisateur.

Les étapes de l'anesthésie doivent être respectées : Visite pré anesthésique, préparation spécifique psychologique, prémédication

Les modalités particulières de l'anesthésie générale pour la césarienne

- Elle associe un narcotique (thiopental) un curare pour intuber
- Associe nécessairement à l'O₂ et/ou un protoxyde d'azote (N₂O)
- On peut associer un halogéné selon le terrain.

Pour la rachianesthésie, il faut respecter les contre-indications absolues : refus de la malade, allergie aux anesthésiques locaux, hypertension intracrânienne, migraines sévères, hypo volémies sévères, cardiopathie évoluée, infection du lieu de ponction, trouble de crase sanguine, absence du matériel de réanimation, de ventilation et d'intubation.

Il peut s'agir d'une rachianesthésie ou d'une anesthésie péridurale.

- Matériel de ponction lombaire : Aiguille à ponction lombaire graduée administratif, solutions anesthésiques susmentionnées, des seringues, une seringue à pente de résistance, sérum physiologique (salé) isotonique, des ampoules.

Quel que soit le type d'anesthésie, les indications doivent être respectées, les étapes minutieusement suivies, la phase étatique d'anesthésie surveillée [4].

2.3- Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive, exhaustive et analytique avec cas témoins. Elle repose sur les césariennes pratiquées à la CUGO, du 1^{er} Janvier 2001 au 31 décembre 2002.

La population d'étude est représentée par toutes les femmes ayant bénéficié d'une césarienne. Les critères d'inclusion : avoir subi une césarienne sous ALR, soit 233 cas mentionnés dans les registres d'anesthésie.

Les critères d'exclusion : les dossiers non retrouvés aux archives, les dossiers incomplets. Au total, 152 dossiers ont été retenus. Ces dossiers permettraient d'avoir des informations objectives. La population témoin de taille égale (152 patientes) représente les patientes ayant subi une césarienne sous AG, en tirant progressivement après chaque cas d'ALR, un cas d'AG de façon aléatoire durant la période d'étude. Leurs indications se rapprochant de celles des cas d'ALR. Ce qui nous permet de comparer le pronostic maternel selon les types d'anesthésie réalisés.

3. RESULTATS

3.1- La place de la césarienne parmi les accouchements

Tableau I : La place de la césarienne parmi les accouchements par année d'étude

	2001		2002		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Accouchement par voie basse	2073	(71,8)	2319	(71,4)	4392	(71,6)
Césarienne	815	(28,3)	930	(28,6)	1745	(28,4)
Total	2888	(100)	3249	(100)	6137	(100)

Il est pratiqué à la CUGO, 1.745 césariennes pour 6.137 accouchements durant la période d'étude soit un taux de 28,4%.

3.2- Technique d'anesthésie

Tableau II : Technique d'anesthésie pour césarienne par année d'étude

	ALR		AG		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2001	84	(10,3)	731	(89,7)	815	(100)
2002	149	(16,0)	781	(84,0)	930	(100)
Total	233	(13,3)	1512	(86,7)	1745	(100)

L'ALR a été pratiquée chez 233 pour un total de 1745, soit un taux de 13,3%.

3.3- Complications per- opératoires

Tableau III : Complications per opératoires et mode d'anesthésie

	ALR		AG		P
	n	(%)	n	(%)	
Difficulté d'intubation oro-trachéale	0	(0,0)	19	(12,5)	0,000
Hypotension	53	(34,9)	9	(5,9)	0,000
Hémorragie	1	(0,7)	5	(3,3)	0,216
Réaction allergique	0	(0,0)	2	(1,3)	0,478
Arrêt cardiaque (décès)	0	(0,0)	2	(1,3)	0,478

La complication essentielle de l'ALR est l'hypotension survenue chez 53 patientes, soit 34,9%. Dans le lot des cas témoins, des césariennes réalisées sous AG, il y a eu des difficultés d'intubation chez 19 patientes, soit 12,5%, et 2 cas d'arrêt cardiaque avec décès sur table soit 1,3% des cas.

