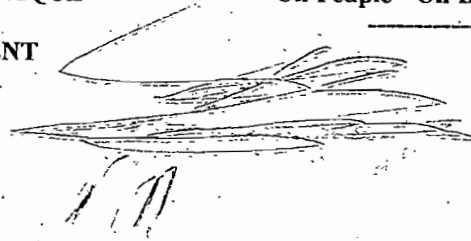


DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE



**CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CESARIENNES
INTERATIVES A LA MATERNITE
DE L'HOPITAL GABRIEL TOURE (H.G.T.)**

N°.....6.....

THESE

Présentée et soutenue publiquement
le 1995.

DEVANT
L'ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

Par

M'pè SOGOBA

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

JURY

Président : Professeur **Amadou Ingré DOLO**

Membres : Docteur **Almahady DICKO**
Docteur **Aïda SOW**

cteur de THESE : Docteur **Salif DIAKITE**

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

DIRECTION NATIONALE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

Ecole Nationale de Médecine
et de Pharmacie

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DES CESARIENNES
ITERATIVES A LA MATERNITE DE
L'HOPITAL GABRIEL TOURE (H G T)**

n° 6

THESE

Présentée et soutenue publiquement
le -----1995

Devant
L'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie

Par

M'pè SOGOBA

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

JURY

Président : Professeur **Amadou Ingré DOLO**

Membres : Docteur **Almahady DICKO**
 Docteur **Aida SOW**

Directeur de THESE : Docteur **Salif DIAKITE**

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

ADMINISTRATION

DOYEN : ISSA TRAORE - PROFESSEUR
1er ASSESSEUR: BOUBACAR S.CISSE - PROFESSEUR
2ème ASSESSEUR : AMADOU DOLO - MAITRE DE CONFERENCE AGREGE
SECRETAIRE GENERAL: BAKARY CISSE - MAITRE DE CONFERENCE
ECONOME: MAMADOU DIANE CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Aliou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Ortho-Traumato.Sécourisme
Mr Souléyman SANGARE	Pneumo-phthysiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L.TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie

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

D.E.R.CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chef D E R de Chirurgie
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Ortho-Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mme SY Aissata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif Diakitè	Gynéco-Obstétrique

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Alhousséini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme DIALLO Fatimata.S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesth.-Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Générale

Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye K.DIALLO
Mr Mamadou TRAORE
Mr Filifing SISSOKO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J.THOMAS

Ortho.Traumatologie
Anesthésie-Réanimation
Gynéco-Obstétrique
Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Ophtalmologie

5. ASSISTANTS

Mr Nouhoum ONGOIBA
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Sadio YENA

Anatomie & Chirurgie Générale
Ortho.Traumatologie
Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO
Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Yéya T.TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA

Bactériologie-Virologie
Anatomie-Path.Histoembryologie
Chimie analytique
Biologie
Biologie Chef de D.E.R.
Chimie Organique

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Ogobara DOUMBO
Mr Anatole TOUNKARA

Parasitologie
Immunologie

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Yénimégué A.DEMBELE
Mr Massa SANOGO
Mr Bakary M.CISSE
Mr Abdrahamane S.MAIGA

Chimie Organique
Chimie Analytique
Biochimie
Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sekou F.M.TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr N'yenigie Simon KOITA
Mr Abdrahamane TOUNKARA
Mr Flabou BOUGOUDOGO
Mr Amadou TOURE
Mr Ibrahim I.MAIGA

Biologie
Entomologie médicale
Malacologie,Biologie Animale
Chimie organique
Biochimie
Bactériologie
Histoembryologie
Bactériologie

5. ASSISTANTS

Mr Benoît KOUMARE

Chimie Analytique

D.E.R.DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Med.Int. Chef D E R MEDECINE
Mr Aly GUINDO	Gastro-Enterologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamamdou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Eric PICHARD	Médecine Interne

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Physsiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie

3. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Abdel Kader TRAORE	Med.Interne
Mr Moussa Y.MAIGA	Gastroenterologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Hamar A. TRAORE	Medecine Interne
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastroenterologie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie

3. ASSISTANTS

Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Adama D.KEITA	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie

D E R de SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1.PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
--------------------------	-------------

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Arouna KEITA	Matière Médicale
-----------------	------------------

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique (Chef de D.E.R.)
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

3. MAITRE ASSISTANT

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique

4. ASSISTANT

Mr Ababacar I.MAIGA	Toxicologie
---------------------	-------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique (chef D.E.R.)
---------------------	------------------------------

2. MAITRE DE CONFERENCE AGREGE

Mr Moussa A.MAIGA	Santé Publique
-------------------	----------------

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G.TOURE	Santé Publique
Mr Sory I.KABA	Santé Publique
Mr Alain PRUAL	Santé Publique

3. ASSISTANT

Mr Massambou SACKO	Santé Publique
--------------------	----------------

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale et Min.
Mr Bakary I.SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymanne GUINDO	Gestion
Mrs Sira DEMBELE	Maths
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Ftoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Nyamanton DIARRA	Mathématiques
Mr Moussa I.DIARRA	Biophysique
Mr Mamadou Bakary DIARRA	Cardiologie

PERSONNEL D' ENCADREMENT (STAGES & TP)

Docteur Madani TOURE	H.G.T.
Docteur Tahirou BA	H.G.T.
Docteur Amadou MARIKO	H.G.T.
Docteur Badi KEITA	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassim SANOGO	H.G.T.
Docteur Yéya I.MAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Chompere KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie P.DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur Almahdy DICKO	P.M.I.SOGONINKO
Docteur Mohamed TRAORE	KATI
Docteur Arkia DIALLO	P.M.I.CENTRALE
Docteur Reznikoff	IOTA
Docteur P.BOBIN	I.MARCHOUX
Docteur A.DELAYE	H.P.G.
Docteur N'DIAYE F. N'DIAYE	IOTA
Docteur Hamidou B.SACKO	HGT
Docteur Hubert BALIQUE	C.T. MSSPA
Docteur Sidi Yéhiya TOURE	HGT
Docteur Youssouf SOW	HGT

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr M.CISS	HYDROLOGIE
Pr M.L.SOW	MED.LEGALE
Pr S.S.GASSAMA	BIOPHYSIQUE
Pr D. BA	BROMATOLOGIE
Pr A.E.YAPO	BIOCHIMIE
Pr B.FAYE	PHARMACODYNAMIE
Dr G.FARNARIER	PHYSIOLOGIE

DEDICACES

Je dédie cette thèse

A mon père feu zié SOGOBA

Vous nous avez laissé un grand vide et particulièrement à moi ; que la terre vous soit légère .

A ma mère Yafongo COULIBALY :

vous avez guidé mes premiers pas à l'école et vous m'avez soutenue tant moralement que matériellement . vous êtes pour moi une source inépuisable de bonheur ,et vos paroles me disent plus qu'une bibliothèque.

Soyez assuré de mon amour filial en ces moments où les mots me manquent. Je vous dis encore merci .

A mes frères

Soulemani SOGOBA

Brehima N'to SOGOBA

Adama zana SOGOBA

Oumar SOGOBA

Nouhoum SOGOBA

Adama k SOGOBA

Trouver ici mon attachement le plus fraternel

A mon frère Bakary SOGOBA et famille
mention spéciale.

A ma soeur

Koni SOGOBA

A mes tantes

Niadoumou COULIBALY

Mama SOGOBA

A mes oncles

Hamidou COULIBALY

Nafo COULIBALY

Assimou COULIBALY

Je vous dis encore merci

A ma belle famille

A mon beau-père Bognè SOUMBOUNOU

A ma belle mère Wassa COULIBALY

Mention spéciale

A ma femme Madina SOUMBOUNOU

Tes qualités de simplicité de modestie et ton sens élevé du devoir envers ton époux, font de toi une femme admirable
Je t'embrasse très chaleureusement.

A mes enfants

Mamou SOGOBA

Chata SOGOBA

Mohamed SOGOBA

Que dieux vous donne longue vie et la chance de réussir dans tout ce que vous aurez à entreprendre.

A mes amis

Amadou BAGAYOGO

Nouhoum SOGOBA

Moussa N SOGOBA

A tous les étudiants de la promotion 1987 1992

A tout le personnel du service de la maternité de l'hôpital GABRIEL TOURE

A la cellule informatique de l'école nationale de médecine et pharmacie du Mali.

Nos remerciements sincères.

A ma femme Madina SOUMBOUNOU

Tes qualités de simplicité de modestie et ton sens élevé du devoir envers ton époux, font de toi une femme admirable

Je t'embrasse très chaleureusement.

A mes enfants

Mamou SOGOBA

Chata SOGOBA

Mohamed SOGOBA

Que dieux vous donne longue vie et la chance de réussir dans tout ce que vous aurez à entreprendre.

A mes amis

Amadou BAGAYOGO

Nouhoum SOGOBA

Moussa N SOGOBA

A tous les étudiants de la promotion 1987 1992

A tout le personnel du service de la maternité de l'hôpital GABRIEL TOURE

A la cellule informatique de l'école nationale de médecine et pharmacie du Mali.

Nos remerciements sincères.

A mon maître et président du jury
Le professeur Amadou Ingre DOLO

Professeur agrégé de gynécologie et d'obstétrique à l'école nationale de médecine et de pharmacie du Mali (E N M P)

Chef de service de gynécologie et d'obstétrique à l'hôpital du point G.
Directeur des études à l'E N M P .

Vous nous honorez une fois de plus en président cette thèse malgré vos multiples occupations .

Vous êtes pour nous une source inépuisable de ressources et l'enseignement que nous avons reçu auprès de vous en dit beaucoup.

Votre sincérité et la rigueur scientifique font de vous un maître admirable
Soyez assuré de mes reconnaissances les plus sincères.

A mon maître et juge le docteur Almahady DICKO

chef de service de gyneco-obstétrique de L' H G T.
vous m'avez accueilli dans votre service à coeur ouvert . La simplicité ; le courage et votre dévouement à la cause du service font de vous un chef exemplaire.

Vos conseils et votre disponibilité constante ne s'auraient être écartés dans la réussite de ce travail.

Recevez ici l'expression de toute ma gratitude.

A mon maître et juge le docteur SY AIDA SOW

Chef de service de la maternité de Missira

C'est un plaisir pour moi de vous voir siéger parmi les membres de mon jury. Votre simplicité et votre clarté sont des atouts appréciables.

La qualité de votre enseignement m'a donné une attention toute particulière. En jugeant cette thèse vous témoignez encore une fois de plus votre attachement à la réussite de vos étudiants.

Trouvez ici mes remerciements les plus distingués.

A mon directeur de thèse le docteur Salif DIAKITE.

MAITRE DE CONFERENCE.

Docteur à l'hôpital Gabriel TOURE

Vous avez été pour moi non seulement un maître mais aussi un frère.

Vous avez guidé mes mains depuis le début du travail jusqu'à la fin avec un grand dévouement et un sens élevé du devoir.

Votre expérience et votre esprit d'ouverture ont été pour moi une inspiration profonde pour la réussite de ce travail ;

Ce travail n'est qu'un complément qui vient confirmer les résultats antérieurs combien appréciable.

Votre courage et votre esprit scientifique font tous les atouts d'un directeur de thèse.

Trouvez ici l'expression de toute ma profonde gratitude.

SOMMAIRE

CHAPITRE I

A . INTRODUCTION -----Page 1
Définition .
Objectif .

I HISTORIQUE -----Page 2 à 3

II RAPPELS ANATOMIQUES -----Page 4 à 9

III INDICATIONS ET FREQUENCE
DE LA CESARIENNE -----Page 10 à 12

IV TECHNIQUE DE LA CESARIENNE -----Page 13 à 14

V INCIDENTS ET COMPLICATION
DE LA CESARIENNE -----Page 14 à 15

CHAPITRE II

B . MATERIEL ET METHODE -----Page 16 à 18

CHAPITRE III

C . RESULTATS -----Page 19 à 40

CHAPITRE IV

D . COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS -----Page 41 à 50

CHAPITRE V

E . CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS -----Page 51 à 53

CHAPITRE VI

BIBLIOGRAPHIE -----Page 54 à 59

ANNEXE -----Page 60 à 64

CHAPITRE I

A. INTRODUCTION

La césarienne est une opération destinée à extraire un fœtus en pratiquant une hystérotomie par voie abdominale exceptionnellement par voie vaginale chaque fois que l'accouchement par voies naturelles offre un risque maternel supérieur au risque inhérent à l'intervention.

La découverte de la césarienne a été une arme puissante contre la mortalité foeto-maternelle qui fût du coup diminuée. Cette opération peut être évitée dans certains cas en pratiquant un forceps.

C'est grâce aux travaux de PASTEUR sur l'asepsie et l'antisepsie et aux progrès de l'anesthésie et de la réanimation que la sécurisation de la césarienne a vu le jour.

L'importance de cette opération n'est plus à démontrer ; certaines thèses peuvent la confirmer à travers le pays ; c'est le cas en 1973 à l'hôpital national du point G (H P G) par SOW A (39) ; BAH R (3) à Bougouni en 1978 ; en 1981 par SOUMOUNOU K (38) (H P G) en 1983 par BERTHE S (10) ; en 1989 par KONE F. Cependant seule l'étude de COULIABALY M (17) s'est penchée sur la problématique de la césarienne itérative en 1989 au Mali, donc notre étude qui est le second du genre au Mali garde toute son importance. Des études similaires ont été réalisées par certains auteurs dans d'autres pays : c'est le cas au Zaïre (45) en Tunisie (34) en Centrafricain (8).

En France le taux de césarienne itérative dans certaines régions atteint 35% (28) ; au Brésil 80% des enfants naissent par césarienne après une cicatrice utérine (7).

La cicatrice utérine pose un problème en obstétrique. Car pour une nouvelle grossesse elle sera soumise à une forte tension lors d'un accouchement futur qui peut entraîner une désunion de cette cicatrice.

C'est pour cela que toute grossesse sur un utérus cicatriciel est d'emblée une grossesse à haut risque. ainsi devant la menace de rupture on fait recours au vieil adage "césarienne un jour césarienne toujours" (5).

Nous avons étudié les césariennes itératives pour les objectifs suivants

- a) Apprécier la fréquence de la césarienne itérative au niveau de la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE (H G T)
- b) Répertoire les indications de la césarienne itérative
- c) Etudier les complications de la césarienne itérative
- d) Etudier le pronostic foetomaternel de la césarienne itérative.

I HISTORIQUE

La notion de naissance par ouverture de l'abdomen plonge ses racines dans la mythologie et les légendes.

Ce mode de naissance a été attribué à certains dieux tels que VEDIQUE INDA et BOUDDHA (44)

Cependant les récits légendaires ne permettent pas de conclure que les opérations césariennes étaient pratiquées à cette époque.

Par ailleurs des observations relativement récentes témoignent que les césariennes post mortem étaient pratiquées chez certaines populations d'Afrique centrale (Congo,) et orientale (Unyoro) ;et cela pas pour la survie de l'enfant mais liées à la notion du "likundus";c'est à dire liées au pouvoir magique et maléfique attribué aux organes malades.

Au moyen âge l'église catholique voyait essentiellement dans la césarienne post mortem une possibilité de ne pas priver une âme des biens faits du baptême . Elle Freina longtemps la pratique de cette opération sur une femme vivante .

En dehors de la sphère d'influence de l'église , il semble que des populations dites primitives aient pratiqué la césarienne sur les femmes vivantes.

En effet Felkin rapportait en 1884 avoir été témoin d'une telle opération en Uganda (44)

Selon Caspar baulin la première césarienne effectuée en Europe sur une femme vivante n'aurait pas été l'oeuvre d'un médecin mais celle d'un chatreur de porcs.

Le suisse Jacob Nufer aurait pratiqué une césarienne sur sa propre femme aux environs de 1500 et deux sages femmes eurent le courage de l'assister. Selon Marcello DONATI (1538 1602) un chirurgien Italien nommé Christophorus BAINUS effectua en 1540 une césarienne sur femme vivante.

La première description véritablement crédible d'une telle opération est due à Daniel SENNERT; et concerne une intervention faite par TRAUTMANN de Wittenberg le 21 avril 1610.

Quoi qu'il en soit il ne fait pas de doute que c'est au XVI ème siècle que la pratique de la césarienne sur femme vivante entra dans la controverse médicale.

Le traité nouveau d'hysterotomotokie ou enfantement césarien publié en 1581 par le chirurgien Français François ROUSSET est le premier texte promouvant la pratique de la césarienne sur femme en vie.

De façon concomitante s'érigea une opposition contre cette pratique.

Abroise PARE la condamna sans appel.

En France sous l'impulsion de Jean François SACCOMBE (1750 1822) se développa même un mouvement d'opposition sous le nom d'école anti césarienne.

Malgré cette critique la césarienne était pratiquée même si le taux de mortalité était très élevé.

BAUDELOCQUE faisait état de 42 décès sur 73 interventions (58%).

En 1731 VELPEAU admet une mortalité d'au moins 60% .selon BUDIN aucune femme n'aurait survécu à une césarienne à Paris de 1787 à 1876.

En Angleterre et en Irlande cette mortalité atteignait 85% en 1865 .

La première césarienne sur une femme vivante aux Etats Unis serait due à Jon L Richimon de Newton en 1827 . Le 21 Mai 1876 à Milan PORRO fit suivre d'une hystérectomie subtotale la césarienne qu'il avait pratiqué chez une naine primipare hautement rachitique de 25 ans.

La première césarienne extraperitoniale fut exécutée par l'américain Alexander J.C SKENE développé par FRANK en 1907

II RAPPELS ANATOMIQUES

1. Rappels Anatomiques du bassin osseux

La cavité pelvienne offre à considérer deux régions séparées par un espace rétréci; le détroit supérieur.

* En haut le grand bassin

* En bas le petit bassin ou bassin obstétrical ou excavation pelvienne

1.1 Le détroit supérieur

IL représente l'espace resserré séparant le grand bassin du petit bassin; il est cerné par la ligne terminale. Au cours de l'accouchement le franchissement de ce rétrécissement par le plus grand diamètre de la présentation constitue l'engagement

1.1.2 La forme du détroit supérieur

Il est souvent comparé à un coeur de carte à jouer.

1.1.3. Les diamètres du détroit supérieur: on distingue

* Les diamètres antero-postérieurs: qui sont utilisés par la présentation lors de la traversée du détroit supérieur comprenant:

Le diamètre conjugué vrai ou diamètre sagittal utile de PINARD: 10.5cm c'est la distance promontoretropubienne.

Le diamètre sagittal du détroit supérieur: il est pratiquement confondu avec le précédent.

Le diamètre sagittal postérieur de THOMS: mesure 4 à 5 cm

IL va du milieu du transverse maximum au promontoire

Le diamètre transverse médian; il passe par le milieu de la distance promonto-pubienne avec 12 à 12.8 cm.

Le diamètre oblique: 12cm son point postérieur est sacro-iliaque et son point antérieur est variable selon les auteurs.

* Les diamètres sacro-cotyloïdiens 9 cm vont du milieu du promontoire à la partie postérieure de la cavité cotyloïde

1.1.4. Les aires d'engagement

En général l'engagement emprunte les diamètres obliques qui lui offrent les plus grandes facilités

1.1.5 Intérêt anatomo-clinique de ces différents diamètres.

Ces différents diamètres permettent la classification morphologique en différents types de bassin.

On distingue lorsque la diminution porte:

* sur un diamètre

Le bassin aplati: avec un diamètre antero-postérieur diminué et mesurant moins de 10.5cm

Le bassin transversalement rétréci: où le diamètre transverse médian est diminué et correspond:

-Au type anthropoïde: si le détroit supérieur dessine un ovale

-Au type androïde si le détroit supérieur est triangulaire

Le bassin asymétrique dont le diamètre oblique est diminué

* Sur plusieurs diamètres :

Le bassin généralement rétréci ou juxto-minor lorsque tous les diamètres sont diminués dans la même proportion .

Le bassin rond: dont le diamètre transverse est à peu près égal au diamètre antero-postérieur.

Le bassin aplati et généralement rétréci : tous les diamètres sont diminués mais la diminution du diamètre antero-postérieur est plus accentuée

2 Le détroit moyen :

Il est limité en avant par le milieu de la face interne de la symphyse pubienne ; latéralement par le milieu des cavités cotyloïdes ; en arrière par la réunion de la IIème et la IIIème vertèbre sacrée.

L'atteinte du détroit moyen par la présentation correspond au signe de Farabeuf positif , il se traduit par l'absence de place dans la concavité sacrée.

2.1. La forme de l'excavation: Elle dépend beaucoup de la courbure du sacrum. mais peu de l'inclinaison de la symphyse.

Il peut s'agir

-De courbure par exagération ou redressement de la concavité.

-De saillies anormales des vertèbres sacrées constituant de faux promontoires.

Par ailleurs si l'on considère la forme de l'excavation et celle du détroit supérieur on distingue en pratique :

-Le bassin annelé où le détroit supérieur forme un anneau rétréci alors que l'excavation est normale.

-Le bassin canaliculé : le détroit supérieur et l'excavation sont rétrécis.

-Le bassin étagé : la partie supérieure de l'excavation et le détroit supérieur sont rétrécis.

2.2. Les diamètres du détroit moyen :

L'étude radiologique permet de déceler le rétrécissement du détroit moyen lequel rétrécissement a une grande importance au cours de la progression du mobile foetal. On distingue:

* Les diamètres sagittaux : qui sont

Le diamètre sacro-pubien inférieur mesure 11 à 11.5cm

Le diamètre antero-postérieur de brindeau 11.8 cm

Le diamètre oblique antérieur de l'excavation 4.5 cm

* Le diamètre bi-épineux

Mesure entre 10 et 11 cm . Lorsque la différence entre ce diamètre et le bi-parietal de la tête foetale est inférieure à 1 cm un arrêt sérieux peut survenir en cours d'accouchement . sa réduction isolée donne un bassin qualifié de "bassin croisé" par les auteurs allemands. Un tel bassin entrave la progression de la présentation.

3. Le détroit inférieur : Le détroit inférieur forme l' orifice inférieur du bassin et le plan de dégagement de la présentation
IL est constitué en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne , en arrière par le sommet du coccyx, latéralement d' avant en arrière par
le bord inférieur des branches ischio-pubiennes
le bord inférieur des tubérosités ischiatiques
les ligaments sacro-tubereux

3.1 la forme du détroit inférieur : il est grossièrement losangique à grand axe antero-postérieur

3.2 Les diamètres du détroit inférieur

Le diamètre antero-postérieur ou pubio-coccygien mesure 9.5 cm

Le diamètre transversal ou bi-ischiatique mesure 11 à 12 cm

4 EXPLORATION DU BASSIN

Les moyens d'exploration du bassin sont nombreux et de valeur inégale; ainsi un pronostic obstétrical valable doit reposer sur un ensemble d'investigations.

4.1. La pelvimétrie externe:

Elle peut se faire avec un pelvimètre ou avec un ruban-métrique.

Certaines mesures gardent malgré tout une grande valeur clinique de présomption d'anomalies du bassin : ceux sont

a) Le diamètre pré-pubien de TRILLAT : c' est la distance joignant au niveau du bord supérieur du pubis les deux plis inguinaux . Il mesure en moyenne de 12 à 13 cm. Ces dimensions sont réduites dans les bassins transversalement rétrécis et généralement rétrécis .

Le triangle pré-pubien normalement isocèle est déformé dans les bassins asymétriques.

b) Le losange de MICHAELIS .Ce losange est défini par :

- le sommet du pli fessier .

- le processus épineux de la cinquième vertèbre lombaire

- les fossettes cutanées qui sont en regard des épines iliaques postéro-supérieures

Les dimensions habituelles sont pour la diagonale transversale de 10 cm et pour la verticale de 11cm

c) Le diamètre bi-épineux : il mesure 25 à 26 cm

d) Le diamètre bi-trochanterien il mesure 30 à 31 cm

e) Le diamètre antero-postérieur : il mesure 20 cm

A l'aide du pelvimètre on peut mesurer ces diamètres ci dessus

4.2 La pelvimétrie interne : Elle peut se faire par le toucher vaginal , ou par exploration radiologique ou ultrasonique

* Le toucher par les doigts intra-vaginaux permet d'explorer toutes les parois du pelvis.

- la concavité sacrée est palpée de bas en haut :

Une atteinte du promontoire témoigne d'un bassin rétréci. On peut évaluer le promonto-rétro-pubien par le toucher mensurateur.

les faces latérales sont explorées méthodiquement avec la main droite pour la face droite et la gauche pour la face gauche .

Dans un bassin gynécoïde normal, le doigt garde le contact en parcourant les deux tiers des lignes arquées.

* L'exploration radiologique du bassin bien que indispensable chaque fois que l'examen clinique est imprécis n'est pas pratiqué dans notre service. Pour cette raison nous nous contenterons d'un rappel très bref de cette méthode.

Elle est effectuée après la 36ème semaine d'aménorrhée; et comporte : généralement des clichés de face et de profil .

- Les clichés de face: ils permettent d'apprécier la forme générale du détroit supérieur, de la courbure de l'arcade pubienne et de mesurer divers diamètres.

-Les clichés de profil :ils donnent une idée exacte de la courbure du sacrum, et surtout de l'inclinaison de la symphyse et la situation du promontoire.

* La pelvimétrie ultrasonique consiste à faire des mesures au moyen des ultrasons. Elle donne plus de précision sur la morphologie du bassin

5 RAPPEL ANATOMIQUE DE L'UTERUS

5.1. L'uterus non gravide :

l'utérus est un organe musculaire creux destiné à contenir l'oeuf fécondé pendant son développement et à l'expulser à terme.

a) description :

il siège dans le petit bassin et a la forme d'un cône tronqué, aplati d'avant en arrière et cylindrique en bas. Il est sous le péritoine, entre la vessie et le rectum et au dessus du vagin.

Il comprend :

- le corps : qui est aplati
- un bord droit et un bord gauche dont la partie supérieure porte chacun une trompe au bout de laquelle adhère un ovaire .
- un col qui est cylindrique , pend sur le vagin et porte un orifice appelé orifice cervical .

b) Orientation normalement il est en anteflexion et anteversion .

c) Dimensions : la hauteur fait 6.5 cm la largeur 4 cm, l'épaisseur 2 cm.

d) Structure: trois tuniques qui sont de dehors en dedans: la séreuse , la musculuse ou myomètre , la muqueuse ou endomètre .

e) Les moyens de fixité : sont de puissants ligaments ; qui sont

- le ligament rond
- le ligament large
- le ligament utero-sacré
- le ligament utero-ovarien
- le ligament vesico-utérin

f) -Vascularisation :

Artérielles: elle est assurée par l'artère utérine qui naît de l'artère iliaque interne.

-Veineuse : elle est assurée par deux voies veineuses, une principale et l'autre accessoire

-Lymphatique: elle se draine le long des vaisseaux lombo-ovariens pour aller dans les ganglions latero-aortiques.

5.2 L' Utérus gravide :

l'uterus gravide à terme présente trois régions distinctes

a) Le col utérin : plus ou moins effacé ou dilaté, extraperitonal partiellement intra-vaginal, il est pauvre en éléments musculaires .

b) Le corps utérin :recouvert d'un péritoine adhérent, intra-abdominal , constitué d'une paroi musculaire épaisse, très vascularisée et fortement contractile .

c) Le segment dit intermédiaire ou inférieur : qui a les caractéristiques suivants :

- La vessie, et le péritoine qui en recouvrent la face antérieure ne sont adhérent, au contraire, sa face antérieure peut être facilement séparé du péritoine et la vessie se laisse aisément refoulée vers le bas.

-Mince, peu musculaire et par conséquent peu contractile, et peu vascularisé.

-Résultant des modifications gravidiques de l'utérus, le segment inférieur se constitue au dépens de l'isthme utérin, et n'est complètement développé que pendant le travail.

L'utérus grévise est modifié dans sa forme ; sa taille ; sa position sa consistance et sa réactivité.

Les artères et les veines augmentent de calibre et de longueur et deviennent sinués. Le col se relâche, devient mou.

III INDICATIONS ET FREQUENCES DE LA CESARIENNE

a) Les indications

Les indications de la césarienne ont évolué ces 20 dernières années (26, 36). Si au début les indications étaient limitées aux obstacles mécaniques, on assiste maintenant à une extension des indications qui privilégient l'état foetal. Ceci se traduit par le souci constant de l'obstétricien de faire naître l'enfant dans le meilleur état neurologique possible (12).

Cette hypothèse est soutenue par le développement des moyens de surveillance prénatale, notamment l'enregistrement du rythme cardiaque foetal par le cardiotocographe et la mesure du P H in utero qui permettent le dépistage rapide d'une souffrance foetale.

Par ailleurs la fréquence des césariennes itératives ne fait que croître, car on note actuellement plus d'une césarienne sur quatre (26). En 1971 1976 1/4 des césariennes étaient itératives 1/3 l'étaient en 1976 1979 (5).

IL n'existe pas une différence notable entre les indications d'une césarienne itérative et d'une césarienne primaire, cependant certains facteurs plaident en sa faveur ; parmi les facteurs on peut retenir :

1 Les ATCD de la première césarienne

En cas de césarienne antérieure ; si la cause de la première hystérotomie demeure permanente il est logique d'adopter la même ligne de conduite .

IL en est de même pour les césariennes corporéales , segmento-corporéales , ou ATCD de rupture utérine .

Une césarienne itérative est de règle lorsqu'il existe au moins deux césariennes antérieures (26 ; 36) .

2 Les présentations dystociques .

L'utérus cicatriciel constitue une contre indication de la version par manoeuvre externe; alors la césarienne itérative est indiquée devant toute présentation dystocique .

En cas de présentation de siège l'indication de la césarienne itérative est formelle devant une anomalie même discrète du volume foetal .

3 Les dystocies dynamiques .

Si la possibilité d'accouchement par voie basse est acceptée par beaucoup d'auteurs après une césarienne ; et sous une stimulation ocytotique ; (14 ,34)

jusqu'à une époque récente , la cicatrice utérine constituait une contre indication à la stimulation par l'ocytocine (42); qui d'ailleurs n'est pas contrôlée dans notre milieu ; alors la césarienne est indiquée devant une inertie ou une atonie utérine de même que les dystocies du col irréductibles par les antispasmodiques .

4 les grossesses multiples:

La grossesse gémellaire entraîne le plus souvent une distension de l'utérus si bien quelle est à la base d'une inertie ou une atonie utérine .

a- le deuxième jumeau en présentation transverse.

b- le deuxième jumeau en présentation de siège .

5 Indications pour enfant précieux

Tout enfant est précieux d'autant plus qu'il est désiré . Cependant cette notion est plus tenace lorsqu'on est en face de certaines situations; ce sont:

a- Femmes longtemps traitées pour stérilité , et qui ont peu d'espoir pour redevenir enceinte.

b- Femmes dont les grossesses antérieures ont échouées.

La césarienne est légitime si elle est première et immédiate si une première césarienne a été déjà pratiquée.

6 Indications Liées au fœtus et à ses annexes

a- Le placenta praevia : le placenta praevia recouvrant est un obstacle absolu et la césarienne sera indiquée de façon urgente quelque soit l'âge de la grossesse par la survenue d'une hémorragie quelques fois cataclysmique.

Lors d'un placenta praevia non recouvrant l'hystérotomie d'urgence peut aussi s'imposer et parfois la répétition des hémorragies la rend nécessaire dès que la vitalité foetale est obtenue.

b- L'hématome rétro-placentaire : Elle constitue une indication urgente de césarienne et cela pour sauvetage maternelle.

c- La procidence du cordon

Sa survenue nécessite une césarienne d'urgence; sauvetage foetale.

d- La rupture prématurée des membranes : elle est de plus en plus fréquente ; mais isolée et avant 24 heures elle ne constitue pas une indication de césarienne , ainsi la décision est prise devant d'autres associations ou plus de 24 heures .

e- La souffrance foetale : la souffrance foetale peut être aigue ou chronique

La souffrance foetale aigue repose dans notre contexte sur deux signes

.* L'accélération des bruits du coeur foetal (B D C)

* L'émission du méconium dans le liquide amniotique qui le rend teinté (verdâtre) ; dans la présentation céphalique.

La souffrance foetale chronique peut découler d'un retard de croissance intra-utérin ; d'un terme dépassé ou d'une maladie maternelle (diabète drépanocytose) .

b FREQUENCE DE LA CESARIENNE

La fréquence de la césarienne a augmenté au cours des 20 dernières années cependant ,cette fréquence varie d'une région à une autre .

En France elle varie entre 8 % et 20 % (26) .La fréquence moyenne dans la région Rhône Alpes est 10.4 % (28)

Le tableau si dessous donne la fréquence des césariennes relevées au Mali, et à l'étranger

Tableau I Fréquence des césariennes relevées au Mali
en Afrique en Europe et aux Etats Unis

Pays ou Auteurs	Fréquences	Années
COULIBALY M (17)	19.14 %	1990
Sow A. (39)	16.26 %	1973
TRAORE A. (43)	6.81 %	1989
SAGBO F. (37)	14.70 %	1988
DIALLO C.H. (21)	7.82 %	1990
THOULON Lyon (42)	8.04 %	1971 1978
DAFFOS Paris (19)	9.40 %	1972 1976
ROUCHY Angers (35)	9.68 %	1976
EVRARD New-York (24)	14.08 %	1972 1975
BARROS F.C. Bresil (7)	27.9 %	1991
TSHIBANGU Zaïre (45)	8.60 %	1991
BEDAYA NGARO Bangui(8)	3.30 %	1969 1974
DEMBELE et coll (20)	15.60 %	1969 1970
GARBA H. Roanne (26)	12.50 %	1992
RUDIGOZ (36)	10.40 %	1988
GAUCHERAND (28)	10.50 %	1988

L'augmentation du taux de césarienne entraîne une augmentation du taux d'uterus cicatriciels. ainsi la fréquence des césariennes itératives ne fait qu'augmentée. Dans les pays développés une femme déjà césarisée n'a que 2 à 5 chances sur 10 d'accoucher par voie basse BARRIER (5)
En France plus de 35 % des césariennes sont itératives (26 28 36)

IV TECHNIQUE DE LA CESARIENNE

1 L'anesthésie * C'est une anesthésie générale provoquant chez la patiente un sommeil paisible. les drogues les plus couramment utilisées sont :

La Etamine ou kétalar*

Le penthotal

Le propanidide ou L'éponthol*

Ils sont associés à l'atropine et au diazepam ou valium*

l'anesthésiste doit être muni d'un tube d'intubation pour éviter l'inhalation du liquide gastrique dans les bronches.

* Anesthésie loco-régionale : elle n'est pas pratiquée dans le service.

2 La technique opératoire

a) L'incision cutanée: on distingue une incision médiane sous ombilicale, et une incision transversale sus pubienne; ou incision de Pfannenstiel .

L'incision médiane permet une extraction rapide du fœtus en état de souffrance ;et de permettre des interventions itératives ultérieures .

Elle n'a contre elle que d'être inesthétique .

Malgré le caractère esthétique de l'incision de Pfannenstiel elle n'est pas pratiquée dans le service .

La peau et l'aponévrose sont sectionnées dans le même sens ; les muscles pariétaux sont écartés par les doigts ; laissant découvrir le péritoine pariétal. Le péritoine pariétal sectionné on atteint la cavité abdominale .

b) L'hystérotomie.

Après avoir repéré le segment inférieur qui a les caractères suivants: mince peu vascularisé et ni le péritoine viscéral n'y adhère. on sectionne le péritoine permettant de décoller la vessie qui est ensuite refoulée vers le pubis à l'aide d'une valve.

