

/MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

RECHERCHE SCIENTIFIQUE



=====]]=====

UNIVERSITE DE BAMAKO

*Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto Stomatologie*



Année Universitaire 2010 -2011

Thèse N° /___/

CÉSARIENNE PROPHYLACTIQUE DANS LE
SERVICE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE DU
CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE DE LA COMMUNE
V DE BAMAKO

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le .../...../2011
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie*

par *Mlle Aminata B. TRAORE*

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

Jury :

Président : Pr Mamadou TRAORE

Membres : Dr Augustin Tioukani THERA

Directeur : Pr Niani MOUNKORO

Co-Directeur : Dr Omar Moussokoro TRAORE

DEDICACES

Je dédie ce travail

A ALLAH, le tout puissant, le très miséricordieux ; louange à lui de m'avoir donné la santé, le courage, et la conviction de mener ce modeste travail à son terme, que ton nom soit glorifié à jamais !
« AL HAMDOU LILAH »

A mon père Siaka TRAORE

Papa, tu as été pour moi un guide dont les qualités morales ont suscité mon respect. Ta rigueur, ton amour du travail bien fait, ton immense honnêteté, ta discrétion et tous les sacrifices consentis pour notre éducation m'ont guidée chaque jour de ma vie. Tu nous as enseigné la droiture mais aussi à éviter les solutions de facilité. Père, par ce travail qui est aussi le tien, je tiens à te témoigner ma gratitude et mon amour.

A maman adorée Sitan TRAORE

Tu nous appris le pardon et l'amour du prochain. Ce travail est le résultat d'un chapelet de prières, de bénédictions et d'innombrables sacrifices. Tu as toujours été là pour nous, même quand ce n'était pas nécessaire. Tu nous sas choyés, rassurés et réconfortés. Ton assistance et ton affection ne nous ont

jamais fait défaut. Ta grande générosité, ta patience et ta disponibilité font de toi une femme exceptionnelle. Mère, nous voici arrivées à ce jour tant attendu par vous tous et pour lequel tu m'as beaucoup bousculée. Que ce modeste travail soit source de satisfaction et de réconfort pour tout ce que tu as enduré et pour tous tes efforts indéfectibles.

Chers parents pour nous vous êtes des modèles. Puisse Dieu nous aide à conserver les valeurs que vous nous avez inculquées, nous accorde d'être ensemble longtemps afin que vous profitiez des fruits de votre labeur.

A mes frères et sœurs chéris

Cheick Oumar, Kadiatou, Bakary, Bintou, Sory, pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore. Puisse Dieu nous garde dans l'union. Je vous aime.

A mon cousin Daouda Tangara et familles pour les moments de complicité de soutien et de partage passés ensemble. Merci du fond du cœur "ALLAH KA AN TO GNOGONYE"

Ce travail vous appartient. Vous m'avez ouvert vos cœurs sans réserve et accepté comme une sœur. Ce soutien moral dont nous avons tous besoin dans

les moments difficiles, vous me l'avez toujours accordé. Je ne remercierai jamais assez le destin d'avoir permis que nos chemins un jour se croisent. Puisse le Tout Puissant renforcer ces liens aussi forts que ceux du sang et nous conduire vers des portes qui s'ouvriront sur nos bonheurs.

A la mémoire de tous ceux qui ont été arraché à notre affection

Puisse nos sacrifices vous apporter un bienfait. Nous vous garderons toujours dans nos mémoires. Reposez en paix.

A tous le personnel du CSRéf commune V du District de Bamako.

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos cotés et le soutien quasi constant dont j'ai fait l'objet. Admise au CSRéf m'a surtout permis de m'exprimer mais aussi de m'affirmer en découvrant le potentiel dont je disposais. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien être de nos patients.

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé pour la réalisation de ce travail.

A tous les Maîtres qui m'ont appris les principes de la vie

Merci pour tous les enseignements reçus.

A notre Maître et président du jury

Professeur Mamadou TRAORE

- Professeur agrégé de gynécologie obstétrique à la FMPOS***
- Médecin chef du CSREF de la commune v du District de Bamako***
- Coordinateur national au Mali du programme GESTA international***
- Membre fondateur du réseau malien de lutte contre
la mortalité maternelle***
- Secrétaire général de la SAGO***
- Coordinateur du projet URFOSAME au CSREF CV***

Cher Maître, les mots nous manquent pour exprimer ce que nous ressentons.

Nous avons été marqués par la simplicité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

Vos qualités humaines, scientifiques et votre ouverture d'esprit font de vous un maître exemplaire.

Veillez accepter cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre vive reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse

-Professeur Niani MOUNKORO

-Maître de conférences de gynécologie obstétrique

-Chef du service d'obstétrique du CHU Gabriel TOURE

-Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali

Cher Maître, c'est un grand honneur et un plaisir immense que vous nous avez fait en dirigeant cette thèse malgré vos multiples sollicitations

Vos qualités humaines et vos connaissances scientifiques font de vous un professeur très respecté et apprécié.

Cher Maître, veuillez trouver en ce travail, l'expression de toute notre reconnaissance et notre profond respect.

A noter Maître et juge

Docteur Tioukani THERA

-Gynécologue obstétricien

-Maître assistant en gynéco-obstétrique

-Ancien chef de service de gynéco- obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Cher Maître en acceptant de nous compter parmi vos élèves, vous nous avez fait un grand honneur,

Auprès de vous avons appris la loyauté, le travail bien fait, l'amour du prochain, le sens de la responsabilité.

Trouver ici le manifeste de notre gratitude et notre profond respect.

Que Dieu réalise vos vœux.

A notre Maître et Co-directeur de thèse

-Docteur Oumar Moussokoro TRAORE

-Spécialiste en gynécologie obstétrique.

-Praticien hospitalier dans le service de gynécologie obstétrique

du centre de santé de référence de la commune v

C'est un grand honneur cher maître et un immense plaisir que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail

Votre simplicité, votre humanisme et votre disponibilité depuis notre premier contact nous resteront toujours en mémoire.

Soyez assuré cher maître de notre profond attachement et notre sincère reconnaissance.

ABREVIATION ET SIGLE

FMPOS : Faculté de médecine de pharmacie d'Odontostomatologie.

SFA : Souffrance fœtale aigue.

BDCF : Bruit du cœur fœtal.

DFP : Disproportion fœto-pelvienne.

CPN : Consultation prénatale.

SA : Semaine d'aménorrhée.

HTA : Hypertension artérielle.

HRP : hématome retroplacentaire.

BGR : Bassin généralement rétréci.

HGT : hôpital du point-G.

HNGT : hôpital national Gabriel Touré.

CSRef V : Centre de santé de référence commune V.

RPM : Rupture prématuré des membranes.

SOMAGO : Société Maliennes de Gynécologie Obstétrique.

SAGO : Société Africaine de Gynécologie Obstétrique.

CNTS : Centre Nationale de Transfusion Sanguine.

CM : Centimètre.

GRS : Grammes.

CSCOM : Centre de santé de communautaire.

L : litre

mm Hg : millimètre de mercure

FVV : fistule vésico-vaginale

TA : Tension Artérielle :

ATCD : Antécédents

HU : Hauteur Utérine

IIG : Intervalle Inter Génésique

Etat général bon : La patiente a des constantes normales (les éléments l'examen physique et hémodynamique) et les éléments de l'examen para clinique.

Etat général passable : La patientes a plus ou moins les constantes bonnes c'est-à-dire toutes ne sont pas bonnes

Etat général altéré : La patientes a des constantes qui ne sont pas bonnes.

Apgar bon : supérieur ou égal à 8

Apgar mauvais : inférieur ou égal à 7

J1..... : Premier jours après l'intervention.....

NB : Nota benné

Ccp : confrontation Céphalo pelvienne.

URFOSAME : unité de recherche et de formation en santé de la mère et de l'enfant.

Sommaire

I- Introduction.....	1
II-OBJECTIFS.....	3
III-GENERALITE :.....	4
IV- Méthodologie.....	17
V- Résultats.....	24
VI- Commentaires et discussion.....	36
VII- Conclusions et Recommandations.....	38
VIII-Références.....	
Annexes.....	

INTRODUCTION

La société traditionnelle Malienne considère la grossesse et l'accouchement comme « La guerre des femmes » pour souligner le risque mortel que courent la femme et/ou le fœtus pendant la grossesse et l'accouchement.

La césarienne réalise un accouchement artificiel par extraction du fœtus par voie abdominale en générale ou rarement par voie vaginale chaque fois que l'accouchement par les voies naturelles comporte un risque maternel ou fœtal. Elle permet d'améliorer très souvent le pronostic maternel et fœtal.

La césarienne prophylactique se définit comme étant celle réalisée avant le début du travail d'accouchement. Elle est indiquée lors de la consultation prénatale. Elle est aussi appelée césarienne programmée ou encore césarienne électorale [54].

D'une manière générale, le pronostic materno- fœtal en cas de césarienne prophylactique est meilleur à celui de la césarienne faite en situation d'urgence.

L'émergence des problèmes médico-légaux et surtout le souci constant pour l'obstétricien d'assister la naissance d'un nouveau-né sain avec une mère bien portante ont contribué à l'augmentation de la fréquence de la césarienne en général et de la prophylactique en particulier. Toutefois ses indications doivent avoir des bases scientifiques solides car la césarienne elle-même n'est pas dénuée de risque même dans les pays développés [31].

Un fait important est l'existence d'une grande disparité en ce qui concerne l'efficacité de cette intervention à travers le monde. Beaucoup de facteurs (cliniques, socio-économiques) interviennent dans le pronostic final de la césarienne comme le démontrent les travaux de MARCHOUX. [29] et de BERTHE Y. [6].

Les taux de césarienne rapportés par la littérature sont : 17- 23 % en France, 15,8% en Grande Bretagne, 35,43% aux Etats-Unis [2].

En Afrique la fréquence est de : 14,87% au Burkina Faso [38], 15,32% au Sénégal et 18,34% au Benin [53], 15,87% au Mali [48].

Dans de nombreux pays africains particulièrement au Mali, la faible couverture sanitaire, le faible taux de surveillance prénatale, n'améliorent guère le pronostic maternel et fœtal. Beaucoup de parturientes césarisées en urgence devraient bénéficier de la césarienne prophylactique.

Une étude réalisée au CSREF CV a pu mettre en évidence par ses résultats que la césarienne prophylactique demeure de nos jours un véritable problème de société. Dans ces premiers résultats publiés il ressort qu'au regard de notre taux de césarienne élevé 20,78% celui de la césarienne prophylactique est de 2,01% relativement faible [52].

Une deuxième étude rétrospective intitulée « césarienne prophylactique versus césarienne d'urgence » montre que 64,66% des femmes devant bénéficier de la césarienne prophylactique étaient venues en urgence [26].

Il nous a alors semblé utile dans ce travail d'étudier la césarienne prophylactique avec les objectifs suivants :

I-OBJECTIF :

1-Général :

Etudier la césarienne prophylactique dans le service de gynécologie-Obstétrique du centre de santé de référence de la commune v

2-Spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la césarienne prophylactique dans le service de gynécologie-obstétrique du CSREF CV
- Rapporter les principales indications de la césarienne prophylactique
- Définir le profil sociodémographique de nos gestantes
- Déterminer l'influence de la qualité du suivi prénatal
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal

I- GENERALITES

1. La Césarienne

1.1 Définitions :

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après cœliotomie, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale [10]

La césarienne prophylactique encore appelée césarienne programmée ou césarienne électorale est décidée le plus souvent avant l'entrée en travail.

Elle s'oppose à la césarienne faite en cours de travail,

Souvent imprévue et parfois à caractère d'urgence. 55% des césariennes sont actuellement réalisées avant travail, 45% en cours.

Suivant que l'utérus est indemne ou porteur d'une cicatrice de césarienne antérieure, il s'agit d'une césarienne première (2/3 des cas) ou itérative (1/3) des cas [32].

Sauf cas particulier, une césarienne programmée s'effectue après 39SA

Les indications de la césarienne programmée sont:

- Macrosomie fœtale : une estimation du poids fœtal supérieur à 4250 voire 4500 g chez une femme enceinte diabétique.
- La simple suspicion de macrosomie fœtale ne constitue pas d'indication de césarienne, sauf cas exceptionnel : macrosomie très importante ou macrosomie relative (très petit bassin maternel).
- Utérus bi cicatriciel ou multi cicatriciel.
- Un utérus uni cicatriciel ne constitue pas d'indication de césarienne. Une évaluation de la taille du bassin maternel peut être proposée par l'examen clinique et par une radiopelvimétrie. La taille du bassin sera confrontée à l'évaluation du poids fœtal, estimé à l'examen clinique et par une échographie.

- Présentation du siège : Certains critères permettent de sursoir à la césarienne et de tenter un accouchement par voie naturelle : radiopelvimétrie normale, absence de déflexion de la tête fœtale, estimation du poids fœtal entre 2500 et 3800 grammes, siège décomplété, acceptation de la patiente.
- Grossesse gémellaire : lorsque le premier jumeau se présente par le siège, la plupart des équipes pratiquent une césarienne.
- Placenta prævia (placenta qui est bas situé et qui recouvre le col utérin).
- Certaines malformations fœtales.
- Cancer du col utérin.
- Pathologie maternelle lui interdisant les efforts expulsifs. [22]

1.2 Historique :

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

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

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

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

- ❖ 1500 : Jacob NUFER, châtreur de porc, suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme.
- ❖ 1581 : François ROUSSET publie le « Traité nouveau d'hystérotomie ou enfantement par césarienne » qui est le premier traité sur la césarienne en France.
- ❖ 1596 : MERCURIO dans « la comore o'rioglitrice » préconise la césarienne en cas de bassin barré.
- ❖ 1721 : MAURICEAU, comme AMBROISE PARE dans un second temps, condamne la césarienne en ces termes : « cette pernicieuse pratique empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi fatale de la femme.

Durant la 2^e moitié du 18^e siècle BAUDELOCQUE fut un grand partisan de la césarienne.

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

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

- ❖ suture du péritoine viscéral introduit par l'américain ENGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences.
- ❖ suture systématique de l'utérus par les allemands KEHRER et SANGER en 1882.
- ❖ extériorisation temporaire de l'utérus par PORTES.

- ❖ FRANK en 1907, imagina l'incision segmentaire basse et sa péritonisation secondaire par le péritoine préalablement décollé. Ce fut là « une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne » selon SHOKAERE, mais sa diffusion fut extrêmement longue car l'habitude est toujours difficile à modifier.
- ❖ 1908 : PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains anciens.
- ❖ 1928 : découverte de la pénicilline G par Sir Alexander FLEMMING.

1.3 Fréquence :

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

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

2. Indications de césarienne prophylactique

L'indication est portée en consultation prénatale :

A. Indications maternelles :

1. Les anomalies du bassin :

- les bassins généralement rétrécis ;
- bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise ;
- bassin ostéomalacique ;
- bassin limite avec ccp défavorable

2. La présence de cicatrice utérine notamment :

- un utérus bicatriciel
- un utérus unicatriciel associé à un facteur de risque (bassin limite, bassin asymétrique)

3. Les pathologies maternelles :

- cardiopathies maternelles ;
 - décollement de la rétine ;
 - pré éclampsie sévère ou éclampsie ;
 - le diabète : l'intervention est décidée vers 37 SA dans le but préventif de macrosomie fœtale.
 - les antécédents d'accidents vasculaires cérébraux ou tumeurs cérébrales
 - les hémopathies malignes (maladie de Hodgkin) ;
 - les cancers du col constituant un obstacle prævia ;
 - la maladie herpétique (vulvo-vaginal) ;
 - les troubles respiratoires avec hypoventilation ;
 - les indications circonstanciées existent ;
 - l'allo-immunisation materno-fœtale. La césarienne est indiquée dans les cas d'atteintes graves et l'accouchement est le plus souvent prématuré. Le diagramme de LILLEY est d'un apport utile.
 - L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparé.
 - Les antécédents de déchirure compliquée du périnée.
 - les fistules vésicaux-vaginales ou recto-vaginales et antécédentes de cure de FVV ou FRV
 - les Kyste de l'ovaire ou fibrome pédicule prolabant dans le Douglas faisant obstacle prævia
4. Traitement d'infertilité
5. Antécédents obstétrical chargé

B) Indication annexielles :

- Placenta prævia surtout central et hydramnios

C) Indications fœtal :

1. Souffrance fœtale chronique :

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

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

2. **Malformations fœtales :**

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

3. **Prématurité :**

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

4. **Grossesse multiple :**

5. **Grossesse gémellaire :** Grossesse multiple (plus de 2 fœtus) dans la majorité des cas accouchés par césarienne dont le 1^{er} jumeau est en présentation du siège est une indication de césarienne pour certaines équipes ou J1 en une autre présentation non céphalique.

6. **Enfant précieux** sans hiérarchisation de la valeur des enfants, cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.

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

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

8. **Gros fœtus :**

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

9. **Présentation vicieuses:**

- La présentation de l'épaule : c'est la présentation transversale où la tête se trouve dans un flanc
- La présentation de la face
- La présentation de siège : dont la majorité des cas ne conduit à la césarienne que lorsqu'il s'y associe d'autres facteurs. Longtemps considéré comme une présentation eutocique, le siège est aujourd'hui considéré par certains auteurs comme potentiellement dystocique [23].

•

3. Modes d'ouverture pariétale :

- ❖ Soit par une laparotomie médiane :
- ❖ **Soit par une laparotomie transversale basse ou incision PFANNENSTIEL :**

4. Types d'hystérotomies :

4.1 Hystérotomie segmentaire transversale

4.2 Hystérotomie segmentaire longitudinale

4.3 Hystérotomie corporéale

4.4 Hystérotomie segmento-corporéale :

4.5 Césarienne itérative :

5. Technique de la césarienne :

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

5.1 La césarienne classique:

Premier temps : Mise en place des champs ; cœliotomie sous-ombilicale ou transversale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Avantages de la césarienne segmentaire :

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

5.2 La césarienne selon la technique de Misgav Ladach :

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

- L'ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 3cm au-dessus de la ligne inter iliaque unissant les 2 épines antéro-supérieures ;
- ouverture transversale du péritoine pariétal ;

- pas de champs abdominaux
- hystérotomie segmentaire transversale
- suture de l'hystérotomie en un plan par un surjet non passé
- non fermeture des péritoines viscéral et pariétal
- suture aponévrotique par un surjet non passé
- rapprochement cutané par quelques points de Blair-Donati très espacés.

Avantages de la technique de Misgav Ladach :

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

La simplicité de cette technique et les résultats obtenus par différentes études font penser qu'elle deviendra sous peu la référence en matière d'extraction fœtale par voie haute [26].

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

5. 3 Les temps complémentaires de la césarienne :

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

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

6. Les complications de la césarienne :

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

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

6.1 Les complications maternelles :

6.1.1 Per opératoires :

- **L'hémorragie :**

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

- soit généraux : des facteurs de la coagulation et de l'hémostase défectueuse ;

- soit locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, placenta accreta).

- **Les lésions intestinales :**

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

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

- **Les lésions urinaires :**

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

- **Les complications anesthésiques :**

Hypoxie, syndrome d'inhalation, collapsus cardio-vasculaire, arrêt cardiaque à l'induction, réactions allergiques aux produits anesthésiques.

6.1.2 Les complications postopératoires :

- **Les complications infectieuses :**

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

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

- **L'hémorragie post opératoire :**

Plusieurs sources existent :

- hématome de paroi, justiciable de drainage, type Redon
- saignement des berges d'hystérotomie par hémostase insuffisante exceptionnellement, l'hémorragie survient vers J10-J15 post

opératoire après lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

• **Les complications digestives :**

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

La maladie thromboembolique :

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

• **Les complications diverses :**

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

6.2 Les complications chez le nouveau né :

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

- les complications liées aux drogues anesthésiques : dépression respiratoire du nouveau né
- les troubles respiratoires : la détresse respiratoire
- les complications infectieuses
- les plaies par coupure au bistouri
- les traumatismes par extraction laborieuse (luxation, fractures...)
- la mortalité du nouveau né

7. Anesthésie et césarienne :

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

7.1 Anesthésie locorégionale :

Les avantages :

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

Les inconvénients :

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

7.2 Anesthésie générale :

Les avantages :

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

Les inconvénients :

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

II -METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre étude a eu lieu dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Ce centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé de structures de santé (10 C S Com) qui s'y réfèrent.

La maternité du Centre de santé de référence de la commune V comprend :

Une Unité grossesses à risque

Une Unité accouchement/suites de couches

Une Unité de soins après avortement (SAA)

Une Unité de néonatalogie

Une Unité de CPN (Consultations prénatales)

Une Unité de PF (Planning familial) et post natales

Une Unité bloc opératoire

Une Unité des urgences gynécologiques et obstétricales

La permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

Un gynécologue obstétricien

Deux étudiants en DES de gynéco-obstétrique

Cinq étudiants en médecine faisant fonction d'interne (FFI)

Deux sages femmes

Une aide soignante

Un infirmier anesthésiste

Un technicien de laboratoire

Un(e) caissier (e)

Un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux (HNPG, HGT) et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS).

Deux garçons de salle assurant la propreté permanente du service.

Au niveau de l'organisation matériel du service de garde, l'équipe dispose de :

Quatre tables d'accouchement

Deux salles d'opération fonctionnelles

Un dépôt de sang

Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales y compris le kit de césarienne.

Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8H15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés dans les 24 heures durant la garde.

Il y a 4 jours de consultations spécialisées, 4 jours pour le programme opératoire. Les urgences sont assurées tous les jours.

Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque Mercredi après le staff.

2-Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale et descriptive.

3- Période d'étude

L'étude s'est étendue sur une période de 12 mois allant du 1er janvier au 31 Décembre 2010.

4-Population d'étude

Notre étude a concerné toutes les femmes ayant bénéficié d'une césarienne prophylactique dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CSREF CV durant la période d'étude, soit un total de 276 femmes.

a) critères d'inclusion.

Toutes les femmes chez qui une indication de césarienne prophylactique a été posée et qui ont été césarisées avant tout début de travail.

b) critères de non inclusion

Toutes les femmes programmées qui sont entrées spontanément en travail avant la date prévue pour l'intervention et qui ont été opérées en urgence.

5- Procédure de la césarienne prophylactique :

Conformément aux normes et procédures en vigueur dans notre pays, toutes les grossesses à risque sont référées à un niveau supérieur II ou III où existe le plateau technique pour la prise en charge.

C'est ainsi que les grossesses à risque ont été vues en consultation prénatale par des gynécologues obstétriciens qui ont posé l'indication de la césarienne prophylactique.

Cette indication est basée sur les arguments :

- Cliniques : pelvimétrie externe et interne, présentation et poids du fœtus (suspicion de gros fœtus), les antécédents de la patiente (mort intra partum ou néonatale précoce, bassin limite, césarienne).
- Para cliniques : radiopelvimétrie, scanno-pelvimétrie, échographie obstétricale, radiographie du contenu utérin).

Dans notre service la césarienne prophylactique a lieu vers la 38^{ème} SA parfois avant en cas de pathologie associée (HTA, Diabète) mal maîtrisée, après un bilan pré opératoire assorti d'une consultation pré anesthésique. Ce bilan pré opératoire systématique en fonction du terrain, comprend :

- Groupe sanguin ABO, facteur rhésus (pour celles qui n'étaient pas groupées) ;
- NFS plaquette ;
- Glycémie à jeun ;
- Uricémie ;
- Créatinémie ;
- Transaminases ;

- (TP) ;
- (TCK) ;
- (TS) ;
- (TC) ;
- Fibrinémie.

D'autres bilans sont fonctions de l'état clinique de la patiente: ECG (électrocardiogramme) en cas d'HTA, assorti d'une consultation cardiologique.

Toutes les patientes sont rassurées, informées du bien fondé de la césarienne et surtout de la « presque innocuité de la césarienne prophylactique ».

A l'issue de la consultation pré anesthésique, le type d'anesthésie est décidé (anesthésie générale, péridurale, rachi anesthésie)

Une commande de sang iso Groupe, iso Rhésus est faite et remise aux parents de la patiente. Tout ceci est notifié sur une fiche appelée fiche d'anesthésie.

Une fois trouvé, le sang est stocké dans notre mini banque de sang jusqu'au jour de l'intervention. Il sera utilisé en cas de besoin.

La date de l'intervention est alors fixée un jour ouvrable, de préférence aux heures de travail.

Après la césarienne, les soins post opératoires sont administrés à la mère et au nouveau-né avec surveillance à l'aide d'une fiche de suivi post-partum immédiat (voir annexes).

Ces patientes bénéficiaient d'une antibiothérapie, d'une supplémentation en fer + acide folique et d'antalgiques et surtout le lever était précoce. Une alimentation liquide chaude était donnée quatre heures après une anesthésie loco-régionale et six heures après une anesthésie générale. La toilette vulvaire était biquotidienne, les garnitures étaient changées en cas de besoin.

Nous procédions à l'ablation de la sonde urinaire (placée avant le début de l'intervention) dès le lendemain de l'intervention en absence de complications (Lésion vésicale).

Les patientes sont libérées à J2 ou J3 post opératoire si l'état clinique le permet.

Une complication prolongera la durée d'hospitalisation et changera l'attitude thérapeutique.

Le 1^{er} pansement de la plaie opératoire a lieu à J9 postopératoire sauf anomalie (suppuration pariétale constatée avant ce délai).

Les patientes sont revues en consultation post opératoire entre 6 et 8 semaines post natales.

Au cours de cette visite en plus de l'examen clinique nous mettons l'accent sur la communication :

- Reparler avec la patiente de l'indication opératoire ;
- Orienter la patiente vers un service de planning familial ;
- Communiquer pour le changement de comportement :
 - Respect de l'intervalle inter génésique (≥ 2 ans) ;
 - L'absolue nécessité de faire désormais les CPN en milieu obstétrico-chirurgical ;
 - Les avantages de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;
 - Mesures préventives contre le paludisme ;
 - Les inconvénients de l'excision.

Les patientes sont revues une dernière fois 6 mois après l'intervention pour apprécier la qualité de la cicatrice.

6-Collecte des données :

Nos données ont été recueillies à partir de :

- Fiches d'enquête (voir annexes)
- dossiers obstétricaux
- carnets de CPN

- Registre des compte- rendus opératoires
- Registres d'accouchement
- fiches d'anesthésie
- Registre d'anesthésie
- Registre de référence/évacuation des patientes
- Registre de transfert du nouveau-né

7-Saisie des données :

Les données ont été saisies à l'aide du Microsoft office Word 2007 et l'analyse statistique a été faite sur EPI info 6.0

8-Les variables étudiées :

L'âge ;

La profession ;

La provenance ;

Le motif d'admission ;

Les antécédents ;

Le suivi prénatal ;

L'examen obstétrical ;

L'auteur du suivi ;

Le type d'anesthésie ;

L'indication opératoire ;

Le pronostic maternel et fœtal

9-Difficultés de l'étude :

Nous avons rencontré des difficultés liées à l'estimation de l'âge gestationnel chez certaines gestantes ne connaissant pas la Date de leurs dernières règles et n'ayant pas bénéficié d'une échographie précoce.

10-Définitions opératoires :

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

Gestité : Nombre de grossesse chez la femme.

Nulligeste : Aucune grossesse

Primigeste : Une grossesse

Paucigeste : 2 à 3 grossesses.

Multigeste ≥ 4 grossesses.

Parité : Nombre d'accouchement chez la femme.

Nullipare : 0 Accouchement

Primipare : 1 Accouchement

Pauciparite : 2 à 3 accouchements.

Multiparité ≥ 4 Accouchements

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

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

Hystérotomie : Ouverture chirurgicale de l'utérus.

Césarienne : Extraction du fœtus après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale.

Césarienne prophylactique : césarienne programmée faite avant le début du travail.

III - RESULTATS

1. Fréquence:

Durant la période d'étude, nous avons colligé :
8760 accouchements dont 1690 césariennes soit une fréquence de 19,2%.

La fréquence de la césarienne prophylactique par rapport aux autres césariennes a été de 16,3% soit (276 sur 1690)

La fréquence de la césarienne prophylactique par rapport aux accouchements a été de 3,1% soit (276 sur 8760).

2. Age :

Tableau I : Répartition des gestantes selon l'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
≤ 19 ans	38	13,8
20 -34 ans	198	71,7
≥35 ans	40	14,5
Total	276	100,0

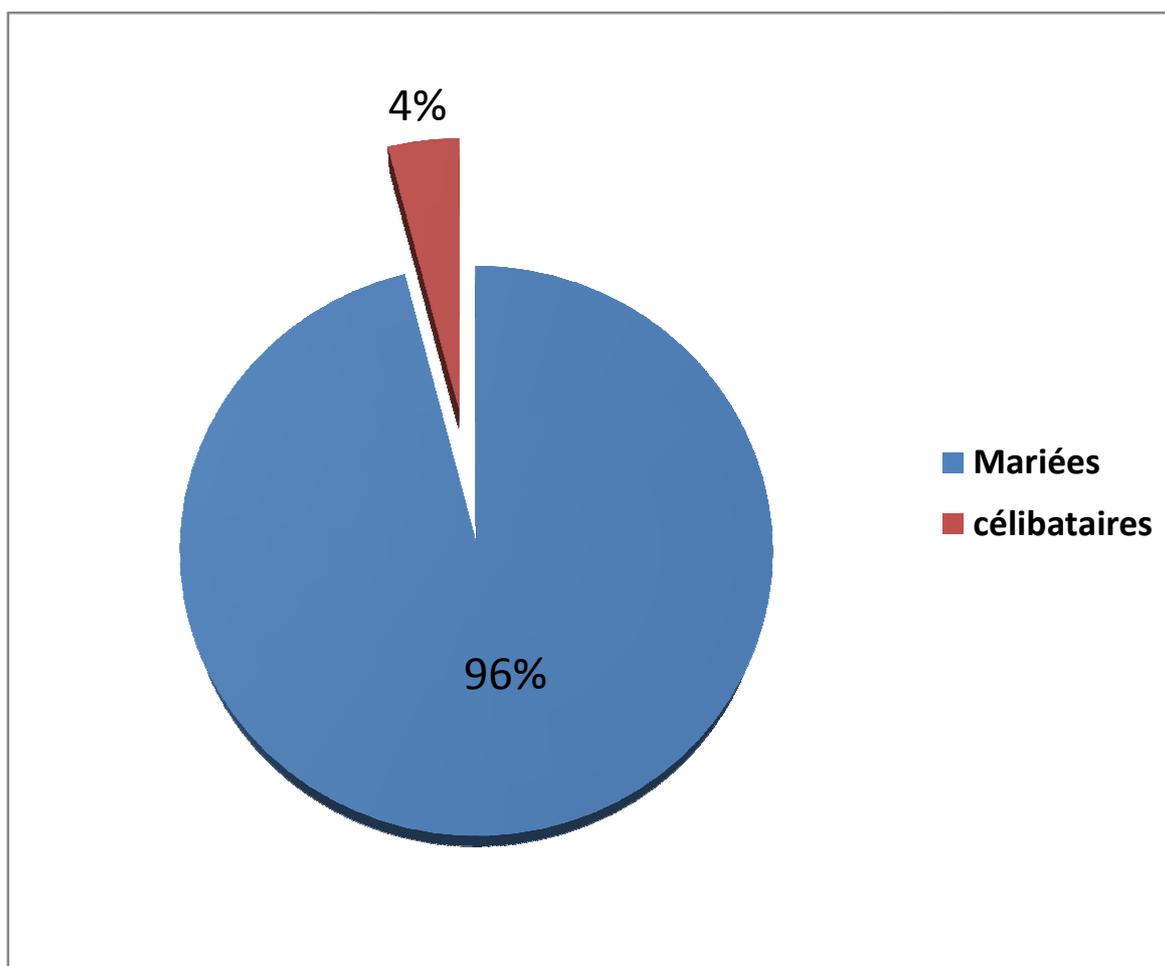
La tranche d'âge 20-34 ans a été majoritaire soit 71,7%

Les âges extrêmes étaient de 14 et 41 ans

L'âge moyen à 28,2 ans +ou- 4,27.

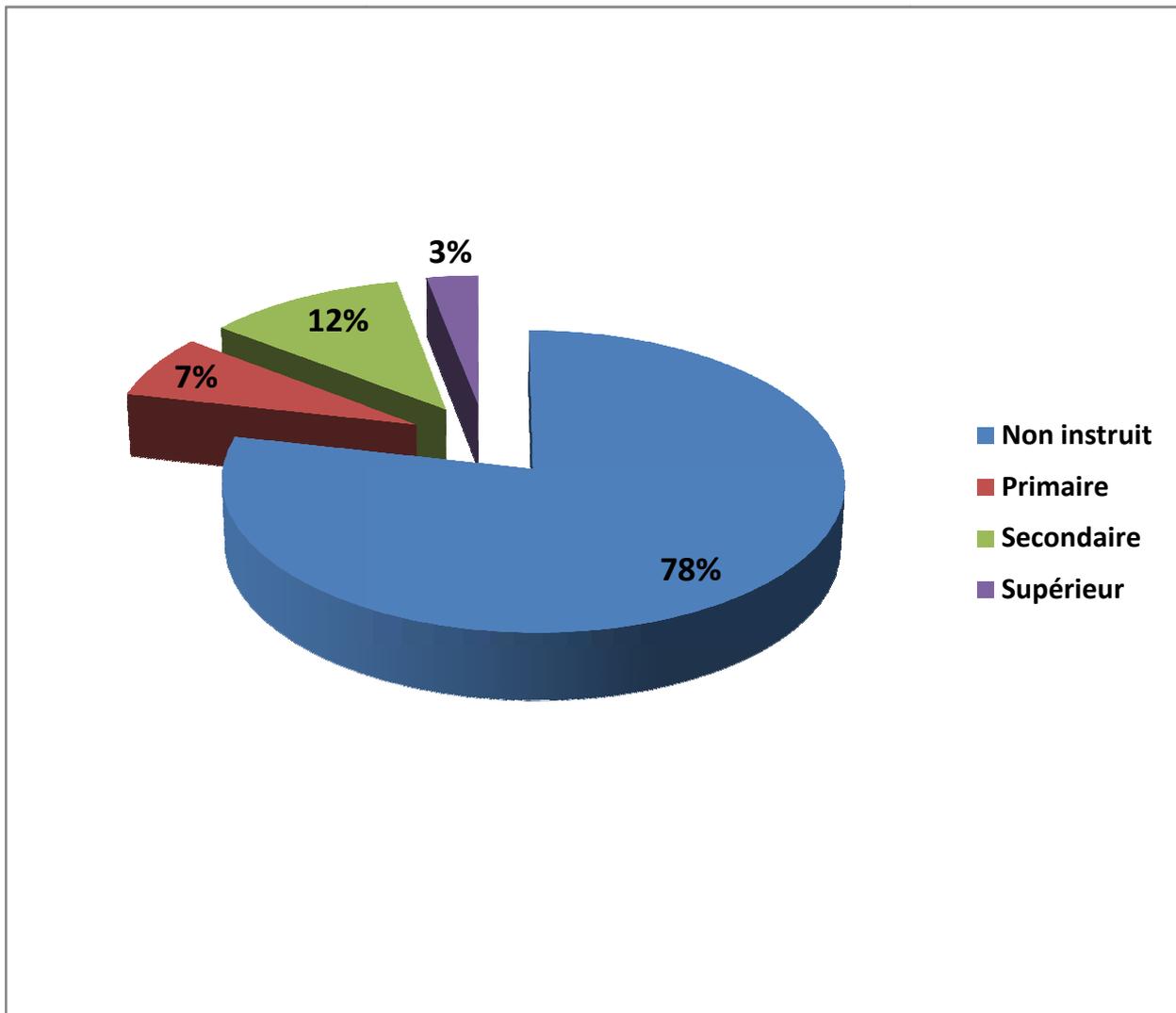
L'âge médian à 27,5ans.

3. Statut matrimonial :



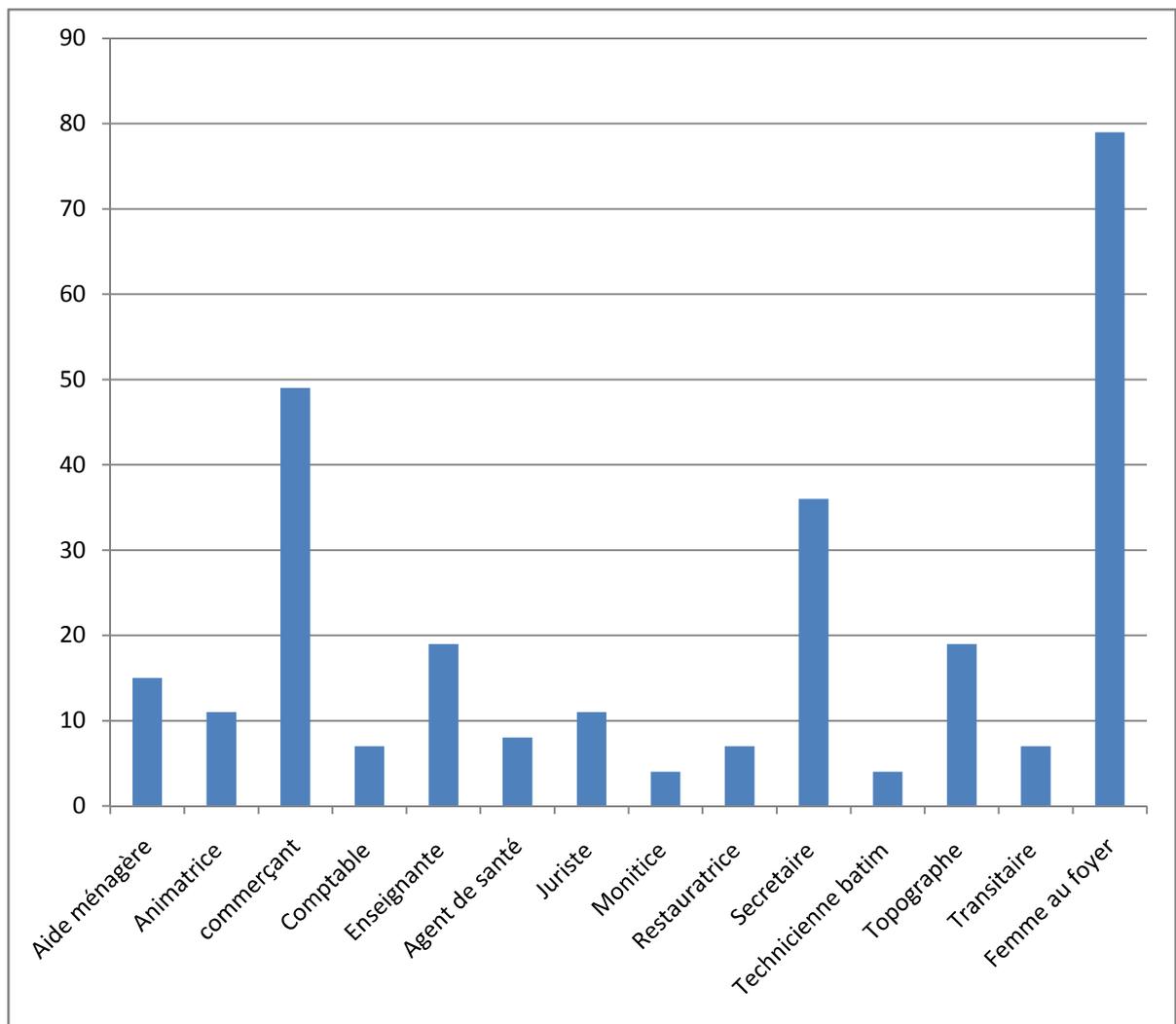
Graphique 1 : Répartition des gestantes selon le statut matrimonial
96% des patientes étaient mariées

4. Niveau d'instruction :



Graphique 2 : Répartition des gestantes selon le niveau d'instruction
78% des patientes n'étaient pas scolarisées

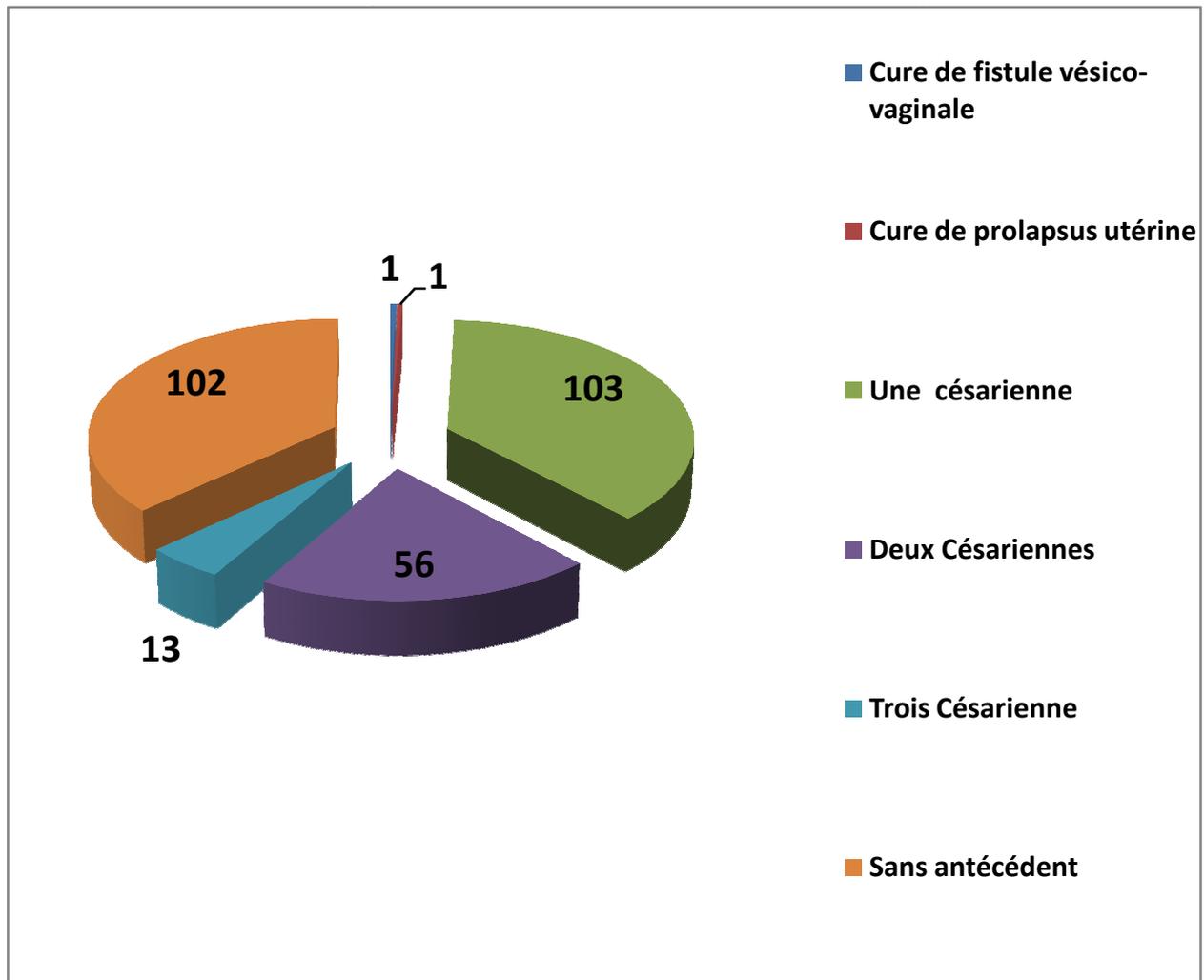
5. Profession :



Graphique 3 : Répartition des gestantes selon la profession

Les femmes au foyer étaient majoritaires avec 28,6%

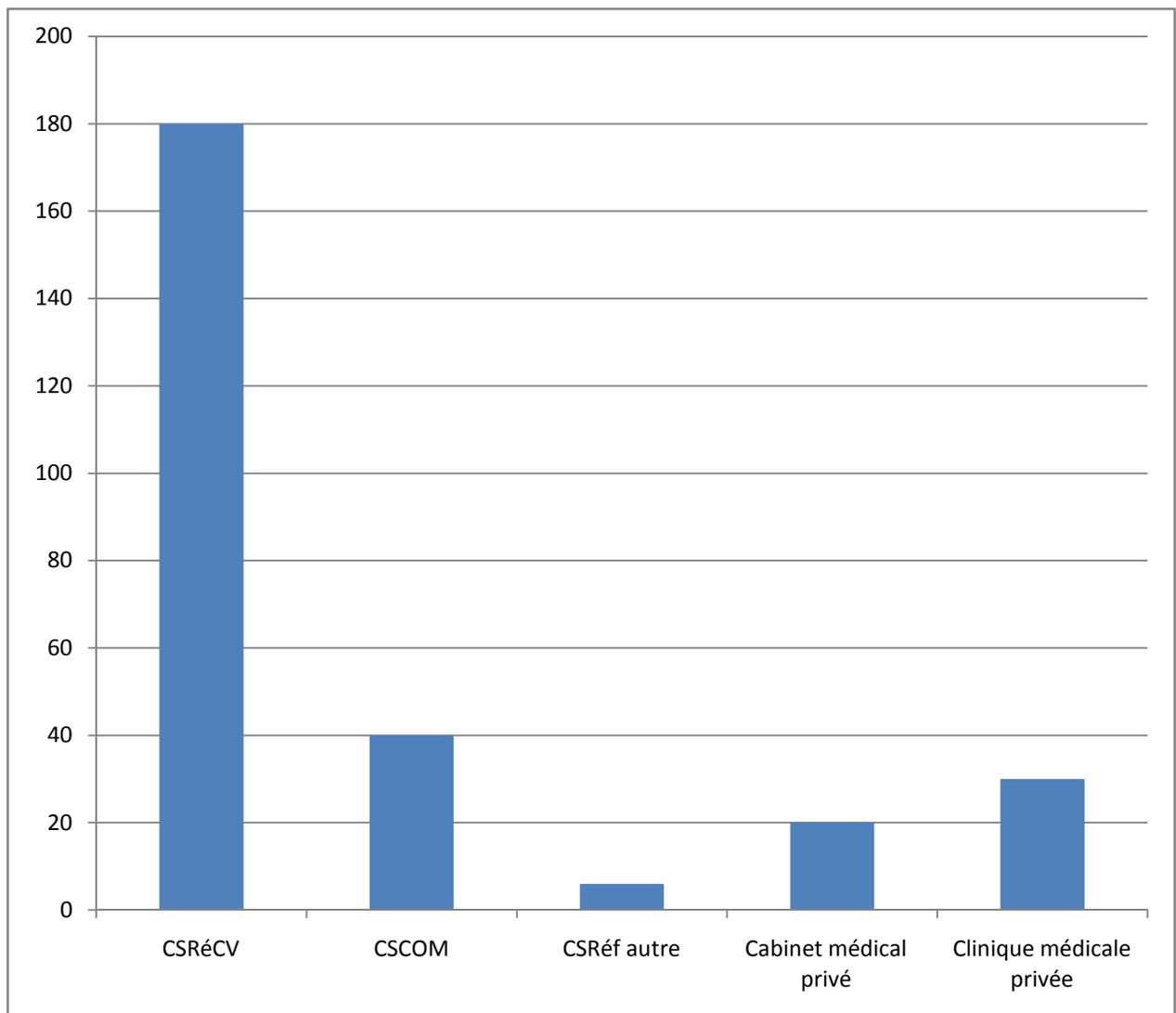
6. Antécédent chirurgical :



Graphique 4 : Répartition des gestantes selon l'antécédent chirurgical
Les femmes ayant l'antécédent d'une césarienne étaient les plus représentées avec 37,3%.

7. Admission :

Provenance :



Graphique 5: Répartition des gestantes selon la structure qui a référé.
La référence interne était majoritaire avec 65,2%

Motif d'admission :

Tableau II: Répartition des gestantes en fonction du motif de la référence.

Motifs de référence	Effectif	Pourcentage
Césariennes		
prophylactiques	160	58,0
Rupture prématurée des membranes	8	2,9
Présentation de siège chez une primigeste	3	1,1
Primigeste de plus de 30 ans	2	0,7
Ancienne cicatrice	72	26,1
Hauteur utérine excessive	8	3,0
Chiffres tensionnels élevés +œdèmes	2	0,7
Placenta prævia	2	0,7
Pré éclampsie sévère	3	1,1
BGR	12	4,3
HTA/Grossesse	2	0,7
Diabète /Grossesse	2	0,7
Total	276	100,0

La césarienne prophylactique était le motif le plus fréquent avec 58%

8. ANTECEDENTS

- Médicaux :

Tableau III: Répartition des gestantes selon les antécédents personnels médicaux

Antécédents personnels	Effectifs	Pourcentage
Aucun	263	95,3
HTA	8	3,0
Asthme	1	0,3
Diabète	2	0,7
Autres	2	0,7
Total	276	100

Nb. Autres : drépanocytose, cardiopathie.

95,3%des femmes n'avaient pas d'antécédents médicaux.

- Gynécologiques

Tableau IV: Répartition des gestantes selon leur antécédent de traitement de stérilité

Antécédents stérilités	Effectif	Pourcentage
Aucun	270	97,8
Stérilité Primaire traitée	2	0,7
Stérilité secondaire traitée	4	1,5
Total	276	100

97,8% des femmes n'avaient pas d'antécédent de traitement de stérilité.

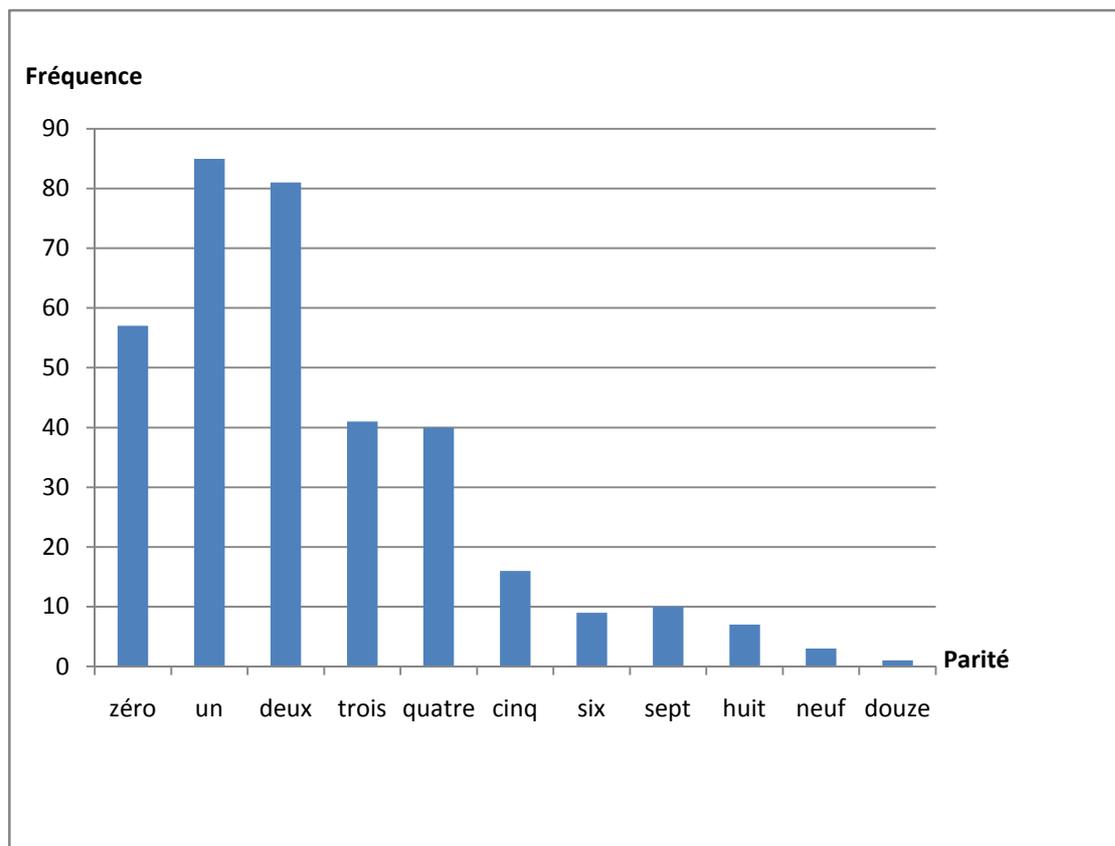
- **Obstétricaux**

Tableau V: Répartition des gestantes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigestes	37	13,4
Pauci gestes	201	72,8
Multigestes	38	13,8
Total	276	100,0

Les pauci gestes étaient majoritaires : 72,8%

Parité :

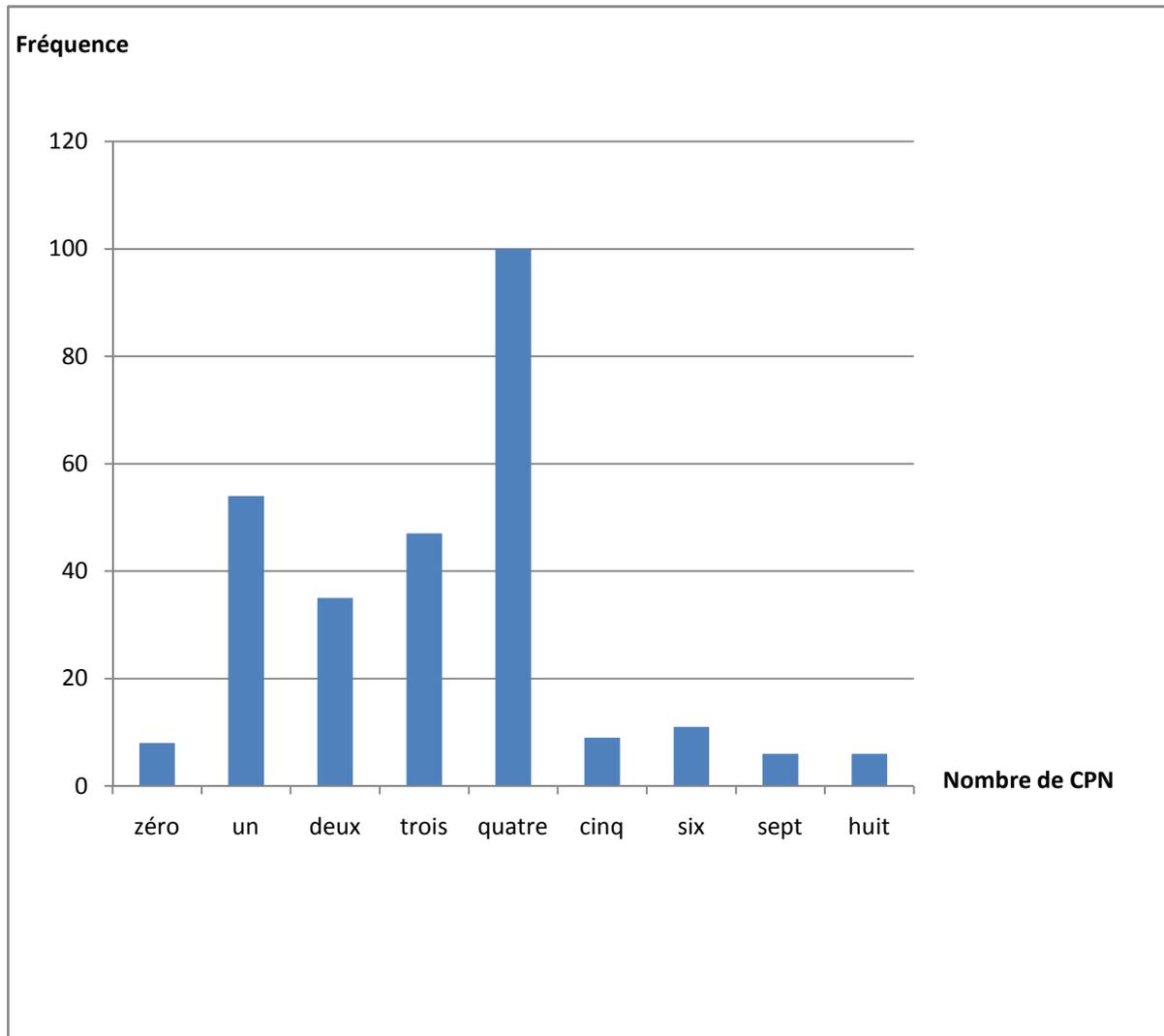


Graphique 6: Répartition des gestantes selon la parité.

Les primipares étaient les plus représentées : 24,27%

9. GROSSESSE ACTUELLE :

1. La consultation prénatale :



Graphique 7 : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN.

La majorité des femmes avaient réalisé 4CPN soit 36,3%

2. Le lieu de la CPN :

Tableau VI: Répartition des gestantes selon le lieu de la CPN

Lieu de la consultation prénatale	Effectif	Pourcentage
Centre de santé de référence CV	180	65,2
CSCOM	38	13,8
Domicile	8	2,9
Structure médicale privée	50	18,1
Total	276	100

65,2% des gestantes avaient réalisé leur CPN au CSRef CV.

3. Auteur de la CPN :

Tableau VII : Répartition des gestantes selon la qualification de l'agent qui a effectué la CPN

Auteurs des consultations prénatales	Effectif	Pourcentage
Médecin	168	60,9
Sage femme	101	36,6
Faisant fonction d'interne	7	2,5
Total	276	100

60,9% des gestantes étaient suivies par un médecin.

4. L'âge gestationnel :

Tableau VIII: Répartition des gestantes selon l'âge de la grossesse.

Age gestationnel(SA)	Effectif	Pourcentage
< 37	94	34,1
37-41	168	60,8
>41	14	5,1
Total	276	100,0

L'âge gestationnel moyen à 38SA+/- une semaine

La majeure partie de nos césariennes prophylactiques a été réalisée à 38SA.

5. Indications de la césarienne :

Tableau IX: Répartition des gestantes selon l'indication de césarienne

Indication de la césarienne	Effectif	Pourcentage
Utérus bi-cicatriciel	56	20,2
Atcd de cure de FVV	1	0,3
Utérus tri-cicatriciel	13	4,7
Utérus cicatriciel + bassin limite	60	21,7
Atcd obstétricaux chargés	2	0,7
Bassin généralement rétréci	61	22,1
Primigeste de plus de 30ans	2	0,7
Présentation siège sur bassin limite	13	4,7
Présentation siège sur utérus cicatricielle	9	3,2
Position transversale	13	4,7
Grossesse gémellaire sur utérus cicatricielle	1	0,4
macrosomie fœtale	8	3,0
RMP de plus de 24h sur utérus cicatriciel	8	3,0
Bassin de traitement orthopédique	13	4,7
Présentation de siège chez une primigeste	3	1,1
Diabète sur grossesse	2	0,7
Pré-éclampsie sévère	3	1,1
Placenta prævia	3	1,1
Atcd de cure de prolapsus utérin	1	0,4
Cardiopathie sur grossesse	1	0,4
Utérus cicatriciel sur bassin asymétrique	1	0,4
HTA sur grossesse	2	0,7
Total	276	100,0

L'indication de césarienne la plus représentée était les BGR avec 22,1%

6. Type d'anesthésie :

Tableau X Répartition des gestantes selon le type d'anesthésie utilisée.

Type d'anesthésie	Effectif	Pourcentage
Locorégionale	201	72,7
Générale	75	27,3
Total	276	100,0

72,7% des césarienne ont été réalisées sous anesthésie locorégionale.

7. Etat des nouveau-nés à la naissance :

Tableau XI Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute.

Score d'Apgar à la 1 ^{ère} minute	Effectif	Pourcentage
≤ 7	8	3
≥ 8	269	97
Total	277	100,0

La majorité des nouveaux nés avaient un score d'Apgar supérieur à 7 à la naissance soient 97%

Tableau XII: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5^{ème} minute.

Score d'Apgar à la 5 ^{ème} minute	Effectif	Pourcentage
≤7	3	1,0
≥8	274	99,0
Total	277	100,0

La majorité des nouveaux nés avaient un score d'Apgar supérieur à 7 à la 5^{ème} minute après la naissance soient 99%.

8. Séjour

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

Durée d'hospitalisation en jours	Effectif	Pourcentage
2	215	78,0
3	43	15,6
4	12	4,4
5	2	0,7
6	1	0,3
7	1	0,3
9	2	0,7
Total	276	100,0

La durée moyenne d'hospitalisation à 2jours.

La majorité de nos femmes ont été libéré deux jours après l'intervention soient 78%.

IV-COMMENTAIRES et DISCUSSION

Les résultats que nous avons obtenus entre le 1^{er} janvier et le 31 Décembre 2010, ont été commentés à la lumière de la littérature

1. Fréquence :

La gratuité de la césarienne (depuis 23 juin 2005 en République du Mali) a amélioré l'accessibilité financière mais l'accessibilité géographique à la césarienne reste préoccupante.

Les différents travaux déjà faits ont abordé la césarienne dans sa globalité.

C'est ainsi que l'enquête MOMA réalisée de décembre 2000 à 2007 dans 7 districts sanitaires (Bamako, Nouakchott, Ouagadougou, Abidjan ; Kaolack ; Saint Louis, Lagos) a rapporté des taux de césarienne inférieurs aux normes fixées par l'OMS (5 à 15 %) pour la prise en charge optimale des urgences obstétricales. Le même constat s'est révélé dans certains pays en développement comme le Mali, la Bolivie, le Guatemala, la Haïti où les taux nationaux sont respectivement 0,8 % ; 4,9 % ; 4,9 % et 1,6 % [31, 41,45, 47].

Au cours de notre étude, nous avons enregistré un taux global de césarienne de 19,29% dont 3,15% de césarienne prophylactique. Ce taux global de césarienne élevé dans notre série, s'explique par le statut référentiel de notre service, recevant des patients venant de divers horizons. Des fréquences ont été rapportées dans la littérature : 21,6% au Burkina Faso [38]; 22,4% au Benin et 21,3% en Angleterre [52].

Au regard de notre taux global de césarienne élevé, celui de la césarienne prophylactique de 3,15% nous paraît relativement faible.

Traoré A I. [52] avait trouvé 2,01% en 2009 dans le même service. Cette élévation peut s'expliquer par l'augmentation du nombre de gynécologues-obstétriciens dans notre service qui sont effectivement impliqués dans la prise en charge des grossesses à risque grâce à une meilleure organisation de la référence interne.

De nombreuses parturientes césarisées en urgence devraient bénéficier de la césarienne prophylactique, si le suivi prénatal était correctement assuré comme le démontrent les travaux de Karounga C [26].

Des efforts doivent être consentis dans ce sens par le biais de la consultation prénatale recentrée afin de promouvoir la qualité des soins obstétricaux et néonataux.

2. Caractéristiques socio démographiques :

2.1. Age :

La tranche d'âge 20-34ans a représenté 71,7%.Ceci correspond à l'âge optimal pour la fécondité. Togora M. [51] a trouvé 67%, Sissoko H. [46] 71%, Traoré AI. [52] 87,70%.

2.2. Niveau d'instruction :

Dans notre échantillon 78% des femmes n'avaient reçu aucune instruction.

2.3. Profession :

A l'instar des pays Africains subsahariens aux ressources limitées, 28,6% de nos patientes étaient sans profession, donc dépendante de leurs maris qui souscrivent aux injonctions des agents de santé selon leurs humeurs.

2.4. Statut matrimonial :

Dans notre étude 96% des femmes étaient mariées. Les taux rapportés dans la littérature sont : Karounga C. [26] 81% ; Sissoko H. [46] 71% ; Togora M. [51] 63,7%.

3. Les Antécédents :

3.1. Antécédents chirurgicaux :

La majeure partie de nos patientes avait au moins un facteur de risque avec 62,2% de cas d'utérus cicatriciel (soit uni ou multi cicatriciel).

Dans la plupart des cas, il s'agissait de césariennes itératives associées à un autre facteur de risque exposant la patiente au risque de désunion de la cicatrice utérine pendant le travail. Pour éviter le drame, la solution ultime reste la césarienne prophylactique.

Une très faible proportion (0,8%) de nos gestantes avait un antécédent de cure de prolapsus utérin et de FVV. Ces femmes doivent bénéficier de la césarienne prophylactique pour les grossesses ultérieures. Toute tentative d'accouchement par les voies naturelles fait perdre le bénéfice de l'intervention c'est-à-dire expose à la récurrence du prolapsus et de FVV.

3.2. Antécédents obstétricaux :

Dans notre série 24,27% étaient des primipares. Ceci s'explique par le fait qu'il s'agissait le plus souvent d'adolescentes aux bassins immatures.

Dans certaines séries maliennes et étrangères les primipares ont été également les plus représentées [53].

4. Admission :

4.1. Mode d'admission :

La majeure partie de nos gestantes soit 65, 2%, relevait d'une référence interne tandis que 34,8% étaient référées d'autres structures (CSRéf, CSCOM, structures privées). Ce qui traduit le caractère référentiel de notre établissement.

Dans le système de référence/évacuation, conformément à la politique nationale de santé de notre pays, il ressort que les grossesses et les accouchements à risque soient référés et pris en charge dans les établissements de niveau II et III de notre pyramide sanitaire. Force est de reconnaître que l'application de cette politique n'est pas toujours effective.

4.4. Motif d'admission :

Les motifs d'admission ont été divers et variés. Le motif qui a été le plus souvent évoqué fut la césarienne prophylactique avec 58,0%. Ce taux élevé de gestantes référées pour césarienne prophylactique est le résultat des stratégies mises en œuvre par le responsable du CSRef CV à l'endroit des

CSCOM et des sages-femmes du CS Réf : la sensibilisation, l'envoi des sages femmes du CSRef dans les CSCOM pour le renforcement des compétences et des capacités

5. Suivi prénatal:

Toutes nos gestantes ont été consultées au moins une fois. La majorité avait bénéficié d'au moins 4 CPN soit 81,1%. L'immense apport des médecins était perceptible avec 60,9% de notre échantillon.

6. Indications de la césarienne prophylactique :

Les viciations pelviennes ont représenté l'essentiel de nos indications de césarienne prophylactique avec 22,1% pour les bassins généralement rétrécis et 21,7% pour les bassins limites avec utérus cicatriciel. L'indication pour utérus bicatriciel était de 20,2%.

Ce résultat est en accord avec ceux déjà rapportés par la plupart des auteurs (11, 13, 26, 52,). L'indication de la césarienne prophylactique chez toutes ces femmes permet d'éviter une rupture utérine, des décès périnataux, aux conséquences souvent dramatiques.

7. Type d'anesthésie :

Le type d'anesthésie le plus utilisé a été l'anesthésie locorégionale avec 72,7%.

8. Pronostic :

- **Fœtal et néonatal :**

Le score d'Apgar était supérieur à 7/ 10 à la 1^{ère} minute pour la majorité des nouveau-nés. A la 5^{ème} minute de vie extra-utérine 99% de nouveau-nés avaient un score d'Apgar supérieur à 7/ 10.

Nous avons référé trois nouveau-nés à la néonatalogie du CHU Gabriel Touré pour les motifs suivants :

- Poly malformation : 1
- Souffrances néonatales : 2

Deux (2) nouveau-nés sont décédés en néonatalogie :

- Un poly malformé à J1
- Une souffrance néonatale par détresse respiratoire à j7.

- **Maternel :**

Le pronostic maternel était bon pour l'ensemble des opérées. Cependant nous avons noté :

- Un(1) cas d'hémorragie du post partum immédiat par atonie utérine qui a été pris en charge.
- 2 cas d'endométrite post césarienne.
- 2cas de suppuration pariétale à partir de J3.

Tous ces cas ont été pris en charge.

Conclusion :

La césarienne prophylactique est une intervention chirurgicale qui permet d'améliorer le pronostic maternel et périnatal contrairement à la césarienne faite en urgence. Les indications restent dominées par les rétrécissements du bassin osseux, les cicatrices utérines.

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

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

Recommandations :

Au personnel sanitaire :

- Référer les grossesses à risque vers les établissements sanitaires spécialisés dans la prise en charge.
- Assurer davantage la consultation prénatale des grossesses à risque par les gynécologues obstétriciens (108/276 consultations prénatales ont été faites par les sages femmes et les faisant- fonction d'internes).
- Améliorer le système de prise en charge des grossesses à risque afin de diminuer la proportion des césariennes en urgence.

Aux populations :

- Eviter les mariages précoces.
- Accoucher dans les structures de santé.

REFERENCES

1. **Aldebert A.** le taux de césarienne : indicateurs de qualité ; deuxième journée d'obstétrique du collège de gynécologie de Bordeaux et du Sud-Ouest ; novembre 1995.
2. **Ane'sthésia for cesaream section.**Clin obstet Gyncol.1985 ;28 :722-34
3. **Annie S.F :** L'opération césarienne à la maternité Lagune de Cotonou. Etude rétrospective de 1992 à 1995 et prospective d'avril à juin 2000 à Bobodioulasso de 5702 Thèse Med ; Bamako 2001 : 53.
4. **Aouanou G.B.K** « Contribution à l'étude de l'opération césarienne à Cotonou » ; Thèse Med ; Cotonou 1998 : 373.
5. **Avril A. ; Lakja F. ; Marée D., Chante Greil C, Renaud-SALIS JL, Lobera A et coll.** Contrôle de la qualité des soins dans un service de chirurgie ; expérience de la Fondation Bergonié J chir (paris) 1993 ; 2 : 79-86P.
6. **Berthe Y.** pronostic foëto-maternel dans les accouchements par césarienne à propos de 218 cas enregistrés au service de Gynéco-obstet du CHU de Bouaké en un an. Thèse de Médecine Abidjan : 1992.
7. **Bigabwa B.** "Contribution à l'étude de l'opération césarienne. A propos de 122 cas recensés aux cliniques universitaires de Kinshasa du 1^{er} janvier au 31 décembre 1997". Thèse Med Cotonou 1999 ; 804.
8. **Boisselier, Moghioracos P., Marpeau L. et Al.** Evolution dans les conditions de césarienne de 1977 à 1983. A propos de 18. 605 accouchements J. Gynécol. Obstétrique Biol. Reprod. 1987 : 16 ; 251-60.
9. **Carron J J., Barre P. et Dumser D.** un petit hôpital..., A quoi ça sert ? Etude de l'activité chirurgicale de l'hôpital de Loudon au cours de l'année 1989. J Chir (Paris) 1990 ; 127 (12) : 608-61.1P.

- 10. Cissé B.** La césarienne : aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge des complications post opératoires dans le service de gynécologique obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine : Bamako Mali 2001, M.
- 11. Cissé C T., Faye E O. De Bernis L.** Césarienne au Sénégal : Couverture des besoins et qualités des services. Cahier Santé 1988 ; 8 (5) : 369-77.
- 12. Coulibaly I G.** La césarienne dans le service de gynécologique obstétrique de l'HGT de Bamako de 1992 à 1996 (à propos de 3314 cas). Thèse de Med ; Bamako 1999 ; 85.
- 13. Coulibaly M B.** "profil épidémiologique de l'enfant né par césarienne dans la maternité du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako ; à propos de 200 cas" Thèse Med, Bamako Mali 2001 M-40.
- 14. Coulibaly M L.** Comparaison de l'efficacité de la clonidine et de la Nifedipine dans la prise en charge de l'HTA gravidique au cours du travail au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V ; thèse de méd : Bamako 2002 69P M-20.
- 15. De Muylder X.** "Caesarian section morbidity at district level in Zimbabwe" journal of tropical medicinal and hygiene, 1989 (92) 2, 89-92.
- 16. Dioné D:** Etude Comparative entre deux techniques de césariennes : Césarienne Classique et Césarienne Misgav Ladach au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse de Médecine. Mali 2008.
- 17. Dubois J., Grall J Y., Philippe HJ., Pangui, Poulain P L.** "La présentation du siège" Editions techniques. Encryl. Méd. Chir. (Paris France), obstétrique, 5026 A 10, 1985, 13P.

- 18. Dujardin B. Delvaux T H., De Bernis L.** La césarienne de qualité analyse des déterminants. Communication au V^{ème} congrès SAGO Dakar Sénégal Décembre 1998.
- 19. Engelmann P.** Factors related to the increasing caesarean section rates for cephalopelvic disproportion. Am J obstet. Gynecol 1986, 154, 1095-1098.
- 20. Enquête démographique et santé MALI II.** EDSM-II de 1995-1996. Page 181.
- 21. Enquête démographique et santé MALI III.** EDSM-III de 2001. Page 183.
- 22. Glorion B.** L'évaluation, une chance pour la médecine Bulletin de l'ordre des médecins février 1992 ; 2 : 1-2 P.
- 23. Haddad H, Lundy.** "Champing indications for caesarean section" "obstet. Gynecol; 1979; 51: 133-137". Deuxième journée d'obstétrique du collège de Gynécologie de BORDEAUX.
- 24. Hongston P., James D.** "Holding back the tide of caesareans" Br Med. J, 1998-297, 1044-1045.
- 25. Journal Gynécologique Obstétrique :** Vol. 29 supplément n°2. novembre 2000 Masson Paris.
- 26. Karounga C :** Césarienne prophylactique versus césarienne d'urgence au CSREF CV. Thèse médecine **2010**
- 27. Maillet R., Schaal J P. Sloukgi J C. et Al.** Comment réduire les taux de césariennes au CHU ? Revue. Fr Gynécol. Obstétrique 1991 ; 86 294-300.
- 28. Mansono A.** "Evolution des indications des césariennes au CHU de Saint-Etienne entre 1984 et 1998" Thèse de Méd. Saint-Etienne 1998, 6229.

29. Marchoux S, FabiaJ. Fréquence et indication des césariennes dans la région du Québec Canada, en 1973 et 1979. Rev Epidém Santé Publ 1983 ; 31 :459-68
30. **Meehan FP.** Cesarean section post, present and wath of the future? of obstet and gynecol 1988;81:223-8
31. **Merchaoui J., Fekih M A., Sfar R.** facteurs influençant la durée d'hospitalisation après une césarienne. Rev Fr. Gynécol. Obstet 1992 ; 1 (92), 17-20.
32. **Merger R. ; Levy K. ; Melchior J.** "précis d'obstétrique" 6^{ème} éd Masson, Paris, 1989 PP ; 697 pages.
33. **Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées.** Cellule nationale de planification. Direction nationale de la santé ; enquête démographique et de santé au Mali 1996-1997.
34. **Nielen T F. ; Hokgard K H.** Caesarean section and intra "operative surgical complications" and obstacle. Gynécol 1983, 146, 8, 911-5.
35. **O'driscol, Foely.** Correlation of decrease in prenatal mortality and in crease in C-section rates, Am. J. obstet. Gynecol 1983, 61, 1.
36. **OMS: Mortalité prénatale.** Récapitulatif des données disponibles communiqués OMS 46, Genève 1996 1-2.
37. **Organisation mondiale de la santé.** Mortalité prénatale de la santé. Mortalité maternelle : soustraire les femmes à l'engrenage fatal. Chronique OMS 1986 : 40 ; 193-202.
38. **Ouedrago C O., Zoungrana T., Dao B., Dujardin B., Koné B.** La césarienne de qualité au centre hospitalier Yalgado OUEDRAGO de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique. Médecine d'Afrique noire 2001 48 (11) : 444.

39. **Pichaud A. Nlomé-nze A R., Kouvahe V. Ondomver.** “Les conditions de césarienne et leur evolution au centre hospitalier de Libreville” Rev. Fr Gynecol. Obstet. 1990 : 8,5 (6) : 393-98.
40. **Populations reports :** “Programme de planification familiale améliorer la qualité” série J. 47 ; 39 pages.
41. **Quenum G., Memadji M., Konan B R., Nigue L., Welffens-Ekrac.** Césarienne de qualité : analyse des facteurs et des déterminants au CHU Ypougon. Revue internationale de sciences médicales Vol. 3. 02.2001. PP. 109-115. Presses Universitaires de Côte d’Ivoire (PUCI).
42. **Racinet C.; Favier M.** « la césarienne : indications, techniques, complications ». Masson Paris 1984, 185 PP.
43. **Rieth Muller D., Schaal J P., Racinet C.; Maillet R.** “La césarienne selon la méthode de Misgav Ladach” Rev. Fr. Gynécol. Obstet 1999 ; 94. 6. 497-499.
44. **Sénégal, PNUD, OMS Université Colombia.** Rapport de la deuxième mission d’identification pour la réduction de la mortalité maternelle au Sénégal réf Sén/89/007 Dakar sept 1989 : 99-100.
45. **Sepoua, yanza MC, Vohitoj, mbary- daba, Siopathium,** intérêt de l’évaluation de la maternité de la pulmonaire foétale par le test des grossesses à risqué élevé. Médecine d’Afrique noire 2000, 47(11) 464-469
46. **Sissoko H.** Complications non infectieuses post-césariennes immédiates au CSREF CV thèse de Médecine Bamako Mali 2006 M-247.
47. **Sureau C.** « fait-on trop de césariennes » ? Rev. Prat 1990 ; (40) ; 24 : PP. 2270-2272.

48. **Tégueté I.** : « Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital National du Point G de 1991 à 1993 (à propos d'une étude cas témoins de 1544 cas). Thèse de Méd, Bamako (Mali) 1996 M. 17.
49. Thoulon J M. : « les césariennes » Encryl. Méd. Chir Obstet, 5102. A-10.
50. **Tissot G F., Mouy L., Aagniel F, A., Reverdy M E., Miellet C C., Udra P., et al.** "Infection hospitalière en maternité : trois années de surveillance portant sur 9204 accouchements dont 1333 césariennes". J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod, 1990 ; 19, (1) PP. 19-24.
51. **Togora M.** « étude qualitative de la césarienne au CSRéf CV du District de Bamako de 2000-2002 (à propos de 2883 cas). Thèse Méd ; Bamako (Mali) 2004 M. 44.
52. **Traoré A I** : Césariennes prophylactiques au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse de Médecine Mali 2009.
53. **Traoré L** : La césarienne : pronostic materno-fœtal au CSRéf de San. Thèse de Médecine Mali 2008 M-304.
54. **Treguer J., Bellier G., Gossingar A.** : « 390 cas césariennes en 2 ans à la maternité de N'Djamena », Rev Fr. Gynécol. Obstet 1991 ; 86 : 294-300.
55. **Volkaer R., Barrat J., Bossarth H. et coll.** "disproportion fœto-pelvienne. La grossesse et l'accouchement dystocique". Traité d'obstétrique II, Masson 1985 ; 427-457.
56. **Wagner M.** "une épidémie de naissances par césariennes (OMS) ". In journée de la fédération nationale des associations de sages-femmes. Paris 18-20 mars 1987. Les dossiers d'obstétriques 1987, 143, 3-4.
57. **Word Health Organisation.** Covernage of maternity care: a jesting of valable information. 4ème edition. WHO/RHT; MSM, 1997; 96: 10-9.

- 58. Yaro K.** “Etude comparative de la qualité des soins au niveau de la maternité entre CSCOM et service socio-sanitaire de la commune VI du District de Bamako”. Thèse de Médecine, Bamako 1997-97-M-12. 101 pages.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénoms : AMINATA B

Titre : Césarienne prophylactique dans le service de gynécologie - Obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Année universitaire : 2011-2012

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Faculté de médecine de Pharmacie d'Odonto-Stomatologie

Secteur d'intérêt : Obstétrique

Résumé de la thèse :

Nous avons mené une étude prospective, transversale et descriptive portant sur la césarienne prophylactique de la période allant de 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2010 au CSRef de la commune V du district de BAMAKO.

La fréquence de la césarienne prophylactique a été de 3,1%

La tranche d'âge de 20-34 ans a représenté 71,7% de notre série.

Les âges extrêmes de 14 et 41ans.

Les gestantes non instruites ont représenté 78% de l'échantillon. Elles étaient sans profession dans 28,6% des cas ; 65,2% d'entre elles relevaient de la référence interne et 36,3% avaient réalisé 4CPN.

L'essentiel des indications de césarienne prophylactique étaient dominées par les viciations pelviennes avec 22,1% pour les bassins généralement rétrécis et 21,7% pour les bassins limites avec utérus cicatriciel.

L'indication pour utérus bicatriciel était de 20,2%.

Le pronostic maternel et foetal était nettement meilleur.

Les mots clés : Césarienne Prophylactique, Pronostic.

CESARIENNE PROPHYLACTIQUE

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1 : Localité : Bamako

Q2 : Structure : Centre de référence de la commune V

Q3. Dossier n° :

Q4. Date d'entrée...../...../.....heure :

Q5. Nom et prénom :

Q6. Age :

Q7. Ethnie :

Q8. Adresse (domicile/résidence)

Q9. Statut matrimonial :

1) Mariée.....

2) Célibataire.....

Q10. Niveau d'instruction :

1) Non instruite.....

2) Primaire.....

 Secondaire.....

3) Supérieur.....

Q11. Profession :

1) Sans profession.....

2) Elève ou étudiante.....

3) commerçant.....

5) Autres à préciser

Q12. Procréateur :

- 1) Age :
- 2) Adresse :
- 3) Profession :
- 4) Niveau d'instruction :

II. ADMISSION :

- 1) Evacuée
- 2) Référée
- 3) Venue d'elle-même

Q13. Provenance : Q14 Motif d'admission :

III. ANTECEDENTS :

Q15. MEDICAUX :

1) FAMILIAUX :

- a) HTA
- b) Diabète
- c) Drépanocytose
- d) Aucun
- e) Autres

Si autres, Préciser

2) PERSONNELS :

- a) HTA
- b) Asthme

c) Drépanocytose

d) Mort intra-partum

e) Morts-néonataux

f) Aucun

g) Autre

Si autre, préciser.....

Q16. CHIRURGICAUX :.....

.....

a) cure de myomectomie

b) Cure de fistule vésico-vaginale

c) Cure de prolapsus par voie basse

d) Salpingectomie

e) Plastie tubaire

f) Première césarienne

Indication.....

g) Deuxième césarienne

Indication.....

h) Troisième césarienne et plus
Indication.....

i) Autre

Si autre, préciser.....

Q16. GYNECOLOGIQUES :

a) Stérilité primaire

b) Stérilité secondaire

c) Autres

A préciser :.....

Q17.OBSTETRICAUX :

a) Gestité

b) Parité

c) Avortement

d) Mort né(s)

e) Traitement pour stérilité : Oui Non

f) Césarienne antérieure

Nombre :.....

Date :.....

Indication :.....

g) Intervalle inter génésique :

IV. GROSSESSE ACTUELLE :

Q18. DDR :

Q19. AG :

Q20. DPA :

Q21. CPN :

a) Nombre :.....

b) Auteurs.....

c) Lieu.....

Q22. VAT : (nombre)

Q23.BPN : Oui Non

NB : Il faut absolument comme BPN : un test d'Emmel, groupe Rhésus, sérologie VIH, NFS ou taux d'hémoglobine. Sérologie syphilis

Q24. Echographie obstétricale faite : Oui Non

Si oui, préciser le nombre, la date, la conclusion :

.....
.....
..... ;

Q25. Pathologies au cours de la grossesse :

.....
.....

Q27. Prophylaxie à la SP : Oui Non

Q28. Supplémentation en fer / acide folique Oui Non

Q29. Rupture de la poche des eaux : Oui Non

Si oui, préciser la date de la rupture :

V. EXAMEN PHYSIQUE :

1. EXAMEN GENERAL :

Q30. TA(en mm hg)

Q31. Température (en degré Celsius)

Q32. FR (cycle / mn) :

Q33. Poids (en kg)

Q34. Taille (en m)

Q35 .Pouls (pulsation/mn)

Q36. Muqueuses : bien colorées Moyennement colorées

Pâles Ictériques

Q37. Présence d'œdème : Oui Non

2. EXAMEN OBSTETRICAL :

Q38. Présence de cicatrice : Oui Non

Q39. Axe de l'utérus : Longitudinal Transversale Oblique

Q40. HU (en cm) :

Q41. Position du dos : à droite à gauche

Q42. BDCF : Oui Non

Si oui, donner la fréquence de battement/ mn

Q43. BDCF : réguliers irréguliers

Q44. Présentation : Céphalique Transversale Siège

Q45. ASPECT DU COL AU TOUCHER VAGINALE :

a) Consistance : Ramolli ferme Dure

b) Position : Antérieur Postérieur Central

c) Longueur (en cm) :

Q46. Engagement de la présentation Oui Non

Si oui, donner le degré d'engagement

Q47. Poche des eaux : intacte rompue

Q48. Si oui, donner la date et l'heure de rupture.....

.....
.....

Q49. Liquide amniotique : Clair Méconial Sanguinolent

Q50. Bassin : Norma Limite rétréci

Asymétrie sévère Immature BGR

Autre

Si autre, préciser

VI CESARIENNES

Q51. Bilan pré opératoire fait Oui Non

Si non pourquoi

Q52. Consultation pré anesthésique faite Oui Non

Si non pourquoi ?.....

Q53.INDICATIONS :

1) Dystocie osseuse

Si oui, préciser la cause :

.....

a) Bassin limite sur l'utérus cicatriciel

b) Bassin asymétrique

c) Bassin généralement rétréci

d) Bassin de traitement orthopédique

2) Présentation anormale : Oui Non

Si oui, le type :

a) Transversale

b) Siège

3) pathologie fœto maternelle

- a) macrosomie fœtale
- b) placenta prævia central
- c) Souffrance fœtal chronique

4) Pathologie maternelle

- a) Cardiopathie
- b) hémoglobinopathie
- c) diabète non équilibré
- d) HTA/ pré éclampsie

5) autres à préciser.....

.....

Q54. Durée d'extraction.....

Q55. Durée de l'intervention.....

Q56. Retard de la césarienne Oui Non

Si oui, préciser, le motif du retard.....

Autre..... Si autre,
préciser.....

Q57. Type d'incision cutanée

1) Médiane sous ombilicale

2) Transversale

a) Joël Cohen :

b) Pfannenstiel :

Q58. **Type d'hystérotomie** :

1) Segmentaire transversale

- 2) Segmentaire verticale
- 3) Corporéale
- 4) Corporéo-segmentaire (segment corporéale)

Q59. Geste associée à la césarienne :

Q60. Qualification de l'opérateur :

Q61. Type d'anesthésie :

- 1) Anesthésie générale
- 2) Anesthésie loco-régionale

Q62. Qualification de l'anesthésiste :

Q63. Incidents et accidents : Oui Non

Si oui, préciser

Q64. Transfusion : Oui Non

Si oui, nombre d'unité

VII. NOUVEAU-NE

Q65. Nombre de fœtus :

Q66. Sexe : masculin féminin

Q67. Vivant : Oui Non Décédé

Si oui, donner l'Apgar à la 1^{ère} mn :et à la 5^{ème} mn

Q68. Réanimé : Oui Non

Q69. Mesures anthropométriques :

Poids (en g) : Taille(en cm) : PC (en cm)

PT (en cm) :

Q70. Transféré en pédiatrie : Oui Non

Si oui, donner : a) le motif de référence :

b) la durée du séjour : en pédiatrie.....

c) L'évolution : favorable décédé

Q71. Malformation : Oui Non

Si oui, préciser

.....

VIII. EVOLUTION

Q72. SUITES : Simples Compliquées Décès

Préciser le type de complications :

1) Hémorragie :

a) hémorragie interne

b) hémorragie externe

2) Infectieuses :

a) Suppuration pariétale

b) Endométrite

c) Péritonite/Pelvipéritonite

d) Septicémie

3) Thrombo-emboliques : Oui Non

4) Urinaire :

a) blessure de la vessie

b) fistule urinaire

5) Anesthésiologiques : Oui Non

Si oui préciser..... 6) Autres complications : Oui Non

Si oui, préciser.....

7) Si décès préciser la cause.....

Q73.Traitement :.....

- 1) Antibiothérapie : mono Bi Triple
- 2) antibioprophylaxie
- 3) transfusion sanguine
- 4) thérapie martiale
- 5) autre

Si autre, préciser.....

.....

Q74. DUREE D'HOSPITALISATION

IX. PROFIL PSYCHOLOGIQUE

Il y-a-il eu un avis non favorable à la réalisation de la césarienne.

Si oui, pourquoi.....

Q75. Ressentiment à l'annonce de la césarienne :

- a) Crainte de la mort
- b) Crainte de la douleur
- c) Autre

Si autre, préciser.....

Q76. Ya-t-il eu préparation à ce mode d'accouchement : Oui Non

Q77. La patiente est -elle satisfaite de la césarienne : Oui

Non

Si non Pourquoi.....