3.4- Moyens de réanimation

Tableau IV : Moyens de réanimation appliquée en présence des complications
Per opératoire et mode d'anesthésie

	ALR		AG	
	N	(%)	n	(%)
Transfusion de sang et/ou du plasma	6	(4,0)	8	(5,3)
Corticoïdes	0	(0,0)	4	(2,6)
Remplissage vasculaire avec un cristalloïde	53	(34,9)	9	(5,9)
Adrénaline	0	(0,0)	3	(2,0)
Ephédrine	61	(40,1)	9	(5,9)
Atropine	4	(2,6)	0	(0,0)

Quel que soit le type d'anesthésie, les moyens mis pour la réanimation sont : transfusion des dérivés sanguins, corticoïdes, remplissage vasculaire, adrénaline, éphédrine et l'atropine.

Les corticoïdes et l'adrénaline n'ont pas été utilisés dans l'ALR alors que l'Atropine n'a pas été utilisée dans l'AG.

3.5- Délai de reprise du transit

Plus de la moitié des patientes ont repris leur transit au premier jour pour l'ALR, 84 sur 152 soit 55,3% contre seulement 18 cas sur 152 dans le lot des cas témoins soit 12%.

Le délai moyen de reprise du transit est 1,54 jours pour l'ALR contre 2,39 jours pour l'AG, avec une différence statistique significative ($p=0,000$).

3.6- Autres complications

En post-opératoire, les patientes ayant subi l'ALR souffrent de céphalées 5,9%, des cas de cervicalgies, 1,3% et de lombalgies 1,3%, plus que celles qui ont subi l'AG. Mais il n'y a pas une différence statistiquement significative ($p = 0,081$).

5. DISCUSSION

Quel que soit le type d'anesthésie, il y a des avantages et des inconvénients. L'essentiel est de pouvoir prendre la meilleure indication, tout en respectant les contre-indications absolues.

En fait, la meilleure technique d'anesthésie est celle qui permet de sauver la mère et l'enfant. Toutefois, il faut signaler que l'ALR a pour complication majeure l'hypotension facile à traiter. D'où la nécessité de réaliser le remplissage vasculaire et d'obtenir les conditions minimales nécessaires pour réaliser la rachianesthésie [2]. Nous n'avons pas enregistré des cas d'hypothermie comme Peillon [5]

Dans le lot des cas témoins, deux cas de décès maternels ont été enregistrés par défaut, la césarienne sous AG n'est pas sans risque d'intubation [3]. Dans un travail réalisé par E. ALIHONOU et son équipe, on a relevé un taux de décès maternel de 0,82% après la césarienne [6]. C'est pourquoi la césarienne ne doit pas être considérée comme un acte chirurgical anodin.

6. CONCLUSION

Le taux de césarienne dans nos services de maternité est en augmentation. La césarienne ne doit pas être considérée comme un acte banal. Cet acte chirurgical qui comporte ses risques et agressions pour la patiente. D'après notre étude, le risque de complications majeures pouvant conduire au décès maternel pour l'AG alors qu'il existe un risque d'hypotension pour l'ALR bien conduite.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. ABASSI , ABOU L., FALASI, F., MORSAD et al.
Complications maternelles des césariennes : Analyses rétrospective de 3231 interventions à la maternité Universitaire de Casablanca, Maroc. Cahiers de Santé, Novembre - Décembre 2000; 10 (6), 419-23.
2. CHOBLI M., LOKOSSOU Th., TAKPARA I. et al
Place de l'anesthésie locorégionale en pratique quotidienne en Afrique.Rev. Afr Anesth. Méd. Urgence 2002, 7 (3), 61-4.
3. HINCHLIFFE O, NORRIN A.
Management of failed intubation in a septic parturient.BV J Anesth. 2002, 89 (2a), 328-330.
4. MERGER R, LEVY 5, MELCHIOR J.
L'anesthésie en cours des interventions par voie haute. Précis d'obstétrique 6^e édition, Masson et Cie, édition Paris, 1995; 485-87.

5. PEILLON P., DOUNAS M., LE BONHOMME J. et al.
Hypothermie sévère en cours de césariennes sous rachianesthésie. Arm. Fr. Anesth. Réanim; 2001; 21 (4), 299-302.
6. TAKPARA I., ALIHONOU E., PERRIN R., KOALAGA A.
Complications des césariennes à la clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique du CNHU, Cotonou. Journal de la Société de Biologie Clinique 1995, N° 002, 42-43