

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE DE
ENSEIGNEMENT SUPERIEURE ET DE LA
RECHERCHE SCIENTIFIQUE

République du MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES

ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

THESE

N° ____ /

**CESARIENNE D'URGENCE AU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE
« MAJOR MOUSSA DIAKITE »
DE KATI**

Présentée et soutenue publiquement le 23/07/2020

Devant la Faculté de Médecine par

Mme. Aïchatou L. KONATE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (**Diplôme d'Etat**)

JURY

Président : Pr Bakary Tientigui DEMBELE

Membre : Pr Broulaye SAMAKE

Membre : Dr Karamoko SACKO

Co directeur: Dr Daouda CAMARA

Directeur : Pr Youssouf TRAORE

DEDICACE ET REMERCIEMENTS :

DEDICACE :

- ❖ **Je rends grâce à Dieu**, le tout puissant, le tout Miséricordieux, le très Miséricordieux et son prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui) pour m'avoir donné la santé nécessaire, la capacité, le courage de mener à bien ce travail.

Je dédie ce travail :

- ❖ **A mon père feu Yoro KONATE :**

Tu nous as quitté prématurément. Je garde en toi l'image d'un père aimable et rigoureux, qui a fait de mon enfance, une période mémorable. L'amour et l'éducation que tu nous as donnés ont fait de nous ceux que nous sommes aujourd'hui. Merci pour tout papa, puisse Allah t'accueillir dans son paradis.

- ❖ **A ma mère Fatou COULIBALY :**

Ma très chère et tendre maman. Toi qui as été pour nous une mère et un père. Tu t'es sacrifiée pour nous, juste pour que nous ayons une vie meilleure. Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement. Tu n'as pas cessé de m'encourager. Tes prières et bénédictions m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études ; que Dieu t'accorde une longue vie dans la santé et dans la joie. Amen !

- ❖ **A mon beau-frère feu Ousmane SIDIBE :**

Tu étais juste un ange sur terre ; cet ange qui nous a quitté aussitôt. Je te suis profondément reconnaissante pour ce que tu as fait pour moi, pour toute notre famille. Sache que cette main tendue restera gravée à jamais dans mon cœur. « Merci » est un mot trop simple pour toi ; ce que je souhaiterai exprimer est

au-dessus de cela...puisse Allah t'accorder sa grâce et son pardon éternel.
AMEN !

❖ **A mon mari Adama TRAORE :**

Ce travail est le tien ; merci infiniment pour tout le soutien dont tu as fait preuve à mon égard dès le début jusqu'à nos jours. Merci d'être un ami, un père, un confident, un allié ; et un mari pour moi ; ainsi que le père de nos trois merveilleux trésors ; Kadia ; Korotoumou et Ousmane TRAORE.

❖ **A mes frères et sœurs : Kadidiatou ; Fatoumata Boiba ; Oumou ; Baba Noël ; Gabou dit jean pierre.**

Veillez trouver ici un modeste témoignage de mon admiration, ma gratitude, mon affection sincère et mon attachement le plus profond. Vous occuperez à jamais une place particulière dans mon cœur, que notre fraternité dure à jamais.

❖ **A mes oncles et tantes :**

Merci pour tous vos soutiens moraux et financiers. Trouvez ici l'expression de mes reconnaissances et du respect envers votre égard.

❖ **A mes beaux-parents :**

Je vous dédie cette Thèse en témoignage de ma gratitude, mon estime et mon attachement. Puisse Dieu vous accorder santé, longue vie et prospérité.

❖ **A mes trois adorables enfants : Kadia ; Korotoumou ; Ousmane TRAORE.**

Vous êtes ma source de motivation.

REMERCIEMENTS

- ❖ **A tous les enseignants depuis ma première année d'études**
- ❖ **A tout le personnel de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.**

- ❖ **A ma tante : Mamou Diarra**

Merci de m'avoir accueilli dans ta demeure durant trois (03) longues années
Reçois ici mes sincères remerciements.

- ❖ **A ma meilleure amie : Fatoumata DIAOUNE**

Plus qu'une amie tu es et tu resteras une sœur pour moi ; ta considération à mon égard me laisse sans voix ; tu as su m'accepter avec mes défauts et être à mes côtés dans les pires moments. Merci infiniment.

- ❖ **A mes amis d'enfance : Hélène KEITA ; Badji TOURE ; Mariam OUEDRAOGO ; Aminata KONE ; Gnangnan TRAORE ; Fatoumata DIAOUNE**

Au nom de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les bons moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

- ❖ **A mes amis du Lycée Notre Dame du Niger de Bamako et du Lycée Amion GUINDO de Sikasso ; Salimata SENOU ; Salimata DIASSANA ; Aiché ben NIAMBELE ; Rachelle DEMBELE ; Aichata DEMBELE ; Aminata SAMAKE ; Karim TRAORE et Cheick Sadibou SAMAKE**

Je remercie le tout puissant de vous avoir mis sur mon chemin ; votre rencontre a été la plus belle de toute ma vie ; trouvez ici l'expression de mes sentiments d'amitié et de camaraderie.

- ❖ **A mon ami Mory Elimane MARIKO : Merci pour tout ce que tu as fait pour moi depuis le lycée jusqu'au jour d'aujourd'hui.**

❖ **A mes aînés Médecins : Dr Luc SIDIBE ; Dr Ilias GUINDO ; Dr Mamadou F DIAKITE ; Dr Daouda COULIBALY ; Dr Moussa COULIBALY.**

Merci pour vos conseils.

❖ **A mes collègues du service : TOUNKARA Cheick ; Bintou SAMAKE ; SAMAKE Cheick ; Fily DIARRA ; Seydou DOUMBIA ; Ahamadoun CISSE ; Simbo COULIBALY.**

Merci pour la parfaite symbiose.

❖ **A mes cadets du service : ONGOIBA Mamadou ; Alfouseini KONE ; Moussa TRAORE ; Mamadou CAMARA ; SIDIBE Abdoulaye ; Mariam TRAORE ; KEITA Aboubacar ; Youssouf BAMADIO ;**

Merci pour le respect à mon égard.

❖ **A la 6^{ème} promotion du numerus clausus ;**

❖ **A Cheick Fanta Mady TOUNKARA et Bintou SAMAKE :** Malgré que nos routes se sont séparées à la 3^{ème} année médecine vous avez été pour moi des amis, des guides, et des maitres. Je n'oublierai jamais votre considération envers ma personne. Puisse Dieu vous garde.

❖ **A notre très cher chef d'interne Mamadou ONGOIBA :** Avec ta sagesse et ton grand humour tu as su bien diriger et illuminer le service, malgré ton jeune âge tu m'as transmis ta connaissance dans le plus grand respect. Grâce à toi j'ai pu adhérer l'équipe. Merci infiniment...

❖ **A Mme TRAORE Sanamba DEMBELE et Korotoumou DIARRA :** Merci d'être toujours présente pour nous.

❖ **A notre anesthésiste titulaire Moussa KONARE :** Merci pour ton soutien

❖ **A tout le personnel du C.S.Ref de Kati ;**

❖ **A mon équipe de garde :** Merci infiniment pour l'esprit d'équipe.

❖ **A toutes les femmes qui ont participé en répondant à nos questionnaires pour la réalisation de ce travail.**

❖ **A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de les citer.**

HOMMAGES AUX MEMBRES DE JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Pr Bakary Tientigui DEMBELE

- Maître de conférences agrégé de chirurgie générale à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;
- Chargé de cours à l'institut national de formation en science de santé ;
- Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SO.CHI.MA) ;
- Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone ;
- Enseignant-chercheur.

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 de tous. Vous êtes un modèle pour nous étudiant de cette faculté.

Veillez agréer cher maître l'expression de notre attachement indéfectible.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Pr Broulaye SAMAKE

- Maître de conférences agrégé d'anesthésie et réanimation à la FMOS ;
- Chef du service d'anesthésie du CHU Gabriel Touré ;
- Enseignant-chercheur ;
- Membre de la SARMU-Mali et de plusieurs sociétés savantes nationale et internationale.

Cher maître,

Nous sommes très fiers et ravis de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre courage et votre amour du travail bien fait ont forgé l'estime et l'admiration de tous.

Vous représentez pour nous un modèle aux qualités recherchées.

Veillez recevoir cher maître nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Karamoko SACKO

- Maître-assistant à la FMOS ;
- Praticien hospitalier du CHU Gabriel Touré ;
- Membre de l'AMAPED ;
- Membre de plusieurs sociétés savantes.

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail ainsi que votre accueil toujours courtois nous ont vraiment émerveillés.

Trouvés ici l'expression de notre profonde gratitude.

Que Dieu vous prête longue vie afin que vous alliez au bout de votre ambition.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Daouda CAMARA

- Chef de service de gynécologie et d'obstétrique au CS Réf de KATI ;
- Praticien Gynécologue Obstétricien au service du CS Réf de KATI ;
- Membre de la société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO).

Cher maître,

C'est un réel plaisir et un honneur pour nous d'être un de vos élèves.

Au cours de cette formation, nous avons bénéficié de votre encadrement en gynéco-obstétrique. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre courtoisie. Que le tout puissant vous accorde longue vie ; santé de fer afin que vous réalisiez vos rêves. Amen

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr Youssouf TRAORE

- Professeur agrégé de gynécologie et d'obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du MALI ;
- Praticien gynécologue obstétricien au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Gabriel TOURE ;
- Responsable de la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) au MALI ;
- Titulaire d'un diplôme universitaire en Méthodologie de recherche clinique Bordeaux II ;
- Membre de la société Africaine de Gynécologie et d'Obstétrique (SAGO) ;
- Président de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO) ;
- Membre de la Société de Chirurgie du MALI (SOCHIMA) ;
- Enseignant-chercheur.