Le segment inférieur peut être sectionné de deux manières :

-La section transversale : c'est la césarienne segmentaire transversale.

-La section verticale : c'est la césarienne segmentaire verticale.

Dans le type d'incision transversale le myomètre est sectionné dans le sens de l'orientation de ses fibres.

* Avantages:

- Les risques d'extension sur le corps utérin sont nuls.

- Les accidents vésicaux sont réduits.

- Possible même en cas de vessie pleine.

On lui reproche le risque d'extension sur les pédicules utérin majorant ainsi l'hémorragie per-opératoire.

Dans le type d'incision verticale les fibres sont sectionnées perpendiculairement à leur orientation;

* Avantages :

-Les pédicules utérins sont à l'abri.

*Inconvénients :

La vessie et les uretères sont exposés.

Il existe un risque d'extension sur le corps utérin ; qui ne donne pas une bonne cicatrisation et par conséquent ne répond pas au souci rechercher par l'auteur.

Elle n'est pas possible en cas de vessie non décollable.

c) L'extraction foetale .

Elle doit être rapide et peut se faire par le siège ou céphalique. Dès La sortie de l'enfant le cordon ombilical est sectionné entre les deux pinces qui le saisissent.

d) La délivrance.

Elle est artificielle; à l'aide de la main on n'évacue le placenta et on nettoie la cavité utérine

e) Hysterorraphie.

L'utérus est suturé en un plan par points séparés à l'aide d'un fil résorbable (catgut n°5 ou n°6) ; puis le péritoine viscéral en surget.

On nettoie la cavité abdominale puis on procède à sa fermeture plan par plan; de bas en haut.

V LES INCIDENTS ET COMPLICATIONS DE LA CESARIENNE

1 Les complications peropératoires :

* Les complications anesthésiques : elles sont rares et peuvent se manifester par un arrêt cardiaque; par un syndrome de Mendelson ou par un choc anaphylactique

-Complications chirurgicales.

* Les complications hémorragiques :elles sont peu fréquentes ou du moins facile à contrôler. AUDRA P. (2) trouve un taux de complications hémorragiques de l'ordre de 1 % ayant entraîné une transfusion sanguine en 1987.

* Les lésions urinaires :exceptionnelles sont les plaies d'uretère et les plaies de vessie ou syndrome de Youssef BOULANGER et coll (12) donnent un taux de plaie de vessie de 2.5p 1000 en 1983. Ces plaies surviennent soit lors de l'ouverture de la cavité abdominale lorsqu' existe des adhérences ou soit lors de l'extraction de la tête foetale.

La plaie vésicale aussitôt suturée en deux plans on mettra en place une sonde à demeure ;qui restera ouverte en permanence pendant au moins une semaine.

2 Les complications post opératoires.

Les complications infectieuses ;elles sont les plus fréquentes ;mais avec l'utilisation des antibiotiques elles évoluent rarement vers une septicémie ou une péritonite

BOULANGER (12) rapporte un taux de 2.2% .Des taux de 15 à40 % d'infections ont été rapporté par certains auteurs (2) et16% pour BARRIER J.

LE PRONOSTIC FOETAL

Il a pu être apprécié à la naissance par le score d'apgar ce score permet d'évaluer la vitalité de l'enfant selon les critères bien précis comme indiqué sur le tableau ci-dessous

Tableau II le score D'apgar

cotation paramètre	0	1	2
fréquence cardiaque	nulle	inférieure a 100 par mn	supérieure à 100 par mn
respiration	absente	irrégulière ou cri faible	régulière cri vigoureux
tonus	hypotonie des membres	léger flexion des membres	bon tonus
réactivité à l'aspiration	pas de réponse	grimaces ou léger mouvement	réponse vive ou cri
coloration	pale ou cyanosée	corps rose extrémités cyanosées	complètement rose

Un score de 3 à 4 nécessite une grande réanimation

Un score < à7 témoigne une souffrance foetale à la naissance

Un score = ou plus de 7est normal

La mortalité néonatale après une césarienne est de 4.25% contre 2.25% en cas d'accouchement par voie basse (33)

La morbidité néonatale est 32.25% contre 26.5% en cas d'accouchement par voie basse (33)

CHAPITRE II

B MATERIEL ET METHODE

1 Matériel : Notre travail qui est une étude prospective a été effectué a la maternité de l'hôpital Gabriel TOURE (H G T) ; du 1er novembre 1992 au 31 octobre 1993 ; soit au cours d'une période d'un an.

Vu la situation géographique de cette maternité (centre ville de la capitale) ; elle constitue le point de référence de toutes les autres maternités périphériques de la capitale.

La maternité comprend :

- * Une salle d'accouchement : équipée de cinq tables d'accouchements deux robinets pour le bain des enfants .
Une douche pour les parturientes entrantes .
- * une salle de repos pour les parturientes qui ont fait un accouchement normal (voie basse)
- * Une salle d'opération.
- * Cinq salles d'hospitalisations pour les parturientes césarisées ; équipées comme suite.
deux petites salles équipées de deux lits chacune.
Trois grandes salles équipées de douze lits chacune.
- * Deux salles d'hospitalisations pour les femmes opérées de pathologies gynécologiques ; on y compte douze lits dans la 1ère salle sept lits dans l'autre salle
- * Une salle de planification familiale

2 Méthode d'étude:

Les renseignements ont été recueillis:

- Par audition de la patiente elle même.
- Dans le registre d'accouchement .
- Dans le registre du bloc opératoire .

Ceux ci nous ont permis d'étudier pour chaque patiente les paramètres suivants :

- L'âge.
- La taille.
- L'ethnie.
- La profession.
- La situation matrimoniale.
- Le suivi prénatal.
- La gestité.
- La parité.
- Le nombre d'enfants vivants.
- Le nombre de césariennes antérieures.
- La cause des césariennes antérieures.
- La cause de la césarienne actuelle.
- Les interventions associés à cette césarienne.

On s'est servi d'un pelvimètre pour mesurer certains diamètres externes du bassin ;il s'agit du:

- Diamètre bi-épineux
- Diamètre bi-trochanterien
- Diamètre antero-postérieur

L'état de l'enfant à la naissance a été étudié suivant :

Son poids ; sa taille ;et son apgar

Pour raison de commodité nous avons groupé les indications en :

*Les dystocies mécaniques :Elles regroupent les bassins généralement rétrécis les disproportions foetopelviennes les bassins limites ; les présentations de siège ; les présentations transversales ;les présentations hautes.

* Les indications liées au fœtus et a ses annexes :il s'agit d'enfant précieux ; la souffrance foetale; hématome retroplacentaire ; placenta praevia ; rupture prématurée des membranes ;terme dépassé .

*La dystocie des parties molles :il s'agit de la dystocie du col

* Les indications dues à une pathologie maternelle liée à la grossesse il s'agit :des ruptures utérines et les pré-ruptures.

* Les indications dues à une pathologie maternelle non liée à la grossesse il s'agit d'une fistule vesico-vaginale

* Les césariennes prophylactiques.

Toutes nos césariennes ayant été fait en urgence les patientes n'ont pas fait de bilan préopératoire.

Notre voie d'abord a été la voie médiane sous ombilicale et en faisant une césarienne segmentaire transversale; qui est la technique utilisée dans le service

Critères d'inclusion sont:

Sont incluses dans notre étude toutes les patientes ayant au moins une césarienne antérieure.

Critères d'exclusion

Sont exclues, toutes les patientes qui sont à leur première césarienne ainsi que les cicatrices utérines dues à un fibrome utérin ou à une perforation utérine, par suite de curetage

En salle d'accouchement sont admises deux catégories de parturientes :

* Les parturientes qui ont été suivies dans le service et les parturientes qui ont été suivies dans d'autres services et qui sont venues accouché d'elles mêmes pour raison de sécurité. Elles Constituent le groupe des parturientes non évacuées.

CHAPITRE III

C RESULTATS

Au cours de notre étude nous avons reçu 5825 parturientes dont 680 ont accouché par césarienne soit un pourcentage de 11.67% c'est le taux de césarienne relevé dans le service.

Par ailleurs notre étude s'est portée sur 110 cas soit un pourcentage de 16.17%

Les tableaux III IV V ci-dessous donnent la répartition des patientes en fonction de l'âge ; la situation matrimoniale et l'ethnie

Age

Tableau III répartition des patientes selon l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
< 20 ans	11	10 %
20 à 35	87	79.1 %
36 et plus	12	10.9%
Total	110	100 %

La moyenne d'âge est 27 ans

La patiente la plus âgée a 45 ans

Situation matrimoniale

Tableau IV répartition des patientes selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Célibataires	3	2.7%
Mariées	107	97.3 %
Total	110	100 %

Ethnie

Tableau V. Répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	Pourcentage
Bambara	43	39.1%
Bobo	2	1.8%
Bozo	1	0.9%
Dogon	4	3.6%
Gana	1	0.9%
Malinké	12	10.9%
Minianka	4	3.6%
Peulh	20	18 %
Sarakolé	11	10 %
Sénoufo	3	2.7%
Sonraï	4	3.6 %
Sosso	2	1.8%
Tamacheq	3	2.7%
Total	110	100 %

Lieu de résidence des patientes

TableauVI Répartition selon le lieu de résidence

Lieu de résidence	Effectif	Pourcentage
Baguinéda	1	0.9%
Bamako	98	89.1%
Dolla	1	0.9%
Kati	2	1.8%
Kayes	1	0.9%
Koulikoro	3	2.7%
Sélingué	1	0.9%
Sévare	1	0.9%
Sikasso	2	1.8%
Total	110	100 %

Age gestationnel

Tableau VII fréquence de la césarienne selon l'âge gestationnel

Age gestationnel	Effectif	Pourcentage
Grossesse à terme	106	96.4%
Grossesse non à terme	4	3.6%
Total	110	100%

Suivi prénatal

Tableau VIII Fréquence des césariennes selon le suivi prénatal

Consultations prénatales	Effectif	Pourcentage
Oui	72	65.5%
Non	38	34.5%
Total	110	100%

* La 2ème catégorie : c'est le groupe des parturientes évacuées c'est à dire des parturientes qui nous ont été adressées par d'autres maternités suite à des anomalies constatées lors du déroulement du travail.
Toutes ces deux catégories se retrouvent dans notre échantillon.

Au cours de notre étude nous avons fait 5825 accouchements avec 680 accouchements par césarienne soit 11.67% dont 110 ont été par suites de césariennes itératives soit 16.17%
Ces 110 cas constituent notre échantillon. Tous les dossiers de notre échantillon ont été exploités.

Niveau d'instruction

Tableau IX répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Non instruites	78	70.9%
Niveau fondamental	17	15.5%
Niveau secondaire	9	8.2%
Niveau supérieur	2	1.8%
Autres	4	3.6%
Total	110	100%

Profession

Tableau X Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	100	90.9%
Fonctionnaire	9	8.2%
Commerçante	1	0.9%
Total	110	100%

Taille des patientes

Tableau XI Répartition des patientes selon la taille

Taille	Effectif	pourcentage
Moins de 1m50	4	3.6%
1m50 et plus	106	96.4%
Total	110	100 %

Etat du bassin

Tableau XII Répartition des patientes selon l'état du bassin

Bassin	Effectif	Pourcentage
Asymétrique	1	0.9%
Bassin généralement rétréci	33	30 %
Bassin limite	21	19.1%
Bassin normal	55	50 %
Total	110	100%

A l'aide du pelvimètre nous avons apprécié les diamètres bi-épineux ; bi-trochanterien et le diamètre antero postérieur .

les tableaux XIII XIV et XV donnent la répartition des patientes selon ces diamètres.

Diamètre bi-épineux

Tableau XIII Répartition des patientes selon le diamètre bi-épineux

Diamètre bi-épineux	Effectif	Pourcentage
15	2	1.8%
16	3	2.7%
17	1	0.9%
18	4	3.6%
19	4	3.6%
20	60	54.5%
21	8	7.3%
22	7	6.4%
23	1	0.9%
24	1	0.9%
25	17	15.5%
26	2	1.8%
Total	110	100%

Diamètre bi-trochanterien

Tableau IX Répartition selon le diamètre bi-trochanterien

Diamètre bi-trochanterien	Effectif	Pourcentage
22	1	0.9%
23	1	0.9%
25	20	18.2%
26	12	10.9%
27	18	16.4%
28	14	12.7%
29	3	2.7%
30	28	25.5%
31	2	1.8%
32	1	0.9%
34	2	1.8%
35	8	7.3%
Total	110	100%

Diamètre antero-postérieur

Tableau XV Répartition des patientes selon le diamètre anteroposterieur

Diamètre antero-postérieur	Effectif	Pourcentage
14	1	0.9%
15	4	3.6%
16	8	7.3%
17	12	10.9%
18	19	17.3%
19	8	7.3%
20	49	44.5%
21	4	3.6%
22	5	4.5%
Total	110	100%

N B : La norme de ces diamètres se situe :
diamètre bi-épineux 25 - 26
diamètre bi-trochanterien 30 - 31
diamètre antero-postérieur 20

Gestité

Tableau XVI Répartitions des patientes selon la gestité
Répartition

Gestité	Effectif	Pourcentage
Paucigeste	63	57.3%
Multigeste	31	28.2%
Grande multigeste	16	14.5%
Total	110 <i>100</i>	100%

Parité

Tableau XVII Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare <i>ATC D</i>	31	28.2%
Paucipare 2 à 3 accouchements antérieurs	45	40.9 %
Multipare 4 ,5 à 6 accouchements antérieurs	22	20 %
Grande multipare 7 et plus	12	10.9 %
Total	110	100 %

Nombre d'accouchements par voie basse

Tableau XVIII Répartition des patientes selon le nombre d'accouchements par voie basse sur utérus cicatriciel

Nombre d'accouchements	Effectif	Pourcentage
Aucun	51	46.4%
1 accouchement	22	20 %
2 à 3	18	16.4 %
4,5 à 6	13	11.8 %
7 et plus	6	5.4 %
Total	110	100%

Nombre de césariennes itératives

Tableau XIX Répartition des patientes selon le nombre de césariennes itératives subi

Césarienne itérative	Effectif	Pourcentage
1ère itérative	77	70 %
2ème itérative	30	27.3 %
3ème itérative	2	1.8 %
4ème itérative	1	0.9 %
Total	110	100 %

Nombre d'enfants vivants.

Le tableau XX indique la répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfant	Effectif	Pourcentage
Aucun	2	1.8%
1 enfant vivant	21	19.1%
2 à 3	65	59.1 %
4,5 à 6	16	14.5
7 et plus	6	5.5 %
Total	110	100%

Indication de la première césarienne

Tableau XXI Fréquence de la césarienne selon l'indication de la première césarienne.

Indication	Effectif	pourcentage
Prérupture	1	0.9%
Présentation de siège	2	1.8%
Présentation transversale	6	5.5%
Présentation haute	2	1.8%
Primipare âgée	1	0.8%
Bassin généralement rétréci	26	23.6%
Bassin asymétrique	1	0.9%
Bassin limite	7	6.4%
Disproportion foeto-pelvienne	35	31.8%
Dystocie du col	7	6.4%
Fistule vesico-vaginale	1	0.9%
Gros fœtus	2	1.8%
Hématome retroplacentaire	1	0.9%
Malformation congénitale du bassin	1	0.9%
Placenta praevia	4	3.6%
présentation de la face	1	0.9%
Procidence du cordon	4	3.6%
Rupture prématurée des membranes	1	0.9%
Souffrance fœtale	7	6.4%
Total	110	100%

Indication de la 1ère itérative

Tableau XXII Fréquence de la césarienne selon
l'indication de la première césarienne itérative.

Indication	Effectif	Pourcentage
Arrêt de progression de la présentation	3	2.7%
Bassin généralement rétréci	27	24.5%
Bassin limite	7	6.4%
Disproportion foeto-pelvienne	9	8.2%
Dystocie du col	10	9.1%
Enfant précieux	4	3.6%
Fistule vesico-vaginale	1	0.9%
Gros fœtus	3	2.7%
Hématome rétro-placentaire	2	1.8%
Malformation congénitale du bassin	1	0.9%
Placenta praevia	4	3.6%
Présentation de la face	1	0.9%
Pré-rupture	4	3.6%
Présentation transversale	7	6.4%
Présentation haute	1	0.9%
Présentation de siège	4	3.6%
Rupture prématurée des membranes	8	7.3%
Rupture utérine	6	5.5%
Souffrance fœtale	8	7.3%
Total	110	100%

Indication de la 2ème itérative

Tableau XXIII Fréquence de la césarienne selon l'indication de la 2ème itérative

Indication	Effectif	Pourcentage
Bassin généralement rétréci	12	36.4%
Bassin limite	2	6.1%
Césarienne prophylactique	4	12.1%
Disproportion foeto-pelvienne	3	9.1%
Dystocie du col	3	9.1%
Enfant précieux	1	3%
Présentation haute	2	6.1%
Présentation transversale	2	6.1%
Rupture utérine	1	3%
Rupture prématurée des membranes 24 heures	1	3%
Souffrance foetale	1	3%
Terme dépassé	1	3%
Total	33	100%

Indication de la 3ème itérative

Tableau XXIV Fréquence de la césarienne selon l'indication de la 3ème itérative

Indication	Effectif	Pourcentage
Bassin généralement rétréci	1	33.33%
Césarienne prophylactique	1	33.33%
Enfant précieux	1	33.33%
Total	3	100%

Une patiente a subi une 4ème itérative soit 0.9% pour enfant précieux

Indication de la dernière césarienne itérative

Tableau XXV Fréquence de la césarienne selon l'indication de la dernière césarienne itérative

Indication	Effectif	Pourcentage
Dystocie mécanique	65	59.08%
Indication due au fœtus et à ses annexes	21	19.09%
Dystocie des parties molles	10	9.09%
Indication due à une pathologie maternelle liée à la grossesse	7	6.37%
Indication due à une pathologie maternelle non liée à la grossesse	1	0.9%
Césarienne prophylactique	6	5.45%
Total	110	100%

Au cours de notre étude nous avons fait 29 ligatures de trompes soient 26.36% ;et une hystérectomie soit 0.9%

Nous avons étudié la fréquence de la ligature tubaire selon l'âge la parité et le nombre d'enfants vivants des patientes ;comme indiqué dans les tableaux XXVI XXVII XXVIII

Age

Tableau XXVI Fréquence de la ligature tubaire selon l'âge des patientes

Age	Effectif	Pourcentage
moins de 20 ans	0	0%
20 à 35	24	82.8%
36 et plus	5	17.2%
Total	29	100%

Parité

Tableau XXVII Fréquence de la ligature tubaire selon la parité des patientes

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	1	3.4%
Paucipare	8	27.6%
Multipare	8	27.6%
Grande multipare	12	41.4%
Total	29	100%

Nombre d'enfant vivants

Tableau XXVIII Fréquence de la ligature tubaire selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants	Effectif	Pourcentage
Aucun	0	0%
1	2	6.9%
2 à 3	15	51.7%
4 à 6	7	24.2%
7 et plus	5	17.2%
Total	29	100%

Nombre de césariennes subi

Tableau XXIX Fréquence de la ligature tubaire selon le nombre de césariennes itératives subies par les patientes

Césarienne itérative.	Effectif	Pourcentage
1ère itérative	14	48.3%
2ème itérative	12	41.4%
3ème itérative	2	6.9%
4ème itérative	1	3.4%
TOTAL	29	100%

L'état des enfants à la naissance a été apprécié par le score D'APGAR;

Score d'apgar

Tableau XXX Répartition des enfants selon le score D'APGAR de 1 mn à 5 mn

Score D'APGAR	Effectif	Pourcentage
Nul	16	14.4%
3 à 4	1	0.9%
5 à 6	25	22.5%
7 à 10	69	62.2%
Total	111	100%

N B: le reste des paramètres n'a pas été étudié pour les enfants mort-nés.

Taille des enfants vivants

Tableau XXXI Répartition des enfants vivants selon la taille

Taille en cm	Effectif	Pourcentage
43	1	1%
45	3	3.2%
46	2	2.1%
47	15	15.8%
48	9	9.5%
49	3	3.2%
50	52	54.7%
51	4	4.2%
52	3	3.2%
53	3	3.2%
Total	95	100%

Poids des enfants à la naissance

Tableau XXXII Répartition des enfants vivants selon le poids à la naissance en gramme

Poids en gramme	Effectif	Pourcentage
1900 à 2000	2	2.1%
2001 à 2500	22	23.2%
2501 à 3000	36	37.9%
3001 à 3500	23	24.2%
3501 à 4000	9	9.5%
4001 à 4500	3	3.1%
Total	95	100%

Décès d'enfant

Tableau XXXIII Répartition des enfants décédés selon l'indication de la césarienne

Indication	Effectif	Pourcentage
Arrêt de progression de la présentation souffrance foetale	1	6.3%
Placenta praevia	1	6.3%
Présentation de face	1	6.3%
Pré-rupture	2	12.5%
Rupture utérine	4	25%
Souffrance foetale	4	25%
Présentation transversale	3	18.8%
Total	16	100%

Evacuation

Tableau XXXIV Répartition des patientes selon le lieu d'évacuation

Lieu d'évacuation	Effectif	Pourcentage
ASSACOBA	1	4.2%
ASSACOSSA	1	4.2%
BAGUINEDA	1	4.2%
GNELEKALA	1	4.2%
HOPITAL DE KOULIKORO	2	8.3%
HOPITAL DE SEVARE	1	4.2%
KANKABA	1	4.2%
MATERNITE DE DIKORONI PARA	1	4.2%
MATERNITE DE HAMDALLAYE	2	8.3%
P M I DE DARESSALAM	1	4.2%
P M I DE DJELIBOUGOU	1	4.2%
P M I DE LAFIABOUGOU	2	8.2%
P M I DE MISSIRA	3	12.5%
P M I DE NIARELA	1	4.2%
P M I QUARTIER MALI	1	4.2%
P M I SOGONIKO	1	4.2%
SELINGUE	1	4.2%
TOTAL	24	100%

CHAPITRE IV

D COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I LES FREQUENCES

1° Fréquence générale de la césarienne

Au cours de notre étude nous avons reçu 5825 parturientes ; dont 680 ont accouché par césarienne soit 11.67% .

Ce taux avoisine celui de RUDIGOZ (36) 10.4% et de GAUCHERANT (28) 10.5% ;et inférieur à celui de BARROS (7) 27% ; et EVRARD (24) 14.08%

Au Mali notre taux est inférieur à celui de COULIBALY .M. (17) 19.14%

et supérieur à celui de TRAORE A. (43) 6.81% et de DIALLO C.H. (21) 7.82%
110 parturientes ont subi des césariennes itératives soit 16.17% .Notre taux de césarienne itérative est inférieur à celui de COULIBALY M. (17) 22.28 % et inférieur à celui de BEDAYA NGARO (8) qui est de 11% .

Il semble que le taux de césarienne itérative est plus élevé en Europe qu' en Afrique (19 ;26 ;35) .

En 1988 35% des césariennes dans la région RHONE ALPES sont pratiquées sur les uterus cicatriciels.(36)

L'augmentation du taux de césariennes itératives dans ces pays occidentaux peut s'expliquer ainsi ; dans ces pays une gestante déjà césarisée n'a que 3 à 5 chances sur 10 d'accoucher par voie basse .Dans ces pays développés la césarienne tend à devenir une intervention dans les centres spécialisés où une équipe experte pose l'indication et intervient en temps opportun , dans les meilleures conditions techniques .

En Afrique tropicale sauf dans un contexte très urbanisé ; la césarienne itérative n'est pas pratiquée ; et cela semble être liée à plusieurs facteurs :

-Patientes perdues de vue.

-Suivi obstétrical insuffisant.

-Limitation obligatoire du nombre d'accouchements lié a la césarienne entraîne son rejet (13) .

Dans ces pays en voie de développement le problème est de sauver la mère et si possible l'enfant ; l'intervention pouvant se dérouler dans un poste de brousse où travaille seulement un médecin omnipraticien.

Notre taux de césarienne première est de 83.82% ; ce taux est supérieur à la plus part des taux Français (19 ;26 ;28 ;35) . .

Il semble que les taux de césariennes premières sont plus élevés en Afrique qu' en Europe .(26)

Le tableau XXXV indique la comparaison entre les taux de césariennes premières et de césariennes itératives au Mali et à l'étranger.

Tableau XXXV Taux comparatifs des césariennes premières et itératives au Mali et à l'étranger.

Pays ou Auteur	Césarienne première	Césarienne itérative
BEDAYA NGARO (8)	89%	11%
DAFFOS (19) Paris	61.9%	38.1%
GARBA H (26) C H U Roanne	64%	36%
Rhône Alpes GAUCHERANT (28)	73%	27%
HADAAD (29)	67.5%	32.5%
C H U d' Anger ROUCHY (35)	74.2%	25.8%
C H U de Treiche Ville SAGBO .F.(37)	81.16%	18.84%
COULIBALY .M. (17)	77.72%	22.28%
SOW.A. (39)	75.39%	24.61%
NOTRE SERIE	83.82%	16.17%

2° Fréquence de la césarienne itérative selon l'âge des patientes et la situation matrimoniale

87 patientes avaient un âge compris entre 20 et 35 ans soit 79.1%

C'est la tranche d'âge où les femmes sont à leur pleine activité génitale.

Dans notre étude 107 cas étaient des femmes mariées soit 97.3% et 3 cas étaient des célibataires soit 2.7%.

3° Fréquence de la césarienne itérative selon l'ethnie.

43 patientes sont des bambara soit un taux de 39.1% ; cette grande majorité des bambara s'explique plutôt par un facteur démographique ;et ne constitue pas un facteur de risque à la césarienne . Il serait souhaitable qu'une étude de la fréquence de la césarienne soit menée pour illustrer cette hypothèse .

4°Fréquence de la césarienne itérative selon l'âge gestationnel et le suivi prénatal

La majorité de nos patientes sont analphabètes 78 soit 70.9% et font de consultations prénatales de façon irrégulière avec une méconnaissance de la date des dernières règles ;la décision de césarienne étant prise en urgence sans un examen échographique préalable ; il est difficile de déterminer l'âge gestationnel en semaine d'aménorrhée (S A) .

On s'est surtout basé sur l'âge mensuel de la grossesse.

Ainsi : 106 patientes ont été césarisées à terme c'est à dire à 9 mois révolus soit 96.4%.

4 patientes ont été césarisées avant 9 mois soit 3.6% . Il s'agit de :

1 cas d'hémorragie rétro-placentaire sur grossesse de 8 mois.

1 cas de placenta praevia sur grossesse de 8 mois.

1 cas de placenta praevia sur grossesse de 7 mois.

1 cas de rupture prématurée des membranes sur grossesse de 7 mois.

Le nombre de consultations vari entre 1 et 7 pour 72 patientes ayant fait ces consultations; soit 65.5% des cas. 68 Patientes avaient fait leur consultations chez les sages-femmes ;et 4 chez un médecin .

28 patientes n'avaient aucune consultation prénatale ;soit 34.5%. des cas

5° Fréquence de la césarienne selon l'état du bassin .

48 patientes avaient un problème lié au bassin soit 43.63%. des cas

Ce taux est inférieur à celui de COULIBALY.M.(17) qui donne un taux de 44%.

Il semble que le problème du bassin est le risque majeur pour les césariennes itératives .

6° Répartition des patientes selon le résultat de la pelvimétrie externe.

19 patientes ont un diamètre bi-épineux normal soit 17.3%.des cas

41 ont un diamètre bi-trochantérien normal soit 37.3% des cas

58 ont un diamètre antero-postérieur normal soit 52.7%.

Ces taux sont supérieurs à ceux de COULIBALY.M. (17) qui trouve respectivement 0% ;23% ; et 24 %.

7° Fréquence de la césarienne itérative selon la gestité.

63 cas de nos césariennes ont été pratiquées chez les paucigestes ;soit 57.3%. 31 cas chez les multigestes ;soit 28.2%

En somme le nombre de grossesse varie de 2 à plus de 7 cela est proche de celui de MINTet COLL pour 20 observations .Il semble que la gestité n'influe pas sur la qualité de la cicatrice utérine ;(32) .

8° Répartition des patientes selon le nombre d' accouchement par voie basse après une cicatrice utérine.

51 de nos patientes n'ont fait aucun accouchement par voie basse ; soit 46.4% des cas.

59 ont fait au moins un accouchement par voie basse ;soit 53.6%.

Notre taux d'accouchement eutocique sur uterus cicatriciel est inférieur à celui de TSHILOMBO (45) au Zaïre qui sur 145 patientes porteuses d'uterus cicatriciels donne un taux d'accouchement eutocique de 63.4% des cas.

Certains auteurs comme RACHIDI .R. (34) ont rapporté des taux d'accouchements par voie basse dans 50% des cas chez les femmes porteuses d'une seule cicatrice utérine.

L'auteur conseille le recours à la césarienne prophylactique chez les femmes porteuses de plus d'une cicatrice utérine.

D'autres auteurs comme FARMAKIDES (25) ont rapporté des séries d'accouchements par voie basse sur uterus bi ou tri-cicatriciels.

Ainsi pour une série de 121 patientes 57 tentatives d'accouchements par voie basse sur uterus bi ou tri-cicatriciels ont été couronnées avec 44 fois de succès et une seule déhiscence de cicatrice utérine a été noté.

Notre attitude rejoint celui de RACHIDI (34) et RUDIGOZ (36) qui consiste à césariser toute patientes porteuse de plus d'une cicatrice utérine.

9° Fréquence de la césarienne en fonction de la parité.

76 cas de nos césariennes sont pratiquées chez les primipares et les paucipares ;soit 69.1% .

10° Fréquence de la césarienne selon que l'uterus soit uni bi ou tricicatriciel.

77 de nos césariennes sont pratiquées sur les uterus uni-cicatriciels ; soit 70% c'est un fait qui mérite d'être corrigé ; et cela dans l'intérêt des patientes pour diminuer le nombre de cicatrices utérines ; si l'on tient compte du taux d'accouchement eutocique sur uterus unicicatriciel de plus de 50% (36 ; 34 45)

30 cas sont pratiquées sur uterus bi-cicatriciels ; soit 27.3%.

2 cas sont pratiquées sur uterus tri-cicatriciels.

1 patiente avait un uterus quadri-cicatriciels : il s'agit

D'une patiente âgée de 35 ans. Elle est admise dans la salle d'accouchement avec les antécédents (A T C D) suivants

1ère césarienne : hémorragie sur grossesse de 8 mois fait en Cote d'Ivoire : enfant décédé.

2ème : femme en travail 72 heures plus rupture prématurée des membranes : Cote d'Ivoire , mort-né .

3ème : B G R femme en travail 48 heures , enfant mort-né. Césarienne fait au POINT G.

4ème : césarienne à froid . Césarienne fait à l' H G T : enfant décédé à 2 ans.

5ème césarienne à froid enfant précieux fait à l' H G T le 21 / 7 / 1992 ; plus ligature des trompes : enfant vivant. Suites simples avec 12 jours d'hospitalisation.

La question de savoir après combien de césariennes il convient de pratiquer une opération de stérilisation relève plus des considérations socio-économiques religieuses ou ethniques ; que d'une argumentation purement médicale.

Dans les conditions de surveillances appropriées , et pour autant que les difficultés techniques inhérentes aux modifications anatomiques adhérentielles du statut local ne soient pas assez marquées pour menacer l'intégrité des organes avoisinants, lors d'une césarienne ultérieure ; le nombre de césariennes segmentaires transversales n'est pas limité.

Néanmoins en cas d'altération cicatricielle importante de la paroi abdominale ; du statut adhérentielle étendue , de déhiscence ou de rupture d'une ancienne cicatrice d'hysterotomie ; alors il est recommandé de renoncer à une grossesse ultérieure.

Dans la pratique courante il semble justifier de ne sensibiliser une patiente à une stérilisation qu'avant la 3ème ou la 4ème césarienne.

11° Répartition des patientes selon le nombre d'enfant vivant.

2 de nos patientes n'ont aucun enfant vivant soit 1.8% des cas.

21 patientes ont un enfant vivant soit 19.1% des cas

87 ont 2 ou plus d'enfants vivants soit 79.09%.

II INDICATIONS

1° Fréquence de la césarienne selon les indications.

A part la disproportion foeto-maternelle qui vient comme 1ère cause dans les indications de la première césarienne avec 35 cas soit 31.8% des cas . Le bassin généralement rétrécie vient comme 1ère cause dans les indications de la 1ère et la 2ème césarienne itérative, avec respectivement 27 cas soit 24.5% ; et 12 cas soit 36.4% des cas .

L'analyse détaillée de la dernière césarienne itérative nous a donné le constat suivant

a) Les dystocies mécaniques :65 cas soit 59.08% . Elles regroupent:
* B G R 28 cas soit 25.45% ce taux est inférieur à celui de COULIBALY M.(17) 44% .

* La disproportion foeto-pelvienne 12 cas soit 10.9% .

* Le bassin limite (B L) 8 cas soit 7.3% .

* Présentation dystocique : 17 cas soit 15.45%

Il s'agit de:

* Présentation de siège 6 cas soit 5.05%.

* Présentation transversale 6 cas soit 5.5%.

* Présentation haute 5 cas soit 5.4% .

b) Les indication liées au foetus et à ses annexes :21 cas soit 19.1% c'est la 2ème cause dans notre série. Il s'agit de:

* Souffrance foetale : il s'est agi d'une souffrance aigue dans 6 cas et 1cas de souffrance chronique due à un terme dépassé .

* Enfant précieux 6 cas soit 5.5% .

* Hématome retro-placentaire.2 cas soit 1.8% .

* Placenta praevia :4 cas soit 3.6% .

* Rupture prématurée des membranes 2 cas soit1.8% .

c) Dystocie des parties molles (du col) 10 cas soit 9.09% .

d) Indication due à une pathologie maternelle liée à la grossesse . 7 cas soit 6.37% : il s'agit de:

* Rupture utérine 3 cas soit 2.73%.

* Prérapture 4 cas soit 3.64% .

e) Indication due à une pathologie maternelle non liée à la grossesse :soit 1 cas de fistule vésico-vaginale 0.9%

f) Césarienne prophylactique 6 cas soit 5.5% .

III LES INTERVENTIONS ASSOCIEES

Au cours de notre étude nous avons pratiqué 29 ligatures des trompes soit 26.36% ;et 1cas d'hystérectomie soit 0.9% .

Notre taux de ligature tubaire avoisine celui de COULIBALY .M. (17) 23% et inférieur à celui de GARBA .H. (26) qui pour un total de 8% a noté que 75% étaient pratiquées chez les femmes porteuses d'utérus cicatriciels.

Cette ligature a été fait dans 14 cas lors de la 1ère itérative soit 48.3%

et dans 12 cas lors de la 2ème itérative.

La stérilisation définitive ce fait par consentement écrit ou oral des deux conjoints. Il convient d'utiliser une technique plus sûr qui consiste à faire une ligature plus section du bout proximal de la trompe : c'est la technique de PAMOROY USCHADA.

1° Fréquence de la ligature tubaire selon le nombre d'enfant vivant par patiente.

2 patientes ont un enfant vivant soit 6.9% ; 15 patientes ont 2 à 3 enfants soit 51.7% des cas ; 12 ont 4 et plus d'enfants soit 41.4% .

La série de COULIBALY .M. comporte 8% des patientes sans enfant vivant a près une ligature tubaire.

2° Fréquence de la ligature tubaire selon l'âge des patientes.

Plus de la moitié de nos patientes avait un âge compris entre 20 et 35 ans 24 cas soit 82.8% .Ce qui correspond à l'âge où les patientes sont à leur pleine activité génitale.

3° Fréquence de la ligature tubaire selon la parité.

La ligature a été faite dans 1 cas chez une primipare soit 3.4% . Dans 8 cas elle a été faite chez les paucipares soit 27.6% ; et dans 20 cas chez les multipares et les grandes multipares soit 69% .

HYSTERECTOMIE

Une hystérectomie a été pratiquée chez une patiente soit 0.9% : il s'agit d'une patiente âgée de 33 ans .Elle est admise dans la salle d'accouchement avec les ATCD suivants :

1ère césarienne :hémorragie retro-placentaire .

2ème césarienne rupture utérine.

3ème césarienne :rupture utérine sur la face postérieure le 15 /12/ 1992.

Une hystérectomie à été pratiquée ainsi les suites ont été simples après 13 jours d'hospitalisation .

IV PRONOSTIC FOETOMATERNEL DE LA CESARIENNE .

1°Le pronostic maternel.

a) La mortalité maternelle

En matière de pronostic maternel la mortalité maternelle liée à la césarienne est en nette régression de puis 15 ans ; cependant elle reste 3 à 26 fois supérieure à la mortalité après accouchement par voie basse (23 ;28) .

Nous n'avons enregistré aucun cas de mort maternelle. Ainsi certaines séries en Europe ne comportent pas de mort maternelle (2 ; 26 42) d'autres font état de 1.6 /1000 interventions (12).

Au Mali COULIBALY M(17) fait état de 4% de décès maternels dans sa série Au Zaïre pour 53 cas de césariennes itératives TSHILOMBO (45) ne fait pas état de mort maternelle. D'autres séries en Afrique font état de 3.8% et 4.3% de mort maternelle (9 ; 15). Cependant la responsabilité de la césarienne dans ces décès est difficile à apprécier et semble être estimée à 0.41 P 1000 dans l'hypothèse la plus optimiste et à 1.38 P 1000 dans la plus pessimiste (2)

b) La morbidité maternelle

L'hémorragie reste la complication per-opératoire la plus fréquente .elle a nécessité une transfusion sanguine dans 9 cas soit 8.2%.

Ce taux est supérieur a celui de AUDRA .P. H. (2) 3.6% et avoisine celui de BOULANGER (12) 10.55% .

Les hémorragies liées à une inertie utérine nécessitant une hystérectomie d'hémostase n'ont pas été observées encore moins des complications liées à l'anesthésie. ROUCHY(35) a relevé 1 cas de décès maternel suite à un syndrome de Mandelson au 26ème jour de l'opération.

Les complications post opératoire

* Les complications infectieuses l'instauration d'une antibio-prophylaxie systématique nous a permis d'éviter les complications infectieuses graves notamment des péritonites et des septicémies.

Cependant nous avons relevé 16 cas d'infections pariétales soit 14.5% des cas.

Elles sont constituées dans 9 cas de suppurations pariétales soit 8.2% ,et dans 7 cas de suppurations et de lâchages pariétales 6.4% ; qui ont nécessité une reprise superficielle des parois sous anesthésie locale.

Ces complications infectieuses sont de loin les plus fréquentes ;certaines séries rapportent des taux de 9.3% et 15 à 40 % (26 ; 28)

Nos infections ont été traitées à base d'association d'ampicilline de gentamycine et de métronidazole .

* Les complications chirurgicales .

Les lésions d'uretères : Elles sont rares aucun cas n'a été rapporté .

Les lésions d'intestins : Aucun cas n'a été rapporté .

Les lésion de vessie ou syndrome de YOUSSEF : aucun cas n'a été observé. BOULANGR (12) a rapporté dans sa série un taux de 2.5 p 1000 dont 3/4 étaient liés à une césarienne itérative .

En 1980 PAUL et coll (cité par boulanger 12)ont observé un taux de 3 p 1000.

dont 2 p 1000 lors d'une première césarienne et 6 p 1000 pour les césariennes itératives.

Nous pensons que la morbidité augmente avec le nombre de césarienne.

2° LE PRONOSTIC FOETAL

a) Mortalité néonatale .

Nous avons enregistré 16 cas de morts foetales soit 14.4% .Ce taux est inférieur à celui de COULIBALY .M.(17) qui a trouvé un taux de 6 % et de BERTHE.M. (10) 8.1%.

Notre taux avoisine celui de CHAMPAUL G (15) avec 16% .

En matière de pronostic foetal ; l'augmentation du taux de césarienne s'est accompagnée d'une baisse du taux de mortalité périnatale (28) . mais cette baisse ne s'aurait être totalement imputé à l'attitude interventionniste; les progrès de la réanimation néonatale et l'emploi d'antibiotique performant ont largement contribué à cette baisse.

Il est difficile d'apprécier la responsabilité de la césarienne dans les morts foetales; de même une comparaison entre la mortalité foetale liée à la césarienne et celle après accouchement par voie basse ne peut être valable ; la césarienne se chargeant des mauvais cas .

La mortalité foetale après césarienne est plus à mettre au compte de l'indication que sur l'acte lui même .

Ainsi la répartition des enfants décédés au cours de notre étude nous a donné le résultat suivant :

4 cas pour rupture utérine soit 25% .

4 cas pour souffrance foetale soit 25%

3 cas pour présentation transversale soit 18.8%

2 cas pour une pré-rupture soit 12.5%

Ces pathologies ont constitué les principales causes de décès foetaux dans notre série.

b) La morbidité foetale .

L'augmentation de la morbidité foetale (notamment respiratoire) peut être attribuée à la césarienne. Nous avons trouvé 25 cas de complications respiratoires soit 22.5%. Il semble exister une différence significative entre le pronostic foetal due à l'accouchement par la voie basse et par la voie haute pour un bilan d'apgar < 7 (42) .

Aussi des facteurs traumatiques sont liées à la césarienne .

Certaines séries publiées en Europe font état de 6.63 % et 4.25 % de morbidité foetale liée à un problème respiratoire (26 ; 42)

Nous pensons que cette différence est due à nos conditions de travail ; qui se résume par : une insuffisance de suivi prénatal d'une part et d'autres parts par une prise en charge tardive des patientes due au manque de médicaments d'urgence et au pouvoir d'achat faible des parents de la patiente .

Ces paramètres influent véritablement sur le pronostic foetal.

CHAPITRE V

E. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La césarienne itérative est une intervention relativement facile ;comportant des risques essentiellement hémorragiques et infectieux , et dont la fréquence et la gravité dépendent des conditions de travail ayant prévalu à l'acte opératoire.

La fréquence de la césarienne itérative au niveau de l'H G T est de 16.17% Avec une majorité dans la tranche d'âge de 20 à 35 ans;on note 39.1% de bambara et 18% de peulh.

70.9% patientes de notre échantillon sont analphabètes et 89.1% résident à Bamako .

L'indication majeur est représentée par la dystocie osseuse avec 43.63% ;suivie des causes foetales 19.09% et les présentations dystociques 15.45% .

La césarienne a été pratiquée dans 70% des cas sur un uterus uni-cicatriciel et dans 27.3% sur un uterus bi-cicatriciel .

On procéda à une ligature tubaire chez 29 patientes soit 26.36% et une l'hystérectomie soit 0.9%. La ligature a été réalisée dans 48.3% lors de la première itérative ; et dans 41.4% lors de la deuxième itérative .

Le pronostic foeto-maternel est assez bon sans aucun décès maternel pour 14.4% de décès foetaux.

La conduite à tenir devant un uterus cicatriciel.

Cette conduite est fonction du nombre de cicatrices pratiqué sur l'uterus .

En matière d'uterus uni-cicatriciel : l'attitude pratique doit être la suivante :

* Il faut s'enquérir des conditions de réalisations le type d'hystérotomie de la première césarienne et ses suites notamment infectieuses (endométrite).

* Faire un examen gynécologique et obstétrical complet .

* Faire une exploration aussi complète que possible du bassin par la pelvimétrie externe ou la radio pelvimetrie.

* Faire une échographie obstétricale pour mesurer le diamètre bi-parietal et rechercher une malformation foetale ou une tumeur praevia.

Au terme de ces examens et explorations si l'indication n'est pas justifiée il faut tenter de faire accoucher la femme par voie basse; tout en surveillant de très près la parturiente notamment en contrôlant la tension artérielle (T A) le pouls et la coloration des conjonctives ,le nombre de contractions et leur intensité , l'engagement du foetus et la dilatation du col.

En cas d'accouchement par voie basse il faudra faire une révision utérine ;soit manuelle ou instrumentale .

Contrôler la tension au moins 2 heures ,et garder la patiente à vue 72 heures durant.

Pour les utérus bi ou tri-cicatriciels :notre attitude est de faire une césarienne prophylactique avant tout début de travail.

CONSEILS PRATIQUES

Devant tout utérus cicatriciel: il faut mettre les patientes sous contraceptifs au moins pendant 2 ans pour éviter les risques liés à une grossesse trop rapprochée.

Conseiller à ces femmes de faire les consultations prénatales régulières et accoucher toujours dans un centre hospitalier chirurgical .
La césarienne itérative est une intervention obstétricale qui doit être connu de tous.

Il ne faut donc pas méconnaître une indication de césarienne aux consultations du 8ème et du 9ème mois.

Ainsi il ne faut pas hésiter de faire une césarienne devant :

- * un bassin généralement rétrécie surtout lorsque le promontoire est atteint par le toucher mensurateur.

- * un utérus bi-cicatriciel ou plus

- * Une souffrance foetale chronique .

Une femme de petite taille inférieure à 1m50 et de petit poids inférieur à 40 kg.

RECOMMANDATIONS

Dans le cadre de l'amélioration de nos conditions sanitaires les dispositions suivantes doivent être prises.

Au niveau national

* Amélioration du réseau routier pour faciliter l'évacuation des parturientes vers les centres performants .

- Augmentation des dépenses de santé pour la construction et la décentralisation des centres de santé , avec un équipement adéquat et un personnel qualifié .

- La fourniture d'équipements pour les centres de référence.

Tous ceux ci interpellent une volonté politique.

Dans le cadre de la prestation de service

* Les médecins doivent posséder une formation adaptée aux conditions d'exercice de l'obstétrique « dite de brousse » :c'est à dire

tout médecin doit savoir poser les indications de la césarienne et connaître les actes de chirurgie obstétricale.

- Les sages-femmes souvent affectées dans des maternités sans médecin , doivent posséder une formation obstétricale plus large ; ayant la capacité de dépister les grossesses à haut risque et d'évacuer les parturientes vers les centres performants dans un meilleur délai.

-Les matrones et accoucheuses traditionnelles : doivent acquérir des gestes simples et efficaces .Leur recyclage aux notions élémentaires et rationnelles en obstétrique est nécessaire en vue de leur permettre de dépister les grossesses à risque et d'évacuer ces parturientes vers les structures plus performantes.

* La dotation minimale des maternités et des centres de santé en matériels de première nécessité.

Même si la dotation à l'occidentale n'est pas possible ; il est cependant nécessaire de fournir des tensiomètres ; des boites d'accouchements des masques d'oxygénation des obus d'oxygène et des gants.

La dotation des maternités en médicament d'urgence.

Dans le cadre de l'éducation pour la santé .

* Les informations doivent s'effectuer par systèmes audiovisuelles ou par des campagnes d'informations et de sensibilisations ; avec une équipe bien structurée : composée de médecins de sages-femmes de matrones et d'accoucheuses traditionnelles.

Ces informations doivent se faire à tous les niveaux c'est à dire de l'hôpital national jusqu'au centre de santé communautaire ; dans le but de motiver ,et de sensibiliser les patientes vis à vis de l'importance des consultations prénatales, et de la planification familiale .

CHAPITRE VI

BIBLIOGRAPHIE

1. ANDRE.M. BOUTROY.J.L. ET COLL

Les prématurés nés par césariennes avant 32 semaines de grossesse
j.gynecol. obst. biol. repro. 1986 15.7.929 936.

2.AUDRA.P.

Place actuelle de la césarienne sa fréquence et ses dangers
j.econ.med. mars avr 1889 7.2. 131 136

3 .BAH R

La césarienne dans un centre de sante rural à propos de 110 cas opérés
à bougouni
Thèse med bko 1978 n8

4. BARRAT.J.MARIA.B.ET COLL

Les uterus cicatriciels
Traité d'obst tome 2 p 275 286

5.BARRIER.J.ELKAIK.S. ET COLL

Evolution des indications de césarienne comparaison entre 1971 1976
et 1976 1979 à la maternité de l'hopital Louis Mourier
j.gynecol.obst.biol repro 1985 14.375 384

6. BARRIER.J. ELKAIK.S. ET COLL

Les césariennes ses indications actuelles sont elles trop nombreuses?
Rev.fr.gynecol.obst.1974 5.375 384

7. BARROS .F.C. VAUCHAN.J.P. VICTORIA.C.G. AND HUTTLY.S.R.A.

Epidemic of cesarean section in brazil
Lancet 338 july 20 1991 167 169

8.BEDAYA NGAROS ET COLL

Notre experience de chirurgie obstetricale bilan de 10 de césariennes
à propos de 1832 observations
Med Afr noire 1975.22.669 671

9. BELLIER.G.

Indications et resultats de 642 césariennes en milieu africain
Med Afr noire 1978 25.5.310 313

10. BERTE S

Contribution à l'étude des grossesses à haut risques à bko
"approche épidémiologique"
Thèse med bko 1983 n9

11. BOISSELIER P.H. MAGHCORACOS P. ET COLL

Evolution des indications de césariennes de 1977 à 1983
à propos de 18605 accouchements
j gynecol obst biol repro 1987 .16. 2. 251

12. BOULANGER J.C ET COLL

Les complications maternelles des césariennes
j gynecol obst biol repro 1986 .15. 3. 327 332

13. BREDA Y. EAGLETON K. ET COLL

Les indications actuelles des césariennes en Afrique tropicale
Med Afr noire 1988 .35. 1.1. 859.866

14. CANIS M. SCHOEFFLER P. ET COLL

Accouchement par voie basse après césarienne
utilisation de l'analgésie péridurale et des ocytociques
à propos de 87 "épreuves de cicatrices"
Rev fr gynecol obst 1985 80 1 49 53

15. CHAMPAULT G

Indications résultats de 642 césariennes en milieu africain
Med Afr noire 1978 .25. 5. 309 313

16 .CORREA.P.ET COLL

Dystocie en milieu Africain à la clinique gynécologique et obstétrique
de DAKAR Afr med 1981 20 189 215 221

17. COULIBALY .M.

Contribution à l'étude de la césarienne itérative à L'H.P.G.
à propos de 52 cas
Thèse med BKO 1989 n22

18.CRANJON.A. CHEVALIER.G.

Opération césarienne abdominale
E M C obst PARIS 5102 A10 1978

19. DAFFOS B.

Contribution à l'étude des césariennes à partir de 72 cas
Thèse med paris III 1977

20. DEMBELE.M. SOW.A.

Réflexion à propos de 250 césariennes pratiquées en milieu noir Africain
à BKO
Afr med 1973.12.115. 863 868

21. DIALLO.C.H.

Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série
de 160 cas opérés à l'H G T
Thèse med BKO 1990

22. DOMINIQUE BENOIT

Cicatrice de césarienne segmentaire à propos de 6 cas
Thèse med SENEGAL 1962 n°2

23. DOMMERGUE.M. ET MADELENAT.P.

Césarienne technique indication complications
Rev du praticien 1985.35.23.1343 1362

24. EVRARD.J.R. GOLD.M.E.

Cesarean section and maternal mortality in Rhode Island
Obst gynocol 1977.50.594 597

25. FARMAKIDES G. DUVIVIERS R. AND AL

Vaginal birth after two or more previous cesarean section
Am j obst gynocol 1987 156 565 566

26. GARBA . H.

Les indications actuelles de la césarienne et le pronostic foetal
immédiat à propos d'une série rétrospective de 150 cas colligés au
centre hospitalier général de Roanne
Mem de c e s 1992

27. GARBA .H.

Contribution à l'étude du décollement prématuré du placenta
normalement inséré et ses formes graves
Thèse med BKO 1988 n1

28. GAUCHERAND P

Fréquence et indications des césariennes
Rev fr gynecol obst 1990 85 2 109 111

29. HADDAD.H. AND LUNDY.L.

hanging indications for cesarean section
obst gynecol 1978 130 102 103

30. HENRY.G. ROBERT.T.

Nouveau traité de technique chirurgicale tome XIV 2edition
Masson 1973

31.KONE .F.

Contribution à l'étude du placenta preavia hemorrhagique à l'H G T
à propos 56 cas
Thèse med BKO 1989 n48

32. MINTZ P. HERLICOVIEZ M. ET COLL

Utérus cicatriciel et dehiscence utérine à propos de 20 observations
Rev fr gynecol obst 1987 82 2 97 105

33. MOUNAGA.M. NZOGHE ET COLL

La césarienne étude rétrospective de 274 cas
Med Afr 1986 33 3 180 182

34. RACHIDI R. SAKOUH I M. LOUNGO A. ET COLL

Accouchement sur utérus cicatriciel à propos de 300 cas
Tunisie med 1991 69 2 695 699

35. ROUCHY.R.ET COLL

L'Opération césarienne basse à la clinique obstétricale et gynécologie
du C H U d' Anger
Rev fr gynecol 1976 71 345 351

36. RUDIGOZ R C. CHARDON C.ET COLL

La césarienne en 1988
Problèmes obstétricaux posés par l'utérus cicatriciel
Rev fr gynecol obst 1990 85 2 105 108

37. SAGBO F

Etude des indications de la césarienne à la maternité du C H U
de treichville cote d'ivoire
Mem c e s 1988 1989

38. SOUMOUNOU.K.

Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des complications
septiques des césariennes sur cas impurs plaidoyer en faveur de la
césarienne hors du ventre à propos 326 observations recueillies à l'H P G
Thèse med 1980 n26

39. SOW.A

Opération césarienne en milieu Africain étude de 260 interventions
pratiquées à L'H P G
Thèse med 1977

40.SUREAU

Fait on trop de césarienne?
Rev du praticien 1990 40 24 2270

41. THAI.N. ET COLL

La césarienne vaginale une nécessaire réhabilitation
j gynecol biol repro 1993 22 2 197 201

42. THOULON.J.M.

Les césariennes
E M C paris obst 5102 A10 10 1979

43. TRAORE .A.

Etude des complications obstétricales et mortalité maternelle
à la maternité de L'H G T
Thèse med BKO 1989

44. TRAITE D'OBSTETRIQUE SOUS LA DIRECTION ROGER VOKAER tome 2
Les opérations césariennes p 665 668

45. TSHILOMBO.K.M. MPUTU.L.ET COLL

Accouchement chez la gestante zaïroise antérieurement césarienne
analyse de 145 cas
j gynecol obst biol repro 1991 4 20

46. TSHIBANGU.K. ETCOLL

Particularisme de la gravidopuerperalite en Afrique centrale
opération césarienne dans 3 environnements différent au zaïre
j gynecol obst biol repro 1991 20 69 73

47. ZINSOU.R.D. ET COLL

la césarienne étude rétrospective de 274 cas
Med afr noire 1986 33 3 180 182

COUT DE LA CESARIENNE

1°Coût de l'ordonnance de la césarienne:

Produit	Quantité	Prix
Ketamine (Ketalar*)	2	5440 f c f a
Diazepam (valium*)	2	550 f c f a
Atropine	2	400 f c f a
Serum salé	4	3000 f
Serum glucosé	4	3000 f
Compresse 40 / 40	4	6000 f
Gants n° 7 1/2	2	1230 f
Catgut n° 5 ;n°6	2	3720 f
Ergometine (Methergin) 3 ampoules		1535 f
Perfuseur	2	1450 f
Seringue 10cc	2	220 f
TOTAL		26545 F CFA
Frais d'hospitalisation		2500 f
COUT TOTAL		29045 F CFA

COUT D'UN ACCOUCHEMENT NORMAL A L' H G T

Serum glucosé	1	750 F CFA
Spasfon	1 boîte	1955 F CFA
Perfuseur	1	725 F CFA
Bande	2	780 F CFA
Gants n°7 1/2	1	615 F CFA
Ocytocine (syntocinon)	1 boîte	375 F CFA
Ergometrine (methergin)	1 boîte	1500 F CFA
Alcool 90°	1	515 F CFA
TOTAL		7185 F CFA
FRAIS D'ACCOUCHEMENT	1500 F CFA	
COUT TOTAL		8625 F CFA

Une césarienne coûte environ 4 fois plus chère qu'un accouchement normal à l'H G T.

La durée d'hospitalisation

92 patientes ont séjourné à l'hôpital pendant une semaine à 10 jours :soit 93.63% .

10 ont séjourné de 11 à 15 jours soit 9.1% des cas.

5 ont séjourné de 16 à 20 jours soit 4.5%.

3 ont fait un séjour de plus de 20 jour soit 2.7%

PROTOCOLE D'ETUDE

Date
Dossier n°

Identite de la patiente

Age /-//
Etat Civil /-/ /-/ /-/ /-/ /-/ /-/
Ethnie /-/ /-/ /-/ /-/ /-/ /-/
Lieu de résidence /-/ /-/ /-/ /-/ /-/ /-/
Profession /-/ /-/ /-/ /-/ /-/ /-

I. GROSSESSE ACTUELLE

A terme /-/
Suivie /-/
Nombre de consultation prénatale

II. INDICATION DE LA CESARIENNE ITERATIVE POSEE

Pendant les consultation prénatales /-/
Au cours de l'accouchement /-

1. Causes maternelles non liées à la grossesse

a) causes médicales:

Diabète

Cardiopathie

Autres pathologies si oui laquelle ? /-/ /-/ /-/ /-/ /-

b) causes liées à une anomalie du bassin

Etat du bassin /-/ /-/ /-/ /-/ /-/ /-

2. Cause maternelles liées à la grossesse /-/ /-/ /-/ /-/ /-/ /-

3.Exploration externe du bassin

Diamètre bi-épineux (en cm) /-/-/

Diamètre bi-throcanterien (en cm) /-/-/

Diamètre conjugué externe (en cm) /-/-/

Dystocie (1=mécanique 2=dynamique) /-/

4.A.T.C.D.

a)obstricieux

N.G. /-/-/

N.A.N. /-/-/

N.C. /-/-/

N.E.V. /-/-/

IV CAUSES FOETALES

Gros fœtu /-/

Souffrance fœtale /-/

Présentations dystociques : si oui la quelle? /-/-/-/-/

V CAUSES LIEES AUX ANNEXES

Procidence du cordon /-/

Placenta prévia /-/

Hématome rétro-placentaire /-/

VI LIEU DE PROVENANCE DE LA PATIENTE

Malade évacuée /-/ si oui ou /-/-/-/-/-/-/-/-/

VII ETAT OBSTRICAL DE LA PATIENTE

Poche des eaux rompue /-/

H.U. /-/-/

Liquide amniotique clair /-/ teinte /-/-/

Col dilaté et ouvert /-/

VIII PROTOCOL OPERATOIRE

Anesthesie generale /-/
Voie d'abord /-/

Accès au segment inferieur difficile /-/
Hystérotomie segmentaire transversale /-/
Cicatrice intacte /-/
extraction foetale facile /-/

Etat de l'enfant à la naissance :

score d'apgar /-/-/

poids /-/-/-/-/-/-/-/-/

Taille en cm /-/-/

Enfant vivant /-/

GESTES ASSOCIES A LA CESARIENNE

Ligature des trompes /-/
hysterectomie /-/

SUITES IMMEDIATES

Hemorragie /-/

Complication /-/-/-/-/-/-/-/-/-/

evolution(1=favorable 2=defavorable)/-/

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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