

CESARIENNE PROPHYLACTIQUE VERSUS CESARIENNE D'URGENCE AU CSREF  
CV DU DISTRICT DE BAMAKO PRONOSTIC MATERNO-FOETAL

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

-----=0=-----

REPUBLIQUE DU MALI

**Un Peuple- Un But- Une Foi**



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE  
BAMAKO (USTTB)

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

**Année Universitaire: 2012-2013**

N°-----/

**TITRE**

**Césarienne prophylactique versus Césarienne  
d'urgence Au CSRef CV du District de Bamako  
Pronostic Maternofoetal**

**THESE**

*Présentée et soutenue publiquement le -----  
devant la Faculté de Médecine, et d'Odontostomatologie du Mali*  
**Monsieur Belco TAMBOURA**

*Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLOME D'ETAT)*

**JURY**

**Président du Jury :** Pr. Mamadou TRAORE  
**Membre du jury:** Dr Tioukani Augustin THERA  
**Codirecteur de thèse :** Dr. Soumana Oumar TRAORE  
**Directeur de thèse :** Pr. Issa DIARRA

**SIGLES**

**&**

**ABREVIATIONS**

## SIGLES ET ABREVIATIONS

<b>ATCD :</b>	Antécédents
<b>BGR :</b>	Bassin Généralement Rétréci
<b>CCC :</b>	Communication pour le Changement de Comportement
<b>Cm :</b>	Centimètre
<b>CPN :</b>	Consultation Prénatale
<b>CSCom :</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>CSRéf :</b>	Centre de Santé de Référence
<b>CV :</b>	Commune V
<b>DES :</b>	Diplôme d'Etudes Spéciales
<b>DNS :</b>	Direction Nationale de la Santé
<b>EDS :</b>	Enquête Démographique de Santé
<b>F V V :</b>	Fistule Vésico-Vaginale
<b>G :</b>	Gramme
<b>HTA :</b>	Hypertension Artérielle
<b>HU :</b>	Hauteur Utérine
<b>Mm:</b>	millimètre
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ORL :</b>	Oto Rhino Laryngologie
<b>PDSC :</b>	Plan de Développement de la Santé des Communes
<b>PEV :</b>	Programme Elargi de Vaccination
<b>PF :</b>	Planning Familial
<b>SA :</b>	Semaine d'Aménorrhée
<b>SAA :</b>	Soins Après Avortement
<b>USAC :</b>	Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil
<b>% :</b>	Pourcentage
<b>≥ :</b>	Supérieur ou égal

CESARIENNE PROPHYLACTIQUE VERSUS CESARIENNE D'URGENCE AU CSREF  
CV DU DISTRICT DE BAMAKO PRONOSTIC MATERNO-FOETAL

# DEDICACES

## **DEDICACES :**

Je rends grâce

**Au Seigneur de l'Univers, Le Tout Miséricordieux, Le Très Miséricordieux,  
Celui qui par Lui-même subsiste :**

C'est par votre miséricorde que ce travail est ce qu'il est aujourd'hui. Ainsi s'il devrait me conduire à soigner les humains, au succès et à la gloire un jour, faites en sorte que je reste moi-même, humain, humble et compatissant avec les hommes ; que je sois protégé contre mon propre mal et le mal des autres.

**Au Prophète Mohamed (Paix et Salut sur Lui) :**

Je souhaiterais mettre à profit vos enseignements pour pouvoir bénéficier des deux parts.

Je dédie ce travail

**A mon père Hamadoun TAMBOURA :**

Cher père, les mots me manquent pour dire combien tu as été à la base de ce travail. Ta rigueur et ton exigence dans l'éducation, ton encouragement, ton dévouement, tes soucis permanents de notre bien être, tes bénédictions, et ton soutien pour ne citer que ceux-ci m'ont permis d'être là aujourd'hui. Que Dieu le tout puissant te protège.

**A ma mère Peindare` TAMBOURA dite peindrai :**

Qu'est ce qu'un enfant peut offrir de plus à sa mère en signe de gratitude et de reconnaissance que son affection ?

Tu as tout sacrifié pour mon instruction et mon éducation.

**A ma Tante Fatoumata waigalo**

Tu as été pour moi à la fois une mère et un père, tu as tout sacrifié pour mon instruction et mon éducation. Pas un seul jour, je ne me suis senti enfant d'autrui.

Mère infatigable, tes conseils, ton soutien, ton amour ne m'ont jamais manqués dans n'importe quelle circonstance. Ce modeste travail n'est que le couronnement de tes bénédictions. Que dieux le tout puissant veille sur toi.

**A mon Oncle, Tonton Beydary DICKO**

Tu as d'une part joué le rôle de père pour moi, Tes conseils n'ont jamais manqué pour la réussite dans la vie, et la bonne pratique de la religion. Reçois ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

# REMERCIEMENTS



**A mes frères et sœurs : Boubacar (HARAM), Alou, Adam dite Dickaou Coumba, Hamadoun dit Girri.**

Merci infiniment pour l'affection, la confiance et le respect dont j'ai toujours bénéficié. Que le Seigneur renforce nos liens fraternels afin que nous demeurions toujours unis dans la paix.

**A mes amis : GRANDE FAMILLE (Daman SYLLA, Tidiani T BALL, Oumar NIANGADO, Souleymane MAIGA, Mariam C. TRAORE, Ibrahim TRAORE, Peinda DABO, Oumar DABOU Sidy N BATHILY, Housseynou DOUGNON, Almahdi TOURE, KARABINTA).**

Je ne pourrai jamais vous remercier assez par les mots. Vous m'avez toujours compris et soutenu, vous avez été à mes côtés à chaque fois que j'ai besoin de vous. Trouvez ici l'expression de mon affection.

**A tous mes amis et compagnons : Daman Sylla, Boureima SARRE, Ousmane SAMAKE, Moussa COULIBALY, Nouh SAMAKE dit Banou, Mahamadou DRAME dit PAP, Daouda DICKO, Ibrahim DICKO, Seydou DIALLO, Diamory KEITA, Alou TANGARA, Mohamed DICKO, Desire, Babbarou TAMBOURA, Moise ARAMA, SANGARE Moussa (CPM DIANKABOU), Harouna TAMBOURA.**

Merci de votre sincère collaboration.

**A tous les internes du Centre de Santé de Référence de la Commune V et particulièrement à notre équipe de garde :**

**Madigata DOUCARA, Daman SYLLA, Amadou COULIBALY, Idriss DAGNOGO, Souleymane DIALLO, Aly COULIBALY, Abdoul, Soungalo, Soumaila, Adja(DIALLO), Gérard, Fatim, Adama TRAORE, Adiza TOURE, Magassa, Djeneba SACKO, Fatoumata TRAORE, BOCOUM, YOUSSEUF, Malado etc...**

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils. Sans aucune anticipation recevez mes sincères remerciements.

**Aux aînés qui m'ont précédé dans l'équipe et qui sont aujourd'hui médecins, Seydou DIABATE, Amir, DIANE H, Ami DIARRA, Gabriel SANGARE, Yacouba COULIBALY etc...**

Merci pour la qualité du conseil et de l'enseignement que j'ai reçu au près de vous.

**A tous le personnel du CSRef de la Commune V du District de Bamako : Anesthésistes, Sages femmes, Infirmières, Infirmiers, Aides du Bloc, Techniciens de surface etc...**

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

**A mes maîtres médecins :**

**Dr Soumana O. TRAORE, Dr Oumar M. TRAORE, Dr SILIMANA Fanta COULIBALY, Dr Albachar HAMIDOU, Dr BAGAYOKO Aliou, Dr COULIBALY Amadou, Dr COULIBALY Gada, Dr Hamady SISSOKO**

Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité, et de réussite dans toutes vos entreprises.

**A mes cousins et cousines:**

**DICKO (Adam, Daouda, Aminata, Ibrahim, Fatoumata, Belco, Modibo, Ousmane, Souleymane), Kadidia THIAO, Boureima MAIGA.**

Que Dieu vous garde et vous procure santé et bonheur.

**A tous les professeurs qui m'ont enseigné du cycle fondamental à  
l'université.**

**Au Mali,**

Pour tes efforts consentis : éducation, formation, nous te servirons avec amour,  
loyauté et patriotisme.

**A toutes les femmes qui ont perdu la vie en donnant la vie.**

**A toutes les femmes victimes des difficultés de la grossesse et de  
l'accouchement.**

**A tous ceux de près ou de loin qui m'ont apporté soutien et amour dans  
l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.**

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre Maître et Président du jury :**

**Professeur TRAORE Mamadou**

**Professeur Agrégé de Gynécologie-obstétrique**

**Secrétaire Général de la SAGO**

**Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle**

**Coordinateur national du programme GESTA internationale**

**Coordinateur du projet URFOSAME au CSRéf CV**

**Médecin-chef du Centre de Santé de Référence de la Commune V du**

**District de Bamako**

**Cher Maître,**

C'est avec plaisir et spontanéité que vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

L'étendue de vos connaissances, votre rigueur scientifique, votre sens social élevé et votre disponibilité suscitent admiration.

Nous avons bénéficié de votre enseignement clair et précis.

Permettez-nous ici, cher maître de vous réitérer notre confiance et notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et juge**

**Docteur Tioukani Augustin THERA**

**Maître Assistant à la FMOS**

**Praticien au service de Gynécologie-obstétrique au centre Hospitalier**

**Universitaire du point G**

**Ancien chef de Service de Gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Nianakoro**

**Fomba de Ségou.**

Cher maître, vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Votre bon sens, votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité, votre simplicité, vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous remercions sincèrement.

**Que Dieu réalise vos vœux !**

**A notre Maître et Co-directeur**

**Docteur Soumana Oumar TRAORE**

**Praticien en gynécologie-obstétrique au CSRéf CV**

**Point focal de la césarienne au CSRéf CV**

**Cher Maître,**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail. Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre. Je vous remercie sincèrement pour toute votre contribution à l'élaboration de ce travail et pour tout ce que vous faites pour les étudiants.

Cher maître trouvez ici en cet instant solennel l'expression de notre profonde reconnaissance.

**Qu'ALLAH vous protège durant toute votre carrière !**

**A notre Maître et Directeur de thèse**

**Professeur Issa DIARRA**

**Colonel Major de l'armée malienne**

**Maître de conférences en gynéco-obstétrique à la faculté de Médecine et  
d'odontostomatologie (FMOS)**

**Ancien Directeur central du service de santé des armées**

**Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali.**

**Cher maître,**

C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous acceptant comme élève.

Les mots nous manquent pour exprimer tout le bien que nous pensons de vous.

Tout au long de ce travail, vous avez forcé notre admiration tant par vos talents scientifiques que par vos qualités humaines.

Votre éloquence dans l'enseignement, votre souci constant du travail bien fait, votre respect de la personne humaine ont fait de vous un maître admirable.

Recevez ici cher Maître l'expression de nos salutations les plus respectueuses et de nos sincères remerciements.

**Que Dieu réalise vos vœux !**



# SOMMAIRE

## SOMMAIRE

<b>1- INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>2- OBJECTIFS</b>	<b>3</b>
<b>3- GENERALITES</b>	<b>4</b>
<b>4- METHODOLOGIE</b>	<b>23</b>
<b>5- RESULTATS</b>	<b>29</b>
<b>6- COMMENTAIRE ET DISCUSSION</b>	<b>48</b>
<b>7- CONCLUSION</b>	<b>54</b>
<b>8- RECOMMANDATIONS</b>	<b>55</b>
<b>9- REFERENCES</b>	<b>56</b>
<b>10- ANNEXES</b>	<b>59</b>

# INTRODUCTION



## 1-INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps font courir à la femme un risque mortel déclarait Rivière en 1959 [1]. Cette assertion de Rivière reste encore d'actualité.

Ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin de réaliser les meilleures voies pour une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement.

Au Mali l'estimation directe du taux de mortalité maternelle pour la période 1989-1996 était de 577 décès maternels pour 100000 naissances vivantes [2]. Ce taux reste encore trop élevé malgré tous les efforts actuels importants visant à réduire ce taux qui n'a pratiquement pas changé. En 2001 ce taux était estimé à 582 décès maternels pour 100000 naissances vivantes. [3].

Présentement le taux de mortalité maternelle est de 464 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS4 Mali 2006).

La société malienne continue de payer un lourd tribut à la mauvaise prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

A côté des hémorragies qui représentent 25%, des infections 15%, la pré-éclampsie et l'éclampsie 13%, des avortements 13%, la dystocie occupe une place non négligeable avec 7% des causes obstétricales directes [4].

Dès 1986, avec l'initiative « pour une maternité à moindre risque » l'organisation mondiale de la santé (OMS) préconisait que la surveillance de l'accouchement et la détection précoce des dystocies soient retenues comme l'une des approches les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle [5].

La proposition d'utiliser la césarienne pour améliorer de façon continue la qualité des soins obstétricaux répond à ces priorités.

Dans ces dernières années, les indications de césarienne ont évolué entraînant une augmentation constante de sa fréquence. Cette augmentation de fréquence

est liée au souci de l'accoucheur de faire naître le nouveau-né dans le meilleur état possible et une mère en bonne santé [6].

De nos jours des parturientes, devant normalement bénéficier de la césarienne prophylactique, sont retenues encore dans nos salles de travail où elles sont soumises à de rudes épreuves de travail d'accouchement par du personnel non qualifié, ce qui entraîne un mauvais pronostic maternel foetal et ou néonatal.

Fort de ce constat, nous avons décidé d'initier ce travail pour apprécier de façon objective l'ampleur du problème en termes de pronostic maternel et foetal.

Ainsi nous nous sommes assigné les objectifs suivants :

## **2. OBJECTIFS**

### **2.1-Objectif général :**

- Etudier la césarienne prophylactique et la césarienne d'urgence au CSRef CV du district de Bamako.

### **2.2-Objectifs spécifiques :**

- Déterminer la fréquence hospitalière de la césarienne durant la période d'étude.
- Préciser les indications de césariennes pour les deux catégories de patientes (césarienne d'urgence et la césarienne prophylactique).
- Déterminer l'influence de la qualité du suivi prénatal dans les deux groupes de patientes.
- Déterminer le pronostic maternel et surtout foetal dans la césarienne prophylactique versus césarienne d'urgence.
- Formuler des recommandations visant à améliorer la qualité de la prise en charge de ces patientes.

### **2.3-Hypothèse de recherche :**

Le pronostic maternofoetal de la césarienne d'urgence est beaucoup plus altéré que la césarienne prophylactique.

### **3- GENERALITES**

#### **3.1-RAPPELS ANATOMIQUES :**

##### **3. 1.1- L'utérus non gravide :**

L'utérus est un organe musculaire creux destiné à recevoir l'œuf fécondé, à le contenir pendant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement.

##### **a-Description :**

L'utérus siège dans le petit bassin et a la forme d'un tronque, aplati d'avant en arrière, en haut et cylindrique en bas. Il est sous le péritoine entre la vessie et le rectum et au-dessus du vagin. Il comprend :

- un corps qui est aplati ;
  - un bord droit et un bord gauche dont la partie supérieure de chacun porte une trompe au bout de laquelle adhère un ovaire ;
  - un col, qui est cylindrique, pendant dans le vagin et portant un orifice cervical ;
- Normalement, l'utérus est en antéflexion et antéversion.

Chez la multipare, sa hauteur est de 7-9cm, sa largeur est de 4cm et son épaisseur de 3cm. Il pèse 50g. Sa capacité est de 2 à 3 ml.