Cher maître,

En acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble.

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher Maître vous êtes et resterez un modèle à suivre. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

SIGLES ET ABREVIATIONS

- ❖ ATCD : Antécédents
- ❖ BGR : Bassin Généralement Rétréci
- ❖ CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
- ❖ Cm : Centimètre
- ❖ CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine.
- ❖ CPN : Consultation Prénatale
- ❖ CS Com : Centre de Santé Communautaire
- ❖ CS Réf : Centre de Santé de Référence
- ❖ DRC : Dépôt Répartiteur de Cercle
- ❖ DV : Dépôt de Vente
- ❖ D.F.P : Disproportion Fœto-pelvienne
- ❖ EDS : Enquête Démographique et de Santé
- ❖ FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- ❖ g : Gramme
- ❖ HNPG : Hôpital National du Point G.
- ❖ HTA : Hypertension Artérielle

- ❖ HU : Hauteur Utérine
- ❖ H.R.P : Hématome Retro-placentaire
- ❖ IOT : Intubation Orotrachéale
- ❖ OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ❖ PDSC : Plan de Développement de la Santé des Communes
- ❖ PEV : Programme Elargi de Vaccination
- ❖ PF : Planning Familial
- ❖ PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant
- ❖ PVVIH : Personne Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine
- ❖ P.P.H : Placenta Prævia Hémorragique
- ❖ P.C : Procidence du Cordon
- ❖ RPM : Rupture Prématurée des Membranes
- ❖ SA : Semaine d'Aménorrhée
- ❖ SAA : Soins Après Avortement
- ❖ SONU : Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
- ❖ USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et de Conseil

❖ VIH : Virus de l'Immunodéficience Humain

❖ $>$: Supérieur

❖ \geq : Supérieur ou égal

❖ $<$: Inférieur

❖ \leq : Inférieur ou égal

❖ % : Pourcentage

LISTES DES TABLEAUX ET LES FIGURES

1. Liste des tableaux

Tableau I : Equipement de la maternité.....	20
Tableau II : Répartition des patientes selon la tranche d'Age.....	24
Tableau III : Répartition des patientes selon la parité.....	26
Tableau IV : Répartition des patientes selon l'intervalle inter génésique.....	26
Tableau V : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.....	27
Tableau VI : Répartition des patientes selon le mode d'admission.....	28
Tableau VII : Répartition des patientes selon l'auteur de la CPN.....	28
Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'état des membranes à l'admission.....	29
Tableau IX : Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique en per opératoire.....	29
Tableau X : Répartition des patientes selon la phase du travail à l'admission.....	30
Tableau XI : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne.....	30
Tableau XII : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie.....	31
Tableau XIII : Répartition des patientes selon le moment de la césarienne.....	32
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le délai entre la décision de césarienne et l'incision.....	33
Tableau XV : Répartition des patientes selon le délai entre l'incision et l'extraction.....	33
Tableau XVI : Répartition des nouveau-nés selon la durée total d'intervention.....	34
Tableau XVII : Répartition des patientes selon la spoliation sanguine.....	34
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les complications d'anesthésie à l'induction chez la mère.....	32

Tableau XIX : Répartition des nouveau-nés selon le score d'apgar a la première et à la cinquième minute	35
Tableau XX : Répartition des causes de mort-nés.....	36
Tableau XXI : Répartition des nouveau-nés selon leurs poids à la naissance.....	36
Tableau XXII : Répartition des patientes selon les complications post opératoires.....	37
Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.....	37
Tableau XXIV : Le score d'apgar à la première minute et la durée entre la décision et l'incision.....	38
Tableau XXV : Les complications d'anesthésique et le type d'anesthésie.....	38
Tableau XXVI : Le score d'apgar a la première minute et la durée entre incision et extraction.....	39

2. LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Schéma de l'utérus gravide.....	14
Figure 2 : Bassin obstétrical.....	18
Figure 3 : Différents types d'incision cutanée : la césarienne selon misgav Ladach.....	19
Figure 4 : Répartition des césariennes d'urgence selon le mois.....	23
Figure 5 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.....	24
Figure 6 : Répartition des patientes selon la résidence.....	25
Figure 7 : Répartition des patientes selon le type de produit anesthésique utilisé.....	31

SOMMAIRE

I.	INTRODUCTION	1-2
II.	OBJECTIFS.....	3
III.	GENERALITES.....	4-18
IV.	METHODOLOGIE.....	19-32
V.	RESULTATS	23-40
VI.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	41-44
VII.	CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	45-46
VIII.	REFERENCES.....	47-49

I. INTRODUCTION

L'opération césarienne est l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus [1]. Elle est réalisée en urgence lorsqu'elle se fait sans délai.

Dès 1986, avec l'initiative « pour une maternité à moindre risque. » l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) 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 le taux de mortalité maternelle [2] ;

De ce fait, la césarienne semble devenir la technique chirurgicale incontournable pour contrecarrer toutes les dystocies et difficultés obstétricales. Ainsi, le taux des naissances par césarienne a augmenté continuellement au cours de ces dernières décennies à travers le monde. L'O.M.S. estime que le taux normal de césarienne doit se situer entre 10% et 15% [3].

En France, le taux de césarienne est passé de 15,5% en 1995 à 20,8% en 2010 [4]. Aux Etats-Unis (U.S.A.) ; sa fréquence est de 24% [5]. En Afrique selon l'O.M.S. [6] le taux de césarienne entre 2005 et 2011 s'élevait à 2% au Mali et en Guinée Conakry, 6% au Sénégal et en Côte d'Ivoire, 1% au Niger. En Afrique d'après une étude menée à Cocody en Côte d'Ivoire le taux de césarienne en urgence était de 83% en 2012 [7], et 82,4% en 2014[8] au Maroc. Au Mali selon certains auteurs [10] le taux de césarienne en urgence était de 87,1% [9] en 2008 et 78,51% en 2015. Les indications de césarienne qui ont été rapportées par la plupart des auteurs comme étant leur principale indication sont : dystocie mécanique 46,6% et 22,1% [7;11], la souffrance fœtale aigüe 58,8% et 17,1% [7;11].

La pratique de la césarienne d'urgence peut être émaillée des complications, à savoir : la suppuration pariétale 10,52% et 2,1% [12;8], l'hémorragie du post-partum 6,14% et 0,4% [12;7]. Les complications maternelles peuvent survenir

même dans les pays développés, telles que les complications anesthésiques 1%, et Hémorragique 5% [13].

Dans les pays en développement, plusieurs progrès ont été notés au niveau des techniques anesthésiques et obstétricales pour offrir une bonne sécurité materno-fœtale au cours des césariennes en urgence. Cependant, les données intéressant les aspects anesthésiques ; obstétricaux et surtout pédiatriques, sont encore insuffisantes dans notre district sanitaire d'où l'intérêt de cette étude dont les objectifs sont les suivants :

II. OBJECTIFS

1. OBJECTIF GENERAL :

Etudier la césarienne d'urgence dans le centre de Santé de Référence de Kati.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence de césarienne en urgence.
- Décrire les caractéristiques socio-démographiques des patientes.
- Déterminer les indications de la césarienne en urgences.
- Décrire le pronostic maternel et fœtal.

III. GENERALITES :

3-1. Définition :

L'opération césarienne est l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après cœliotomie, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale [1], elle est réalisée en urgence lorsqu'elle se fait sans délai.

3-2. RAPPELS ANATOMIQUES DE L'UTERUS 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^e mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

Selon Merger R. [1] les dimensions sont les suivantes :

Hauteur Largeur

A la fin du 3^e mois 13cm et 10cm

A la fin du 6^e mois 24cm et 16cm

A terme 32cm et 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 et sa structure faisant l'objet de discussion entre les auteurs, nous nous limiterons à rappeler ses rapports dont la méconnaissance pourrait favoriser la survenue de complications per opératoire :

En avant :

- Le péritoine vésico-utérin épaissi par 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.

