

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali
Un Peuple Un But Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
F.M.O.S.

Année universitaire : 2016-2017 N° / /

Thèse

LA CESARIENNE AU CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE MARKALA .

Présentée et soutenue publiquement le/...../2018 devant la Faculté de Médecine et
d'Odontostomatologie

Par : **M. DIAWOYE OUOLOGUEM**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ÉTAT)

JURY :

PRESIDENT DU JURY : Pr Bakary T DEMBELE

MEMBRE DU JURY : Dr Hammadoun DICKO

CO-DIRECTEUR DE THESE : Dr Dramane FOMBA

DIRECTEUR DE THESE : Pr Youssouf TRAORE

A decorative scroll graphic with a dark grey background and white text. The scroll is unrolled on the left and right sides, with the top corners curled up. The text is centered and reads "DEDICACES ET REMERCIEMENTS" in a bold, serif font.

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Mon père Sodiougou Ouologuem et ma mère Mariam pleyaba : vous qui m'avez aidé à être ce que je suis ; vous avez consacré le meilleur de vous mêmes à l'éducation et à l'épanouissement de vos enfants. Vos sages conseils, vos bénédictions, votre assistance continuelle et votre affection nous accompagneront toujours pour guider nos pas dans la vie. Votre soutien tant moral qu'affectif, matériel et financier a contribué à la finalisation de ce travail. C'est avec le cœur plein de joie que je vous dédie ce travail qui est également le vôtre. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Que DIEU vous accorde encore longue vie et bonne santé auprès de nous. Nous sommes fiers de vous et cela pour toujours.

Les mots me manquent pour vous qualifier et vous témoigner ma profonde gratitude.

A mes frères et sœurs: Madou, Alou , Bocary, Sory, Adama ,Kadia

Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix et j'espère et souhaite qu'elle restera toujours un lien sacré pour nous. Que Dieu renforce nos liens. Votre soutien et votre amour ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est le vôtre. Courage et persévérance.

Aux familles : Ouologuem au point G, Nantoumé ,Ombotinbe

L'amour familial que vous avez entretenu à mon égard a été un atout favorable pour l'accomplissement de ce travail.

Soyez-en infiniment remercier

Vous resterez toujours pour moi l'image de cette entente ; de l'amour, de l'union; de l'entraide et de la solidarité que les parents nous ont inculqué.

Que Dieu veille sur votre famille, Amen !

A mes tantes et oncles ce travail est le fruit de vos multiples sacrifices et vos bénédictions.

Trouvez ici l'expression de mes reconnaissances et du respect à votre égard.

A ma fiancé Wassa Dembélé

Merci de votre tendresse et surtout de votre patience au cours de la réalisation de cet ouvrage. Ce travail est le vôtre, nous prions le puissant Allah qu'il soit le bonheur et le salut pour nous tous.

Remerciements

S'adressent à :

Allah ; le tout puissant ; le clément et miséricordieux, et à son prophète Mohamed (paix et salut sur lui) ; pour m'avoir donné le courage et la santé nécessaire de mener à bien ce travail.

A Tous mes maîtres de la FMPOS de l'université de Bamako dont l'enseignement a contribué à ma formation de médecin ;

A Tous les médecins du centre de santé de référence de Markala:

Médecin chef Dr Fomba, Docteur Maiga Abdoul, Docteur kanthé , Docteur Mamadou Fomba , Docteur Koné , Docteur Boua Cissé , Docteur Coulibaly. Merci pour votre enseignement de qualité qui a contribué à ma formation de Médecin.

Aux Familles : Guindo, Kanté , Bouaré , Ouologuem , Fofana

Vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez ici l'expression de tout mon respect.

A Mes amis d'enfance : Madou tangara ; Olivier Dougnon ; Talibé Dembélé ; Amadou B Traoré ; Sorry z Traoré; Ousmane Diarra ; Madou Coulibaly ; Moulaye Koné.

En souvenir des bons rapports d'amitié.

A mes Amis et camarades de la FMPOS

Dr Aboubacar Diallo ; Amassaye dit karamoko sagara ; Oumar Haidara ; Seydou Maidona ; Dr Camara ; Jean kamissoko ; Dr Abdoulaye Maiga ; Dr Salif Goita ; Feu Ousmane Fofana ; korka sagara ; Sékou yanoga ; Seydou Ouologuem.

Trouvez ici l'expression de mes sentiments d'amitié et de camaraderie.

A Tout le personnel de CSREF de Markala :

Trouvez l'expression de ma profonde reconnaissance.



**HOMMAGES
AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Pr DEMBELE Bakary Tientigui

- ❖ Maître de conférences agrégé en chirurgie générale à la FMOS
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Gabriel Toure
- ❖ Chargé de cours à l'institut National de Formation en Science de Santé
- ❖ Membre de la SOCHIMA et de l'ACAF.

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré.

Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté.

Veillez agréer, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Hammadoun DICKO

- ❖ Spécialiste en Anesthésie- Réanimation
- ❖ Chargé de cours à l'institut National de Formation en Sciences de la Santé (INFSS)
- ❖ Praticien hospitalier au CHU Point G.
- ❖ Maître assistant à la FMOS de Bamako

Cher Maître

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury, nous admirons vos qualités scientifiques, humaines ainsi que la courtoisie et la sympathie qui témoignent de votre grande disponibilité. Veuillez recevoir ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Dr Dramane FOMBA

- ❖ Gynécologue obstétricien au CSréf de Markala .
- ❖ Chef de service de gynécologie obstétrique au CSréf de Markala.
- ❖ Diplômé de l'université paris Descartes.
- ❖ Médecin chef du CSréf de Markala.

Cher Maître

Votre abord facile, votre générosité, votre calme et votre sourire ont tout le temps suscité notre admiration. Votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité permanente et votre rigueur scientifique font de vous un maître exemplaire.

Recevez cher maître nos sincères remerciements et notre attachement.

Puisse Dieu vous bénir davantage et fasse prospérer vos souhaits.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Youssouf TRAORE

- ❖ Maître de conférences agrégé en Gynéco Obstétrique.
- ❖ Praticien hospitalier dans le service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré.
- ❖ Secrétaire général de la SOMAGO.

Cher maître

Plus qu'un professeur nous avons retrouvé en vous un père, votre amour pour le travail bien fait, votre amour pour la personne humaine force l'admiration. A tout ce que nous avons reçu de vous en tant que père enseignant homme sage, à toutes les paroles de sagesse que nous avons le plaisir de recevoir à chaque fois, nous disons Merci. Que DIEU vous bénisse davantage, que sa plénitude demeure en vous.



LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

B.C.F: Bruits du cœur fœtal

BGR : Bassin généralement rétréci

CPN : Consultation Périnatale

C.S.Com : Centre de Santé Communautaire

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminé

DFP : Disproportion foeto - Pelvienne

EMC : Encyclopédie Médico Chirurgicale

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

FMPOS : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie

FVV : Fistule Vésico-Vaginale

gr : gramme

Gyn. : Gynécologie

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HNPt.G : Hôpital National du Point G

HU : Hauteur Utérine

IMSO : Incision Médiane Sous Ombilicale

IIG : Intervalle Inter Génésique

LDT : Ligature des trompes

MAF :Mouvements actifs du fœtus

mn : minute

Nbre : Nombre

N&F : Nombres et Fréquence

Obst. : Obstétrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PEV : Programme élargie de vaccination
PP : Placenta Praevia
Rev. : Revue
RPM : Rupture Prématuroée des Membranes
RU : Rupture Utérine
SA : Semaines d'Aménorrhée
SFA : Souffrance fœtale aigue
SIS : Système d'information sanitaire
SLIS : Système local d'information sanitaire
% : Pourcentage



Sommaire

Sommaire

I / INTRODUCTION	page 16-17
II/OBJECTIFS.....	page 18-19
III/GENERALITES.....	page 20-38
IV/METHODOLOGIE.....	page 39-45
V/RESULTATS.....	page 46-64
VI/ COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	page 65-70
VII/CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	page 71-73
VIII/BIBLIOGRAPHIE.....	page 74-77
IX/ANNEXES.....	page 78-85



INTRODUCTION

I/ INTRODUCTION

La césarienne est une opération obstétricale réalisant l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus (hystérotomie). Elle s'exécute par voie abdominale après coeliotomie. [1]

Dans le monde, on estime qu'environ 529000 femmes meurent annuellement des suites de la grossesse et de l'accouchement [2].

Approximativement la moitié de ces décès surviennent en Afrique, continent dont la population est estimée à 850 millions [2].

L'Afrique constitue seulement 13,5% de la population mondiale et 23,5% des naissances globales [2].

L'Afrique occidentale est la région qui enregistre un taux de mortalité maternelle le plus élevé. Il est estimé à 1020 décès pour 100000 naissances vivantes [3]. Cette situation est due à une faible couverture des besoins en santé maternelle.

Au Mali, l'estimation directe du taux de mortalité maternelle en 2012 était de 368 décès pour 100000 naissances vivantes selon EDSM V [4] et ceci malgré les efforts déployés pour réduire la mortalité maternelle.

Depuis 1985, l'organisation mondiale de la santé (OMS) considère que le << taux idéal >> de césarienne se situe entre 10% et 15%. Selon de nouvelles études, lorsque le taux de césarienne augmente pour s'approcher de 10% sur l'ensemble de la population, la mortalité maternelle et néonatale diminue. Cependant, aucune baisse supplémentaire de mortalité n'est observée lorsque ce taux dépasse 10%. [5]

Considéré du 19^{ème} au 20^{ème} siècle comme une entreprise périlleuse, meurtrière chez la femme vivante [6], la pratique de la césarienne serait un facteur d'amélioration des soins obstétricaux.

Ses indications sont étendues de plus en plus sur plusieurs pathologies obstétricales entraînant une augmentation de sa fréquence ces deux dernières décennies.

En 2010, ces taux ont atteint 20,8% en France [7], 17% aux pays Bas et en suède ,38% en Italie et 37% au Portugal [8] et 16% au Maroc en 2011 [31].

Dans les différentes régions du Mali pour la période 2012, nous avons noté : 1,7% de césarienne à Kayes ; 1,4% à Koulikoro ; 2,3 % à Sikasso; 1% à Mopti ; 2% à Ségou ; 0,4% à Tombouctou ; 0,2% à Gao ; Bamako figure seule en tête avec 8,4% d'accouchement par césarienne [9].

Plus de quatre millions de nouveau-nés décèdent au monde chaque année, le plus souvent à la suite de grossesses et d'accouchements insuffisamment pris-en charge. Le taux de mortalité périnatale selon EDSM V en 2012 est de 34 décès pour 1000 naissances [4].

Pour renforcer les stratégies antérieures visant à réduire la mortalité materno-fœtale, le gouvernement du Mali a décidé le 23 Juin 2005 d'instituer la "gratuité" de la césarienne dans les établissements publics hospitaliers, les centres de santé de références des cercles, des communes du district de Bamako et les établissements du service de santé des armées [10].

Le CS Réf de Markala, concerné par ces mesures, a vu son système réorganisé afin de répondre aux besoins de la population.

Aucune étude n'avait été menée sur la césarienne dans le centre de santé de référence de Markala .C'est pourquoi nous avons initié cette étude pour avoir un aperçu sur les césariennes et les difficultés liées à sa réalisation.



OBJECTIFS

II /OBJECTIFS :

-Objectif général

Etudier la césarienne au centre de santé de référence de Markala.

-Objectifs spécifiques

- 1- Déterminer la fréquence de la césarienne pendant la période d'étude.
- 2- Déterminer les indications de la césarienne pendant la période d'étude.
- 3- Déterminer le pronostic fœto-maternel.
- 4- Identifier les difficultés liées à la césarienne.