L'utérus comprend trois tuniques de dehors en dedans : la séreuse, la musculieuse ou myomètre, la muqueuse ou endomètre.

##### **b- Les moyens de fixité de l'utérus :**

Il s'agit de ligaments. Ce sont essentiellement :

- Le ligament rond
- Le ligament large
- Le ligament utéro-ovarien
- Le ligament utéro-sacré
- Le ligament vésico-utérin

**c-La vascularisation de l'utérus :**

Elle est :

- Artérielle : assurée par l'artère utérine qui naît de l'artère iliaque interne
- Veineuse : constituée par deux voies veineuses, l'une principale et l'autre accessoire.
- Lymphatique : se draine surtout le long des vaisseaux lombo-ovariens pour aller dans les ganglions latéro-aortiques.

**d-L'utérus gravide :**

Au cours de la grossesse, l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa forme, ses propriétés physiologiques et sa réactivité. L'utérus est pelvien pendant les premières semaines de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du 2<sup>e</sup> mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

Selon Merger R. [7] les dimensions sont les suivantes :

	Hauteur	Largeur
A la fin du 3 <sup>e</sup> mois	13cm	10cm
A la fin du 6 <sup>e</sup> mois	24cm	16cm
A terme	32cm	22cm

Le col utérin se modifie peu en dehors des changements liés à l'imbibition gravidique, le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse.

La particularité de l'utérus gravide est l'apparition au dernier trimestre du Segment inférieur, entité anatomique développé au niveau de la région isthmique.

Du point de vue anatomique, son origine, ses limites sa structure faisant l'objet de discussion entre les auteurs nous nous limiterons à rappeler ces rapports dont la méconnaissance pourrait favoriser la survenue de complications per opératoire :

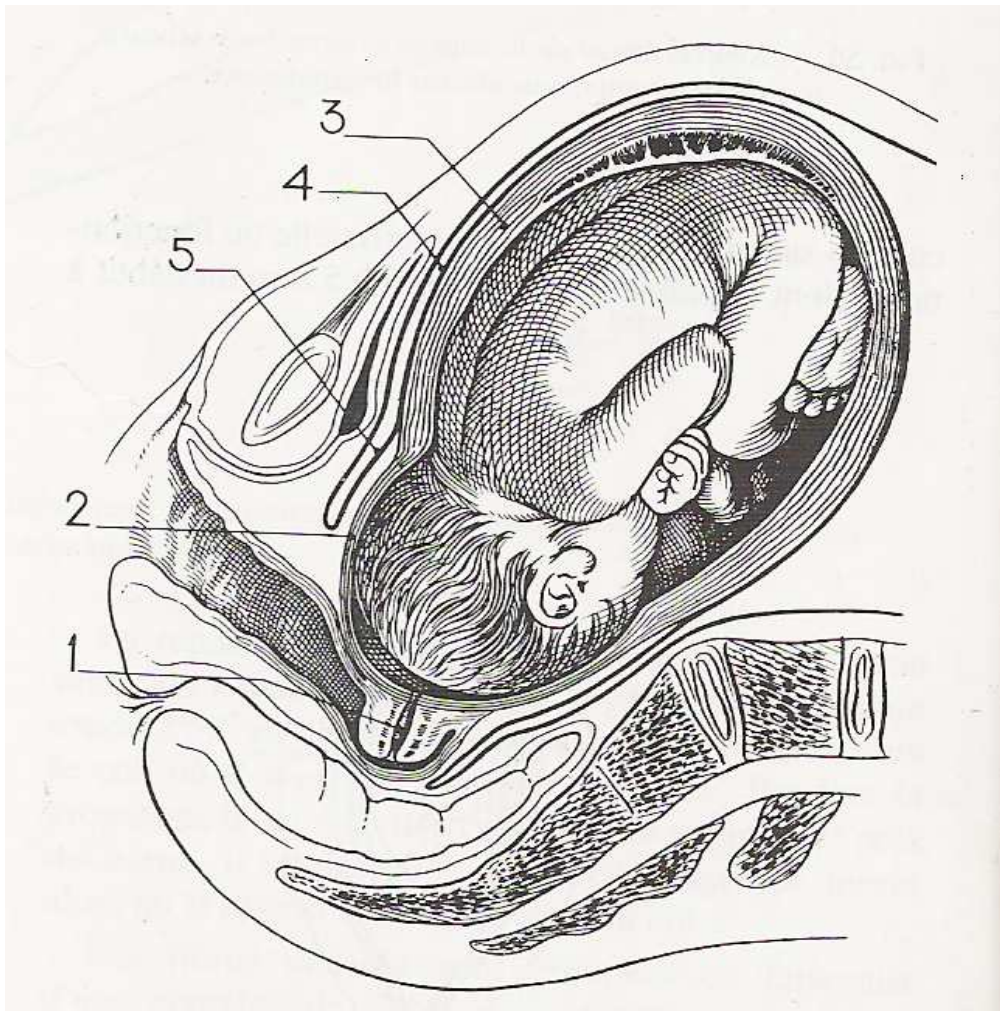
En avant :



CESARIENNE PROPHYLACTIQUE VERSUS CESARIENNE D'URGENCE AU CSREF  
CV DU DISTRICT DE BAMAKO PRONOSTIC MATERNO-FOETAL

- Le péritoine vésico-utérin épaissi l'imbibition gravidique et facilement décollable
- La vessie, qui même vide reste au-dessus du pubis. Elle est décollable et peut être refoulée vers le bas
- ❖ Latéralement : la gaine hypogastrique contenant les vaisseaux utérins, croisés par l'uretère.

En arrière c'est le cul-de-sac de Douglas séparant le segment inférieur du rectum et du promontoire.



**Figure 1 :** Schéma de l'utérus gravide. In Merger

*1 : Le col ; 2 : Le segment inférieur ; 3 : le corps utérin ; 4 : le péritoine adhérent ; 5 : le péritoine décollable.*

### **3.1.2- Rappels anatomiques du bassin : le canal pelvi-génital :**

Il comprend 2 éléments :

- ❖ Le bassin osseux
- ❖ Le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée

#### **3.1.2.1- Le bassin osseux :**

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs et constitué par les 2 os iliaques en avant et latéralement, et le sacrum et le coccyx en arrière. IL est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison, nous ne décrivons que le petit bassin celui-ci est formé de 2 orifices supérieurs et inférieurs séparés par une excavation.

#### **a- Le détroit supérieur ou l'orifice supérieur :**

C'est le plan d'engagement du fœtus, séparant le petit bassin du grand bassin. Il est formé par :

- En avant : le bord supérieur de la symphyse pubienne et le corps du pubis, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées.
- De chaque cotés les lignes innominées et le bord antérieur des ailerons sacrés.
- En arrière le promontoire.

Les diamètres du détroit supérieur

\* Les diamètres antéropostérieurs : on distingue

- le promonto-suspubien = 11 cm
- le promonto-retropubien = 10,5 cm
- le promonto-souspubien = 12 cm
- ❖ Les diamètres obliques : allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12cm.

- ❖ Les diamètres transversaux : le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus. Il mesure 13cm.
- ❖ les diamètres sacro-cotyloïdiens : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurent chacun 9cm.

### **b- Les excavations pelviennes :**

« Elle a la forme d'un tronc de tore » dont le grand axe de l'orifice supérieur est transversal et celui de l'orifice inférieur est antéropostérieur. Ses limites sont :

- En avant : la face postérieure de la symphyse pubienne et du corps du pubis.
- En arrière : la face antérieure du sacrum et du coccyx
- Latéralement : la face quadrilatère des os iliaques

L'excavation est le lieu de descente et de rotation de fœtus.

### **c- Le détroit inférieur ou l'orifice inférieur**

Il constitue le plan de dégagement du fœtus. Il est limité :

- ❖ en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne
- ❖ en arrière par le coccyx
- ❖ latéralement d'avant en arrière :
  - par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et celui des tubérosités ischiatiques.
  - Et par le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

Les diamètres du détroit inférieur

- Le diamètre sous-coccy-sous-pubien est de 9,5 cm mais, peut atteindre 11 à 12 cm en pulsion ;
- Le diamètre sous-sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11 cm.

Tels sont là les différents éléments constitutifs du bassin obstétrical normal. Du point de vue synthétique il existe des variations morphologiques explicitées par

CALDWELL, MOLOY, THOMS et autres... Au-delà de ces variations physiologiques, se trouvent les modifications pathologiques liées aux rétrécissements prononcés, isolés ou globaux des diamètres du bassin.

### **3.1.2.2 Le Diaphragme pelvi-génital :**

#### Le diaphragme pelvien principal :

Il est constitué par le releveur de l'anus, c'est un muscle pair qui forme avec celui du côté opposé et avec les deux muscles ischio-coccygiens en arrière le plancher du bassin ou diaphragme pelvien principal.

Le bord interne du releveur de l'anus, recouvert par l'aponévrose pelvien répond en bas, sur un plan un peu inférieur à lui, au diaphragme pelvien accessoire.

#### Le diaphragme pelvien accessoire :

C'est un ensemble musculo-aponévrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne.

C'est le périnée anatomique. Il se divise en :

- périnée postérieur qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus et en arrière un ensemble musculaire se joignant sur le raphéano-coccygien.
- Périnée antérieur qui comprend les muscles péri-vaginaux et péri-vulvaires et le moyen fibreux central.

Il faut surtout retenir que les importants délabrements périnéaux réparés peuvent conduire à la césarienne car l'accouchement par voie basse risque de produire des lésions.

### **3.2-La Césarienne :**

#### **3.2.1- Historique :**

L'histoire de la césarienne est assez polymorphe tant dans l'origine du mot que dans l'évolution de l'intervention.

Le fait que l'intervention soit vieille, très vieille lui confère un caractère légendaire, souvent mythique. Les noms d'INDRA, de BOUDDHA, de DIONYSOS, d'ESCALAPE (la liste ne saurait être exhaustive) lui sont rattachés. Ce mode de naissance étant synonyme de puissance, de divinité ou de royauté. L'association de l'intervention à cette mythologie, crée un terrain de discussion quant à l'origine du mot, bien qu'elle dériverait étymologiquement du latin « CAEDERE » qui signifie couper.

Malgré le rapprochement qu'on puisse faire entre son nom et la césarienne, Jules César ne serait pas né de cette façon, sa maman ayant survécu plusieurs années après sa naissance, chose quasi impossible à cette époque où la mortalité des mères était de 100% après cette intervention.

Après cette période légendaire, la seconde étape de la césarienne dure environ trois siècles de 1500 à 1800, durant lesquels, elle apparaît comme un véritable pis-aller à cause de l'incertitude qui la caractérisait. Les faits marquants cette période sont :

- ❖ 1500 : Jacob NUFER, châtreur de porc, suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme.
- ❖ 1581 : François ROUSSET publie le « Traité nouveau d'hystérotomie ou enfantement par césarienne » qui est le premier traité sur la césarienne en France.
- ❖ 1596 : MERCURIO dans « la comoreo'rioglitrice » préconise la césarienne en cas de bassin barré.

- ❖ 1721 : MAURICEAU, comme AMBROISE PARE dans un second temps, condamne la césarienne en ces termes : « cette pernicieuse pratique empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi fatale de la femme.

Durant la 2<sup>e</sup> moitié du 18<sup>e</sup> siècle BAUDELOCQUE fut un grand partisan de la césarienne.

- ❖ 1769 : première suture utérine par LEBAS au fil de soie.
- ❖ 1788 : introduction de l'incision transversale de la paroi et de l'utérus par LAUVERJAT.
- ❖ 1826 : césarienne sous péritonéale par BAUDELOCQUE.
- ❖ 1876 : introduction de l'extériorisation systématique de l'utérus suivie de l'hystérotomie en bloc après la césarienne par PORRO qui pensait ainsi lutter contre la péritonite, responsable de la plupart des décès. La mortalité maternelle était de 25% et de 22% pour l'enfant sur une série de 1907 interventions de PORRO effectuées entre 1876 et 1901.

La troisième étape de la césarienne, celle de sa modernisation, s'étale sur un siècle environ. Elle n'aurait pas vu le jour sans l'avènement de l'asepsie et l'antisepsie qui ont suscité des espoirs immenses. De nouvelles acquisitions techniques ont réussi à conférer à l'intervention une relative bénignité :

- ❖ suture du péritoine viscéral introduit par l'américain ENGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences.
- ❖ suture systématique de l'utérus par les allemands KEHRER et SANGER en 1882.
- ❖ extériorisation temporaire de l'utérus par PORTES.
- ❖ FRANK en 1907, imagina l'incision segmentaire basse et sa péritonisation secondaire par le péritoine préalablement décollé. Ce fut là « une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne » selon SHOKAERE, mais sa

diffusion fut extrêmement longue car l'habitude est toujours difficile à modifier.

- ❖ 1908 : PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains anciens.
- ❖ 1928 : découverte de la pénicilline G par Sir Alexander FLEMMING.

### **3.2.1- Définition :**

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après coeliotomie, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale [8].

### **3.2.2- Fréquence :**

En augmentation régulière depuis le début du siècle, la fréquence des opérations césariennes s'est maintenant stabilisée selon la plupart des auteurs entre 5 et 14%.

Les grandes variations des chiffres fournis par la littérature dépendent essentiellement du degré de risque des effectifs analysés ainsi que des attitudes et des options particulières de chaque obstétricien ou école obstétricale.

### **3.2.3- Indications de césarienne prophylactique**

L'indication est portée en consultation prénatale :

#### **3.2.3.1-Indications maternelles :**

##### **a- Les anomalies du bassin :**

- les bassins généralement rétrécis ;
- bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise ;
- bassin ostéomalacique ;
- bassin limite + macrosomie fœtale.

##### **b- La présence de cicatrice utérine notamment :**

- un utérus bicicatriciel ou plus impose une césarienne ;
- un utérus unicicatriciel associé à un facteur de risque (bassin limite, bassin asymétrique).

- Les cicatrices de sutures utérines.

c- Les pathologies maternelles :

- cardiopathies maternelles ;
- décollement de la rétine ;
- pré éclampsie sévère ou éclampsie ;
- le diabète : l'intervention est décidée vers 37 SA dans le but préventif de macrosomie fœtale ;
- les antécédents accidents vasculaires cérébraux ou tumoraux ;
- les hémopathies malignes (maladie de Hodgkin) ;
- les cancers du col constituant un obstacle prævia ;
- la maladie herpétique (vulvo-vaginal) ;
- les troubles respiratoires avec hypoventilation ;
- les indications circonstanciées existent ;
- l'allo-immunisation materno-fœtale. La césarienne est indiquée dans les cas d'atteintes graves et l'accouchement est le plus souvent prématuré. Le diagramme de LILLEY est d'un apport utile.
- L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparé.
- Les antécédents de déchirure compliquée du périnée.
- les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales.
- les prolapsus génitaux.

**3.2.3.2-Indication ovulaire :**

- placenta prævia surtout central et hydramnios du fait du risque de procidence du cordon dont la gravité est aussi importante en siège qu'en sommet.
- la rupture prématurée des membranes assombrit légèrement le pronostic. La voie basse est acceptée par certains si elle est isolée.
- Kyste de l'ovaire ou fibrome pédicule prolapsant dans le Douglas.



### **3.2.3.3-Indications fœtales :**

#### **a-Souffrance fœtale chronique :**

Elle observe généralement dans les pathologies avec retard de croissance in utero et dans les dépassements de terme.