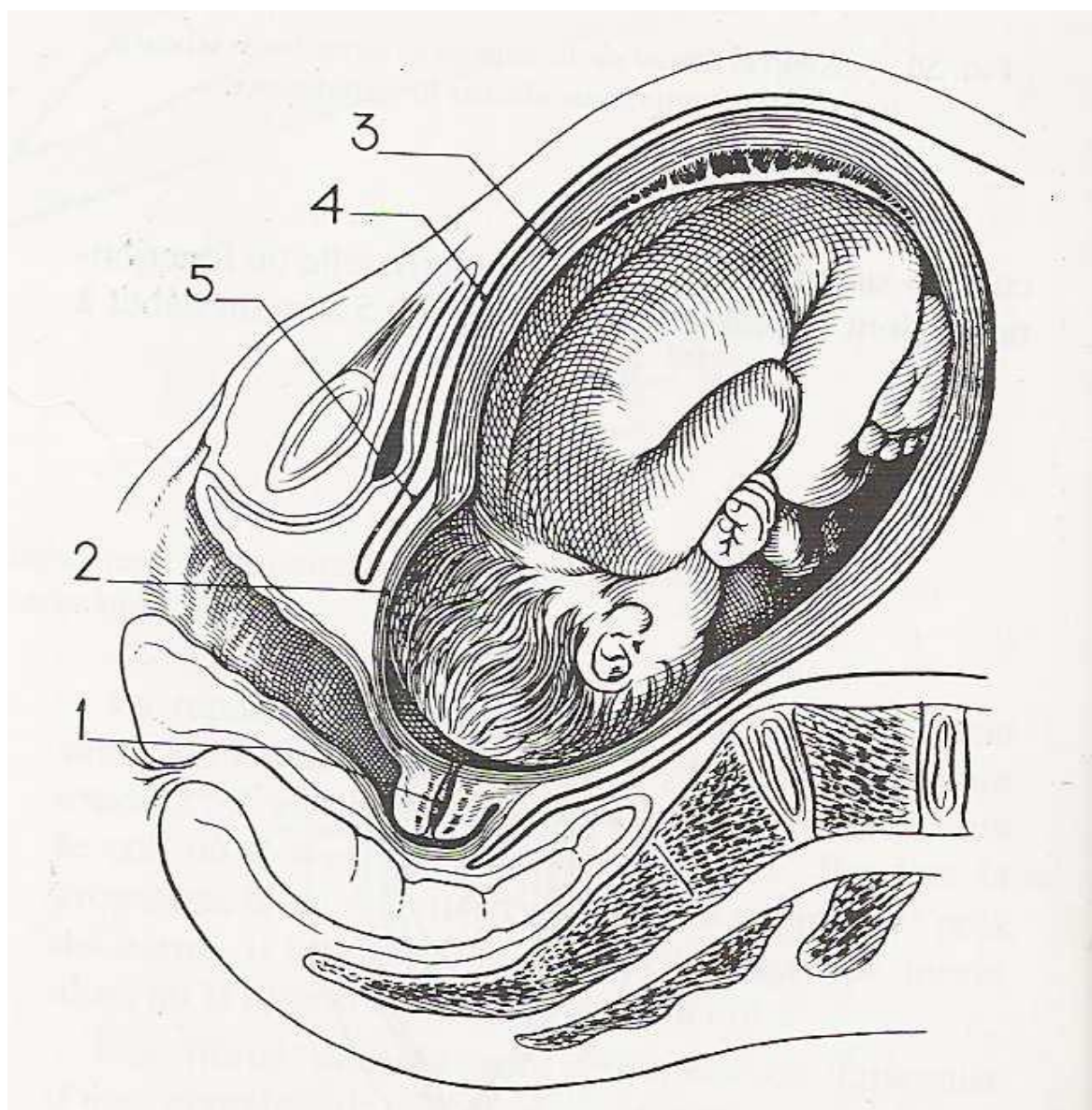


Figure 1 : Schéma de l'utérus gravide. In Merger [1]

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

3-3. Historique : [14,15]

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'ESCULAPE (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 dérive 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 :

Durant la 2^e moitié du 18^e 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.

3-4. 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.

A titre illustratif, les taux de césarienne en Europe sont très variables (Islande 15,2% ; Italie 36,2% ; France 20,8%) en 2013 [16]. Taux de césarienne aux USA 32,5% [16].

En Afrique selon l'O.M.S. [6] le taux de césarienne entre 2005 et 2011 s'élevait à 2% au Mali et en Guinée Conakry, 6% au Sénégal et en Côte d'Ivoire, 1% au Niger.

L'OMS [3] estime que le taux normal de césarienne doit se situer entre 10% et 15%.

3-5. Indications de césarienne :

3.5.1. Indications de césarienne prophylactique : L'indication est portée en consultation prénatale :

○ **Indications maternelles :**

- **Les anomalies du bassin :**

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

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

- Un utérus bi cicatriciel ou plus impose une césarienne ;
- Un utérus uni cicatriciel associé à un facteur de risque (bassin limite, bassin asymétrique).
- Les cicatrices de ruptures utérines.

- **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 d'accidents vasculaires cérébraux ou tumoraux ;
- Les hémopathies malignes (maladie de Hodgkin) ;
- Les cancers du col constituant un obstacle prævia ;
- La maladie herpétique (vulvo-vaginale) ;

- Les troubles respiratoires avec hypoventilation ;
- 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 LILEY est d'un apport utile.
- L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparée.
- Les antécédents de déchirure compliquée du périnée.
- Les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales.
- Les prolapsus génitaux.
- **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 prolabant dans le Douglas.
- **Indications fœtales :**
 - **Souffrance fœtale chronique :** Elle s'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.
 - **Malformations fœtales :** Elles s'imposent la césarienne que lorsqu'elles sont compatibles avec la vie (curables chirurgicalement) et lorsque la voie basse menace la vie du fœtus.
 - **Prématurité :** Elle n'est pas une indication de césarienne mais les facteurs associés l'imposent souvent dans l'intérêt du fœtus.
 - **Grossesse multiple :**

- **Grossesse gémellaire** : le 1er 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 préterm** : sans hiérarchisation de la valeur des enfants ; cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.
- **Mort habituelle** : lorsqu'elle survient 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.
- **Gros fœtus**: Les macrosomies, poids estimé à 4000g ou plus, ou diamètre bipariétal >100mm doivent bénéficier d'une césarienne prophylactique.
- **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 fœtal.
 - 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.

3.5.2. Indications de la Césarienne d'urgences :

- **La souffrance fœtale aiguë** : en cours de travail est appréciée par la clinique (liquide teinté, ralentissement des bruits du cœur), surveillance électronique du travail, le pH-mètre, est bien sur une

indication de la césarienne, en dehors d'une possibilité immédiate d'extraction par voie basse.

- **Le placenta prævia** conduit à la césarienne dans deux circonstances : soit parce qu'il est recouvrant, soit parce qu'il est hémorragique.
- **Pré-rupture** est reconnue devant l'hypertonie avec mauvais relâchement entre les contractions, apparition de douleur segmentaire et/ou de saignements survenant dans un contexte évocateur (utérus cicatriciel, stagnation du travail). Ces signes doivent inciter à césariser avant l'apparition de l'anneau de rétraction de Bandl Formel (utérus en sablier) et la rupture vraie qui nécessite bien sur une intervention d'extrême urgence.
- **La procidence du cordon** : reste une indication indiscutable car elle est une souffrance fœtale aiguë. C'est une indication de césarienne d'extrême urgence sauf si l'enfant est mort, la tête est engagée à la partie basse (il est plus rapide de faire un forceps). C'est une représentation du siège à dilatation complète sans anomalie du rythme cardiaque fœtal.
- **L'hématome retro-placentaire** : dans sa forme dramatique conduit à la césarienne.
- **Hypertension artérielle** : elle impose la césarienne en urgence lors des accidents aigus qui mettent en jeu la vie du fœtus et de la mère : éclampsie, hématome retro-placentaire. Par ailleurs, la gravité de l'atteinte maternelle (uricémie > 60 mg / litre), l'hypotrophie fœtale sévère et la souffrance fœtale chronique avec greffe d'une souffrance fœtale aiguë peuvent conduire à la césarienne.
- **Les dystocies dynamiques** : Les dystocies dynamiques pures sont actuellement rares du fait de la meilleure connaissance de leur physiopathologie et de la thérapeutique adéquate qu'on y oppose. Il faut cependant, avoir à l'esprit que l'arrêt de la dilatation au cours du

travail d'accouchement peut être la traduction d'une dystocie mécanique parfois difficile à cerner.

- **L'échec de l'épreuve de travail** : qui avait été tentée sur un bassin limite est la principale indication.
- **Disproportion fœto-pelvienne ou dystocie mécanique** : Concerne les cas de macrosomie ; B.G.R ; et défaut d'engagement.

3-6. Technique de la Césarienne

- **Bilan** : Examinée la patiente à la recherche d'une pâleur, d'un œdème, d'une anomalie de la tension artérielle, d'une maladie cardiaque ou pulmonaire et prendre les mesures voulues. Déterminer quelle est la position et la présentation du fœtus et vérifier la présence des bruits du cœur fœtal. Pour une césarienne programmée un examen vaginal n'est généralement pas nécessaire sauf parfois en cas d'urgence [17].

Notre objectif n'est pas de décrire toutes les techniques si nombreuses depuis les débuts de l'intervention jusqu'à maintenant. Ainsi, ne seront décrites ici que la césarienne segmentaire et la césarienne corporeale. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général. La césarienne est une intervention apparemment facile, ce qui conduit souvent à l'abus ; trop de personnes s'y adonnent. Les unes insuffisamment formées en chirurgie, les autres encore moins en obstétrique. Alors que dans le contexte même de l'obstétrique moderne, effectuer une césarienne requiert une bonne connaissance de l'obstétrique et de la chirurgie, sécurisée par une anesthésie et une réanimation efficace avec un plateau de néonatalogie de pointe. La préparation de l'intervention proprement dite nécessite l'installation de la patiente (légèrement basculée à gauche), l'anesthésiste, la perfusion, un ou deux aides, un médecin, une sage-femme et une puéricultrice aseptiquement habillée pour recevoir l'enfant.

- **La césarienne classique : [18]**
- **Premier temps** : Mise en place des champs ; cœliotomie 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. 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 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.

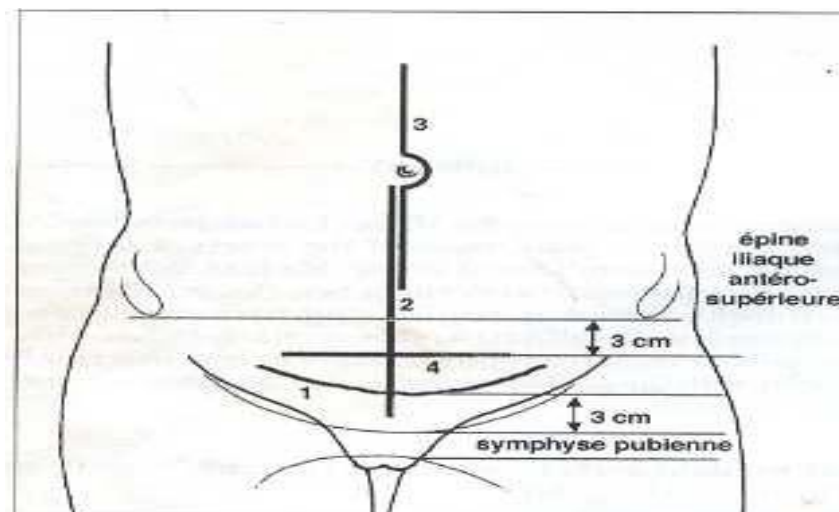
- **La césarienne selon la technique de MisgavLadach : [14]**
- Se basant sur la littérature, Michel Stark de l'hôpital Misgav Ladach de Jérusalem a modifié et rationalisé ces nouvelles stratégies en mettant au point une technique qu'il a appelée modestement méthode de Misgav Ladach. Elle consiste à :
- L'ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 3cm en dessous 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 MisgavLadach :**
- 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.
- 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.
- **Césarienne par voie Vaginale :**
Exceptionnellement pratiquée, il s'agit d'une césarienne segmentaire extra péritonéale, réalisable en dehors de toute dystocie mécanique sur

un segment inférieur bien formé. L'indication principale est l'urgence médicale avec un fœtus dont la naissance par voie basse a été jugée facile (diamètre bipariétal inférieur à 80 mm). Dans un contexte de menace maternelle grave, de souffrance fœtale aiguë ou de grande prématurité, elle peut permettre l'accouchement dans un délai bref avec un minimum de traumatisme fœtal.

Les temps opératoires comprennent une section verticale de la lèvre antérieure du col, un décollement vésico-utérin facilité par une traction divergente des bords du col incisé, un refoulement de la vessie à l'aide d'une valve, une hystérotomie segmentaire verticale dans le prolongement de l'incision cervicale. Si nécessaire, une incision complémentaire peut être réalisée : soit une incision transversale en avant, soit une incision longitudinale en arrière, cervico-segmentaire, après ouverture du cul-de-sac de Douglas.

- L'extraction fœtale se fait après retrait des valves. Les suites maternelles sont comparables à celles d'un accouchement naturel.

-



- **Figure 2: Différents types d'incision cutanée. In Merger [1]**
- **1 : incision Pfannenstiel ; 2 : laparotomie médiane sous ombilicale ; 3 : laparotomie médiane sus et sous ombilicale ; 4 : Joël Cohen.**

- **Types d'hystérotomies :**
- **Hystérotomie segmentaire transversale :**
- Elle est segmentaire transversale respectant théoriquement au mieux l'anatomie du segment inférieur. L'incision transversale est peu hémorragique puisqu'elle suit la direction des faisceaux et des vaisseaux myométriaux. Pour éviter la propagation de l'incision vers les pédicules utérins, il faut faire un tracé arciforme au bistouri dont la concavité est tournée vers le haut, ce qui permet également d'augmenter l'orifice de sortie du fœtus. [19]
- **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.

3-7. Les complications de la césarienne : [20, 21, 22]

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.

3-7.1. 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 acreta).

- **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.

3-7.2. Les complications postopératoires :

3-7.2.1. 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 GRALL : « 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'infection du post partum, constitue avec la pré éclampsie et l'hémorragie, des causes fréquentes de décès maternel [20],

- **L'hémorragie post opératoire :**

Dans la littérature, les complications hémorragiques représentent 2.4% de l'ensemble des complications responsables de morbidité maternelle majeure après une césarienne et elles sont significativement moins fréquentes lorsque l'intervention est programmée que lorsqu' elle est pratiquée en urgence [21].

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 :

La grossesse et la période du post partum exposant la femme en âge de procréer à un risque d'une thrombose veineuse profonde et d'une embolie pulmonaire cinq fois plus élevé que chez une femme non enceinte d'âge identique [22].

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.

3-7.2.2. 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.

Cette équipe de garde est constituée d'un étudiant en année de thèse qui est sous la responsabilité du gynécologue et ainsi que les décisions prise lors de la garde, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une matrone ou aide-soignante, d'un assistant anesthésiste qui est appelé en cas de besoin, d'un manœuvre et d'un chauffeur.

Les autres activités sont : les consultations gynécologiques, les interventions chirurgical programmées. La prise en charge des urgences gynéco-obstétriques est assurée 24H/24.

Tableau I : Equipement de la maternité

	MATERIELS	NOMBRE
Salle d'accouchement	Table d'accouchement	02
	Stéthoscope obstétrical	01
	Bassin de lit	04
	Sceau d'eau de décontamination	02
	Appareil à tension	01
	Source lumineuse	01
	Poubelle	01
	Poupinelle	02
	Ventouse	01
	Boite d'accouchement	04
	Table chauffante pour N-né	01
Bloc opératoire	Boite de laparotomie	01
	Boite gynécologique	01
	Boite de forceps	01
	Boite de césarienne	03
	Table opératoire	02
	Boite de sécurité	06
	Autoclave	01
	Bistouri électrique	01
	Poupinelle	01
	Aspirateur	01
	Générateur d'oxygène	01
	Poubelle	03
	Boite à blouses et champs	03
	Lampe scialytique	01

2. Type et période d'étude :

Il s'agit d'une étude analytique transversale et prospective à visée descriptive. Elle s'est étalée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017.

3. Population d'étude :

Elle est constituée de toutes les femmes ayant accouché dans le service de gynécologie obstétrique du C.S.Réf de Kati.

4. Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans notre étude, toutes les gestantes ou parturientes qui ont eu une opération césarienne en urgence dans le service de gynécologie ainsi que tous les nouveaux nés issus de ces césariennes.

4.1. Critères de non inclusion :

Toutes femmes ayant bénéficié une césarienne prophylactique, ou qui ont été opérées dans un autre service et qui sont admises dans le service pour complication post-opératoire, ainsi que tout nouveau-né non issu de la césarienne en urgence dans le C.S.Ref de Kati.

5. Technique et collecte des données :

5.1. La collecte des données

Elle a été faite à partir des supports suivants :

- Une fiche d'enquête individuelle pré établie ;
- Les dossiers obstétricaux ;
- Le registre d'accouchement ;
- Le registre de compte rendu opératoire.
- Le registre de césarienne

5.2. La technique

Elle a consisté en une interview et à la lecture des supports sus-cités dont les données sont consignées dans le questionnaire et inscrites sur la fiche d'enquête.

6. Les variables étudiées

Ont été :

L'âge, la profession, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux, le mode d'admission, le motif d'admission, le moyen de transport, la notion de C.P.N., le lieu de la CPN, auteur de la CPN, l'indication de la césarienne, le type d'anesthésie, les complications obstétricales et post-césariennes, la prise en charge des complications maternelles, le score d'Apgar du nouveau-né, la prise en charge du nouveau-né, la durée d'hospitalisation, l'état de la mère et du nouveau-né à la consultation post opératoire.

7. Analyse et traitement des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft Word 2013 et analysées sur le logiciel SPSS 20. Le test exact de Fisher a été utilisé, les graphiques ont été réalisés sur Excel. Le seuil significatif a été fixé pour la probabilité ($p \leq 0,05$).

8. Définitions opératoires :

- **Patiente** : gestante ou parturiente
- **Primigeste** : femme en état de grossesse pour la 1^{ère} fois
- **Paucigeste** : femme en état de grossesse pour la 2^{ème} ou 3^{ème} fois
- **Multigeste** : femme en état de grossesse pour la 4^{ème} ou 5^{ème} fois
- **Grande multigeste** : femme en état de grossesse pour la 6^{ème} fois ou plus
- **Primipare** : femme ayant accouché une fois
- **Paucipare** : femme ayant accouché 2 ou 3 fois
- **Multipare** : femme ayant accouché 4 ou 5 fois
- **Grande multipare** : femme ayant accouché 6 fois ou plus
- **Venue d'elle-même** : Gestantes ou parturientes admises directement dans le service sans passer par un autre centre.

- **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 adaptée sans la notion d'une urgence [23].
- **Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation [23].
- **Phase active du travail d'accouchement**: c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale ≥ 4 cm.
- **Phase de latence**: c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale ≤ 3 cm.
- **Césarienne prophylactique**: césarienne programmée, lors des CPN et faite avant le début du travail d'accouchement.
- **Césarienne en urgence**: c'est une intervention chirurgicale qui est fait sans délai.
- **Apgar** : ensemble de paramètres permettant d'évaluer l'état général du nouveau-né à la première et à la cinquième minute de vie extra utérine. Chaque paramètre est coté de 0 à 2. 0 = mort-né, 1-3 = état de mort apparente, 4-7 = état morbide, 8-10 = bon ou satisfaisant.
- **Naissance vivante** : C'est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception, pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché[24].

- **Mort-né** : On entend par mort-né tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance.
- **Mortinatalité** : Est celle qui frappe le fœtus pendant la grossesse (mortalité antépartum), suivie ou non de rétention fœtale et pendant l'accouchement (mortalité intrapartum) [23].

Elle concerne tous les nouveau-nés qui naissent sans battement cardiaque et n'ont pas eu de mouvements respiratoires.

- **Mortalité maternelle** : Selon l'O.M.S., la mort maternelle se définit comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite » [25].
- **Mortalité néonatale** : c'est l'ensemble des enfants nés vivants mais décédés entre la naissance et le 28^e jour de vie. On distingue la « mortalité néonatale précoce », pour les décès durant la première semaine, de la « mortalité néonatale tardive », pour ceux des trois semaines suivantes [25].
- **Mortalité périnatale** : C'est la somme de la mortinatalité et de la mortalité néonatale précoce [26].

4. RESULTATS

1. Fréquences :

Sur un total de 2114 accouchements, nous avons colligé 355 cas de césarienne soit une fréquence de **16,79%**.

- Les césariennes d'urgence ont représenté 202 cas sur 2114 accouchement soit une fréquence de **9,55%**.

- Par rapport à l'ensemble des césariennes, celle réalisée en urgence a représenté **56,90%**.

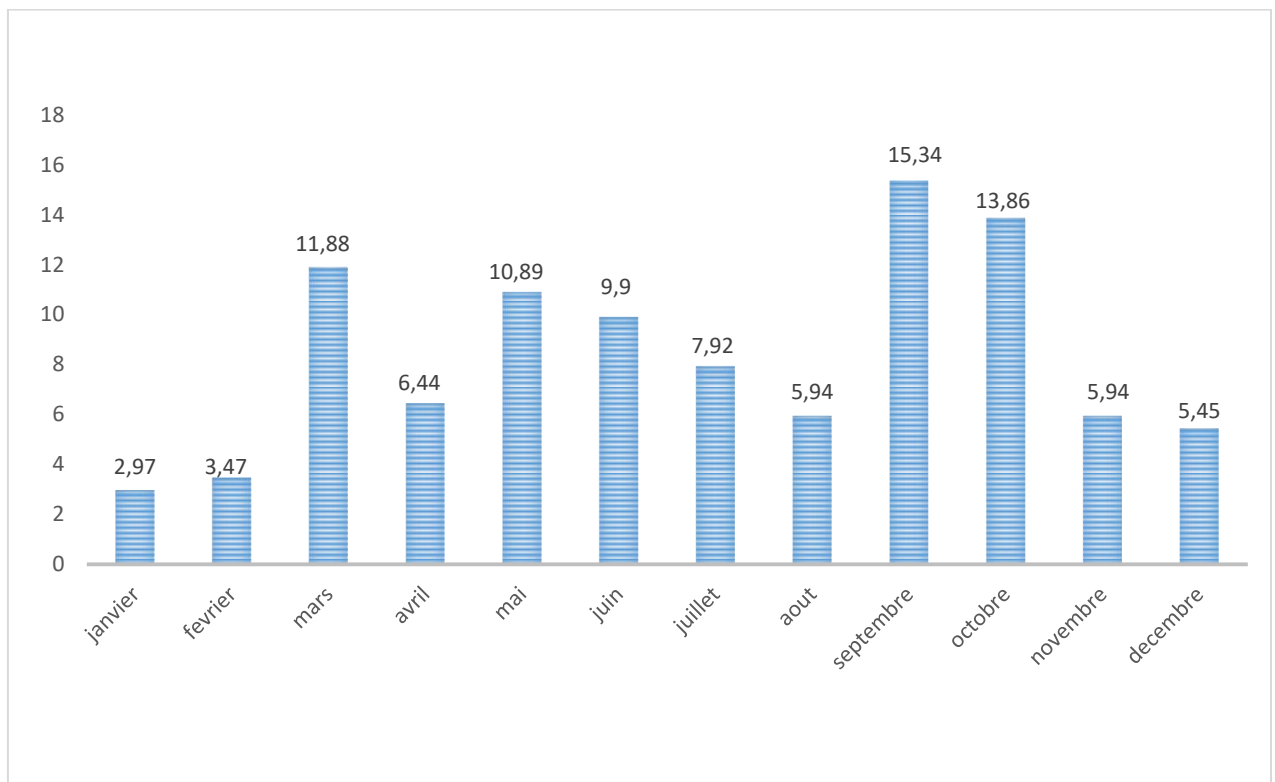


Figure 4 : Répartition de la fréquence des césariennes d'urgence selon le mois

2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes :

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

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
≤ 19 ans	57	28,2
20 ans à 35 ans	99	49
> 35 ans	46	22,8
Total	202	100

L'âge moyen des patientes était de 26 ans avec les extrêmes de 16 et 42 ans.

L'écart type était de 11,4.

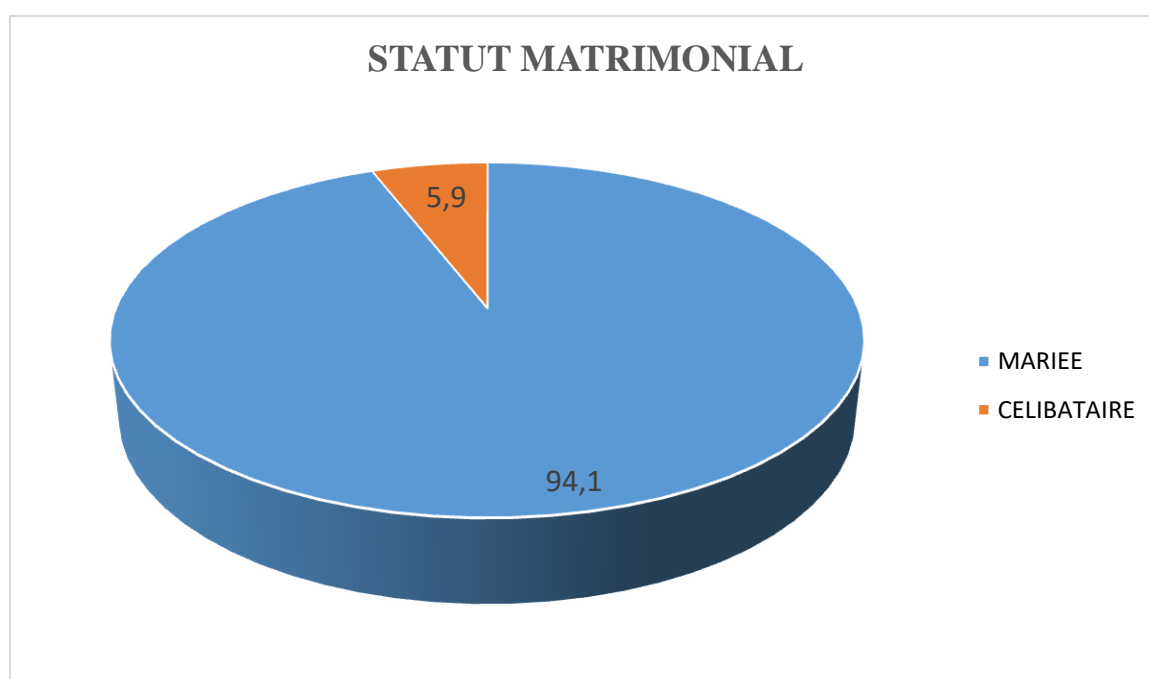


Figure 5 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

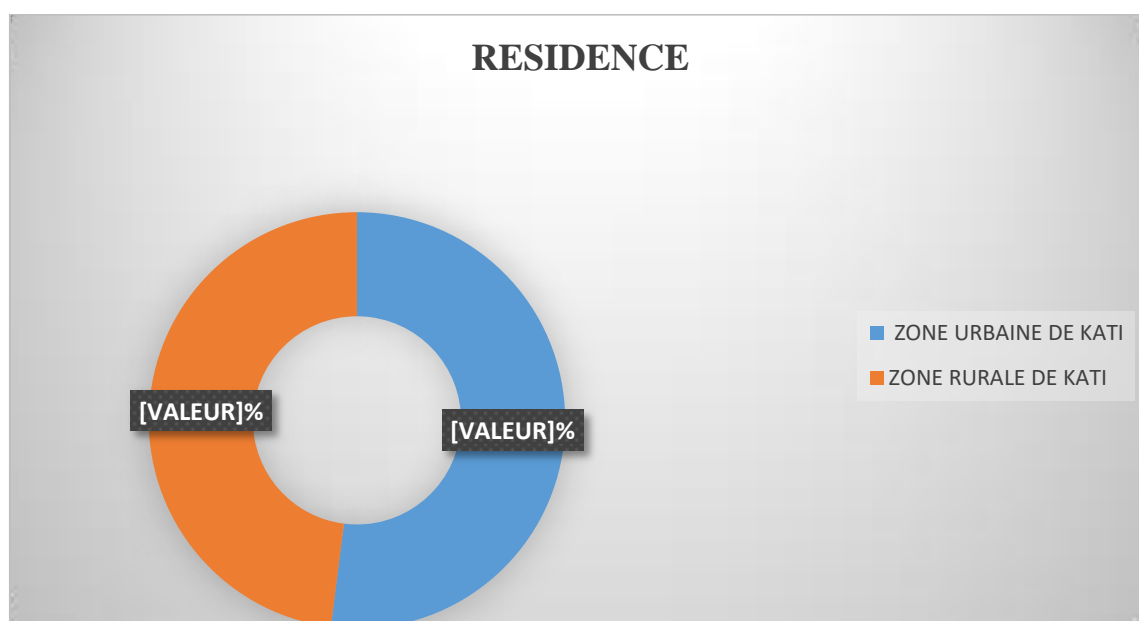


Figure 6 : Répartition des patientes selon la résidence

Tableau III : Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectifs	Pourcentage
Primipare	84	41,6
Paucipare	57	28,2
Multipare	32	15,8
Grande multipare	29	14,4
Total	202	100

La parité moyenne était de 4,5 avec les extrêmes de 1 et 9.

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'intervalle inter génésique

Intervalle inter génésique	Effectifs	Pourcentage
< 12 mois	5	2,5
12-24 mois	56	27,7
> 24 mois	141	69,8
Total	202	100

L'intervalle inter génésique moyen était de 20,5 mois avec les extrêmes de 10 et 36 mois.

Tableau V : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectifs	Pourcentage
Césarienne	46	22,7
GEU	3	1,5
Cure de cystocèle	2	1
Aucun	151	74,8
Total	202	100

Tableau VI : Répartition des patientes selon le mode admission

Mode admission	Effectifs	Pourcentage
Venue d'elle-même	124	61,4
Evacuée	48	23,8
Référée	30	14,9
Total	202	100

Tableau VII : Répartition des patientes selon l'auteur de la CPN

Auteur de la CPN	Effectifs	Pourcentage
Gynécologue obstétricien	26	13
Médecin généraliste	13	6
Sage-femme	91	45
Infirmière obstétricienne	10	5
Matrone	16	8
Non suivie	46	23
Total	156	100

2. Données cliniques :

Tableau VIII : Répartition des patientes selon l'état des membranes a l'admission.

Etat des membranes	Effectifs	Pourcentage
Intactes	107	53
Rompues	95	47
Total	202	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique en per opératoire

Aspect de liquide amniotique en peropératoire	Effectifs	Pourcentage
Clair	148	73,3
Méconial	48	23,7
Hématique	6	3,0
Total	202	100

Tableau X : Répartition des patientes selon la phase du travail à l'admission

Phase du travail	Effectif	Pourcentage
Phase de latence	77	38,1
Phase active	125	61,9
Total	202	100

Tableau XI : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne

Indications	Effectifs	Pourcentage
D.F.P	92	45,5
Asphyxie foétale	71	35,1
Procidence du cordon battant	7	3,5
Placenta prævia Hémorragique	2	1,0
Hématome retro-placentaire	2	1,0
Présentation du siège sur bassin limite	14	6,9
Grossesse gémellaire J1 en siège	5	2,5
Dystocie dynamique sur utérus cicatriciel	3	1,5
Syndrome de pré-rupture	1	0,5
Hypertension artérielle sévère	2	1,0
Echec de l'épreuve du travail	3	1,5
Total	202	100

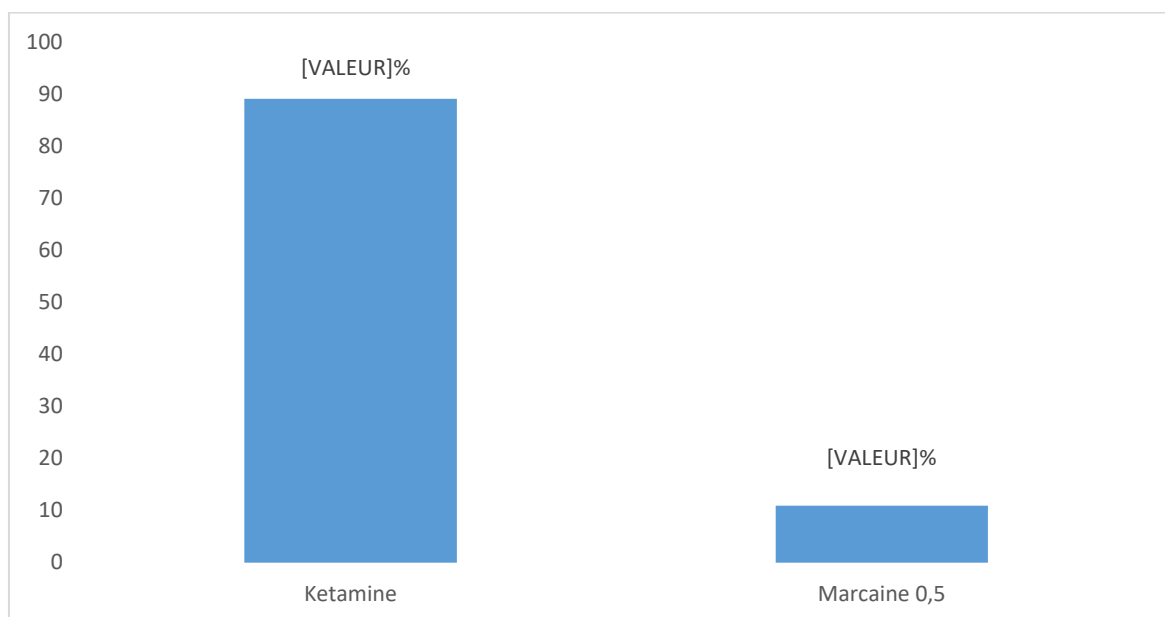


Figure 7 : Répartition des patientes selon le type de produit anesthésique utilisé.

Tableau XII : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectifs	Pourcentage
Générale (sans IOT)	180	89,1
Rachianesthésie	22	10,9
Total	202	100

Tableau XIII : Répartition des patientes selon le moment de la césarienne.

Moment de la césarienne	Effectifs	Pourcentage
[8H- 21H [122	58,9
[21H-8H [80	38,6
Total	202	100

Tableau XIV : Répartition des patientes selon le délai entre la décision de césarienne et l'incision.

Délai décision et l'incision	Effectifs	Pourcentage
< 30 min	135	66,8
30-1h	23	11,4
>1h	44	21,8
Total	202	100

Le délai moyen était de 49min avec les extrêmes de 25 et 80min.

Tableau XV : Répartition des patientes selon le délai entre l'incision et l'extraction.

Délai incision et extraction	Effectifs	Pourcentage
< 4 min	157	77,7
4-7 min	41	20,3
≥ 7 min	4	2
Total	202	100

Le délai moyen était de 6min avec les extrêmes de 3 et 14min

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la durée totale d'intervention.

Durée totale d'intervention	Effectifs	Pourcentage
< 30 min	36	17,8
30-1h	144	71,3
> 1h	22	10,9
Total	202	100

La durée moyenne était de 58min avec les extrêmes de 25 et 120min.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la spoliation sanguine

Spoliation sanguine	Effectifs	Pourcentage
< 100 ml	23	11,4
100-500 ml	120	59,4
500-1000 ml	53	26,2
≥ 1000ml	6	3
Total	202	100

La quantité moyenne était de 632ml avec les extrêmes de 60 et 1500ml.

3. Pronostic materno-fœtal :

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon les complications d'anesthésie à induction chez la mère.

Complications	Effectifs	Pourcentage
Hypotension	3	1,48
Arrêt cardiaque	1	0,5
Trouble respiratoire	1	0,5
Aucun	197	97,52
Total	202	100

NB : Un cas d'arrêt cardiaque enregistré et réanimé sans succès.

Tableau XIX : Répartition des nouveau-nés selon le score d'apgar à la première et la cinquième minute.

	SCORE D'APGAR			
	1 ^{ère} Min		5 ^e Min	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
0	9	4,3	9	4,3
1 – 3	6	2,9	1	0,5
4 – 7	67	32,4	10	4,8
8 – 10	125	60,4	181	89,6

NB : Nous avons enregistré 9 cas de mort-nés, dont (6) mort-nés frais.

NB : les nouveau-nés présentant une souffrance néonatale ont été tous adressés au service de néonatalogie du CHU Gabriel TOURE.

Tableau XX : Répartition des causes de mort-né.

Cause des mort-nés	Effectifs	Pourcentage
Souffrance foétale	5	55,6
HRP	1	11,1
HTA sévère	2	22,2
Syndrome transfuseur-transfusé	1	11,1
Total	9	100

Tableau XXI : Répartition des nouveau-nés selon leur poids à la naissance

Poids	Effectifs	Pourcentage
< 2500g	18	8,7
2500- 3999g	161	77,8
≥ 4000g	28	13,5
Total	207	100

Le poids moyen des nouveau-nés était de 3309g avec des extrêmes de 2000 et 4050g.

Tableau XXII: Répartition des patientes selon les complications post opératoires

Complications post opératoire	Effectifs	Pourcentage
Hémorragie du post-partum	6	3
Suppuration pariétale	7	3,5
Eventration	1	0,5
Total	14	100

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
≤ 2 jours	1	0,5
3-4 jours	190	94,1
5-10 jours	11	5,4
Total	202	100

Durée moyenne était de 4 jours avec les extrêmes de 1 et 10jours.

Résultats analytiques :

Tableau XXIV : Relation entre le score d'apgar à la première minute et le délai entre décision et incision.

Apgar à la 1ere minute	Durée entre décision et incision			Total
	INF 30min	30-1heure	SUP 1heure	
≥ 8	76	16	28	120
4-7	50	3	14	67
1-3	2	2	2	6
0	7	2	0	9
Total	135	23	44	202

Test exact de Fisher p=0,21

Tableau XXV : Relation entre Complications anesthésiques et type d'anesthésie

Complications anesthésiques	Type anesthésie		Total
	Générale	Locorégionale	
Hypotension	3	0	3
Arrêt cardiaque	1	0	1
trouble respiratoire	1	0	1
Total	5	0	5

Test exact de Fisher p= 0,9

Tableau XXVI : l'Apgar à la première minute et la durée entre incision et extraction

Apgar à la 1 ^{ERE} minute	Durée incision et extraction			Total
	≤ 4min	5-9min	10-14min	
≥ 8	94	24	2	120
4-7	53	13	1	67
1-3	4	2	0	6
0	6	2	1	9
Total	157	41	4	202

Test exact de Fisher p= 0,91

COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Approche Méthodologique :

Nous avons mené une étude transversale et prospective à visée descriptive dans le service de gynécologie obstétrique de Kati. Cette étude nous a permis d'avoir un aperçu des données concernant la césarienne d'urgence. Nous avons eu la difficulté suivante : dossiers d'anesthésie de certaines patientes non vues.

2. Fréquence :

Sur un total de 2114 accouchements, nous avons colligé 355 cas de césarienne soit 16,79%.

Durant la même période 202 césariennes d'urgences sur 2114 ont été réalisées soit une fréquence de 9,55% par rapport au nombre total d'accouchement.

Par rapport à l'ensemble des césariennes, celles réalisées en urgence représentaient 56,90%. Ce taux est statistiquement inférieur à ceux obtenus par KEITA M. [11] ($p=0,2 \cdot 10^{-7}$) ; KORENZO M. [10] ($p < 0,05$) au Mali, avec respectivement 87,1%, 78,51% et SARRA A. [8] ($p=0,1 \cdot 10^{-8}$) au Maroc avec un taux de 82,4%.

Cette différence significative s'explique par le fait qu'il y avait plus de cas de césarienne d'urgence dans ces services que le nôtre.

3. Les caractéristiques sociodémographiques :

Près de la moitié des parturientes (49%) dans notre série, avait un âge compris entre 20-35 ans. Ce résultat est le même que celui obtenu par SARRA A. [8] en 2014 au Maroc. Il s'agirait là de l'âge optimal de la procréation en Afrique. Les parturientes venaient d'une zone urbaine dans 52% des cas, ceci s'expliquerait par le fait que le Centre de Santé de Référence est situé en plein centre de Kati et d'accès facile.

Les femmes au foyer étaient les plus représentées avec 88,1%, cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali, plus de 90% des femmes ne sont pas scolarisées, donc s'occupent surtout des ménages (EDSVI) [27].

L'hypertension artérielle était l'antécédent médical le plus retrouvé avec 1%. COUMARE M S [28] aux Csref de Dioila en 2019 a trouvé 1,77%.

L'antécédent de césarienne a été trouvé chez 22,7% des cas dans notre série, presque la même tendance a été retrouvée chez COUMARE M S [28] ($p=0,54$) 29,3%. L'indication de la césarienne antérieure pourrait expliquer cette fréquence élevée de recours à la césarienne.

Les primipares représentaient 41,6%, suivies des paucipares avec 28,2%. Ces chiffres se superposent à ceux obtenus par SARRA A. [8] dans un hôpital du Maroc avec respectivement 55,4% de Primipare et 37,1% de paucipare.

Dans notre étude 69,8% des parturientes avaient un IIG > 2ans ce taux est légèrement supérieur à celui de COUMARE M S [28] ($p<0,05$) qui a trouvé 55% cela s'explique par le fait que les femmes en période d'activités génitale ne pratiquaient pas activement les moyens de contraception.

Dans notre étude, 23% des grossesses n'ont pas été suivies. Ceci expliquerait le taux élevé des césariennes en urgence, car les facteurs de risques ne sont pas dépistés à temps et toutes les femmes à risque doivent être adressées à la C.P.N. pour d'autres avis appropriés à une éventuelle programmation de la césarienne.

Plus de la moitié des femmes sont reçues en phase active avec 61,9% et 38,1% en phase de latence du travail d'accouchement. Ceci expliquerait le caractère urgent des césariennes et les taux élevés de morbidité et de mortalité périnatale.

Près de la moitié de nos parturientes 47% avait la poche des eaux rompues. Presque la même tendance a été retrouvée par BAH M A au Centre de Santé de Référence de Kita [29] avec 54,5% et TOUNKARA C F M. [30] au Centre de Santé de Référence de Kati a également trouvé 55,56% des parturientes admises en urgences qui avaient leur poche des eaux rompues.

L'ouverture de l'œuf avant l'accouchement comporte un risque septique et expose, donc en cas de césarienne a une morbidité accrue justifiable pour de nombreux auteurs d'une antibioprophylaxie.

La dystocie mécanique, la souffrance fœtale aiguë et les anomalies liées à l'état génital au cours du travail ont été rapportées par la plupart des auteurs comme étant les trois principales indications de césarienne par leur fréquence [7]. Dans notre série, la dystocie mécanique domine avec 45,5%, suivie de l'asphyxie fœtale avec 35,1%. Cette même tendance a été retrouvée chez YAICH P [7] et OUOLOGUEM M D [31] avec une dystocie mécanique à (46,6%, 23,1%) et asphyxie fœtale à (58,8%, 46,6%).

Les femmes non ou mal suivies et le mauvais suivi des grossesses à risque par les agents non qualifiés font que ces femmes qui devraient bénéficier de la césarienne prophylactique sont opérées en urgence.

En matière de dystocie osseuse, Paul et Miller [32] considèrent que les obstétriciens doivent être vigilants avant de poser l'indication de la première césarienne car << césarienne une fois, césarienne pour toujours >>. Pour cela, une bonne confrontation céphalo-pelvienne par une radiopelvimétrie et une échographie obstétricale grâce au diagramme de Magnin permettrait de bien préciser la conduite à tenir.

Dans notre étude, l'anesthésie générale était plus majoritaire que la rachianesthésie avec 89,1%. Ce résultat pourrait s'expliquer par le caractère urgent de ces césariennes et surtout la plus grande facilité pour l'anesthésiste et son substitut à réaliser ce geste. Par contre dans l'étude de YAICH P [7] la rachianesthésie était le type d'anesthésie le plus pratiqué 79,4%.

4- Pronostic maternel et fœtal :

L'hémorragie du post partum a été enregistré dans six (6) cas soit 3% et 7 cas de suppuration pariétale. Ces taux sont inférieurs à ceux de COULIBALY A K [12] qui a trouvé 7 cas soit 6,14% d'hémorragie du post-partum et 35 cas soit 10,52% de suppuration pariétale, par contre YAICH P [7] a enregistré 2 cas d'hémorragie du post partum ; 9 cas d'éclampsie du post partum, 3 cas de hellp syndrome et 4 cas d'insuffisance rénale aiguë dont 2 étaient dialysées. Dans notre série nous avons enregistré un cas d'éventration traité par une suture secondaire et par antibiothérapie. Un cas de décès maternel a été

enregistré après une réanimation sans succès à la suite d'une anesthésie générale. Ce qui a permis de réaliser une césarienne post-mortem.

La durée d'hospitalisation << c'est un sujet d'actualité mais relativement peu documentés >> comme l'atteste Merchaouj et coll. Dans notre étude 94,1% de nos parturientes ont fait 3 à 4 jours d'hospitalisation. Ce taux est comparable à celui obtenu par KEITA M. [11] avec 95,6% à l'hôpital Fousseini Daou de Kayes et TRAORE A I [32] avec 96,67%. Cela signifie que la césarienne ne nécessite pas une longue durée d'hospitalisation sauf s'il y'a une complication.

Dans notre étude 35,3% des nouveau-nés avaient un Apgar inférieur à 8 à la première minute ; ce résultat est largement supérieur à celui obtenu par SIDIBE L [30] avec 19,2% d'Apgar compris entre 1 et 7. Ce taux pourrait s'expliquer par le fait que la souffrance fœtale aigüe a été la majeure indication de césarienne avec 35,1%.

Nous avons enregistré neuf (9) cas de mort-né soit un taux de 4,5% ; ce résultat est inférieur à celui obtenu par SIDIBE L [27] 6,4% en 2010 dans la même structure. Ceux-ci s'expliqueraient par le retard d'évacuation de certaines parturientes et la distance très longue qui sépare le CSRéf de certaines aires de santé dont l'accès est très difficile surtout à des heures tardives.

Nous n'avons pas trouvé de relation entre la décision-incision et l'apgar à la première. COULIBALY A K [12], trouve aussi qu'il n'y a pas de relation entre décision-incision et l'APGAR à la première minute.

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la complication d'anesthésie et le type d'anesthésie.

Nous n'avons pas trouvé de relation entre la durée d'incision-extraction et l'apgar à la première minute. Ce même résultat a été retrouvé par COULIBALY A K [12].

CONCLUSION :

La césarienne d'urgence est une pratique courante dans le service de gynécologie obstétrique au Centre de Références Major Moussa DIAKITE de Kati.

Ce travail nous a permis de conclure que des parturientes césarisées en urgence auraient pu, dans certaines de nos indications, être programmées si elles avaient bénéficié d'un suivi prénatal au cours de leur grossesse, ce qui améliorerait le pronostic materno-fœtal.

Le retard dans le diagnostic de césarienne prophylactique, l'absence de consultation prénatale et les mauvaises conditions de référence/évacuation. Sont entre autres responsables des complications avant pendant et après la césarienne.

IX. RECOMMANDATIONS :

A l'issu de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires :

- Recruter d'autres anesthésistes
- Assurer une présence permanente de l'anesthésiste
- Recruter un pédiatre
- Equiper le bloc opératoire du CSRef de Kati par des matériels de réanimation et d'anesthésie (circuit d'oxygène, table d'anesthésie)
- Améliorer le système de référence/évacuation

Au personnel sanitaire :

- Remplir correctement les dossiers obstétricaux.
- Dépister à temps les facteurs de risque liés à la grossesse afin de référer à temps.
- Assurer la formation continue du personnel sanitaire à travers les supervisions formatives
- Surveiller rigoureusement les parturientes à l'aide du partographe afin de dépister à temps toutes anomalies survenant au cours de l'accouchement.

A la population :

- Faire les CPN comme recommander par les agents de santé.
- Suivre les conseils et les recommandations des prestataires de santé.

BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES

VI • REFERENCES

1. Merger R, Levy K, Melchior J. Précis d'obstétrique. 6ème édition, Masson, paris, 1989, 533pages

2. Organisation mondiale de la santé. Mortalité prénatale de la santé. Mortalité maternelle : soustraire les femmes à l'engrenage fatal. Chronique OMS 1986 :40 ; 193-202.

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

4. Blondel B, et Coll. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Result from the French National Perinatal surveys. Gynecol Obstet Biol reprod (Paris) 2012; e1 e15.

5. Thoulon J M. Les césariennes ; Encyclopedie médico-chirurgicale, obstétrique ; 5102, A-10.

6. Bertrand D. Les Folies amoureuses qui ont fait l'histoire, L'Express Roularta, 2012, p200.

7. Yaich P et Coll. Pronostic materno-fœtal au chu de Cocody d'Abidjan. Thèse médecine. Université de Cocody ; 2012, p62.

8. Sarra A. Pronostic materno-fœtal des césariennes programmées et des césariennes urgentes. Thèse de médecine. Université Mohamed V-Souissi Maroc ; 2014, p49.

9. Kamina P. Petit bassin et périnée : organes génitaux – Tome 2. Paris Maloine ; 1995, p156.

10. Korenzo M. Etude de la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de la commune II. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2015, p71.

11. Keita M. Césarienne: pronostic materno-fœtal à l'hôpital Fousseini Daou de Kayes. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2008, p49.

- 12. Coulibaly A.K.** La césarienne au centre de santé de référence de Koutiala : Indication et pronostics fœto-maternel. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2008, p92.
- 13. Trabelsik.** Les complications maternelles peropératoire de la césarienne: A propos de 1404 cas. 2006, 40: 33-38.
- 14. Strak M.** Technique of cesarean section: the Misgav Ladach method. In: Popkin DR, Peddle LJ, editors, Women'sHealthToday. Perspectives on Current Research and Clinical Practice. Carnforth: The Parthenon Publishing Group, 1994: 81-5.
- 15. Kamina P.** Anatomie opératoire. Gynécologie et obstétrique. Paris: Maloine ; 2000.
- 16. Statistiques de l'OCDE sur la santé 2014**, observateur mondiale de la santé.
- 17. Diallo A.** Etude de la césarienne avant et pendant la gratuité au centre de santé de référence de keniéba. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2010, p30.
- 18. Karounga C.** Césariennes urgentes versus césariennes prophylactiques : Pronostic materno-fœtale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2010, p31.
- 19. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H.** Pratique de l'accouchement. 13ème édition. Masson, Paris, 2001, p434.
- 20. C. Lamy, S. Zuily, E. Perdriolle, E. Gauchotte, S. Villeroy-de-Galhau, M.O. Delaporte, D. Wahl, O. Morel, P. Judlin.** Management of post partum infections. 2012, 41: 886-903.
- 21. D. Subtil, P. Vaast, P. Dufour, S. Depret- Mosser, X. Codaccioni, F. Puech.** Conséquences maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse. 2000, 29: 10.

- 22. David J. O'Connor, Larry A. Scher, Nicholas J. Gargiulo, Jinsuk Jang, William. D. Suggs, Evan C. Lipsitz.** Incidence et caractéristiques de la maladie veineuse thromboembolique au cours de la grossesse et de la période post-natale. Une série contemporaine. *Anale de la chirurgie vasculaire*.2011, 25(1) : 10-16.
- 23. Fr.m.wikipedia.org.** (consulté le 29/11/2018) 12H
- 24. Dictionnaire.sensagent.** Le parisien.fr (consulté le 29/11/2018) 11H
- 25. Www.who.int> maternal_perinatale** consulté le (consulté le 29/11/2018) 14H
- 26. Www.dhsprogram.com>pubs** (consulté le 29/11/2018) 14H30
- 27. EDSVI,** enquête démographique de la santé.
- 28. Coumare M S.** Césarienne d'urgence versus césariennes prophylactique; pronostic materno-foetal au centre de santé de référence de Dioila. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2019, p88.
- 29. Bah M A.** Etude de la césarienne au centre de santé de référence de Kita. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2010, p78.
- 30. Tounkara C F M.** La césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-foetal au centre de santé de référence de Kati. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2015, p69.
- 31. Ouologuem M D.** La césarienne au centre de santé de référence de Markala. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2017, p57.
- 32. Paul RH, Miller DA.** Cesarean birt, how to reduce the rate. *Au J obstect gynecol* 1995 ; 172 ; 1903-11.
- 33. Traore A I.** Césarienne prophylactique dans le service de gynécologie obstétrique du CSRef de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2009, p113.
- 34. Sidibé L.** Etude épidémiologique de la césarienne au centre de santé de référence de Kati. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2010, p112.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTITE DE LA PATIENTE :

{q1} PRENOM :

{q2} NOM :

{q3} AGE : / / 1= ≤ 18 ans, 2= 19-30 ans, 3= 31-40 ans, 4= > 40

{q4} Statut matrimonial : / / 1 = mariée, 2 = célibataire

{q5} Profession : / / 1 = Ménagère, 2 = élève/étudiante, 3 = Fonctionnaire,
4 = commerçante.

{q6} Lieu de résidence : / / 1= zone urbaine de Kati, 2= zone rurale de kati

II. ANTECEDANTS :

1. Médicaux :

{q7} HTA : / / 1= oui, 2 = non ;

{q8} Drépanocytose : / / 1 = oui, 2 =non.

2. Chirurgicaux :

{q9} Césarienne : / / 1= oui, 2= non ;

{q10} GEU : / / 1 = oui, 2 = non ;

{q11} : / / cure de cystocèle: / / 1= oui, 2= non.

3. Obstétricaux :

{q12} Gestité : / / 1= primigeste, 2= pauci geste, 3=multi geste, 4=grande multi geste.

{q13} Parité : / / 1= primipare, 2= pauci pare, 3= multipare, 4= grande multipare.

{q14} Intervalle inter génésique : / / 1= < 1 an ; { 14 } 2= 1 A 2 ANS ; 3= > 2 AN

III. SUIVI DE LA GROSSESSE :

Consultation prénatale :

{q15} CPN : / / 1=oui 2= non

{q16} Auteur de la CPN : / / 1= Médecin Gynécologue, 2= Médecin Généraliste, 3=
Sage-Femme, 4= Infirmière obstétricienne, 5= Matrone.

IV. ADMISSION :

{q17} MODE D'ADMISSION : / / 1= venue d'elle-même, 2= référée, 3= évacuée.

PHASE DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT :

{q18} Phase de latence : / / 1= oui, 2= non ;

{q19} Phase active : / / 1= oui, 2= non

{q20} Phase expulsive : / / 1= oui, 2= non

{q21} Poche des eaux : / / 1= intacte, 2= rompue

{q22} si rompue état : / / 1= clair, 2= Méconial, 3= hématique, 4= autres : jaunâtre ;
marron

IV. CESARIENNE :

{q23} Indication : / / 1= BGR, 2= Utérus cicatriciel sur bassin limite, 3= Utérus multi cicatriciel, 4= Macrosomie fœtale, 5= souffrance fœtale aigue ; 6= procidence du cordon ; 7= placenta prævia hémorragique ; 8= HRP ; 9= présentation du siège sur bassin ; 10= Grossesse gémellaire j1 en siège, 11= Dystocie dynamique, 12= Pré-rupture, 13= Hypertension artérielle, 13= Echec de l'épreuve du travail, 14= Procidence du cordon battant.

{q24} Auteur : / / 1= Médecin Gynécologue, 2= Médecin Généraliste à compétence chirurgicale ; 3= sage-femme ; 4= infirmières obstétricienne ; 5= matrone ; 6= non suivie.

{q25} Anesthésie: / / 1= Générale, 2= Locorégionale.

{q26} Complication d'anesthésie: / / 1= hypotension ; 2= arrêt cardiaque ; 3= trouble respiratoire ; 4= autres.

{q27} Durée entre admission et la décision de césarienne : / / 1= < 30min ; 2= 30-1HEURE ; 3= >1 HEURE.

{q28} Durée d'incision et d'extraction: / / 1= \leq 4MIN ; 2= 5-9MIN ; 3= 10-14MIN.

{q29} Durée totale d'intervention: / / 1= \leq 30MIN ; 2= 30-1HEURE ; 3= > 1HEURE.

{q30} Spoliation sanguine : / / 1= < 100 ; 2= 100-500 ; 3= > 500-1000 ; 4= \geq 1000.

COMPLICATIONS POST CESARIENNE :

{q31} Suppuration pariétale : / / 1= oui, 2= non; Hémorragie / / 1= oui, 2= non ;
Eventration : / / 1= oui, 2= non ; Aucun :

VI. PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS :

{q32} Transfusion : / / 1= oui, 2= non

{q33} Antibiothérapie : / / 1= oui ; 2= non

VII. NOUVEAU-NE :

{q34} Nombre : / /

{q35} Sexe : / / 1= Masculin, 2= Féminin

{q36} Poids : j1/ / , j2 / /

{q37} Apgar : 1ere min : j1 / / j2 / / 5e min : j1 / / j2 / /

VIII. PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU-NE :

{q38} Réanimé : / / 1= oui, 2= non ;

{q39} Antibiothérapie : / / 1= oui, 2= non

{q40} Evacué en Néonatalogie= / / 1= oui, 2= non

IX. DUREE D'HOSPITALISATION :

{q41} Inférieure ou égale à 3 jours : / / 1=oui, 2= non,

{q42} 4 à 5 : / / 1= oui, 2= non

{q43} Sup ou égale à 6 jours : / / 1=oui, 2= non

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KONATE

Prénom : AICHATOU LOUISE

Nationale : Malienne

Titre: Césarienne d'urgence au centre de santé de référence <Major Moussa DIAKITE > de Kati.

Année académique : 2019 – 2020

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique

Résumé :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence « Major Moussa DIAKITE » de Kati

Il s'agissait d'une étude analytique transversale et prospective à visé descriptive intitulée : Césariennes d'urgence. La fréquence totale de la césarienne pendant la période d'étude était de 16,79% ; durant la même période 202 césariennes d'urgences ont été réalisées soit un taux de 9,55% par rapport au nombre d'accouchement, et 56,90% par rapport à l'ensemble des césariennes. L'âge moyen de notre population d'étude était 26 ans avec des âges extrêmes 16 et 42 ans. L'indication la plus fréquente a été la dystocie mécanique avec 45,5%. Comme complication nous avons eu 6 cas d'hémorragie soit 3%, 7 suppuration pariétale soit 3,5%, et un cas de décès maternel.

Mots clés : Césariennes, urgence, Csref, Kati, pronostic materno-foetal.

SERMENT D'HYPPOCRATE

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. Admise 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. Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !