

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



U.S.T.T-B

**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

**PROFIL COMPARE DES CESARIENNES
D'URGENTES VERSUS CESARIENNES
PROGRAMMEES AU CHU BOCAR SIDI SALL DE
KATI**

Présentée et soutenue publiquement le 23/11/2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. JEAN SAIBO KAMISSOKO

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

Jury

Président : Pr Niani MOUNKORO

Membres : Dr Soumana Oumar TRAORE

Co-directrice : Dr THERA Aminata KOUMA

Directeur : Pr Ibrahima TEGUETE



DEDICACES

DEDICACES

De tout mon cœur je dédie cette thèse :

A ma mère Fassambou Kontaga,

« Pour ton amour, tes prières et ton encouragement durant toute ma vie.

Avec un cœur plein d'amour, je te remercie ma très chère maman. »

A mon père Famoussa Kamissoko,

« Pour ton amour, ta compréhension et surtout tes innombrables sacrifices.

Je te remercie infiniment d'être pour moi un exemple de persévérance, de foi en l'avenir et d'ambition.

Que Dieu te procure bonne santé, bonheur, longue vie et faire en sorte que jamais je ne te déçoive. »

A mes oncles et tantes,

Je n'ai pas cité de nom pour ne pas en oublier ; merci pour vos bénédictions, votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Trouvez ici ma profonde gratitude. Que Dieu vous accorde longue vie.

A mes frères et sœurs, Feu Fassega, Goro, Fadjigui, Salouma, Sira et Filly

« En témoignage de mon affection fraternelle et de ma profonde reconnaissance, je vous souhaite une vie pleine de bonheur et de succès.

Que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde. »

A mon épouse Sira Hélène Danfaga : ma compagne de tous les temps ; toi qui a accepté de m'épouser dans les moments les plus durs de ma vie alors que mon avenir n'était pas encore certain, je t'en serai toujours reconnaissant. Puisse Dieu nous accorder longue vie conjugale pleine de santé.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont :

« ALLAH »

Le Tout Puissant, le très miséricordieux,

Qui m'a donné la force, la patience, la persévérance pour réaliser ce modeste travail. Ce jour de soutenance que j'attendais tant est enfin arrivé.

Gloire à Dieu !!!

A tous nos maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako,

Pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigués tout au long de notre formation. Soyez rassurés, que je rendrai à vos enfants, « l'instruction que j'ai reçue de leurs pères ».

A tous les Médecins du service de gynécologie-obstétrique du CHU Kati

Je tiens à vous présenter mes sincères remerciement pour la formation de qualité dont nous bénéficions, vos critiques et suggestions ainsi que vos encouragements. Je ne saurai assez-vous remercier pour tout ce que vous avez pu faire pour moi dans la réalisation de ce travail.

A mes chers professeurs, du préscolaire, primaire et secondaire

Les plus grandes leçons ne sont pas tirées d'un livre mais d'un enseignant tel que vous. Merci d'avoir pris le temps de m'aider avec vos conseils, votre enseignement et votre engagement à mes côtés. Je veux que vous sachiez que je garderai toute ma vie de très bons souvenirs.

Que Dieu vous garde et vous protège.

A tout le personnel médical et paramédical de la maternité de l'hôpital BSS de Kati,

Votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Ce travail est le vôtre.

A tout le personnel administratif et technique de l'hôpital BSS de Kati,

Nos sincères remerciements.

A toutes les sages-femmes du service de gynécologie-obstétrique du CHU de Kati,

Merci pour votre soutien moral, votre admiration et votre encadrement.

Merci à tous ces qui ont contribué à mon éducation et à mon encadrement.

Qu'Allah le tout puissant vous récompense

A tous mes amis (es) et mes collègues,

Vous êtes si nombreux dans mon cœur. Soyez rassurés de ma très profonde reconnaissance. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

A tous ceux qui, de près et de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Mes vifs remerciements.

- A **Monsieur Zyboye Mohamed** et famille, merci pour toute l'attention que vous m'accordée.
- A la famille **Bah**, à **Diabarou** et à **Bamako** particulièrement à **ILLA BAH** pour l'hospitalité et l'amour. Que Dieu vous prête longue vie, plein de santé et de bonheur.
- A la famille **MONEKATA**, Guénégoré.
- A la famille **COULIBALY, NASSOKO, OUTTARA, KEITA**, Kati, Kéniéba.

Merci pour vos conseils, votre soutien, votre appui et votre hospitalité.

- **A Toute ma promotion.** Merci pour les bons moments partagés. Fraternité, Solidarité et Entente nous ont permis d'arriver au bout malgré les multiples difficultés. Puisse ce travail être un souvenir pour nous tous. Que Dieu nous assiste dans notre nouvelle vie de médecin qui commence, courage !
- A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président du jury

Prof Niani MOUNKORO

- **Maître de conférences de gynécologie obstétrique,**
- **Chef de département de gynécologie obstétrique du CHU Gabriel Touré,**
- **Point focal de l'initiative francophone de réduction de la mortalité maternelle par avortement à risque**
- **Officier du mérite de la Santé du Mali**

Cher maître,

C'est avec plaisir que vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

L'étendue de vos connaissances, votre pragmatisme, votre rigueur scientifique, votre sens social élevé et votre disponibilité suscitent une grande admiration.

Vos richesses intellectuelles et humaines, votre modestie nous ont marqué tout au long de notre séjour dans votre service.

Permettez-nous ici, cher maître et père de vous réitérer notre confiance et notre profonde reconnaissance.

A notre Maître et Juge

Docteur Soumana Oumar TRAORE

- **Maître Assistant de gynécologie obstétrique à la FMOS**
- **Praticien gynécologue obstétricien au service de gynécologie
Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la commune V du
District de Bamako**

Cher maître ;

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury. Votre abord facile, votre simplicité et votre rigueur sont des atouts qui nous ont fascinés. Votre disponibilité et votre amour pour la médecine sont autant de qualités que vous incarnez. Ces dispositions naturelles couplées à vos qualités de clinicien pétri d'expérience font de vous un médecin exceptionnel. Recevez ici l'expression de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTRICE

Dr Kouma Aminata THERA

- **Chef de service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati**
- **Maitre-Assistante de gynécologie et d'obstétrique à la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali**
- **Praticienne gynécologue obstétricienne au service de gynécologie et d'obstétrique du CHU Pr Bocar Sidy SALL de Kati**
- **Membre de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO)**

Cher maître ;

Votre disponibilité, votre ouverture d'esprit, votre humilité à vous mettre au même niveau que votre prochain nous a tant impressionné. Votre capacité à écouter et à comprendre les autres, votre amour du travail bien fait ne peut que laisser des traces sur celui qui vous approche. Vous nous avez donné l'amour de gynécologie obstétrique à travers vos qualités scientifiques. Les mots nous manquent pour exprimer tous ce que nous avons gagné à vos côtés car vous ne nous avez pas donné qu'un enseignement académique, mais surtout toute une conduite de notre vie de tous les jours. Nous garderons de vous, l'image d'une maitre passionnée, rigoureuse, courtoise, dévouée.

Merci de nous avoir accepté dans votre service !

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,

Professeur Ibrahima TEGUETE

- **Maître de conférences Agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS,**
- **Chef de service de Gynécologie du CHU Gabriel TOURE**
- **Secrétaire général de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO),**

Cher maître ;

Vos qualités d'homme de science et votre clairvoyance, votre assiduité et votre rigueur scientifique ont forgé notre admiration et ont suscité notre désir d'être compté parmi vos disciples.

Cher maître, nous sommes reconnaissants pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail. Plus qu'un honneur, c'est un plaisir de vous côtoyer. La qualité de votre enseignement, votre grande culture scientifique font de vous un grand maître de référence et admiré de tous.

Honorable maître, la probité, l'honnêteté, le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la rigueur, la faculté d'écoute sont des vertus que vous incarnez et qui font de vous un grand médecin.

Merci pour votre disponibilité au quotidien.

Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre meilleure l'École Malienne de gynécologie obstétrique



TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

I-INTRODUCTION	1
II-OBJECTIFS.....	4
1. Objectif général	4
2. Objectifs spécifiques	4
III-GENERALITES.....	6
1. Historique	6
1.1 Terminologie	6
1.2 Histoire de la césarienne	7
2. Rappel anatomique	8
2.1. Utérus :	8
2.2. Utérus gravide	22
2.3. Le Canal pelvi-génital :	24
3. Indications	31
3.1 Classification de Baltimore	31
4. Techniques de césarienne.....	36
4.1 Composition d'une boîte de césarienne :	36
4.2. Voies d'abord	37
4.3. Types d'hystérotomies	38
4.4- la technique proprement dite.....	39
4.5- Les interventions associées	49
5. Anesthésie et césarienne :	50
5.1. Anesthésie locorégionale.....	50
5.2. Anesthésie générale :.....	50
6. Les complications.....	50
6.1. Les complications per opératoires.....	50
6.2. Les complications post-opératoires.....	51
IV- METHODOLOGIE	54
1. Cadre d'étude :	54
2. Type et période d'étude :.....	56

3. Population d'étude :.....	56
4. Echantillonnage	56
4.1. Critères d'inclusion :	56
4.2. Critères de non inclusion :.....	56
5. Déroulement de l'étude	57
5.1. La collecte des données.....	57
5.2. Technique de collecte.....	57
5.3. Les variables étudiées :	58
5.4. Plan d'analyse des données	58
6. Définitions opératoires	58
V. RESULTATS	61
1. Fréquence de la césarienne.....	61
1.1. Fréquence globale :	61
1.2. Fréquence selon le type de césarienne.	61
1.3. Evolution du nombre mensuel de césarienne :.....	61
1.4. Les nombres de césarienne selon le type de césarienne et le mois de la réalisation.	62
2. Profil comparé des césariennes d'urgence et des césariennes programmées .	62
2.1. Age :	62
2.2. Ethnie :.....	63
2.3. Profession :	64
2.4 Statut matrimonial :.....	64
2.5. Niveau d'instruction :.....	65
2.6. Gestité :.....	65
2.7. La parité :.....	66
2.8. Le mode d'admission :	66
3. Facteurs Cliniques	67
3.1. Les ATCD familiaux :.....	67
3.2. Les ATCD médicaux :.....	67
3.3. Les ATCD chirurgicaux :.....	68

3.4. La prises en charge des patientes	69
3.5. La répartition des Patientes selon les caractéristiques cliniques à l'admission.	71
3.6. Le type de grossesse :.....	72
3.7. La présentation	72
3.8. Les indications :.....	73
3.9. Les traitements :	74
4. Pronostics	75
4.1. La Morbidité Maternelle :	75
4.2. L'évolution :.....	76
4.2.1. Répartition des patientes selon l'évolution	76
4.2.1.1: Répartition des patientes selon l'évolution globale	76
4.3.La mortalité maternelle	77
4.3.1 La mortalité maternelle globale.....	77
4.3.2. La mortalité maternelle selon le type de Césarienne	77
4.4. La morbidité périnatale	78
4.4.1. La morbidité périnatale selon le type de césarienne	78
4.4.2. La morbidité périnatale selon le type de césarienne	79
4.5. Les mortalités périnatales.....	80
4.5.1. La mortalité périnatale globale selon les mois.....	80
4.5.2. Les mortalités périnatales selon les césariennes programmées	80
4.5.3. La mortalité périnatale selon les césariennes d'urgence	81
4.5.4. La mortinaissances selon le type de césarienne	81
VI- DISCUSSION.....	83
1. La fréquence	84
2. La variation saisonnière.....	84
3. Les Facteurs de risque	84
4. Les indications de césarienne.....	85
5. La morbidité maternelle	85
6. La mortinaissance.....	86

1. CONCLUSION	88
2. RECOMMANDATIONS	89
VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	91
7.FICHE D'ENQUETE.....	
8. FICHE SIGNALETIQUE	104
SERMENT D'HIPOCRATE.....	106

**LISTE DES TABLEAUX
ET FIGURES**

Tableaux

Tableau I: Classification des indications maternelles absolues Indications non absolues _____	33
Tableau II: Classification en 10 groupes de Robson _____	35
Tableau III: Répartition des Patientes selon les tranches d'âge _____	62
Tableau IV: Répartition des Patientes selon les ethnies _____	63
Tableau V: Répartition des Patientes selon leurs professions _____	64
Tableau VI: Répartition des Patientes selon le statut matrimonial _____	64
Tableau VII: Répartition des Patientes selon le niveau d'instruction _____	65
Tableau VIII: Répartition des Patientes selon la Gestité _____	65
Tableau IX: Répartition des Patientes selon la parité _____	66
Tableau X: Répartition des Patientes selon le mode d'admission _____	66
Tableau XI: Répartition des Patientes selon les ATCD familiaux _____	67
Tableau XII: Répartition des Patientes selon les ATCD médicaux _____	67
Tableau XIII: Répartition des Patientes selon les ATCD chirurgicaux _____	68
Tableau XIV: Répartition des Patientes selon la prise en charge de la grossesse _____	69
Tableau XV: Répartition des Patientes selon les caractéristiques cliniques à l'admission _____	71
Tableau XVI: Répartition des Patientes selon le type de grossesse _____	72
Tableau XVII: Répartition des Patientes selon la présentation du fœtus _____	72
Tableau XVIII: Répartition des Patientes selon les indications des césariennes	73
Tableau XIX: Répartition des Patientes selon les traitements associés à la césarienne _____	74
Tableau XX: Répartition selon les complications per et post-opératoire/ type de césarienne _____	75
Tableau XXI: Répartition selon les complications néonatales et le type de césarienne. _____	78

FIGURES

Figure 1 : Coupe sagittale gauche du petit Bassin	9
Figure 2: Vue de face de l'utérus	10
Figure 3: Utérus (vue latérale)	12
Figure 4: coupe transversale du corps utérin	13
Figure 5 : coupe sagittale de l'utérus avec les moyens de fixités	15
Figure 6: Dissection paramédiane sagittale	19
Figure 7: Vaisseaux de l'utérus et rapports du col de l'utérus	19
Figure 8 : Distribution de l'artère cervico-vaginale	20
Figure 9: Schéma de l'utérus gravide	24
Figure 10: Détroit supérieur	26
Figure 11. Excavation pélvienne	27
Figure 12: Détroit inférieur [30].	28
Figure 13: Vue médiale et supérieure du périnée	30
Figure 14: Technique classique de la césarienne Voies d'abord : PFANNENTIEL, IMSO, IMSSO	41
Figure 15: Technique classique de la césarienne. Voies d'abord	42
Figure 16: Technique de la césarienne : exposition	42
Figure 17: Technique de la césarienne : décollement vésical	43
Figure 18: Technique de la césarienne : décollement vésical	43
Figure 19 Technique de la césarienne : hystérotomie segmentaire	44
Figure 20: Technique de la césarienne : incision du segment inférieur	44
Figure 21: Technique de la césarienne (extraction fœtale)	45
Figure 22: Technique de la césarienne (extraction fœtale)].	45
Figure 23: Technique de la césarienne (extraction fœtale)	46
Figure 24: Répartition des patientes selon le type de césarienne	61
Figure 25: Répartition des nombres de césarienne selon le type de césarienne et le mois de la réalisation.	62
Figure 26: Répartition des Patientes selon l'évolution	76

Figure 27: Répartition des Patientes selon l'évolution et le type de césarienne.	76
Figure 28: La répartition des patientes selon le taux de mortalité maternelle :	77
Figure 29: La mortalité maternelle selon le type de Césarienne _____	77
Figure 31: Répartition des mortalités périnatales selon les mois _____	80
Figure 32: Répartition des mortalités périnatales selon les césariennes programmées _____	80
Figure 33: La répartition des mortalités périnatales selon les Césarienne d'urgence _____	81
Figure 34: La répartition des mortinaissances selon le type de césariennes ____	81

I-INTRODUCTION

I-INTRODUCTION

La mortalité maternelle reste élevée à l'échelle mondiale malgré des progrès réalisés en santé de la reproduction ces dernières décennies.

Selon l'OMS, 830 femmes environ meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. Le ratio de mortalité maternelle est de 239 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. En 2015, environ 99% (302 000) des décès maternels ont été enregistrés dans les pays en développement dont 66% en Afrique subsaharienne [1]. On note une disparité entre les pays à revenu élevé et le pays à faible revenu.

Au Mali, le ratio de mortalité maternelle est 373 pour 100 000 naissances vivantes selon EDSM VI 2018[2]. La santé maternelle et la santé néonatale sont étroitement liées. Environ 2,7 millions de nouveau-nés meurent chaque année et 2,6 millions sont des mort-nés [3]. Parmi les causes des décès maternels ; les causes directes dont l'hémorragie, l'hypertension artérielle et ses complications, les infections, les dystocies et les avortements, représentent le trois-quarts des décès [4]. Certaines de ces pathologies telles que les disproportions fœto-pelviennes, les bassins rétrécis, le placenta prævia, entre autres, accessibles en consultation prénatale ne sont malheureusement diagnostiquées qu'en salle de naissance aboutissant à une césarienne d'urgence qui dans certains cas ne permet pas d'éviter le décès de la parturiente et/ou de son nouveau-né.

Parmi les stratégies visant à réduire les taux de décès maternels et néonataux, les soins obstétricaux et néonataux d'urgences (SONU) occupent une place importante. L'une des composantes de ces SONU complets est la césarienne [5]. Elle réalise un accouchement artificiel par extraction du fœtus par voie abdominale en générale ou rarement par voie vaginale chaque lorsque l'accouchement par les voies naturelles comporte un risque maternel ou fœtal important [6]. Elle permet d'améliorer le pronostic maternel et fœtal.

Selon les experts de l'OMS réunis au Brésil en 1985, le taux de césarienne idéal devrait se situer entre 10 et 15% pour améliorer la morbidité et la mortalité

maternelle et néonatale [7]. Bien que ce concept est évolué et qu'actuellement il est conseillé d'offrir la césarienne à toutes les parturientes pour lesquelles cette intervention est nécessaire, force est de reconnaître qu'il y'a une très grande disparité entre les taux de césarienne à travers le monde, force est de constater que les taux les plus faibles sont observés en Afrique Subsaharienne, en rapport avec une faible couverture sanitaire et un accès limité aux structures de santé. Un autre aspect important est l'existence d'une grande disparité en ce qui concerne l'efficience de cette intervention à travers le monde [8]. Les taux de césarienne en Europe varient généralement entre 15 et 35% [9] tandis qu'ils sont généralement inférieurs à 10% en Afrique [10]. Les taux nationaux de césarienne au Burkina Faso, au Benin et au Mali sont tous inférieurs à 5%. Des taux hospitaliers autours de 10% ont été rapportés dans ces pays [11].

Aussi comme énoncées plus haut, les nouvelles recommandations de l'OMS, stipulent-elles que « la priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux de césariennes spécifique, mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont réellement besoin [12]. Cette théorie adhère au principe de n'offrir la césarienne qu'aux parturientes ayant une indication médicale. Elle a l'intérêt dans nos pays d'aider à soutenir la politique de gratuité déjà initiée depuis plus d'une quinzaine d'années d'une part et d'autre part d'en améliorer le pronostic. En plus de l'indication, d'autres facteurs (cliniques, socio-économiques) interviennent dans le pronostic final de la césarienne [13, 14].

Au CHU de Kati, aucun travail n'a encore été consacré à l'intervention de la césarienne ; deux ans, après l'ouverture du service, il nous a paru opportun de faire le point sur la pratique de cette intervention dans notre structure.

II-OBJECTIFS

II-OBJECTIFS

1. Objectif général

Etudier la césarienne à la maternité du Centre Hospitalo-Universitaire BSS de Kati.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des césariennes d'urgences et césariennes programmées.
- Préciser les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patientes.
- Identifier les indications de césarienne dans les deux groupes
- Etablir le pronostic materno-foetal des césariennes d'urgences par rapport aux césariennes programmées.

III-GENERALITES

III-GENERALITES

Le souci constant de l'accoucheur de faire naître l'enfant dans le meilleur état possible et sans préjudice maternel, a contribué à une hausse de la fréquence de la césarienne tant dans les pays développés que dans les pays en voie de développement. Le taux de césariennes en France est passé d'environ 10 % en 1981, à 20 % en 2005, et à 21% en 2010 [15].

Aux Etats-Unis, le taux de césariennes est passé de 30,5% en 2008 à 36% en 2014 [16,17]. En Allemagne 26 % en 2004 à 30,8% en 2014 [16,18]. En Angleterre de 21 % en 2004 à 25% en 2014 [16,19]. En Iran, le taux de césarienne s'élève à 26.8% pour les primipares et à 25.5% pour les multipares en hôpitaux publics et respectivement 87.4 à 78.5% en hôpitaux privés [20].

L'Egypte 52% [21]. La chine 54,9% en 2011, Le Brésil 56%, République Dominicaine 58% [22].

Au centre hospitalier universitaire IGNACE DEEN de Conakry, il a été rapporté 3,61% en 1984 ; 4% en 1996 ; 7,23% en 1987 ; 16,87% en 1992 et enfin 17,5% selon une dernière étude en 1998 [23].

Au Mali, les fréquences des césariennes sont variables selon la pyramide sanitaire :

- ✚ Une fréquence de 24,05 % au CHU du Point G [24].
- ✚ Une fréquence de 7,5 % à la maternité de l'Hôpital Régional de Kayes [25].
- ✚ Une fréquence de 8% au CSRéf de la commune V [25].
- ✚ Une fréquence de 37,8% à la maternité de l'Hôpital Régional de Mopti [26]. 5,1% à la maternité de l'Hôpital Régional de Sikasso [27].

1. Historique

1.1 Terminologie

La terminologie du mot césarienne, vieille et légendaire a fait l'objet de plusieurs mythes depuis l'antiquité. Les naissances de dieux et déesses telles que : Indra, bouddha, Asclépios... lui sont rattachées. Ce mode de naissance

étant synonyme de puissance, des divinités ou des royautés. En effet, une mauvaise interprétation d'un texte ambiguë de Pline, dans l'histoire naturelle livre VII, semble à l'origine de cette confusion. En effet dans ce texte, Pline écrit que le premier des césars est né par césarienne mais il désigne en effet Scipion l'africain (à qui le titre de César fut décerné après la victoire sur Carthage à Jama), et non Jules César comme les auteurs du moyen âge l'ont pensé [28].

Comme dit Sacombe au XVIII^{ème} siècle « César ne doit pas plus son nom à l'opération césarienne que l'opération césarienne ne doit son nom à César ».

Le terme césarien viendrait du mot latin 'caederer' signifiant couper, donc la césarienne désigne un accouchement après ouverture du ventre et non un accouchement à la manière de César.