Le diagnostic par enregistrement du rythme cardiaque fœtal et par la mesure du potentiel hydrogène (PH) intra-utérin.

#### **b-Malformations fœtales :**

Elles n'imposent la césarienne que lorsqu'elles sont compatibles avec la vie (curables chirurgicalement) et lorsque la voie basse menace la vie du fœtus.

#### **c-Prématurité :**

Elle n'est pas une indication de césarienne mais les facteurs associés l'imposent souvent dans l'intérêt du fœtus.

#### **d-Grossesse multiple :**

**-Grossesse gémellaire :** dont le 1<sup>er</sup> jumeau est en présentation du siège est une indication de césarienne pour certaines équipes ou J1 en une autre présentation non céphalique.

Grossesse multiple (plus de 2 fœtus) dans la majorité des cas accouchés par césarienne.

**-Enfant prétentieux :** sans hiérarchisation de la valeur des enfants ; cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.

**-Mort habituelle :** lorsqu'elle souvient régulièrement à la même date, il faut pratiquer la césarienne une semaine auparavant.

La faible fécondité, les naissances programmées, l'existence des pathologies maternelles limitant les possibilités de grossesses exigent de minimiser les traumatismes obstétricaux dans les répercussions fœtales en terminant la grossesse par une césarienne.

**e-Gros fœtus :**

Les macrosomies, poids estimé à 4000g ou plus, ou diamètre bipariétal >100mm doivent bénéficier d'une césarienne prophylactique.

**3.2.3.4-Présentation non céphalique :**

La présentation de l'épaule : c'est la présentation transversale où la tête se trouve dans un flanc.

- La présentation du front.
- La présentation de la face.
- La présentation de siège : dont la majorité des cas ne conduit à la césarienne que lorsqu'il s'y associe d'autres facteurs. Longtemps considéré comme une présentation eutocique, le siège est aujourd'hui considéré par certains auteurs comme potentiellement dystocique

**3.2.3.5-Modes d'ouverture pariétale :**

L'accès à la cavité péritonéale peut se faire classiquement de deux façons :

- ❖ **Soit par une laparotomie médiane :** Celle-ci peut se faire de deux manières, en sous ombilicale ou en sus et sous ombilicale. La laparotomie médiane sous-ombilicale est utilisée comme une des voies d'abord dans la césarienne segmentaire tandis que la laparotomie sus et sous-ombilicale est utilisée pour la césarienne corporéale.
- ❖ **Soit par une laparotomie transversale basse ou incision PFANNENSTIEL :** C'est une incision sus-pubienne transversale. Elle se situe à environ 3cm au-dessus du rebord supérieur du pubis. On réalise une incision obliquement vers le haut du tissu sous-cutané et une section arciforme de l'aponévrose, qui est ensuite décollé du plan musculo-aponévrotique. Ceci permet d'exposer les muscles grands droits dont la séparation le long de la ligne médiane donne accès au péritoine qui sera incisé longitudinalement. Cette technique est préférable à la laparotomie médiane pour trois raisons :

- Un résultat esthétique meilleur ;
- Une incidence très basse des hernies cicatricielles ;
- Et une meilleure résistance à une éventuelle mise sous-tension lors d'une grossesse ultérieure.

Cependant l'exécution de l'incision de PFANNENSTIEL prend beaucoup de temps, d'où elle n'est pas conseillée en cas d'extrême urgence. Cette technique constitue une des voies d'abord de la césarienne segmentaire.

### **3.2.3.6- Types d'hystérotomies :**

- **Hystérotomie segmentaire transversale**

L'incision utérine se fait selon un tracé arciforme à concavité sur la face antérieure du segment inférieur. C'est la technique la plus utilisée car elle permet d'obtenir une bonne cicatrisation.

- **Hystérotomie segmentaire longitudinale :**

Plus délicate que la segmentaire transversale. L'incision se fait longitudinalement sur la face antérieure. Elle offre une cicatrice de moins bonne qualité.

- **Hystérotomie corporeale :**

L'incision se fait longitudinalement sur le corps utérin à sa face antérieure. Cette technique est d'indication restreinte pour deux raisons :

- ❖ Les risques septiques sont très élevés lorsque l'intervention survient après un certain temps de travail à œuf ouvert. Notons qu'avec l'avènement de l'antibiothérapie ce risque est minimisé.
- ❖ La cicatrice obtenue est souvent de mauvaise qualité. Une nouvelle grossesse est souvent mal venue car elle fait courir le risque d'une rupture utérine inopinée au cours du travail d'accouchement.

- **Hystérotomie segmento-corporéale :**

Commencer le plus bas possible (segment inférieur) l'incision utérine remonte longitudinalement sur le corps utérin pour obtenir l'ouverture nécessaire et suffisante à l'extraction fœtale. Cette technique est souvent décidée en « per opératoire » devant l'impossibilité de réaliser une hystérotomie segmentaire pure.

- **Césarienne itérative :**

Il s'agit d'une hystérotomie à faire sur un utérus cicatriciel, ayant déjà subi une césarienne.

### **3.2.3.7- Anesthésie et césarienne :**

L'anesthésie pour une césarienne, classiquement, peut être obtenue de deux manières : une anesthésie générale et une anesthésie locorégionale. Plusieurs autres techniques peuvent être utilisées : l'anesthésie épidurale et locale.

#### **3.2.3.7.1- Anesthésie locorégionale :**

Les avantages :

- La mère est consciente, il n'y a donc pas de risque d'inhalation.
- Le risque de la dépression du nouveau-né est diminué.

Les inconvénients :

- Une hypotension liée au bloc sympathique, la prévention s'obtient par remplissage vasculaire et administration de vasoplégitiques.

#### **3.2.3.7.2- Anesthésie générale :**

Les avantages :

L'induction est rapide, c'est une technique fiable, contrôlable avec hypotension modérée.

Les inconvénients :

Le risque d'inhalation est élevé dans ce cas-ci (syndrome de Mendelson).

### **3.2.3.8-. Technique de la césarienne :**

Les techniques ont été si nombreuses depuis les débuts de l'intervention jusqu'à maintenant. Ne seront décrites ici que la césarienne segmentaire et la césarienne selon Misgav Ladach. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général.

#### **3.2.3.8.1- La césarienne segmentaire :**

Premier temps : Mise en place des champs ; coeliotomie sous-ombilicale ou transversale dans un souci esthétique surtout.

Deuxième temps : protection de la grande cavité par les champs abdominaux, mise en place des valves.

Troisième temps : incision transversale aux ciseaux du péritoine pré segmentaire dont le décollement est facile.

Quatrième temps : incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ; l'un ou l'autre procédé ayant leurs adeptes bien que le premier semble être usité selon la littérature.

Cinquième temps : extraction de l'enfant. Dans la présentation céphalique, plusieurs techniques sont décrites.

Dans la présentation du siège, la plupart des auteurs conseillent d'abord de rechercher un pied (grande extraction).

Sixième temps : c'est la délivrance par expression du fond utérin, ou délivrance manuelle par l'orifice de l'hystérotomie.

Septième temps : suture du segment inférieur qui se fait en un plan avec des points séparés croisés en x sur les extrémités et les points séparés extra muqueux sur les berges.

Huitième temps : suture du péritoine pré segmentaire avec du catgut fin par simple surjet non serré.

Neuvième temps : on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.

Dixième temps : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

**Avantage de la césarienne segmentaire :**

- Incision autonome du péritoine viscéral possible permettant une bonne protection de la suture ;
- Incision de l'utérus dans une zone qui redeviendra pelvienne ;
- Incision de la partie non contractile de l'utérus donc moins de risque de rupture ;
- La cicatrice est d'excellence qualité.

**3.2.3.8.2- La césarienne selon la technique de Misgav Ladach :**

Se basant sur la littérature, Michel Stark de l'hôpital Misgav Ladach de Jérusalem a modifié et rationalisé ces nouvelles stratégies en mettant au point une technique qu'il a appelée modestement méthode de Misgav Ladach. Elle consiste à :

- L'ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 3cm au-dessus de la ligne inter iliaque unissant les 2 épines antéro-supérieures ;
- ouverture transversale du péritoine pariétal ;
- pas de champs abdominaux
- hystérotomie segmentaire transversale
- suture de l'hystérotomie en un plan par un surjet non passé
- non fermeture des péritoines viscéral et pariétal
- suture aponévrotique par un surjet non passé
- rapprochement cutané par quelques points de Blair-Donati très espacés.

**Avantages de la technique de Misgav Ladach :**

- limite les attritions tissulaires ;
- Elimine les étapes opératoires superflues
- Simplifie le plus possible l'intervention.

La simplicité de cette technique et les résultats obtenus par différentes études font penser qu'elle deviendra sous peu la référence en matière d'extraction fœtale par voie haute [1].

Il faut signaler cependant que les techniques suscitées comportent des projections particulières et des modifications gestuelles dans certaines circonstances telles que le placenta prævia antérieur de la césarienne itérative.

### **3.2.3.9- Les temps complémentaires de la césarienne :**

Il s'agit là des interventions qui sont souvent associées à la césarienne. Parmi elles, les plus fréquentes sont :

- la ligature des trompes ;
- la Kystectomie de l'ovaire
- l'hystérectomie.

### **3.2.3.10- Les complications de la césarienne :**

Bien que le pronostic de la césarienne soit actuellement bon parce qu'ayant bénéficié des progrès techniques, de l'asepsie, de l'antibiothérapie etc...., la mortalité n'est pas et ne sera jamais nulle.

Par ailleurs la morbidité post césarienne n'est pas négligeable, d'où l'intérêt de bien peser les indications.

#### **3.2.3.10.1- Les complications per opératoires :**

##### **• L'hémorragie :**

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

- soit généraux : des facteurs de la coagulation et de l'hémostase défectueuse ;
- soit locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, placenta accreta).

- **Les lésions intestinales :**

Elles sont le plus souvent iatrogènes (césariennes itératives), elles sont rares, survenant en cas d'adhérences à la paroi plus rarement à l'utérus.

Il s'agit de lésions traumatiques gréliques ou coliques qui doivent être suturées.

- **Les lésions urinaires :**

Ce sont essentiellement les lésions vésicales ; les lésions urétérales sont rares voire exceptionnelles.

- **Les complications anesthésiques :**

Hypoxie, syndrome d'inhalation, collapsus cardio-vasculaire, arrêt cardiaque à l'induction.

### **3.2.3.10.2- Les complications post-opératoires :**

#### **a- Les complications maternelles :**

- **Les complications infectieuses :**

Elles sont les plus nombreuses, 30 à 40% des césariennes selon la littérature. Cette fréquence trouve son explication dans cette phrase de GALL : « la flore vaginale, après que la rupture des membranes, les touchers, les manœuvres, en aient permis l'ascension, trouve dans les tissus lésés les petits hématomes, le matériel de suture, un excellent milieu de culture ».

Les principales complications infectieuses sont : l'endométrite, les suppurations et abcès de la paroi, voire même la septicémie.

- **L'hémorragie post opératoire :** Plusieurs sources existent.

- hématome de paroi, justiciable de drainage, type Redon
- saignement des berges d'hystérotomie par hémostase insuffisante exceptionnellement, l'hémorragie survient vers J10-J15 post opératoire après lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

- **Les complications digestives :**

L'iléus paralytique post opératoire fonctionnel, les vomissements, la diarrhée.

#### **La maladie thromboembolique :**



Elle est prévenue par le lever précoce, voire l'héparinothérapie dans les cas à risque (phlébites, antécédent des maladies thromboemboliques).

• **Les complications diverses :**

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésico-vaginales, embolies amniotiques.

**b- Les complications chez le nouveau-né :**

En dehors de toute souffrance fœtale pendant la grossesse, on peut avoir :

- les complications liées aux drogues anesthésiques : dépression respiratoire du nouveau-né
- les troubles respiratoires : la détresse respiratoire
- les complications infectieuses
- la mortalité du nouveau-né.

## 4-METHODOLOGIE

### 4.1- Cadre d'étude :

Notre étude a été menée dans le service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

**Description :** Le Centre de Santé de Référence de la Commune V est situé au Quartier Mali, un des 8 quartiers de la commune V du District de Bamako.

La commune V du District de Bamako couvre une superficie de 41.59km<sup>2</sup>. Elle est limitée au nord par le fleuve Niger, au Sud-Ouest par Kalabancoro cercle de Kati, à l'Est par la commune VI du District de Bamako.

En 1982 fût crée le centre de santé de la commune V (avec appellation service socio sanitaire de la commune V ; en regroupement avec le service Social de la Commune V).

Créé avec un plateau minimal pour assurer les activités courantes, dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé ; le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé dans chaque commune du District de Bamako.

Et ceci dans le cadre de la politique sectorielle de santé et de population ; et conformément au plan de Développement Socio Sanitaire des communes (PDSC).

Ainsi, la carte sanitaire de la commune V a été élaborée pour dix (10) Aires de santé c'est-à-dire création de 10 CSCCom (Centres de Santé Communautaires) dans la Commune V ; sur les dix aires de santé 9 CSCCom sont fonctionnels, et le centre de Santé a été restructuré.

Toujours dans le cadre de la politique Sectorielle ; en 1993 le Centre de Santé de la Commune V a été choisi pour tester le système de Référence décentralisée et ceci a été couronné de succès surtout avec l'équipement du bloc opératoire. Le centre a été alors nommé centre pilote du District de Bamako.

C'est à partir de ce succès que le système de référence a été instauré dans les autres communes, et le centre de santé de la commune V est devenu Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Actuellement le CSREF CV compte plusieurs services et unités qui sont :

**LISTE DES SERVICES DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE  
LA COMMUNE V :**

- 1- Service de Gynécologie Obstétrique
- 3- Service d'Ophtalmologie
- 4- Service d'Odonto – stomatologie
- 5- Service de Médecine et Pédiatrie
- 6- Service de Chirurgie Pédiatrique
- 7- Service de Comptabilité
- 9- Sage-femme Maîtresse

**Listes des unités du centre de santé de référence de la commune V :**

- 1- Unité Technique Bloc Opératoire
- 2- Unité Hospitalisation Bloc Opératoire
- 3- Unité Radio – Echographie
- 4- Unité Médecin Pédiatrie
- 5- Unité Labo - Pharmacie
- 6- Unité Ophtalmologie (Major)
- 7- Unité Stomatologie (Major)
- 8- Chef du personnel et surveillant Général
- 9- Unité SIS (Système d'Information Sanitaire)
- 10- Chef Brigade d'Hygiène
- 11- Matériel
- 12- Parc automobile
- 13- Maternité Unité CPN

14- Maternité Unité PF

15- Maternité Unité Suites de Couche

16- Maternité Unité PEV

17- Maternité Unité Gynécologique

18- Maternité Unité SAA (Soins Après Avortement)

19- Unité ORL

20- Unité Dépistage et Tuberculose et Lèpre

22- USAC

23- Morgue

24- Cantine

#### **4.2- Type et période d'étude :**

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale et analytique Cas/Témoins (1Cas pour 2 Témoins) avec appariement des âges et des parités, portant sur la période allant du 1<sup>er</sup> janvier au 11 juillet 2011(soit 6mois et 11jours).

#### **4.3- Echantillonnage :**

##### **4.3.1- Population d'étude :**

Toutes les patientes accouchées au centre de sante de référence de la commune v du district de Bamako au cours de la période d'étude.

##### **4.3.2- Technique d'échantillonnage :**

Nous avons procédé à un échantillonnage non exhaustif portant sur tous les cas de césariennes.