GENERALITES

III / GENERALITES

1.Histoire de la césarienne :[11]

-En 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.

-En 1769 : Première suture utérine par LEBAS au fil de soie.

-En 1876 : EDOUARDO PORRO pratiquait l'hystérectomie au bloc après la césarienne car la péritonite était inévitable.

-En 1908 : PFANNESTIEL proposa une incision transversale de l'abdomen en reprenant certains anciens travaux.

Enfin les connaissances sur la vitalité du fœtus in utero se sont améliorées ; les moyens de diagnostic d'une éventuelle souffrance fœtale, concept récent au cours de la grossesse ou du travail permettent de prévoir un éventuel traumatisme obstétrical. Sa prévention de plus en plus stricte par la césarienne a conduit à une augmentation considérable du nombre de césarienne dans ces dernières années.

2. Rappel anatomique :

Concernant la césarienne deux éléments méritent d'être étayés. Il s'agit de : l'utérus gravide parce que c'est l'organe sur lequel s'effectue la césarienne et la filière pelvi-génitale ou beaucoup d'anomalies sont des indications de césarienne.

2.1-L'utérus gravide : il subit d'importantes modifications portant sur sa morphologie, sa structure, ses rapports, ses propriétés physiologiques :

-le péritoine viscéral est hypertrophié ;

-la vascularisation, tant artérielle que veineuse, subit une inflation considérable.

L'utérus et ses rapports avec les organes pelviens se modifient au cours de la grossesse. L'utérus gravide mesure à terme de 30 à 33cm de long, ce qui amène le fond utérin en contact avec les coupes diaphragmatiques.

C'est la formation du segment inférieur qui bouleverse l'anatomie de la région.

Le segment inférieur se constitue au dernier trimestre. Ainsi la césarienne porte le plus souvent sur le segment inférieur. C'est la partie comprise entre le corps et le Col utérin. Sa limite supérieure est délimitable et correspond à la limite inférieure de l'accolement sur l'utérus.

La musculature du segment inférieur est constituée de trois couches :

- une couche superficielle très mince aux fibres longitudinales,
- deux couches profondes dont les fibres ont une direction transversale.

Il est riche en éléments conjonctifs ; ce qui favorise la cicatrisation et la muqueuse est moins épaisse [12].

Ses artères sont des branches cervico-vaginales peu nombreuses sinueuses de direction transversale: les points simples sont préférés aux points X qui sont ischémiant [12].

-Rapports péritonéaux : Le péritoine pelvien se moule sur les reliefs de la vessie, du rectum, de l'utérus et de ses annexes, en dehors de la grossesse.

Au cours des six premiers mois de la grossesse, ces rapports ne sont pas modifiés car l'accroissement du volume de la cavité utérine se fait exclusivement aux dépens du corps utérin. Au cours du troisième trimestre de la grossesse, la distension isthmique déplace vers le haut le repli vésico utérin, le péritoine revêt la plus grande partie du segment inférieur et est aisément décollable.

Au cours du travail le cul de sac vésico-utérin accentue son ascension et la moitié inférieure du segment inférieur est en rapport avec la face postérieure de la vessie dont elle reste facilement clivable.

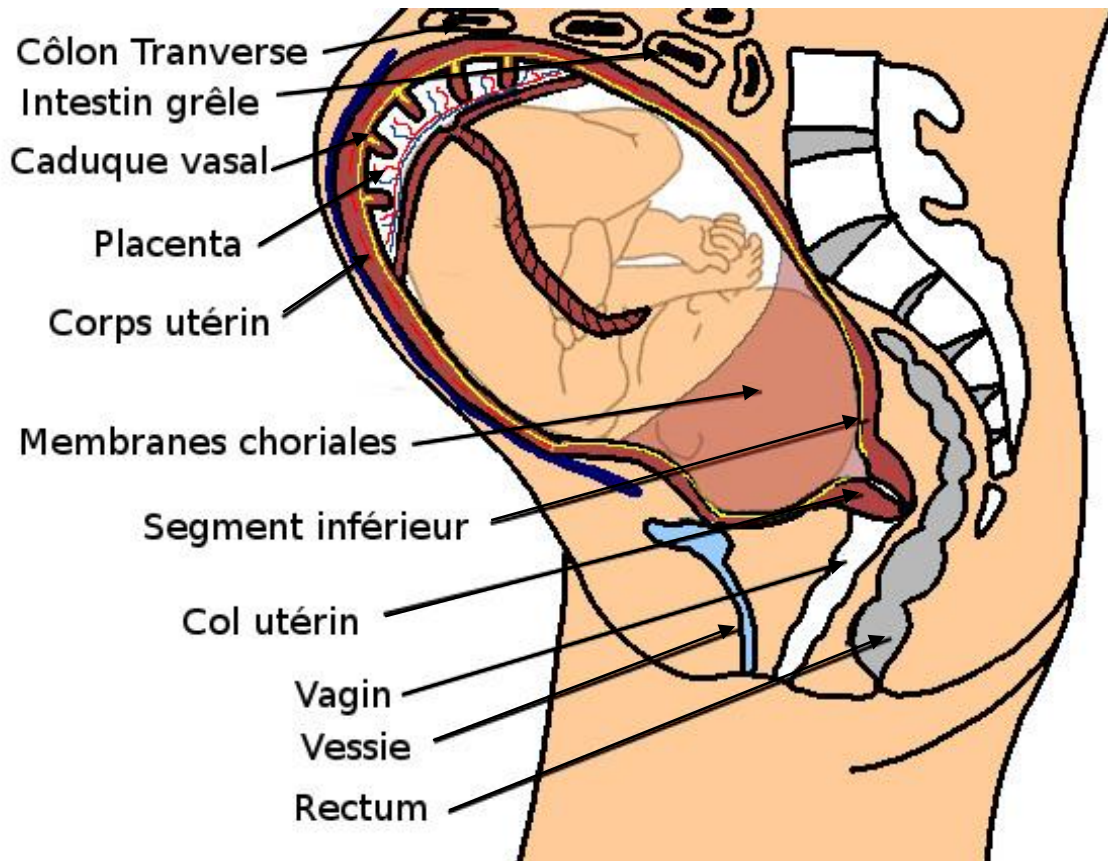


Schéma 1 : Utérus gravidique à terme coupe sagittale [13]

-A terme, l'utérus est en rapport avec :

En avant

- La paroi abdominale antérieure ; parfois le grand omentum (épiploon) et plus rarement des anses grêles s'interposent. Cette paroi s'amincit et la ligne blanche s'élargit particulièrement dans la région ombilicale.

En arrière

- En partie médiane, l'utérus est en contact avec la colonne rachidienne, la veine cave inférieure, l'aorte abdominale. Le contact de l'utérus avec le rachis se fait jusqu'à la hauteur de la 3^{ème}.
- Latéralement, l'utérus est en rapport avec les muscles grand psoas, croisés par les uretères.

En haut

- Au niveau de L1-L2, l'utérus est contact avec le grand omentum et le côlon transverse. Il refoule plus ou moins en arrière l'estomac.
- À droite il affleure le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire.
- Les trompes utérines, les ligaments ronds et propres de l'ovaire se trouvent reportés plus sur les bords latéraux.

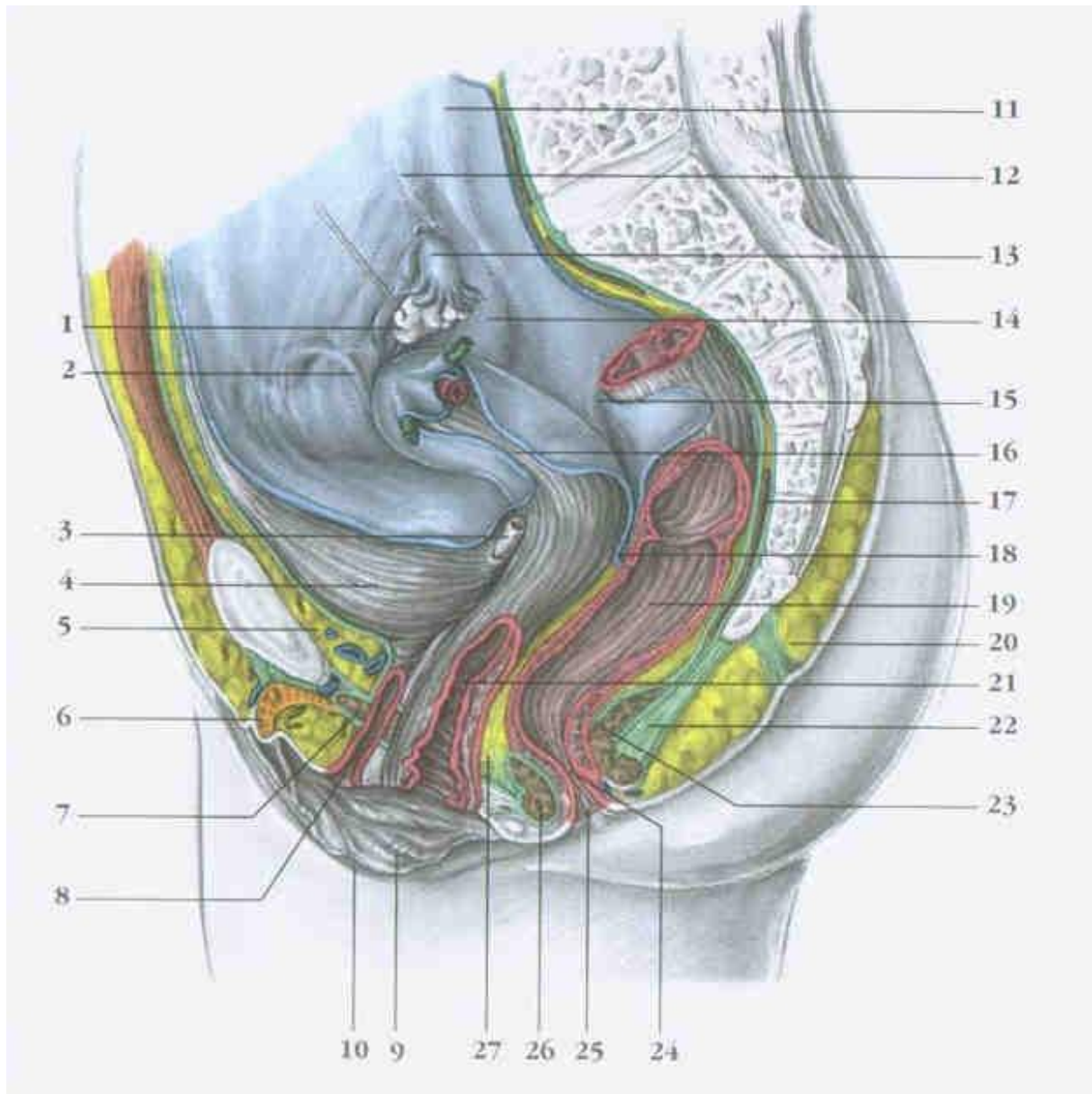
Latéralement

- À droite :
 - Le côlon ascendant, le caecum et l'appendice vermiforme. Lorsque le Caecum est libre, il ascensionne avec l'appendice au-dessus de la crête iliaque. Dans 88 % des cas, l'appendice est au-dessus de la crête iliaque après la 32^{ème} SA.
 - Les annexes droites, deviennent plus postérieures, sont ainsi cachées par l'utérus.
- À gauche :
 - Les anses grêles et le côlon sigmoïde qui recouvrent les annexes gauches.
 - Le ligament rond gauche est visible dans la totalité de son trajet. Il n'est pas rare en fin de gestation que les anses grêles et le côlon sigmoïde tendent à déborder en avant.

Rappels anatomiques : Pelvis et périnée

Schéma 2 ci-dessous : Coupe para sagittale gauche [14].

