

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE DU MALI

THESE

*présentée en vue d'obtenir le grade de DOCTEUR EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)*

**THEME : LES ASPECTS DEMOGRAPHIQUES ET
OBSTETRICAUX DES COMPLICATIONS
INFECTIEUSES POST-CESARIENNES DANS LE
SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE DE
L'HOPITAL GABRIEL TOURE**

PAR Monsieur Abdou Salam KOUATE

Soutenu le1995 devant la commission d'examen

JURY.

PRESIDENT: AMADOU DOLO

**MEMBRES : DIALLO FANTA SAMBOU
ALMAHDY DICKO**

DIRECTEUR DE THESE : SALIF DIAKITE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI
ANNEE UNIVERSITAIRE 1994-1995.

LISTE DES PROFESSEURS

ADMINISTRATION

Professeur	Issa	TRAORE	Directeur Général
Professeur	Boubacar	CISSE	Premier Assesseur
Professeur	Amadou	DOLO	Deuxième Assesseur
Docteur	Bernard	CHANFREAU	Conseiller Technique
Docteur	Bakary M.	CISSE	Secrétaire général
Monsieur	Mamadou	DIANE	Econome

PROFESSEURS HONORAIRES

Professeur	Aliou	BA	Ophtalmologie
Professeur	Bocar	SALL	Ortho-Traumato-SEcourisme
Professeur	Souleymane	SANGARE	Pneumo-Phtysiologie
Professeur	Yaya	FOFANA	Hematologie
Professeur	Mamadou Lamine	TRAORE	Chirurgie Générale
Professeur	Balla	COULIBALY	Pédiatrie

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. ET PAR GRADE

D.E.R DE CHIRURGIE ET DE SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Professeur	Sambou	SOUMARE	Chirurgie générale
Professeur	Abdel K.	KOUMARE	Chirurgie Générale

Professeur	Abdou A.	TOURE	Ortho. Traumato
Professeur	Kalilou	OUATTARA	Urologie

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGES

Professeur	Amadou	DOLO	Gyneco-Obstétrique
Professeur	Djibril	SANGARE	Chirurgie Générale
Docteur	Abdoul Kader dit Diop	TRAORE	Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Docteur	Mme Sy Aïda	SOW	Gynéco-Obstétrique
Docteur	Salif	DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Mamadou L.	DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
Docteur	Abdoulaye	DIALLO	Ophtalmologie
Docteur	Alhousseini Ag	MOHAMED	O.R.L.
Docteur	Mme F.S.	DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Docteur	Abdoulaye	DIALLO	Anesth.-Réanimation
Docteur	Sidi Yaya	TOURE	Anesth.-Réanimation
Docteur	Gangaly	DIALLO	Chirurgie Générale
Docteur	Sekou	SIDIBE	Ortho-Traumatologie
Docteur	Tiéman	COULIBALY	Ortho-Traumatologie
Docteur	J. Thomas	TRAORE	Ophtalmologie

5. ASSISTANTS

Docteur	Nouhoum	ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie Générale
Docteur	Ibrahim	ALWATA	Ortho-Traumatologie
Docteur	Sadio	YENA	Chirurgie Générale

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Professeur	Bréhima	KOUMARE	Microbiologie (chef de D.E.R.)
Professeur	Sinè	BAYO	Anatomie-Pathologie
Professeur	Gaoussou	KANOUTE	Chimie Analytique
Professeur	Yéya T.	TOURE	Biologie
Professeur	Amadou	DIALLO	Chef de D.E R de Sciences Fond.
Professeur	Moussa	HARAMA	Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGES

Professeur	Ogobara	DOUMBO	Parasitologie
Professeur	Anatole	TOUNKARA	Immunologie

3. MAITRE DE CONFERENCE

Docteur	Abderhamane Sidèye	MAIGA	Parasitologie
Docteur	Bakary M.	CISSE	Biochimie
Docteur	Massa	SANOGO	Chimie Analytique
Docteur	Yenimegue A.	DEMBELE	Chimie Organique

4. MAITRES ASSISTANTS

Docteur	Mahamadou	CISSE	Biologie
	Sekou F.M.	TRAORE	Entomologie médicale
	Abdoulaye	DABO	Malacologie, Biologie animale
	N'yenigue S.	GOITA	Chimie Organique
	Amadou	TOURE	Histo-Embriologie
Docteur	Abdrahamane	TOUNKARA	Biochimie

Flabou	BOUGOUDOGO	Bactériologie
Ibrahim I.	MAIGA	Bactériologie

5. ASSISTANT

Docteur	Benoit	KOUMARE	Chimie Analytique
---------	--------	---------	-------------------

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur	Souleymane	SANGARE	Pneumo-ptysisio (Chef de D.E.R)
Professeur	Ali Nouhoum	DIALLO	Médecine interne
Professeur	Aly	GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur	Mamadou Marouf	KEITA	Pédiatrie
Professeur	Baba	KOUMARE	Psychiatrie
Professeur	Mahamane	MAIGA	Néphrologie
Professeur	Eric	PICHARD	Médecine interne
Professeur	Abdoulaye Ag	RHALY	Médecine interne
Professeur	Mamadou Koreïssi	TOURE	Cardiologie
Professeur	Moussa	TRAORE	Neurologie
Professeur	Toumani	SIDIBE	Pédiatrie
Professeur	Issa	TRAORE	Radiologie

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGES

Professeur	Toumani	SIDIBE	Pédiatrie
Professeur	Boubacar	DIALLO	Cardiologie
Professeur	Dapa Ali	DIALLO	Hématologie-Médecine interne
Professeur	Bha	KEITA	Pneumo-Phtysiologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur	Moussa Y.	MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur	Abdel Kader	TRAORE	Medecine Interne
Docteur	Hamar A	TRAORF	Medecine Interne
Docteur	Balla	COULIBALY	Pédiatrie
Docteur	Boubacar	DIALLO	Cardiologie
Docteur	Sominta M.	KEITA	Dermato-Léprologie

4. ASSISTANTS

Docteur	Bacoroba	COULIBALY	Psychiatrie
Docteur	Saharé	FOGORO	Néphrologie
Docteur	Mamadou	DEMBELE	Medecine
Docteur	Adam D.	KEITA	Radiologie

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. Professeur

Professeur	Boubacar	CISSE	Toxicologie
------------	----------	-------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Professeur	Arouna	KEITA	Matière médicale
------------	--------	-------	------------------

3. MAITRES ASSISTANTS

Docteur	Boukassoum	H Aidara	Législation et gestion pharmaceutique
Docteur	Harouna	KEITA	Matière médicale
Docteur	Elimane	MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur	Drissa	DIALLO	Matière médicale
Docteur	Alou	KEITA	Galénique
Docteur	Ousmane	DOUMBIA	Pharmacie Chimique

4. ASSISTANT

Ababacar I

MAIGA

Toxicologie

D.E.R SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR AGREGE

Professeur Sidi Yaya

SIMAGA

Santé Publique (Chef de D.E.R.)

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Professeur Moussa

MAIGA

Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCE

Docteur Sanoussi

KONATE

Santé publique

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Bernard

CHANFREAU

Conseiller Technique

Docteur Jean

MICHEL

Santé Publique

Docteur Pascal

FABRE

Santé Publique

Docteur Georges

SOULA

Santé Publique

Docteur Sory Y.

KABA

Santé Publique

Docteur Alain

PRUAL

Santé Publique

Docteur Bocar Garba

TOURE

Santé Publique

5. ASSISTANT

Docteur Massambou

SACKO

Santé publique

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

Professeur	N'Golo	DIARRA	Botanique
Professeur	Bouba	DIARRA	Bactériologie
Professeur	Souleymane	TRAORE	Physiologie Générale
Professeur	Salikou	SANOOGO	Physique
Professeur	Daouda	DIALLO	Chimie Générale et Minérale
Professeur	Messaoud	LAHBIB	Biologie
Professeur	Bakary I.	SACKO	Biochimie
Professeur	Yoro	DIAKITE	Maths
Professeur	Sidiki	DIABATE	Bibliographe
Docteur	Boubacar	KANTE	Galénique
Docteur	Aliou	KEITA	Galénique
Docteur	Souleymane	GUINDO	Gestion
Docteur	Mme Sira	DEMBELE	Maths
Docteur	Modibo	DIARRA	Nutrition
Docteur	Mme Maiga Fatoumata	SOKONA	Hygiène du milieu

C.E.S

Docteur	Mamadou A.	CISSE	Urologie
Docteur	Filifing	SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur	Daba	SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur	Georges	YAYA	Ophtalmologie
Docteur	Mahamane S.	ASKIA	Ophtalmologie
Docteur	Amadou NDéné	DIALLO	Ophtalmologie
Docteur	Abdoul	ISSA	Ophtalmologie
Docteur	NDJIKAM		Ophtalmologie
Docteur	DEZOMBE		Ophtalmologie
Docteur	Oumar	BORE	Ophtalmologie

Docteur	Aboubacrine A.	MAIGA	Santé Publique
Docteur	Dababou	SIMPARA	Chirurgie
Docteur	Mahamane	TRAORE	Chirurgie
Docteur	Mohamed Ag	BENDECH	Santé Publique
Docteur	Mamadou	MAIGA	Dermatologie

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Professeur	Philipe	VERIN	C.F.S Ophtalmologie
Professeur	Ababacar	FAYE	Pharmacodynamie
Professeur	Tchakpe	LEOPOLD	Galénique
Professeur	E.A.	YAPPO	Biochimie
Professeur	FOURASTE		Matières Médicales

PERSONNES RESSOURCES

Docteur	Madani	TOURE	H.G.T.
Docteur	Tahirou	BA	H.G.T.
Docteur	Amadou	MARIKO	H.G.T.
Docteur	Badi	KEITA	H.P.G.
Docteur	Antoine	NIANTAO	H.G.T.
Docteur	Kassim	SANOGO	H.G.T.
Docteur	Yéya I.	MAIGA	I.N.R.S.P
Docteur	Chompéré	KONE	I.N.R.S.P
Docteur	Adama S.	SANOGO	I.N.R.S.P
Docteur	Ba Marie P.	DIALLO	I.N.R.S.P
Docteur	Almahdy	DICKO	H.G.T.
Docteur	Mohamed	TRAORE	Kati
Docteur	Arkia	DIALLO	P.M.I Centrale
Docteur	REZNIKOFF		I.O.T.A.

Docteur	Thomas J.	TRAORE	I.O.T.A.
Docteur	Pierre	BOBIN	MARCHOUX
Docteur	Alain	DELAYE	H.P.G.
Docteur	Alou Badra	MACALOU	H.G.T.

DÉDICACES

Je dédie ce travail :

- A ma mère Hawa Bâh et à mon père Feu Cheick Koïte en guise de reconnaissance pour m'avoir comblé d'affection et de tendresse. Vous avez toujours été pour moi un exemple de courage et de patience.

- A mon oncle Demba Bâh

Votre soutien moral et matériel ne m'a jamais fait défaut tout au long de mes longues études. Les mots sauront pas vous traduire mon attachement et ma gratitude.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de ma sympathie.

- A mes tantes Fanta Bâh, Mama Damba, Mariétou Bâh, qui n'ont rien ménagé pour la réussite de mes études. Veuillez recevoir ici mes remerciements les plus sincères.

- A ma femme Cissé Sylla pour son soutien moral qui ne m'a pas jamais fait défaut. Ce travail est le tien. Veuillez recevoir toute ma sympathie.

- A mes amis :

Badrahamane Traoré, Diombo Kouma, Mamadou Bassi Fofana, Kinsa Doumbia, Mme Diabaté Salimata Berthé, Mlle Aminata Kanté dite Mata

Pour leur dire que les meilleurs amis sont ceux qui restent à vos côtés pendant les moments difficiles.

- A tous mes frères et soeurs dont les soutiens m'ont permis de mener à bien ce travail.

- A tous les membres du corps professoral de l'EN.M.P. du Mali, à tous ceux qui ont contribué à consolider mon bagage intellectuel.

- A tout le personnel de la maternité de l'hôpital Gabriel Touré.

- A tout le personnel socio-sanitaire de la P.M.I. de Badalabougou pour leur sens de la collaboration et la sympathie dont je fus l'objet durant mon séjour. Mes remerciements les plus sincères à son médecin-chef, le Docteur N'Daou Aïssata Bocoum.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde gratitude et de ma sympathie.

REMERCIEMENTS

- Au président du jury Pr. Amadou DOLLO chef de service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital national du Point G. Président de la société malienne de gynécologie-obstétrique.

Vous nous faites l'honneur d'accepter de juger ce travail malgré vos multiples occupations. Ceci est le témoignage de l'intérêt que vous avez toujours attaché à notre formation. La richesse et la clarté de votre enseignement nous ont toujours séduits.

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider cette soutenance de thèse. Notre reconnaissance n'a d'égale que notre respectueuse admiration.

- Au Docteur Almahdy DICKO chef de service de Gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel TOURE.

C'est avec un bon cœur que vous nous avez accueilli dans votre service. Les connaissances acquises à votre contact sont à la hauteur de votre vaste culture.

C'est pour nous un privilège d'être à vos côtés et de bénéficier de votre expérience dont notre travail s'est pleinement enrichi.

Veuillez trouver ici l'assurance de notre respectueuse gratitude et de notre fidèle attachement.

- Au Docteur DIALLO Fanta Sambou spécialiste en gynécologie-obstétrique.

Nous sommes fiers et heureux de vous compter parmi nos juges. Votre rigueur dans le travail, votre honnêteté, votre entière disponibilité, la clarté et la qualité de votre enseignement ont suscité notre admiration. Permettez-nous de vous exprimer toute notre gratitude et notre profond respect.

- A notre maître et Directeur de thèse Dr Salif DIAKITE

Vous avez inspiré et aidé ce travail. Votre extrême courtoisie, votre profond respect de la personne humaine, la simplicité de votre bienveillant accueil ont toujours fait l'admiration de vos élèves et de vos collaborateurs.

Puissions-nous ne jamais vous oublier. Voilà l'humble témoignage de notre profonde gratitude.

PLAN

CHAPITRE I	INTRODUCTION OBJECTIFS
CHAPITRE II	GENERALITES
CHAPITRE III	NOTRE ETUDE
CHAPITRE IV	RESULTATS
CHAPITRE V	COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS
CHAPITRE VI	PROPOSITIONS ET RECOMMANDATIONS
CHAPITRE VII	CONCLUSION
CHAPITRE VIII	BIBLIOGRAPHIE
CHAPITRE IX	ANNEXES

INTRODUCTION

Considérée longtemps comme un recours ultime, la césarienne était autrefois ressentie comme un échec pour l'obstétricien, et l'opérée ne l'acceptait qu'avec réticence

Aujourd'hui, la fréquence des césariennes atteint couramment 20^e des accouchements, et souvent plus, alors que les techniques d'analgésies, la direction du travail, l'appréciation de la dystocie mécanique ont fait des progrès déterminants /39/.

La sécurité de cette opération est devenue très grande grâce aux progrès de l'anesthésie réanimation, à la maîtrise de la technique chirurgicale et à la possibilité d'une antibiothérapie. La mortalité maternelle n'a pas pour autant disparu (1 à 3⁰/100) /40/.

La morbidité d'une telle intervention, dont la fréquence des complications mérite d'être soulignée impose des indications précises et justement posées ainsi que des conditions appropriées d'asepsie.

Plus du tiers des suites de césariennes sont émaillées de complications. /39/.

Les complications de la grossesse et de l'accouchement sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité foeto-maternelle élevées. L'O.M.S. a estimé que chaque année dans le monde au moins un demi million meurent suite aux complications de l'accouchement, de la grossesse et des suites de couche . Ces estimations montrent que plus de soixante pour cent des décès maternels se produisent en Asie, trente pour cent en Afrique et sept pour cent en Amérique latine

Six mille décès seulement sont enregistrés dans les pays développés par an.

C'est en Afrique de l'ouest et en Afrique Centrale que la mortalité maternelle est plus élevée. Pour cent mille naissances vivantes sept cents mères au moins meurent /37/. Au Mali la mortalité maternelle est de 700 pour 100.000 naissances /20/.

Une étude faite sur la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans le centre de santé de cercle de la deuxième région en 1992 montre que la mortalité maternelle est de 744 pour 100.000 accouchements /17/. Une autre étude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré trouve 285,51 décès maternels sur 100.000 naissances vivantes /46/.

La fréquence élevée de ces complications obstétricales nous conduit à étudier l'impact de la durée du travail et de la rupture prématurée des membranes dans la survenue des complications infectieuses post césariennes chez 282 femmes dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Les objectifs de ce travail sont:

- 1 * déterminer la fréquence des complications infectieuses post-césariennes
- 2 * définir la nature de ces complications
- 3 * établir le profil démographique et obstétrical des patientes.

GENERALITES

A. HISTORIQUE

a) La légende sur l'origine: Longtemps intervention mythique réservée aux dieux, son nom même prête à discussion, bien qu'il dérive probablement de caedere, couper

Jules César ne naquit pas par césarienne (probablement en 101 avant J.C.) contrairement à la légende : sa mère Aurelia survécut de nombreuses années à son accouchement et une telle intervention sur femme vivante avec double succès est invraisemblable. L'origine du surnom de la « gens » Julia proviendrait en fait de la naissance d'un ancêtre par césarienne post mortem « ab utero matris coeso ».

Le plus ancien manuscrit de l'Inde antique, le Rig Veda, envisage une telle intervention: Indra, le dieu suprême, refuse de venir au monde autrement qu'en sortant du flanc de sa mère.

Boudha est également représenté naissant de cette façon.

Selon Ovidé, Sémélé, fille de Dadmos, ayant défié son amant Zeus et l'ayant sommé de faire la preuve de sa puissance divine, le Dieu apparut la foudre à la main. Imprudence fatale qui entraîna l'incendie du palais et la mort de Sémélé alors enceinte de 6 mois. Zeus pratiqua la césarienne post mortem et, s'incisant la cuisse, y introduisit son fils Dionysos; il le remit au jour à terme.

Appolon, ayant fait périr l'infidèle Coronis sous les flèches d'Artémis sa soeur, arracha du corps de la mère de son fils Euscalape

De nombreux récits ont rapporté des naissances par « césarienne accidentelle » lors des traumatismes abdominaux de femmes gestantes par cornes de bovidés /33/.

La pratique de la césarienne post mortem fut codifiée par Numa Pompilius (715-612 avant J.C.), roi légendaire de Rome, dans la fameuse lex regia interdisant l'enterrement d'une femme enceinte avant que l'enfant n'ait été extrait.

Cette pratique continua à être appliquée sous le régime impérial (lex caesarea) puis le catholicisme la recommanda pour baptiser l'enfant : conciles de Venise (1280) et Sens (1580). La césarienne post mortem fut appliquée aussi de loin en loin tout au long du moyen âge.

b) Historique : En dehors des légendes mythologiques, la césarienne (de caedere = couper) fut longtemps réservée au post mortem immédiat. Cette époque prend fin vers 1500, lors de la césarienne pratiquée par le châtreur de pores suisse, Jacob Nüfer, sur sa propre épouse (en fait, il s'agissait probablement d'une grossesse abdominale); l'opérée survécut.

Le premier traité sur la césarienne de François Rousset, en 1581, rapportait 17 observations avec un certain nombre de survies, par la pratique d'une asepsie avant la lettre, en dehors d'ailleurs de toute septicité hospitalière.

Ambroise Paré finit par condamner sa pratique en raison des risques, opinion universellement partagée jusqu'à la fin du XIX^e siècle. Cependant, Baudelocque, malgré les calomnies, l'utilisait en dernier recours dans les grands rétrécissements pelviens.

Le refus de suturer l'utérus, l'absence d'asepsie, la spoliation sanguine entraînaient une mortalité catastrophique (jusqu'à 80%), encore aggravée par l'infection lorsque la césarienne était faite en milieu hospitalier.

Poro, en 1876, préconisa l'hystérectomie en bloc après césarienne, l'utérus étant préalablement extériorisé, avec une mortalité maternelle de « seulement » 25 %, (45 % pour la césarienne simple à la même période). L'indication était toujours le « bassin barré ».

Les progrès chirurgicaux et l'asepsie permirent l'extension progressive des indications. La suture du péritoine viscéral, la suture utérine s'imposèrent lentement. La sélection des cas fit baisser la mortalité maternelle à 10 % : on avait compris que l'ouverture de l'utérus en travail était celle d'un organe septique et que rien ne pouvait empêcher la péritonite d'évoluer dans ces cas « impurs ».

La césarienne « prophylactique » fut donc réservée aux cas « purs » et décidée en fin de grossesse sur un oeuf intact. La césarienne segmentaire (incision de l'utérus sur le segment inférieur) fut introduite en France en 1921 et ne s'imposa malheureusement que lentement. Elle marquait un progrès décisif, car la situation basse du segment inférieur, la possibilité de l'isoler complètement de la cavité abdominale limitèrent rapidement les complications infectieuses et rendirent possible l'épreuve du travail puisque, désormais, on pouvait opérer après rupture des membranes.

Parallèlement, les progrès de l'anesthésie-réanimation, l'avènement des sulfamides, puis des antibiotiques, les progrès de la transfusion sanguine ont amélioré le pronostic maternel. De redoutable et décriée, cette intervention est considérée aujourd'hui comme inoffensive tend à être dans certaines mains une solution de facilité à tout problème obstétrical.

B. EPREUVE DU TRAVAIL :

1°) Définition :

L'épreuve du travail est une méthode d'expectative qui permet d'observer pendant le travail. les phénomènes maternels et foetaux. /28/

2°) Le début de l'épreuve du travail :

Ce ne sont ni le degré de la dilatation du col, ni le commencement des contractions utérines du travail qui peuvent servir de point de départ. C'est au moment de la rupture des membranes, de l'ouverture de l'oeuf, que l'épreuve commence.

Le début de l'épreuve du travail ne coïncide donc pas nécessairement avec le début du travail.

3°) Surveillance :

La progression de la dilatation et de la présentation est surveillée, heure par heure. Les résultats sont consignés sur le partogramme ainsi que le type de présentation, sa flexion, la survenue d'une bosse sero-sanguine. La dynamique utérine est également régulièrement observée (fréquence et intensité des contractions).

Le bon état foetal est également constamment surveillé (rythme cardiaque, aspect du liquide amniotique).

4°) La terminaison :

La durée de l'épreuve du travail doit être comprise dans des limites raisonnables. Trop courte, elle risque de ne pas avoir fait sa preuve. Trop longue, elle fait courir des risques à la mère, et encore plus à l'enfant, même si elle réussit.

On a voulu inclure l'épreuve dans un horaire déterminé, soit à partir du début du travail, soit à partir de l'ouverture de l'oeuf. Ces calculs sont à rejeter. La

durée varie avec les circonstances cliniques. En général la durée dépend des éléments dynamiques et évolutifs. Si la progression est régulière, on peut attendre. Si la stagnation s'installe, il faut cesser l'épreuve.

C. RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

1°) Définition

La rupture, est dite prématurée lorsque les membranes se rompent spontanément avant le début du travail. /28/

2°) Les causes de la rupture prématurée des membranes

Deux phénomènes doivent nécessairement s'associer pour provoquer la rupture:

- d'une part une anomalie localisée de la structure membranaire.
- d'autre part, une augmentation du tonus utérin qui fait céder les membranes à un endroit où elles présentent une fragilisation.

Le mécanisme précis est encore inconnu. On sait que la résistance globale des membranes avant terme est plus grande que celle des membranes à terme. Force est donc d'admettre une fragilisation localisée d'un tissu devenu inhomogène : l'infection semble jouer un grand rôle en cas de cervicite, d'amniotite ou de béance cervicale. Interviennent tout à la fois :

- des enzymes bactériennes capables d'interdire la sécrétion locale de prostaglandines.
- une elastase, produite par les leucocytes qui détruit le collagène de l'amnios.
- des enzymes du liquide amniotique ou des membranes qui, outre leur pouvoir cytotoxique et antibactérien, peuvent dépolymériser le collagène et hydrolyser les protéines membranaires, fragilisant les membranes.

L'infection ne saurait être reconnue comme facteur causal unique :

- les traumatismes, physiologiques ou iatrogènes, surtout répétés semblent capables d'altérer à eux seuls la structure membranaire.
- les membranes peuvent avoir leur résistance globale diminuée par des facteurs nutritionnels ou toxiques.
- la surdistension globale de la poche des eaux, des tractions excessives localisées, une ischémie locale, représentent des facteurs d'appoint.

- toute gêne à l'accommodation de la présentation peut, dans les derniers mois, être cause de rupture des membranes: les présentations vicieuses ou simplement élevées, l'insertion basse du placenta, l'hydramnios, la grossesse gémellaire
Mais à toute époque de la grossesse l'adhérence est excessive du pôle inférieur de l'oeuf, conséquence possible de l'endométrite, la béance de l'isthme peuvent expliquer certaines ruptures. Enfin, souvent, la cause reste inconnue

3^e) Les facteurs favorisant la rupture prématurée des membranes

- Age maternel : La rupture prématurée des membranes est plus fréquente chez les femmes âgées. Elle aboutit le plus souvent à un accouchement prématuré
- Parité : La multiparité semble faire augmenter quelque peu la fréquence de la rupture prématurée des membranes.
- Conditions socio-économiques : La rupture prématurée des membranes serait fréquente dans les groupes de femmes à bas niveau socio-économique. Elle plus fréquente chez les femmes exerçant un travail pénible
- La béance du col : Beaucoup d'accouchements prématurés en rapport avec une béance du col débutent par une rupture prématurée des membranes.
- Activité sexuelle : Le rôle de l'activité sexuelle serait cependant très discuté. Les contractions facilitées par l'orgasme et les prostaglandines du sperme, et les enzymes séminales ont un effet agressif sur les membranes.
- Cerclage: Le cerclage surtout pratiqué tardivement après dix neuf semaines semble un facteur de risque prépondérant: infection locale sur corps étranger, sécrétion de prostaglandine, provoque une fragilisation des membranes

D. LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE PROGRAMMEE ET EN COURS DE TRAVAIL

1°)- Définition :

Les opérations césariennes sont destinées à extraire l'enfant en pratiquant une hystérotomie, le plus souvent par voie abdominale, exceptionnellement par voie vaginale chaque fois que l'accouchement par les voies naturelles s'avère grevé d'un risque foetal ou/et maternel supérieur au risque inhérent à l'intervention.

2) Les indications de la césarienne programmée ou prophylactique:

L'indication est portée en consultation au cours des visites prénatales. Il peut s'agir d'un bassin chirurgical, d'un obstacle proevia connu (placenta recouvrant, fibrome, kyste ovarien). L'indication peut être posée aussi devant une cicatrice utérine de mauvaise qualité, une cause maternelle : hypertension artérielle, cardiopathie, accident vasculaire cérébrale, insuffisance respiratoire. La césarienne programmée peut avoir pour cause foetale : souffrance foetale chronique dans le cadre d'une hypertension artérielle, d'un diabète, d'une grossesse multiple

3°) Les indications de la césarienne portées en salle de travail.

a- Les urgences.

Elles sont au nombre de trois

a1- L'hémorragie.

Elle est due à un placenta proevia recouvrant ou persistant après amniotomie.

a2- La prérupture.

Elle est reconnue devant l'hypertonie avec mauvais relâchement entre les contractions, apparition de douleurs segmentaires et /ou de saignements survenant dans un contexte évocateur (utérus cicatriciel, stagnation du travail) Ces signes doivent inciter à césariser avant l'apparition d'un anneau de retraction de Bandl et la rupture vraie qui nécessite bien sûr une intervention d'extrême urgence.

a3- La souffrance foetale aigüe

Sa responsabilité dans le taux de césariennes a augmenté avec l'avènement de la cardio-tocographie. Actuellement elle représente au moins 10% des indications de césarienne du fait d'une meilleure connaissance de l'interprétation des tracés et de l'étude du PH /28/.

La procidence du cordon reste une indication indiscutable car elle est le plus souvent associée à une souffrance foetale aigüe.

b- Un problème pathologique découvert à l'entrée en salle de travail.

L'examen à l'entrée en salle de travail est essentiel car un problème peut échapper à la consultation prénatale ou bien il a pu apparaître depuis la dernière visite.

b1- La présentation dystocique.

Le siège est une présentation potentiellement dystocique. Dans ce type de présentation, on tiendra compte des facteurs associés : âge maternel, prématurité, hypotrophie foetale, pathologie maternelle.

La présentation transverse ou de l'épaule impose la césarienne. Le front est aussi une indication formelle mais son diagnostic ne peut être posé que si les membranes sont rompues, la présentation fixée.

b2- Une pathologie maternelle.

Il peut s'agir d'une hypertension, d'une cardiopathie, d'un diabète mal contrôlé par le traitement médical, d'une anémie ou d'un ictère.

Les vulvo-vaginites herpétiques imposent la césarienne si l'éruption a lieu dans le dernier mois de la grossesse, si les prélèvements sont positifs à cette date, les membranes intactes ou la rupture inférieure à 4 heures.

b3- Une pathologie foetale.

Une souffrance foetale chronique, une dysgravide, une allo-immunisation ou un diabète doivent faire poser l'indication de césarienne, chaque fois que le retentissement sur le fœtus rend la voie basse périlleuse.

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

La césarienne est indiquée dans les grossesses multiples de trois fœtus et plus et dans les jumeaux, si le premier jumeau est en siège ou s'il existe une cause de dystocie surajoutée. /28/

c- Une anomalie du travail .

c1- La dystocie mécanique.

Elle reste l'indication de 40% des césariennes. /28/

L'échec de l'épreuve du travail qui avait été tentée sur un bassin limite est la principale indication. Parfois la disproportion foetale est le fait d'un excès de volume foetal chez une patiente ayant un bassin normal.

c2- La dystocie dynamique.

Elle est la cause de 6 à 15% des césariennes [28]. La fréquence de cette indication tend à baisser du fait de l'utilisation judicieuse des ocytociques et de la péridurale.

E. LES SOINS PRE , PER ET POST OPERATOIRES .

a- La préparation de la paroi.

C'est en salle de naissance qu'elle est faite. On lave soigneusement la paroi abdominale à l'eau et au savon. On insiste particulièrement sur la toilette de l'ombilic.

Une sonde vésicale à ballonnet est mise en place avec asepsie.

b- Surveillance chirurgicale

Avant de quitter le bloc opératoire, le chirurgien doit :

- contrôler le globe utérin
- vérifier la présence d'urine dans le sac et leur aspect non hémorragique
- dicter le compte-rendu opératoire en précisant l'indication, en détaillant les techniques, le poids de l'enfant, son sexe et son état à la naissance, le volume des pertes sanguines, la nécessité ou non de transfusion.
- donner d'éventuelles consignes pour un accouchement ou une césarienne ultérieurs.

L'opérateur détermine avec l'anesthésiste les traitements complémentaires (anticoagulants, antibiotiques, transfusion, numération de contrôle, date de retrait de la sonde vésicale). Le chirurgien et l'anesthésiste ne quitteront l'établissement qu'après s'être assurés du réveil de la patiente et de la normalité du pouls, de la tension et de l'absence d'hémorragie.

c- L'antibiothérapie:

L'infection est une complication fréquente de la césarienne 35 à 45%.

Une antibioprophylaxie « flash » se justifie dans ces cas, diminuant le taux des infections.. Le choix de l'antibiotique est variable.

d- La transfusion.

Les pertes sanguines normales sont inférieures à 500 cm³ en cours de césarienne.

Si le saignement per opératoire est supérieur à 800 ou à 1000 cm³, il semble raisonnable de pratiquer une transfusion d'emblee (sang ou culot). Si les pertes se situent entre 500 et 800 cm³, une numération formule sanguine est faite 24 à 48 heures après l'intervention. ³⁹ Seulement des césariennes nécessitent une transfusion.

e- Les anticoagulants.

La césarienne associe les risques thrombo-emboliques du post-partum et du post opératoire. L'incidence des accidents thrombo-emboliques est de 2 à 5 % avec une mortalité par embolie pulmonaire de 0,1 à 0,5%. [28]. Le lever précoce, le port de bas de contention font partie de la prévention. Le traitement anticoagulant est, pour les uns réservé aux populations à risque (varice, obésité, antécédents d'accidents thrombo-emboliques), pour d'autres il est systématique du fait que le diagnostic des accidents est largement sous-estimé.

F. COMPLICATIONS INFECTIEUSES

L'histoire de la médecine conduit à faire deux constatations: en premier lieu, elle se déroule devant nous sagement disposées, les merveilleuses découvertes qui ont rendu la vie plus facile à l'humanité souffrante ; en second lieu, elle nous étonne en nous apprenant que l'asepsie ne fut découverte qu'à la fin du XIX^e siècle. Pasteur dut batailler ferme puisque ce ne fut qu'en 1874 onze ans après ses premières publications sur la présence de micro-organismes dans la fermentation, qu'il pouvait donner la première définition de l'asepsie, en affirmant, «< la nécessité absolue pour la chirurgie, de la propreté microbienne la plus complète, de la stérilisation des instruments, et objets de pansement pour détruire les germes >>».

D'un coup, une science nouvelle, la bactériologie était née, et de plus en plus de chercheurs devaient découvrir en quelques années des germes des maladies infectieuses et les combattre.

C'est ainsi qu'on assiste en 75 ans environ, à la disparition de la pourriture d'hôpital, à la diminution des infections, à la mise au point d'actes chirurgicaux jusqu'alors impossibles, grâce à la découverte de produits miracles : sulfamides, les antibiotiques.

Le monde médical et chirurgical vivait réellement une période exceptionnelle, et l'euphorie régna véritablement de 1940 à 1950.

Un jour cependant, il fallut s'éveiller à la réalité et constater avec stupéfaction que non seulement l'infection en milieu hospitalier existait encore, mais que surtout, une nouvelle furie semblait s'être emparée du milieu microbien. Celui-ci s'était fabriqué de nouvelles armes appelées aujourd'hui la résistance aux antibiotiques, les mutations microbiennes, la surinfection.

L'infection hospitalière occupe tellement de place dans les préoccupations médicales qu'on a créé un néologisme, l'hospitalisme, pour définir cet état.

Selon Kuntz, cet " hospitalisme" peut être défini comme " les dangers et les inconvénients" qui peuvent résulter d'un séjour ou d'un traitement à l'hôpital.

Pour Mollaret" l'hospitalisme d'après Fleming, est le plus maléfique parce que le plus sournoisement dissimulé quant à l'implacable progression dans les transmissions hospitalières de maints germes pathogènes, et cela dans le sillage de la contamination intra-hospitalière majeure, celle du staphylocoque".

Si on part du fait, que dans les milieux de standing chirurgical indiscutable on trouve actuellement 4 % d'infection des plaies n'ayant apparemment aucune raison de s'infecter, et par ailleurs 35 à 40 % des complications infectieuses générales, on a raison de se poser des questions sur l'insécurité de nos milieux hospitaliers.

Pour Vic Dupont et Monsallier, il ne semble pas y avoir de doute : " les antibiotiques peuvent être considérés comme une cause principale de l'hospitalisme."

D'autre part, Henri De Mondeville déclarait : " Il y a plus de chirurgiens qui savent comment provoquer l'infection dans une plaie que la guérir."

1°) Les facteurs de risques infectieux

Il est primordial de connaître les facteurs de risque.

Ces facteurs sont :

- Facteurs liés de l'acte opératoire.

L'urgence est un facteur de risque.

- Facteurs liés aux conditions obstétricales. Il a été constaté que la fréquence des infections augmente en fonction de la durée du travail, en cas de rupture prématurée des membranes et de manoeuvre par voie basse précédant la césarienne.

En effet le liquide amniotique s'infecte après un délai de 8 à 12 heures et ceci d'autant plus vite qu'il existe des contractions utérines /19/.

On peut rappeler ici la nécessité de dépister et de traiter les infections cervico-vaginales lors des consultations prénatales.

- Le monitoring interne peut être un facteur favorisant l'infection.

La durée du travail est un facteur de risque essentiel d'autant qu'elle augmente le nombre de touchers vaginaux et que les membranes sont rompues.

L'état maternel (obésité, anémie etc ...) ne jouerait qu'un rôle secondaire.

Les infections observées sont provoquées par des espèces microbiennes variées dont la source est essentiellement représentée par la flore vaginale qui comporte des espèces potentiellement pathogènes :

Escherichia coli, streptocoques et protéus, on souligne la fréquence des anaérobies.

La connaissance de ces facteurs favorables à l'infection permet de sélectionner une population d'opérées à haut risque infectieux, qui sont justiciables de soins particuliers dans les suites opératoires et en particulier d'une antibiothérapie prophylactique.

- Antibioprophylaxie : Bien que sévèrement critiquée par certains, son efficacité paraît aujourd'hui confirmée par de nombreux auteurs, surtout sur la fréquence des atteintes mineures. Cette attitude a été accusée de laisser persister les infections graves avec sélection des germes.

2°) Notion de fièvres post-opératoires

Les infections plus sérieuses qui se manifestent ou se développent au niveau des différents systèmes ou au niveau des suites opératoires en profondeur sont étudiées sous le vocable de fièvres postopératoires. En effet, l'élévation de la température à la suite d'une intervention est souvent le premier signe alertant que quelque chose d'anormal se passe. Donc lorsque la température s'élève après une intervention chirurgicale, le chirurgien doit immédiatement réexaminer son malade et porter attention à toute une série de paramètres.

Il est bien entendu qu'un certain degré de fièvre est acceptable et même considéré comme normal après une intervention. Cette élévation est légère, dépassant rarement 38,5°C, se manifeste 24 à 48 heures après l'intervention. D'une façon générale, lorsque le transit intestinal a repris, nous voyons, à la

troisième journée cette fièvre disparaître complètement. C'est ce que l'on est convenu d'appeler " maladie postopératoire".

Ce qui est inquiétant et doit attirer l'attention du chirurgien, c'est la persistance de cette température ou son apparition deux à trois jours après l'opération, ou encore une température qui monte en oscillant en escalier jusqu'à des maxima de 39 à 40 °C signe d'infection sévère ou d'un abcès.

De plus les signes vitaux doivent être réévalués à ce moment et comparés à ceux des jours précédents. Une accélération du pouls est liée à une élévation de la température, mais en général la tension artérielle reste normale. le rythme respiratoire dans certaines complications pulmonaires sera accéléré et est un signe assez caractéristique d'une infection à ce niveau.

NOTRE ETUDE

METHODOLOGIE

MATERIEL D'ETUDE

Cadre d'Etude : Notre étude a été effectuée au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Il s'agissait en fait d'un dispensaire central jusqu'en 1959, puis baptisé Hôpital Gabriel Touré en hommage à un étudiant malien décédé à Dakar lors d'une épidémie de charbon.

Cet hôpital comporte plusieurs services dont celui de la gynécologie - obstétrique.

L'Hôpital Gabriel Touré, de part sa situation et son accessibilité est de loin l'hôpital le plus fréquenté de la ville de Bamako.

1°) Organisation du service de Gynécologie-Obstétrique

Le service de gynécologie-obstétrique est situé au côté nord de l'hôpital Gabriel Touré, à l'étage du pavillon de l'Institut National de Prévoyance Sociale.

2°) Infrastructure.

Le service est subdivisé en 3 grandes unités qui sont dotées de quatre-vingt-deux lits d'hospitalisation.

a- La première unité : Elle s'occupe de l'accouchement et de la réanimation. Elle comporte :

- Une grande salle d'accouchement avec quatre tables d'accouchement.
- Une petite salle d'accouchement annexe avec une table d'accouchement.
- Une salle de réanimation dotée de trois lits.

b- Deuxième unité : Elle s'occupe des cas de suites de couches de césariennes. Elle comporte en plus de trois grandes salles dotées chacune de douze lits, dans lesquelles les malades cohabitent, deux salles de deux lits.

c- La troisième unité : Elle est consacrée aux pathologies gynécologiques

Elle regroupe trois salles d'hospitalisation dont :

- Une grande salle de douze lits dénommée "salle C".
- Une salle de pansement avec toilette interne
- Une salle de soins
- Deux salles isolées dont une salle de sept lits dite salle des opérées et une autre de deux lits "Chambre Jaune"

En dehors de ces trois unités, le service gynécologique obstétrique compte trois bureaux de consultations partagés entre les différents médecins dont bureau I, bureau II, bureau III.

Elle comporte également :

- Un bureau pour l'infirmier major de la gynécologie.
- Un bureau pour l'infirmière major de la césarienne.
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse et son adjointe.

Dans le service, on compte aussi six salles de garde dont :

- Une salle de garde pour médecins
- Une salle de garde pour l'infirmier de garde de la gynécologie
- Une salle de garde pour les infirmiers de la césarienne.
- Une salle de garde pour les infirmières de la maternité.
- Une salle de garde pour les sages-femmes.
- Une salle de garde pour les manoeuvres.
- Une salle de vaccination.

Il existe par ailleurs deux toilettes dont l'une est réservée aux malades et l'autre au personnel médical.

Récemment, le service de gynécologie-obstétrique fut adopté de deux bureaux pour consultations externes

3°) Le personnel.

On compte cinq médecins dont :

- Trois médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique.
- Deux médecins généralistes
- Sept internes dont le nombre peut varier en fonction des années

Le service compte également vingt et neuf sages-femmes, trois infirmiers d'Etat, une infirmière du premier cycle, vingt deux aide-soignantes, six manoeuvres qui sont répartis entre les différentes unités.

4°) Activités du service

Les activités du service sont :

- Les consultations : elles sont assurées dans les différents bureaux selon des jours précis.

Les journées du jeudi et du mardi sont réservées au programme opératoire.

- Les gardes et les urgences : Elles se font par rotation et sont assurées par les médecins dont les noms figurent sur une liste de garde dressée par le médecin-chef du service à la fin de chaque mois.

Les activités d'accouchement sont assurées journalièrement par deux équipes, qui font appel au médecin de garde en cas de nécessité.

Une équipe de jour : qui travaille de 8 heures à 20 heures et qui se compose de deux sages-femmes et deux infirmières.

Une équipe de nuit : qui prend la relève à 20 heures jusqu'au lendemain à 8 heures et qui est composée du même nombre d'infirmières et de sages-femmes.

- Les visites journalières des malades hospitalisées dans les différentes unités sont assurées par les médecins en fonction de leur répartition.
- Les soins des malades hospitalisées sont effectués par le corps infirmier de chaque unité.
- Le nettoyage du service, de même que le transport des malades sont assurés par les manoeuvres du service.
- Les staffs se déroulent tous les jeudi à partir de 13 heures.

Méthode étude : Notre étude est une étude prospective portant sur le nombre d'accouchements par césarienne effectués dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Toutes nos femmes césarisées ont reçu à titre prophylactique : Ampicilline 2 g IM matin, 1g IM le soir pendant 7 jours
Gentamycine 80 mg IM matin et soir pendant 7 jours.

Quinimax 0,60mg IM jour pendant 3 jours.

La population étudiée est constituée par les parturientes venues soit directement dans le service pour accouchement, soit évacuées par d'autres formations sanitaires.

Critères d'inclusion : Tous les cas de césarienne ayant présenté une infection dans les suites opératoires.

Critères d'exclusion :

- Survenue de complications non infectieuses.
- Cas de décès survenus dans les 24 heures après césarienne, dont les causes ne sont pas précises.
- Les patientes dont les suites opératoires ont été simples.

L'étude s'étend sur une période de 12 mois, de Novembre 1992 à Octobre 1993. Elle porte sur 282 femmes césarisées sur un total de 624 césariennes pratiquées au cours de la même période. Nous avons observé au même moment 6114 naissances, soit une prévalence de césarinne égale à 9,79%.

RESULTATS

La fréquence

1) Tableau 1 : Répartition de la fréquence des complications infectieuses dans le service

Suites opératoires	Nombre	Pourcentage
Complicées	115	40,8
Simple	167	59,2
Total	282	100

2) La durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation sans survenue de complications = 9 jours.

La durée moyenne d'hospitalisation avec survenue de complications = 16 jours.

Nous avons noté des extrêmes de 7 jours et de 2 mois respectivement au niveau des suites opératoires simples et d'un cas d'abcès pelvien.

L'âge

Tableau 2 : Répartition des patientes selon l'âge

Patients Ages (en années)	Nombre	Nombre relatif
15 - 20	19	16,5
20 - 25	35	30,4 %
25 - 30	22	19,1 %
30 - 35	31	27,0 %
≥ 35 ans	8	7,0 %
Total	115	100 %

La profession

Tableau 3 : Répartition des patientes selon la profession

Patiente Profession	Nombre	Pourcentage
Ménagère	95	82,60
Fonctionnaire	7	6,08
Commerçante	13	11,32
Total	115	100 %

Le niveau d'instruction

Tableau 4 Répartition des patientes selon les niveaux d'instruction

Patientes \ Niveaux d'instruction	Nombre	pourcentage
Etude primaire	27	23,47
Etude secondaire	10	8,69
Etude supérieure	2	1,73
Alphabétisation fonctionnelle	13	11,30
Non lettrées	63	54,81
Total	115	100

La parité

Tableau 5: Répartition des patientes selon la parité

Parité	Nombre	Pourcentage
Nullipare	15	13,04
Paucipare	19	16,52
Multipare	44	38,26
Grande multipare	37	32,18
Total	115	100

Nullipare : 0 accouchement

Paucipare : 1, 2, 3 accouchements

Multipare : 4,5,6 accouchements

Grande multipare : ≥ 7 accouchements

Le diagnostic**Tableau 6** Répartition des patientes en fonction du diagnostic

Diagnostic \ Patientes	Nombre
Suppuration pariétale	79
Endométrite	65
Abcès pelvien	6
Septicémie	5
Phlébite	2
Péritonite	2

L'état de la poche des eaux

Tableau 7: Répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux au moment de la césarienne

Patientes	Nombre	Pourcentage
Etat de la poche des eaux		
Poche rompue	76	66,1
Poche intacte	39	33,9
Total	115	100%

Le delai de rupture de la poche des eaux.

Tableau 8 . Repartition des Patientes selon le delai de rupture de la poche des eaux

Delai de rupture de la poche des eaux	Nombre	Pourcentage
0 - 6 h	3	3,97
6 - 12 h	7	9,21
24 heures	12	15,78
48 h	20	26,31
Plus de 48 h	34	44,73
Total	76	100

La durée du travail

1) Tableau 9 Répartition des patientes selon la durée du travail

Patientes	Nombre	Pourcentage
Durée du travail en heure		
0 - 6 h	12	11,21
6 - 12 h	30	28,03
Plus de 12 h	65	60,76
Total	107	100

2) Césarienne programmée .

Au cours de notre étude nous avons recensé 8 cas de césarienne programmée ayant présenté une infection, soit 7^o.

Le degré de dilatation du col**Tableau 10** Répartition des patientes selon la dilatation du col

Degré de Dilatation du col	Patientes	Nombre	Pourcentage
Complète		65	56,52
Incomplète		50	43,48
Total		115	100

Le suivi du traitement

Tableau II Répartition des patientes selon le suivi du traitement

Traitement \ patientes	Nombre	Pourcentage
Traitement standard correctement suivi pendant les 7 premiers jours	80	69,56
Traitement standard non correctement suivi pendant les 7 premiers jours	35	30,44
Total	115	100

Les causes de décès

13 patientes sont décédées sur les 115 complications survenues soit une mortalité de 11,30%.

Tableau 12 Répartition des patientes selon la cause de décès

Causes de décès / Patientes	Nombre	Pourcentage
Septicémie	5	38,46
Abscès pelvien	3	23,07
Péritonite	2	15,38
Suppuration pariétale	2	15,38
Troubles digestifs (diarrhée)	1	7,71
Total	13	100 %

Les décès en fonction du délai de la rupture de la poche des eaux.

1) **Tableau 13:** Répartition des patientes décédées en fonction du délai de la rupture de la poche des eaux

Delai de rupture de la poche des eaux	Nombre	Pourcentage
Poche rompue 0 à 24 h	2	18,18
Poche rompue 24 à 48 h	3	27,27
Poche rompue Plus de 48 h	6	54,55
Total	11	100

2) La poche des eaux intacte.

Nous avons obtenu 2 décès avec la poche des eaux intacte avant la césarienne . soit 15,38% des décès.

Les décès en fonction de la parité

Tableau 14: Répartition des décès en fonction de la parité

Parité	Décès	Nombre	Pourcentage
Nullipare		2	15,38
Paucipare		2	15,38
Multipare		5	38,46
Grande multipare		4	30,78
	Total	13	100

Nullipare : 0 accouchement

Paucipare : 1,2,3 accouchements

Multipare : 4,5,6 accouchements

Grande Multipare : ≥ 7 accouchements

Les décès en fonction de la durée du travail

1) **Tableau 15:** Répartition des décès en fonction de la durée du travail

Durée de travail \ Décès	Nombre	Pourcentage
0 - 6 h	2	18,18
6 - 12 h	4	36,36
Plus de 12 h	5	45,46
Total	11	100 %

2) Les décès dans les cas de césarienne programmée.

Nous avons recensé 2 cas de décès pour césarienne programmée, soit 15,38 décès.

L'état du nouveau-né**Tableau 16:** L'état du nouveau-ne

L'état du nouveau-né	Nombre	Pourcentage
Apgar = 0	15	13,04
Apgar < 7	70	60,86
Apgar ≥ 7	30	26,1
Total	115	100

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.

1°) Frequence.

Nous avons trouvé une fréquence égale 40,8° au cours de notre étude, soit 115 complications infectieuses chez 282 femmes suivies pour césarienne. Cette fréquence est largement supérieure à la fréquence obtenue par Serment [27], qui est de 17,5°.

Elle est inférieure à la fréquence obtenue par Zinsou [47], qui est de 65° et à celle obtenue par Cheick Hamady, qui de 66,88° [8]

Par contre notre fréquence est proche de celle obtenue par Gibbs [18], qui est de 38,74°.

Ces différents résultats nous montrent que le taux d'infection varie d'un auteur à un autre. Cela dépend des critères de sélection et des moyens matériels utilisés pour diagnostiquer ces infections.

2°) Les facteurs épidémiologiques

a) - L'âge : Parmi notre population étudiée 45,9° avaient un âge compris entre 20 et 30 ans, 27° entre 30 et 35 ans. Entre 15 et 20 ans nous avons recensé 16,5°. Le plus faible pourcentage a été de 35 ans et plus, soit 7°.

Cheick Hamady [8] trouve :

Age inférieur à 17 ans 4,37%

Age compris entre 17 et 35 ans 88,75°

Age supérieur à 35 ans 6,87%.

Mohamed Thiero [35] trouve :

Age inférieur à 17 ans 3,8%

Age compris entre 17 et 35 ans 86,8°

Age supérieur à 35 ans 9,4%.

Ces différents résultats s'expliquent par le fait qu'avant 17 ans nous avons peu de patientes qui viennent pour accouchement. Cela est valable également pour les femmes qui ont 35 ans et plus.

b) La profession : 82,6% de notre population étaient des ménagères. Les fonctionnaires représentaient 6,08% et les commerçantes 11,32%.

Mohamed Thiero : /35/ Trouve

Ménagère 73,7%

Fonctionnaire 10%

Sans profession 10,7%.

Ce pourcentage élevé s'explique par le fait que les ménagères représentent la majeure partie au niveau de nos populations.

c) Le niveau d'instruction : Notre population est à majorité constituée d'analphabètes, soit 54,95%. Les femmes qui ont atteint un niveau d'étude primaire représentent 23,47% contre 8,69% celles ayant atteint un niveau d'étude secondaire. Le plus faible taux se situe au niveau des femmes ayant atteint le niveau supérieur, soit 1,73%.

Mohamed Thiero /35/ trouve .

Etude primaire 26,3%

Etude secondaire 15,7%

Etude supérieure 0,6%

Alphabétisation fonctionnelle 6,2%

Non lettrée 51,2%.

Ces résultats s'expliquent par le faible taux de scolarisation des filles dans notre pays.

d)- La parité : Notre plus grand taux d'infection fut enregistré chez les multipares et les grandes multipares pour respectivement 38,26% et 32,18%. Le plus faible taux a été trouvé au niveau des nullipares, soit 13,04%.

Cheick Hamady /8/ trouve :

Nullipare 25%

Paucipare 23,75%

Multipare 18,75%

Grande multipare 15.62 %.

Mohamed Thiero /35/ trouve :

Nullipare 30,6%

Paucipare 33.1%

Multipare 24.4%

Grande multipare 11.9 %.

Il existe une différence entre notre résultat et ceux de Mohamed Thiero et de Cheick Hamady. Cette différence est due au fait qu'au cours de notre étude nous avons seulement pris en compte les patientes ayant présenté des complications infectieuses. La multiparité dans ce cas est un facteur de risque car nous avons noté plus de rupture prématurée des membranes chez les multipares que chez les nullipares ou les paucipares.

3°) Nature des infections

Tableau 17: Nature des infections d'après différents auteurs

Pathologies Auteurs	Abcès pariétal	Endométrite	Péritonite	Septicémie	Phlébite
Serment	8,28	2,45	0,07	0,23	0
Hamady	43,12	16,87	1,25	2,5	0
Zinsou	3,09	2,65	2,65	0,7	0
Boulangier	6,7	1,9	0,06	0,3	0
Notre étude	28,04	23,03	0,07	1,77	0,70

Notre taux d'abcès de paroi est supérieur aux taux obtenus par Serment et par Zinsou.

Par contre il est inférieur à celui obtenu par Cheick Hamady.

Notre taux d'endométrite est supérieur à celui obtenu par Serment. Il est inférieur aussi à celui obtenu par Zinsou. /47/

Il est comparable au taux obtenu par Cheick Hamady.

Notre taux de péritonite est supérieur aux résultats obtenus par Boulanger et par Zinsou. Il est inférieur à celui obtenu par Cheick Hamady. /8/

Notre taux de septicémie est supérieur aux taux obtenus par Boulanger /6/ et Serment. Il est inférieur à celui obtenu par Cheick Hamady /8/

Il ressort de ces différents résultats que l'une des principales complications infectieuses post césariennes est l'atteinte pariétale, suivie par l'endométrite. Les complications telles que la péritonite, la septicémie beaucoup plus rares que les deux premières n'ont pas pourtant disparu.

La thrombophlébite est exceptionnelle, nous en avons recensé deux cas au cours de notre étude, soit 0,70%.

Ce pourcentage élevé d'infection dans notre service s'explique par un manque d'hygiène. Les parturientes prennent moins de précautions au moment de l'accouchement. La durée du travail est longue.

L'analyse des données des tableaux (8) et (9) nous fait constater que :

sur les 76 cas de poche des eaux rompue avant la césarienne, 34 avaient rompu la poche des eaux dans un délai supérieur à 46 heures, soit 44,73 %, 20 dans un délai de 48 heures soit 26,31 %, 12 dans un délai de 24 heures, 7 lorsque ce délai se situe entre 6 heures et 12 heures soit 15,78 % et seulement 3 lorsque ce délai se situe entre 0-6 heures soit 3,97%.

Gibbs /18/ : trouvait 18 % d'infections en cas de césariennes à poche des eaux intacte.

Par contre 39 % d'infection après rupture prématurée des membranes, et en particulier 35 % lorsque l'intervalle entre la rupture des membranes et la césarienne est inférieure à 24 heures, 58 % lorsque ce délai se situe entre 24 heures et 48 heures.

Sur les 115 complications infectieuses (voir tableau 9), 12 étaient survenues chez des femmes césarisées ayant une durée de travail inférieure ou égale à 6 heures soit 11,21 %, 30 avaient une durée de travail comprise entre 6 heures et 12 heures soit 28,03 %, 65 avaient une durée de travail de plus de 12 heures soit 60,76 %, 8 pour césarienne programmée soit 7,0 %.

Pr. Serment [27].

- Sur 227 complications infectieuses. 108 cas de suppurations pariétales

Sur ces 108 cas d'infections pariétales 48 survenaient chez des femmes avant tout travail.

32 cas d'endométrite dont 5 cas avant tout travail. 24 cas après ple. d. - la durée de travail.

Zinsou et collaborateurs [48]: Sur 7 cas de suppurations pariétales - - 3 cas pour dilatation avancée avec travail long.

- 2 cas pour rupture prématurée de membranes

- 1 cas pour échec de travail

- 1 cas pour césarienne itérative.

Endométrite : 6 cas dont 4 cas pour dilatation avancée avec travail long.

- 1 cas pour placenta proevia.

- 1 cas pour rupture prématurée de membranes.

Notre taux obtenu est supérieur à celui de Gibbs. Cela s'explique par nos conditions socio-économiques défavorables et par l'analphabétisme.

Nous pouvons en déduire que la rupture de la poche des eaux est un facteur favorable à la survenue de complications infectieuses post-césariennes et ceci de façon proportionnelle au délai de la rupture de la poche des eaux. Cette rupture prématurée des membranes s'explique au cours de notre étude par la durée du travail prolongée de nos parturientes et les touchers vaginaux multiples auxquels elles sont soumises.

Sur les 115 complications infectieuses 80 avaient correctement effectué le traitement prophylactiques à base d'antibiotique, soit 69,56% et 35 ne l'avaient correctement effectué.

4°) Mortalité.

Auteurs	Taux de mortalité
Evrard	0,7
Hibbard	2
Enry	3,8
Hofer	4
Cheick Hamady	10,62
Aïda Sow	14,4
Raki Ba	18,18
Notre étude	11,3

Hôpital Laquitinie Douala : 4%.

Notre taux de mortalité est inférieur aux taux obtenus par Evrad, Hibbard, Hofer et Enry.

Il est proche de celui obtenu par Cheick Hamady.

Il est inférieur aux taux obtenus par Raky /4/ et Aïda /45/.

Ce taux de mortalité élevé s'explique dans notre maternité par les mauvaises conditions d'hygiène dans lesquelles accouchent nos patientes, la durée du travail longue, le faible pouvoir économique de nos populations, la mauvaise organisation de nos structures d'accueil.

Le tableau (14) et (15) nous montrent que le plus grand nombre de décès a lieu au niveau des femmes césarisées qui ont fait un travail prolongé, et chez les multipares.

Plus de 12 heures de travail 5 décès sur 13 décès

4 décès sur 13 pour une durée de travail entre 6 à 12 heures, 2 décès pour une durée de travail inférieure ou égale à 6 heures, 2 cas de décès pour césarienne programmée.

Le tableau (13) révèle que le plus grand nombre de décès est survenu chez les femmes césarisées qui ont rompu leur poche des eaux plus de 48 heures avant la césarienne soit 6 cas de décès sur 13 enregistrés en total.

Lorsque le délai de rupture se situe entre 24 et 48 heures on a enregistré 3 cas de décès, lorsqu'il se situe entre 0 et 24 heures 2 cas de décès.

Quand la poche des eaux est intacte on a recensé 2 cas de décès.

Tout ceci s'explique par le fait, de la durée travail prolongée de nos parturientes mais également par leur grande parité. La rupture prématurée des membranes expose la femme à césariser à des risques infectieux graves.

Le tableau (16) nous montre que ces différentes complications ne se sont pas passées sans préjudice pour le foetus. En effet nous avons recensé 15 mort-nés, soit 13,04 %, 70 enfants réanimés soit 60,86 %, 30 enfants non réanimés soit 26,1 % des enfants issus de mamans ayant présenté une complication infectieuse.

RECOMMANDATIONS

Face à l'ampleur de ces infections post césariennes , et compte tenu du coût combien élevé de la naissance par voie haute, il nous paraît important d'avoir comme moyen de lutte contre ces taux d'infection non négligeable, important la prophylaxie. Pour cela nous recommandons

- le dépistage et le traitement des infections pendant la grossesse
- le respect des règles d'asepsie par le personnel socio-sanitaire
- l'amélioration des conditions de travail dans les formations sanitaires
- l'emploi et l'utilisation judicieuse des antibiotiques ainsi que leur disponibilité dans les formations sanitaires.
- une évacuation précoce en cas de travail dystocique ou de présentation vicieuse.
- l'information des gestantes sur l'intérêt des consultations prénatales.
- la formation du personnel médical et paramédical compétent et dévoué.

Une bonne application de ces différentes mesures va diminuer considérablement le taux des infections, écourter le séjour des malades à l'hôpital, amoindrir le coût de l'accouchement par césarienne sans toutefois oublier les conséquences néfastes que peut avoir chez une femme césarisée la survenue d'une infection.

CONCLUSION

CONCLUSION.

La césarienne, intervention chirurgicale, devenue banale par sa fréquence, ne l'est pas dans ses conséquences notamment pour la mère et le fœtus

Au cours de notre étude portant sur 282 cas de césariennes segmentaires, nous avons trouvé un taux d'infection égal à 40,8 %. Ce taux reste élevé

Les caractères épidémiologiques : plusieurs facteurs influent sur les complications infectieuses post-césariennes. Ce sont :

- la parité : la multipare semble la plus vulnérable à l'infection post césarienne.
- le niveau socio-économique : il apparaît que la femme la plus touchée semble être la démunie.
- la durée du travail : un travail prolongé accroît le risque infectieux.
- l'état de la poche des eaux : la rupture prématurée de la poche des eaux accroît le risque infectieux.

En résumé tous ces facteurs doivent nous inciter à la vigilance vis-à-vis des suites post-césariennes. Cela veut dire qu'il faut considérer comme femme à risque infectieux élevé toute femme multipare ayant rompu la poche des eaux. Il faudra aussi considérer comme femme à risque infectieux élevé toute femme pauvre ayant effectué un travail prolongé

Il faut quand même compléter cet aspect « d'alerte précoce » par une prophylaxie individuelle et collective en vue d'une meilleure maîtrise de l'infection car une sagesse ne dit - t-elle pas « Mieux vaut prévenir que guérir ».

BIBLIOGRAPHIE.

1) Alihounou (E) Ayiri (B) Atchade (D) et Dan (V)

Traitement et évolution des souffrances foetales aiguës : a propos de 266 cas recensés au CNHU de Cotonou

Publications médicales africaines 1988, 88., 61-65

2) Anoma (M).

Les Césariennes : Réflexion à propos de 4 000 cas opérés au CHU de Cocody
1er janvier 1975 - 31 décembre 1979.

Thèse méd. (Abidjan) 1980 n° 283.51 pages.

3) Aïssa (G.A.).

Complications maternelles des césariennes (étude rétrospective sur 780 césariennes colligées en un an au CHU de Treichville : du 1er Janvier 1988 au 31 Décembre 1988).

Mémoire méd C.E.S

4) Bah (R).

Césarienne dans un centre de santé rural à propos de 110 cas opérés à Bougouni.

Thèse de méd Bamako n°8, 1978.

5) Benoît Dominique.

Contribution à l'étude de cicatrice de césarienne segmentaire à propos de 6 observations cliniques.

Thèse Dakar n° 2 1962.

6) Boulanger J.C. et collaborateurs.

Les complications maternelles des césariennes.

J.Gyneco-obst. Reprod. 1986, 15, 327 - 332.

7) Boutaleb (Y) Lahlou (D) et Lahlou (M).

La césarienne.

J.gyneco-obst. Biol. reprod. 1982, 11, 1, 84 - 85.

8) *Cheick Hamady DIALLO.*

Contribution à étude de la césarienne : à propos d'une série continue de 160 cas au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré du 1er Octobre 1989 au 30 Septembre 1990.

Thèse médecine n° 37 année 1990

9) *Chosson J. Piana L, Blanc B.*

L'accouchement après césarienne segmentaire.

Rev Fr.Gynécol. 1969,64,77-82.

10) *Complications des césariennes mises à jour en gynécologie-obstétrique.*

Paris Vigot édition 1981, 195 - 217.

11) *Cunningham F.G., Hanth J.C., Strong J.D., Kappus S.S.*

Infections morbidity following cesarean section : comparaison of two treatment regimens.

Obstet.Gynecol. 1978, 52, 656 - 661.

12) *Dean (R.E), Stevard Taylor (F).*

Post operative morbidity from cesarean section.

ANN J. Obstet gynecol 1961, 5, (81) 877 - 883.

13) *Desjars P., Baron D., Rodineau., Pannier M. et Nicolas F.*

Complications infectieuses graves des césariennes : à propos de 6 observations.

Ouest-méd, FRA, 31, 13, 895 - 903, 1978.

14) *Dommerge (M) et Madelenat (P).*

césarienne : techniques. indications. complications.

Revue du praticien 1985, 35, 23, 1343 - 1362.

15) *Enry R, Gammière M et Martin A.*

Complications des césariennes mises à jour en gynécologie obstétrique. Paris, Vigot Editions., 195 - 217. 1981.

16) *Evrard (J.R.), Gold (M.E)*

Cesarean section and maternal mortality in Rhade Island.

Obst.gynecol 1977, (50), 594 - 597.

17) Fatima S. Tall

Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de cercle de la deuxième région.

Thèse méd. n° 154, 1992

18) Gibbs R.S. et Allan J. Weinstein.

Bacteriologic effects of prophylactic antibiotics in cesarean section.

ANN. J. Obstet Gynec. 126, 2, 226 - 229, 1976.

19) Gibbs R.S., Jones P.J et Wilder C.J.Y.

The effect of internal monitoring on maternal infection following cesarean section. A prospective study.

Obstet.Gynec. 52, 193, 1978.

20) Grall F.

La grossesse et l'accouchement chez la femme âgée et enfant.

F.R., 1972, 6,4, 237-250.

21) Grall J.Y., DC Villartay A., Blanchet B., Dien C., Guivarc H.G., Kerisit J. et Cornier M.

Problèmes posés par les infections puerpérales graves après césariennes. Indications de la reprise opératoire.

Rev. Franç Gynec.Obstét, 74, 7 - 9, 487 - 495, 1979.

22) Green S.L et Sarubbi F. A. Jr.

Risk factors associated with post cesarean section febrile morbidity.

Obstet.Gynec., 49, 6, 686 - 690, 1977.

23) Hadd (H) Lundy (L).

Changing indications for cesarean section.

Obstet.Gynec. 1978 (51) 133 - 137

24) Henry (G)., Robert.

Nouveau traité de technique chirurgicale.

Tome XIV gynécologie 2^e édition 1973

25) Hibbard L.T.

Changing trends in cesarean section

ANN. J. Obstet.Gynecol 1976, 125, 798 - 804.

26) Hofer G., Nagl F., Grob F.

Ist eine hohe sèktion frequenz mit der sèktions morbiditat und der sèktion morbiditat un sèktionsletalitat inber !

Geburtsh Gynakal. Abt. Koutonspit Munsterlingen.

Geburtsh frauen heilk. 1974, 34, 10 - 829.

27) H.Serment.

Complications maternelles des césariennes, Hôpital de la conception, Marseille.

Pratique médicale, 31, 1982

28) J. Lansac et G. Body

Pratique de l'accouchement

1988.

29) Jones (OII).

Cesarean section in present day obstetrics.

ANN J. Obstet.Gynecol. 1976, 5, (126) 521 - 530.

30) Leroy (J) et Amoros (JP).

Césarienne pratiquée chez l'africaine à Dakar.

Méd. trop. 1975, 35, 3, 209 - 217.

31) Locko Mafouta (C) et Collaborateurs.

Les infections puerpérales post césariennes à Brazaville (à propos de 13 cas colligés en 11 mois).

Médecine d'Afrique Noire 1986, 33 (10) 703 - 714.

32) Mamadou (D) et A. SY.

Réflexion à propos de 250 césariennes pratiquées en milieu noir africain à Bamako.

Afriq. méd. 1973, 12, 115, 863 - 868.

33) Melchior (J) Bernard (N) et Raoul A. (I).

Evolution des indications de césariennes mises à jour en gynécologie et obstétrique.

Vigot, Paris 1988. 319 - 337.

34) Merger (R) et collaborateurs.

Précis d'obstétrique. 5e édition.

Masson, Paris 1985. 618 - 627.

35) Mohamed Thiero

Les évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel TOURI (à propos de 160 cas).

Thèse méd. n°17. 1995.

36) Pontonnier A., Berland M., Daudet M., Deschanel J.P., Magnin., Nicollet., Salle B et Thoulon J.M.

L'extension des indications de la césarienne au cours des 10 dernières années est-elle justifiée ?

Table ronde. rev. franç. Gynéc.Obstét., 74, 2. 81 - 96. 1979.

37) O.M.S

Rapport sur la conférence internationale sur la maternité sans risque. Prévenir la mort tragique de la mère.

Kenya février 1986 P.56

38) Racinet (C) et Favier (M).

La césarienne : Indications, techniques, complications.

Masson. Paris. 1984 - 185 pages

39) Racinet (C) et Favier (M)

césarienne. Hier et Aujourd'hui

Pratique médicale. 45. 1983

40) Racinet (C) et Favier (M)

Césarienne : complications maternelles

Pratique médicale, 31, 1982

41) Renaud (R) et collaborateurs.

A propos d'une série continue de 400 césariennes

Rev. méd. Côte d'Ivoire. 1968, 4, (8), 5 - 9.

42) Soumounou (K.I.).

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des complications septiques des césariennes sur cas impurs. A propos de 326 observations recueillies à l'hôpital du point "G "

Thèse méd. Bamako 1981, n° 27.

43) Roger Vokaer

Traité d'obstétrique, 2^e édition

Masson 1985

44) Sow (A) épouse Sy.

Opération césarienne en milieu africain (étude de 2260 interventions pratiquées à l'Hôpital du Point "G ").

Thèse méd. Bamako 1973 n°227.

45) Traoré A. F.

Etude des complications maternelles et de la mortalité maternelle à la maternité de l'Hôpital Gabriel Touré

Thèse méd. Bamako 1989 n°46

**46) Welffrens-Ekra. CH BMD Semik Konamble R. Kone M.CHU
Yopougon (Abidjan)**

Urgence au quotidien.

Quelle stratégie de prise en charge des évacuations sanitaires obstétricales.

J. Gyn-Obst. Biol.Rep. 1981,40.

47) Zinsou (RD) et collaborateurs.

La césarienne : étude rétrospective de 274 cas.

Médecine d'Afrique Noire 1986, 33 (3) 180 - 182.

IX ANNEXES

COÛT MOYEN D'UNE CÉSARIENNE.

1) <u>Sérum glucosé</u>	3 flacons	530 x 3	=	1 590
2) <u>Serum salé</u>	3 flacons	530 x 3	=	1 590
3) <u>Tubulure</u>	M 3	305 x 3	=	915
4) <u>Ketamine(Ketalar 50 mg)</u>	2 ampoules	1 855 x 2	=	3 710
5) <u>Atropine injectable</u>	2 ampoules	75 x 2	=	150
6) <u>Diazepam(Valium 10 mg) injectable</u>	2 ampoules	140 x 2	=	280
7) <u>Ampicilline injectable 1g</u>	21 flacons	295 x 21	=	6 195
8) <u>Gentamycine 80 mg</u>	N = 14 ampoules	90 x 14	=	1 260
9) <u>Cat-gut n°5 ou 6</u>	N = 3	1 250 x 2	=	2 500
10) <u>Gants stériles</u>	2 paires	315 x 2	=	630
11) <u>Sparadrap</u>	1 rouleau	500 x 1	=	500
12) <u>Compresses stériles 40 x 40</u>	3 paquets	870 x 3	=	2 610
13) <u>Methylergométrine(Methergin)injectable</u>	2 boites	885 x 2	=	1 770
14) <u>Seringues 10 cc</u>	M 1	90 x 14	=	1 260
15) <u>Quinine(Quinimax 0,40)injectable</u>	N = 6	140 x 6	=	840
Total				= 28 300 F/CFA

Frais d'hospitalisation = 2 500 f/CFA

Coût moyen d'une césarienne sans survenue de complication est environ égal à 28.300 avant toute dévaluation du franc CFA.

COÛT MOYEN POUR UN ACCOUCHEMENT NORMAL

1) Méthylergométrine(Methergin) injectable :	2 boîtes 885 x 2	1 770
2) Coton 1 paquet	400 x 1	400
3) Bande N° 2	150 x 2	300
4) <u>Argyrol</u> collyre 1 flacon	425 x 1	425

Frais de séjour pour un accouchement normal est égal a 1 500 F CFA

TOTAL = 4 395 F CFA

Le coût moyen d'un accouchement normal est environ egal a 4 395 F CFA

Même sans survenue de complication, le coût moyen pour une césarienne est plus de 5 fois supérieur à celui d'un accouchement normal.

FICHE SIGNALITIQUE

Titre : Les aspects démographiques et obstétricaux des complications infectieuses post-césariennes dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Gabriel Toure

Auteur : Abdou Salam Kouate

Année : 1993

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de l'E.N.M.P. B.P. 1805 Bamako Mali

Secteur d'intérêt : gynécologie-obstétrique.

***Résumé :** Les infections post-césariennes posent un problème de santé publique. A l'hôpital Gabriel Touré ce phénomène est fréquent et le pronostic maternel et foetal est le plus souvent mauvais.*

Nous avons obtenu une fréquence de 40,8%.

Les femmes césarisées sont âgées de 15 à 35 ans et en majorité non lettrées. Les principaux facteurs de risque sont : la parité, la durée du travail, l'état de la poche des eaux, des conditions socio-économiques. Les infections rencontrées sont : l'abcès de paroi, l'endométrite, l'abcès pelvien, la péritonite, la septicémie et phlébite.

La mortalité maternelle est élevée, soit 11,3%.

La mortalité foetale égale 13,04%.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 9 à 16 jours.

Mots clés

- Aspects démographiques - Complications infectieuses - Césarienne - Asepsies -

FICHE D'ENQUETE

SERVICE

Service

Nom

Quartier

Profession

Niveau d'instruction

Situation matrimoniale

Antécédents Obstétricaux

Nombre de grossesse

Antécédents gynécologiques

Fibrome utérin

Kyste de l'ovaire

Durée d'hospitalisation

Ictère

Cardiopathie

Symétrique

Moment d'indication de la césarienne

DIAGNOSTIC

Age

Taille

Poids

Prénom

Ethnie

Parité

Césarienne

GEU

Fistule

Prolapsus

Hernie

Suites post- opératoires

Antécédents médicaux

Diabète

Anémie

Paludisme

Etat du bassin

Assymétrique

Pendant le travail

Au cours de la consultation prénatale

Complications infectieuses

- Endométrite : aspect des lochies Involution utérine Fièvre

- Sonde : oui ou non

Septicémie et infection : oui / non

Péritonite Pelviperitonite Fièvre persistante

Suppuration et abcès de la paroi

Les facteurs liés aux conditions obstétricales

Degré de dilatation du col

Durée du travail

Rupture prématurée des membranes

Manoeuvre par voie basse avant la césarienne

Antibiothérapie prophylactique

Etat de l'enfant à la naissance

Décès maternel oui ou non cause

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette facultés, 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 leur père.

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

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