##### **4.3.3- Taille de l'échantillon :**

Notre étude portait sur 100 Cas de césariennes prophylactiques et 200 Témoins de césariennes d'urgence (300 patientes).

#### **4.3-4- Critères d'inclusion :**

**Cas** : a été incluses dans notre étude toute patiente ayant bénéficié d'une césarienne prophylactique.

**Témoins** : Toute patiente évacuée au CSRéf CV chez qui l'examen d'entrée a conclu à un travail d'accouchement avec une dilatation cervicale  $\geq 4$ cm et chez qui il a été procédé à une césarienne d'urgence.

#### **4.3-5- Critères de non inclusion :**

N'ont pas été incluses dans notre étude toutes les patientes césarisées dans le service et ne répondant pas à nos critères d'inclusion.

#### **4.3-6- Collecte et supports des données :**

Les informations suivantes ont été collectées sur les documents suivants :

- Registre d'accouchements ;
- Registre de césariennes ;
- Dossiers obstétricaux ;
- Registre de références/évacuations ;
- Registre de comptes rendus opératoires ;
- Registre de transferts de nouveau-nés ;
- Registre de décès périnataux ;
- Registre de décès maternels ;
- Registre d'anesthésie.

#### **4.3-8- Analyse des données :**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6.04 conformément à la formule applicable à l'étude cas/témoins. Le test statistique utilisé était l'Odds ratio (OR) pour étudier les associations entre les variables. La probabilité (p) a été déterminée avec un risque alpha de 5%. Un  $OR < 1$  était associé à une protection contre le phénomène étudié ; alors qu'un  $OR \geq 2$  était plutôt synonyme d'une aggravation du phénomène étudié.

**4.4- Variables étudiées :** ont été :

Age, profession, statut matrimonial, les antécédents médicaux et chirurgicaux, le mode d'admission, le motif d'admission, la notion de CPN, le lieu de CPN, auteur de CPN, indication de césarienne, le type d'anesthésie, le score infectieux, l'indice d'Apgar des nouveau-nés.

**4.5-Définitions opératoires :**

- **Patiente** : gestante ou parturiente
- **Primigeste** : 1 grossesse
- **Paucigeste** : 2 à 3 grossesses
- **Multigeste** :  $\geq$  à 4 grossesses
- **Primipare** : 1 accouchement
- **Paucipare** : 2 à 3 accouchements
- **Multipare** :  $\geq$  à 4 accouchements
- **Auto référence** : patiente venue d'elle-même.
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adoptée sans la notion d'une urgence.
- **Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation d'urgence.
- **Phase active du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec une dilatation cervicale de 4cm à 10cm.
- **période d'expulsion**: correspond à la période comprise entre la dilatation complète du col et l'expulsion du fœtus.
- **Césarienne prophylactique** : césarienne programmée, lors des CPN et faite avant début du travail d'accouchement.

CESARIENNE PROPHYLACTIQUE VERSUS CESARIENNE D'URGENCE AU CSREF  
CV DU DISTRICT DE BAMAKO PRONOSTIC MATERNO-FOETAL

**-Césarienne en urgence :** césarienne décidée pendant le travail d'accouchement.

**-Mort-né:** nouveau-né qui n'a manifesté aucun signe de vie a la naissance (score d'Apgar = 0).

**-Apgar morbide :** nouveau-né ayant un Apgar aux cinq premières minutes entre 1 et 7.

## 5-RESULTATS

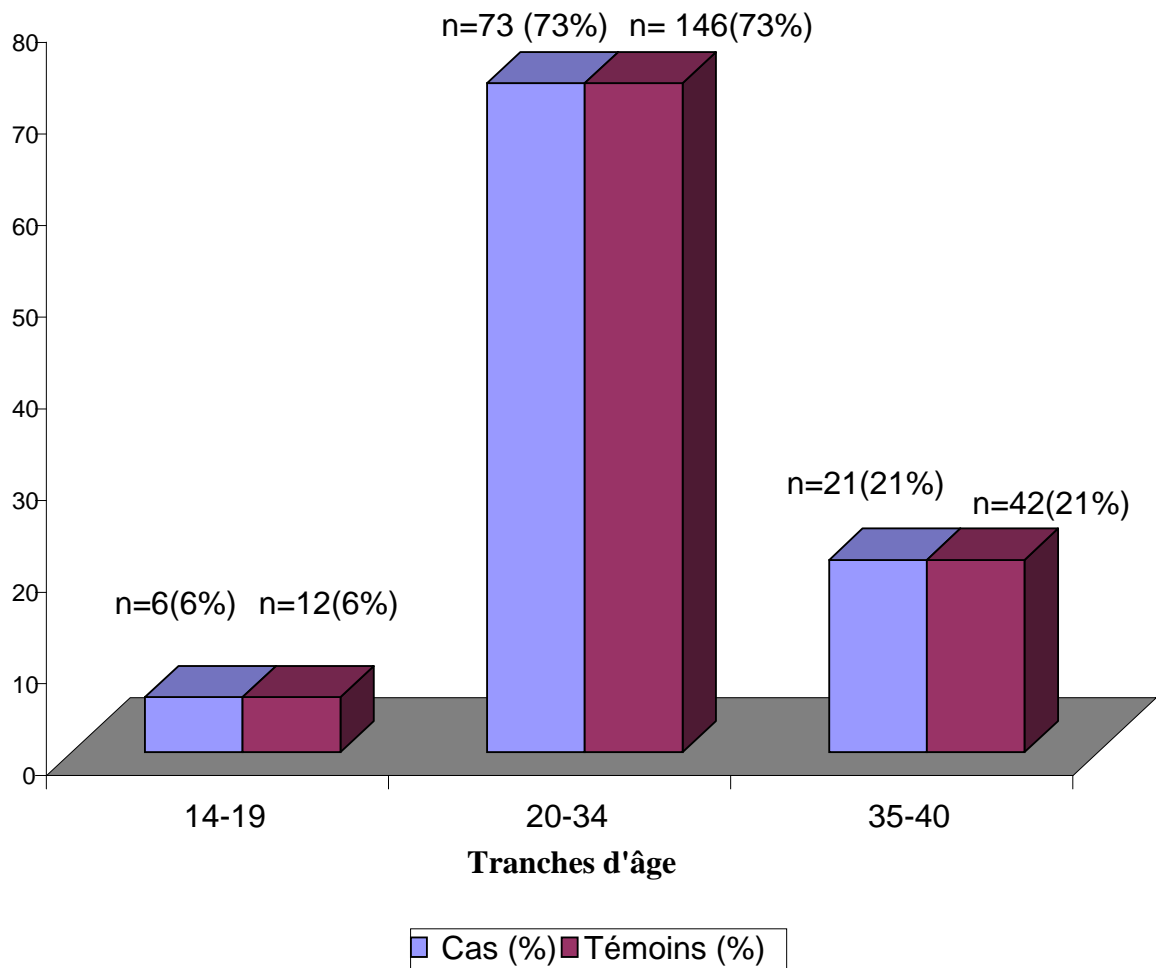
### 5.1-Fréquence hospitalière globale des césariennes:

Au cours de notre étude nous avons enregistré 3559 accouchements dont 1101 césariennes soit une fréquence de 31,01%.

Le nombre d'évacuations reçues étaient de 580 patientes parmi les quelles 353 césarisées en urgences soit une fréquence de 32,06%.

Durant la même période 412 césariennes prophylactiques ont été réalisées soit une fréquence 37,32% de l'ensemble des césariennes.

### 5.2-Description du profil sociodémographique des patientes.

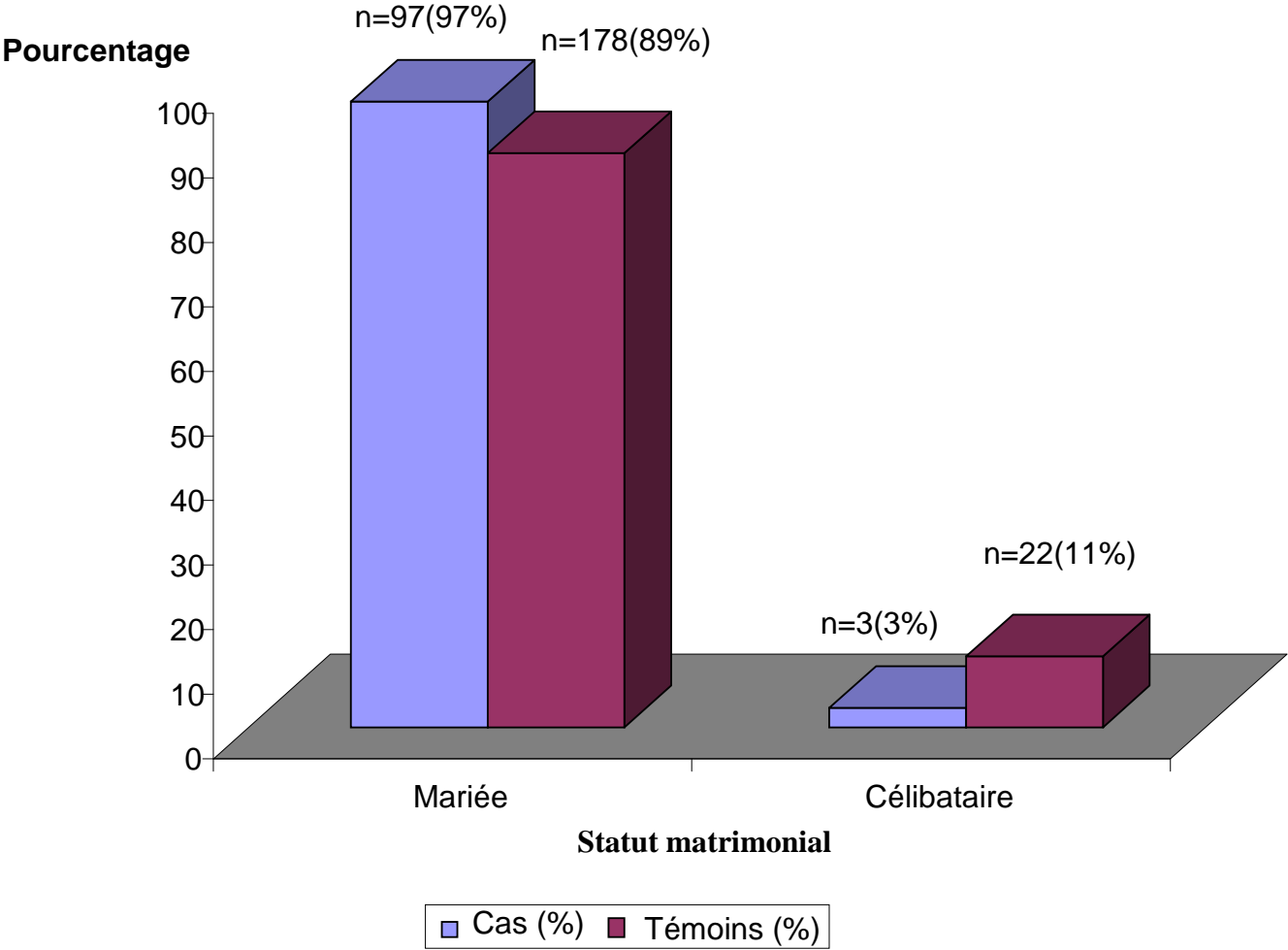


L'âge moyen dans les deux groupes était 27,41 ans  $\pm$ 5,84.

#### 5.2.1-Figure 2 : Répartition des patientes selon l'âge.



CESARIENNE PROPHYLACTIQUE VERSUS CESARIENNE D'URGENCE AU CSREF  
CV DU DISTRICT DE BAMAKO PRONOSTIC MATERNO-FOETAL



$\chi^2=5,59$                        $p=0,018$                        $OR=4,00[1,15-21,30]$

5.2.2-Figure 3: Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

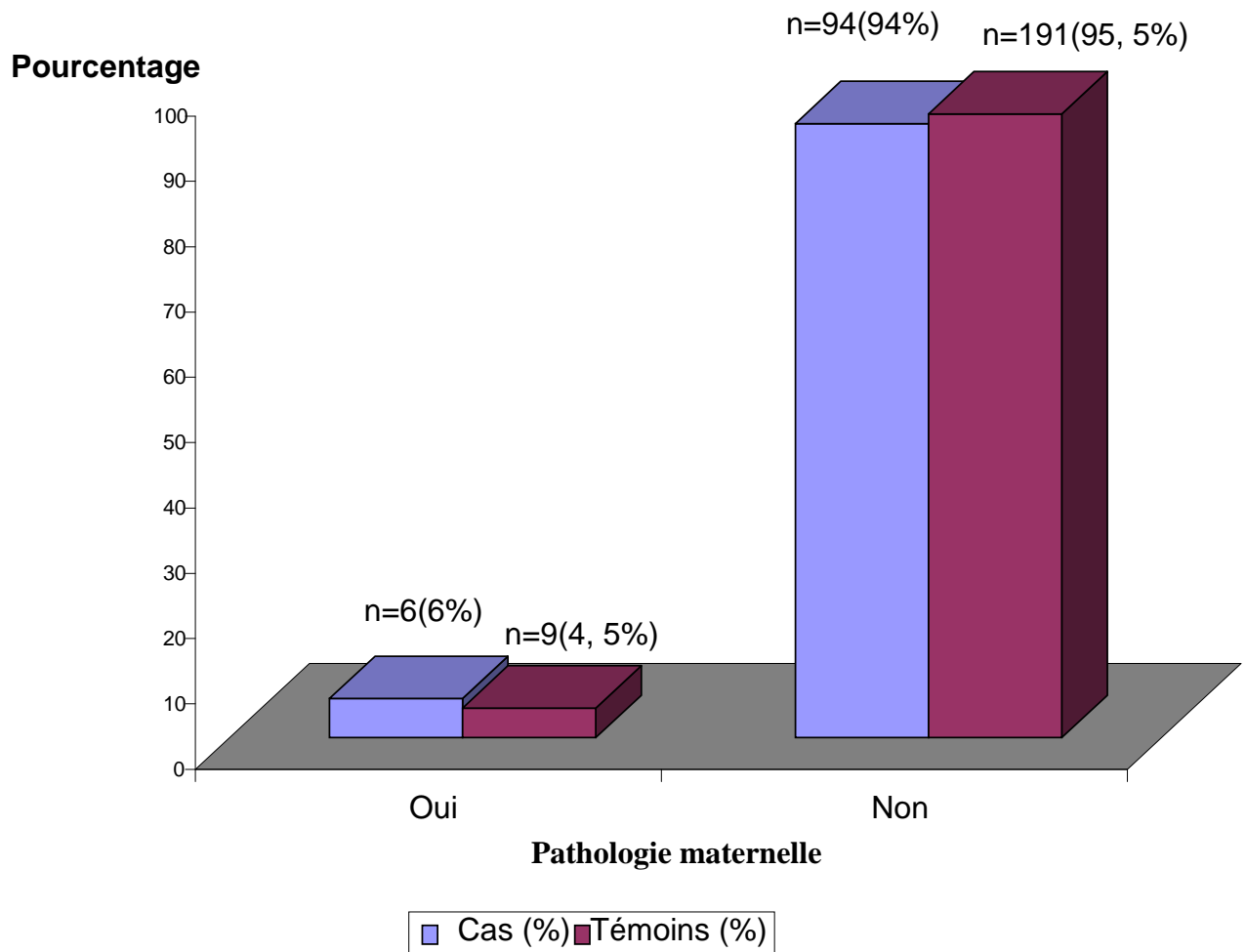
**5.2.3-Tableau I : Répartition des patientes selon la profession.**