1=Ovaire récliné 2=Ligament rond 3=Uretère 4=Vessie 5=Espace retropubien
6=Clitoris 7=Sphincter de l'urètre 8=Urètre 10=Grande lèvre
11=Pli de l'urètre 12=Pli du ligament suspenseur de l'ovaire 13=Trompe utérine
14=Fossette ovarique 15=Pli retro utérin 16=Corps de l'utérus 17=Artère sacrale médiane et espace retro rectal 18=Cul de sac retro utérin 19=Rectum
20=réticulum caudal 21=Vagin 22=Ligament ano coccygien 23=Muscle élévateur de l'anus 24=Canal anal .



2.2-Le canal pelvis génital ou la filière pelvienne:

-Le bassin : canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs. Il y a le petit bassin et le grand bassin, c'est le petit bassin qui est le bassin obstétrical situé sous les lignes innominées, celles-ci le séparent du grand bassin [12].

-La pelvimétrie Interne :

-Le détroit supérieur : Ses limites sont formées par :

-en arrière : le promontoire ou articulation lombo-sacrée faisant saillie dans l'aire du détroit supérieur ;

-latéralement : par les lignes innominées ;

-en avant par le bord supérieur du pubis et de la symphyse pubienne.

Deux diamètres sont à connaître : le diamètre antéropostérieur ou Promonto Rétro pubien (P R P) $\geq 10,5\text{cm}$ le diamètre transverse médian $\geq 12,5\text{cm}$ (148).

La mesure de ces diamètres permet de définir l'indice du détroit supérieur, P.MAGNIN les définit comme la somme des deux diamètres précités et doit être $\geq 23\text{cm}$ (65). L'arc antérieur de 6cm de rayon, l'arc postérieur divisé en deux ellipses par la saillie du promontoire sont les aires d'engagement de RHENTER. Les diamètres obliques doivent être $\geq 12,5\text{cm}$, leurs inégalités constituent un bassin asymétrique.

-Examen clinique du détroit supérieur : il sera pratiqué avec asepsie et douceur sur la femme en position gynécologique : les cuisses écartées et demie-fléchies. Le doigt suit la face postérieure du vagin et remonte vers le haut en suivant la concavité sacrée: normalement le contact est perdu vers le 1/3 supérieur du sacrum et le promontoire n'est pas atteint. Puis étudie l'arc antérieur qui peut être entièrement exploré : le doigt part du bord supérieur de la symphyse pubienne et suit d'un côté et de l'autre la crête pectinéale et les 2/3 antérieurs des lignes innominées et les sinus sacro-iliaques ne sont pas accessibles sur un « Bassin normal ».

LE DÉTROIT SUPÉRIEUR

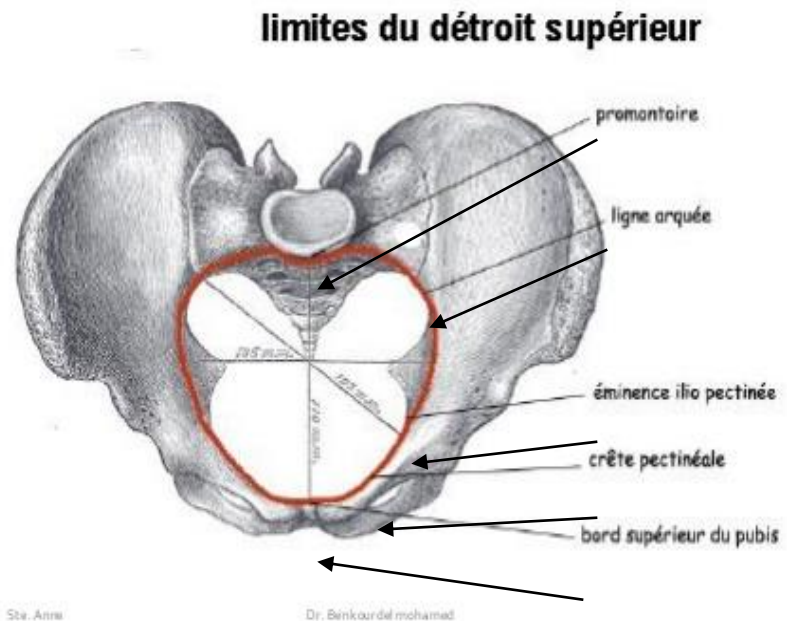


Schéma 3 : détroit supérieur vue de face [14]

-Détroit moyen ou excavation pelvienne proprement dite : Limitée :

- en arrière par une paroi longue de 16 cm : la face antérieure du sacrum ;
- en avant par une paroi courte de 4 cm : la face postérieure du pubis ;
- latéralement par la face interne de l'ischion avec la saillie des deux épines sciatiques marquant le léger rétrécissement du détroit moyen.

Examen clinique du détroit moyen : Cet examen au toucher vaginal apprécie la hauteur de l'inclinaison de la symphyse pubienne puis il explore le sacrum dont la concavité est profonde et régulière : en effet, le doigt atteint facilement le coccyx et la face antérieure des deux ou trois vertèbres sacrées. Par contre, le doigt perd le contact osseux en remontant vers le haut de la partie supérieure du sacrum. La saillie des épines sciatiques est grossièrement jugée : On conçoit donc la difficulté d'évaluer le diamètre bi épineux. L'examen recherchera aussi l'inclinaison des parois latérales de l'excavation.

-Le détroit inférieur : limité en avant par le bord inférieur du pubis ; le coccyx

en arrière et latéralement le bord inférieur de l'ischion et du ligament sacro iliaque . Le diamètre bi ischiatique, tracé d'une tubérosité à l'autre doit être ≥ 11 cm. Le diamètre antéropostérieur ou coccygo-sous-pubien qui doit être $\geq 9,5$ cm, laisse sa place lors de la rétro pulsion du coccyx au diamètre sous pubo-sous-sacré de 11 à 11,5cm. Le détroit inférieur ne constitue pas un plan mais est formé de deux plans ; l'un antérieur, l'autre postérieur qui divergent à partir du diamètre bi-ischiatique d'après P.MAGNIN.

Examen clinique du détroit inférieur : Le toucher vaginal apprécie le diamètre coccygien-sous-pubien, le diamètre sous-pub-sous-sacré. Quant au diamètre bi ischiatique, il est mesuré approximativement grâce à deux gestes : d'une part en appuyant les pouces sur la face interne des ischions tandis qu'un aide mesure la distance qui les sépare (on ajoute l'épaisseur des parties molles c'est-à-dire 1,5cm) d'autre part par la méthode de Greehnill qui consiste à placer le poing serré au contact du périnée en s'efforçant de l'introduire entre les deux tubérosités ischiatiques .Sur un « Bassin normal » le diamètre bi ischiatique ainsi mesuré varie entre 10 et 11cm.

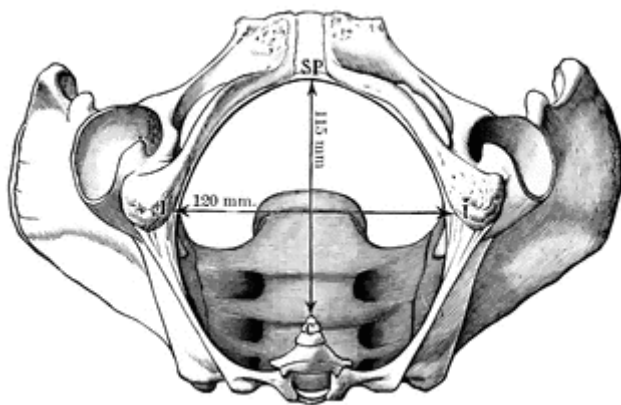


Schéma 4 : détroit inférieur [14]

-Le diaphragme pelvis génital : C'est un ensemble musculo-aponévrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne. Le périnée se divise en antérieur et postérieur. Il est constitué par le muscle releveur de l'anus qui le ferme en bas ne livrant passage qu'aux organes vésico-génito-rectaux sur la ligne médiane (en profondeur) ; superficiellement par les muscles superficiels du périnée.

3. Techniques de la césarienne :

3.1 Boite de césarienne :

Elle est presque la même que les autres boites de laparotomie d'urgence. Elle est Constituée de :

1. 2 Ecarteurs de faraboeuf
2. 1 Manche de bistouri
3. 2 Pinces Péan
4. 3 Pinces en Cœur
5. 4 Pinces Kocher avec griffe
6. 4 Pinces Kocher sans griffe
6. 2 Pinces à disséquer (avec griffe et sans griffe)
7. 1 Valve sus pubienne
8. 1 Pince porte aiguille
9. 1 Cupule
10. une paire de ciseaux dissecteurs
11. Une paire de ciseaux droits
12. 1 Pince porte tampon.

3.2 Technique de la césarienne :

Les techniques opératoires de la césarienne sont multiples [15]. La technique la plus fréquemment pratiquée ces dernières années est la technique de Pfannestiel. Une technique plus récente est celle de <<Joël Cohen>>, également nommée <<Stark>> ou <<Misgav Ladach >> [16] et [17]. Cette technique est intéressante car elle permet de réduire les pertes sanguines, d'accélérer l'opération et enfin d'avoir des suites moins douloureuses [18] par rapport à la technique classique dite Pfannestiel.

a- Inciser la peau : [18]

L'incision sera dans la plupart des cas horizontale, située à environ deux doigts au dessus de l'os pubien. Pour certaines femmes, elle sera totalement cachée dans les poils du pubis.

L'incision verticale n'est plus que rarement pratiquée. Elle permet au chirurgien de gagner quelques précieuses secondes, et ne sera utilisée qu'en cas d'urgence absolue, ou parfois en cas d'obésité.

b-Ecarter les muscles abdominaux : [18] La laparotomie

Il y a plusieurs couches à traverser :

-L'aponévrose (paroi entourant les muscles abdominaux) on ouvre cette membrane sur 2 cm, au bistouri, puis on agrandit l'ouverture avec les doigts.

-Les abdominaux (muscles appelés grands droits) : au niveau de nombril, il existe une ligne verticale de faiblesse naturelle des muscles (Ligne blanche).Il suffit d'écarter les muscles selon cette ligne, avec les doigts.

c- Passer au travers du péritoine [18]

Le péritoine est une membrane entourant les viscères.

La technique de la césarienne classique consiste à inciser le péritoine pour passer au travers et ainsi l'utérus.

Cependant, une technique alternative de césarienne consiste à contourner le péritoine en repoussant la vessie, ce qui permet d'accéder à l'utérus sans inciser le péritoine.

d- Ouvrir l'utérus : [18] l'hystérotomie

Si la césarienne est pratiquée en fin de grossesse, l'incision pratiquée sera << segmentaire transversale >> c'est-à-dire que le segment inférieur de l'utérus, zone apparaissant entre le corps et le col de l'utérus, sera incisée.

Dans le cas d'une césarienne très précoce, avant le 7^{ème} mois de grossesse l'incision est nécessairement corporéale (sur le corps de l'utérus), car le segment inférieur ne s'est pas encore déployé. Ce type d'incision permet

également de gagner quelques secondes en cas de césarienne en urgence absolue. Dans ce cas l'incision de l'utérus est verticale.

e- Sortir le bébé [18]

Le chirurgien passe ses mains dans l'ouverture, et extrait le bébé. Le plus souvent, la tête sortira en premier ; pour un bébé en siège ce sont les fesses qui sortiront en premier .Le cordon ombilical est coupé, puis le chirurgien extrait également le placenta.

f- Refermer l'utérus : [18] l'hystérorraphie

Il existe différentes techniques. Selon la technique, le chirurgien va sortir l'utérus du ventre pour faire cette suture (extériorisation de l'utérus), ou effectuée avec l'utérus encore dans le ventre. Puis est suturé, selon les chirurgiens, sur 1 plan ou sur 2 plans.

g- Refermer le péritoine [18]

En règle générale , le péritoine n'est pas recousu car il cicatrise mieux ainsi et ne pas le suturer permet des suites opératoires plus facile .

h- Refermer les muscles [18]

Les muscles abdominaux eux-mêmes ne sont pas suturés : ils se referment seuls. L'aponévrose quant à elle est refermée.

i- Refermer la peau [18]

La peau peut être suturée soit en point séparé simple ou en point de Blair donati avec le fils à peau.

3.3 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 stérilisation ;
- la myomectomie ;
- la kystectomie de l'ovaire ;
- l'hystérectomie

4-LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE :

La fréquence des complications et la mortalité ne facilitent pas la prise de décision d'une césarienne. Il faut donc des indications précises et justement posées, parmi lesquelles on peut citer :

4.1-Les dystocies: deux types.

-Dystocies dynamiques : si les contractions sont inefficaces et que la disproportion céphalo-pelvienne et la dystocie mécanique sont exclues, la cause la plus probable du travail prolongé est une anomalie de la dynamique utérine. Il faut rompre les membranes et renforcer les contractions avec de l'ocytocine. Une césarienne s'impose s'il n'y a pas de progression malgré ce traitement.

- Dystocies mécaniques :

-D. F. P : c'est une confrontation fœto-pelvienne, elle survient soit parce que la tête fœtale est trop grosse, soit parce que le bassin est trop petit.

Le test le plus fiable pour déterminer si le bassin est compatible avec l'accouchement est de faire l'épreuve de travail.

-B G R

-Bassin limite

-Bassin asymétrique

On peut citer aussi les présentations dystociques: ce sont des présentations autres que celles du sommet bien fléchi.

-Présentation du front :

Ici l'engagement est généralement impossible et il est habituel que le travail soit arrêté. La présentation du front évolue vers une présentation du sommet ou de la face, lorsque le fœtus est de petite taille ou mort macéré.

Une césarienne d'urgence sera pratiquée si le fœtus est vivant ou devant une impossibilité de faire une craniotomie à dilatation complète en cas de mort fœtale intra utérine.

- Présentation de face :

Le menton sert le point de référence, la variété postérieure fait recours à une césarienne, celle antérieure est une indication de voie basse.

- Présentation de siège :

La césarienne n'est pas systématique, elle est recommandée dans les cas de : l'utérus cicatriciel, du gros enfant, d'un bassin étroit, d'une présentation de siège décomplété, lorsque les deux jambes sont en extension vers le bas. La complication la plus fréquente est la rétention de la tête dernière qui est la hantise pour tout accoucheur.

-Présentation transversale et de l'épaule :

Si le fœtus est vivant dans la pratique actuelle on fait la césarienne.

Souvent, il est possible de faire une version par manœuvre externe (membrane intacte) ou interne mais avec des risques de traumatisme fœtal.

4.2 - les indications liées aux annexes :

-Placenta prævia : un placenta recouvrant est un obstacle absolu et la césarienne sera hâtée par la survenue d'une hémorragie quelque fois cataclysmique.

-H. R. P : c'est un décollement prématuré du placenta normalement inséré. C'est classiquement un drame brutal. La disparition des B. D. C. F est un des éléments de la symptomatologie. Malgré la mort fœtale une césarienne est souvent utile pour éviter la survenue d'une C. I. V. D ou encas d'un accès hypertensif menaçant la vie maternelle.

Bien évidemment, lorsque le fœtus est encore vivant l'intervention s'impose de toute urgence. La symptomatologie est dominée par :

-La contracture sans relâche de l'utérus, l'hémorragie avec du sang noirâtre.

Une anoxie fœtale s'installe rapidement, due à l'arrêt des échanges fœto-maternels.

Souvent la mort fœtale est possible dès que la surface de décollement dépasse 1/3 de la surface d'insertion. Il faut rechercher des signes biologiques pour

dépister une C.I.V.D par libération des thromboplastines tissulaires par le placenta et l'utérus agissant sur la voie extrinsèque de la coagulation et la libération par les cellules thromboplastiques du placenta d'activateurs tissulaires du plasminogène synthétisé par les monocytes. La biologie est dominée par une :

- Thrombopénie < à 150.000/mm³
- Fibrinogène < à 2,7g/l
- Facteurs de coagulation : II, V, VII, X < à 60%
- TCA allongé > à deux fois celui du témoin.

Le geste salvateur est la rupture de la poche des eaux.

-Procidence du cordon : en cas de siège à dilatation complète ou chez le deuxième jumeau une extraction de l'enfant par voie basse est possible.

La conduite à tenir immédiatement est de refouler la présentation (céphalique) et maintenir la parturiente en tredelembourg.

-R. P. M : Elle compte 10 % et rarement individualisée dans la littérature.

Considérée en général comme accessoire, cette indication est de plus en plus fréquente du fait de la gravité de l'infection amniotique.

4.3-Pathologies gravidiques:

-H.T.A : atteignant presque 10% des gestantes, la maladie hypertensive peut nécessiter une interruption de la grossesse par césarienne en urgence lors des accidents aigus ou le risque materno-fœtal est majeur :

Eclampsie, pré éclampsie, H T A élevée et résistante au traitement (risque d'hématome rétro placentaire).

La gravité de l'atteinte maternelle (uricémie supérieure à 60mg/l : 420mmol/l, anomalie importante au fond d'œil) peut, à elle seule, forcer la césarienne.

-Les cardiopathies : les cardiaques, même majeures, accouchent souvent très facilement, 75% parmi eux accouchent par voie basse.

La césarienne demeure une indication très dangereuse chez les cardiopathes et elle doit être faite en coopération étroite avec les cardiologues.

-Le diabète : la césarienne est le mode d'accouchement habituel des diabétiques. La date de la césarienne classiquement est au cours de la 37ème SA. Elle doit se pratiquer en concertation étroite avec des équipes entraînées de diabétologues, d'anesthésistes réanimateurs et de périnatologies.

-Autres affections : Le cancer du col de l'utérus ; découvert en fin de grossesse impose une césarienne et le cancer doit être traité secondairement.

4.4 -Les indications liées à l'état fœtal :

-La souffrance fœtale : qu'elle soit aiguë ou chronique, elle est la première indication de césarienne pour beaucoup d'auteurs. La souffrance fœtale aiguë survient au cours du travail d'accouchement, celle chronique s'observe généralement au cours de la grossesse avec un retard de croissance in utero ou souvent au cours du dépassement du terme.

Le diagnostic de souffrance fœtale se fait par l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

4.5-Autres indications fœtales:

-la prématurité en elle-même n'est pas une indication de césarienne.

-les malformations fœtales : dans les cas où la voie basse menace la vie du fœtus.

- les grossesses multiples (Les grossesse gémellaires): en absence d'une souffrance chronique, c'est la dystocie le plus souvent dynamique du premier jumeau qui conduit à la césarienne. Les mauvaises présentations du deuxième jumeau après échec de manœuvre de version imposent aussi la césarienne.

4.6-Les indications liées à l'état génital:

-existence d'une lésion grave du périnée réparé chirurgicalement,

- antécédent de déchirures compliquées du périnée,

- les fistules vésico-vaginales ou recto vaginales,

- les prolapsus génitaux,

- les kystes volumineux vaginaux,

- la présence d'une cicatrice utérine : Toute cicatrice utérine pose un problème de résistance et de solidité qui est variable suivant le moment où la suture utérine est effectuée ou selon qu'elle soit isthmique ou corporeale.

Une nouvelle césarienne est systématique chez une femme ayant un antécédent de Césarienne dont la cause persiste. Souvent, après vérification de l'état de la cicatrice par hystérosalpingographie, on peut tenter l'épreuve de travail. Cette épreuve doit être abandonnée en cas d'apparition de souffrance fœtale, de signes de pré-rupture, d'arrêts de dilatation ou de baisse de la pression intra cavitaire au cathétérisme intra utérin.

De toute façon, une césarienne itérative est de règle lorsqu'il existe au moins deux césariennes antérieures. En outre, selon ERNY, sont causes de césarienne :

- les présentations dystociques ou siège,
- la sur distension utérine (hydramnios et grossesse gémellaire),
- le placenta antérieur marginal,
- le curetage après la première césarienne,
- les intervalles inter gènesiques de moins de deux ans sur utérus cicatriciel.
- les utérus bi cicatriciels.

5. LES COMPLICATIONS DE LA CESARIENNE :

Malgré les progrès de la chirurgie, l'asepsie, l'antibiothérapie, la mortalité liée à la césarienne ne s'annule pas toujours, surtout dans les indications comme l'hématome rétro placentaire, le placenta prævia hémorragique, l'éclampsie et l'infection sévère du liquide amniotique.

Par ailleurs, les complications sont nombreuses ou elles sont per ou post opératoires.

5.1-Les complications per opératoires :

- **hémorragies** : les facteurs sont :

- causes générales (troubles de la coagulation ou d'hémostase)

-causes locales d'origine utérine (lésions traumatiques, inertie utérine) d'origine placentaire (placenta prævia hémorragique.) ; saignement des berges d'hystérotomie par une insuffisante hémostase .

- **Les lésions urinaires** : atteinte de la vessie ou des uretères : elles sont rares, les plaies vésicales surviennent lors de l'abord du péritoine vésical, du décollement vésico-utérin laborieux ou lors d'une hystérotomie verticale. Elles peuvent être le point de départ de fistules vésico-vaginales.

En cas de doute, mieux vaut faire une épreuve au bleu de méthylène: une ampoule injectée dans la vessie en per opératoire.

-**Les plaies intestinales** : Elles sont majorées s'il y a des adhérences à la paroi. Ici pour le gynécologue obstétricien la connaissance de ces plaies est surtout importante car il y a une nécessité de réparer les plaies intestinales causées (anse grêle ou colique).

- **La mort maternelle** : qui peut survenir au cours de l'intervention.

- **Les complications anesthésiques** : Hypoxie, asphyxie, convulsion, hypotension, arrêt cardiaque liés à l'induction.

5.2-Complications post opératoires :

-**Infections** : L'endométrite ou la septicémie seront au mieux prévenus par une asepsie chirurgicale rigoureuse et une hygiène postopératoire. L'antibioprophylaxie a fait la preuve de son efficacité.

-**L'abcès de la paroi** : il est rare.

-**Complications digestives** : la survenue d'une occlusion doit faire suspecter l'oubli d'une compresse. Cependant elles peuvent se voir lorsque les anses ont été beaucoup manipulées au cours de l'intervention.

-**Hémorragies post opératoires**: une nécrose du myomètre avec lâchage de suture peut rarement se rencontrer à J10-J15 et peut nécessiter une ré intervention.

-**Maladies thromboemboliques** : prévention faite par le levé précoce ; dans les cas à haut risque, l'héparinothérapie est même utilisée.

5.3-Complications diverses :

Fistule vésico-vaginale, embolie gazeuse, embolie amniotique, troubles Psychiatriques.



METHODOLOGIE

IV /METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de Markala.

2-Description du lieu d'étude :

La commune rurale de Markala , issue du morcellement des arrondissements intervenu en 1999, est constituée de dix communes rurales administrées par les maires élus. Ces maires sont assistés par quatre sous-préfets , représentant ainsi la traite administrative de quatre arrondissements qui sont Markala , Dioro, Doura , Sansanding. Le district sanitaire de Markala a une superficie de 7686km² et compte environ 314486 habitants en 2016. Les principales activités sont représentés par l'élevage , l'agriculture , la pêche , le commerce , l'artisanat et le transport.

3-Description du centre de santé de référence de Markala :

3-1 Les locaux :

Le CSRéf de Markala est doté d'infrastructures suivantes :

- Le service de chirurgie générale
- Le service de gynécologie-obstétrique ;
- Le service de médecine générale,
- Le service de pédiatrie ;
- L'unité d'acupuncture;
- Le cabinet dentaire et ORL ;
- Le cabinet d'ophtalmologie ;
- Les blocs opératoires(03) ;
- L'unité de radiographie-standard ;

- Salle d'échographie ;
- Un laboratoire biologique fonctionnel 24 h/24h
- Un dépôt de médicament essentiel en DCI ;
- Un dépôt de vente de médicament en DCI fonctionnel disponible la nuit ;
- Les bureaux administratifs ;
- Le sis ;
- Unité d'hygiène/assainissement ;
- Une unité du programme élargie de vaccination(PEV) ;
- Une morgue

3-2 Description du service de gynécologie-obstétrical :

Le service est composé d'un bâtiment principal et d'une annexe.

Le bâtiment principal comprend :

- Un bureau pour le gynécologue-obstétricien
- Une salle de réunion
- Une salle de consultation prénatale
- Une salle de planification familiale
- Une grande salle d'hospitalisation avec deux box équipés chacune de 4lits
- 4 salles VIP 1^{ère} catégorie avec un lit chacune
- Une salle d'attente
- Une salle pour les archives des dossiers
- Deux toilettes pour les personnels

L'annexe comprend :

- Une salle d'accouchement
- Une salle de réveil
- Une grande salle d'hospitalisation occupée de 6 lits
- Trois toilettes
- Un bureau pour le médecin

- Une salle de pansement
- Un bureau pour la sage femme maitresse
- Une salle de garde
- Deux salles d'attente

Le personnel du service de gynécologie-obstétrique .Il se compose de :

- Un gynécologue obstétricien chef de service
- Deux médecins généralistes
- 06 Sages femmes
- 03 Infirmières obstétriciennes
- 02 Matrones
- 03 Etudiants faisant fonction d'interne

Fonctionnement du service :

Les programmes opératoires sont effectués le mardi et le jeudi. Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à partir de 08h30 réunissant le personnel, interne et les stagiaires, dirigé par un médecin. Au cours de ce staff l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés durant la garde. La visite des malades hospitalisées est quotidiennement effectuée par le médecin, les étudiants, les sages femmes, les infirmières obstétriciennes, les stagiaires. Les infirmières sont chargées d'administrer les soins aux malades. La sage femme maîtresse supervise les soins et s'occupe des statistiques, et également des registres d'entrée et de sortie les jours ouvrables. La consultation des malades externes est quotidiennement effectuée par le gynécologue-obstétricien. Une permanence est assurée tous les jours par une équipe de garde composée de :

- Un médecin
- Une sage femme
- Une infirmière obstétricienne
- Un étudiant

Des consultations prénatales ont lieu du lundi au jeudi et des séances de planning familial tous les jours ouvrables.

4-Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective analytique et descriptive

5-Période d'étude :

Elle s'est étendue sur une période de 4 ans du 01 janvier 2012 au 31 Décembre 2015.

6-Population étudiée :

Elle est constituée de l'ensemble des femmes ayant consulté à la maternité du CS Réf de Markala.

7-Echantillonnage :

7-1 Critères d'inclusion : Sont inclus dans notre étude :

- Femmes ayant accouchée par césarienne ;
- Les nouveau-nés issus de ces césariennes.

7-2 Critères de non inclusion : Ne sont pas inclus :

- Femmes admises dans la maternité mais n'ayant pas subi une césarienne.
- Les dossiers incomplets.

8- Variables d'étude :

- Age
- Profession
- Provenance
- Mode d'admission
- Parité
- Gestité
- Les indications de la césarienne
- Types de césarienne (prophylactique, urgent)
- Qualification de l'opérateur
- Complications maternelles per et post opératoires
- Complications néo-natales post opératoires

- Mortalité maternelle
- Circonstances de décès
- Mortalité néo-natale

9- Collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir :

- Des dossiers obstétricaux
- Le registre du compte rendu opératoire
- Le registre d'accouchement de la maternité
- Le registre du bloc opératoire
- Le registre SONU

Le traitement des données a été réalisé sur les logiciels suivants : Microsoft Word 2013 et Epi info version 6.

Le test statistique utilisé était le test de Chi2 avec un seuil de signification $P < 0,05$.

Définition opératoire

Pour la clarté de l'étude, nous avons adopté les définitions opératoires suivantes :

Parité : c'est le nombre d'accouchement chez la femme

Nullipare : 0 accouchement

Primipare : 1 accouchement

Pauci pare : 2-4 accouchements

Multipare : 5-6 accouchements

Grande multipare : plus de 6 accouchements

Primigeste : 1 grossesse

Pauci geste : 2-4 grossesses

Multi geste : 5-6 grossesses

Grande multi geste : \geq à 7 grossesses

Evacuation : c'est lorsque la patiente est transférée d'un service à un autre plus spécialisé dans un contexte d'urgence.

Référence : c'est le transfert d'une patiente vers un service plus spécialisé en l'absence de toute situation d'urgence.

Facteurs de risques : c'est l'ensemble des éléments qui exposent un individu à développer une pathologie déterminée.

Score d'apgar : permet de déterminer le pronostic foetal après un accouchement (il est coté de 0 à 10)

0=mort-né

1-3=état de mort apparente

4-7=état morbide

8=bon apgar ou satisfaisant

Misgav Ladach : nom de l'hôpital Israélien où Michael Stark a pratiqué cette technique de césarienne.

Hystérorraphie : Suture de l'utérus

Hystérotomie : Ouverture de l'utérus

Prématurité : Il s'agit d'un nouveau-né dont :

- L'âge gestationnel est entre 28-36 SA.
- Le poids est inférieur à 2500g ;
- La taille est inférieure ou égale à 47 cm ;
- Le périmètre crânien est entre 27-30 cm.

Hypotrophie :(anomalie de la trophicité par retard de croissance intra-utérine) tout devient incertain.

- Si l'intention est simple de vouloir désigner par ce terme :
 - Toute naissance avec un poids et/ou une taille, et/ou un PC,
 - Significativement inférieur(s) à la normale pour l'âge de la grossesse,
 - Quelque soit cet âge de la grossesse.

Post terme : On parle de post terme quant l'âge gestationnel est supérieure à 42 SA.



RESULTATS

V-RESULTATS :

1-Fréquence :

Durant la période d'étude (1er janvier 2012 au 31 décembre 2015) , nous avons enregistré 1244 accouchements par césarienne sur un total de 4397 accouchements effectués soit un taux de 28,29%.

Tableau I : Fréquence annuelle des accouchements

Années	2012	2013	2014	2015
Accouchement	Effectif %	Effectif %	Effectif %	Effectif %
Voie basse	831(74,9%)	726(76,4%)	828(70,5%)	768(66,0%)
Césarienne	278(25,1%)	224(23,6%)	347(29,5%)	395(34,0%)
Total	1109(100%)	950(100)	1175(100)	1163(100)

C'est en 2015 que nous avons réalisé le plus de césarienne.

2- Caractéristiques sociodémographiques des femmes césarisées.

2-1 Les tranches d'âge des femmes :

Tableau II : Répartition selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Nombres	Fréquence
[13ans à 19 ans]	403	32,4
[20 ans à 29 ans]	541	43,5
[30 ans à 39ans]	274	22,0
[40ans à 49 ans]	25	0 2,0
[50ans à 59 ans]	1	0,1
Total	1244	100,0

43,5% de nos patientes césarisées avaient un âge compris entre 20 et 29 ans.
Moyenne d'âge = 24,3 avec des extrêmes de 13 et 59 ans et un écart type=14,25

2-2 Profession des patientes :

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Nombres	Fréquence
Ménagère	1171	94,1
Aide Ménagère	1	0,1
Etudiant/Elève	39	3,1
Fonctionnaire	3	0,2
Commerçante	4	0,3
Artisane	1	0,1
Indéterminée	25	2,1
Total	1244	100,0

La majorité des patientes étaient des ménagères, soit 94,1%.

2-3 Niveau d'instruction

Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Nombres	Fréquence
Non scolarisée	1137	91,4
Primaire	62	5,0
Secondaire	41	3,3
Supérieur	4	0,3
Total	1244	100,0

Les patientes non scolarisées ont représenté 91,4%.

2-4 Mode d'admission

Tableau V : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission.

Mode d'admission	Nombres	Fréquence
Venue d'elle-même	581	46,7
Référée	21	1,7
Evacuée	642	51,6
Total	1244	100,0

Plus de la moitié de nos patientes (51,6%) ont été admises dans un contexte d'urgence en provenance de divers centre de santé.

2-5 Gestité

Tableau VI : Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Nombres	Fréquence
Primigeste	300	24,1
Pauci geste	237	19,1
Multi geste	337	27,1
Grande multi geste	370	29,7
Total	1244	100,0

Les grandes multi gestes sont les plus nombreuses avec 29,7% suivies par les multi gestes qui représentent 27,1%.

2-6 Parité des patientes césarisées

Tableau VII : Répartition en fonction de la parité des patientes césarisées.

Parité	Nombres	Fréquence
Nullipare	121	9,7
Primipare	181	14,6
Pauci-pare	635	51,0
Multipare	147	11,8
Grande multipare	160	12,9
Total	1244	100,0

Les pauci-pares sont les plus nombreuses et représentent la moitié de l'échantillon avec 51,04%.

2-7 Suivi prénatale

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN réalisé

Nombre de CPN	Nombres	Fréquence
Aucune	212	17,1
[1-3]	855	68,7
[4 et plus]	177	14,2
Total	1244	100,0

Nos césarisées étaient bien suivies dans 14,2 % soit 177 cas.

2-8 Age gestationnel

Tableau IX : Répartition des patientes selon âge gestationnel

Age gestationnel	Nombres	Fréquence
Méconnu	109	08,8
Inf.à 37 SA	97	07,8
Entre 37-42 SA	1016	81,7
Sup.à 42 SA	22	01,7
Total	1244	100,0

La majorité de nos patientes avaient un âge gestationnel estimé à terme avec 81,7%.

2-9 Etat maternel à l'admission

Tableau X : Répartition en fonction de l'état maternel à l'admission

Etat maternel	Nombres	Fréquence
Bon	1075	86,4
Passable	102	8,2
Altéré	67	5,4
Total	1244	100,0

2-10 Etat foetal à l'admission

Tableau XII : Répartition en fonction du BCF à l'admission

BCF	Nombres	Fréquence
Inf.à 120bts/mn	425	32,7
Entre 120-160bts/mn	691	53,1
Sup.à 160 bts/mn	87	6,7
Absent	98	7,5
Total	1301	100,0

2-11 Présentation du fœtus

Tableau XIII : Répartition selon la présentation du fœtus

Présentation	Nombres	Fréquence
Céphalique	1167	89,7
Siège	77	5,9
Transversale	57	4,4
Total	1301	100,0

La présentation céphalique représentait la majorité avec 91,2%.

2-12 Indications de la césarienne

Tableau XIV : Répartition en fonction de l'indication de la césarienne

Indication	Nombres	Fréquence
Maternel	457	36,7
Fœto-annexielles	787	63,3
Total	1244	100,0

La majorité des indications de la césarienne ont été liées aux indications fœto-annexielles.

Tableau XV : Répartition des césariennes selon les indications maternelles

Indication	Nombres	Fréquence
Anomalies du bassin	107	23,4
Pré-éclampsie / Eclampsie	84	18,4
Utérus cicatriciel/ bassin limite	30	06,6
Utérus multi cicatriciels	23	05,0
Syndrome de pré rupture utérine	50	10,9
Rupture utérine	16	03,5
Utérus bi cicatriciels	13	02,9
Antécédant chargé / Primipare âgée	44	09,6
Antécédant de rupture utérine	19	04,2
Antécédant de cure de prolapsus utérin	11	02,4
Infertilité secondaire	17	03,7
Dystocies dynamiques	43	09,4
Total	457	100,0

Les indications maternelles ont été représentées dans 36,7 % de l'ensemble de nos césariennes.

Tableau XVI : Répartition en fonction de l'indication fœto-annexielles.

Indication	Nombres	Fréquence
Présentations dystociques	141	17,9
Procidence du cordon battant	33	04,2
Souffrance fœtale aigue	367	46,6
Souffrance fœtale chronique	08	01,0
Macrosomie fœtale	41	05,2
RPM/ Utérus cicatriciel	40	05,1
Hydrocéphalie	06	00,8
Hématome retro placentaire	82	10,4
Placenta praevia	47	06,0
Dépassement de terme	22	02,8
Total	787	100,0

Les indications fœto-annexielles ont été représentées dans 63,3% de l'ensemble de nos césariennes.

2-13 : Anesthésie

Tableau XVII : Répartition en fonction du type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Nombres	Fréquence
Anesthésie générale	1100	88,4
Rachi anesthésie	144	11,6
Total	1244	100,0

Les patientes étaient en majorité opérées sous anesthésie générale (88,4%).

2-14 Type de césarienne

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le type de césarienne.

Type de césarienne	Nombres	Pourcentages
Urgences	1086	87,3
Prophylactiques	158	12,7
Total	1244	100,0

87,3% des césariennes ont été réalisées en urgence.

2-15 Intervention associée à la césarienne

Tableau XIX : Répartition en fonction de l'intervention associée à la césarienne.

Intervention	Nombres	Fréquence
Hystérectomie	17	26,2
Ligature et résection des trompes	48	73,8
Total	65	100,0

2-16 Suites post opératoires

Tableau XX : Répartition des patientes selon les suites opératoires immédiates.

Suites opératoires	Nombres	Fréquence
Simple	1232	99,04
Complicées	12	00,96
Total	1244	100,00

La majorité de nos césarisées avaient présenté des suites opératoires simples soit 99,04 %.

2-17 Les complications per opératoires :

Tableau XXI : Répartition selon les complications per opératoires.

Complications	Type de césarienne	
	Urgence	Prophylactique
Aucune	1074 (98,9%)	152 (100%)
Hémorragique	9 (0,8%)	0 (0,00%)
Lésion vésicale	3 (0,3%)	0 (0,00%)
Total	1086(100,0%)	152 (100%)

Khi2= 0,075

P< 0,8

Les complications hémorragique sont fréquentes en cas de césarienne d'urgence avec une différence statistiquement non significative ($p < 0,8$).

2-18 Les complications post opératoire

Tableau XXII : Répartition selon les complications post opératoires tardives.

Complications	Type de césarienne		P
	Urgence %	Prophylactique %	
Aucune	1027 (94,6)	151 (95,5)	
Infectieuse	20 (1,8)	3 (1,9)	<0,001
Anémie sévère	16 (1,5)	0 (0,0)	>0,001
Coma profond post éclamptique	4 (0,4)	0 (0,0)	<0,005
Hémorragique	2 (0,2)	0 (0,0)	<0,005
Eventration	8 (0,7)	2 (1,3)	<0,001
Troubles digestives	9 (0,8)	2 (1,3)	<0,001
Total	1086 (100,0)	158 (100,0)	

2-19 Morbidité maternel

Tableau XXIII : Répartition des complications maternelles en fonction de la nature des césariennes.

Complication	Oui		Non		Total	
	eff	%	eff	%	eff	%
Urgence	71	91	1015	87	1086	87,3
Prophylactique	7	9	151	13	158	12,7
Total	78	100	1166	100	1244	100,0

Khi2=16,95

P<0,001

Les complications maternelles ont été plus fréquentes en cas de césarienne d'urgence (P<0,001).

Tableau XXIV : Répartition des complications maternelles en fonction du mode d'admission des patientes.

Mode d'admission Complication	Evacuée/Référée		Venue d'elle-même		Total	
	eff	%	eff	%	eff	%
Oui	74	6,8	4	2,6	78	6,3
Non	1015	93,2	151	97,4	1166	93,7
Total	1089	100,0	155	100,0	1244	100,0

Khi2=17,51

P<0,001

Les complications maternelles ont été plus fréquentes en cas de référence/Evacuation (P<0,001).

Tableau XXV : Répartition des complications maternelles en fonction des opérateurs.

Opérateur	Obstétricien		Médecin Généraliste		Chirurgien		Total	
	eff	%	eff	%	eff	%	eff	%
Complication								
Oui	12	4,8	54	6	5	18,5	71	5,7
Non	239	95,2	912	94	22	81,5	1173	94,3
Total	251	100,0	966	100	27	100,0	1244	100,0

Khi2=23,06

P<0,001

Les complications maternelles ont été plus fréquentes chez le chirurgien que les autres opérateurs : Ceci s'explique par le fait que le Chirurgien est appelé en cas de complications.

2-20 Pronostic maternel

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon la Mortalité

Mortalité	Nombres	Fréquence
Vivantes	1240	99,7
Décédées	04	0,3
Total	1244	100,0

Nous avons noté 04 décès maternel soit 0,3 % dont les causes sont dues au trouble de la coagulation et la rupture utérine, toutes admises dans un contexte d'urgence.

2-21 Le Pronostic néonatal

Tableau XXVII : Répartition en fonction de la réanimation du nouveau-né

Nouveau-né	Nombres	Fréquence
Réanimé	306	23,5
Non réanimé	996	76,5
Total	1301	100,0

La majorité de nos nouveau-nés avaient un bon apgar soit 76,5% contre 23,5%.

Tableau XXVIII : Répartition selon l'état des nouveau-nés

Nouveau-né	Nombres	Fréquence
Vivant	1146	88,1
Mort-né	98	7,5
Décédé	57	4,4
Total	1301	100,0

Tableau XXVIII : Répartition selon les causes du décès fœtal

Causes/décès fœtal	Effectifs	Pourcentage
Souffrance néonatale sévère	72	46,4
HRP	53	34,2
Grande prématurité	27	17,4
Malformation	03	02,0
Total	155	100,0

46,4% du décès fœtal sont dus à la souffrance néonatale sévère.



**COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION**

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Fréquence de la césarienne :

Pendant notre période d'étude (1er janvier 2012 au 31 décembre 2015) nous avons enregistré 1244 césariennes pour 4397 accouchements.

La fréquence globale de la césarienne est de 28,29%.

Notre fréquence par année durant ces quatre années est inférieure à celle de Gaoussou T [19] au Mali en 2010 qui a trouvé 35,9% et de Noumoutié S [20] au Mali trouva 36,9% en 2010 par contre supérieure à celle de Imane T [23] au CHU Mohamed VI qui a trouvé 17,2% en 2009-2010 et de Abou Coulibaly [22] au Burkina Fasso qui a trouvé 12,3% de 2011-2012.

L'augmentation de notre taux peut s'expliquer par l'afflux des parturientes évacuées dans notre service pour travail dystocique.

2. Les caractéristiques sociodémographiques :

a- L'âge :

Dans notre étude la moyenne d'âge était de 24,3 ans avec des extrêmes de 13 ans et 59 ans.

La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée avec 43,5 %. Certains auteurs ont trouvé des résultats comparables aux nôtres, Gaoussou T [19] au CSRéf de Bla avec la tranche d'âge 20 à 30 ans ; Noumoutié S[20]au CSRéf de Kadiolo avec la tranche 20 à 34ans ; Imane T [23] au CHU Mohamed VI à Marrakech avec la tranche d'âge 21 à 29 ans soit respectivement 52,5% , 50,7% et 44,32%.

En effet, nous trouvons que ceci est due au fait que cette tranche d'âge constitue le groupe de population en pleine activité génitale.

b-Profession :

Les ménagères représentaient 94,1% dans notre étude .D'autres auteurs ont trouvé des résultats comparables à celle de nôtre :

Noumoutié S [20] ; Karounga C [24] ; A Diallo [25] ; Seydou AC [26] au CSRéf de la CV de Bamako ont trouvé respectivement 69,7%, 52% , 94,06% et 75%.

C- Mode d'admission :

Dans notre série 51,6% des femmes avaient été évacuées contre 1,7% référées et 46,7% venues d'elle-même. Ces mêmes constats sont rapportés par :

Noumoutié S [20] ; Bah A M [27] et Seydou AC [26] soient respectivement 74,6% des évacuées contre 26,3% référées ou venues d'elle- mêmes, 65,7% des évacuées contre 6,8% référées et 27,5% venues d'elle- mêmes et 31,1% des évacuées et 47,9% venues d'elles- mêmes.

Cela explique que le système référence/évacuation fonctionne assez bien.

3- Caractéristiques Cliniques

1-Caractéristiques Obstétricales

a-Antécédents :

❖ Parité :

Les pauci pares sont les plus représentées soit 51,04%, suivies des primipares avec 14,55% .Ces même constats sont rapportés par Noumoutié S [20] S qui trouve 37,1% de pauci pares, Seydou AC [26] qui trouve 37,8% de pauci pares et 26,4% de primipares au Cs réf de la CV Bamako, Imane T [23] au CHU Mohamed VI qui trouve 45,93% de primipare.

b-Consultation prénatale (CPN) :

La consultation prénatale par rapport au nombre est considérée comme normale quant il est supérieure ou égale à 4 [28].

Dans ce cas 14,23% de nos CPN étaient normales contre 88,77% de mauvaise qualité. Ces résultats diffèrent de ceux de Noumoutié S [20] au CSRéf de kadiolo , de Salaha G à l'hôpital de Tombouctou [29] et de Imane T [23] au CHU Mohamed VI au Maroc qui ont trouvé respectivement 25,4% de bonne qualité contre 74,5% de mauvaise qualité , 51,6% de bonne qualité contre 48,4% et de 21,36% de bonne qualité contre 41,12% de mauvaise qualité.

4- Les indications de la césarienne

Dans notre étude, les indications de la césarienne ont été dominées par la souffrance fœtale aigue avec une fréquence de 29,5%, suivie de l'HRP 6,6% et le BL 5,9%. D'autres auteurs : Seydou AC [26] à la commune V de Bamako a trouvé 31,4% de souffrance fœtale suivie de l'utérus cicatriciel avec un taux de 26,8% et de BGR dans 15,2% ; Karounga C [24] dans son étude a trouvé 30% des indications de césarienne liées aux utérus multi cicatriciels suivis de bassin rétréci 23% et utérus cicatriciel sur bassin limite dans 22% des cas , Coulibaly A [22] au Burkina Fasso a trouvé 26,3% des indications liées à la souffrance fœtale aigue suivie de DFP dans 19,7% et la présentation vicieuse dans 11% et Imane T [23] au CHU Mohamed VI a trouvé comme première indication de la césarienne la souffrance fœtale aigue dans 22,68% suivie de l'utérus cicatriciel dans 22,3%.

5- Geste associé à la césarienne :

La stérilisation tubaire a été le principal geste associé à la césarienne avec un pourcentage de 3,7%. Cette fréquence est inférieure à celle obtenue par Noumoutié S [20] et Bah A M [27] soit respectivement 14,4% et 7,2% .

6- Pronostic materno-fœtal :

Dans l'ensemble de nos césarisées 5,7% ont subi des complications per et post opératoires dominées par l'hémorragie, les infections et l'anémie avec respectivement 0,72%, 1,8%, et 1,3%. Les complications infectieuses se positionnent au premier rang des complications après une césarienne. Elles entraînent une morbidité post natale importante, prolongent la durée d'hospitalisation et majorent significativement le coût financier. Les principales étiologies infectieuses sont : la fièvre post opératoire inexpliquée qui serait plutôt la manifestation d'un processus infectieux d'origine indéterminée, l'endométrite du post partum et les infections de cicatrices. A côté des complications infectieuses, les complications hémorragiques représentent une cause importante de mortalité et de morbidité maternelles.

Elles peuvent être d'origine utérine (par rupture ou inertie), d'origine placentaire (placenta prævia ou placenta accreta), d'origine traumatique ou en rapport avec des facteurs généraux tels que les troubles de l'hémostase. En revenant aux données de la littérature ces complications ont été révélées par Abdourahamane MB [30] au CSRéf de Kita soit respectivement 1,1% (2/236 cas), 4,2% (10/236 cas), 0,4% (1 cas) pour hémorragie, les infections et l'anémie et par Salaha G[29] à l'hôpital de Tombouctou qui a trouvé 3,3% des complications infectieuses. Les principales étiologies infectieuses sont : la fièvre post opératoire inexplicée qui serait plutôt la manifestation d'un processus infectieux d'origine indéterminée, l'endométrite du post partum et les infections de cicatrices.

Pendant la période d'étude, nous avons enregistré 4 cas de décès maternels avec un taux de 0,3% et de 1146 cas de nouveau-nés vivants contre 98 cas de mort nés soit respectivement 88,1% et 7,5%.

Les décédés dans les 24 et 48 heures d'hospitalisation s'élevaient à 4,4% (57 cas). La réanimation a concerné 23,5% des nouveau-nés dans l'ensemble de nos césariennes.

Notre taux élevé de décès maternels pourrait être dû au retard à l'admission et l'absence d'une unité de réanimation. Confronté aux données de la littérature notre taux de décès maternels peut être comparable à celui de Noumoutié S qui a déploré la mort de 4 patientes soit 1,5% des césariennes et de Salaha G [16] qui a trouvé 2 cas de décès maternel soit 1,7% dus à un état de mal éclamptique compliqué d'anurie, de perte de connaissance (coma) et un cas de rupture utérine . Mais inférieur à celui de Imane T [23] qui a trouvé 18 décès soit 1,7% en deux ans (2009-2010).

Les nouveau-nés issus de nos césariennes ont été réanimés dans 23,5% des cas contre 76,5% non réanimés. Confronté au donné de la littérature notre taux de réanimation du nouveau-né est inférieur à celui de Salaha G [29] à l'hôpital de Tombouctou qui a trouvé 32,8% réanimés contre 67,2% non réanimés et de

Diallo A [25] au CSRéf de Kenièba qui a trouvé 41,67% des nouveau-nés réanimés avant la gratuité contre 28,38% pendant la gratuité.



**CONCLUSION
ET
RECOMMANDATIONS**

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

L'analyse des résultats de notre étude, nous a permis de déduire que :

La césarienne est considérée comme une intervention chirurgicale courante, mais elle se caractérise par la multiplicité des indications ayant abouti au geste opératoire.

L'absence ou l'insuffisance du suivi de la grossesse, ainsi que la consultation conduise à poser la décision de césarienne tardivement et parfois dans un état critique et expose ainsi à des risques aussi bien maternels que fœtaux.

Nos premières causes de césarienne sont la souffrance fœtale aiguë, l'hématome retro placentaire, le bassin limite.

Le pronostic materno-fœtal est non seulement conditionné par la césarienne, mais aussi par la pathologie ayant motivé l'acte opératoire.

Comme dans la plupart des pays en développement, notre préoccupation constante au Mali est de réduire la mortalité maternelle et de faire naître les enfants dans le meilleur état possible. Pour cela, quelques recommandations paraissent indispensables pour améliorer le pronostic materno-fœtal.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, quelques suggestions nous paraissent nécessaires dans le cadre de la réduction de la morbidité et la mortalité maternelles et néo-natales après césarienne. Celles-ci sont :

A l'endroit du personnel de la santé :

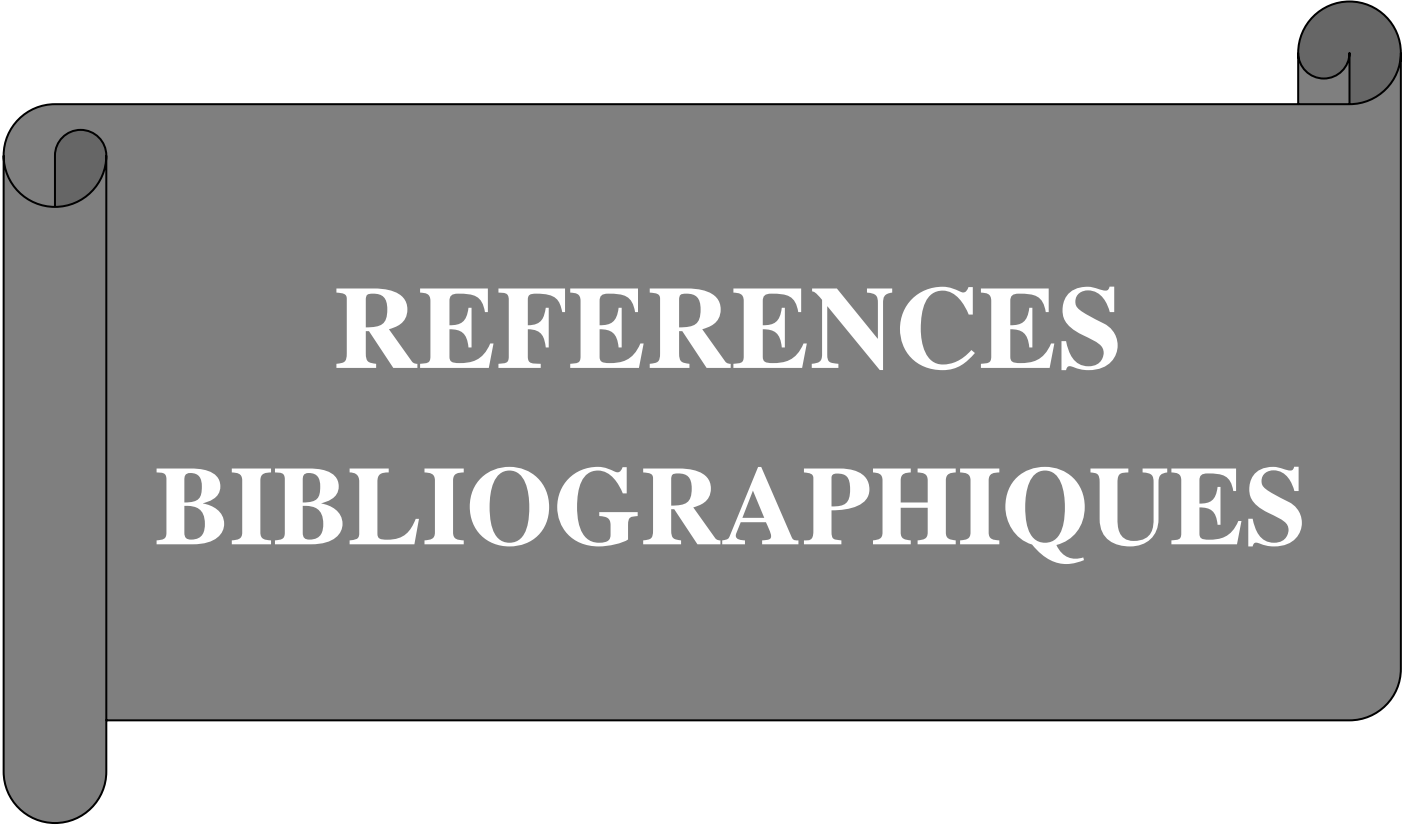
- Tenir correctement les supports : remplissage correct et régulier des différents registres (maternité, bloc opératoire, hospitalisation, référence).
- Faire les CPN selon les normes.
- Bien respecter les techniques de la césarienne.

A l'endroit des autorités :

- Doter le CSRéf en ambulance.
- Renforcer les infrastructures routières.

A l'endroit de la communauté :

- Faire le suivi correct de toutes les grossesses afin qu'on puisse diagnostiquer les grossesses à risque.
- Organiser la référence/évacuation entre le village et le Cs com.
- S'acquitter les quottes parts.



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII-BIBLIOGRAPHIES :

1. Merger R .Précis d'obstétrique , Masson 6^{ème} Edition, paris 2001 :533-543.

2. Doyin O ,Djamila C, Colette D et al (DRH)-OMS/AFRO.

Feuille de route : L'Union Africaine S'engage à lutter contre la mortalité maternelle. Aout 2004 ,(bulletin régional de la santé génésique, N 2),Brazzaville République du Congo.11p

3.Thoulon JM, Raudrant D. Les césariennes .Encycl Med.chirurg(paris-France) Techniques chirurgicales uro-Gyneco,4.2.11.41900.

4. Direction Nationale de la santé.

Cellule de planification et de statistique. Enquête démographique et de santé au Mali 2012.

5. OMS /Déclaration sur les taux de césariennes : Genève 10 Avril 2015.

6. Merger L, Levy J, Melchior J. Précis d'Obstétrique. 4^{ème} édition Masson, Paris 1989 : 618-627.

7. Blondel B, Lelong N , Kermarrec M ,Gofinet F. Trends in perinatal health in France From 1995 to 2010.Results from the French national perinatal surveys J Gynecol obstet Biol Reprod(paris)2012;41:e1-e15.

8. Jennifer Zeitlin , Ashna Mohangoo , Marie Delnord (European Perinatal Health Report Health and care of pregnant women and Babies in Europe in 2010 [internet].[http:// www.europeristat.com](http://www.europeristat.com) 2010.

9. Ministère de la santé et de l'hygiène publique :

Système national d'information sanitaire (SNIS) juin 2014

Source : Annuaire 2012 SLIS.

10. Guide pour la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne.

Août 2005, N° 4.

11. Barrat .Histoire de la césarienne : son implication dans la conduite obstétricale actuelle.

Rev Fr Gynecol obstét 1988 ; 83 :225-30.

- 12. Racinet C, Favier M.** « La césarienne ». Masson Paris 1984. 1-184p.
- 13. Lansac J.** Obstétrique pour le praticien. 4ème édition Masson, paris, 2003
358p.
- 14. Kamina P.** Anatomie en gynécologie et obstétrique. Eds Maloine, Paris,
2000, 326p.
- 15. RCP :** technique opératoire de la césarienne texte complet.
Golfier F. journal de gynécologie obstétricale et biologie de la reproduction
2000 ; 29 :86-95
Masson Paris,2000.
- 16. Gyneweb-Misgav-Ladach**texte complet
Didier Riethmuller .la césarienne selon les méthodes de Misgav Ladach.
- 17. P.Moreira , J-C Moreau ,M.E Faye ,S.KA ,S-M Kane ,Guèye ,EO Faye,T Dieng :** Comparaison de deux techniques de césarienne
Césarienne classique versus césarienne Misgav Ladach. texte complet
Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 2002 ;31 :572-
576.
- 18. PubMed 18254057-texte complet**
HofmeyrGJ , Mathai M , Shah A , Novikovan.
Techniques for caesarean section. Cochrane Database syst-Rev 2008 janv
23;(1):CD004662.
- 19.Gaoussou T.** Impact de la gratuité de la césarienne sur le système de
référence/évacuation cas du district sanitaire de Bla en 2010.
Mali Médical : 2010 ; n°169.
- 20.Noumoutié S :**Etude de la césarienne à la maternité du CSRéf de kadiolo.
Mali Médical 2012; n°66.
- 21. Marie charlotte G :** Déclenchement artificiel du travail à terme :
développement d'un nomogramme de prédiction du risque d'échec.
Thèse Méd, Toulouse 2013Tou3 1510.

22. Coulibaly A : Analyse des indications de césarienne chez les femmes à faible risque au Burkina Fasso.

Thèse Med ; 2011-2012 N° 51.

23. Imane T : les indications de la césarienne. Expérience du service de gynéco-obstétrique B au sein du CHU Mohamed VI durant 2 ans : 2009-2010

Marrakech 2012, N°31.

24. Karounga C : césarienne prophylactique : Pronostic materno-fœtal au Cs réf de la CV du district de Bamako.

Mali Médical . 2009-2010. Page 72.

25. Diallo A : Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au centre de santé de référence de kenièba.

Thèse Méd : Bamako 2010.

26. Seydou AC : Données sociodémographiques des femmes césarisées au Cs réf de la CV du district de Bamako de Février à septembre 2010.

Thèse Med : Bamako Année 2012-2013.

27. Bah A M : Etude de la césarienne au centre de santé de référence de Kita.

Thèse Méd. Bamako 2010. P 77-86.

28. Tshibangu K , M bokolo E , Kizonde K :

opération césarienne dans 3 environnements différents au Zaïre.

J Gynecol.obstetbiol.Reprod1989 ; 28 :395-400.

29. Salaha G : Etude de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne à l'hôpital de Tombouctou.

Thèse Med Bamako Année 2009-2010. Page 96.

30. Abdourahamane MB : Etude de la césarienne au centre de santé de référence de Kita.

Mali Médical 2010.

31. Ministère de la santé, état de santé de la population Marocaine 2012 p11.

QUESTIONNAIRE

Indication, pronostic materno fœtal de la césarienne au CSREF de Markala de 2012 au 2015

IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1 : N° dossier :

Q2 : Date et heure d'entrée :

Q3 : Nom et prénom :

Q4 : Age :

Q5 : Ethnie :

1=Bambara 2=Peulh 3=Bozo 4=Sonrhäï 5=Dogon 6=Minianka 7=Autres

.....

Q6 : Activité socioprofessionnelle : /___/ (1 : Ménagère, 2 : Aide-ménagère, 3 : Etudiante/Elève, 4 : Fonctionnaire, 5 : Commerçante, 6 : Artisane, 7 : Autres.

Q7 : Résidence :

Q8 : Niveau d'instruction : /___/ (1 : Analphabète, 2 : Primaire, 3 : Secondaire, 4 : Supérieur)

Q9 : Situation matrimoniale : /___/ (1 : Mariée, 2 : Célibataire, 3 : Divorcée, 4 : Veuve)

Q10 : Mode d'admission : /___/ (1 : Venue d'elle-même, 2 : Référée, 3 : Evacuée)

Si référée préciser le lieu : /___/ (1 : Cscm, 2 : Cabinet privé, 3 : Hôpital)

ANTECEDENTS

Q11 : Antécédents médicaux :

Q11a : Familiaux : /___/ (1 : HTA, 2 : Diabète, 3 : Cardiopathie, 4 : Hémopathie, 5 : Autres, 6 : Aucun)

Q11b : Personnels : /___/ (1 : HTA, 2 : Diabète, 3 : Ictère, 4 : Anémie, 5 : Cardiopathie, 6 : Hémopathie, 7 : Infection, 8 : Aucun)

Q12 : Antécédents chirurgicaux : /___/ (1 : Appendicite, 2 : Hernie, 3 : Occlusion, 4 : Autres, 5 : Aucun)

Q13 : Antécédents gynécologiques : /___/ (1 : Myomectomie, 2 : Salpingectomie, 3 : Kystectomie, 4 : Cure de prolapsus, 5 : Aucun)

Q14 : Antécédents obstétricaux :

Q14a : Gestité : /___/

Q14b : Parité : /___/

Q14c : Enfants vivants : /___/

Q14d : Enfants décédés : /___/

Q14e : Avortements : /___/

Q14f : Césarienne antérieure : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)

Si oui préciser le nombre :

GROSSESSE ACTUELLE

Q15 : DDR : /___/ (1 : Inconnue, 2 : Connue)

Q16 : Age gestationnel : /___/ (1 : Inf. à 37 SA, 2 : Entre 37-42, 3 : Sup.à 42 SA)

Q17 : CPN : /___/ (1 : < à 4, 2 : >= 4)

Q18 : Pathologies au cours de la grossesse.

Q18a : HTA : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)

Q18b : Diabète : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)

Q18c : Anémie : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)

Q18d : Autres :

EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION

Q19 : Etat général : /___/ (1 : Bon, 2 : Passable ,3 : Altéré)

Q20 : Conjonctives : /___/ (1 : Colorées, 2 : Pâles, 3 : Ictère)

Q21 : Température : /___/ (1 : Fébrile, 2 : Non fébrile)

Q22 : Hauteur utérine : /___/ (1 : < = 36cm, 2 : > à 36cm)

Q23 : BDCF : /___/ (1 : < à 120, 2 : 120 – 160, 3 : > à 160)

Q24 : Présentation : /___/ (1 : Céphalique, 2 : Siège, 3 : Transversale, 4 : Autres)

Q25 : Patiente en travail : /___/ (1 : oui, 2 : non)

Q25a : Si oui préciser la phase : /___/ (1 : Phase de latence, 2 : Phase active)

Q26 : Bassin : /___/ (1 : Normal, 2 : Suspicion d'angustie pelvienne)

Q27 : Hémorragie: /___/ (1 : Oui, 2 : Non)

CESARIENNE

Q28 : Indication de la césarienne :

.....

Q28a : SFA préciser la cause : /___/ (1 : Anomalies funiculaires, 2 : Procidence du cordon, 3 : Présentations vicieuses)

Q28b : DFP : préciser la cause : /___/ (1 : Gros fœtus, 2 : Angustie pelvienne)

Q28c : Hémorragie : /___/ (1 : PP, 2 : HRP, 3 : PP + HRP)

Q28d : Crise éclamptique :

Q28e : Présentations vicieuses : /___/ (1 : Epaule, 2 : Front, 3 : Face en mento-sacré, 4:Autres)

Q28f : Dilatation stationnaire : /___/ (1 : Anomalies funiculaires, 2 : DFP, 3 : Présentations vicieuses, 4 : Dystocie dynamique sur utérus cicatriciel, 5 :Autres)

Q28g : Rétention du second jumeau :

Q28h : Syndrome de pré rupture utérine : /___/ (1 : DFP, 2 : Présentations vicieuses)

Q28i : Procidence du cordon battant :

Q28j : Non-engagement à dilatation complète : /___/ (1 : Anomalies funiculaires, 2 : Anomalies de la présentation, 3 : DFP, 4 : Autres)

Q28k : Utérus multi cicatriciel :

Q28l : Autres indications :

Q29 : Date et heure d'évacuation :

Q30 : Date et heure d'admission :

Q31 : Date et heure de décision :

Q32 : Délai d'exécution :

Q33 : Durée d'intervention :

Q34 : Type de césarienne : /___/ (1 : Urgence, 2 : Prophylactique)

Q35 : Type d'hystérotomie : /___/ (1 : Segmentaire transversale, 2 : Segmentaire longitudinale, 3 : Corporéale, 4 : Segmento-corporéale)

Q36 : Type d'incision cutanée : /___/ (1 : IMSO, 2 : PFANNENTEIL)

Q37 : Interventions associées :

Q38 : Opérateurs : /___/ (1 : Obstétricien, 2 : Médecin généraliste, 3 : Chirurgien)

Q39 : Type d'anesthésie : /___/ (1 : AG, 2 : Anesthésie locorégionale)

Q40 : Incidents et accidents : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)

Si oui préciser la nature :

Q41 : Transfusion : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)

Si oui préciser la quantité en ml :

SUIVI POST OPERATOIRE

Q42 : Salle..... Lit.....

Q43 : Transfusion /___/ (1 : oui, 2 : Non) Si oui préciser la quantité en ml :ml

Q44 : Antibiothérapie post opératoire : /___/ (1 : oui, 2 : Non)

Q45 : Durée d'hospitalisation : jour (s)

Q46 : Suites post opératoires: /___/ (1: Compliquées, 2 : Simples)

COMPLICATIONS MATERNELLES

Q47 : Les complications infectieuses : /___/ (1 : Endométrite, 2 : Suppuration pariétale, 3 : abcès du sein, 4 : Pelvipéritonite, 5 : Septicémie, 6 : Lâchage secondaire)

Q48 : Les complications hémorragiques : /___/ (1 : Hémorragie interne, 2 : Hémorragie Externe)

Q49 : Les complications digestives : /___/ (1 : Iléus paralytique, 2 : Occlusion, 3 : Diarrhée, 4 : Autres)

Q50: Les complications thromboemboliques : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)

Q51 : Les psychoses puerpérales : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)

Q52 : Les plaies urinaires méconnues en per opératoire : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)

- Q53 : La fistule vésico-vaginale : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)
- Q54 : Embolie gazeuse : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)
- Q55 : Embolie amniotique : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)
- Q56 : Eviscération : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)
- Q57 : Eventration : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)
- Q58 : Les complications anesthésiologiques : /___/ (1 : Le syndrome de Mendelson, 2 : hypotension, 3 : Arrêt cardiaque)
- Q59 : Autres complications :
- Q60 : Le décès maternel : /___/ (1 : Oui, 2 : Non)

Nouveau-né

- Q61 : Nouveau-né /...../ (1. A terme, 2. Prématuré, 3. Post-terme)
- Q62 : Etat du nouveau-né /...../ (1. Vivant, 2. Mort-né)
- Q63 : Réanimé à la naissance : Oui /...../ ou Non /...../
- Q64 : Apgar 1ère minute /...../
- Q65 : Apgar 5ème minute /...../
- Q66 : Apgar 1ère minute du 2ème jumeau /...../
- Q67 : Apgar 5ème minute du 2ème jumeau /...../
- Q68 : Poids à la naissance (en gramme) /...../
- Q69 : Poids du deuxième jumeau /...../
- Q70 : Sexe du nouveau-né /...../ (1. Masculin, 2. Féminin)
- Q71 : Sexe du 2ème jumeau /...../ (1. Masculin, 2. Féminin)
- Q72 : Malformation Néo – natale : Oui /...../ ou Non /...../
- Q72a : Si oui, préciser /...../
- Q72b : Complication néo-natale : Oui /...../ ou Non /...../
- Q72c : Si oui, préciser /...../
- Q73 : Décès néo-natale Oui /...../ ou Non /...../
- Q74 : Si oui, préciser la cause

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Ouologuèm

Prénom : Diawoye

Titre : Césarienne : Les indications et le pronostic materno-fœtal au CS réf de Markala.

Année : 2017 au 2018

Ville de soutenance : Bamako.

Pays d'origine : MALI.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : gynéco- obstétrique.

RESUME :

Il s'agissait d'une étude rétrospective réalisée au centre de santé de référence de Markala allant de l'année 2012 au 2015.

L'objectif général était d'étudier la césarienne au CS Réf de Markala.

Pendant notre période d'étude de 2012 au 2015 nous avons enregistré 1244 césariennes soit une fréquence de 28,29% de l'ensemble des accouchements. Les parturientes étaient évacuées dans 51,6%. Seules 14,23% de nos parturientes ont été bien suivies. L'indication de la césarienne la plus fréquente était la SFA dans 30,1% soit 375 cas. L'acte chirurgical le plus fréquemment associé à la césarienne était la LRT. La mortalité maternelle était de 0,3% dû essentiellement à l'hémorragie et aux pathologies maternelles gravidiques. La morbidité maternelle dominée par les infections, anémie sévère et l'hémorragie. La mortalité fœtale était de 11,9% dont la cause est essentiellement la souffrance fœtale sévère. La réanimation a concernée 23,5% de nos nouveaux nés issus de la césarienne.

L'amélioration de ces résultats nécessite le concours de chacune des composantes de la société.

LES MOTS CLES : césarienne ; indications ; évacuation; pronostic materno-fœtal.

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 pas 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 méprisée de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !