

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



U.S.T.T-B

Université des Sciences
des Techniques et des Technologies
de Bamako (USTTB)



Faculté de Médecine et d'Odonto-
stomatologie (FMOS)

Année universitaire : 2019 - 2020

Thèse N °.....

TITRE

**ASPECTS EPIDEMIO-CLINIQUES ET
PRONOSTIC MATERNO FŒTAL DE LA CESARIENNE
PROPHYLACTIQUE VERSUS CESARIENNE
D'URGENCE AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE
BAMAKO**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 20/11/2020 devant le
jury de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : **M. Fatoumata KANE**

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

JURY :

PRESIDENT : Pr Broulaye SAMAKE
MEMBRES : Dr Belco MAIGA
: Dr Seydou FANE
CO-DIRECTEUR : Dr Bakary Abou TRAORE
DIRECTEUR : Pr Youssouf TRAORE

DEDICACES

Je rends grâce

A Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, Celui qui par lui-même subsiste ;

C'est par votre miséricorde que ce travail est ce qu'il est aujourd'hui. Ainsi s'il devait me conduire à soigner les humains, au succès et à la gloire un jour, faites-en sorte que je reste moi-même, humaine, humble et compatissante avec les hommes, que je sois protégée contre mon propre mal et le mal des autres.

Au prophète Mohamed, paix et salut sur lui, sur sa famille, ses compagnons et tous ceux qui lui suivent jusqu'au jour de la résurrection ;

Puisse votre lumière éclairer et guider nos pas.

A mon père : Lassana

Papa, merci de m'avoir soutenu dans tout ce que j'ai entrepris, je n'y serai jamais arrivée sans toi. Tu as été l'initiateur de ce travail car tu as guidé mes premiers pas vers l'école. Homme modeste, humble, l'admiration que j'ai pour toi est sans limite.

Que le tout puissant vous donne une longue vie et bonne santé.

A mes mères : Djeneba DIALLO et Mariam OUATTARA

Mères courageuses, optimistes, généreuses, tolérantes, combattantes des causes d'autrui, ce travail est le fruit de vos efforts.

Aucune dédicace ne saurait traduire la profondeur des sentiments d'affection, d'amour et d'estime que je vous porte. Sans votre présence, vos encouragements, votre patience et vos énormes sacrifices je n'aurai jamais pu arriver à ce jour mémorable. Que ce travail soit le fruit de l'affection et de la bienveillance que vous avez consenti pour mon éducation et ma formation.

Puisse Dieu vous prêter santé, bonheur et longue vie pour que vous demeuriez le flambeau illuminant ma vie.

A ma sœur : Wassa

Tu as été pour moi à la fois une mère et une sœur. Tu as tout sacrifié pour mon instruction et mon éducation.

Sœur infatigable, tes conseils, ton soutien et ton amour ne m'ont jamais manqué dans n'importe quelle circonstance.

Ce modeste travail n'est que le couronnement de tes bénédictions. Que le tout puissant veille sur toi.

A mon époux : Soumaila DOUCARA

Qui partage ma vie et qui la rend toujours plus belle, sans qui cette thèse n'aurait jamais pu aboutir. Merci d'avoir tenu le coup, merci de tout faire pour me rendre heureuse. J'ai une chance infinie de t'avoir à mes côtés.

Je t'aime plus que tout au monde et je laisse le soin au tout puissant de te combler de sa grâce et miséricorde.

A mon fils : Moustaph DOUCARA

Tu es mon espoir et la lumière qui illumine ma vie.

Puisse Dieu te prêter longue vie.

A mon beau-frère : Sékou COULIBALY

Je te dédie cette thèse en témoignage de gratitude, d'estime et d'attachement.

Puisse Dieu vous accorder santé, longue vie et prospérité.

A mes sœurs et frères : Aicha, Assan, Nana, Oumou et Modibo

Veillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration et toute ma gratitude, de mon affection la plus sincère et de mon attachement le plus profond.

Vous occuperiez à jamais une place particulière dans mon cœur, que notre fraternité dure à jamais.

A mes neveux et nièces :

Que le tout puissant vous prête longue vie.

REMERCIEMENTS

A mes amies : Oumou Loulou CISSE et Coumba LY

En témoignage de l'amitié qui nous uni et les souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce travail et vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.

A tous mes camarades de la FMOS : Fanta KALAPO, Faty HAIDARA, Aminata KONE, Assetou SAMAKE, Aminata HAIDARA, Adama NIARE et Yacoub KONE.

Vos encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Recevez ce travail en souvenir des nuits blanches passées ensemble au labeur. Merci mes chers pour tout.

A mes chers maîtres du service de Gynéco-Obstétrique de la CII :

Dr Seydou Z DAO, Dr Bakary A TRAORE, Dr Sakoba KONATE, Dr Etienne TOGO.

Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au Long de ma formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de Longévité, et de réussite dans toutes vos entreprises.

A mes aînés du service de gynéco-obstétrique du CS Réf de la CII

Dr Traoré Daouda, Dr Konaré Alfousseiny, Dr Sidibé Kassoum, Dr Traoré Tidiane, Dr Mariko Fatoumata, DR Vivor Gérard, Dr Diabaté Salifou, Dr Dembélé Bakary dit Django, Dr Sacko Mohamed, Dr Koné Kalilou, Dr Sarré Mamadou, Dr Dembélé Ibrahim.

Merci pour vos conseils et vos encouragements.

Au médecin chef du CS Réf II et aux médecins directeurs des CSCOM de la CII

Merci de m'avoir accueilli dans vos services et permis la réalisation de ce travail.

A tout le personnel du CS Réf de la CII.

A tous mes collègues internes du CS Réf II :

Bakary KONE, Amadou BORE, Mamadou TRAORE, Oumar DAO, Charles S KONE, Ibrahima DABO, Barthélémy DIARRA, Aziz TOGO, Téné SAMAKE, Lassine COULIBALY, Oumar CAMARA.

Merci pour l'esprit d'équipe et de collaboration franche.

Aux aînés qui m'ont précédé dans l'équipe et qui sont aujourd'hui

Médecins : Brehima SANGARE, Mamoudou SISSOKO, Youssouf CAMARA et Amadou DEMBELE.

Merci pour la qualité du conseil et de l'enseignement que j'ai reçu auprès de vous.

Au Mali : pour tes efforts consentis : éducation, formation, nous te servirons avec amour, loyauté et patriotisme.

A tous ceux de près ou de loin qui m'ont apporté soutien et amour dans l'élaboration de ce travail si modeste soit-il.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE JURY :

Pr Broulaye Massaoule SAMAKE

- **Maitre de conférences agrégé d'anesthésie réanimation,**
- **Chef de service du service d'anesthésie réanimation du CHU Gabriel TOURE,**
- **Spécialiste en anesthésie réanimation,**
- **Membre de la société d'anesthésie réanimation et de médecine d'urgence du Mali (SARMU Mali),**
- **Membre de la société d'anesthésie réanimation de l'Afrique noire francophone (SARANF),**
- **Membre de la société Française d'Anesthésie Réanimation (SFAR).**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Vos admirables qualités scientifiques, sociales et morales et votre simplicité font de vous un Maître respecté de tous. Votre rigueur scientifique, votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître exemplaire et témoin aussi de l'importance que vous attachez à la formation. Vos nombreuses tâches ne vous ont pas empêché d'apporter votre contribution à ce modeste travail.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Belco MAIGA

- **Maître assistant de pédiatrie à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie,**
- **Chef de service des urgences pédiatriques et de réanimation au CHU Gabriel Touré,**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.**

Cher maître,

C'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre modestie et votre intérêt pour le travail bien fait font de vous un maître admirable apprécié par tous. Soyez rassurer de notre reconnaissance la plus profonde.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Docteur Seydou FANE

- **Praticien hospitalier au service de Gynécologie-obstétrique au CHU Gabriel Touré,**
- **Maitre-Assistant de gynécologie obstétrique à la faculté de médecine et d'odontostomatologie,**
- **Diplômé d'un Master II en santé publique.**

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres du jury, pour juger ce travail.

Nous avons été émerveillés par votre amour pour le travail bien fait. Votre rigueur dans la démarche médicale, vos conseils et votre disponibilité ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail.

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

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE,

Dr Bakary Abou TRAORE

- **Praticien hospitalier,**
- **Gynécologue Obstétricien au Centre de Santé de Référence de la**

Commune II.

Cher maître,

Vous nous faites un insigne honneur en acceptant de siéger ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre disponibilité, votre souci du travail bien fait, votre abord facile, vos qualités humaines ont forcé notre admiration.

Cher maitre, veuillez accepter nos humbles remerciements et trouvez ici l'expression de notre reconnaissance et notre plus grand respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Pr Youssef TRAORE

- **Professeur Titulaire de Gynécologie Obstétrique à la FMOS,**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE,**
- **Président de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO),**
- **Modérateur National et Expert sur la PTME au Mali,**
- **Titulaire d'un Diplôme Universitaire « Méthode de Recherche Clinique et Epidémiologie » de Bordeaux II,**
- **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA),**
- **Enseignant chercheur.**

Cher Maître,

Tout le plaisir est pour nous de vous avoir comme directeur de cette thèse.

Malgré vos multiples responsabilités, vous avez accepté sans réserve de diriger ce travail.

Vos qualités humaines et intellectuelles, votre amour pour la gynécologie-obstétrique, vos compétences professionnelles et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence.

ABREVIATION ET SIGLE

ATCD : antécédents

BDCF : bruit du cœur fœtal

BGR : bassin généralement rétréci

BPO : bilan préopératoire

CM : centimètre

CPN : consultation prénatale

CSCOM : centre de santé communautaire

CS Réf II : centre de santé de référence de la commune II

DES : diplôme d'étude de spécialisation

FMOS : faculté de médecine et d'odontostomatologie

FRV : fistule recto vaginale

FVV : fistule vésico-vaginale

Gr : gramme

HTA : hypertension artérielle

HU : hauteur utérine

IC : intervalle de confiance

IIG : intervalle inter génésique

L : litre

LRT : ligature et résection des trompes

MMHG : millimètre de mercure

MOMA : morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest

NB : nota benné

OR : ordre ratio

P : signification des tests

PF : planning familial

PTME : prévention de la transmission mère-enfant du VIH

SA : semaine d'aménorrhée

SAGO : société africaine de gynécologie obstétrique

TA : tension artérielle

TC : temps de coagulation

TS : temps de saignement

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

USAC : unité de soins d'accompagnements et de conseil

VIP : very important person

SOMMAIRE

I.INTRODUCTION.....	1
II.OBJECTIFS.....	3
III. GENERALITES.....	4
IV. METHODOLOGIE.....	28
V. RESULTATS	37
VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	52
VII.CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	57
VIII.REFERENCES.....	59
IX.ANNEXES.....	63

I-INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine du temps fait courir à la femme un risque mortel déclarait Rivière en 1959 [1]. Cette assertion de Rivière reste toujours d'actualité dans nos pays. Ce risque qui hante chaque obstétricien est de plus en plus dissipé par les recherches scientifiques qui débouchent sur les meilleures voies pour une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement

L'opération césarienne réalise un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale, après céliotomie. Elle permet d'améliorer le pronostic maternel et fœtal dans certaines circonstances.

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 élective [2].

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.

Dans ces dernières années, les indications de la césarienne ont évolué entraînant une augmentation constante de sa fréquence. Cette augmentation de fréquence est liée au souci de l'accoucheur de faire naître le nouveau-né dans le meilleur état possible et une mère en bonne santé [3].

Toutefois ces indications doivent être médicalement justifiées car la césarienne elle-même n'est pas dénuée de risque même dans les pays développés.