Profession	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	n	%	n	%		
Ménagère	52	52	146	73	0,0002	0,40[0,24-0,68]
Fonctionnaire	25	25	5	2,5	10 <sup>-7</sup>	13,00[4,62-44,68]
Elève/Etudiante	9	9	29	14,5	0,176	0,58[0,23-1,34]
Commerçante	8	8	15	7,5	0,928	1,018[0,36-2,64]
Autres	6	6	5	2,5	0,128	2,49[0,61-10,56]
Total	100	100	200	100		

Autres- Cas : servante=1 ; vendeuses=5

- Témoins : servantes=5

### 5.3-Profil clinique des patientes.



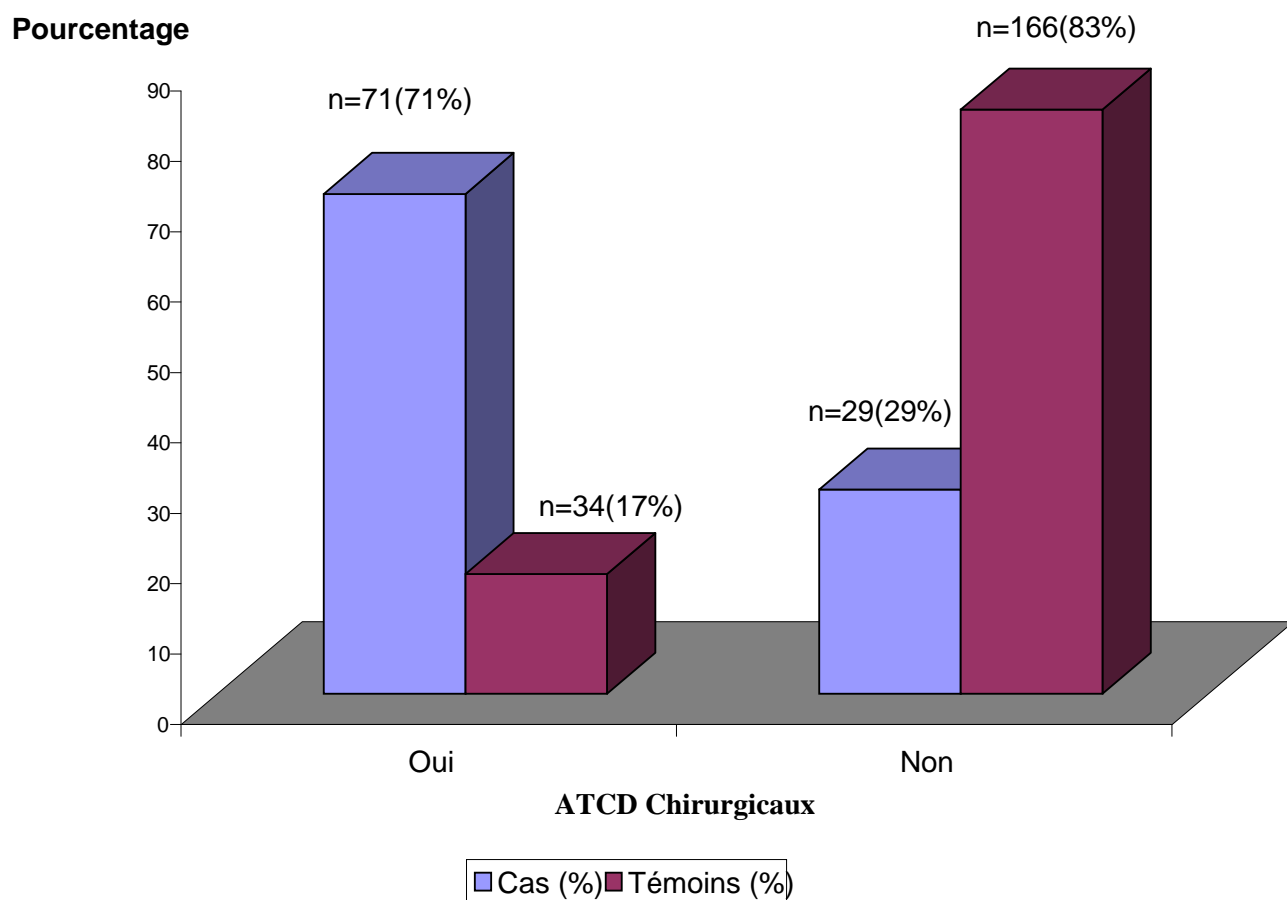
$\chi^2=0,32$

$p=0,574$

$OR=1,35[0,38-4,40]$ .

**5.3.1-Figure 4: Répartition des patientes selon les pathologies maternelles.**

# CESARIENNE PROPHYLACTIQUE VERSUS CESARIENNE D'URGENCE AU CSREF CV DU DISTRICT DE BAMAKO PRONOSTIC MATERNO-FOETAL



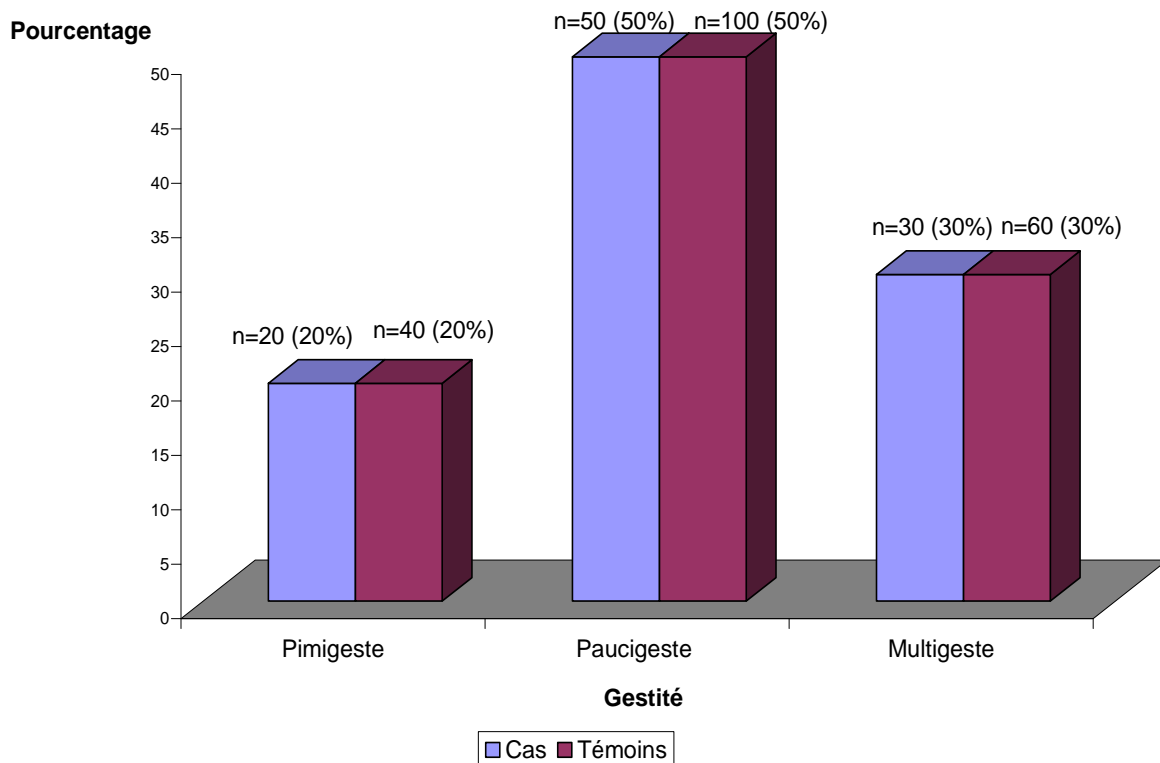
$p=10^{-7}$

$OR=11,95[6,53-21,98]$ .

**5.3.2-Figure 5 : Répartition des patientes selon l'antécédent de césarienne.**

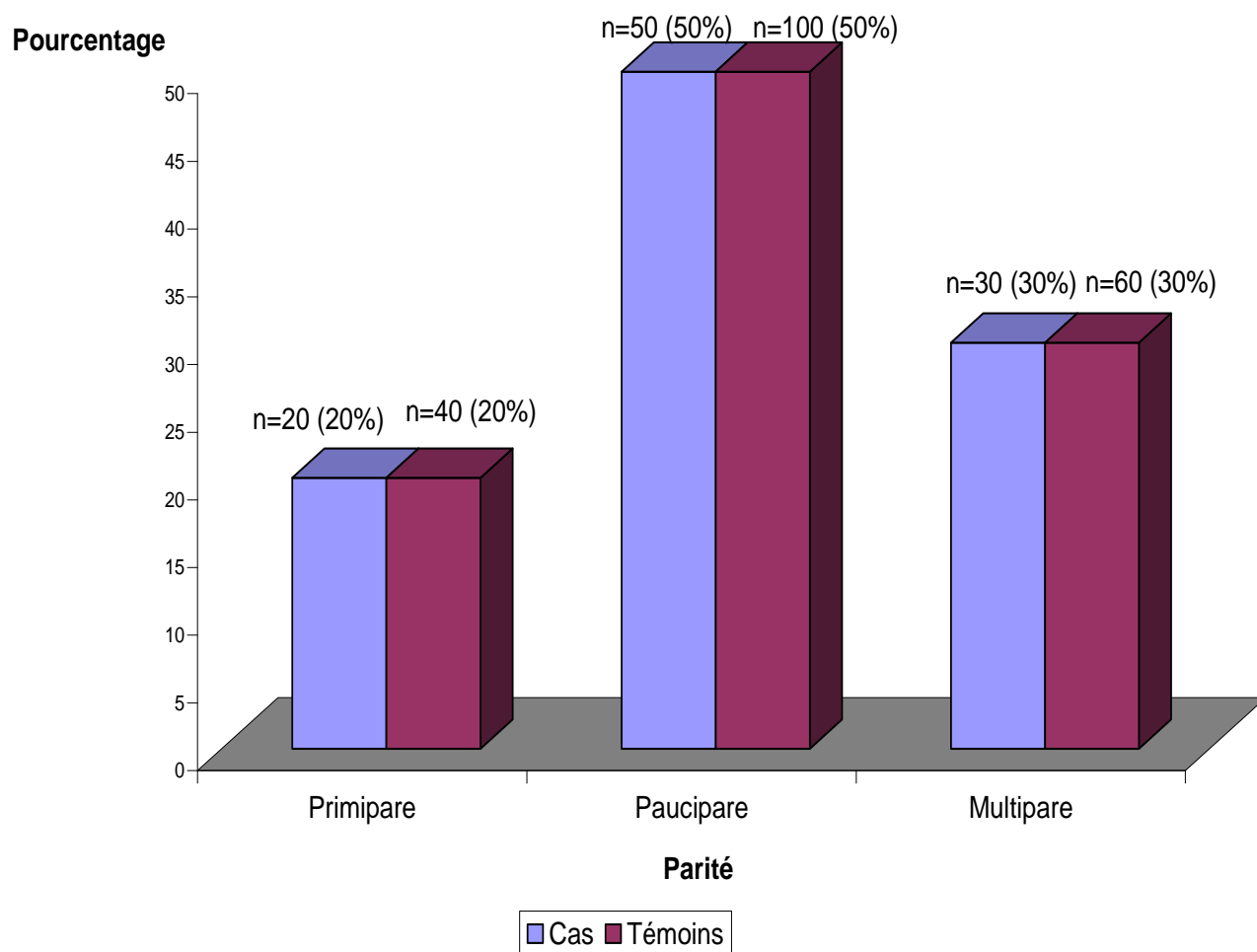
**5.3.3-Tableau II : Répartition des patientes selon les indications de césarienne antérieure.**

Indications de césarienne antérieure	Cas		Témoins		P	OR-IC
	n	%	n	%		
Dystocie	52	73,2	15	44,2	0,0036	3,47[1,35-8,92]
Triplet	1	1,4	0	0	-	
SFA	18	25,4	18	52,9	0,0053	0,30[0,12-0,78]
Hémorragie	0	0	1	2,9	-	
Total	71	100	34	100		



**5.3.4-Figure 6 : Répartition des patientes selon la gestité.**

CESARIENNE PROPHYLACTIQUE VERSUS CESARIENNE D'URGENCE AU CSREF  
CV DU DISTRICT DE BAMAKO PRONOSTIC MATERNO-FOETAL



5.3.5-Figure 7: Répartition des patientes selon la parité

**5.3.6-Tableau III: Répartition des patientes selon l'intervalle intergenesique**

Intervalle inter-génésique	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
<2	17	17	27	13,5
> 2	83	83	173	86,5
Total	100	100	200	100

$p=0,419$

$OR=1,31[0,63-2,66]$

**5.3.7-Tableau IV: Répartition des patientes selon la consultation prénatale**

CPN	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	100	100	167	83,5
Non	0	0	33	16,5
Total	100	100	200	100

$\chi^2=18,54$

$p=0,000016$

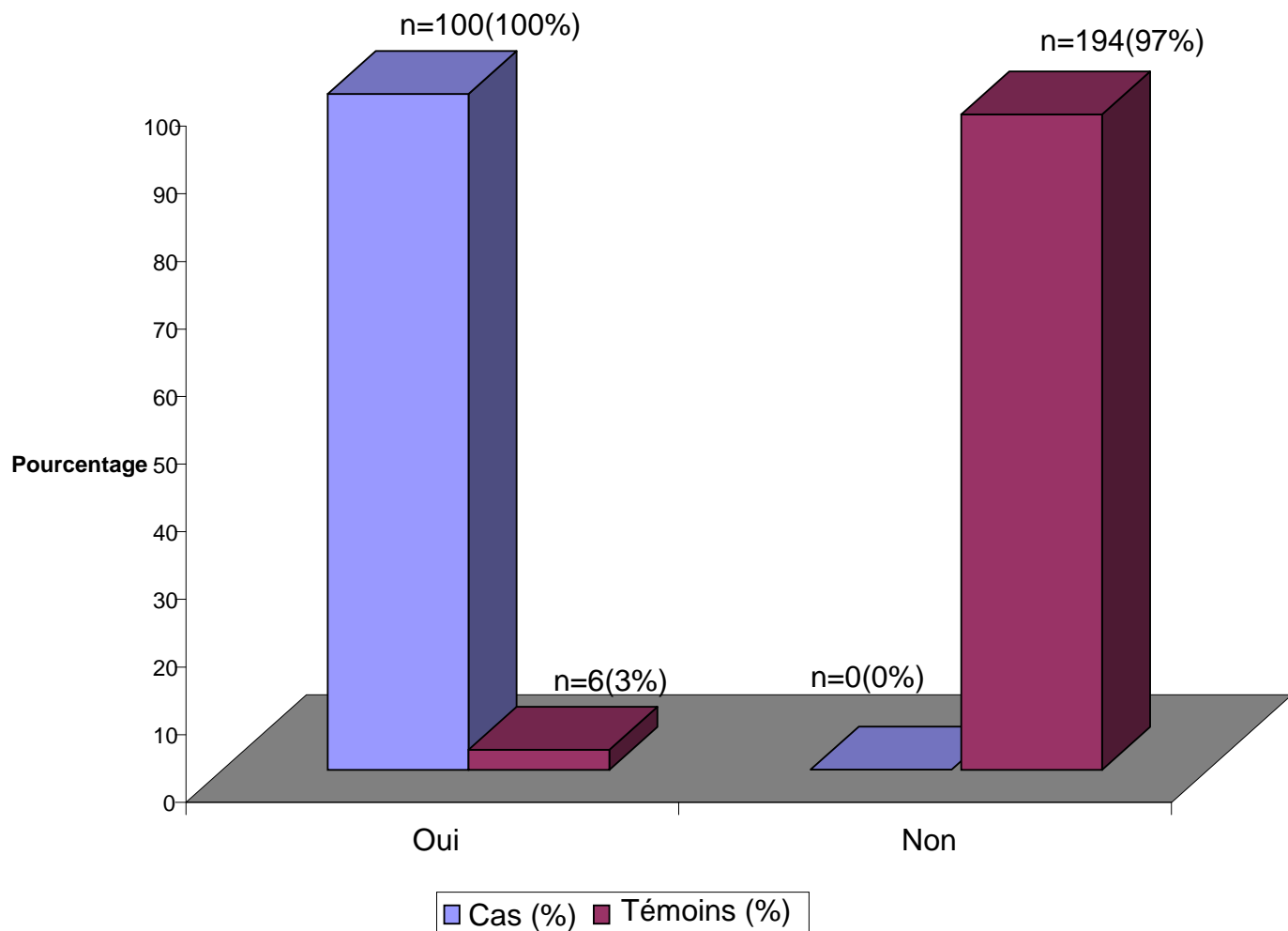
La différence est statistiquement significative.

**5.3.8-Tableau V : Répartition des patientes selon la qualification de l'auteur de la CPN**

Qualification de l'auteur de CPN	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	n	%	n	%		
Personnel qualifié	100	100	140	70	$10^{-7}$	
Personnel non qualifié	0	0	27	13,5	0,0001	0,00[00-0,26]
Aucune	0	0	33	16,5	-	
Total	100	100	200	100		



CESARIENNE PROPHYLACTIQUE VERSUS CESARIENNE D'URGENCE AU CSREF  
CV DU DISTRICT DE BAMAKO PRONOSTIC MATERNO-FOETAL



100 patientes(Cas) étaient programmées pour la césarienne prophylactique contre 6 patientes(Témoins).

$$\chi^2=274,53$$

$$p=10^{-7}$$

**5.3.9-Figure 8 : Répartition des patientes selon la programmation de la césarienne lors des CPN.**

**5.3.10-Tableau VI: Répartition des patientes selon le lieu de résidence.**

Résidence	Cas		Témoins	
	N	%	n	%
Commune V de Bamako	66	66	137	68,5
Autres	34	34	63	31,5
Total	100	100	200	100

Autres -Cas : autres communes de Bamako(19) ; Hors Bamako(15)

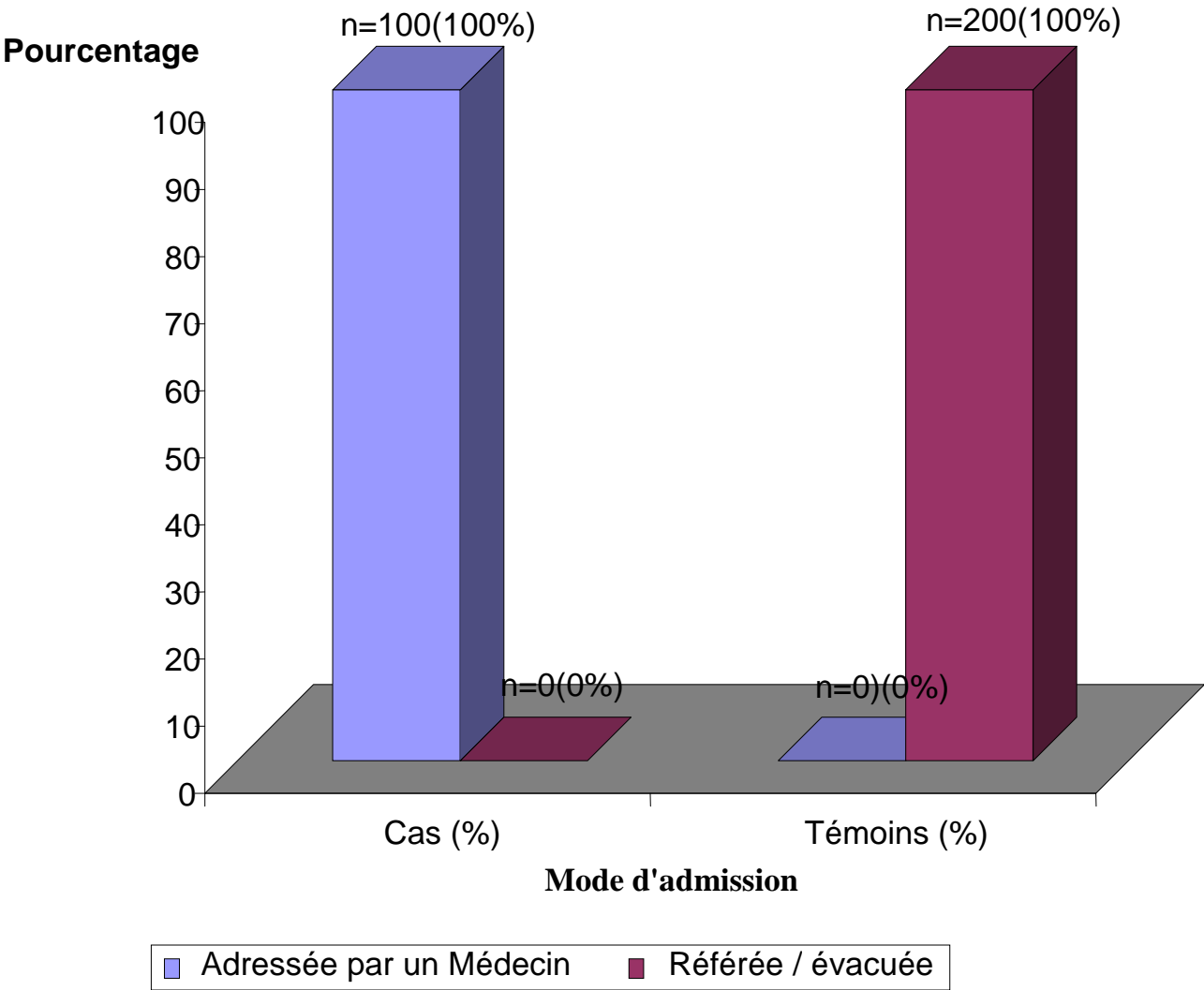
- Témoins : autres communes de Bamako(16) ; Hors Bamako(47)

$\chi^2=0,19$

$p=0,662$

$OR=0,89[0,52-1,54]$

CESARIENNE PROPHYLACTIQUE VERSUS CESARIENNE D'URGENCE AU CSREF  
CV DU DISTRICT DE BAMAKO PRONOSTIC MATERNO-FOETAL



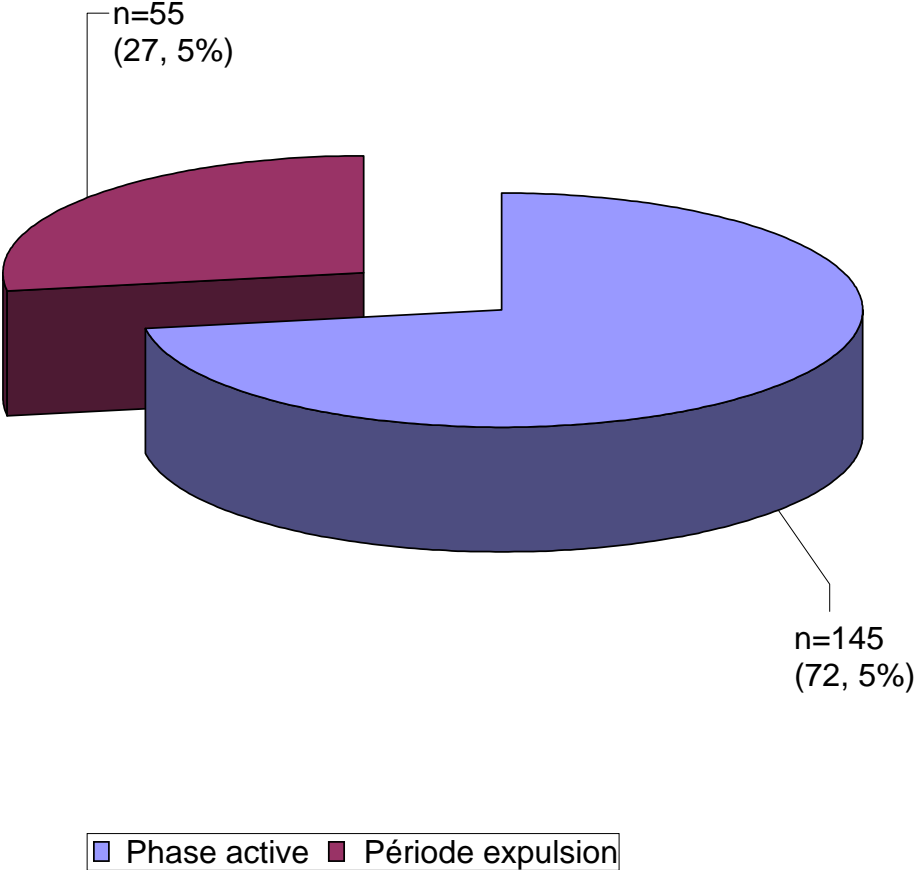
$\chi^2=300,00$

$p=10^{-7}$

5.3.11-Figure 9: Répartition des patientes selon le mode d'admission.

**5.3.12-Tableau VII: Répartition des patientes selon le motif d'admission.**

Motif d'admission	Cas		Témoins		<i>p</i>	<i>OR-IC</i>
	n	%	n	%		
Césarienne prophylactique	100	100	0	0	$10^{-7}$	
Utérus cicatriciel /bassin limite	0	0	7	3,5	-	
Métrorragie sur grossesse	0	0	15	7,5	-	
HTA sur grossesse	0	0	8	4	-	
HU excessive	0	0	24	12	-	
Utérus bi cicatriciel en travail	0	0	8	4	-	
SFA	0	0	60	30	-	
Présentation non céphalique	0	0	35	17,5	-	
Manque d'effort expulsif	0	0	12	6	-	
Présentation de siège	0	0	15	7,5	-	
Autres	0	0	16	8	-	
Total	100	100	200	100		



**5.3.13-Figure 10 : Répartition des Témoins selon la phase du travail d'accouchement.**

#### 5.4-Pronostic maternofoetal:

##### 5.4.1-Tableau VIII: Répartition des patientes selon l'indication de Césarienne.

Indications de césarienne	Cas		Témoins		P	OR-IC
	N	%	n	%		
Dystocie osseuse	90	90	130	65	$10^{-7}$	17,41[5,42-88,44]
SFA	0	0	60	30	$10^{-7}$	0,00[0,00-0,09]
Toxémie gravidique	0	0	10	5	$10^{-7}$	0,00[0,00-0,07]
Utérus cicatriciel	10	10	0	0	-	
Total	100	100	200	100		

- Dystocie osseuse: Cas (BGR, utérus cicatriciel sur bassin limite)

-Utérus cicatriciel:  $\geq 2$ cicatrices sur utérus+bassin normal

##### 5.4.2-Tableau IX: Répartition des patientes selon le poids des nouveau-nés.

Poids nouveau-né (grammes)	Cas		Témoins		P	OR-IC
	N	%	n	%		
<2500	6	6	18	9	0,366	0,65[0,20-1,77]
2500-3999	93	93	159	79,5	0,0026	3,43[1,44-9,39]
$\geq 4000$	1	1	23	11,5	-	
Total	100	100	200			

**5.4.3 Tableau X: Répartition des patientes selon le score d'Apgar des nouveau-nés.**

Score d'Apgar	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
0-7 (mort-né, morbidité)	0	0	145	21,5
8-10 (vivant, bon Apgar)	100	100	55	51
Total	100	100	200	100

$$\chi^2=140,32$$

$$p=10^{-7}$$

$$OR=0,00[0,00-0,02]$$

**5.4.4-Tableau XI: Répartition des patientes selon le décès néonatal précoce.**

Décès néonatal précoce	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Oui	1	1	17	10,8
Non	99	99	140	89,2
Total	100	100	157	100

$$\chi^2=9,06$$

$$p=0,0026$$

$$OR=0,08[0,00-0,55]$$

**5.4.5-Tableau XII: Répartition des patientes selon le pronostic périnatal.**

Pronostic périnatal	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Décès périnatal	1	1	60	30
Vivant	99	99	140	70
Total	100	100	200	100

$$\chi^2=34,61$$

$$p=10^{-7}$$

$$OR=0,02[0,00-0,14]$$

**5.4.6-Tableau XIII: Répartition des patientes selon la nature de l'intervention.**

Nature de l'intervention	Cas		Témoins	
	n	%	n	%
Césarienne simple avec ou sans ligature et résection des trompes	100	100	184	92
Autres interventions	0	0	16	8
Total	100	100	200	100

$$\chi^2=8,45$$

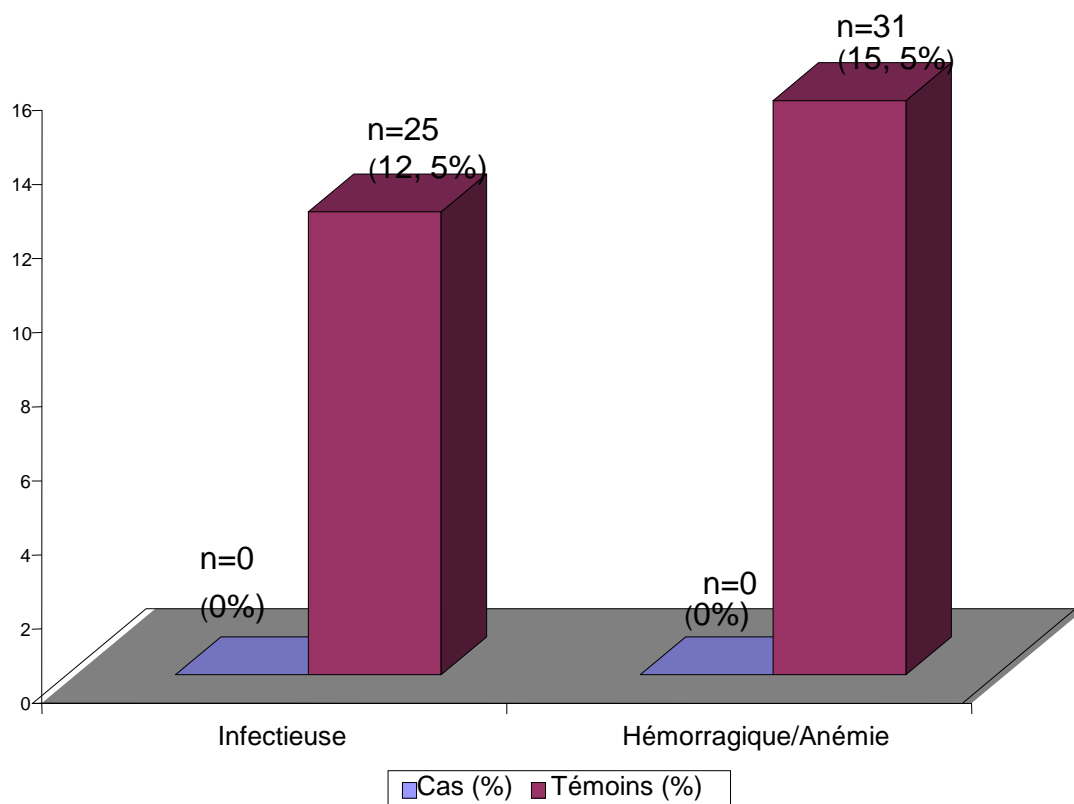
$$p=0,0036$$

Autres interventions : Témoins : hystérorraphie=16 ; hystérectomie=2



**5.4.7-Tableau XIV: Répartition des patientes selon le pronostic maternel (mortalité/morbidité).**

Pronostic maternel	Cas		Témoins	
	N	%	n	%
Hémorragie obstétricale	0	0	2	1
Hystérectomie	0	0	2	1
Décès maternel	0	0	0	0

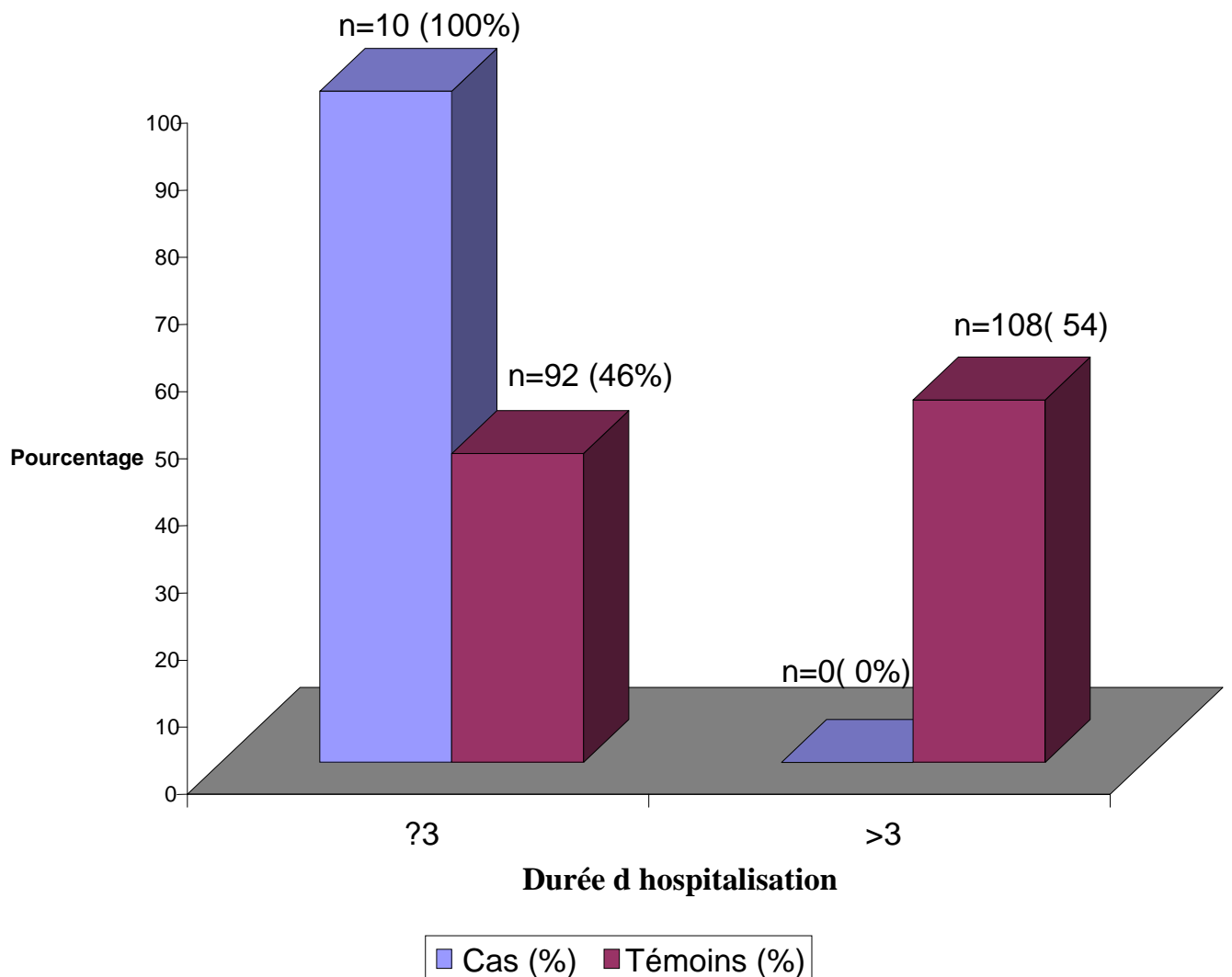


$\chi^2=13,64$

$p=0,00022$

$OR=0,00[0,00-0,29]$

**5.4.8-Figure 11: Répartition des patientes selon les complications post opératoires.**



$$\chi^2=84,38$$

$$p=10^{-7}$$

#### 5.4.9-Figure 12 : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation chez les Cas était de 2,01 jours  $\pm 0,1$  avec des extrêmes de 2 et 3 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation chez les Témoins était de 4,9 jours  $\pm 3,1$  avec des extrêmes de 2 et 20 jours.

## 6- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

### 6.1- Fréquence :

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 3559 accouchements dont 1101 césariennes soit une fréquence de 31,01%.

412 césariennes prophylactiques ont été réalisées soit une fréquence de 37,32% de l'ensemble des césariennes.

Durant la même période 580 patients étaient évacuées parmi les quelles 353 césarisées en urgences soit une fréquence de 32,06 % de l'ensemble des césariennes.

Une étude réalisée par Coulibaly I. [9] ; et Togora M. [10] au CSRef CV avaient trouvé respectivement 12.17% et 12.88%. Tégueté I. [11] rapportait déjà en 1993 une fréquence de 24,05% dans une étude réalisée à l'H G T de 1991 à 1993.

Selon la DNS en 2005 [12] sur le plan national les accouchements par césariennes occupent un taux de 0,9%.

### 6.2- Aspects sociodémographiques :

#### 6.2.1- Age :

La tranche d'âge 20-34 ans a été la plus représentée (73%) avec un âge moyen de 27,41ans. Les mêmes tendances ont été rapportées par d'autres auteurs pour la même tranche d'âge:71% pour Sissoko H [13] ; 61,17% pour Cissé B [14] et 51% pour Camara K [15]. Il s'agit là de l'âge optimal de fécondité en Afrique au sud du Sahara.

#### 6.2.2- Statut matrimonial:

Dans notre étude 97% des Cas étaient mariées contre 89% des Témoins, avec une différence statistiquement significative avec  $p=0,018$  ;  $OR=4,00[1,15-21,30]$ . Tégueté I [11] et Cissé B [14] avaient trouvé respectivement 91,58% et 90,7% de mariée. Les femmes mariées ont plus accès aux soins prénatals.

### **6.2.3- Profession :**

Les occupations professionnelles des patientes peuvent constituer une entrave à l'accès aux soins.

Ainsi, certains ordres professionnels sont très exposés :

- Les ménagères représentaient 52% pour les Cas et 73% pour les Témoins avec  $p=0,0002$ ; OR = 0,40 [0,24-0,68].

Les mêmes tendances ont été rapportées par Konaté M. [16] en 2001 avec 53,6% par Tégueté I. [11] en 1993 avec 86,01%.

Les fonctionnaires avaient plus accès à la césarienne prophylactique avec une différence statistiquement significative avec  $P<10^{-7}$  ; OR = 13 [4,62-44,68].

### **6.2.4-Antécédents médicaux (HTA, Diabète, Drépanocytose) :**

Dans notre étude la pathologie maternelle a été retrouvée chez 6% des Cas et 4.5% des Témoins avec  $p=0,574$ , OR= 1,35 [0,38-4,40].

### **6.2.5- Antécédents chirurgicaux :**

L'antécédent de césarienne a été retrouvée chez 71% des Cas et chez 34% des Témoins avec une différence statistiquement significative  $p=10^{-7}$   
OR=11,95[6,53-21,98).

### **6.2.6- Indication de la césarienne antérieure:**

-La dystocie a dominé avec une fréquence de 73,2% pour les Cas contre 44,2% pour les Témoins avec une différence statistiquement significative ( $p= 0,0036$  OR =3,47[1,35-8,92]).

-La souffrance fœtale aigüe a été la deuxième indication retrouvée avec  $p= 0,0053$ , OR =0,30[0,12-0,78].

### **6.2.7-Intervalle inter génésique :**

L'intervalle intergénéral supérieur à 2 ans a été le plus représenté avec 83% pour les Cas et 86,5% pour les Témoins et la différence n'est pas statistiquement significative ( $p= 0,419$ , OR = 1,31[0,63-2,66]).

### **6.2.8-Consultation prénatale :**

100% des Cas ont effectuées au moins une consultation prénatale contre 83,5% des Témoins avec une différence statistiquement significative  $p=0,000016$ .

### **6.2.9-Auteurs de la consultation prénatale :**

100% des Cas étaient suivies par du personnel qualifié contre 70% pour les Témoins avec une différence statistiquement significative avec  $p=10^{-7}$ .

13,5% des Témoins étaient suivies par du personnel non qualifié. Camara k [15] avait trouvé 13% suivies par un personnel non qualifié.

16,5% des Témoins n'avaient effectuées aucune consultation prénatale.

### **6.2.10-Résidence des femmes :**

La plupart des femmes de notre étude résidaient en commune V du district de Bamako ; 66% pour les Cas et 68,5% pour les Témoins.

Certains auteurs ont rapporté les résultats suivants:

Sissoko H. [13] ; 71,1% pour les Cas et Camara K. [15] 78% pour les Cas 86,5% pour les Témoins. Mais 34% des Cas et 31,5% des Témoins résidaient en dehors de la commune V, Sissoko H. [13] avait trouvé 17,8%. Cela s'explique par le fait que le centre de santé de référence de la commune V reçoit beaucoup des cas des références et évacuations. Il n ya pas de différence statistiquement significative  $p=0,662$   $OR = 0,89[0,52-1,54]$ .

## **6.3-césarienne: Indications et pronostic.**

### **6.3.1-Indications des césariennes:**

Dans notre étude plusieurs indications de césariennes ont été notées, elles sont soit maternelles ou fœtales.

Grâce à l'évolution des indications de la césarienne, au monitoring (pendant la grossesse et le travail) et à l'amélioration des conditions opératoires.

Le taux d'accouchements par voie haute devient de plus en plus élevé.

L'obstétricien dans le souci de faire naître «un enfant » dans les meilleures

conditions possibles tout en garantissant la vie de la mère a rendu beaucoup plus large les indications de la césarienne [6].

Les indications les plus fréquentes ont été :

**-La dystocie osseuse** : elle a été l'indication principale de césarienne dans notre série avec 90% de nos indications de césariennes chez les Cas contre 60% chez les Témoins: la différence est statistiquement significative  $p=10^{-7}$  ;  
 $OR=17,41[5,42-88,44]$ .

Différents résultats ont été rapportés par : Togora M. [10] avait retrouvé 50% et Tégueté .I. [11] 32%. Elle est une entité nosologique constituant une entrave à la progression du mobile foetal dans la filière pelvienne.

**- La souffrance fœtale aigue :**

Elle a été l'indication foetale principale de la césarienne dans notre série avec une fréquence de 30% chez les Témoins. Des études similaires ont été réalisées par d'autres auteurs comme:

- Togora M. [10] :41,8% des cas de souffrance fœtale aigue.
- Cissé B. [14] : 18%.
- Tégueté .I. [11] 10,4%.

Notre taux se justifie par le retard dans l'évacuation des parturientes et particulièrement à l'insuffisance de personnel qualifié dans les CSCom. Tout facteur pouvant retarder l'évacuation des parturientes met en jeu le pronostic maternofoetal :  $p=10^{-7}$   $OR= 0,00[0,00-0,09]$ .

Les utérus cicatriciel ont été retrouvés chez 10% des Cas et les toxémies gravidiques chez 5% des Témoins. Le mauvais suivi des grossesses à risque par les agents non qualifiés fait que ces femmes qui devaient bénéficier de césariennes normalement prophylactique viennent en travail :  $p=10^{-7}$   
 $OR= 0,00 [0,00-0,07]$ .

#### **6.4-Pronostic maternofoetal:**

##### **6.4.1-pronostic foetal:**

**6.4.1.1-Mortalité et Morbidité :** 72,5% des nouveau-nés des Témoins étaient en état de morbidité grave ou des morts nés (score d'Apgar entre 0-7) et 27,5% avaient un bon Apgar compris entre 8-10 à la 1<sup>ère</sup> mn contrairement aux Cas, les 100% avaient un Apgar entre 8-10 a la 1<sup>ère</sup> mn avec  $p=10^{-7}$  ;  
 $OR = 0,00[0,00-0,02]$ .

**6.4.1.2-Décès néonatal:** dans notre étude nous avons enregistré 30% de décès périnataux chez les Témoins contre 1% chez les Cas avec  $p=10^{-7}$  ;  
 $OR = 0,02[0,00-0,14]$ . D'autres auteurs ont rapporté les fréquences suivantes : Tégueté I [11]. 24,6% ; Traoré L [17]. 21,1%.Ce taux élevé de décès périnatal chez les Témoins (parturientes évacuées) nous permet de dire que le pronostic foetal des Témoins est beaucoup plus mauvais par rapport aux Cas (césarienne prophylactique), avec  $p=10^{-7}$   $OR = 0,02[0,00-0,14]$ .

##### **6.4.2-Pronostic maternel :**

###### **6.4.2.1-nature de l'intervention:**

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 16 ruptures utérines chez les Témoins (parturientes évacuées) ; parmi les 16 ruptures utérines 14 avaient bénéficié d'hystérorraphie et 2 d'hystérectomie. Aucune de ses complications n'a été retrouvée chez les Cas (césarienne prophylactique) avec  $p=0,0036$ .

Camara K [15] avait trouvé dans son étude 3 cas de ruptures utérines (2 hystérorraphies et 1 cas hystérectomie).

###### **6.4.2.2-Complications post opératoires :**

Les complications hémorragiques/ anémies étaient les plus représentées, suivies des complications infectieuses avec respectivement 15,5% et 12,5% chez les Témoins.

Khlass K [18] et Derbal S [19] avaient trouvé respectivement 26,3% et 20,8% de complications infectieuses. ZAROUK [20] en Tunisie, KONE AI [21] au

Mali ont obtenu les taux les plus élevés d'anémie avec respectivement 40,5%, et 19,7%. Nous n'avons pas retrouvé de complication chez les Cas :  $p=0,00022$   $OR = 0,00[0,00-0,029]$ . Ceci pourrait être lié au fait que les femmes sont longtemps retenues dans les CSCom ou à domicile avant d'être reçues en milieu chirurgical avec parfois des complications.

#### **6.4.2.3-Durée d'hospitalisation :**

100% des Cas avaient une durée d'hospitalisation inférieure ou égale à trois jours contre 46% des Témoins avec une différence statistiquement significative  $p=10^{-7}$ .

54% des Témoins avaient une durée d'hospitalisations supérieure à 3 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation chez les Cas était de 2,01 jours  $\pm 0,1$  avec des extrêmes de 2 et 3 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation chez les Témoins était de 4,9 jours  $\pm 3,1$  avec des extrêmes de 2 et 20 jours.

Tegueté I [11] et Cissé B [14] ont rapporté respectivement 9,3 jours et 8 jours.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel.



## 7. CONCLUSION

La césarienne prophylactique est une intervention chirurgicale qui permet d'améliorer le pronostic maternel et périnatal contrairement à la césarienne faite en urgence.

Les indications restent dominées par la dystocie, et la souffrance fœtale.

Sa mise en œuvre nécessite une bonne organisation du système de référence/évacuation par le biais de la CPN recentrée. Pour ce faire la formation du personnel qualifié doit être une priorité pour nos Etats Africains au Sud du Sahara.

Ainsi pour permettre une meilleure issue de la grossesse et de l'accouchement c'est-à-dire : faire naître un nouveau-né en bonne santé et une mère saine, nous formulons les recommandations suivantes :

## 8. RECOMMANDATIONS

### **Aux personnels sanitaires :**

- Continuer à promouvoir la consultation prénatale recentrée ;
- Dépister les facteurs de risque associés à la grossesse (utérus cicatriciel, antécédent de mort intra partum et de décès néonatal précoce) ;
- Orienter vers les établissements sanitaires adaptés tous les cas de grossesses à risque ;
- Expliquer à la patiente les signes de dangers liés à la grossesse et à l'accouchement ;
- Continuer à promouvoir l'espace de naissance (planning familial).

### **Aux populations :**

- Fréquenter les établissements de santé maternelle et infantile les plus proches.
- Accepter d'adhérer aux principes de la CPN recentrée.

### **Aux autorités sanitaires :**

- Continuer la formation continue du personnel sanitaire à travers les supervisions formatives.
- Continuer la formation du personnel en technique de communication pour le changement de comportement (CCC).
- Réorganiser le système de référence/évacuation en se servant des points faibles du présent système de référence/évacuation.

## 9-REFERENCES

1. **Quenum G., Memadji M., Konan B R., Nigue L., Wellfens-Ekrac.**  
Césarienne de qualité : analyse des facteurs et des déterminants au CHU  
Ypougon. Revue internationale de sciences médicales Vol. 3. 02.2001. PP.  
109-115. Presses Universitaires de Côte d'Ivoire (PUCI).
2. **Engelmann P.** Factors related to the increasing caesarean section rates for  
cephalopelvic disproportion. Am J obstet. Gynecol 1986, 154, 1095-1098.
3. **Enquête démographique et santé MALI II.** EDSM-II de 1995-1996. Page  
181.
4. **Racinet C., Favier M.** « la césarienne : indications, techniques,  
complications ». Masson Paris 1984, 185 PP.
5. **O'driscoll K., Foely M.** Correlation of decrease in prenatal mortality and in  
crease in C-section rates, Am. J. obstet. Gynecol 1983, 61, 1.
6. **Dioné D.** Etude Comparative entre deux techniques de césariennes :  
Césarienne Classique et Césarienne Misgav Ladach au centre de santé de  
référence de la commune V du District de Bamako. Thèse de Médecine.  
Mali 2008.
7. **Melchior J., Bernard N., Raoust I.** "Evaluation des indications de  
césariennes". CNGO-MISSE à jour en Gynécologie et obstétrique Vigot éd  
1988 ; 13, PP. 251-265.
8. **Merger R., Levy K., Melchior J.** "précis d'obstétrique" 6<sup>ème</sup> éd Masson,  
Paris, 1989 PP ; 697 pages.
9. **Coulibaly I.** Césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de  
l'hôpital Gabriel Touré de Bamako de 1992 à 1996 (à propos de 3314  
cas).Thèse de Médecine; Bamako 1999; 78p85.

10. **Togora M.** « étude qualitative de la césarienne au CSRéf CV du District de Bamako de 2000-2002 (à propos de 2883 cas). Thèse Méd ; Bamako (Mali) 2004 M. 44.
11. **Tegueté I.** Étude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point « G » de 1991 à 1993. À propos d'une étude de cas témoins de 1544 cas. Thèse med, Bamako 1996, N° 17, 133P.
12. **Direction Nationale de la Santé, cellule sante de la reproduction, département de césarienne.** Donnée statistique de l'évolution de césarienne en 2006.
13. **Sissoko H.** Complications non infectieuses post-césariennes immédiates au CSREF CV thèse de Médecine Bamako Mali 2006 M-247.
14. **Cissé B.** La césarienne : aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge des complications post opératoires dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine : Bamako Mali 2001, M.
15. **Camara K.** Etude comparative césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique pronostic maternofoetal au CSRef CV du district de Bamako. Thèse de Médecine Mali 2010.
16. **KONATE M.** L'étude des césariennes dans le service de gynécologie obstétrique sur une période de 5 ans à l'hôpital Gabriel Touré ; Thèse de médecine ; 2001, 05-M-74.
17. **Traoré L.** La césarienne : pronostic maternofoetal au CSRéf de San. Thèse de Médecine Mali 2008 M-304.
18. **Khlass k.** Etude analytique des indications de la césarienne et pronostic maternofoetal à propos de 277cas de césariennes pratiquées a la maternité du nouveau CHU Habib Thameur (du 4 avril 1987 au 31 janvier 1989).thèse de médecine 1989,Tunis.

- 19. Derbal S.** Complications maternofoetale per et post opératoire précoces des opérations césariennes. À propos de 1045 cas. Thèse de médecine 1991, n° 128, Tunis.
- 20. Zarouk S.** Les complications de la césarienne à propos de 1470 cas. Thèse médecine 1996, n° 49, Tunis.
- 21. Koné AI.** Facteurs de risque des complications maternelles post césarienne à l'HGT. Thèse médecine: Bamako, 2005-94p-224.

## 10. ANNEXES

**Annexe 1** : établissement du score infectieux et modification de l'attitude thérapeutique en fonction de la gravité de l'infection maternelle.

Cotation	0	1	2
Evacuation	Non suivi dans le service	Maternité de ville	Maternité rurale
Etat poche des eaux à l'admission	Intacte	Rompue <12h	Rompue >12h
Odeur du liquide amniotique	Non fétide [clair]	-	Fétide [purulent]
Température d'admission	<38°C	38°C <T< 39°C	>39°C
Degré d'anémie	Muqueuses colorées		Muqueuses décolorées
Etat du segment inférieur du myomètre per-opératoire	Segment normal, utérus bien rétracté	-	Segment inférieur effiloché, corps utérin mou, œdémateux godet +

**Score :**

- De 0-4 : césarienne classique ;
- De 5-8 : césarienne avec extra-péritonisation de la cicatrice d'hystérotomie ;
- De 9-12 : hystérectomie post-césarienne immédiate.

**NB** : < Inférieur ; > Supérieur

**Score :**

- **De 0-4 : Césarienne classique + mono-antibiothérapie**
- **De 5-8 : Césarienne + toilette de la cavité péritonéale par du sérum physiologique + bi antibiothérapie.**
- **De 9-12 :**
  - ◆ **En première intention : césarienne + toilette de la cavité péritonéale par du sérum physiologique, drainage + tri antibiothérapie.**
  - ◆ **En deuxième intention : hystérectomie post césarienne immédiate, toilette de la cavité péritonéale par du sérum physiologique, drainage + tri antibiothérapie.**





## FICHE D'ENQUETE

**NUMERO DU DOSSIER:** <idnum >

{q0} Ordre: # 1=Cas 2=Témoins

### I IDENTITE DE LA PATIENTE:

{q1} NOM: \_\_\_\_\_

{q2} PRENOM: \_\_\_\_\_

{q3} Age:##

{q4} Statut matrimonial: # 1=mariée 2=célibataire

{q5} Profession: \_\_\_\_\_

### II Antécédent:

#### 1/ Médicaux:

{q6} HTA: <Y> 1=oui 2=non

{q7} Drépanocytose: <Y> 1=oui 2=non

{q8} Cardiopathie: <Y> 1=oui 2=non

{q9} Diabète:<Y> 1=oui 2=non

{q10} Autres à préciser: \_\_\_\_\_

#### 2/ Chirurgicaux:

{q11} Césarienne: <Y> 1=oui 2=non

{q12} Si oui:

indication: \_\_\_\_\_

{q13} Année: \_\_\_\_\_ Lieu de

réalisation: \_\_\_\_\_

{q14} Myomectomie: <Y> 1=oui 2=non

{q15} Cure de GEU: # 1=médicamenteuse 2=salpingectomie

{q16} Autres à préciser: \_\_\_\_\_

{q17} Gynécologie: # 1=cycle régulier 2=cycle irrégulier

{q18} Durée du cycle: # jours Hypofertilité: <Y> 1=oui 2=non

{q19} Contraception: <Y> 1=oui 2=non

{q20} Type de contraception: \_\_\_\_\_

### **3/ Obstétricaux:**

{q21} Gestité: # Parité: # Avortement: # mort n,: # vivant:# décédé:#

{q22} Intervalle inter gènesique: \_\_\_\_\_

### **III Suivi de la grossesse:**

{q23} Consultation prénatale: <Y> 1=oui 2=non

{q24} Si oui: # 1=personnel qualifié 2=personnel non qualifié

{q25} Lieu de CPN: #

1=Hôpital 2=Csréf 3=Cskom 4=Clinique Privée 5=Domicile 6=Cabinet  
médical

{q26} Césarienne programmée: <Y> 1=oui 2=non

{q27} IV Lieu de résidence: # 1=Com1 2=Com2 3=Com3 4=Com4 5=Com5  
6=Com6

{q28} Hors Bko à préciser: \_\_\_\_\_

{q29} IV Mode d'admission: # 1=adressée Médecin 2= Référence/Evacuée

{q30} Si 2 Référence/Evacuée: \_\_\_\_\_

### **V Motif d'admission:**

{q31} Contractions utérines: <Y> 1=oui 2=non

{q32} Césarienne prophylactique: <Y> 1=oui 2=non

{q33} Utérus cicatriciel sur bassin limite: <Y> 1=oui 2=non

{q34} Métrorragie sur grossesse: <Y> 1=oui 2=non

{q35} HTA sur grossesse: <Y> 1=oui 2=non

{q36} HU excessive: <Y> 1=oui 2=non

{q37} Utérus bi cicatriciel en travail: <Y> 1=oui 2=non

**Phase du travail d'accouchement:**

{q38} Phase de latence: <Y> 1=oui 2=non

{q39} Phase active: <Y> 1=oui 2=non

{q40} Phase expulsive:<Y> 1=oui 2=non

{q41} Autres à

préciser:\_\_\_\_\_

{q42} VI CESARIENNE: # 1=césarienne programme 2=césarienne d'urgence

{q43} Indications:## 1=BGR 2=cicatrice des voies urogénitales

3=utérus cicatriciel sur bassin limite 4=macrosomie fœtale

5=souffrance fœtale aigue 6=obstacle praevia

7=antécédent obstétricaux charges 8=dystocies

9=condylomes géants génitaux

10=toxémie gravidique sévère

{q44} 5=Autres ...

préciser:\_\_\_\_\_

{q45} Anesthésie: # 1=Générale 2=Loco régionale

3=péridurale 4=rachi anesthésie

**VII NOUVEAU NE:**

{q46} Nombre: #

{q47} Sexe: # 1=Masculin 2=féminin

{q48} Poids:####

{q49} Score d'Apgar: 1ere min:##/10 5eme min:##/10

{q50} Mort n, frais: <Y> 1=oui 2=non

{q51} Mort-né macéré,: <Y> 1=oui 2=non

{q52} Réanimé,: <Y> 1=oui 2=non

{q54} Décès néonatal précoce (j1-j7): <Y> 1=oui 2=non

## VIII STATUT UTERIN ETAT DU FOETUS ET CONDUITE A

### TENIR:

- {q55} Syndrome de pré rupture utérine: <Y> 1=oui 2=non  
{q56} Fœtus vivant: <Y> 1=oui 2=non  
{q57} Fœtus mort: <Y> 1=oui 2=non  
{q58} Rupture utérine:<Y> 1=oui 2=non  
{q59} Hysterroraphie simple:<Y> 1=oui 2=non  
{q60} Hysterroraphie avec stérilisation tubaire:<Y> 1=oui 2=non

### Pronostic maternel:

- {q61} Hémorragie:<Y> 1=oui 2=non  
{q62} Digestive: <Y> 1=oui 2=non  
{q63} Hysterectomie: <Y> 1=oui 2=non  
{q64} Décès maternel:<Y> 1=oui 2=non  
{q65} Si oui: \_\_\_\_\_  
{q66} Cause du décès: \_\_\_\_\_

### IX Score infectieux:

- {q67} 0 ... 4: <Y> 1=oui 2=non  
{q68} 5 ... 8: <Y> 1=oui 2=non  
{q69} 9 ... 12: <Y> 1=oui 2=non

### X Complication post opératoire:

- {q70} Hémorragie:<Y> 1=oui 2=non  
{q71} Suppuration pariétale: <Y> 1=oui 2=non  
{q72} Endométrite: <Y> 1=oui 2=non  
{q73} Thrombophlébite: <Y> 1=oui 2=non  
{q74} Autres à préciser: \_\_\_\_\_

{q75} Néant: <Y> 1=oui 2=non

**XI Durée d'hospitalisation:**

{q76} 2 à 3: <Y> 1=oui 2=non

{q78} 4 à 5: <Y> 1=oui 2=non

{q79} Supérieur ou égal 6: <Y> 1=oui 2=non

{q80} Nombre de jours: ##

## FICHE SIGNALETIQUE

**Nom :** TAMBOURA

**Prénoms :** Belco

**Titre :** Césarienne prophylactique versus césarienne d'urgence au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako : pronostic maternofoetal.

**Année universitaire :** 2012-2013

**Ville de soutenance :** Bamako

**Pays :** Mali

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

**E-mail :** tambourabelco198@yahoo.fr

**Secteur d'intérêt :** Obstétrique

### **Résumé de la thèse :**

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Il s'agissait d'une étude cas/témoins. L'échantillon était constitué de 100 cas pour 200 témoins (soit 1 cas pour 2 témoins).

La fréquence totale de la césarienne pendant la période d'étude a été de 31,01%.

La césarienne d'urgence a représenté 32,06% de l'ensemble des césariennes.

L'âge moyen des patientes était de 27,41 ans $\pm$ 5,84 avec des âges extrêmes de 14 à 40 ans.

100% de nos patientes (Cas) avaient réalisée au moins une consultation prénatale contre 83,5% des parturientes évacuées (Témoins).

## CESARIENNE PROPHYLACTIQUE VERSUS CESARIENNE D'URGENCE AU CSREF CV DU DISTRICT DE BAMAKO PRONOSTIC MATERNO-FOETAL

Les motifs d'évacuation les plus fréquemment évoqués ont été : la souffrance fœtale aigue, la présentation non céphalique et la hauteur utérine excessive avec respectivement 30%, 17,5% et 12%.

L'essentiel des indications de césarienne était dominé par les dystocies avec 90% chez les Cas contre 65% chez les Témoins, suivies par la souffrance fœtale aigue avec 30% chez les Témoins.

Nous avons enregistré 30% de décès périnatal chez les Témoins contre 1% chez les Cas.

Nous avons enregistré 16 ruptures utérines chez les Témoins parmi les quelles 2 hystérectomies.

**Les mots clés** : Césarienne, Fréquence, Evacuation, Pronostic maternofoetal.

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

**En** présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

**Je** donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

**Admis** à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

**Je** ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

**Je** garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

**Même** sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

**Respectueux** et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

**Que** les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

**Que** je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**JE LE JURE !**