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 et culturels) interviennent dans le pronostic final de la césarienne comme le démontrent les travaux de Traoré A I [4].

Les taux de césarienne rapportés par la littérature sont de 17-23% en France, 15,8% en grande Bretagne, 35,43% aux États-Unis [4].

En Afrique la fréquence est de 2,3% au Burkina Faso, 5,6% au Sénégal, 5,4% au Bénin et 2,7% au Mali [5].

Dans de nombreux pays africains particulièrement au Mali la faible couverture sanitaire et le faible taux de surveillance prénatale n'améliorent guère le pronostic maternel et fœtal.

Selon EDSM-VI 2018, 325 décès pour 100.000 naissances vivantes ont été enregistrées au Mali. [6]

Beaucoup de parturientes césarisées en urgence devraient bénéficier de la césarienne prophylactique, ce qui les expose à un risque de morbidité et mortalité materno-fœtales.

A ce jour, aucune étude n'a encore été menée pour apprécier le pronostic maternel et fœtal entre la césarienne d'urgence et la césarienne prophylactique au centre de santé de référence de la commune II ce qui justifie ce présent travail.

Ainsi nous nous sommes assignés les objectifs suivants :

II.OBJECTIFS

1-Général :

-Etudier le pronostic materno-fœtal de la césarienne prophylactique versus césarienne d'urgence dans l'unité de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

2-Spécifiques :

- 1-Determiner les fréquences des césariennes prophylactique et d'urgence ;
- 2-Préciser les indications de césarienne prophylactique et d'urgence ;
- 3-Déterminer l'influence de la qualité du suivi prénatal dans les deux types de césarienne ;
- 4-Décrire le pronostic maternel et fœtal dans la césarienne prophylactique versus césarienne d'urgence.

III- 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 [7].

La césarienne prophylactique encore appelée césarienne programmée ou césarienne électorale est décidée avant l'entrée en travail. Elle s'oppose à la césarienne faite au cours du travail souvent imprévu et parfois à caractère d'urgence.

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 couper.

Malgré le rapprochement qu'on puisse faire entre son nom et la césarienne, Jules César ne serait pas né de cette façon, sa mère 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 comoreo'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 totale 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'hystérorraphie 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- RAPPEL ANATOMIQUE : [8]

Deux éléments sont importants à signaler, Il s'agit de :

- **L'utérus gravide**
- **La filière pelvi-génitale**

2-1- Utérus gravide :

Au cours de la grossesse l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

L'utérus gravide à terme est un muscle creux de forme ovoïde faisant environ 30 à 32 cm de long sur 20 à 25 cm de large.

Du point de vue anatomique, l'utérus gravide comprend trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe, dans les derniers mois, une portion propre à la gravidité : le segment inférieur (figure.1).

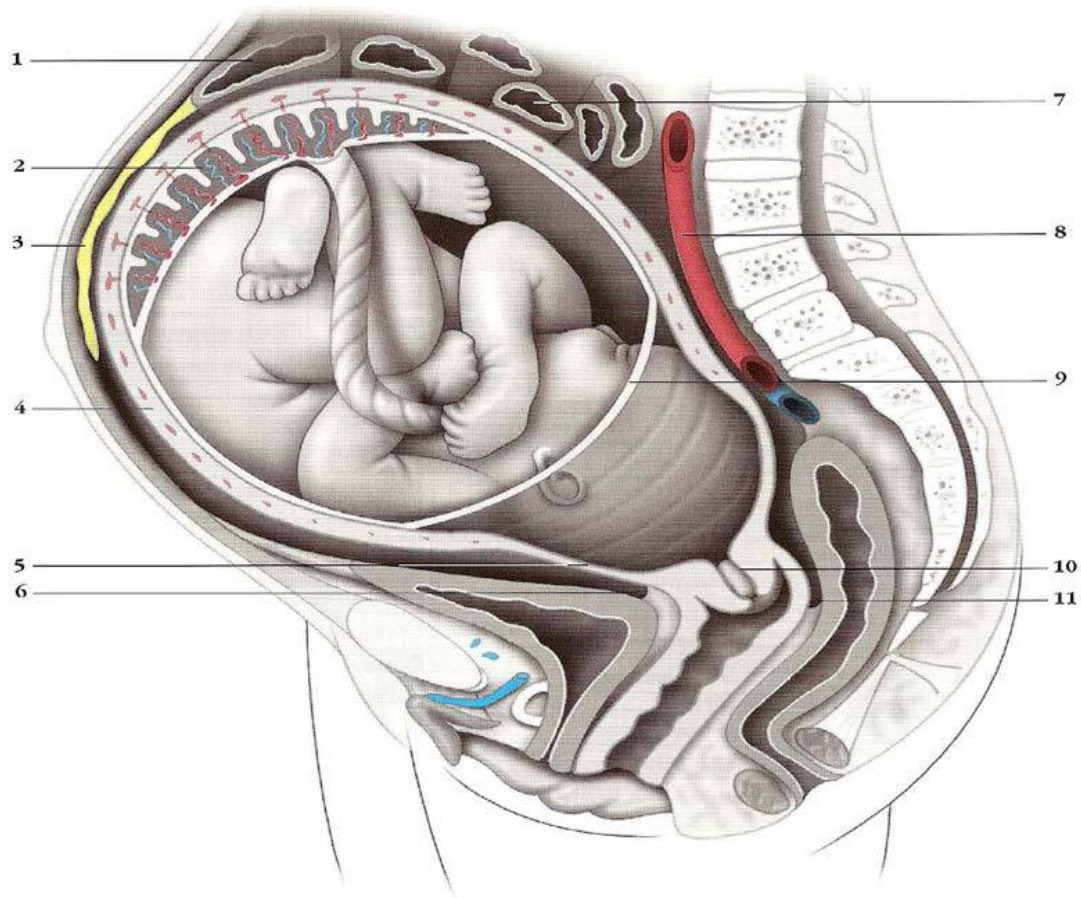


Fig. 15.1. Utérus gravide et son conceptus (coupe sagittale).

- | | | |
|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. côlon transverse | 5. segment inférieur | 9. membranes choriales |
| 2. placenta | 6. cul-de-sac vésico-utérin | 10. col utérin |
| 3. grand omentum | 7. intestin grêle | 11. cul-de-sac recto-utérin |
| 4. corps utérin | 8. aorte abdominale | |

Figure. 1 : Utérus gravide et son conceptus (coupe sagittale) [8]

2-1-1- Corps de l'utérus :

L'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée. L'augmentation est due à l'hypertrophie des éléments musculaires, par hyperplasie des éléments existants et métaplasie à partir des histiocytes, puis à la distension des parois utérines par l'œuf (figure.2).

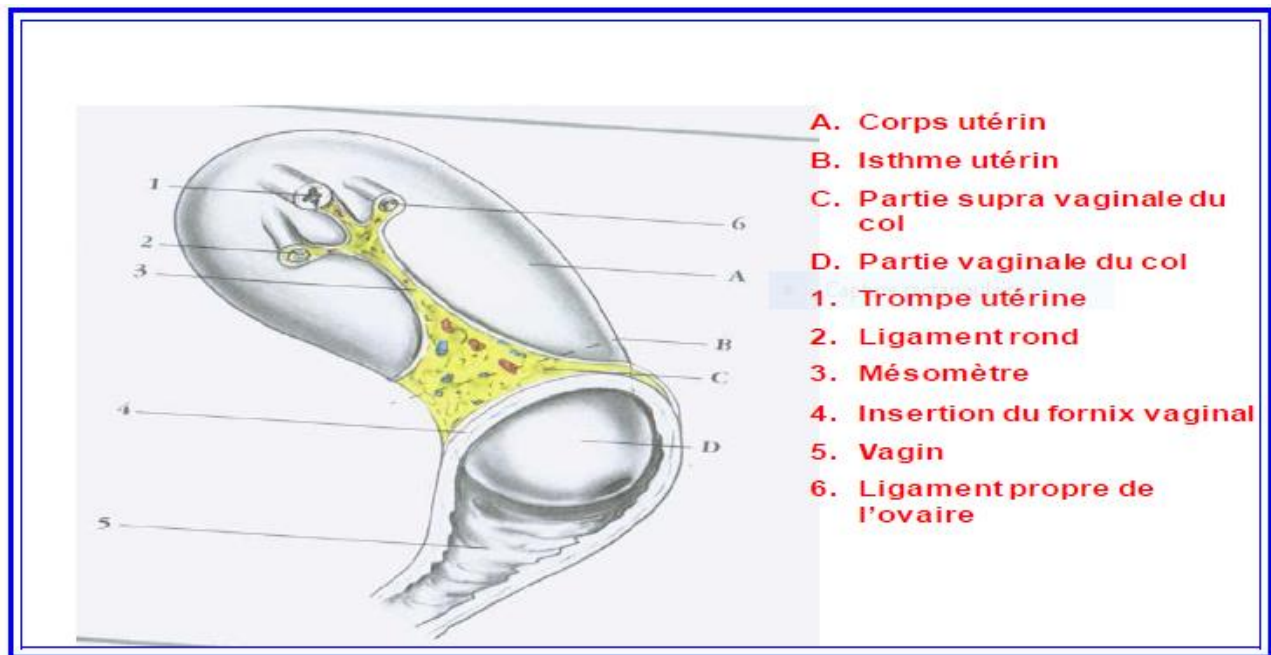


Figure.2 Rappels anatomiques : Utérus (vue latérale) [8] l'ovaire

Cors de l'utérus	Hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6-8 cm	4-5 cm
A la fin du 3 ^e mois	13 cm	10 cm
A la fin du 6 ^e mois	24 cm	16 cm
A terme	32 cm	22 cm

- ✓ **Le poids** : L'utérus non gravide pèse environ **50 g**, à terme son poids varie de **900 à 1200 g**.
- ✓ **La capacité** : La capacité de l'utérus non gravide est de **2 à 3 ml**, et à terme, elle est de **4 à 5 L**.
- ✓ **Épaisseur des parois** : Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient, puis s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe.

A terme, leurs épaisseurs sont de **8 à 10 mm** au niveau du fond, de **5 à 7 mm** au niveau du corps. Après accouchement, elles se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.

- ✓ **Consistance** : L'utérus non gravide est fermé, il se ramollit pendant la grossesse.
- ✓ **Situation** : Pelvien pendant les premières semaines de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du deuxième mois.
- ✓ **Direction** : Au début de la grossesse, l'utérus conserve ou même accentue son antéversion ; puis il s'élève dans l'abdomen.

A terme, la direction de l'utérus dans le sens antéropostérieur dépend de la paroi abdominale.

Sur la femme debout, l'axe de l'utérus est sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur si la paroi abdominale est résistante (primipare). Quand la paroi est flasque (multipare), l'utérus se place en antéversion.

Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline en général du côté droit (76% des cas), plus rarement à gauche.

L'utérus subit un mouvement de rotation sur son axe vertical, de gauche à droite, qui oriente sa face antérieure en avant et à droite.

- ✓ **Rapports** : Au début de la grossesse, les rapports de l'utérus encore pelvien sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse.

A terme, l'utérus est abdominal :

- **En avant**, sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la femme indemne d'opération abdominale. Dans sa partie inférieure, elle entre en rapport avec la vessie lorsqu'elle est pleine ;
- **En arrière**, l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte, avec les muscles du psoas croisés par les uretères, avec une partie des anses grêles ;
- **En haut**, le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière.

- **À droite** il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire ;
- ❖ Le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le caecum et le colon ascendant ;
- ❖ Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au colon descendant.
- ✓ **Structure** : L'utérus comporte trois tuniques : de l'extérieur vers l'intérieur : **la séreuse, la musculuse et la muqueuse.**

2-1-2- Segment inférieur :

C'est la partie basse et mince de l'utérus gravide, située entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois. Son origine, ses limites, sa structure ont donné lieu à des discussions byzantines, dans lesquelles on ne s'engagera pas. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

- ✓ **Forme** : Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure : caractère important, puisque c'est sur la paroi antérieure que porte l'incision de la césarienne segmentaire.
- ✓ **Situation** : Le segment inférieur occupe, au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.
- ✓ **Caractères** : Son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4 mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe intimement la présentation, circonstance réalisée au maximum dans la présentation du sommet engagée. C'est à dire que la minceur du segment inférieur, est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment inférieur, appréciée par la clinique, est donc un élément favorable de pronostic de l'accouchement.

✓ **Limites** : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, bien visible après l'hystérotomie lors de l'opération césarienne pratiquée avant le travail. La limite supérieure est marquée par le changement de l'épaisseur de la paroi : c'est la partie corporelle. Cet épaissement donne l'impression d'un anneau musculaire, surtout au moment de la contraction et plus encore après l'expulsion du fœtus.

✓ **Rapports** :

- **En avant** il est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhère au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale de la cicatrice utérine dans la césarienne segmentaire. Le péritoine, après avoir formé le cul de sac vésico-utérin, tapisse la face postérieure de la vessie, puis devient pariétal, doublant la paroi abdominale antérieure.

La vessie même vide, est toujours au-dessus du pubis, rapport à connaître lors de l'incision du péritoine pariétal.

- **Latéralement**, la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère.

- **En arrière**, le profond cul-de-sac de Douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.

✓ **Structure** : Le segment inférieur est formé essentiellement de fibres conjonctives et élastiques, la musculature est très mince, faite d'une quinzaine de couches musculaires. C'est au niveau du segment inférieur que doit se faire l'incision antérieure de l'utérus lors de la césarienne.

2-1-3- Le col de l'utérus :

Contrairement au corps, il se modifie peu pendant la grossesse.

Il subit des modifications liées à l'imbibition gravidique ; le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse.

2-1-4- Vascolarisation de l'utérus gravide : (fig.3)

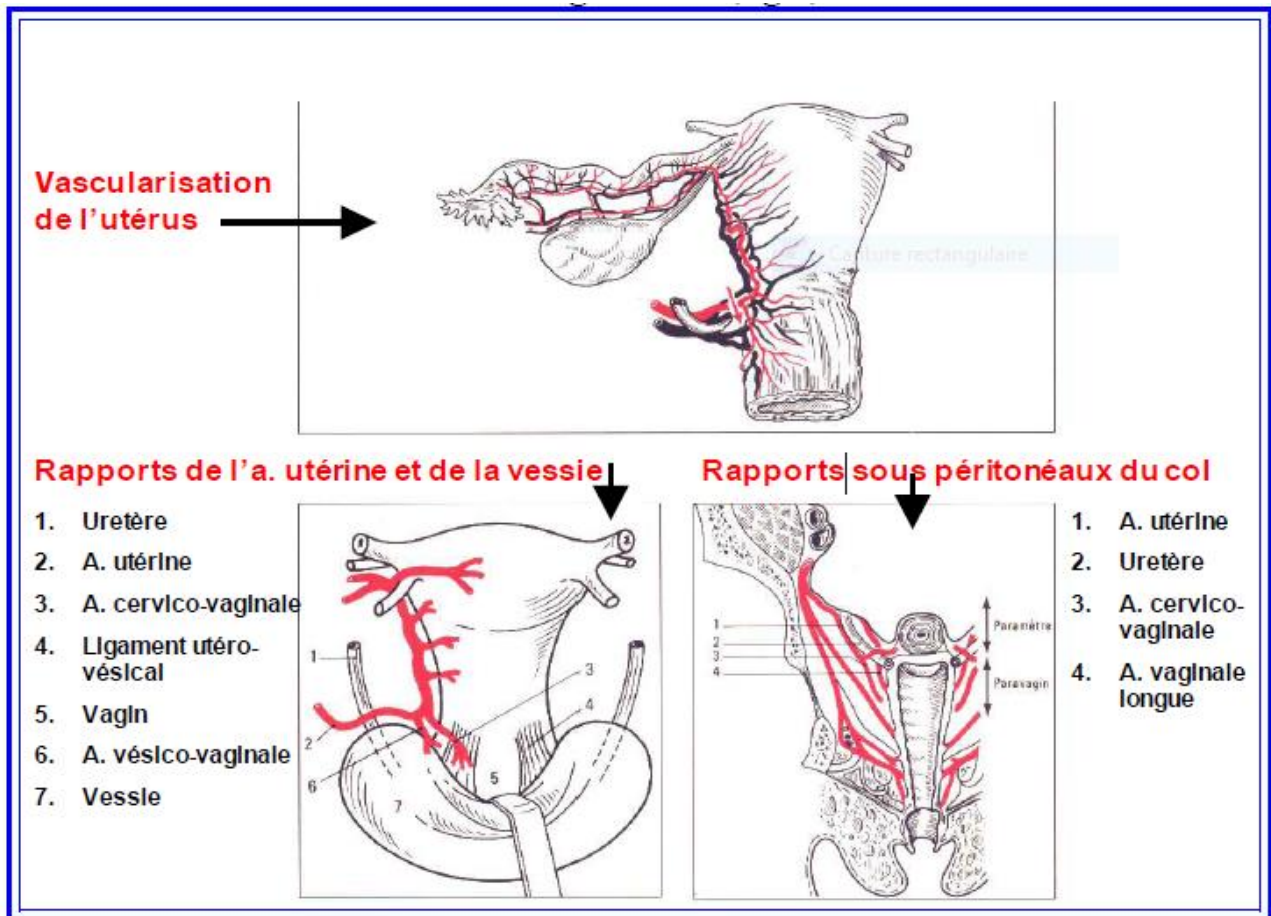


Figure.3 Vaisseaux de l'utérus et rapport du col de l'utérus [10] l'utérus

✓ Les artères :

L'artère utérine prend son origine le plus souvent de l'artère hypogastrique (artère iliaque interne) ; la branche utérine augmente de longueur tout en restant flexueuse ; anastomosée entre elle de chaque côté mais non avec celle du côté opposé. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexiforme, deviennent rectilignes s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire.

Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui bifurquent pour donner une branche antérieure et une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur.

✓ Les veines :

Considérablement développées, elles forment les gros troncs veineux latéro-utérins qui collectent les branches corporelles réduites à leur endothélium à l'intérieur de la

couche plexiforme, soumises ainsi à la rétractilité des anneaux musculaires après la délivrance.

✓ **Les lymphatiques :**

Nombreux et hypertrophiés, Les lymphatiques forment trois réseaux : muqueux, musculaire, et sous séreux.

2-1-5- Innervation de l'utérus gravide :

L'innervation de l'utérus gravide est assurée par :

- Les ganglions semi-lunaires ;
- Le plexus mésentérique ;
- Le nerf pré sacré ;
- Le filet provenant du plexus hémorroïdal supérieur ;
- Les ganglions sympathiques lombaires ;
- Les ganglions sympathiques sacrés ;
- Le plexus hypogastrique inférieur et ;
- Les racines sacrées.

2-2- Le bassin : canal pelvi-génital

Il comprend le bassin osseux et le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée.

2-2-1- Le bassin osseux : (fig.4)

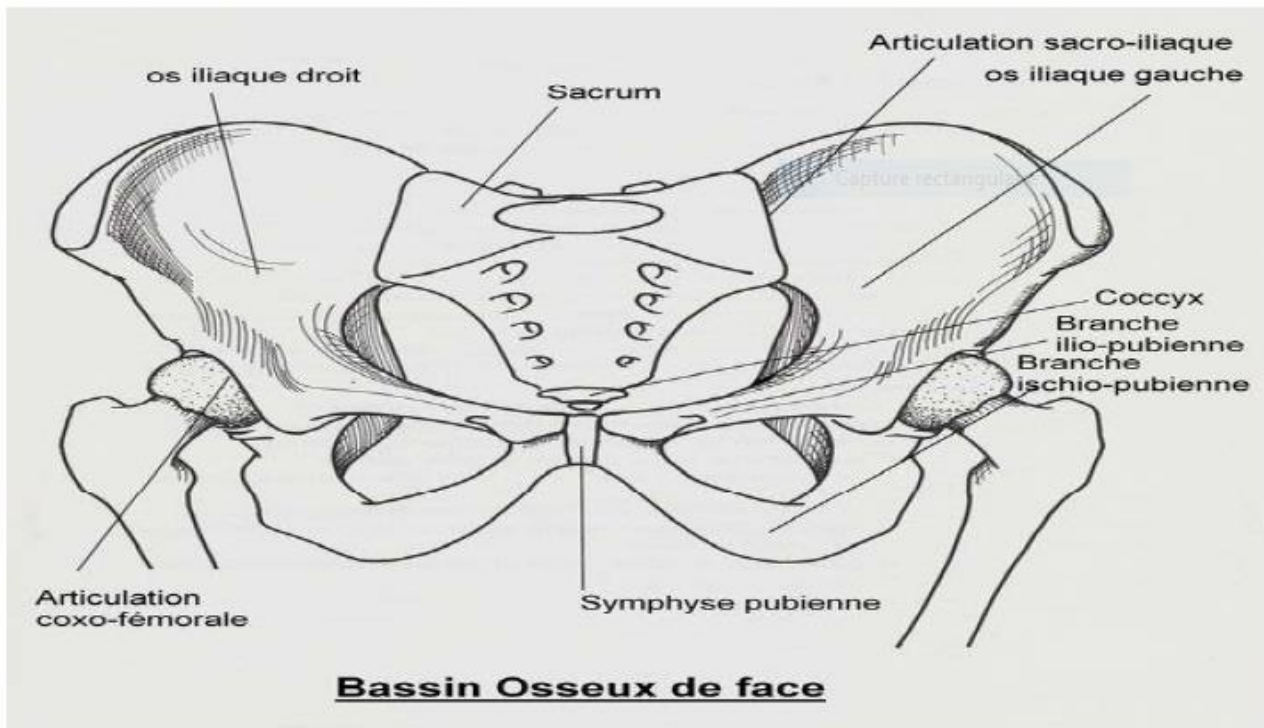


Figure.4 : Bassin osseux de face [10]

C'est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels elle s'appuie. Il est formé par la réunion de quatre os :

- ✓ **En avant et latéralement**, par les deux os iliaques ;
- ✓ **En arrière**, par le sacrum et le coccyx.

Ces os sont unis entre eux par quatre articulations dont trois sont des symphyses :

- la symphyse pubienne en avant ;
- les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement ;
- l'articulation sacro-coccygienne en arrière et en bas.

2-2-1-1- L'orifice supérieur ou détroit supérieur :

C'est le plan d'engagement de la présentation, sépare le petit bassin du grand bassin.

Il est formé par :

- ✓ **En avant** : le bord supérieur de la symphyse pubienne et le corps du pubis, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées.

- ✓ **De chaque côté** : les lignes innominées et le bord antérieur des ailerons sacrés.
- ✓ **En arrière** : le promontoire.
- **Les diamètres du détroit supérieur** :
 - ✓ **Les diamètres antéropostérieurs** : vont du pubis en avant au promontoire en arrière.
 - **Le promonto-sus-pubien = 11 cm**
 - **Le promonto-rétro-pubien = 10,5 cm c'est le diamètre utile.**
 - **Le promonto-sous-pubien = 12 cm**
 - ✓ **Les diamètres obliques** : vont de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun **12 cm**. Le gauche est le plus utilisé par la présentation.
 - ✓ **Les diamètres transverses** :
 - **Le transverse médian** est situé à égale distance entre le pubis et le promontoire et mesure **13 cm**.
 - **Le transverse maximum**, de **13,5 cm**, situé trop en arrière, n'est pas utilisable par la présentation.
 - ✓ **Les diamètres sacro-cotyloïdiens** : réunissent le promontoire à la région acétabulaire.

Ces deux diamètres prennent toute leur importance dans les bassins asymétriques et mesure chacun **9 cm**.

2-2-1-2- l'excavation pelvienne :

C'est le canal dans lequel le fœtus effectue sa descente et sa rotation, « elle a la forme d'un tronc de tore de **12 cm de diamètre** ». Ses limites sont :

- **En avant** : la face postérieure de la symphyse pubienne et le corps du pubis.
- **En arrière** : la face antérieure du sacrum et du coccyx.
- **Latéralement** : la face quadrilatère des os iliaques.

Le diamètre utile est celui de la bi-sciatique qui mesure **10,8 cm**.

2-2-1-3- Le détroit inférieur ou l'orifice inférieur :

Il constitue le plan de dégagement du fœtus. Il est limité :

- **En avant** par le bord inférieur de la symphyse pubienne
- **En arrière** par le coccyx
- **Latéralement d'avant en arrière** par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et celui des tubérosités ischiatiques, et par le bord inférieur des ligaments sacro-iliaques.

✓ **Les diamètres du détroit inférieur**

- **Le diamètre sous-coccyx-sous-pubien** est de **9,5 cm** mais, peut atteindre **11 à 12 cm** en rétropulsion ;
- **Le diamètre sous-sacro-sous-pubien** allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de **11 cm**.

2-2-2- Le diaphragme pelvi-génital :

2-2-2-1- Le diaphragme pelvien principal :

Il est constitué par le releveur de l'anus, c'est un muscle pair qui forme avec celui du côté opposé et avec les deux muscles ischio-coccygiens en arrière le plancher du bassin ou diaphragme pelvien principal.

Le bord interne du releveur de l'anus, recouvert par l'aponévrose pelvienne répond en bas, sur un plan un peu inférieur au diaphragme pelvien accessoire.

2-2-2-2- Le diaphragme pelvien accessible :

C'est le périnée anatomique. Il est divisé en :

2-2-2-2-1- périnée postérieur, comprend :

- **En avant** le sphincter externe de l'anus et
- **En arrière** un ensemble musculaire se joignant sur le raphé ano-coccygien.

2-2-2-2-2- périnée antérieur : comprend les muscles péri-vaginaux et péri-vulvaires et le noyau fibreux central.

3. Indications de césarienne prophylactique :

L'indication est posée en consultation prénatale. Certaines indications citées ici peuvent être relatives en rapport avec les conditions de travail.

a. Indications maternelles :

- Les anomalies du bassin :

- Les bassins généralement rétrécis ;
- Bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise ;
- Bassin limite avec confrontation céphalo pelvienne défavorable.

- La présence de cicatrice utérine notamment :

- Un utérus multi cicatriciel (bi cicatriciel, tri cicatriciel etc.) et la cicatrice corporéale ;
- Un utérus uni cicatriciel associé à un facteur de risque (bassin limite, bassin asymétrique.)

- Les pathologies maternelles :

- Cardiopathies maternelles ;
- Décollement de la rétine ;
- Pré éclampsie sévère ou éclampsie ;
- Le diabète : dans le cas de macrosomie fœtale avérée ;
- Les antécédents d'accidents vasculaires cérébraux, de tumeurs cérébrales
- Les hémopathies malignes (maladie de Hodgkin) ;
- Les cancers du col ;
- La maladie herpétique (vulvo-vaginal) ;
- Les troubles respiratoires avec hypoventilation ;
- L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparée ;
- Les antécédents de déchirure compliquée du périnée ;
- Les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales et les antécédents de cure de FVV ou FRV ;

- Les kystes de l'ovaire ou le fibrome pédiculé faisant obstacle prævia ;

-Traitement d'infertilité

-Antécédent obstétrical chargé

b) Indications annexielles :

-Placenta prævia surtout central et hydramnios

c) Indications fœtales :

-Souffrance fœtale chronique :

Elle s'observe généralement dans les pathologies avec retard de croissance intra utérin et dans les dépassements de terme.

-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.

-Prématurité :

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

-Grossesse multiple :

•**Grossesse gémellaire, triple ou plus :** La présentation de siège du 1^{er} jumeau est une indication de césarienne pour certaines équipes ou J1 en une autre présentation non céphalique.

-Gros fœtus :

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

• Présentations vicieuses :

- La présentation transversale : c'est une présentation où la tête se trouve dans un flanc
- La présentation de la face (variété postérieure)
- 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 [8]

4- Indications de la Césarienne d'urgence :

- **La souffrance fœtale aigue** : en cours de travail est appréciée par la clinique (liquide teinté, ralentissement des bruits du cœur), surveillance électronique du travail, la pH-métrie, est bien sur une indication de la césarienne, en dehors d'une possibilité immédiate d'extraction par voie basse.
- **Le placenta prævia** conduit à la césarienne dans deux circonstances : soit parce qu'il est recouvrant, soit parce qu'il est hémorragique.
- **Pré- rupture** est reconnue devant l'hypertonie avec mauvais relâchement entre les contractions, apparition de douleur segmentaire et/ou de saignements survenant dans un contexte évocateur (utérus cicatriciel, stagnation du travail). Ces signes doivent inciter à césariser avant l'apparition de l'anneau de rétraction de Bandl Formel (utérus en sablier) et la rupture vraie qui nécessite bien sur une intervention d'extrême urgence.
- **La procidence du cordon** : reste une indication indiscutable car elle est une souffrance fœtale aigue. C'est une indication de césarienne d'extrême urgence sauf si l'enfant est mort, la tête est engagée à la partie basse (il est plus rapide de faire un forceps) c'est une représentation du siège à dilatation complète sans anomalie du rythme cardiaque fœtal.
- **L'hématome retro-placentaire** dans sa forme dramatique conduit à la césarienne.
- **Hypertension Artérielle** : elle impose la césarienne en urgence lors des accidents aigus qui mettent en jeu la vie du fœtus et de la mère : éclampsie, hématome retro-placentaire. Par ailleurs, la gravité de l'atteinte maternelle (uricémie > 60 mg / litre), l'hypotrophie fœtale sévère et la souffrance fœtale chronique avec greffe d'une souffrance fœtale aiguë peuvent conduire à la césarienne.

- **Les dystocies dynamiques :** Les dystocies dynamiques pures sont actuellement rares du fait de la meilleure connaissance de leur physiopathologie et de la thérapeutique adéquate qu'on y oppose.

Il faut cependant, avoir à l'esprit que l'arrêt de la dilatation au cours du travail d'accouchement peut être la traduction d'une dystocie mécanique parfois difficile à cerner.

- **L'échec de l'épreuve de travail :** qui avait été tentée sur un bassin limite est la principale indication.

5- Modes d'ouverture pariétale

- Soit par une laparotomie médiane ;
- Soit par une laparotomie transversale basse.

6-Types d'hystérotomies

-Hystérotomie segmentaire transversale :

L'incision utérine se fait selon un tracé arciforme à concavité sur la face antérieure du segment inférieur. C'est la technique la plus utilisée car elle permet d'obtenir une bonne cicatrisation.

-Hystérotomie segmentaire longitudinale :

Plus délicate que la segmentaire transversale. L'incision se fait longitudinalement sur la face antérieure du segment inférieur. Elle offre une cicatrice de moins bonne qualité.

-Hystérotomie corporéale :

L'incision se fait longitudinalement sur le corps utérin à sa face antérieure. Cette technique est d'indication restreinte pour deux raisons :

*Les risques septiques sont très élevés lorsque l'intervention survient après un certain temps de travail à œuf ouvert. Notons qu'avec l'avènement de l'antibiothérapie ce risque est minimisé.

*La cicatrice obtenue est souvent de mauvaise qualité. Une nouvelle grossesse est souvent mal venue car elle fait courir le risque d'une rupture inopinée au cours du travail d'accouchement.

-Hystérotomie segmento – corporeale :

Commencer le plus bas possible (segment inférieur) l'incision utérine remonte longitudinalement sur le corps utérin pour obtenir l'ouverture nécessaire et suffisante à l'extraction fœtale. Cette technique est souvent décidée en << per opératoire >> devant l'impossibilité de réaliser une hystérotomie segmentaire pure.

7- Technique de la césarienne

Les techniques ont été si nombreuses depuis le début des interventions jusqu'à maintenant. Ne seront décrites ici que la césarienne segmentaire classique 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.

a) La césarienne segmentaire 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 classique :**

- 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.

b) La césarienne segmentaire selon la technique de Misgav Ladach :

Se basant sur la littérature, Michael Stark de l'hôpital Misgav Ladach de Jérusalem a modifié et rationalisé ces nouvelles stratégies en mettant au point une technique qu'il a appelé 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 ;
- l'ouverture transversale du péritoine pariétal ;
- pas de champs abdominaux ;
- l'hystérotomie segmentaire transversale ;
- la suture de l'hystérotomie en un plan par un surjet non passé ;
- la non fermeture des péritoines viscéral et pariétal ;
- la suture aponévrotique par un surjet non passé ;
- le rapprochement cutané par quelques points de Blair-Donati très espacés.

• **Avantages de la technique de Misgav Ladach :**

- limite les attritions tissulaires ;
- élimine 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 est devenue de nos jours la référence en matière d'extraction fœtale par voie haute. [2]

8- 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.

9- 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, 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.

a) Les complications maternelles

- 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 etc.)

• 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.

- **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 salpingites, les suppurations et abcès de la paroi, la pelvipéritonite, la péritonite et la septicémie.

- **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.

- b) 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 complications infectieuses ;
- les plaies par coupure au bistouri ;
- les traumatismes par extraction laborieuse (luxation, fracture) ;
- la mortalité du nouveau-né.

10-Anesthésie et césarienne :

L'anesthésie pour une césarienne, classiquement, peut être obtenue de deux manières : une anesthésie générale et une anesthésie locorégionale (l'anesthésie péridurale et la rachianesthésie).

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.

a. L'anesthésie péridurale

• Indications :

Elle est indiquée surtout aux césariennes programmées.

• Contres indications :

- Refus de la patiente.
- Troubles de la coagulation.
- Infection cutanée.
- Etat fébrile.
- Maladie neurologique évolutive.
- Anomalie de la colonne vertébrale.

• Avantage :

- Elle diminue le risque d'inhalation bronchique.
- Elle n'a que peu d'effet sur le nouveau-né.
- Elle permet la conservation de l'état de conscience de la mère.

- **Incidents et accidents**

- L'hypotension artérielle : elle est progressive, par blocage sympathique, aggravée par la compression aorte-cave.
- Les convulsions et les dépressions cardio-vasculaires : elles surviennent lors des injections massives accidentelles d'anesthésiques locaux.
- Une rachianesthésie : elle peut survenir lors d'une ponction intra-durale méconnue et provoquer un collapsus cardio-vasculaire, une apnée et une perte de connaissance.

a. La rachianesthésie

- **Les indications :**

- Elle est préférentiellement indiquée dans les césariennes programmées.
- Les avis sont partagés quant à la place de cette technique dans les césariennes en urgence.

- **Les contres indications :**

Elles sont les mêmes que pour l'anesthésie péridurale.

- **Incidents et accidents :**

- L'hypotension artérielle : contrairement à celle de l'anesthésie péridurale, elle est brutale et profonde.
- L'extension en hauteur de la rachianesthésie : favorisée par la position de Trendelenburg, elle peut ainsi entraîner une dépression respiratoire.
- Les céphalées : elles sont gênantes et parfois invalidantes.

2) Anesthésie générale :

- **Les indications**

Ce sont :

- les césariennes en urgence

- les hypovolémies
- les troubles de la coagulation.

Elle peut compléter une anesthésie locorégionale incomplète ou inefficace.

•**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).

IV-METHODOLOGIE

1-Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans l'unité de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

- **Situation géographique** : la commune II couvre une superficie de 17 km² soit environ 7 % de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est limitée :

- Au Nord par la colline du point G ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Est par le marigot de Korofina ;
- A l'ouest par le boulevard du peuple.

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médine, Missira, Niarela, Quinzambougou, TSF, Zone industrielle, N'Gomi).

Le Centre de Santé se trouve au quartier TSF.

-Description du cadre d'étude :

L'unité de gynécologie obstétrique occupe le nord du centre à l'entrée.

Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Trois toilettes pour le personnel ;
- Une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- Une unité de planning familial (PF)
- Une unité de consultation post natale ;
- Une unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH) ;
- Trois bureaux pour les gynécologues ;
- Une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque comprenant une salle d'urgence et une salle de consultation externe ;
- Une salle de garde pour les internes et les médecins ;

- Une unité de pansement ;
- 17 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation (salle des suites de couches normale, salle de césarienne, salle de grossesse pathologique, salle VIP).

Le personnel comprend :

- Quatre spécialistes en gynécologie obstétrique dont le chef de l'unité de gynécologie et obstétrique ;
- Des médecins en spécialisation en gynéco-obstétrique de nombre variable ;
- Des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- 24 sages-femmes dont la sage-femme maîtresse ;
- (9) infirmières obstétriciennes ;
- (01) Matrone
- (3) aides-soignantes ;
 - **Fonctionnement :**
 - L'unité dispose d'une salle d'accouchement et d'un bloc opératoire pour les urgences chirurgicales et obstétricales qui fonctionnent vingt-quatre heures sur vingt-quatre.
 - Les consultations gynécologiques et obstétricales sont assurées par les gynécologues obstétriciens quatre jours par semaine (lundi au jeudi).
 - Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par des sages-femmes avec l'aide des infirmières obstétriciennes et des aides-soignantes.
 - Une équipe de garde permanente travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Elle est composée d'un gynécologue-obstétricien, de deux médecins généralistes, d'étudiants en médecine, de sages-femmes, d'infirmière obstétricienne ou d'aides-soignantes, d'infirmier anesthésiste réanimateur, de manœuvres, d'un chauffeur d'ambulance.

- Un staff se tient chaque matin du lundi au vendredi à huit heures trente minutes où l'équipe de garde effectue le compte rendu des prestations. Ce staff est dirigé par les gynécologues obstétriciens.

2-Type d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, transversale à visée analytique.

3- Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018.

4-Population d'étude :

Notre étude a concerné les dossiers de toutes les femmes ayant accouché dans l'unité de gynécologie et d'obstétrique du CS Réf CII du district de Bamako durant la période d'étude.

a) Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude, les dossiers des patientes ayant accouché par césarienne.

b) Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude les dossiers de :

- Toutes les patientes ayant accouché par voie basse dans l'unité.
- Toutes les patientes césarisées dans l'unité et dont les dossiers sont incomplets et inexploitable.

5- Procédure de la césarienne :

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.

Ces indications étaient basées sur les arguments :

- Cliniques : pelvimétrie externe et interne, présentation et poids du fœtus (macrosomie), les antécédents de la patiente (mort intra partum ou néonatale précoce, ATCD de césarienne).
- Paracliniques : radiopelvimétrie, scanno-pelvimétrie, échographie obstétricale.

Dans notre unité, la césarienne prophylactique a lieu à la 38^{ème} SA parfois avant, en cas de pathologie associée (HTA, diabète) mal maîtrisée, après un bilan pré opératoire et pré anesthésique. Ce bilan pré opératoire standard comprend :

- Groupe sanguin ABO et rhésus (pour celles qui n'étaient pas groupées) ;
- NFS plaquettes ;
- Glycémie à jeun ;
- Créatinémie ;
- (TP) ;
- (TCK) ;
- Fibrinogène.

Le bilan peut être revu en fonction du terrain.

Toutes les patientes sont informées, rassurées du bien-fondé de la césarienne mais aussi et surtout de tous les risques liés à la césarienne.

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

Un bon de sang iso groupe, iso rhésus est généralement fait et remis aux parents des patientes ayant un sur risque tel que les utérus multi cicatriciels. Tout ceci est notifié sur une fiche appelée fiche d'anesthésie.

Une fois disponible, 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.

Ces patientes bénéficient d'une antibiothérapie, d'une supplémentation en fer + acide folique et d'antalgiques et surtout du lever précoce. Une alimentation liquide chaude est donnée quatre heures après une anesthésie locorégionale et six heures après une anesthésie générale. La toilette vulvaire est biquotidienne, les garnitures sont changées en cas de besoin.

Nous procédons 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 le 3^e jour après l'opération si l'état clinique le permet.

Une complication peut prolonger la durée d'hospitalisation et changer l'attitude thérapeutique.

Le 1^{er} pansement de la plaie opératoire a lieu au 7^e jour après l'opération 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 :

- Réexpliquer à la patiente l'indication de la césarienne ;
- Orienter la patiente vers un service de planning familial ;
- Communiquer pour le changement de comportement :
 - Le 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 ;
 - Les mesures préventives contre le paludisme ;

6-Collecte des données :

Nos données ont été recueillies sur les fiches d'enquête à partir :

- Des dossiers obstétricaux ;
- Des carnets de CPN ;

- Des registres de compte- rendu opératoire ;
- Des registres d'accouchement ;
- Des fiches d'anesthésie ;
- Des registres d'anesthésie ;
- Des registres de référence/évacuation des patientes.

7-Plan d'analyse et de traitement des données :

Les données ont été saisies à l'aide de Microsoft office Word 2007 et l'analyse statistique a été faite sur IBM SPSS statistics 21. Les tests statistiques utilisés ont été Khi2 de Pearson, test exact de Fisher, OR.

Le seuil significatif a été fixé à 5%.

8-Les variables étudiées

Tableau I : liste des variables étudiées

Variables	Type	Echelle
Age	Quantitative	1=<19ans 2=19-35ans 3=>35ans
Profession	Qualitative	1=Femme au foyer 2=Elevé ou étudiant 3=Commerçante 4=fonctionnaire
Résidence	Qualitative	Commune I,II,III,IV,
Niveau d'induction	Qualitative	1=Non scolarise 2=Primaire 3=Secondaire 4=supérieur
Provenance	Qualitative	1=évacué 2=venue d'elle-même 3=réfééré
ATCD	Qualitative	1=familiaux 2=chirurgicaux 3=personnels 4=obstétricaux/césarienne
Suivi prénatal	Qualitative	1=0 2=1 à 3 3=plus de 3
Auteur du suivi	Qualitative	1=médecins 2=sages-femmes 3=internes

Examen obstétrical	Qualitative	1=normal 2=pathologique
Type d'anesthésie	Qualitative	1=anesthésie générale 2= rachianesthésie
Indication opératoire	Qualitative	1=utérus cicatriciel/anomalie du bassin 2= utérus multi cicatriciel 3= présentation dystocique 4= dilatation stationnaire 5= défaut d'engagement 6= etc.....
Pronostic materno foetal	Qualitative	1=bon 2=mauvais

9-Définitions opératoires

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

Gestité : C'est le nombre de grossesse chez la femme.

Nulligeste : C'est aucune grossesse chez la femme.

Primigeste : C'est la première grossesse chez la femme.

Paucigeste : C'est la deuxième ou troisième grossesse chez la femme.

Multigeste : C'est la quatrième ou cinquième grossesse chez la femme.

Grande multigeste : C'est le nombre de grossesse supérieur ou égal à 6 chez la femme.

Parité : C'est le nombre d'accouchement chez la femme.

Nullipare : C'est aucun accouchement chez la femme.

Primipare : C'est le premier accouchement chez la femme.

Paucipare : C'est le deuxième ou troisième accouchement chez la femme.

Multipare : C'est le quatrième ou cinquième accouchement chez la femme.

Grande multipare : C'est le nombre d'accouchement supérieur ou égal à 6 chez la femme.

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 : est une ouverture chirurgicale de l'utérus.

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

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

Césarienne en urgence : Césarienne réalisée pendant le travail d'accouchement.

Score d'Apgar bon : Apgar supérieur ou égal à 7.

Score d'Apgar mauvais : Apgar inférieur ou égal à 6.

V.RESULTATS

Fréquences :

Durant la période d'étude nous avons enregistré 3239 accouchements dont 384 césariennes d'urgence soit une fréquence de 11,85% et 131 césariennes prophylactiques soit une fréquence de 4,04%.

Nous avons obtenu une césarienne pour chaque six accouchements.

En ce qui concerne les 515 césariennes réalisées, les fréquences de la césarienne d'urgence et prophylactique sont précisées dans la figure 5 ci - dessous :

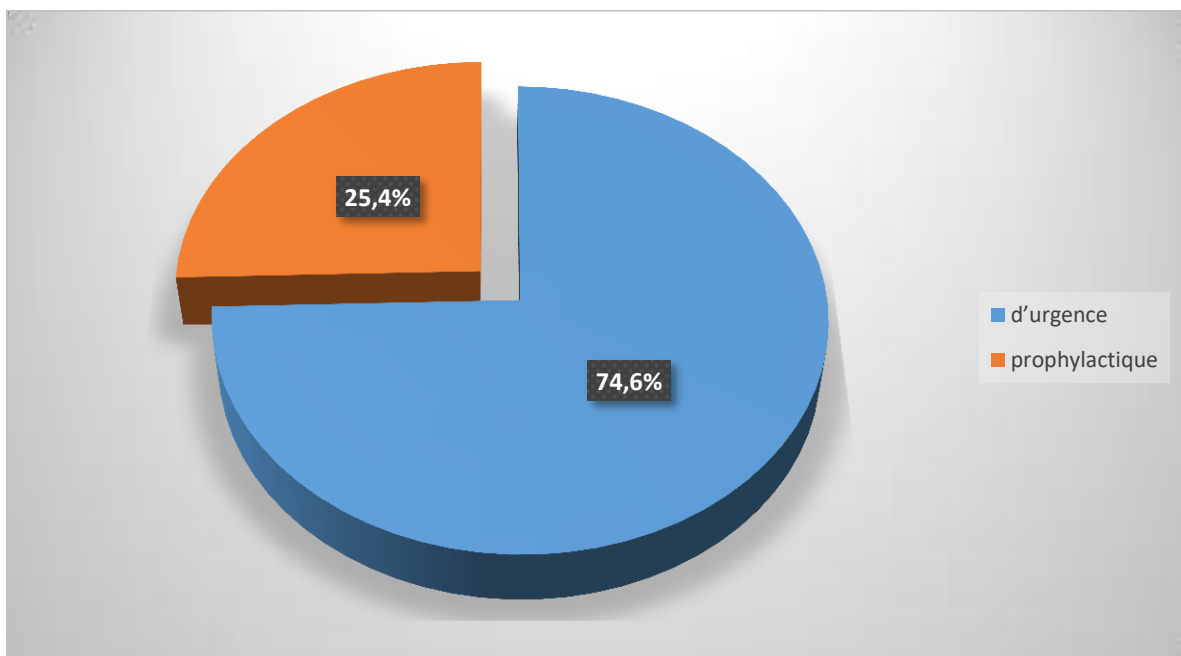


Figure 5 : répartition des patientes selon le type de césarienne

Tableau II : répartition des patientes selon l'âge

Age	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
≤ 19 ans	23(4.46%)	3(0.59%)	2.37 (0.69-0.8.03)	0.15
20-34ans	332 (64.47%)	103(20%)	Référence	
≥ 35 ans	29 (5.63%)	25(4.85%)	0.35 (0.2-0.64)	0.0003
Total	384(74.56%)	131 (25.44%)		

Khi deux =14,418 ddl=4

Tableau III : répartition des patientes selon l'adresse

Adresse	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
Commune I	34(6.60%)	18(3.50%)	1.25 (0.19-8.23)	0.80
Commune II	311(60.39%)	85(16.51%)	2.43 (0.4-14.83)	0.31
Commune III	3 (0.58%)	2 (0.39%)	Référence	
Commune IV	6(1.17%)	7(1.35%)	0.57 (0.07-4064)	0.59
Commune V	8(1.55%)	7(1.35%)	0.76 (0.09-5.95)	0.79
Commune VI	22(4.27%)	12(2.34%)	1022 (0.17-8.35)	0.83
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		

Khi deux=24.282 ddl=5

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

Niveau d'instruction	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
Non scolarisé	177(34.37%)	50(9.70%)	2.39 (1.26-4.53)	0.006
Primaire	96(18.65%)	24(4.66%)	2.07 (1.32-5.52)	0.005
Secondaire	80(15.53%)	36(7%)	1.5 (0.76-2.96)	0.23
Supérieur	31(6.01%)	21(4.08%)	Référence	
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		
Khi deux=17.051		ddl=3		

Tableau V : répartition des patientes selon la profession

Profession	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
Femme au foyer	247(47.96%)	73(14.17%)	2.41 (1.45-4.009)	0.0005
Elève ou étudiante	39(7.58%)	8(1.55%)	3.48 (1.45-8.35)	0.003
Commerçante	49(9.51%)	15(2.92%)	2.33 (1.13-4.80)	0.02
Fonctionnaire	49(9.51%)	35(6.80%)	Référence	
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		
Khi deux=21.580		ddl= 3		

Tableau VI : répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
Evacuée	95(18.45%)	0(0%)	-	000
Référée	1(0.19%)	0(0%)	-	0.50
Venue d'elle- même	288(55.92%)	131(25.44%)	Référence	
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		

Khi deux=76.933 ddl=2

Tableau VII : répartition des patientes selon la provenance

Provenance	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
Domicile	290(56.31%)	131(25.44%)	Référence	
Cscom	92(17.86%)	0(0%)	-	0.00
Clinique	2(0.39%)	0(0%)	-	0.34
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		

Khi deux=75.057 ddl=2

Tableau VIII : répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Type de césarienne		Total
	D'urgence	Prophylactique	
CUD/grossesse	277(53.79%)	0(0%)	277(53.79%)
SFA	9(1.75%)	0(0%)	9(1.75%)
Dilatation stationnaire	13(2.52%)	0(0%)	13(2.52%)
Utérus cicatriciel	1(0.19%)	0(0%)	1(0.19%)
Bassin rétréci	5(0.87%)	1(0.19%)	6(1.16%)
Césarienne prophylactique	0 (0%)	130(25.25%)	130(25.25%)
Manque d'effort expulsif	30(5.82%)	0(0%)	30(5.82%)
HU excessive	49(9.52%)	0(0%)	49(9.52%)
Total	384(74.56%)	131(25.44%)	515(100%)
Khi deux=636.337	ddl=6	p=0.000	

Tableau IX : répartition des patientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
0	17(3.30%)	0(0%)	-	0.005
1	46(8.94%)	3(0.58%)	7.14 (2.17-23.45)	0.0001
2	70(13.59%)	11(2.14%)	2.96 (1.51-5.81)	0.001
3- plus	251(48.73%)	117(22.72%)	Référence	
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		

Khi deux=52.231 ddl=3

Tableau X : répartition des patientes selon l'auteur des CPN

Auteur des CPN	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
Médecins	162(31.46%)	131(25.44%)	Référence	
Sages-femmes	205(39.80%)	0(0%)	-	0.00
Internes	17(3.30%)	0(0%)	-	0.0002
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		

Khi deux =230.776 ddl=2

Tableau XI : répartition des patientes selon les ATCD personnels

ATCD personnels	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
HTA	5(0.97%)	6(1.17%)	0.26 (0.08-0.89)	0.02
Asthme	3(0.58%)	0(0%)	0.32 (0.11-0.93)	0.02
Drépanocytose	2(0.39%)	0(0%)	-	0.42
Aucun	367(71.26%)	118(22.91%)	Référence	
Diabète	7(1.36%)	7(1.36%)	-	0.32
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		

Khi deux=16.213 ddl=4

Tableau XII : répartition des patientes selon les ATCD chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
Aucun	262(50.87%)	31(6.02%)	Référence	
Cure de prolapsus	0(0%)	2(0.39%)	0.00	0.00006
Myomectomie	3(0.58%)	2(0.39%)	0.17 (0.02-1.10)	0.03
Appendicectomie	10(1.94%)	2(0.39%)	0.59 (0.12-2.82)	0.50
Kystectomie	19(1.69%)	4(0.78%)	0.56 (0.17-1.75)	0.31
Césarienne	90(17.48%)	90(17.47%)	0.11 (0.07-0.18)	0.00
Total	384(74.56%)	131(25.44 %)		

Khi deux=146.846 ddl=4

Tableau XIII : répartition des patientes selon les ATCD obstétricaux

ATCD obstétricaux	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
Primipare	145(28.16%)	18(3.49%)	4.26 (2.009-9.05)	0.00007
Paucipare	136(26.41%)	63(12.24%)	1.14 (0.59-2.17)	0.68
Multipare	69(13.39%)	32(6.22%)	1.14 (0.56-2.31)	0.71
Grande multipare	34(6.60%)	18(3.49%)	Référence	
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		

Khi deux=44.826 ddl=3

Tableau XIV : répartition des patientes selon les ATCD de césarienne

ATCD de césarienne	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
0	294(57.09%)	37(7.18%)	63.56 (7.73-522.65)	0.000
1	76(14.76%)	52(10.09%)	11.69 (1.41-96.30)	0.04
2	13(2.52%)	34(6.61%)	3.05 (0.34-26.92)	0.29
3 et plus	1(0.19%)	8(1.56%)	Référence	
Total	384(74.56%)	131(25.44 %)		

Khi deux=169.462 ddl=3

Tableau XV : répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
< 37SA	22(4.27%)	8(1.56%)	Référence	
≥ 37SA	362(70.29%)	123(23.88%)	1.07 (0.46-2.46)	0.87
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		

Khi deux=0.0040 ddl=1

Tableau XVI : répartition des patientes selon les indications de césarienne

Indications	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
Souffrance fœtale	97(18.83%)	1(0.19%)	145.5 (13.99-512.49)	0.00
Utérus cicatriciel/anomalie du bassin	26 (5.04%)	22(4.27%)	1.77 (0.44-7.09)	0.41
Utérus multi cicatriciel	23 (4.48%)	59(11.45%)	0.58 (0.15-2.62)	0.43
HRP	4 (0.77%)	0(0%)	-	0.04
Présentation dystocique	43 (8.35%)	12(2.33%)	5.37 (1.3-22.18)	0.01
Macrosomie	23 (4.47%)	8(1.56%)	4.31 (0.96-19.31)	0.04
Dilatation stationnaire	59(11.46%)	0(0%)	-	0.00
Défaut d'engagement	41 (7.96%)	0(0%)	-	0.00
Syndrome de pré rupture	18 (3.49%)	0(0%)	-	0.002
BGR	22 (4.27%)	5(0.97%)	6.60 (1.33-32.52)	0.01
Procidence du cordon	15 (2.91%)	0(0%)	-	0.0005
Primigeste âgée	4 (0.77%)	6(1.17%)	Référence	
Obstacle prævia	3 (0.59%)	5(0.97%)	0.90 (0.13-6.08)	0.91
IIG court sur utérus cicatriciel	6 (1.17%)	13(2.53%)	0.69 (0.14-3.40)	0.65
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		
Khi deux=317	ddl=14			

Tableau XVII : répartition des patientes selon la durée de la césarienne

Durée	Césarienne d'urgence	Césarienne prophylactique	OR-IC	
≤45mn	378 (73,4%)	131 (25,44%)	Référence	
>45mn	6 (1,16%)	0 (0%)	-	0.15
Total	384 (74,56%)	131 (25,44%)	-	

Khi deux=2.071 ddl=1

Tableau XVIII : répartition des patientes selon les difficultés chirurgicales

Durée	Césarienne d'urgence	Césarienne prophylactique	OR-IC	P
Aucune	360 (69,91%)	104 (20,20%)	Référence	
Hémostase	7 (1,36%)	1 (0,19%)	2.02 (0.24-16.62)	0.50
Adhérences	15 (2,91%)	26 (5,05%)	0.16 (0.08-0.32)	0.00
Lésions vésicales	1 (0,19%)	0 (0%)	-	0.59
Rupture utérine	1	0	-	0.59
Total	384 (74,56%)	131 (25,44%)		

Khi deux=34.538 ddl=3

Tableau XIX : répartition des patientes selon la vitalité du nouveau-né

Nouveau-né	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
Vivant	379(73.58%)	130(25.25%)	Référence	
Décédé	5(0.98%)	1(0.19%)	1.71 (0.19-14.81)	0.61
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		

Khi deux=0.422 ddl=1

Tableau XX : répartition des patientes selon l’Apgar du nouveau-né

APGAR à la première minute	Type de césarienne		OR-IC	P
	D’urgence	Prophylactique		
≤ 6	11(2.13%)	2(0.39%)	1.9 (0.41-8.69)	0.39
≥7	373(72.43%)	129(25.05%)	Référence	
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		

Khi deux=1.229 ddl=1

Tableau XXI : répartition des patientes selon les complications maternelles post césarienne

Complications	Type de césarienne		OR-IC	P
	D’urgence	Prophylactique		
Aucune	377(73.2%)	131(25.44%)	Référence	
Hémorragie	1(0.19%)	0(0%)	-	0.55
Suppuration pariétale	5(0.98%)	0(0%)	-	0.18
Endométrite	1(0.19%)	0(0%)	-	0.55
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		

Khi deux =5,527 ddl=4

Tableau XXII : répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Type de césarienne		OR-IC	P
	D'urgence	Prophylactique		
3 jours	382(74.18%)	130(25.25%)	Référence	
3 jours- 7 jours	1(0.19%)	1(0.19%)	0.34 (0.02-5.48)	0.42
Plus de 7 jours	1(0.19%)	0(0%)	-	0.55
Total	384(74.56%)	131(25.44%)		

Khi deux =1,532 ddl=2

VI.COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

I) Fréquences :

La fréquence de la césarienne a très largement augmenté à l'échelle mondiale au cours des 20 dernières années atteignant 24.1% aux Etats Unis et 17.7% en France [10]. Cette tendance à la hausse de la fréquence de la césarienne est également observée dans notre étude. Ainsi différents résultats ont été rapportés par certains auteurs :

-Toukara CFM [10] en 2015 a trouvé au Cs réf de Kati une fréquence de 15.62%.

-Tamboura B [11] en 2012-2013 au Cs réf CV a trouvé une fréquence de 31.01%.

II) Profil sociodémographique :

La tranche d'âge 20-34 ans a été la plus représentée (84.47%) avec un âge moyen de 27 ans et des extrêmes de 19 et 35 ans et avaient moins de risque de césarienne d'urgence que la tranche d'âge inférieure ou égale à 19 ans.

Les mêmes tendances ont été rapportées par d'autres auteurs pour la même tranche d'âge : 63.89% pour Toukara CFM [10], 64.5% pour Traore L [9] et 60% pour Sidibé L [12]. Il s'agit là de l'âge optimal de fécondité en Afrique au Sud du Sahara. Dans notre étude, plus de la moitié des patientes étaient scolarisées (55.93%) soit 40.19% pour les césariennes d'urgence et 15.74% pour les césariennes prophylactiques. Nous avons constaté que plus les patientes sont scolarisées plus elles ont accès à la césarienne prophylactique par rapport aux patientes non scolarisées (P : 0.006, OR :2.39[1.26-4.53]). Toukara CFM [10] du Cs réf CV et Bah AM [11] en 2009 au Cs réf de Kita avaient trouvé que les patientes étaient analphabètes respectivement dans 70.83% et dans 69.1%.

Les femmes au foyer avaient plus de risque de césarienne d'urgence que les fonctionnaires avec P :0.00005, OR :2.41[1.45-4.009].

III) Aspects cliniques :

Dans notre étude, parmi les patientes césarisées en urgence, 18.64% étaient des références évacuations et 55.92% étaient des patientes venues d'elle-même.

Cette fréquence élevée des références évacuations s'expliqueraient à travers une politique nationale basée sur un système de référence évacuation dans le but de réduire la morbidité et la mortalité maternelle néonatale et infantile. Selon ce système les grossesses et les accouchements à risque doivent être pris en charge par les structures de niveau 2 ou 3.

Ces mêmes observations ont été faites par certains auteurs maliens :

-Sidibé L [12] au Cs réf Kati avait trouvé 21.6% de patientes évacuées.

-Camara K [14] au Cs réf CV avait trouvé 35%.

La contraction utérine douloureuse a été le motif d'admission le plus fréquent avec 53.79%.

Toukara CFM [11] et Camara K [10] avaient respectivement trouvé que 44.44% et 62% des patientes césariées en urgence étaient admises pour contraction utérine douloureuse.

Pour une fréquence de 0.97% de patientes césariées en urgence pour anomalie du bassin (bassin rétréci) aucune de ces femmes n'a été référée à temps pour anomalie du bassin. Ceci dénote d'une insuffisance de connaissance du bassin par nos agents de santé surtout au niveau périphérique.

Dans notre étude la souffrance fœtale aigüe a été l'indication la plus fréquente dans le groupe de la césarienne d'urgence avec 18.83% et l'utérus multi cicatriciel dans le groupe de la césarienne prophylactique avec 11.45%.

Tamboura B [10] avait trouvé que la fréquence de la souffrance fœtale aigüe dans les deux groupes était respectivement de 25.4% pour la césarienne prophylactique et 52.9% pour la césarienne d'urgence.

Toukara CFM [9] avait trouvé que la dystocie osseuse était l'indication la plus fréquente chez les deux groupes de césarienne avec 59.8% pour les cas et 53.5% pour les témoins.

Annie F [15] à Cotonou avait trouvé 34.4% pour la dystocie osseuse. Les indications de césarienne sont multiples et toute pathologie obstétricale peut être une.

Le souci constant de l'obstétricien est de faire naître un enfant indemne d'anoxie, de traumatisme. Ce qui l'amène à être plus large sur les indications. Cette préoccupation ne doit pas faire oublier les conséquences de la césarienne pour la mère ainsi que l'hypothèse qu'elle fait peser sur les accouchements ultérieurs.

-ATCD médicaux : L'hypertension artérielle était l'atcd médical le plus fréquent avec 0.97% pour la césarienne d'urgence et 1.17% pour la césarienne prophylactique avec P :0.02, OR :0.26[0.08-0.89].

Les deux groupes étaient semblables du point de vue atcd médical.

-ATCD chirurgicaux : L'atcd de césarienne domine avec 17.48% pour les césariennes d'urgence et 17.47% pour les césariennes prophylactiques avec P ;0.00, OR :0.11[0.07-0.18].

Toukara CFM [10] et Camara K [14] avaient trouvé que l'atcd de césarienne dominait avec respectivement 48.61% et 67% pour les cas et 67.27% et 58.5% pour les témoins.

Dans notre étude 3.30% des patientes césarisées en urgence n'avaient pas réalisé de consultation prénatale (P :0.005).

Traore L [8] et Togora M [16] ont trouvé respectivement 32.2% et 13.9% des femmes n'avaient pas effectué de consultation prénatale.

Près de 2/5 des patientes césarisées en urgence étaient suivies par les sages-femmes et 7.63% de ses patientes n'étaient pas programmées pour la césarienne prophylactique (P :0.00).

Toutes les patientes qui présentaient une indication de césarienne prophylactique étaient suivies par les médecins.

Cette même tendance est observée par Toukara CFM [10] selon lequel 100% des témoins ont été suivis par les médecins gynécologues.

IV) Pronostic :

De l'asepsie à l'antibiothérapie et par la maîtrise de la pratique de la césarienne, la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale ne seront jamais nulles en post césarienne.

Au cours de notre étude nous avons enregistré 1 cas de rupture utérine chez les patientes césarisées en urgence (parturiente évacuée) et une hystérorraphie a été réalisée et 1 cas de lésion vésicale ; 1,36% de ces patientes ont présentées des difficultés d'hémostase et seulement 1,16% avaient une durée d'intervention supérieure à 45 minutes.

La suppuration pariétale a été la plus fréquente des complications maternelles pour la césarienne d'urgence.

Les complications se résument en :

-Suppuration pariétale (0.98%)

-Endométrite (0.19%)

-Hémorragie (0.19%)

Aucune complication n'a été observée dans le groupe de la césarienne prophylactique et la durée de toutes les interventions étaient inférieure ou égale à 45minutes, 5,05% ont présentées comme difficultés chirurgicales des adhérences.

Il existe une relation statistiquement significative entre le type de césarienne et la survenue de complication ($P=0.000$).

Toukara CFM [10], Camara K [13] et Tamboura B [11] ont trouvé respectivement 23.62%, 19.5% et 12.5% de complications infectieuses dans leur étude.

Le contexte de réalisation de la césarienne dans notre étude expliquerait la prédominance des infections : césarienne réalisée presque toujours en urgence, rupture prématurée des membranes avec infection amniotique, travail prolongé avec fréquence des touchers vaginaux qu'elle implique.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel au cours de notre étude.

Dans notre étude 72.43% des nouveau-nés issus de la césarienne d'urgence avaient un bon Apgar et 2.13% étaient en état de morbidité grave ou de morts nés contrairement à la césarienne prophylactique le taux de morbidité est de 0.39% avec OR :1.90[0.41-8.69] P :0.39.

Toukara CFM [10], Camara K [13] et Tamboura B [11] ont trouvé respectivement un taux de morbidité 20.84%, 22.64% et 21.5% pour les cas et 0.00%, 0.00%, et 1%

pour les témoins. La différence statistique est significative $P < 0.05$. Notre fréquence faible de morbidité s'explique par la précocité de la prise en charge.

Nous avons enregistré 0.98% de décès périnataux chez les césariennes d'urgence contre 0.19% chez les césariennes prophylactiques avec OR :1.71[0.19-14.81] P :0.61.

Tamboura B [11] a trouvé un taux de décès périnataux de 30% pour les témoins contre 1% pour les cas.

Nous notons l'existence d'un lien statistiquement important entre l'état des nouveau-nés et le type de césarienne.

VII.CONCLUSION :

La césarienne si elle est justifiée permet de réduire la mortalité maternelle et néonatale.

Notre étude ayant pour but de comparer la césarienne prophylactique à la césarienne d'urgence met en évidence :

-Des indications dominées par la dystocie, la souffrance fœtale et les utérus cicatriciels.

-Un pronostic maternel et néonatal meilleur dans la césarienne prophylactique que dans la césarienne d'urgence.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude comparant le pronostic maternel et néonatal de la césarienne prophylactique à la césarienne d'urgence nous formulons les recommandations suivantes :

Aux personnels de la santé :

- Faire des CPN de qualité afin de diagnostiquer les grossesses à risque et d'identifier celles devant bénéficier de césarienne programmée,
- Expliquer aux femmes enceintes, l'intérêt de la césarienne pour la mère et pour le fœtus,
- Adresser aux structures de référence toutes les grossesses à risque pour leur prise en charge adéquate.

Aux populations :

- Fréquenter les établissements de santé maternelle et infantile les plus proches,
- Accepter d'adhérer aux principes de la CPN recentrée.

Aux autorités sanitaires :

- Continuer la formation continue du personnel sanitaire à travers les supervisions formatives,
- Continuer la formation du personnel en technique de communication pour le changement de comportement (CCC),
- Améliorer le système de référence/évacuation en se servant des points faibles du présent système de référence/évacuation,
- Doter les structures (Cs réf) des équipements nécessaires pour l'amélioration des conditions de prise en charge des patientes.

VIII. REFERENCES

1. **Quenum G, Memadji M, Konan B R, Nigue L, Welffens-Ekrac.** Césarienne de qualité : analyse des facteurs et des déterminants au CHU Yopougon. Rev Int de scie Méd 2001 ; 2 : 109-15.
2. **Traoré D.** Césarienne prophylactique au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse Med Bamako 2013 ; N°337 ; p7.
3. **Dioné D.** Etude comparative entre deux techniques de césariennes : Césarienne Classique et Cés arienne selon la technique de Misgav Ladach au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse Med Bamako 2008 ; N°361 ; p16.
4. **Traoré A I.** Césariennes prophylactiques au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse Med Bamako 2010 ; N°44 ; p7.
5. **Traoré A B.** Césariennes prophylactiques au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse Med Bamako 2012 ; N°44 ; p17.
6. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018 : Rapport de synthèse. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SSDS-PF et ICF.
7. **Merger R , Levy J , Melchior J.** Intervention par voie haute : Césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. 6^{ème} éd ; Masson : Paris, 1979 ; 618p.
8. **Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine : Paris, 1986 ; p383-99
9. **Traoré L.** La césarienne : pronostic materno-foetal au CSRéf de San. Thèse Med Bamako 2008 ; N°304 ; p80.
10. **Toukara CFM.** Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique pronostic materno-foetal au centre de santé de référence major Moussa Diakité de Kati. Thèse Med Bamako 2015 ; N° 342 ; p79.

- 11. Tamboura B.** Césarienne prophylactique versus Césarienne d'urgence Au CS Réf CV du District de Bamako Pronostic Materno-foetal Thèse Med Bamako 2013 ; N°217 ; p67.
- 12. Sidibé L.** Etude épidémiologique de la césarienne au CS Réf de Kati de mai 2009 à Avril 2010. Thèse de médecine, Bamako 2011 ; N°272 ; p79.
- 13. Bah A M.** Etude de la césarienne au CS Réf de Kita du 2 septembre 2008 au 31 août 2009. Thèse de Médecine 2010 ; N° 400 ; p82.
- 14. Karounga C.** Césarienne prophylactique versus césarienne d'urgence au CSREF CV. Thèse Med Bamako 201 ; N°367 ; p71.
- 15. Fagnissé A S.** L'opération césarienne à la maternité lagune de Cotonou : étude rétrospective de 1995 à 1999 et prospective d'avril en juin 2000 à propos de 5702 cas. Thèse Med, Bamako 2001 ; N°53 ; p85.
- 16. Togora M.** « étude qualitative de la césarienne au CSRéf CV du District de Bamako de 2000-2002 (à propos de 2883 cas). Thèse Med Bamako 2004 ; N°44 ; p69.
- 17. Sissoko H.** Complications non infectieuses post-césariennes immédiates au CSRéf CV. Thèse Méd. Bamako 2006 ; N°247 ; p55.
- 18. 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 ; N°40 ; p56.
- 19. Ouédraogo 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. Méd Afr Noire 2001 ; 48 (11) :444-51.
- 20. Korenzo M.** Etude de la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse Méd. 2013 ; N°1 ; p14.
- 21. KONATE M.** L'étude des césariennes dans le service de gynécologie obstétrique sur une période de 5 ans à l'hôpital Gabriel Touré ; Thèse de Méd. Bamako 2001 ; N°74 ; p40.

- 22. Koné AI.** Facteurs de risque des complications maternelles post césarienne à l'HGT. Thèse Méd Bamako 2005 ; N°94 ; p224.
- 23. Sankare I.** Organisation du système de référence au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Thèse Méd Bamako 2001 ; N°39 ; p84.
- 24. Cissé B.** La césarienne : aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge des complications post-opératoires dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse Méd Bamako 2001 ; N°27 ; p80.
- 25. Traoré B, Kokaina C, Beye S A, Traoré M, Dolo A.** Césarienne au centre hospitalier régional de Ségou au Mali. Médecine d'Afrique Noire 2010.
- 26. Lecuyer A I, Baron S, Diguisto C, Laurent E, Turpin D, Potin J, Grammatico Guillon L.** Césarienne au centre Val de Loire : Pratiques et Indications- Classification de Robson. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2020 ; 68 : 253-259.
- 27. Le Ray C, Prunet C, Deneux Tharaux C, Goffinet F, Blondel B.** Classification de Robson : un outil d'évaluation des pratiques de césarienne en France. La revue Sage-Femme 2015 ; 14 : 199-207.
- 28. Branger B, Dochez V, Gernier S, Winer N.** Césarienne après déclenchement du travail : facteurs de risque et score de prédiction. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie 2018 ; 46 : 458-465.
- 29. Grondin-Depraetre L, Soussoko M, Gisbert S, Morel O, Bertholdt C.** Complications maternelles des césariennes avant 32 semaines d'aménorrhée : étude rétrospective observationnelle. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie 2018 ; 46 : 653-657.
- 30. Quibel T, Raynal P, Bouyer C, Rozenberg P.** Evolution du taux de césarienne à partir de 37 semaines d'aménorrhée parmi les nullipares ou comment évaluer la validité externe d'un essai randomisé nord-américain sur le déclenchement artificiel du travail. Gynécologie Obstétrique Fertilité et Sénologie 2020 ; 48 : 346-350.

- 31. Tonato Bagnan J A, Hounkpatin B, Houkponnou Ahouingnan F, Toure N, Lokossou A, Perrin R X.** Impact de la gratuité sur la pratique de la césarienne à l'hôpital de Zone de Suru-Lere Cotonou Benin. *Journal de la Société de Biologie Clinique du Benin* 2016 ; 024 : 94-97.
- 32. Niang M M, Faye J L D, Thiam M, Cissé C T.** Evaluation de la pratique des césariennes dans un centre de santé de niveau 2 à Dakar. *Journal de la Sago* 2017 ; 18(1) : 12-16.

IX.ANNEXES

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : Kane

Prénoms : Fatoumata

Titre : Etude comparative césarienne d'urgence, césarienne prophylactique au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako.

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

E-mail : kanefati10@gmail.com

Secteur d'intérêt : Obstétrique

Résumé de la thèse :

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la commune II.

Il s'agissait d'une étude rétrospective, transversale à visée analytique.

La fréquence totale de la césarienne pendant la période d'étude a été 15,89% pour 3239 accouchements.

La césarienne d'urgence a représenté 74,56% et la césarienne prophylactique 25.44%.

L'essentiel des indications de césarienne était dominé par la souffrance fœtale aigue dans le groupe de la césarienne d'urgence avec 18,83% et par l'utérus multi cicatriciel dans le groupe de la césarienne prophylactique avec 11,45%.

La suppuration pariétale a été la complication infectieuse la plus fréquente en post-opératoire avec 23,62% pour la césarienne d'urgence.

Nous avons enregistré un taux de mortalité périnatale à 0,98% de décès périnatal pour la césarienne d'urgence contre 0,19% pour la césarienne prophylactique.

Nous avons enregistré 1cas de rupture utérine et 1 cas de lésion vésicale pour la césarienne d'urgence.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel.

Les mots clés : Césarienne, urgence, prophylactique, Pronostic materno-fœtal.

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1. Dossier n° :

Q2. Date d'entrée...../...../.....heure :

Q3. Nom et prénom :

Q4. Age :

Q5 Ethnie : /...../

1) Bambara ; 2) Malinké ; 3) Peuhl ; 4) Soninké ; 5) Sonrhäï ; 6) Dogon ;
7) Senoufo ; 8) Minianka ; 9) Bobo ; 10) Autres (préciser)

Q6. Adresse (domicile/résidence) .../...../.

1) commune I 2) commune II..... 3) commune III..... 4)
commune IV..... 5) commune V..... 6) commune VI.....

Q7. Statut matrimonial :

1) Mariée.....

2) Célibataire.....

Q8. Niveau d'instruction :

1) Non scolarisée.....

2) Primaire.....

3) Secondaire

4) Supérieur.....

Q9. Profession :

1) femme au foyer.....

2) Elève ou étudiante.....

3) commerçante.....

5) Autres à préciser.....

Q10. Procréateur :

1) Age :

2) Adresse :

3) Profession :

4) Niveau d'instruction :

II. ADMISSION :

1) Evacuée

2) Référée

3) Venue d'elle-même

Q11. Provenanc

Q12 motif d'admission.....

III. ANTECEDENTS :

Q13. 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) Mort néonatal
- f) Aucun
- g) Autre

Si autre, préciser.....

Q14. CHIRURGICAUX

- a) Cure de fistule vésico-vaginale
- b) Cure de prolapsus
- c) Salpingectomie
- d) Myomectomie
- e) Césarienne 1 2 3 ou plus
- f) Autre

Si autre, préciser.....

Q15. GYNECOLOGIQUES :

- a) Infertilité primaire
- b) Infertilité secondaire
- c) Autres

A préciser :

Q16. OBSTETRIQUES :

- a) Gestité
- b) Parité
- c) Avortement
- d) Mort-né(s)
- e) Traitement pour Infertilité : Oui Non
- f) Intervalle inter gésésique :

IV. GROSSESSE ACTUELLE :

Q17. **DDR** :

Q18. **AG** :

Q19. **CPN** :

- a) Nombre
- b) Auteurs.....
- c) Lieu.....

Q20. **VAT** : (nombre)

Q21. **BPN** : oui Non

NB : Il faut comme BPN : un test d'Emmel, groupe Rhésus, sérologie VIH, NFS ou taux d'hémoglobine, sérologie de la syphilis, Albumine sucre, toxo, rubéole

Q22. Echographie obstétricale faite : Oui Non

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

Q23. Pathologies au cours de la grossesse :

Q24. Prophylaxie à la SP : Oui Non

Q25. Supplémentation en fer / acide folique Oui Non

V. EXAMEN PHYSIQUE :

1. ETAT GENERAL :

Q26. TA (en mm Hg)

Q27. Température (en degré Celsius)

Q28. FR..... (cycle / mn) :

Q29. Poids (en kg)

Q30. Taille (en m)

Q31. Pouls(pulsation/mn)

Q32. Muqueuses : bien colorée

Ictériques

Q33. Présence d'œdème : Oui Non

2. EXAMEN OBSTETRICAL :

Q34. Présence de cicatrice : Oui Non

Q35. Axe de l'utérus : Longitudinal Transversale Oblique

Q36. HU (en cm) :

Q37. BDCF : Oui Non

Q38. BDCF : normaux anormaux

Q39. Présentation : Céphalique Transversale Siège

Q40. Engagement de la présentation Oui Non

Q41. Poche des eaux : intacte rompue

Q42. Si oui, donner la date et l'heure de rupture.....

Q43. Liquide amniotique : Clair Méconial Sanguinolent

Q44. Bassin : Normal Limite rétréci

Asymétrie sévère Immature Autre

Si autre, préciser

VI CESARIENNES

Q45. Bilan pré opératoire fait Oui Non

Si non pourquoi

Q46. Consultation pré anesthésique faite Oui Non

Si non pourquoi ?.....

Type : 1= d'urgence 2= prophylactique

Q47.INDICATIONS :

1) Dystocie osseuse

Si oui, préciser la cause :

a) L'échec de l'épreuve de travail

b) Bassin limite sur utérus cicatriciel

- c) Bassin asymétrique
- d) Bassin généralement rétréci
- e) Fracture du bassin
- d) dystocie dynamique

2) Présentation anormale : Oui Non

Si oui, le type :

- a) Transversale
- b) Siège

3) pathologie fœto maternelle

- a) Pré- rupture,
- b) macrosomie fœtale
- c) placenta prævia central
- d) Souffrance fœtal chronique

e) La souffrance fœtale aigue,

- f) La procidence du cordon
- g) L'hématome retro-placentaire,
- h) Hypertension Artérielle :

4) Pathologie maternelle

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

5) autres à précise.....

Q48.Durée d'extraction.....

Q49.Durée de l'intervention.....

Q50.Retard de la césarienne Oui Non

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

Autre.....

Si autre, préciser.....

Q51. Type d'hystérotomie :

- 1) Segmentaire transversale
- 2) Segmentaire verticale
- 3) Corporéale
- 4) Corporéo-segmentaire

Q52. Geste associée à la césarienne :

Q53. Qualification de l'opérateur :

Q54. Type d'anesthésie :

- 1) Anesthésie générale
- 2) Anesthésie locorégionale

Q55. Qualification de l'anesthésiste :

Q56. Incidents et accidents : Oui Non

Si oui, préciser

Q57. Transfusion : Oui Non

Si oui, nombre d'unité

VII. NOUVEAU-NE

Q58. Nombre de nouveaux nés :

Q59. Sexe : masculin féminin poids taille

Q60. Vivant : Oui Décédé

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

Q61. Réanimé : Oui Non

Q62. Transféré en pédiatrie : Oui Non

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

c) L'évolution : favorable décédé

Q63. Malformation : Oui Non

Si oui, préciser

.....

VIII. EVOLUTION

Q64. SUITES : Simples Compliquées Décès

Préciser le type de complications :

I. COMPLICATIONS OBSTETRICALES :

Q65. Rupture utérine : 1= oui 2= non

Q66. Hémorragie : 1= oui 2= non

Q67. Néant : 1= oui 2= non

Q68. Autres à préciser : _____

II. COMPLICATIONS POST CESARIENNE :

Q69. Suppuration pariétale : 1= oui 2= non

Q70. Endométrite : 1= oui 2= non

Q71. Hémorragie : 1= oui 2= non

Q72. Thrombophlébite : 1= oui 2= non

Q73. Décès : 1= oui 2= non

Q74. Autres à préciser : _____ ;

Q75 Néant : 1= oui 2= non

5) Anesthésiologiques : Oui Non

Si oui préciser.....

6) Autres complications : Oui Non

Si oui, préciser.....

7) Si décès préciser la cause.....

Q76. Traitement :

1) Antibiothérapie : mono Bi Triple

2) Antibioprophylaxie

3) Transfusion sanguine

4) Thérapie martiale

5) reprise chirurgicale

6) hystérectomie d'hémostase

7) autres

Si oui préciser.....

Q77. DUREE D'HOSPITALISATION :

IX. PROFIL PSYCHOLOGIQUE

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

Si oui, pourquoi.....

Q78. Ressentiment à l'annonce de la césarienne :

a) Crainte de la mort

b) Crainte de la douleur

c) Autre

Si autre, préciser.....

Q79. Y'a-t-il eu préparation à ce mode d'accouchement : Oui Non

Q80. La patiente est-elle satisfaite de la césarienne : Oui Non

Si non Pourquoi.....

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.