1.2 Histoire de la césarienne

L'histoire de l'opération césarienne peut être divisée en quatre périodes :

-De l'antiquité au moyen âge : césarienne post mortem

Pompilius, roi légendaire de Rome (715-673 avant J.C.) avait codifié la césarienne post mortem dans la " lexrégia " (loi royale), interdisant l'inhumation d'une femme enceinte avant que l'enfant n'ait été extrait.

-Du XVI^{ème} siècle au XIX^{ème} siècle : césarienne sur femmes vivantes

- En 1500 Jacob NUFER, éleveur de porc, Suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur femme vivante (sa propre femme).

- En 1581 : François ROUSSET publia le premier traité de la césarienne en France qu'il a intitulé « Enfentement césarien »

- 1721 : MAURICEAU, comme AMBROISE PARE condamne la césarienne en ces termes « cette pernicieuse pratique empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi fatale de la femme.

- La première suture utérine au fil de soie fut réalisée par LEBAS en 1769

- PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains anciens.

-Du XIXème siècle au début du XXème siècle : avènement de l'asepsie chirurgicale

La notion d'asepsie est apparue à la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle à partir de l'école de Vienne et de l'école Pasteurienne.

L'infection peut être d'origine :

- exogène d'où l'utilité de l'asepsie opératoire

- ou endogène d'où l'intérêt de la prévention de l'infection ovulaire [29]

-Période moderne

C'est d'abord l'avènement de l'antibiothérapie, la pénicilline en 1940 puis les autres antibiotiques. Ensuite, les progrès remarquables dans le domaine de l'anesthésie réanimation mais aussi de la transfusion. Puis, la découverte des ocytociques. Enfin, les connaissances sur la vitalité du fœtus in utero se sont beaucoup développées. Tous ces facteurs ont conduit à une augmentation parfois considérable du nombre de césarienne

2. Rappel anatomique

Dans la césarienne deux éléments importants doivent être étayés à savoir :

- L'utérus gravide

- La filière pelvi-génitale

2.1. Utérus :

2.1.1 Anatomie macroscopique :

a-Définition : l'utérus est un organe musculaire, creux et contractif dont la fonction essentielle intervient au moment de la gestation.

b-Situation : cet organe impair et médian est situé dans la partie moyenne du petit bassin, entre :

- ✓ En avant, la vessie
- ✓ En arrière le rectum
- ✓ En bas le vagin et le périnée

✓ En haut la cavité abdominale

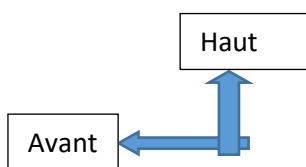
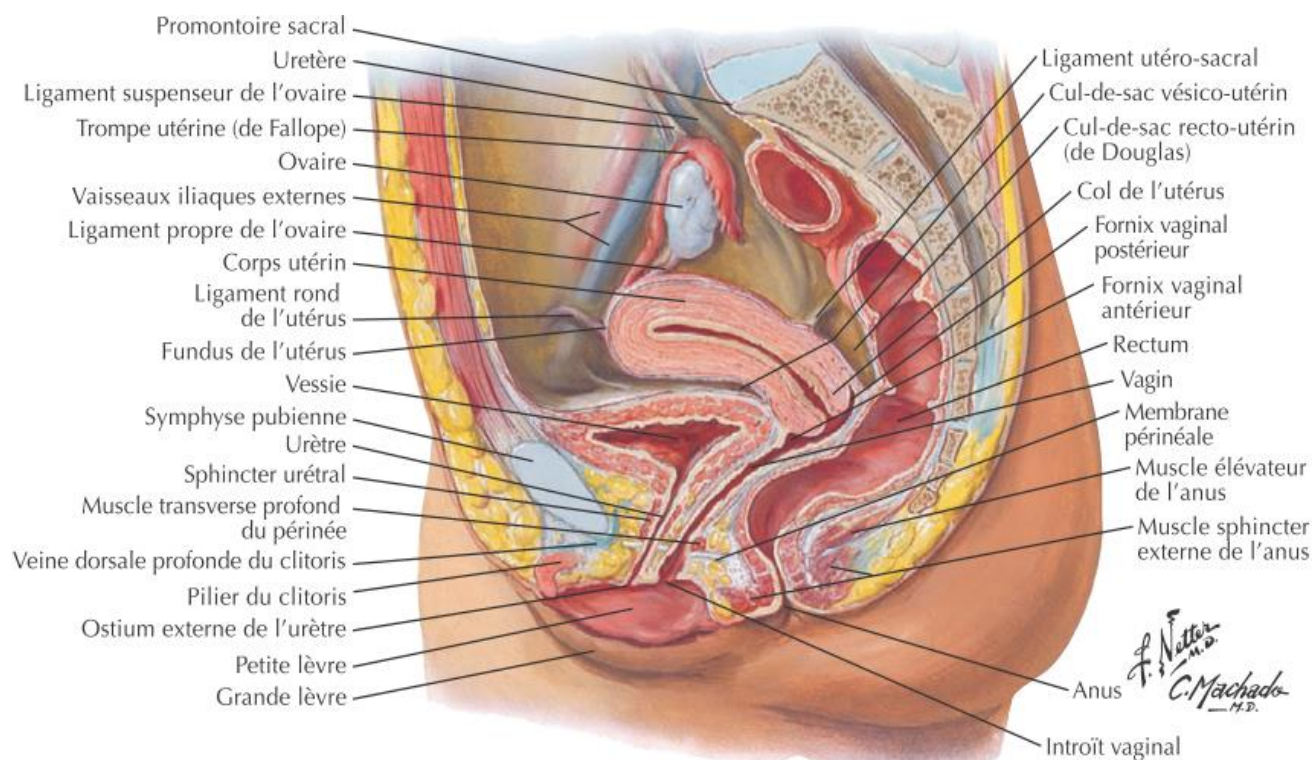


Figure 1 : Coupe sagittale gauche du petit Bassin [30].

c-Configuration externe : il a la forme d'un cône à sommet tronqué (aplatit d'avant en arrière) présentant trois parties : le corps utérin (partie supérieure), le col (partie inférieure), séparées par un étranglement : l'isthme

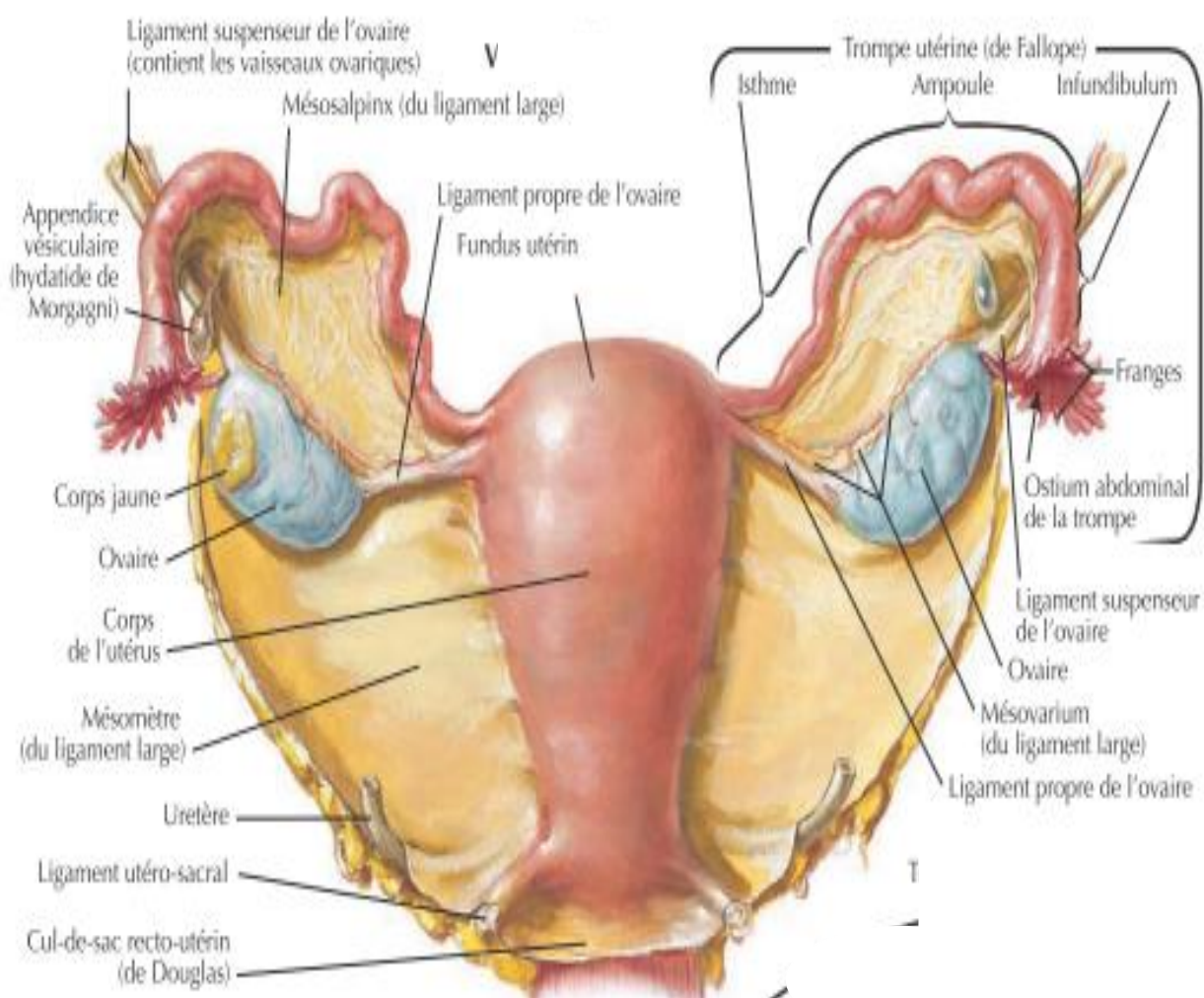


Figure 2: Vue de face de l'utérus [29].

***le corps utérin :**

Aplati d'avant en arrière porte :

- ✓ Une face vésicale (antéro – inférieure)
- ✓ Une face intestinale (postéro supérieure)
- ✓ Deux bords latéraux
- ✓ Un bord supérieur : le fond utérin
- ✓ Deux angles latéraux : les cornes utérines d'où s'abouchent les trompes utérines et où s'insèrent les ligaments ronds et les ligaments propres de l'ovaire.

***Le col utérin** : plus étroit, à peu près cylindrique, donne insertion au vagin qui le divise en deux portions : sus vaginale, et intra vaginale

- ✓ La portion sus vaginale : à ce niveau le vagin s'insère selon un plan oblique en bas et en avant : de ce fait le col n'est pas sur le fond du vagin, mais sur le segment supérieur de sa face antérieure
- ✓ La portion intra vaginale : elle est plus longue en arrière qu'en avant : elle est accessible au toucher vaginal, et visualisable pour le spéculum. Elle a la forme d'un cône tronqué percé à son sommet d'un orifice : l'orifice externe du col (qui donne accès à la cavité utérine) dont l'aspect est variable :
 - Chez la nullipare : il est ferme, élastique avec un petit orifice
 - Chez la multipare : son aspect est beaucoup plus déchiqueté

***L'isthme utérin** : il est situé à la jonction entre col et corps. Les ligaments utéro sacrés s'insèrent à sa face postérieure, il devient le segment inférieur au cours de la grossesse.

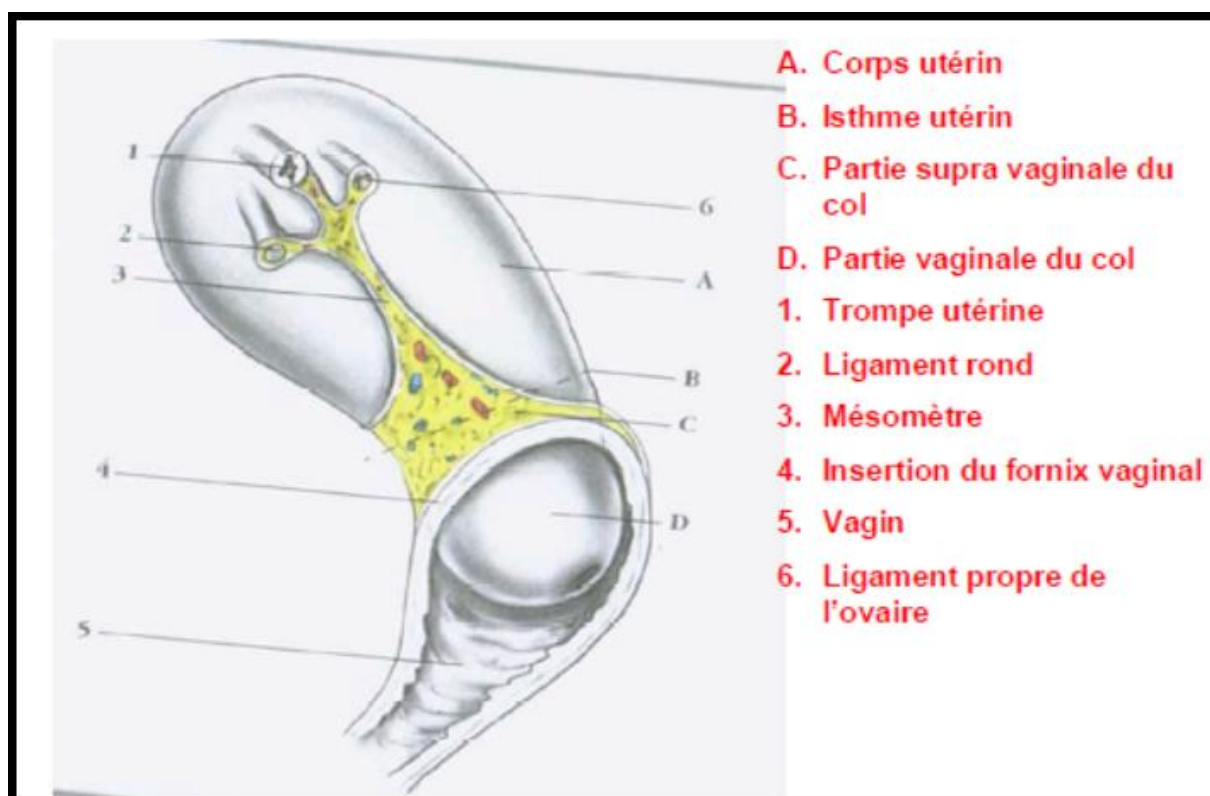


Figure 3: Utérus (vue latérale) [31].

d- L'orientation : l'utérus est normalement entéléchie, antéversé. Dans l'antéflexion l'axe d'ensemble de l'utérus (oblique en haut et en avant, forme avec l'axe du vagin un angle ouvert en bas et en avant. Dans l'antéflexion l'axe du corps de l'utérus perpendiculaire à l'axe du vagin, forme avec l'axe du col de l'utérus un angle de 120° (environ) en bas et en avant.

e-Les dimensions moyennes (en dehors de la grossesse)

✓ Chez la nullipare :

- Longueur : 6-7cm
- Epaisseur : 2-3cm
- Largeur : 5cm à la base, 3cm à la partie moyenne

✓ Chez la multipare, sa hauteur est de 7-9 cm, sa largeur est de 4 cm et son épaisseur de 3cm. Il pèse 50g. Sa capacité est de 2 à 3 ml.

f- La configuration interne : elle peut être étudiée par l'hystérogaphie et l'hystérocopie. C'est un organe creux à cavité virtuelle, grossièrement aplati

d'avant en arrière, et présentant un étranglement correspondant à l'isthme. La cavité du corps est triangulaire à sommet inférieur. Aux deux angles latéraux, s'ouvrent les orifices des trompes utérines. La cavité du col est fusiforme mettant en rapport les cavités utérines et vaginales, elle présente sur ses parois des plis : les plis palmés

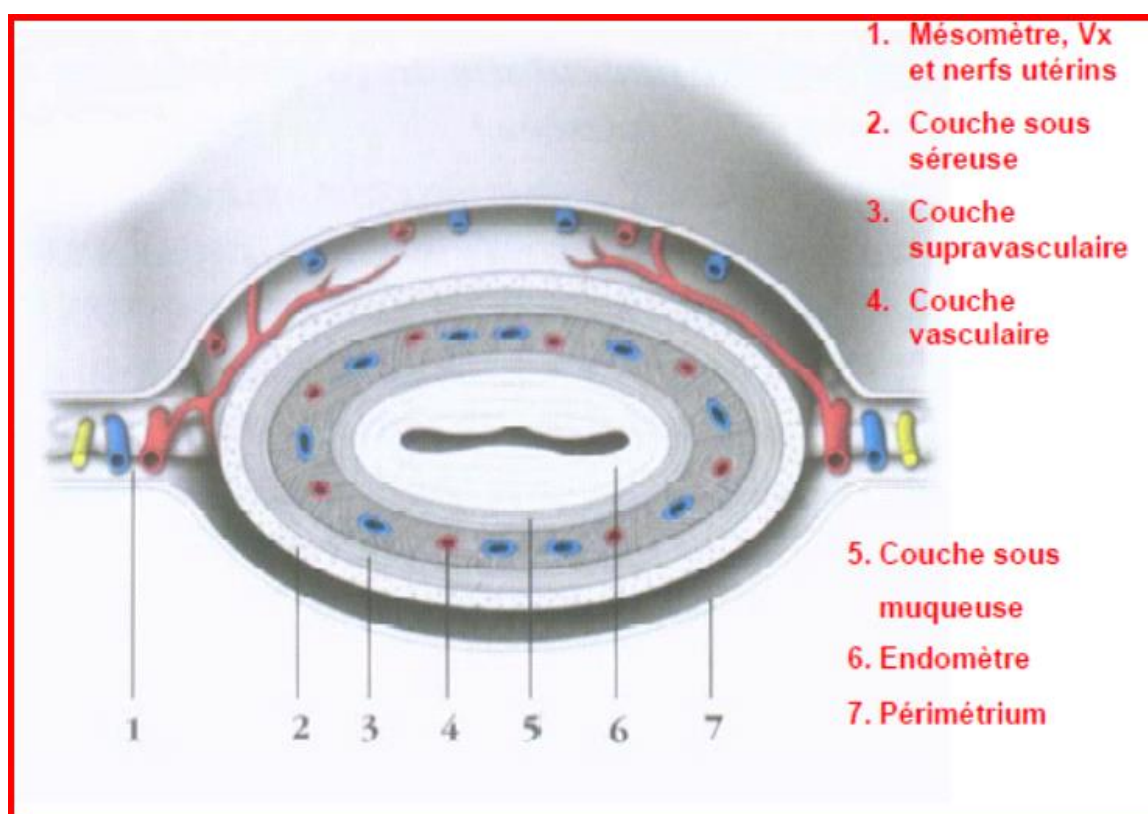


Figure 4:coupe transversale du corps utérin [31].

g- Moyens de fixité : les ligaments utérins sont au nombre de six, pairs et symétriques. Compte tenu de la topographie pelvienne et viscérale, on peut distinguer trois niveaux des ligaments correspondant aux trois groupes d'hystérectomies et aux principales séquences opératoires.

○ Les ligaments utérins de niveau I : ils sont constitués des ligaments ronds et des mésomètres, ils sont souples et laissent au corps utérin sa liberté d'expansion gravidique. Leur section permet d'hystérectomie subtotale. Le ligament rond est mis en évidence par la traction du fundus utérin. Sa section

peu hémorragique permet d'aborder l'espace para vésicale et le cul de sac vésico utérin. Le mésomètre est formé du prolongement du péritoine des faces de l'utérus, sa section libère le corps utérin. Effectuée à environ 15mm du bord latéral de l'utérus. Elle est exsangue, car les vaisseaux qu'il contient sont au contact du corps utérin.

- Les ligaments utérins de niveau II : ils sont supra métériques et comprennent les ligaments vésico utérins, les paramètres et les ligaments utero sacraux. Leur section permet l'hystérectomie totale simple. Le ligament vésico utérin est tendu du col à la base vésicale. Situé au-dessus de l'urètre rétroviral, il constitue le vrai verrou dont la section libère la vessie et l'uretère. Le ligament utero sacral, inséré sur le col et le fornix vaginal postérieur, se termine en regard des vertèbres sacrales S2 – S4. Au cours de l'hystérectomie totale, sa section favorise l'ascension de l'utérus et permet aussi d'entrer plus facilement dans le septum recto vaginal. Le paramètre : sa section entraîne celle de l'anse utérine et libère latéralement l'isthme utérin. Son expansion antérieure inconstante se confond avec la partie latérale du ligament vésico utérin et recouvre l'urètre retrovésical.

- Les ligaments utérins de niveau III : ils sont infra métériques, et sont constitués des paracervix. Leur section caractérise l'hystérectomie totale élargie. La section du paracervix supérieur libère le col supra vaginal et la section du paracervix inférieur, le fornix vaginal latéral. Le paracervix inférieur est en continuité, latéralement avec le ligament latéral de la vessie.

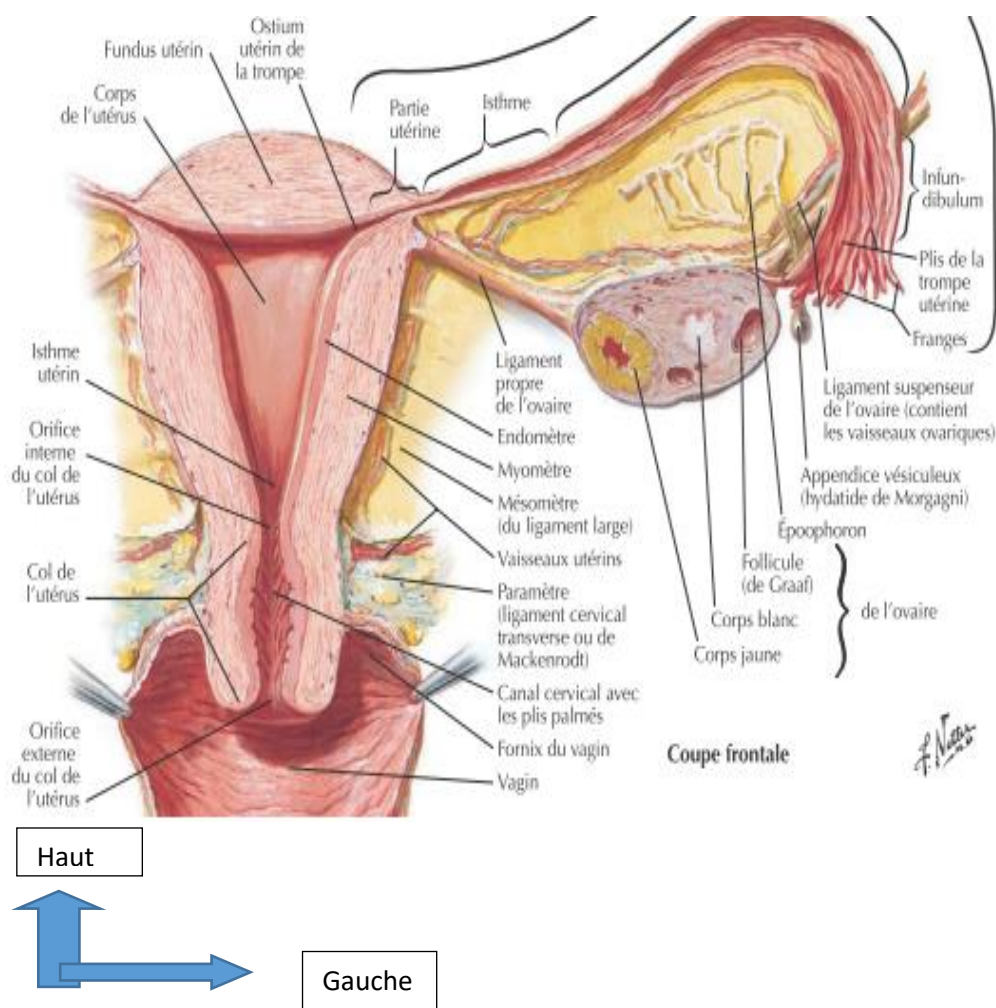


Figure 5 : coupe sagittale de l'utérus avec les moyens de fixités [30].

h- Les rapports :

- Le corps utérin :
 - o Péritoine utérin = périmétrium : sur la face vésicale, la ligne d'adhérence du péritoine, souvent marqué par un sillon est situé au niveau de l'isthme utérin. Sur la face intestinale elle est plus basse au-dessus de l'isthme utérin. En avant, le péritoine utérin se continue avec le péritoine vésical. En arrière il descend sur la face postérieure du fornix vaginal
 - o La face vésicale repose sur la face supérieure de la vessie
 - o La face intestinale répond aux anses grêles et au côlon sigmoïde
 - o Le fundus utérin répond aux anses grêles et souvent au grand omentum
 - o Chaque bord latéral répond au mésomètre
- La partie supra vaginale du col :

- La face antérieure = est située sous le cul de sac vésical utérin
- La face postérieure recouverte de péritoine, donne insertion aux ligaments utéro sacraux recouverts du péritoine
- Chaque bord latéral répond au paramètre situé au-dessus de l'urètre
- La portion vaginale du col et le fornix vaginal : le fornix vaginal isole la partie vaginale du col septique de l'espace sous péritonéal aseptique
- La partie antérieure du fornix vaginal : elle est unie à la vessie, dans l'axe médian, par le tissu conjonctif lâche du septum vésico vaginal, et latéralement par les ligaments vésico utérins
- La partie postérieure du fornix vaginal : elle répond au cul de sac recto utérin. Cette partie donne insertion aux ligaments utéro sacraux
- Chaque partie latérale répond au paracervix et aux vaisseaux cervico-vaginaux
- Le fornix vaginal est solidaire du col utérin par des faisceaux musculaires superficiels utéro vaginaux, longitudinaux et des faisceaux profonds vagino-cervicaux récurrents.

i- Vascularisation – Innervation

La région cervico-vaginale est particulièrement vascularisée en avant et latéralement.

- Les artères :
 - L'artère utérine : c'est l'artère essentielle de la région cervico-vaginale, elle est longue de 13-15cm.
 - **Origine, Trajet et Rapports** : elle naît de l'artère iliaque interne isolement (56% des cas), ou par un tronc commun avec une artère ombilicale (40% de cas).
- Variations : elle peut naître de l'artère honteuse interne (2%) ou d'un tronc commun avec une artère vaginale (2%). Son trajet, arciforme avec un point déclive situé au niveau de l'isthme utérin, présente trois segments : pariétal, paramétrial et mésométrial.

- Le segment pariétal descend en avant contre la paroi pelvienne, jusqu'au niveau de l'épine ischiatique. Il est accompagné :

En avant, des artères ombilicale et obturatrice, des veines utérines antérieures et des vaisseaux lymphatiques utérins.

En arrière, des volumineuses veines utérines postérieures, de l'artère et des veines vaginales, et des vaisseaux lymphatiques utéro vaginaux.

Médialement de l'uretère.

- Le segment paramétrial : il se dirige transversalement en dedans sous le paramètre. Il forme une anse qui croise en avant l'uretère, à environ 20mm de l'isthme et 15mm du fornix vaginal. L'anse utérine est entourée de plexus veineux et de vaisseaux lymphatiques

- Variations : l'anse peut être au contact du fornix

- Le segment mésométrial : il est situé dans le mésomètre contre le bord latéral de l'utérus. Il est sinueux et accompagné : du plexus veineux utérin, des vaisseaux lymphatiques utérins, de nœuds para utérins inconstants, de filets nerveux, en particulier le nerf latéral de l'utérus situé derrière l'artère, et parfois du conduit déférent vaginal.

- **Terminaison** : au niveau de la corne utérine, elle s'incline latéralement, passe sous le ligament rond et la trompe pour se diviser en deux branches, tubaire et ovarique médiales, qui s'anastomosent avec leurs homologues latéraux.

- **Branches collatérales : on distingue**

- Les rameaux cervico-vaginaux (5-6)

- Le rameau mésentérique

- L'artère cervico-vaginale

- Les rameaux cervicaux (5-6)

- Les rameaux corporeaux

- L'artère du ligament rond

- L'artère du fundus utérin

- Les artères vaginales :

Au nombre de 2-3, elles naissent de l'artère iliaque interne, et cheminent dans le paracervix, en arrière de l'anse utérine. Elles donnent des rameaux destinés aux faces antérieures et postérieures du vagin. Ces rameaux s'anastomosent largement entre eux et avec les rameaux cervicaux. Ils forment souvent deux anastomoses longitudinales médianes, les artères azygos antérieure et postérieure du vagin.

Variation : elles peuvent naître des artères utérines ou rectale moyenne

- Les veines : près des viscères, les veines forment deux plexus veineux largement anastomosés :

○ Le plexus utérin collectant essentiellement les veines du corps utérin, est drainé par les veines utérines situées dans le paramètre. Il est drainé accessoirement dans les veines ovariennes.

○ Le plexus vaginal très développé, collecte des veines du col utérin, de vagin et de la base de la vessie. Il est drainé par les veines vaginales situées dans le paracervix.

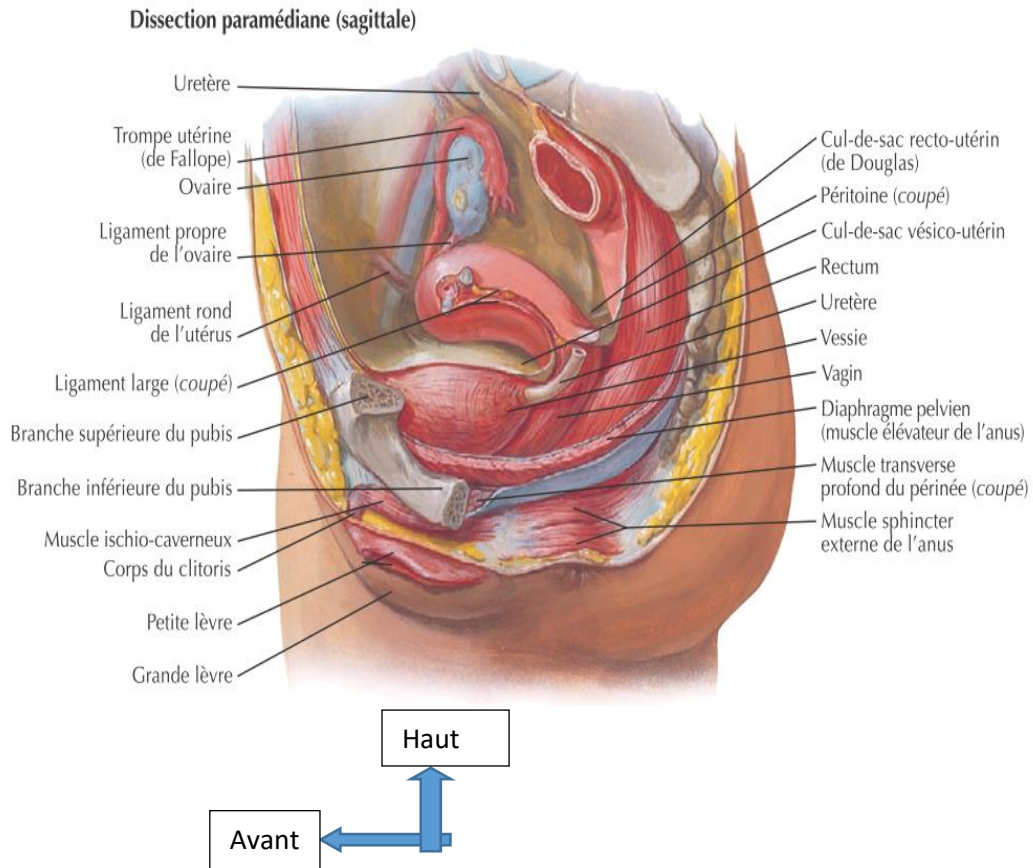


Figure 6: Dissection paramédiane sagittale [30].

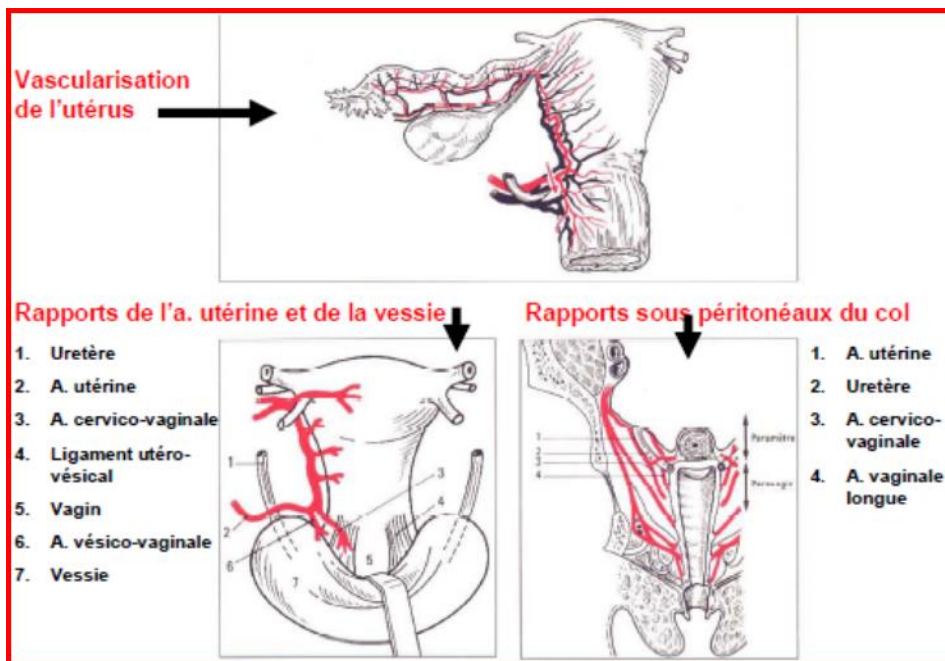


Figure 7: Vaisseaux de l'utérus et rapports du col de l'utérus [31].

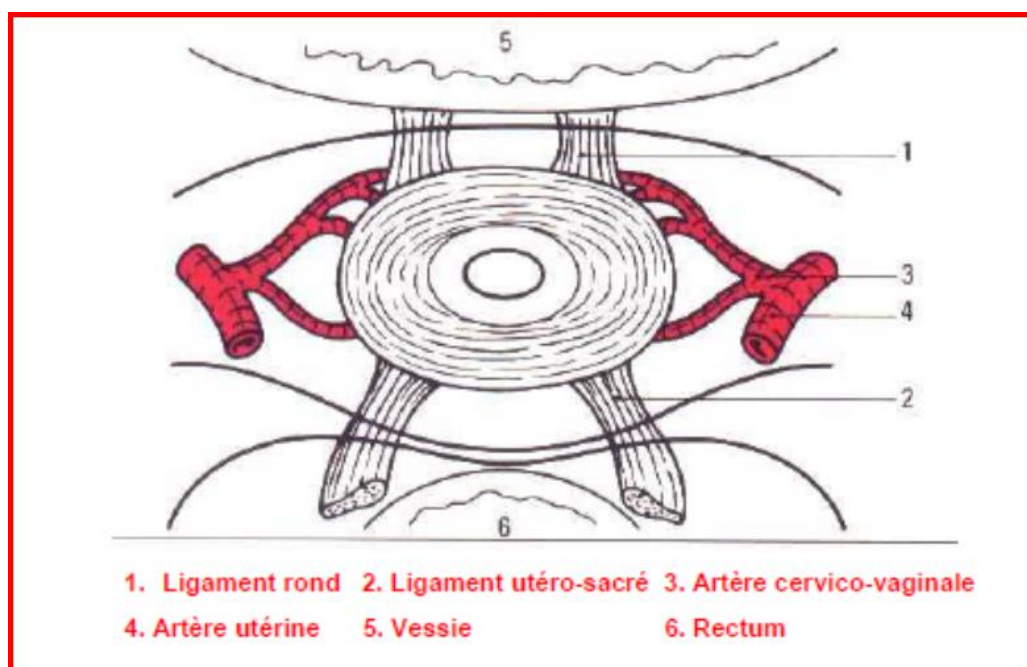


Figure 8 : Distribution de l'artère cervico-vaginale [31].

○ Les vaisseaux lymphatiques : ils forment près des viscères, les plexus lymphatiques para utérins et paravaginaux contenant d'inconstants nœuds lymphatiques. Largement anastomosés entre eux, ils sont drainés par de nombreux collecteurs :

- Les collecteurs annexielle qui drainent aussi le corps utérin, aboutissent aux nœuds lombaires
- Les collecteurs paramétriaux, formés de 2 ou 3 troncs drainent le corps utérin, le col, et le fornix vaginal. Ils rejoignent les nœuds iliaques externes médiaux et obturateurs.
- Les collecteurs situés dans chaque paracervix sont les plus importants. Ils sont formés de troncs d'origine cervicale (2-3) et vaginale (2-3). Ils rejoignent les nœuds inter iliaques, glutéaux et obturateurs
- Les collecteurs sacraux accessoires se portent en arrière dans chaque ligament utéro sacral. Constitués de 2-3 troncs, ils drainent l'utérus et le fornix vaginal postérieur vers les nœuds sacraux ou du promontoire

- Les collecteurs du ligament rond, grêles, drainent le fundus utérin vers les nœuds inguinaux médiaux
- Les nerfs proviennent du plexus hypogastrique inférieur.

2.1.2. Anatomie microscopique :

La paroi utérine, épaisse d'environ 1cm, se compose d'une tunique externe séreuse ou adventitielle, d'une tunique musculaire, et d'une muqueuse.

- **La tunique externe :**
 - La tunique séreuse ou périmétriium : elle est constituée par la séreuse péritonéale, qui recouvre le fundus et les faces vésicales et intestinale du corps.
 - La tunique adventitielle ou fascia utérin : c'est un tissu conjonctif, qui recouvre les surfaces non péritonisées de l'utérus
- **La tunique musculaire :** myomètre : elle est constituée de fibres musculaires lisses groupées en faisceaux, et séparées par du tissu conjonctif. L'ensemble des études montre que le corps utérin est à prédominance musculaire, et le col, à prédominance conjonctive. La densité du tissu musculaire, qui varie selon les régions d'origine, est au niveau du corps, de 68,8%, au niveau du tiers supérieur du col de 28,8%, au niveau du tiers moyen du col, de 18% et au tiers inférieur du col de 6,2% (BORIE, RORIE ET NEWTON)

*Tunique musculaire du corps : elle s'organise en 4 couches superposées :

- La couche sous séreuse, très mince, est formée de faisceaux longitudinaux ou obliques, qui se prolongent avec les ligaments utérins
- La couche supra vasculaire, mince est constituée de faisceaux essentiellement circulaires
- La couche vasculaire, épaisse, forme les deux tiers de la paroi. Elle est constituée de faisceaux musculaires plexi formes qui entourent de nombreux vaisseaux
- La couche sous muqueuse, mince est formée de faisceaux musculaires circulaires.

*La tunique du col : elle présente quelques faisceaux musculaires circulaires, des fibres longitudinales utéro vaginales qui se prolongent dans le vagin, des fibres obliques qui se terminent dans la muqueuse cervicale, et des fibres récurrentes vagino – cervicales.

- **La tunique muqueuse :**

*Tunique muqueuse du corps ou endomètre :

Elle présente :

- Un épithélium de surface, simple et cubique en phase folliculaire. Il devient cylindrique en phase lutéale

- Des glandes utérines, tubaires, droites en phase folliculaire et spiralées en phase lutéale

- Une lamine propria contenant une couche fonctionnelle compacte, une couche fonctionnelle spongieuse, et une couche basale. Seule la couche basale, liée au myomètre, persiste en phase menstruelle

- Des artères basales, qui donnent à la couche fonctionnelle des artérioles spiralées

*La muqueuse de l'endocol : est un épithélium uni stratifié, à cellules prismatiques de type mucipares dans les sillons des plis palmés

*la muqueuse de l'exocol : elle est constituée d'un épithélium pavimenteux stratifié, mince, chargé en glycogène.

2.2. Utérus gravide

Au cours de la grossesse, l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa forme, ses propriétés physiologiques et sa réactivité. L'utérus est pelvien pendant les premières semaines de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du 2ème mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

Les dimensions sont les suivantes :

Hauteur Largeur

A la fin du 3ème mois 13 cm et 10 cm

A la fin du 6ème mois 24 cm et 16 cm

A terme 32 cm et 22 cm

A terme, l'utérus pèse environ 900 à 1200 g. Sa capacité est de 4 à 5 l.

Le col utérin se modifie peu en dehors des changements liés à l'imbibition gravidique, le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse [32].

La particularité de l'utérus gravide est l'apparition au dernier trimestre du segment inférieur, entité anatomique développée au niveau de la région isthmique.

Du point de vue anatomique, son origine, ses limites sa structure faisant l'objet de discussion entre les auteurs nous nous limiterons à rappeler ses rapports dont la méconnaissance pourrait favoriser la survenue de complications per opératoires :

En avant

- Le péritoine vésico-utérin épaissi par l'imbibition gravidique et facilement décollable
- La vessie, qui même vide reste au-dessus du pubis. Elle est décollable et peut être refoulée vers le bas

Latéralement : la gaine hypogastrique contenant les vaisseaux utérins, croisés par l'uretère.

En arrière c'est le cul-de-sac de Douglas séparant le segment inférieur du rectum et du promontoire.

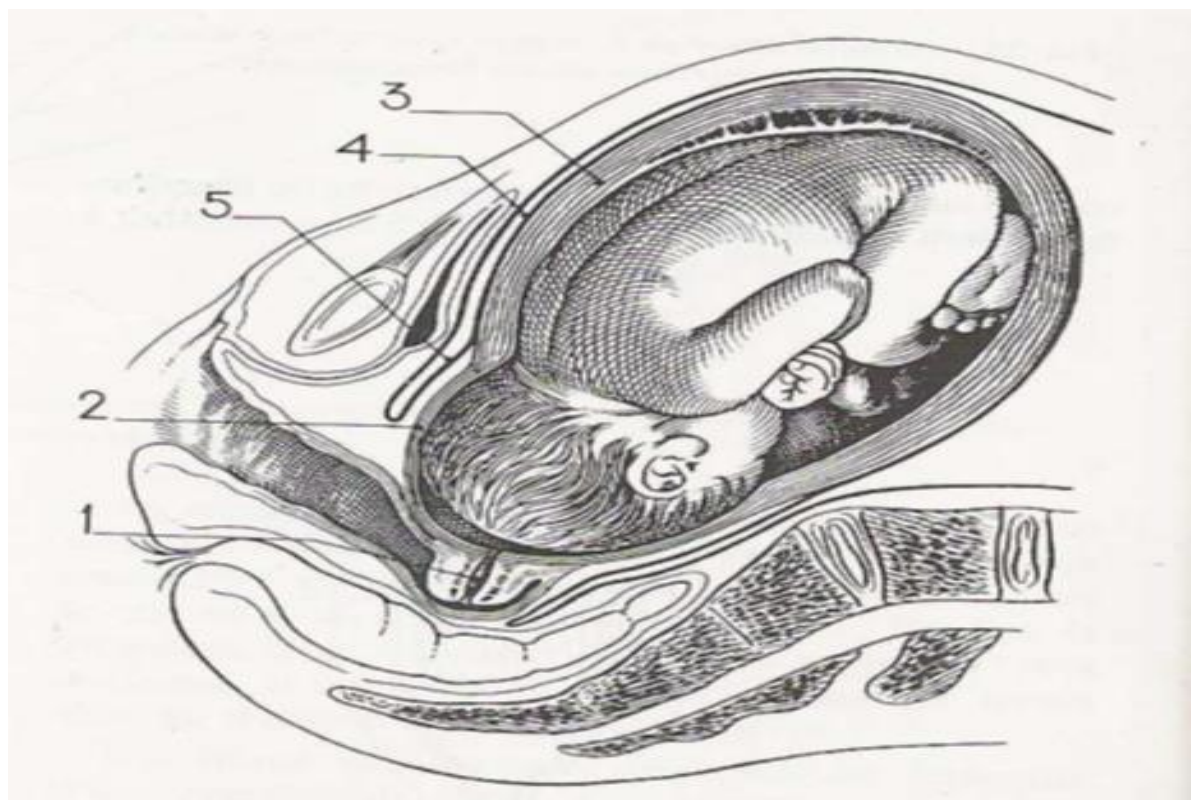


Figure 9: Schéma de l'utérus gravide[31].

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

2.3. Le Canal pelvi-génital :

IL comprend deux éléments :

- Le bassin osseux
- Le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée

a. Le bassin

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs ; constitué par les 2 os iliaques en avant et latéralement, et par le rectum et le coccyx en arrière. Il est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison, nous ne décrivons ici que le

petit bassin. Celui-ci est formé de 2 orifices supérieur et inférieur séparés par une excavation.

○ **Le détroit supérieur ou l'orifice supérieur**

C'est le plan d'engagement du fœtus, séparant le petit bassin du grand bassin. Il est formé par :

- ✓ En avant : le bord supérieur de la symphyse pubienne et des 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

Diamètres du détroit supérieur :

Diamètres antéro-postérieurs :

-Promonto-suspubien = 11 cm

-Promonto-retropubien = 10,5 cm

-Promonto-sous-pubien = 12 cm

-Les diamètres obliques : allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12cm.

-Les diamètres transversaux : le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus. Il mesure 13 cm.

-Les diamètres sacro-cotyloïdiens : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurent chacun 9 cm.

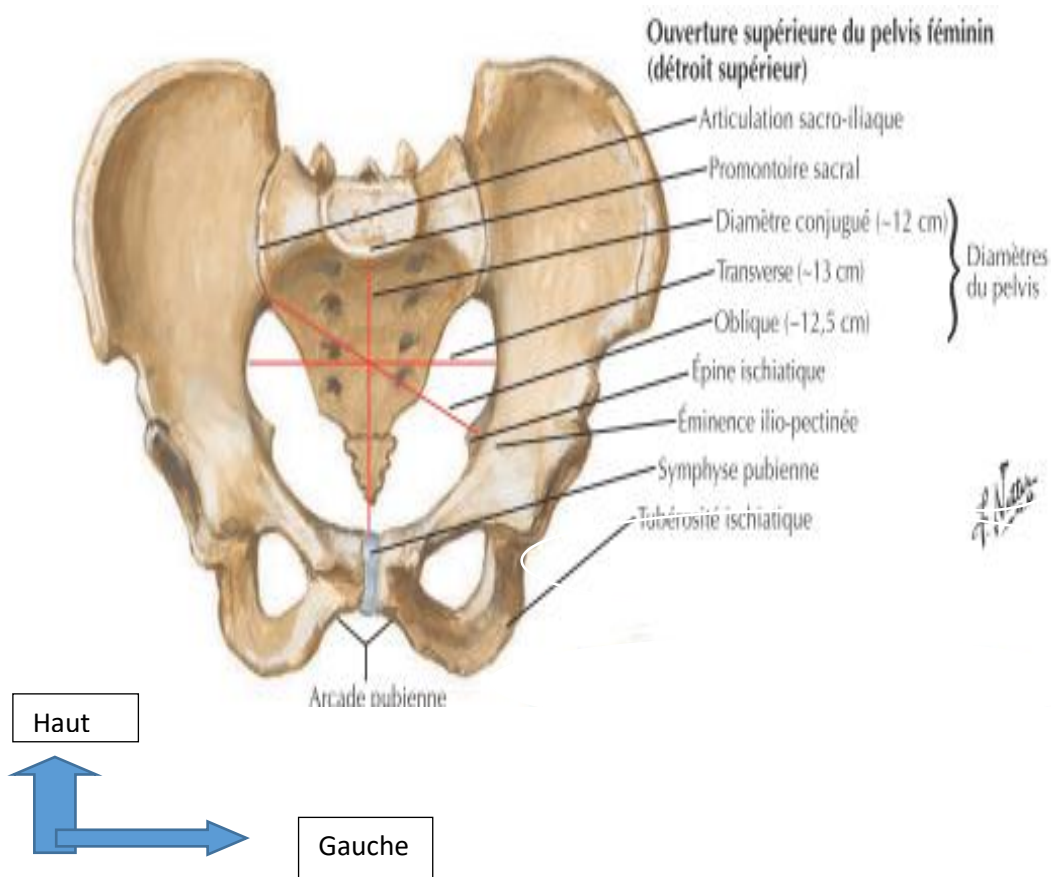


Figure 10: Détroit supérieur [29].

○ **L'excavation pelvienne :**

« Elle a la forme d'un tronc de tore » dont le grand axe de l'orifice supérieur est transversal et celui de l'orifice inférieur est antéropostérieur. Ses limites sont :

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

L'excavation est le lieu de descente et de rotation de fœtus.

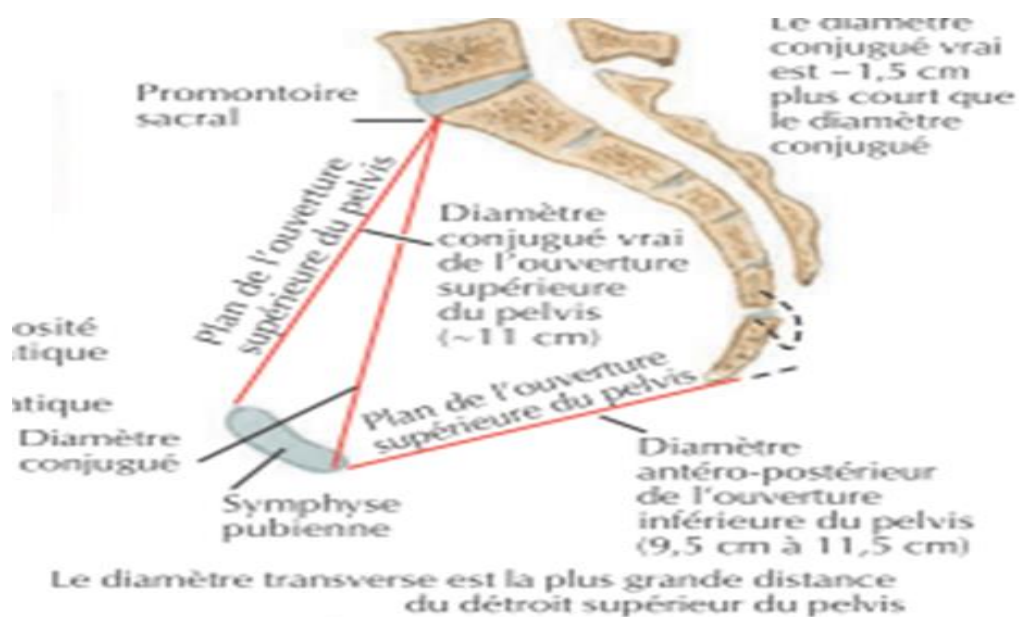


Figure 11. Excavation pélvienne [29].

○ **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-sciatiques.
 - ✚ Les diamètres du détroit inférieur
- ✓ Le diamètre sous-coccyx-sous-pubien est de 9,5 cm mais, peut atteindre 11 à 12 cm en pulsion ;
- ✓ Le diamètre sous-sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11 cm.

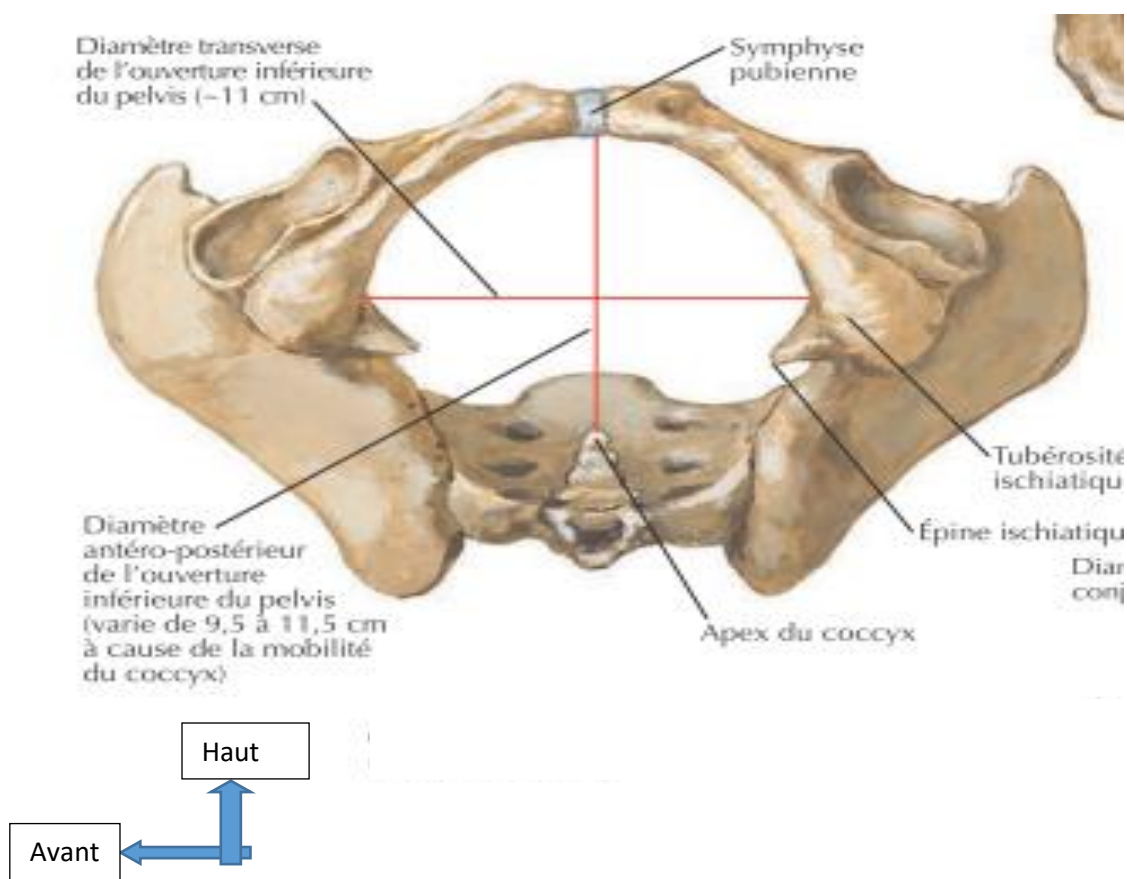


Figure 12: Détroit inférieur [30].

b. Le Diaphragme pelvi-génital

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 à lui, au diaphragme pelvien accessoire.

Le diaphragme pelvien accessoire :

C'est un ensemble musculo-aponévrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne. C'est le périnée anatomique. Il se divise en :
Périnée postérieur qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus et en arrière un ensemble musculaire se joignant sur le raphé Ano coccygien.

- ✓ Périnée antérieur qui comprend les muscles péri-vaginaux et péri-vulvaires et le moyen fibreux central.

Il faut surtout retenir que les importants délabrements périnéaux réparés peuvent conduire à la césarienne car l'accouchement par voie basse risque de produire des lésions.

Au cours de l'accouchement une bonne ampliation du périnée est indispensable ; d'où le recours à la césarienne en cas de délabrement important de celui-ci lors de l'accouchement précédent pour ne pas compromettre la réparation chirurgicale d'une telle lésion si grave du point de vue fonctionnel [34].

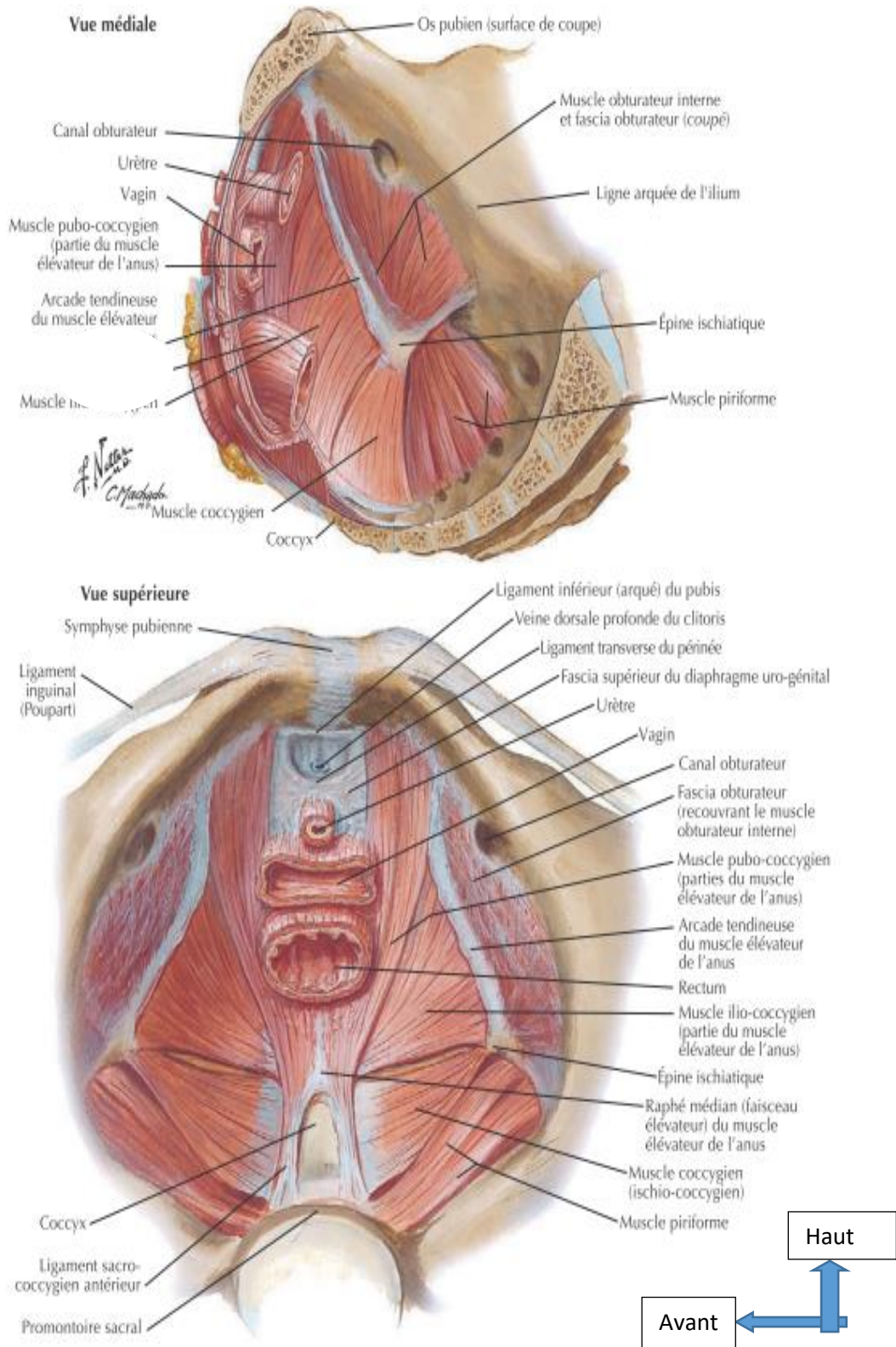


Figure 13: Vue médiale et supérieure du périnée [30].

3. Indications

Prendre la décision de faire une césarienne ne doit pas être une solution de facilité. Si la sécurité de cette opération est devenue très grande grâce aux progrès de l'anesthésie réanimation, à la généralisation de la césarienne segmentaire et la possibilité d'une antibiothérapie ; la mortalité maternelle n'a pas pour autant diminué. C'est surtout la morbidité d'une telle intervention (fréquence élevée des complications) qui impose des indications précises et justement posées [34, 35].

Actuellement les indications de la césarienne sont devenues très larges et intéressent pratiquement toute la pathologie obstétricale.

Le choix d'une classification reste arbitraire et peut se faire soit en :

- Fonction du moment de la décision : césarienne programmée ; césarienne d'urgence ;
- Fonction de l'intérêt maternel ou fœtal ;
- Fonction de l'évolution des concepts : Indications classiques ou modernes [35].

La comparaison des taux de césarienne est souvent difficile à faire entre hôpitaux ou entre pays en raison des différences intrinsèques qui existent en ce qui concerne les caractéristiques des hôpitaux et des patientes (case-mix), mais aussi les pratiques cliniques et directives de soins en vigueur dans les différents sites. L'absence d'un système de classification internationalement acceptée et suffisamment fiable pour comparer les taux de césarienne entre différents hôpitaux ou pour suivre l'évolution des taux de césarienne au sein d'un même établissement a contribué à alimenter des controverses sur l'existence d'un taux optimal de césarienne et sur les risques et avantages éventuels de l'augmentation récente des taux de césarienne partout dans le monde [36].

3.1 Classification de Baltimore

En 2006, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) et l'Initiative pour l'évaluation du programme de mortalité maternelle (Impact) ont coparrainé une réunion avec des chercheurs pour débattre des meilleurs moyens

pour promouvoir la collecte et l'examen de routine d'indications comparables pour les césariennes [37]. Lors de cette réunion, les participants venus de 21 pays ont présenté des informations sur les systèmes actuels de classification utilisés pour signaler les indications concernant les accouchements par césarienne. Mais également des données sur les tendances de l'accouchement par césarienne par quelques pays d'Amérique Latine, d'Asie et d'Afrique de l'Ouest. Le groupe a recommandé la mise en œuvre d'une classification pour les césariennes, divisée en indications maternelles absolues et non absolues. Il a également suggéré que les pays devraient systématiquement examiner les indications pour la césarienne en ajoutant des éléments de données standards aux rapports de routine.

Les comparaisons des résultats pour la mère et l'enfant sont souvent faites entre ces deux catégories de césariennes. Les deux groupes sont présentés par le tableau 1 ci-dessous.

Tableau I: Classification des indications maternelles absolues Indications non absolues [37].

Indications maternelles absolues	Indications non absolues
1. Dystocie	1. Eclampsie/ pré-éclampsie
2. Bassin déformé	2. Souffrance foetale
3. Echec de l'épreuve du travail	3. Absence de progrès dans le travail
4. Gros fœtus	4. Présentation de siège
5. Bassin immature	5. Hémorragie antépartum, à l'exclusion des cas majeurs incluant le décollement du placenta
6. Hémorragie antépartum majeure et placenta prævia (classe 3 ou 4)	6. Antécédent de césarienne
7. Rupture utérine	7. Cicatrice utérine de chirurgie antérieure
8. Disproportion fœto-pelvienne	8. Travail prolongé
9. Présentation vicieuse (y compris transversale, oblique, par le front)	9. Procidence / circulaire cordon
10. Bassin généralement rétréci	10. Rétention du jumeau
11. Placenta prævia de grades 3 ou 4	11. Mouvement foetal réduit ou absent
12. Procidence du Bras	12. Bébé précieux
13. Autres	13. HTA avec induction grossesse
	14.. Antécédent de cure de prolapsus utérin
	15. Autres

3.2 Classification de Robson

Parmi les nombreux systèmes existants utilisés pour classer les césariennes selon les caractéristiques des patientes, celui de Robson a été jugé par des experts comme le plus reproductible et le plus facile à utiliser [38]. L'objectif premier de cette méthode est de faciliter la comparaison des taux de césarienne au sein de populations obstétricales relativement homogènes. Ce système utilise 10 groupes mutuellement exclusifs et repose sur cinq caractéristiques obstétricales de base qui sont en principe systématiquement collectées dans toute maternité lors de l'admission de la femme pour accouchement :

- 1) la parité (nullipares, multipares avec et sans antécédent de césarienne),
- 2) le début du travail (spontané, déclenché ou absence de travail lors d'une césarienne programmée),
- 3) l'âge gestationnel,
- 4) la présentation du fœtus et
- 5) le nombre de fœtus.

Le tableau N°2 ci-dessous présente la définition des 10 groupes avec les caractéristiques des femmes incluses dans chaque groupe.

Tableau II: Classification en 10 groupes de Robson. [40].

Groupe	Définition des populations obstétricales
1	Nullipares avec grossesse unique en présentation céphalique, ≥ 37 semaines de gestation, en travail spontané
2	Nullipares avec grossesse unique en présentation céphalique, ≥ 37 semaines de gestation, avec un déclenchement du travail ou césarienne programmée avant travail
3	Multipares avec grossesse unique en présentation céphalique, ≥ 37 semaines de gestation, sans antécédent de césarienne
4	Multipares avec grossesse unique en présentation céphalique et antécédent de césarienne, ≥ 37 semaines de gestation avec un déclenchement du travail ou césarienne programmée avant travail
5	Toutes les multipares avec au moins un antécédent de césarienne, une grossesse unique en présentation céphalique
6	Toutes les femmes nullipares avec une grosse unique en présentation du siège
7	Toutes les femmes multipares avec une grossesse unique en présentation du siège, y compris les femmes avec un antécédent de césarienne
8	Toutes les femmes avec une grossesse multiple y compris les femmes avec un antécédent de césarienne
9	Toutes les femmes ayant une grossesse unique en présentation transversale ou oblique, y compris les femmes avec un antécédent de césarienne
10	Toutes les femmes ayant une grossesse unique en présentation céphalique < 37 semaines de gestation, y compris les femmes avec un antécédent de césarienne

Les principaux avantages de ce système de classification sont, entre autres, sa simplicité et sa pertinence clinique. Aussi, ce système utilise des classes de population mutuellement exclusives et totalement inclusives à partir des caractéristiques maternelles qui sont généralement collectées en routine dans toutes les maternités lors de l'admission des femmes pour accouchement.

Cela facilitera le système de suivi et d'évaluation des césariennes et permettra une comparaison des taux aussi bien en institution qu'en population.

De plus, la classification de Robson permet de distinguer les femmes selon plusieurs niveaux de risque obstétrical. Les 4 premiers groupes peuvent être considérés comme les femmes à bas risque de césarienne tandis que les 6 autres sont des femmes à risque élevé. Cette distinction des femmes selon le niveau de risque a été utilisée dans ce travail de thèse.

4. Techniques de césarienne

4.1 Composition d'une boîte de césarienne :

Elle est presque la même que les autres boîtes de laparotomie d'urgence et comporte :

- ✚ Deux valves de Doyen ;
- ✚ Un écarteur de COLLIN ou de PICHARD avec trois jeux de valves mobiles ;
- ✚ Deux écarteurs de FARABOEUF grand modèle, largeur 15 mm ;
- ✚ Un bistouri N°14 court ;
- ✚ Un porte-aiguille de MAYO HEGAR de 20 cm ;
- ✚ Une paire de ciseaux de METZEBaum de 23 cm ;
- ✚ Une paire de ciseaux de MAYO courbe de 18 cm ;
- ✚ Une paire de ciseaux à fil à bout rond ;
- ✚ Une pince à disséquer à griffe de 20 cm ;
- ✚ Une pince à disséquer sans griffe de 20 cm ;
- ✚ Une pince à disséquer sans griffe de BARRAYA de 25 cm ;
- ✚ Six pinces à cœur ;

- ✚ Dix pinces de KELLY courbes 14 cm ;
- ✚ Deux pinces de KOCHER droites 14 cm ;
- ✚ Deux pinces de FAURE courbes 21 cm ;
- ✚ Quatre pinces à champ de BACKAUS de 10 cm ;
- ✚ Deux pinces de BENGOLEA sans dent, courbes, 20 cm

4.2. Voies d'abord

L'accès à la cavité péritonéale peut se faire classiquement de deux façons :

- Soit par une laparotomie médiane :

Celle-ci peut se faire de deux manières sous ombilicale ou en sus et sous ombilicale. La laparotomie médiane sous-ombilicale est utilisée comme une des voies d'abord dans la césarienne segmentaire tandis que la laparotomie sus et sous-ombilicale est utilisée pour la césarienne corpo réelle [40].

- Soit par une laparotomie transversale basse ou incision PFANNENSTIEL

C'est une incision sus-pubienne transversale. Elle se situe à environ 3cm au-dessus du rebord supérieur du pubis. On réalise une incision obliquement vers le haut du tissu sous-cutané et une section arciforme de l'aponévrose, qui est ensuite décollé du plan musculo-aponévrotique. Ceci permet d'exposer les muscles grands droits dont la séparation le long de la ligne médiane donne accès au péritoine qui sera incisé longitudinalement.

Cette technique est préférable à la laparotomie médiane pour trois raisons :

- ✚ Un résultat esthétique meilleur ;
- ✚ Une incidence très basse des hernies cicatricielles ;
- ✚ Et une meilleure résistance à une éventuelle mise sous tension lors d'une grossesse ultérieure.

Cependant l'exécution de l'incision de PFANNENSTIEL prend beaucoup de temps, d'où elle n'est pas conseillée en cas d'extrême urgence. Cette technique constitue une des voies d'abord de la césarienne segmentaire.

Il existe cependant d'autres techniques d'incision transversale, dont les plus fréquemment utilisées sont les incisions transversales avec ligatures des

vaisseaux épigastriques (incision de May lard ou Morley), ou sans ligatures de ces derniers (incision de Mouchel) [41,42]. Ou incision de Joël Cohen [43]. Celles-ci sont particulièrement adaptées aux grandes urgences et aux difficultés imprévisibles de l'extraction.

4.3. 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. Elle offre une cicatrice de moins bonne qualité.

•Hystérotomie corpo réelle

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 utérine inopinée au cours du travail d'accouchement.

•Hystérotomie segmento-corporo réelle

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.

- Césarienne itérative :

Il s'agit d'une hystérotomie à faire sur un utérus cicatriciel, ayant déjà subi une césarienne.

4.4- la technique proprement dite

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

4.4.1. La césarienne segmentaire

Premier temps : Mise en place des champs ; coeliotomie sous-ombilicale ou transversale dans un souci esthétique surtout.

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

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

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

Cinquième temps : extraction de l'enfant. Dans la présentation céphalique, 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.

Avantage de la césarienne segmentaire :

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

Technique classique de la césarienne

1 Voies d'abord Incision de Pfannentiel

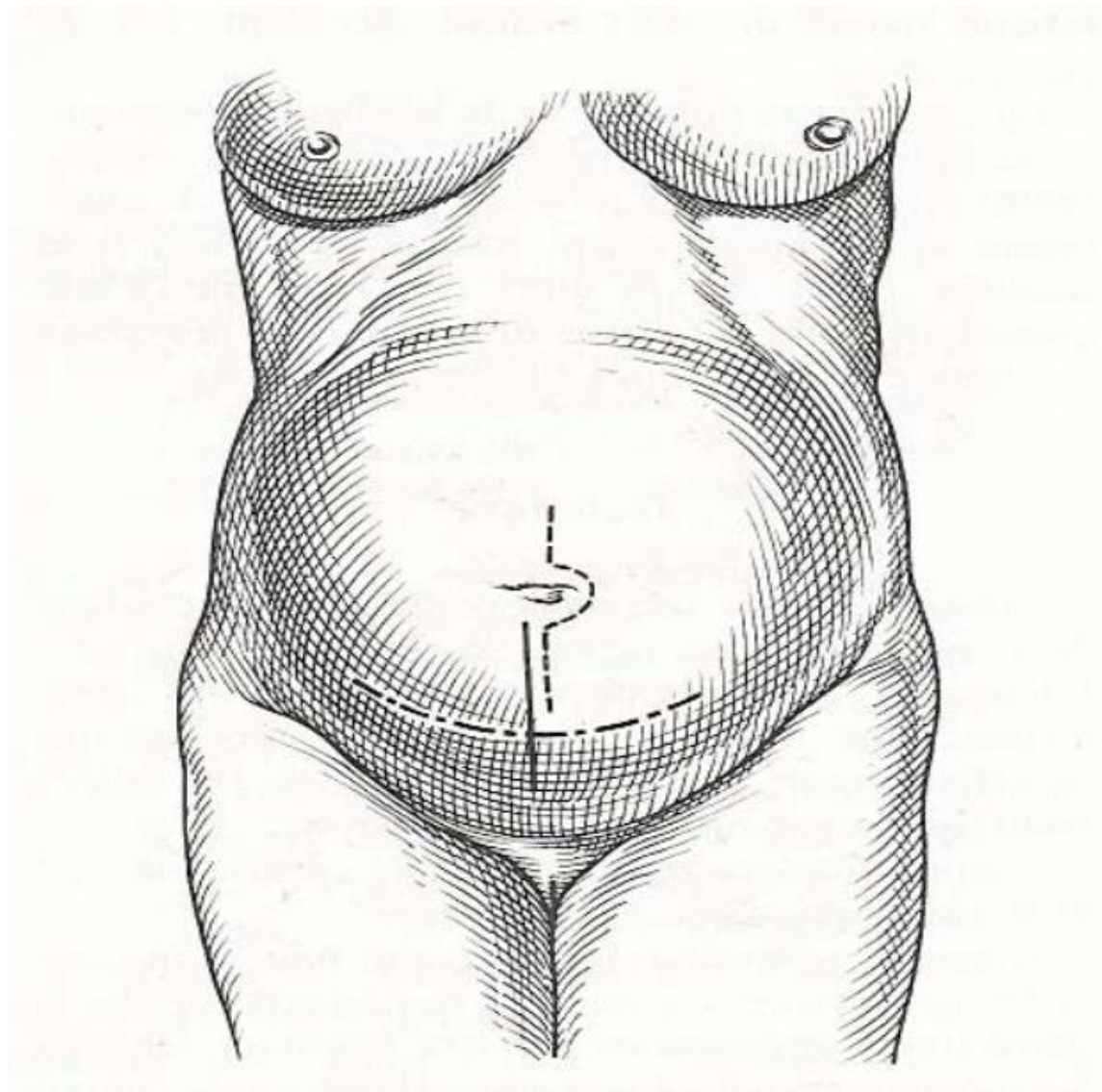


Figure 14: Technique classique de la césarienne Voies d'abord : PFANNENTIEL, IMSO, IMSSO [45].

Technique classique de la césarienne

1 Voies d'abord Incision de Pfannentiel

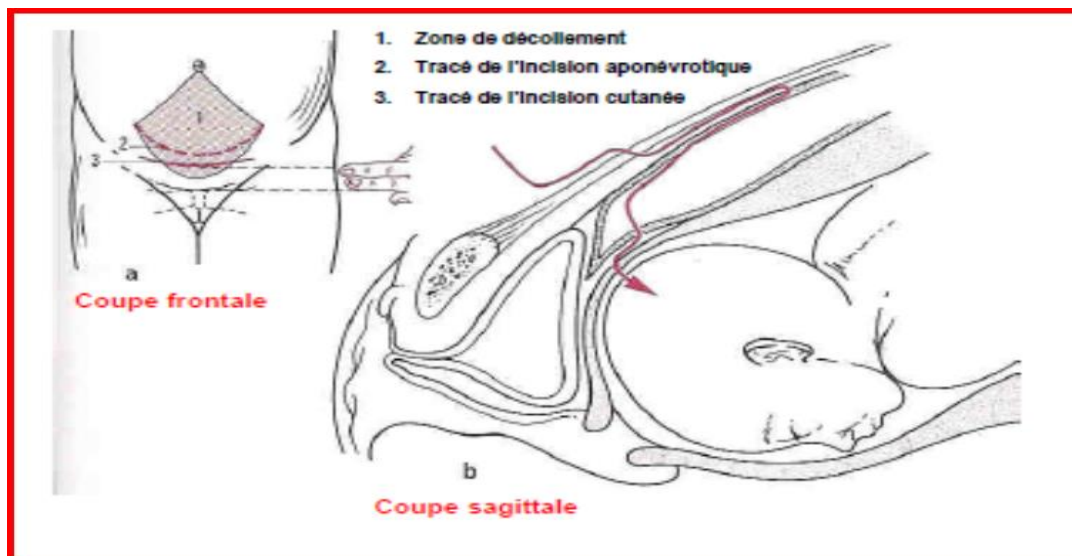


Figure 15: Technique classique de la césarienne. Voies d'abord (incision de Pfannentiel) [45]

2 Exposition

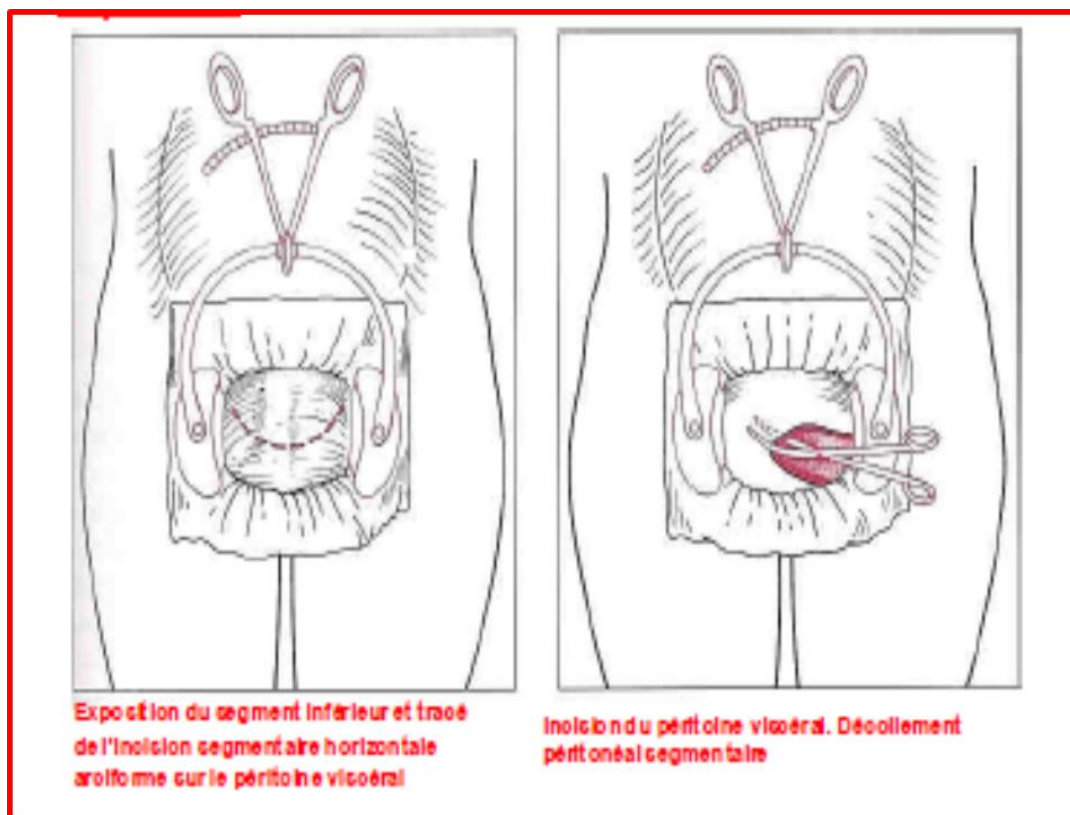


Figure 16: Technique de la césarienne : exposition [45].

Technique classique de la césarienne

3 Décollement vésical

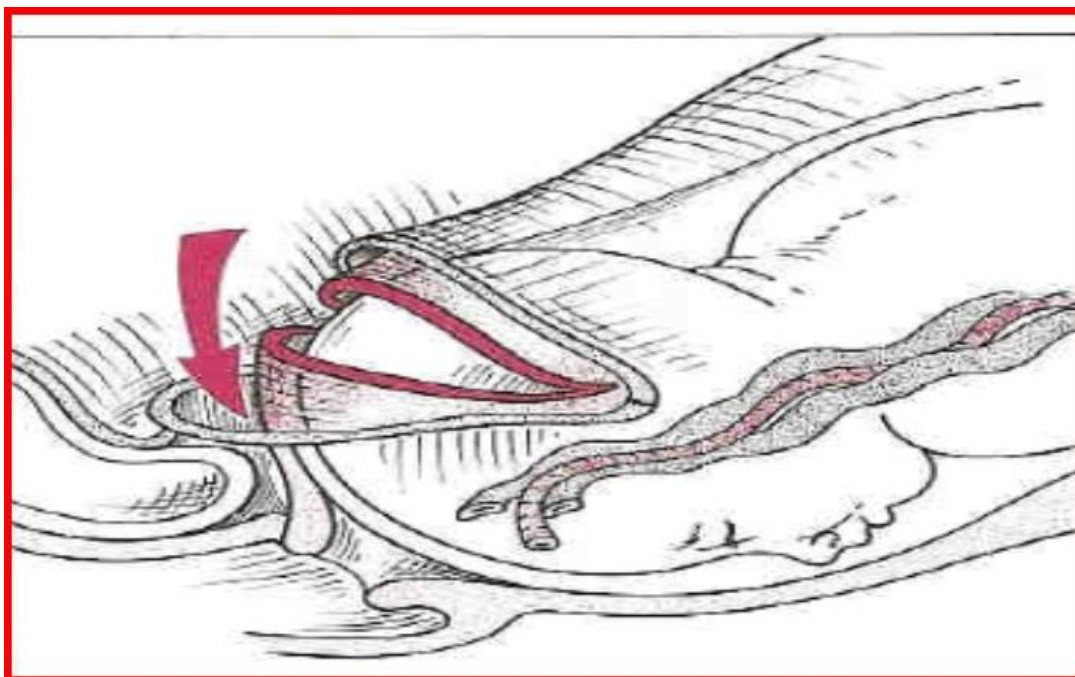


Figure 17: Technique de la césarienne : décollement vésical [45].

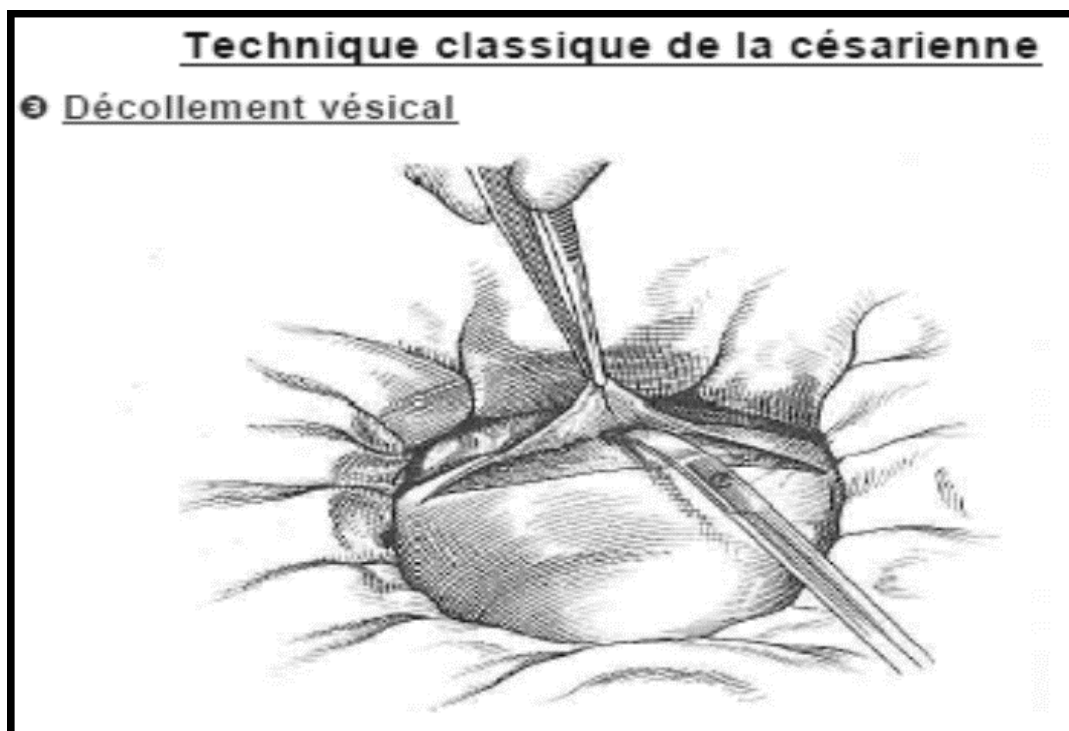


Figure 18: Technique de la césarienne : décollement vésical [45].

Technique classique de la césarienne

4 Incision du segment inférieur

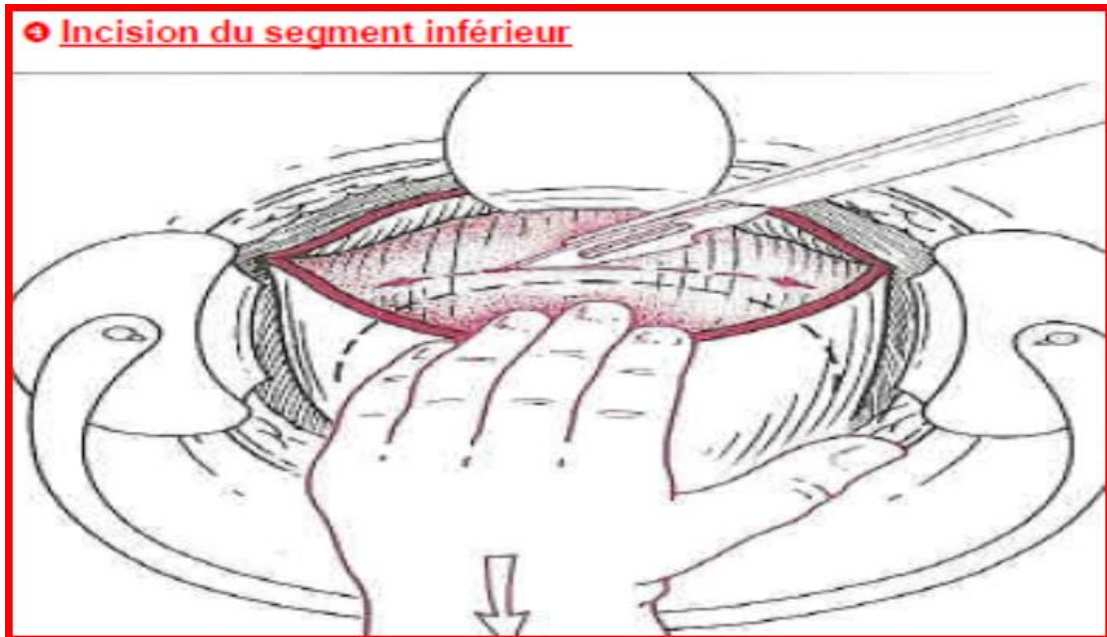


Figure 19 Technique de la césarienne : hystérotomie segmentaire Racinet C, Flavier M [45].

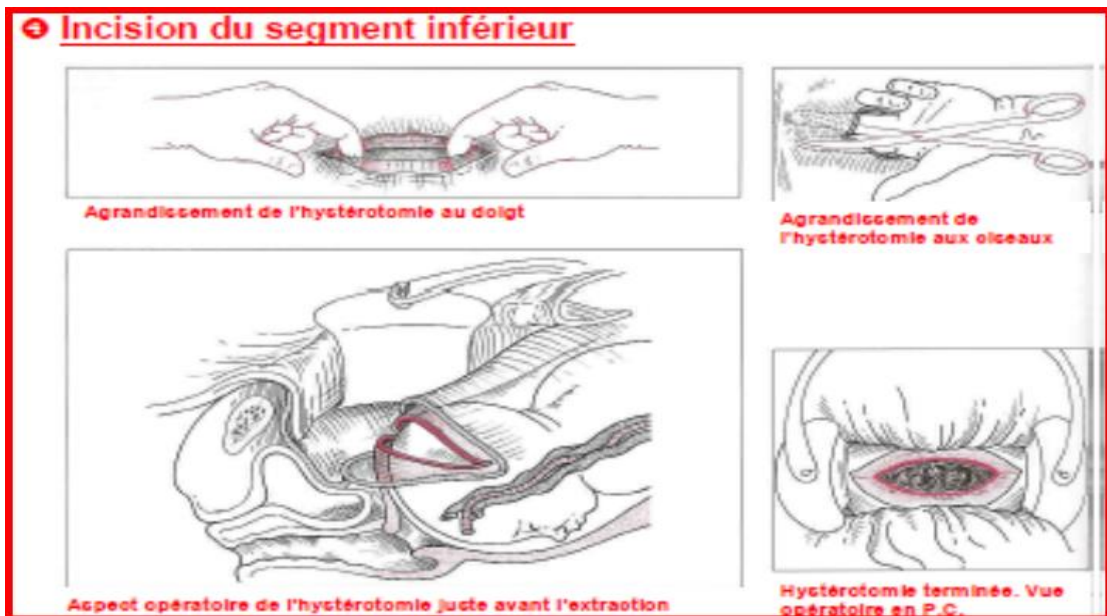


Figure 20: Technique de la césarienne : incision du segment inférieur [45].

Technique classique de la césarienne

5 L'extraction fœtale

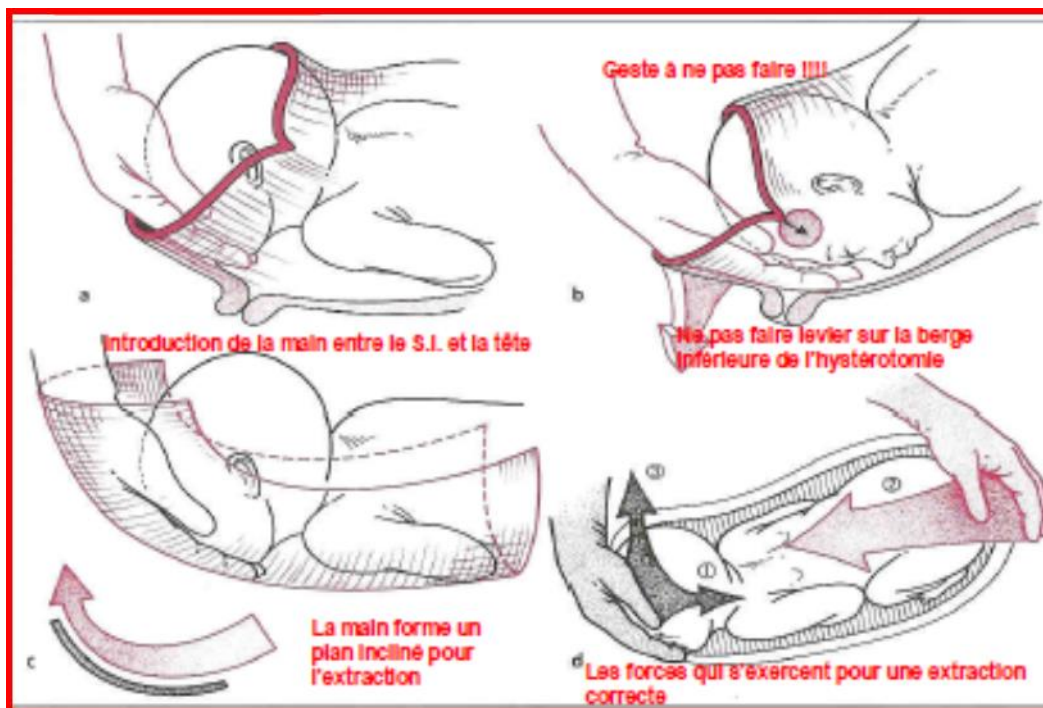


Figure 21: Technique de la césarienne (extraction fœtale) [45].

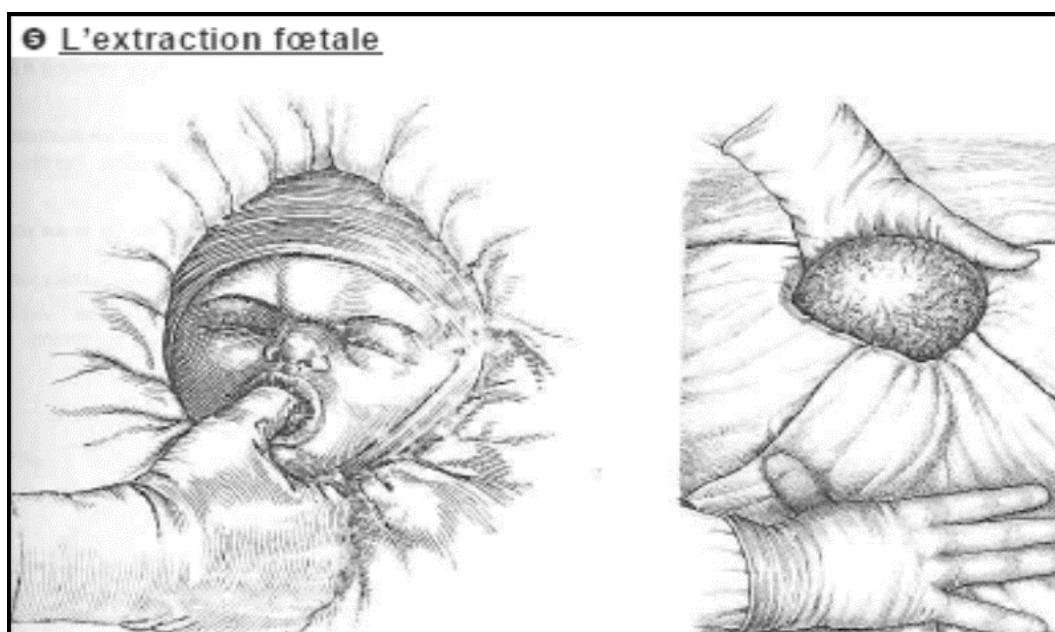


Figure 22: Technique de la césarienne (extraction fœtale) [45].

Technique classique de la césarienne

✚ 5 L'extraction fœtale

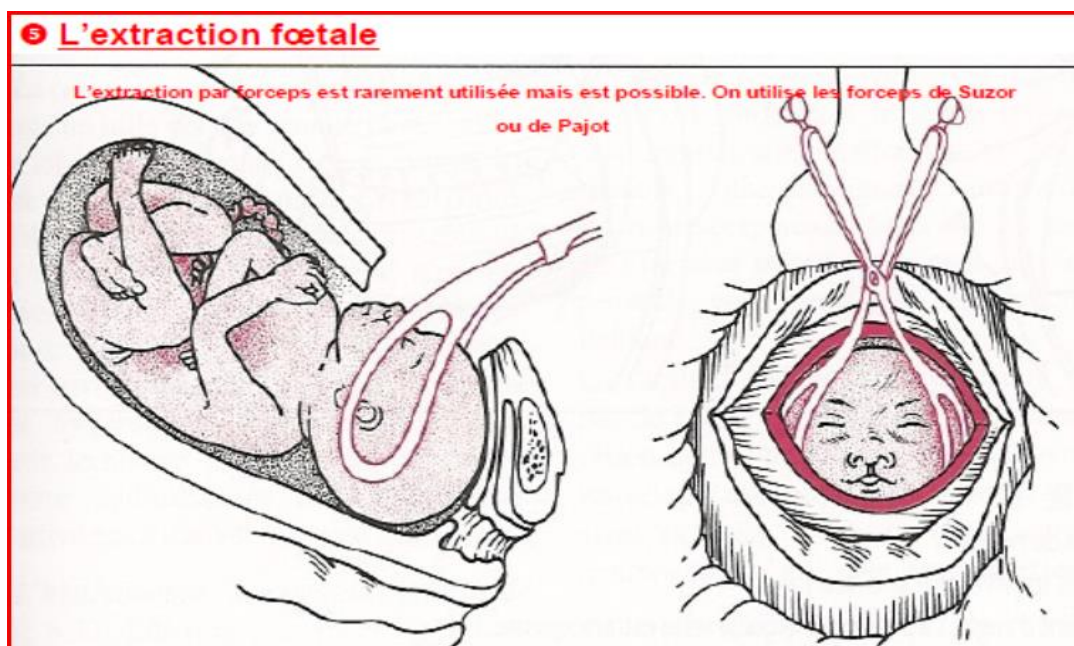


Figure 23: Technique de la césarienne (extraction fœtale) [45].

4.4.2. La césarienne selon la technique de Misgav Ladach

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

- ✚ L'ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 3 cm au-dessus de la ligne inter-iliaque unissant les 2 épines antéro-supérieures ;
- ✚ Ouverture transversale du péritoine pariétal ;
- ✚ Pas de champs abdominaux
- ✚ Hystérotomie segmentaire transversale
- ✚ Suture de l'hystérotomie en un plan par un surjet non passé
- ✚ Non fermeture des péritoines viscéral et pariétal
- ✚ Suture aponévrotique par un surjet non passé
- ✚ Rapprochement cutané par quelques points de Blair-Donnati très espacés.

Avantages de la technique de Misgav Ladach :

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

La simplicité de cette technique et les résultats obtenus par différentes études font penser qu'elle deviendra sous peu la référence en matière d'extraction fœtale par voie haute [44].

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

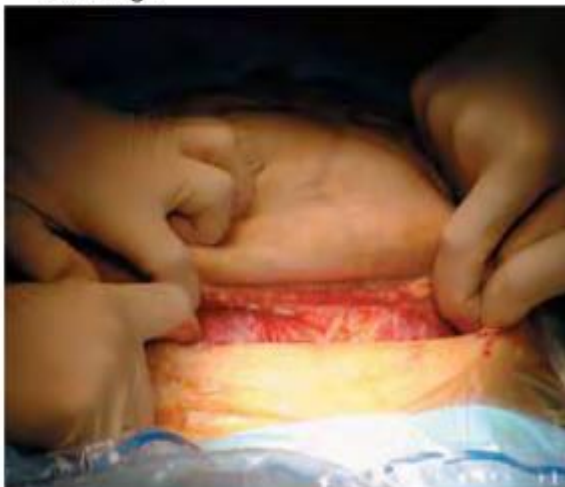
Technique de la césarienne selon Misgav Ladach

- 1 Incision cutanée selon la technique de Joel Cohen qui est une incision rectiligne transversale à environ 3 cm en dessous de la ligne unissant les épines iliaques antéro-supérieures.
- 2 Dissection de l'aponévrose aux doigts après l'avoir ouvert aux ciseaux par deux mouchetures transverses d'environ 2 cm de part et d'autre de la ligne médiane



Technique de la césarienne selon Misgav Ladach

3 Poursuite de la dissection de l'aponévrose aux doigts



4 Dissection du péritoine aux doigts



5 Ouverture du péritoine aux doigts



6 Exposition du segment inférieur



7 Hystérotomie basse transversale sans décollement du péritoine du segment inférieur



8 Extraction du fœtus suivie de celle du placenta

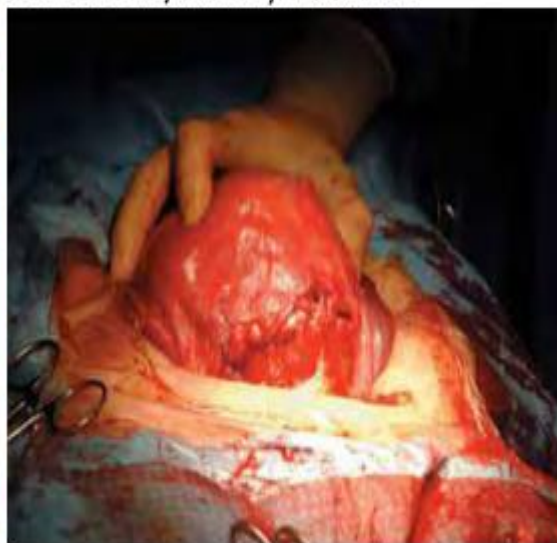


Technique de la césarienne selon Misgav Ladach

9 Début de suture de l'hystérotomie



10 Fin du surjet de l'hystérotomie



4.5- Les interventions associées

On peut citer :

- ✚ L'hystérectomie d'hémostase

C'est la principale intervention devant une hémorragie incoercible ou une rupture utérine non suturable.

- ✚ Hystérectomie

Pour utérus myomateux ou une lésion maligne.

- ✚ Une myomectomie
- ✚ Une Kystectomie de l'ovaire
- ✚ Une cure de hernie ou d'éventration
- ✚ Une ligature des trompes

Dans tous les cas, elle est pratiquée par la technique de Pomeroy : il s'agit d'une ligature résection réalisée à deux centimètres de l'insertion tubaire. La ligature est faite à la base d'une boucle avec du fil non résorbable ou à résorption très lente. L'anse tubaire est par la suite sectionnée.

5. Anesthésie et césarienne :

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

5.1. Anesthésie locorégionale

Les avantages :

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

Les inconvénients :

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

5.2. Anesthésie générale :

Les avantages :

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

Les inconvénients :

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

6. Les complications

La césarienne, grâce aux progrès de la technique, à l'asepsie, et à l'avènement des antibiotiques peut être considérée comme une intervention sécurisée. Toutefois la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales ne sont pas nulles [45].

6.1. Les complications per opératoires

•L'hémorragie :

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

- Soit généraux : des facteurs de la coagulation et de l'hémostase défectueuse ;
- Soit locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, placenta accreta).

•Les lésions intestinales :

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

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

•Les lésions urinaires :

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

•Les complications anesthésiques

Hypoxie, syndrome d'inhalation, collapsus cardio-vasculaire, arrêt cardiaque à l'induction.

6.2. Les complications post-opératoires

a- Les complications maternelles

•Les complications infectieuses

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

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

•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.

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),
- les fistules vésico-vaginales,
- les embolies amniotiques.

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 troubles respiratoires : la détresse respiratoire
- les complications infectieuses
- la mortalité du nouveau-né.

IV-METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :





Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalo-Universitaire de Kati qui est un hôpital de deuxième référence pour la gynécologie –obstétrique.

Situation géographique et service :








Ancienne infirmerie de la garnison militaire française, elle fut créée en 1916 et transformée en hôpital en 1967. Une année plus tard avec le changement de régime, l'hôpital fut érigé en hôpital national en 1968. En 1992 il changea de statut pour devenir un établissement public à caractère administratif (EPA) ; puis érigé en établissement publique hospitalier en 2003.

Le centre hospitalo-universitaire de Kati est l'un des 4 grands hôpitaux de troisième référence du Mali, il est situé en plein centre de la plus grande base militaire "camp Soundiata Keita" du Mali, à 15 km au nord de Bamako.

Il est limité par :

-  A l'Est l'infirmerie militaire
-  A l'ouest par le logement des médecins du CHU de Kati
-  Au nord par le camp du nord et une partie de l'infirmerie militaire
-  Au sud le prytanée militaire et le quartier Sananfara

De nos jours, l'hôpital a connu un grand changement. Tous les anciens bâtiments coloniaux ont été démolis. Des structures modernes ont vu le jour ou sont en chantier c'est ainsi que nous avons :

-  Le service de traumatologie
-  Le service des urgences
-  Le service de réanimation
-  Le service d'imagerie médicale
-  Le service de médecine interne
-  Le service de cardiologie
-  Le service d'odontostomatologie

- ✚ Une unité de kinésithérapie
- ✚ Une unité d'acupuncture
- ✚ Le laboratoire d'analyses biomédicales
- ✚ La pharmacie hospitalière
- ✚ Le service de chirurgie générale
- ✚ Le service de gynécologie-obstétrique

Le service de Gynécologie Obstétrique : ouvert en Avril 2014, est construit en un étage muni d'un ascenseur. Il se situe au côté sud de l'hôpital.

Au rez-de chaussée : dans l'aile droite se trouvent les bureaux des médecins gynécologues, la salle d'échographie ; les toilettes ; la salle d'archives et la salle d'admission des urgences.

Dans l'aile gauche se trouvent la salle des soins intensifs, la salle d'accouchement avec deux (2) tables d'accouchement, un bloc opératoire, une salle de garde de D.E.S ; la salle de garde des sages-femmes, une salle de néonatalogie, la salle de pré-travail et les toilettes.

A l'étage dans l'aile droite se trouve l'unité d'obstétrique composée :

- ✚ Du bureau de la sage-femme maîtresse,
- ✚ De quatre (4) salles d'hospitalisation dont une salle de césariennes, une salle de suites de couche pathologique, deux salles de grossesses pathologiques ;
- ✚ Une salle de staff dans laquelle se déroulent les réunions de comptes rendus des gardes,
- ✚ Et d'une toilette.

Dans l'aile gauche se trouve l'unité de gynécologie composée :

- ✚ Du bureau pour l'infirmier major
- ✚ D'une salle de CPN et CPON,
- ✚ De la salle de garde des infirmières,
- ✚ De la salle de garde des étudiants faisant fonction d'interne
- ✚ De cinq (5) salles d'hospitalisation ;

✚ D'une toilette.

Entre les deux (2) unités se trouve une salle d'attente des CPN et CPON.

Les activités menées au sein du service :

Les ressources humaines sont composées de :

- ✚ Quatre (4) gynécologues-obstétriciens praticiens hospitaliers,
- ✚ Neuf (2) sages-femmes,
- ✚ Dix (10) infirmières obstétriciennes,
- ✚ Quatre (4) étudiants faisant fonction d'interne,
- ✚ Un infirmier du bloc et 03 manœuvres.

2. Type et période d'étude :

Nous avons réalisé une étude transversale rétrospective, descriptive et analytique qui s'est déroulée sur une période de 2 ans allant du Janvier 2015 au Décembre 2016.

3. Population d'étude :

L'étude a porté sur l'ensemble des gestantes et parturientes admises directement dans le service ou référées/évacuées des autres structures de santé durant la période d'étude.

4. Echantillonnage

4.1. Critères d'inclusion :

- ✓ Les dossiers de toutes les gestantes ou parturientes ayant une grossesse de 22 SA ou plus ou dont le poids de naissance était d'au moins 500g, pour lesquelles l'accouchement a été fait par césarienne dans le service ; qu'elle soit faite en urgence ou programmée.

4.2. Critères de non inclusion :

- ✓ Les dossiers des césariennes post-mortem.
- ✓ Les dossiers des patientes admises en postopératoires

4.3. Technique d'échantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif.

5. Déroulement de l'étude

Un interne de septième année de médecine a été admis pour sa thèse dans le service. Le thème portant sur la césarienne a été discutée avec l'ensemble des praticiens intervenant dans la prise en charge des gestantes / parturientes (Gynécologues obstétriciens, sages-femmes, aides de bloc, anesthésistes, infirmières...). Une fiche d'enquête individuelle a été élaborée sur la base des informations du dossier obstétrical. Ces dossiers sont systématiquement complétés pour chaque admission en obstétrique. Ils bénéficient d'un contrôle de qualité chaque matin lors de la réunion de staff à laquelle participent tous les praticiens du service. L'ensemble des informations du dossier obstétrical ont été introduit dans une base qui était complétée par les étudiants en année de thèse sous la supervision d'un maître assistant en gynécologie obstétrique qui est aussi le chef de service.

5.1. La collecte des données

Les supports utilisés ont été :

- ✚ Les dossiers obstétricaux complétés au besoin par les informations des dossiers d'anesthésie et de réanimation ;
- ✚ Les registres d'accouchement ;
- ✚ Les carnets de CPN ;
- ✚ Les registres de consultation prénatale ;
- ✚ Les registres de compte rendu opératoire ;

5.2. Technique de collecte

Il s'agissait d'une simple lecture des dossiers des patientes pour compléter la base de données. Cette base des données a été créée dans le service avec l'appui de l'équipe du CHU GT. Tous les dossiers obstétricaux de la période d'étude y ont été saisis. La mise en place de cette base des données est une innovation dans le service permettant de faire des analyses régulières des pathologies et de corriger les insuffisances des dossiers incomplètement renseignés. Elle permet

de faire le point sur la prise en charge des patientes dès leur admission dans le service jusqu'à leur sortie.

5.3. Les variables étudiées :

Les variables à renseigner portaient sur les caractéristiques sociodémographiques, le suivi prénatal, les antécédents, les données cliniques, la prise charge obstétricale et chirurgicale, le pronostic. Il s'agit entre autres de :

- ✚ L'âge, l'ethnie, la profession, le statut matrimonial,
- ✚ Les antécédents gynéco-obstétricaux, médicaux, et chirurgicaux,
- ✚ Le suivi de la grossesse,
- ✚ Le terme de la grossesse,
- ✚ La provenance des patientes,
- ✚ Le poids des nouveau-nés à la naissance, Les causes de l'hémorragie,
- ✚ Les paramètres de l'hémorragie,
- ✚ La prise en charge obstétricale, médicale et chirurgicale,
- ✚ Le pronostic maternel et fœtal.

5.4. Plan d'analyse des données

Les données ont été saisies dans le logiciel SPSS 20.0 fr. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour analyser les caractéristiques sociodémographiques, cliniques et obstétricales de même que les pronostics maternels et périnataux. Les associations entre variables qualitatives ont été étudiées à l'aide du test Khi-carré de Pearson. Le test exact de Fisher a été utilisé à bon escient. Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5%.

6. Définitions opératoires

La définition de certains concepts est utile à l'étude de la césarienne, car ils permettent de standardiser la collecte des données et la comparabilité entre les pays.

- **Mort-né** : tout nouveau-né qui n'a manifesté aucun signe de vie à la naissance.
- **Age obstétrical élevé** : toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35 ans à l'admission.

- **Durée d'évacuation** : temps écoulé entre l'heure de prise de décision d'évacuation et l'heure d'admission dans notre service.
- **Venue d'elle-même** : patiente admise directement dans le service sans passer par un autre centre de santé.
- **Référence** : mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée sans notion d'urgence
- **Evacuation** : la référence dans un contexte d'urgence.
- **Primigeste** : c'est une femme qui a contractée une seule grossesse
- **Paucigeste** : c'est une femme qui a contractée 2 ou 3 grossesses
- **Multigeste** : c'est une femme qui a contractée entre 4 ou 5 grossesses
- **Grande multigeste** : lorsque le nombre de grossesse est ≥ 7 .
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouchée 1 fois
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouchée 2 ou 3 fois
- **Multipare** : c'est une femme qui a accouchée 4 ou 5 fois
- **Grande multipare** : lorsque le nombre d'accouchement est ≥ 6 .
- **Césarienne programmée** : césarienne décidée lors des CPN et ou réalisée avant le début du travail d'accouchement
- **Césarienne d'urgence** : Césarienne réalisée pendant le travail d'accouchement



V-RESULTATS

V. RESULTATS

1. Fréquence de la césarienne

1.1. Fréquence globale :

Entre Janvier 2015 et décembre 2016 nous avons enregistré 1159 accouchements parmi lesquels 373 césariennes soit une fréquence globale de 32,2%. Nous avons aussi réalisé deux césariennes post-mortem de séparation qui n'ont pas été prise en compte dans ce travail.

1.2. Fréquence selon le type de césarienne.

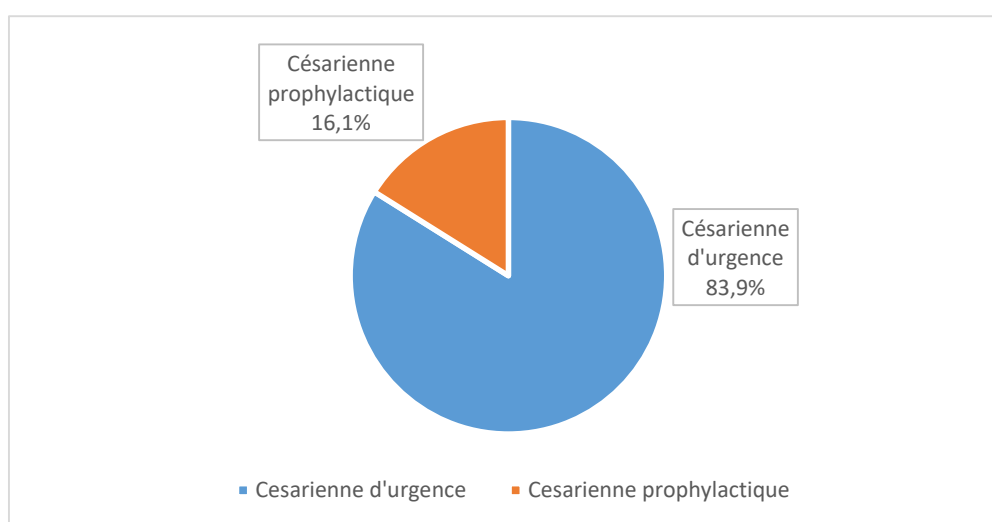


Figure 24: Répartition des patientes selon le type de césarienne

1.3. Evolution du nombre mensuel de césarienne :

Le nombre le plus élevé de césarienne d'urgence a été observé aux mois de décembre (45 césariennes) tandis que le nombre le plus élevé de césarienne prophylactique a été observé au mois d'octobre (12 césariennes). Globalement, les proportions de césariennes sont plus élevées lors des quatre mois de fraîcheur d'octobre à janvier, 41,6% (155/373) tandis que les proportions les plus faibles étaient observées lors des 4 mois de chaleur de février à mai, 20,4% (76/373). La proportion de césarienne pendant les quatre mois de la saison pluvieuse était de 38,1% (142/373).

1.4. Les nombres de césarienne selon le type de césarienne et le mois de la réalisation.

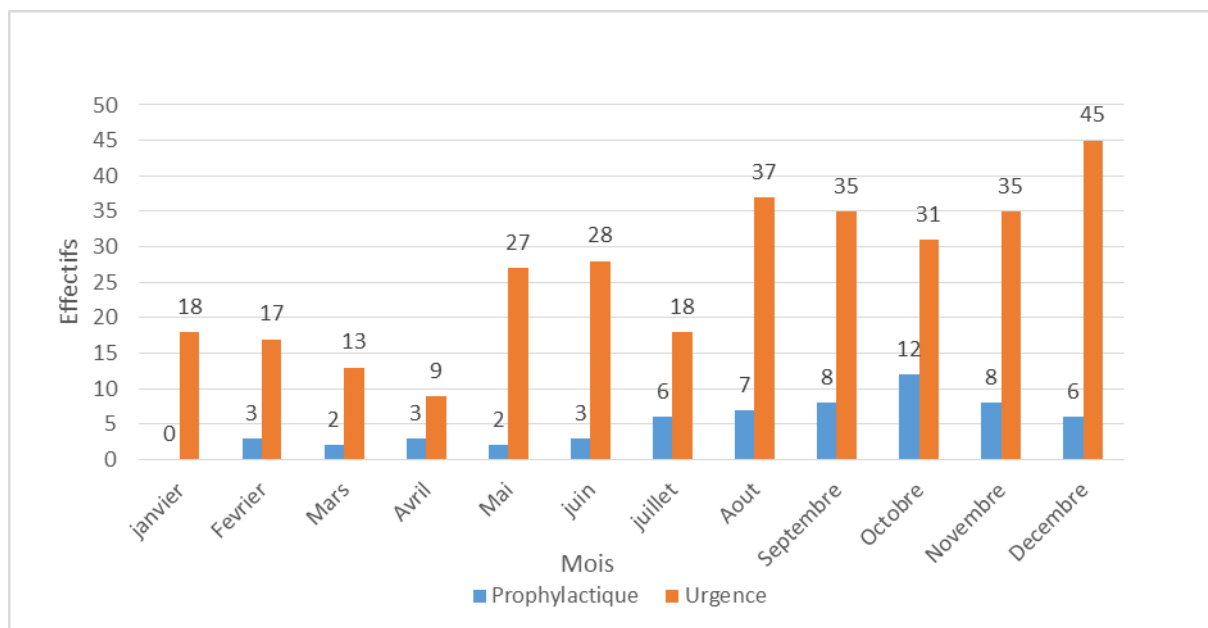


Figure 25: Répartition des nombres de césarienne selon le type de césarienne et le mois de la réalisation.

La césarienne d’urgence était majoritaire avec une fréquence de 84%,

2. Profil comparé des césariennes d’urgence et des césariennes programmées

2.1. Age :

Tableau III: Répartition des Patientes selon les tranches d’âge

Tranches d’âge	Césarienne d’urgence N=313(100%)	Césarienne programmée N=60(100%)
Inf. à 20	95(30,4%)	6 (10,0)
20 – 34	189(60,4%)	37(61,7%)
35 et plus	29(9,3%)	17(28,3%)

Khi 2= 22.55

ddl= 2

P= 0.0001

Les adolescentes représentent 3/10 des césariennes faites en urgence tandis que 3/10 césariennes programmées sont réalisées chez les femmes âgées d’au moins 35 ans (p<0,001).

2.2. Ethnie :**Tableau IV: Répartition des Patientes selon les ethnies**

Ethnies	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
Bambara	163(52,1%)	26(43,3%)
Peulh	43(13,7%)	9(15,0%)
Malinké	35(11,2%)	6(10,0%)
Soninké	12(3,8%)	7(11,7%)
Senoufo	11(3,5%)	3(5,0%)
Tamacheik	0(0,0%)	1(1,7%)
Mignanka	7(2,2%)	1(1,7%)
Bobo	7(2,2%)	1(1,7%)
Sonrhäi	14(4,4%)	0(0,0%)
Autres	21(6,7%)	6(10,0%)
Khi2= 16,04	ddl= 9	P= 0.066

Les profils des césariennes d'urgence et celles programmées selon l'ethnie sont comparables ($p > 0,05$)

2.3. Profession :

Tableau V: Répartition des Patientes selon leurs professions

Professions	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
Ménagère	206(65,8%)	22(36,8%)
Elève ou Etudiante	29(9,3%)	7(11,7%)
Vendeuse	17(5,4%)	3(5,0%)
Fonctionnaire	38(12,1%)	25(41,7%)
Autres	23(7,3%)	3(41,7%)
Khi2= 33,54 ddl= 4 P= 0.0001		

Autres : Aide-ménagère (8), Coutrière (6), Teinturière (4), Coiffeuse (5), Agent commercial (2), Animatrice (1).

Trois quarts ($\frac{3}{4}$) des césariennes faites en urgence ont été réalisées chez les ménagères tandis que près de la moitié des césariennes programmées ont été réalisées chez les fonctionnaires

2.4. Statut matrimonial :

Tableau VI: Répartition des Patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
Mariée	282(90,1%)	58(96,7%)
Célibataire	29(9,3%)	2(3,3%)
Veuve	2 (0,6%)	0(0,0%)
Khi2= 2,75 ddl= 2 P= 0.252		

Les célibataires représentent 10% des cas de césariennes d'urgence contre 3,3% pour des césariennes programmées. Cependant la différence n'est pas statistiquement significative ($p>0,05$).

2.5. Niveau d'instruction :**Tableau VII: Répartition des Patientes selon le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
Non scolarisée	143(45,7%)	10 (16,7%)
Primaire	93(29,7%)	11(18,3%)
Secondaire	43(13,7%)	23 (38,3%)
Supérieur	34 (10,9%)	16 (26,6%)
Chi2= 39,27	ddl= 3	P= 0.0001

Les patientes qui ont subi de césariennes Programmées avaient au moins un niveau d'instruction secondaire dans 64,9% de cas tandis que les femmes non scolarisées étaient les plus représentées parmi les césariennes d'urgence ($p < 0,001$).

2.6. Gestité :**Tableau VIII: Répartition des Patientes selon la Gestité**

Gestité	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
Primigeste	138(44,1%)	15(25,0%)
Paucigeste	94(30,0%)	23(38,3%)
Multigeste	55(17,6%)	19(31,7%)
Grande multigeste	26(8,3%)	3(5,0%)
Chi2= 11,32	ddl= 3	P= 0.010

Les gestités extrêmes (primigeste et grandes multigeste) constituaient 52,4 % des césariennes d'urgences, par contre les paucigestes et les multigestes représentaient 70% des césariennes programmées ($p < 0,05$).

2.7. La parité :

Tableau IX: Répartition des Patientes selon la parité

Parité	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
Nullipare	142(45,4%)	17(28,3%)
Primipare	60(19,2%)	12(20,0%)
Paucipare	55(17,6%)	21(35,0%)
Multipare	41(13,1%)	9(15,0%)
Grande multipare	15 (4,8%)	1 (1,7%)
Khi2= 12,23	ddl= 4	P= 0.016

La parité est le reflet de la gestité

2.8. Le mode d'admission :

Tableau X: Répartition des Patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
Référée	153(48,9%)	6(10,0%)
Venue d'elle-même	89(28,4%)	54(90,0%)
Evacuées	71 (22,7%)	0(0,0%)
Khi2= 81,24	ddl= 2	P= 0.0001

Environ 71,6% des patientes ayant eu une césarienne d'urgence ont été évacuées ou référée versus 10% des césariennes programmées.

3. Facteurs Cliniques

3.1. Les ATCD familiaux :

Tableau XI: Répartition des Patientes selon les ATCD familiaux

ATCD familiaux	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
HTA	22(7,0%)	6(10,0%)
Diabète	8(2,6%)	4(6,7%)
Drépanocytose	4(1,3%)	2(3,3%)
Aucun	279(89,1%)	48 (80,0%)
Khi2= 5,04 ddl= 3 P= 0.169		

Nous n'avons observé aucune association entre le type de césarienne et les antécédents familiaux.

3.2. Les ATCD médicaux :

Tableau XII: Répartition des Patientes selon les ATCD médicaux

ATCD médicaux	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
HTA	13(4,2%)	9(15,0%)
Cardiopathie	0(0,0%)	1(1,7%)
Diabète	3(1,0%)	2(3,3)
Hémoglobinopathie	6(1,9%)	2(3,3%)
Autres	6(1,9%)	0(0,0%)
Aucun	285(91,1%)	46(76,7%)
Khi2= 20,17 ddl= 5 P= 0.001		

L'HTA est l'antécédent médical majoritaire dans les deux groupes de césariennes, 15% des patientes ayant une césarienne programmée et 4,2% une césarienne d'urgence.

3.3. Les ATCD chirurgicaux :

Tableau XIII: Répartition des Patientes selon les ATCD chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
Césarienne	68(21,7%)	29(48,3%)
Myomectomie	0(0,0%)	2(3,3%)
GEU	3(0,9%)	3(5,0%)
Autres	1(0,3)	4(6,7%)
Aucun	141(77,0%)	22(36,7%)
Khi2= 57,23	ddl= 5	P= 0.0001

3.4. La prises en charge des patientes

Tableau XIV: Répartition des Patientes selon la prise en charge de la grossesse

Prise en charge de la grossesse	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)	Khi ²	P	Ddl
Nombres de			35,58	0.0001	2
CPN					
0	60(19,2%)	2(3,3%)			
1-3	128(40,9%)	9(15,0%)			
>=4	125(39,9%)	49(81,7%)			
Auteur des			84,88	0.0001	4
CPN					
Gynécologue	57(18,2%)	45(75,0%)			
Médecin	44(14,1%)	7(11,7%)			
Généraliste					
Sage-femme	110(35,1%)	4(6,7%)			
Autres	42(13,4%)	2(3,3%)			
VAT*reçue			12,9	0,0001	1
Oui	256(81,8%)	60(100,0%)			
Non	57(18,2%)	0(0,0%)			
SP*reçue			12,3	0,0001	1
Oui	249(79,6%)	59(98,3%)			
Non	64(20,4%)	1(1,7%)			
SRV*réalisée			0,7	0,401	1
Oui	3(1,0%)	0(0,0%)			
Non	310(99,0%)	60(100,0%)			

Autres* : Interne, Infirmière Obstétricienne, Matrone, VAT* Vaccin Antitétanique ; SP*Sulfadoxine Pyriméthamine ; FAF* Fer Acide-Folique, SRV* Sérologie Rétrovirale

L'analyse de tableau montre que les patientes ayant eu une césarienne d'urgence n'avaient pas réalisé ou avaient réalisé peu de consultations prénatales (80,8%). Elles n'étaient pas suivies par un médecin (48,5%) et n'avaient pas bénéficié des prophylaxies antianémique, antitétanique et anti palustre.

3.5. La répartition des Patientes selon les caractéristiques cliniques à l'admission

Tableau XV: Répartition des Patientes selon les caractéristiques cliniques à l'admission

Caractéristiques cliniques	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)	Khi ²	P	Ddl
Etat Général			7,52	0,006	2
Bon	204(65,2%)	58(96,7%)			
Passable	64(20,4%)	1(1,7%)			
Mauvaise	45(14,4%)	1(1,7%)			
TAS			8,42	0.038	3
<à 100	4(1,3%)	1(1,7%)			
100 – 139	189(60,4%)	45(75,0%)			
140 – 159	48(15,3%)	10(16,7%)			
160 et plus	72(23,0%)	4(6,7%)			
TAD			7,40	0,060	3
<70	56(17,9%)	12(20,0%)			
70 -89	139(44,4%)	34(56,7%)			
90 – 109	60(19,2%)	11(18,3%)			
110 et plus	58(18,5%)	2(5,0%)			
Coloration muqueuses			10,24	0.006	2
Bien colorées	257(82,1%)	59(98,3%)			
Pales	55(17,6%)	1(1,7%)			
Ictériques	1(0,3%)	0(0,0%)			
Contractions utérines			165,35	0.0001	1
présentes	262(83,7%)	5(8,3%)			
absentes	51(16,3%)	55(91,7%)			
Terme en SA			2,32	0,312	2
<37	73(23,5%)	11(18,6%)			
37 -41	236(76,1%)	47(79,7%)			
42 et plus	1 (0,3%)	1 (1,7%)			

3.6. Le type de grossesse :

Tableau XVI: Répartition des Patientes selon le type de grossesse

Type de grossesse	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne prophylactique N=60(%)
Type de Grossesse	313(100%)	60(100%)
Monofœtale	297(94,9%)	55(91,7%)
Gémellaire	16(5,1%)	4(6,7%)
Triple	0(0,0%)	1(1,7%)

Khi 2= 5,49 ddl= 2 P=0.067

Les profils de césariennes d'urgences et de césariennes programmées sont comparables selon le type de grossesse.

3.7. La présentation

Tableau XVII: Répartition des Patientes selon la présentation du fœtus

Présentation du fœtus	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
Céphalique	283(91,3%)	50(84,7%)
Transverse	7(2,3%)	1(1,7%)
Siège	20(6,5%)	8(13,6%)

Khi 2= 3,60 ddl= 2 P=0.165

Nous n'avons pas observé une différence significative entre le type de césariennes et la variété de la présentation.

3.8. Les indications :

Tableau XVIII: Répartition des Patientes selon les indications des césariennes

Indications des césariennes	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
Dilatation stationnaire	22(7,0%)	0(0,0%)
Utérus cicatriciel	11(3,5%)	22(36,7%)
Anomalie du RCF	31(9,9%)	1(1,7%)
Présentation siège + primiparité	11(3,5%)	8(13,3%)
BGR, Bassin limite/ utérus cicatriciel	38(12,1%)	7(11,7%)
Eclampsie/pré-éclampsie	98(31,3%)	6(10,0%)
Syndrome de pré-rupture	(4,5%)	0(0,0%)
Grossesse multiple ou gémellaire/ j1 en siège	24(7,7%)	3(5,0%)
Hématome Retro Placentaire	24(7,7%)	0(0,0%)
Procidence du cordon	9(2,9%)	0(0,0%)
Placenta prævia hémorragique	11(3,5%)	0(0,0%)
Présentation transversale	7(2,2%)	1(1,7%)
Disproportion fœto- pelvienne	29(9,3%)	3(5,0%)
RPM de plus de 24heure	3(1,0%)	0(0,0%)
Malformation fœtale	0(0,0%)	1(1,7%)
MFIU/utérus bicicatriciel	2(0,6%)	0(0,0%)
ATCD obstétricaux chargés	1(0,3%)	2(3,3%)
Primipare âgée	0(0,0%)	2(3,3%)
Retard de croissance intra- utérine	0(0,0%)	1(1,7%)
Cardiomyopathie	0(0,0%)	1(1,7%)
Antécédents de cure de prolapsus	0(0,0%)	2(3,3%)
Khi 2= 143,02	ddl= 20	P=0.0001

3.9. Les traitements :

Tableau XIX: Répartition des Patientes selon les traitements associés à la césarienne

Traitements associés à la césarienne	Césarienne d'urgence N=313	Césariennes programmée N=60
Traitement médicaux		
ATB+ Transfusion	44(14,1%)	3(5,0%)
ATB+ Nicardipine	7(2,2%)	1(1,7%)
ATB+MgSO ₄	33(10,5%)	1(1,7%)
ATB-Antalgique	250(79,9%)	40(66,7%)
ATB+ Anticonvulsive	53(16,9%)	1(1,7%)
Gestes chirurgicaux associés		
LRT*	11(3,5%)	5(8,3%)
Myomectomie	1(0,3%)	2(3,3%)
Hystérectomie	1(0,3%)	0(0,0%)
Appendicectomie	1(0,3%)	0(0,0%)
Traitement : Khi 2= 17,40 ddl= 4 P=0.002		

La transfusion sanguine, l'administration d'anticonvulsivants, l'hystérectomie ont été réalisés majoritairement chez les patientes ayant eu une césarienne d'urgences.

4. Pronostics

4.1. La Morbidité Maternelle :

**Tableau XX: Répartition selon les complications per et post-opératoire/
type de césarienne**

Type des complications	Césarienne d'urgence N=313(%)	Césarienne programmée N=60(%)
Lésion vésicale	1(0,32%)	0(0,00)
HPPI	1(0,32%)	3(5,00%)
Abcès de la plaie	2(0,64%)	1(1,67%)
Anémie sévère	14(4,47%)	0(0,00)
Crise d'hystérie	1(0,32%)	0(0,00)
Endométrite	1(0,32%)	0(0,00)
Hellp syndrome	3(0,96%)	0(0,00)
HTA sévère	6(1,92%)	1(1,67%)
IR	0(0,0%)	1(1,67%)
OAP	1(0,32%)	0(0,00)
Paludisme grave	15(4,79%)	0(0,00)
CIVD	4(1,28%)	0(0,00)

Khi²= 39,16 ddl=25 p=0,035

L'analyse de tableau montre que les césariennes d'urgence sont corrélées à plus des complications (15,60%) que les césariennes programmées.

Les complications majoritaires pour les césariennes d'urgences sont les infections parasitaires ou bactériennes, l'anémie, les troubles de la coagulation.

4.2. L'évolution :

4.2.1. Répartition des patientes selon l'évolution

4.2.1.1: Répartition des patientes selon l'évolution globale

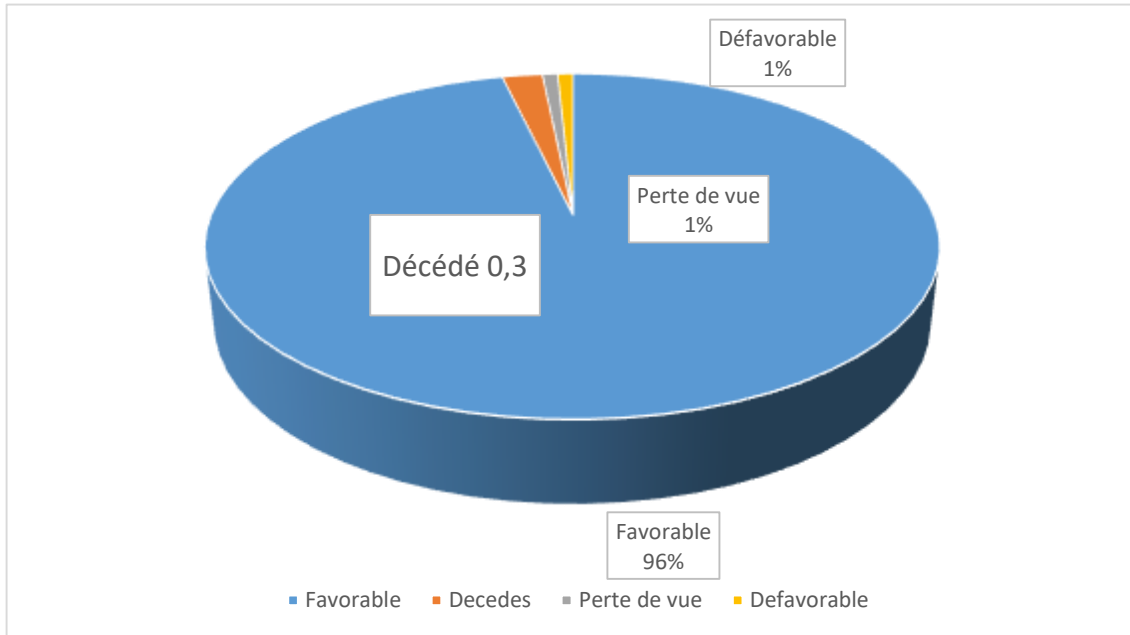
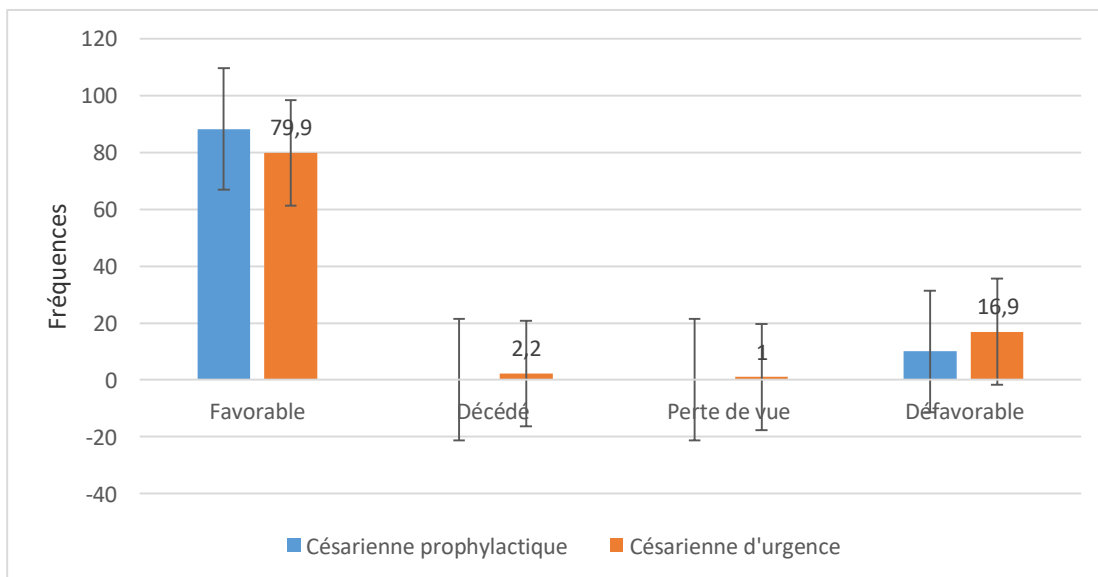


Figure 26: Répartition des Patientes selon l'évolution

Nous avons déploré 0,3% de décès maternels et une perte de vue.

4.2.1.2: Répartition des patientes selon l'évolution et le type de césarienne



Khi 2= 2,62 ddl= 3 P=0.453

Figure 27: Répartition des Patientes selon l'évolution et le type de césarienne.

Nous n'avons trouvé de différence significative de l'évolution pour les césariennes d'urgence et les césariennes programmées.

4.3. La mortalité maternelle

4.3.1. La mortalité maternelle globale

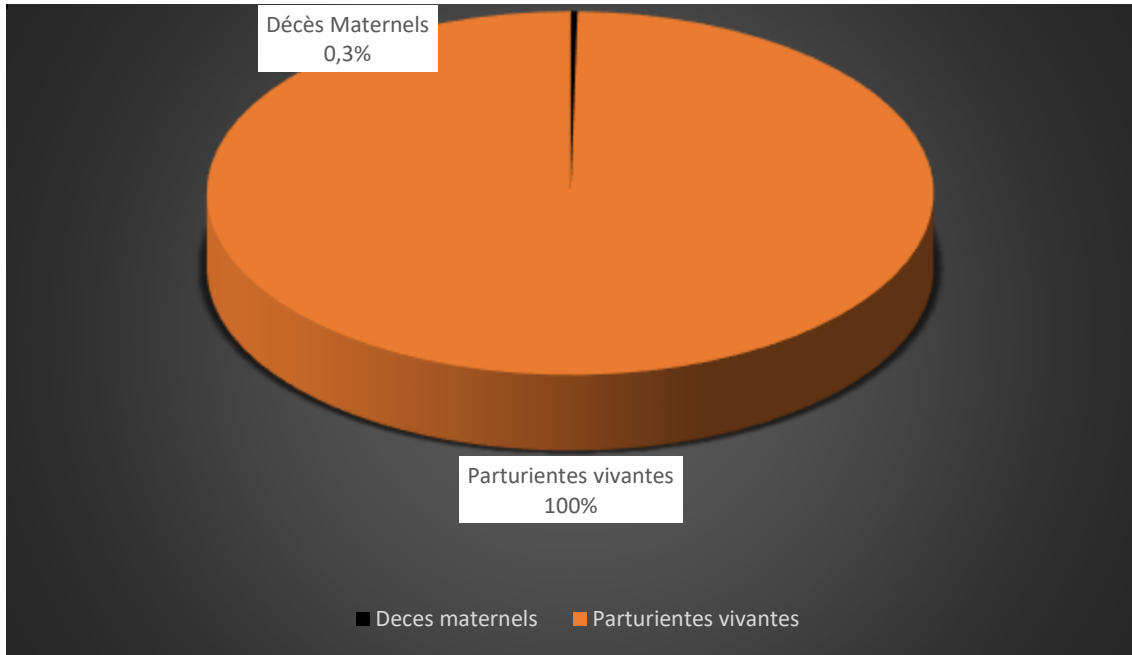


Figure 28: La répartition des patientes selon le taux de mortalité maternelle :

Nous avons déploré 0,3% de décès maternel

4.3.2. La mortalité maternelle selon le type de Césarienne

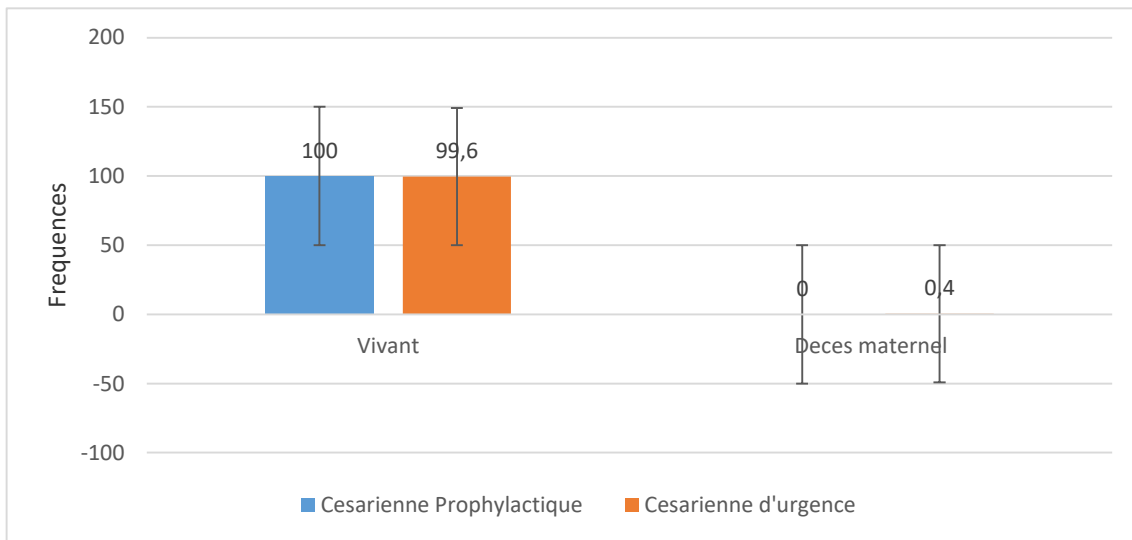


Figure 29: La mortalité maternelle selon le type de Césarienne

Nous avons déploré 2 décès maternels parmi les patientes ayant eu une césarienne d'urgence. Nous n'avons pas compté de décès pour les patientes ayant eu une césarienne programmée.

4.4. La morbidité périnatale

4.4.1. La morbidité périnatale selon le type de césarienne

Tableau XXI: Répartition selon les complications néonatales et le type de césarienne.

Type des complications	Césarienne d'urgence N=20(%)	Césarienne programmée N=2(%)
Détresse respiratoire	8(40,0%)	2(100%)
Asphyxie néonatale	10(50,0%)	0
Traumatisme de l'épaule	2(10,0%)	0

Chi2= 19,92 ddl=10 p= 0,030

Nous avons dénombré 66 complications néonatales sur les 373 Césariennes soit un taux de 17,6%.

Les complications néonatales ont été majoritairement observées chez les patientes ayant une césarienne d'urgence (20,4%). Par contre elles ont été de 0,3% pour les patientes ayant eu une césarienne programmée.

4.4.2. La morbidité périnatale selon le type de césarienne et des complications

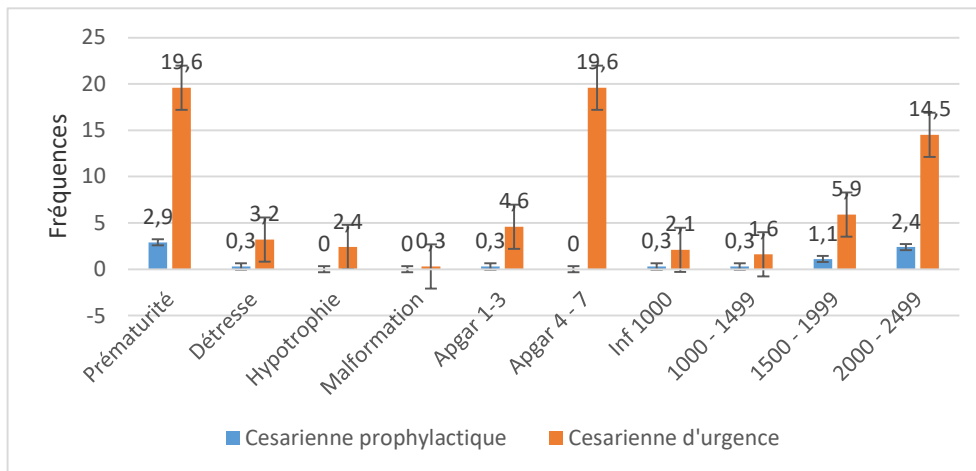


Figure 30: Répartition de la morbidité périnatale selon le type de césarienne

La prématurité, l'asphyxie néonatale et le petit poids de naissance ont été les complications les plus fréquemment observés chez les patientes ayant une césarienne d'urgence soit 25,2%. Seule la prématurité avec une fréquence de 2,9% a été noté chez des nouveau-nés des patientes programmées.

4.5. Les mortalités périnatales

4.5.1. La mortalité périnatale globale selon les mois

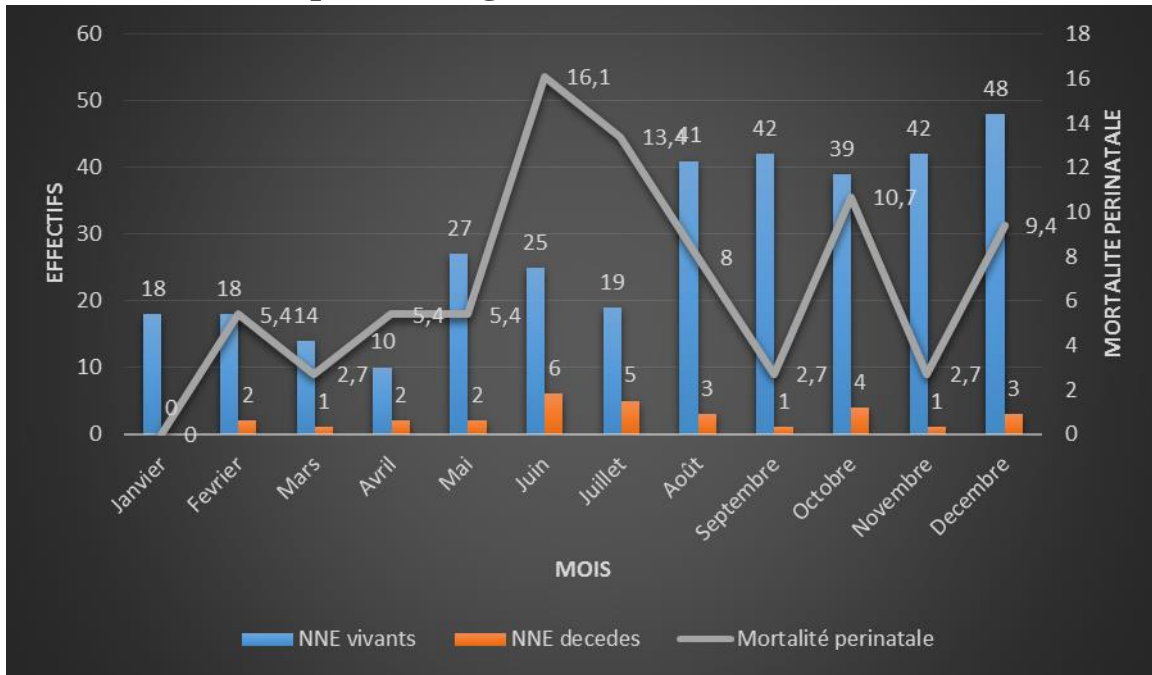


Figure 31: Répartition des mortalités périnatales selon les mois

Nous avons observé plus de décès périnataux en Juin et Juillet

4.5.2. Les mortalités périnatales selon les césariennes programmées

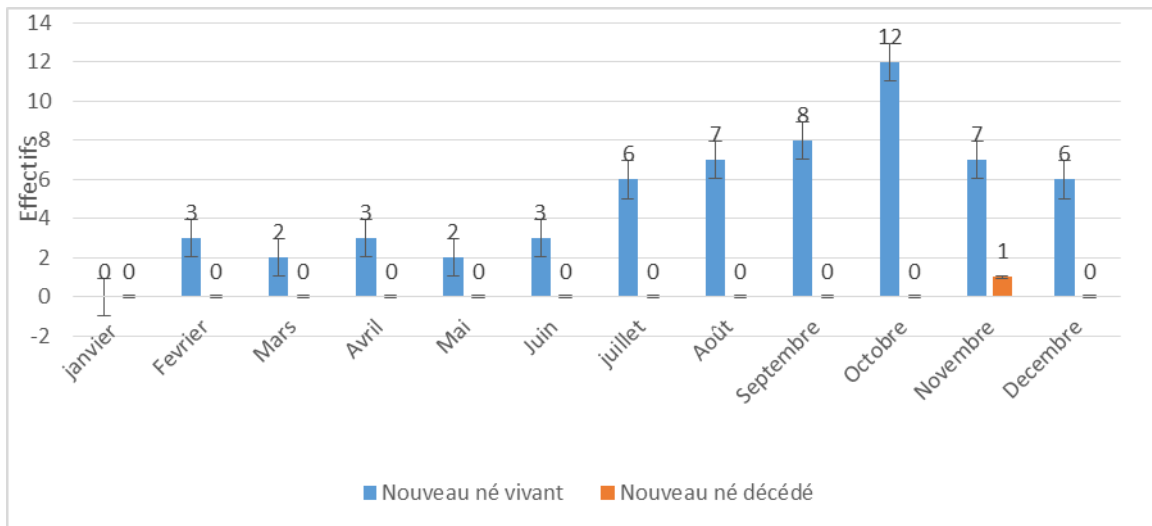


Figure 32: Répartition des mortalités périnatales selon les césariennes programmées

Le seul décès périnatal a été noté en Novembre.

4.5.3. La mortalité périnatale selon les césariennes d'urgence

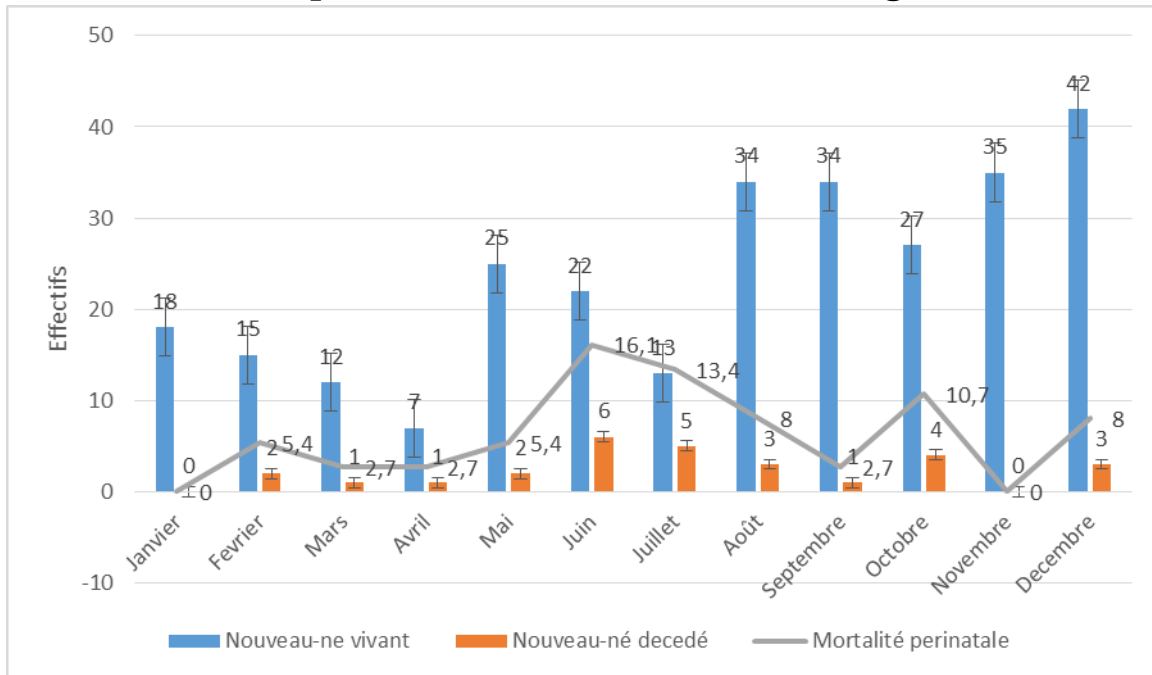


Figure 33: La répartition des mortalités périnatales selon les Césarienne d'urgence

4.5.4. La mortinaissances selon le type de césarienne

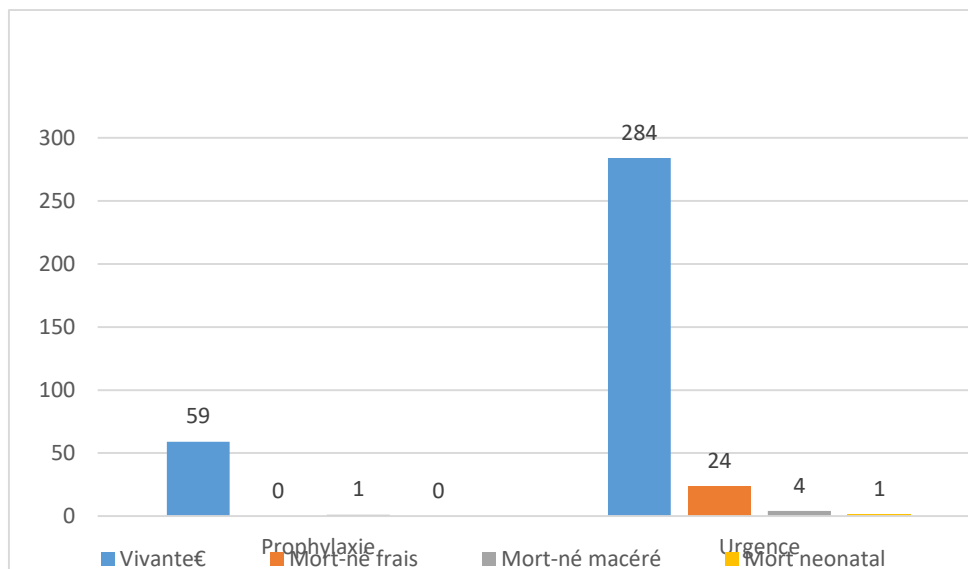


Figure 34: La répartition des mortinaissances selon le type de césariennes
Les mort-né frais ont été exclusivement noter chez les patientes ayant eu une césarienne d'urgence.

**IV-COMMENTAIRES
DISCUSSION**

VI- DISCUSSION

Nous avons réalisé une étude rétrospective couvrant 24 mois.

Notre étude a permis de :

- Mettre en place une base de données dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Kati,
- D'améliorer l'archivage des dossiers ; tous les dossiers du service, y compris les dossiers d'urgences sont numérotés et archivés systématiquement.

L'étude a évidence quelques insuffisances :

- ✚ Dans le remplissage des dossiers, dans la réalisation des bilans biologiques demandés en pré et post opératoire ;
- ✚ Dans les informations relatives aux malades :
 - Les Fiches de références pauvres en renseignements ;
 - Les carnets de CPN et de fiches personnelles pauvres en renseignements.

L'analyse de données a permis de faire les constats suivants :

- Les césariennes ont été majoritairement réalisées entre Août et Décembre. Période correspondant au travaux champêtres.
- Les taux de complications maternelles ont été de 15, 6 % les césariennes d'urgence et 10,0% pour les césariennes programmées.
- La morbidité périnatale a été de 20, 4% pour les césariennes d'urgence et 0,3 pour les césariennes programmées.
- Les facteurs de risques de complications maternelles ont été l'adolescence, la non scolarisation, les gestités extrêmes, le mode d'admission, les ATCD d'hypertension artérielle, la qualité des consultations prénatales, Le type de césarienne.
- Les facteurs de risque de complications périnatales ont été le mode d'admission, la qualité des CPN, le type de césariennes.

1. La fréquence

Du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2016, nous avons effectué au Centre-Hospitalo-Universitaire de Kati, 373 césariennes sur un nombre total de 1159 accouchements, soit une fréquence de **32,18%**. Le centre hospitalier universitaire de Kati, bien que situé dans la région de Koulikoro, fait partie des quatre CHU de Bamako. C'est une structure de troisième référence en orthopédie-traumatologie et deuxième référence pour les autres spécialités. Le service de gynécologie reçoit les urgences venant principalement des CSRéf mais aussi des CHU GT et point G.

La fréquence de la césarienne dans notre étude 32,18%, ne reflète pas une tendance réelle vers l'augmentation des taux de césariennes. Une méta-analyse faite au Mali entre 2005 et 2015 n'a pas permis de mettre en évidence une augmentation significative des taux de césarienne telle que escompté par le programme national [14]. La mise à disposition des kits gratuits de césarienne a certes augmenté le taux de césarienne intra-hospitalier qui contrevient les taux nationaux toujours restés inférieurs à 5%. A la lumière de la littérature, on note une disparité de la couverture en césarienne aussi bien entre les pays qu'entre les structures de santé d'un même pays [46].

2. La variation saisonnière

Globalement, les proportions de césariennes sont plus élevées lors des quatre mois de fraîcheur d'octobre à janvier, 41,6% (155/373) tandis que les proportions les plus faibles étaient observées lors des 4 mois de chaleur de février à mai, 20,4% (76/373). Les quatre mois de fraîcheurs correspondent aux mois de semence, de récolte et de traitement des céréales. Cette période correspond également au début des jardinages tenus en majorité par les femmes.

3. Les Facteurs de risque

3.1. L'âge

Pour de nombreux auteurs tout comme dans notre étude l'adolescence constitue un facteur de risque de césariennes d'urgence ($P < 0,001$)

3.2. Les consultations prénatales

De nombreuses études ont mis l'accent sur l'influence des consultations prénatales sur le pronostic materno-fœtal [47,48,49]. Il ressort de notre étude que 80,8% des patientes ayant eu une césarienne d'urgence, ont réalisé au moins 3 consultations prénatales. Plus du tiers des patientes (38,3%) avaient une TAS de 140 mmHg ou plus et 23% avaient une TAS supérieur ou égale 160 mm Hg. La majorité de ces femmes présentant une Pré éclampsie sévère, elles n'avaient pas réalisé la recherche d'albumine/sucre dans les urines lors des CPN. L'efficacité de la consultation prénatales sur la prévention et le pronostic du pré éclampsie et de l'éclampsie est démontrée la littérature [50].

4.3.3. Le niveau d'instruction

Dans la littérature [47,48,49,51].

La non scolarisation est un facteur de risque de césarienne d'urgence.

4. Les indications de césarienne

Les indications sont dominées par la pré-éclampsie sévère, l'éclampsie (31,3%) pour les césariennes d'urgence, suivie des anomalies du bassin (12,1%) ; elles sont dominées par les utérus cicatriciels pour les césariennes prophylactiques. Chez les patientes ayant subi une césarienne d'urgence. Pour autant, ces entités sont accessibles lors des consultations prénatales et doivent faire l'objet de référence préalable. L'objectif principal des CPN étant de détecter les grossesses à risque élevée et de les référer précocement mais aussi de diagnostiquer les anomalies du bassin afin d'adapter une prise en charge opportun. La résultante de ces césariennes faites en urgence est l'altération du pronostic materno-fœtal 46,8% de HELLP syndromes, 2% de décès maternel ; 7% de petit poids de naissance ; 4,8% d'asphyxie néonatale, 2,7% de détresse respiratoire.

5. La morbidité maternelle

L'amélioration de la qualité de la consultation prénatale dans la prévention des complications maternelles liées à la césarienne a été démontrée par d'auteur. Une consultation prénatale de qualité permet une référence de la patiente à froid

et une césarienne programmée avec moins de morbidité et de mortalité maternelle telle qu'observée dans notre étude.

6. La mortinaissance

Nous avons enregistré 25 mort-nés frais et 4 décès néonatal précoce (syndrome poly malformatif). Ces mort-nés frais sont majoritairement comptabilisées pour les césarienne d'urgence ; les étiologies que nous avons observé dans notre étude sont hématome rétro-placentaire (17/24), disproportion fœto-pelvienne (1/24), placenta prævia hémorragique (2/24), présentation dystocique (1/24), pré rupture utérine (3/24).

Selon beaucoup d'auteurs, l'amélioration du pronostic materno-fœtal de la césarienne passe par :

- ✚ L'amélioration de la qualité du suivi prénatal
- ✚ L'organisation des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU),
- ✚ L'application des nouvelles recommandations de l'OMS aussi bien pour le suivi prénatal, que pour les indications de césarienne.

VII-CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

La césarienne est devenue une intervention efficace pour sauver la vie du fœtus et de la mère en situation difficile raison pour laquelle sa fréquence ne cesse de croître. Cependant, elle ne doit pas être considérée comme une solution de facilité car elle n'est pas dénuée de complications maternelles morbides et de complications périnatales. Dans notre étude les parités extrêmes (primipares et grandes multipares) ; de même que les adolescentes étaient plus exposées à la césarienne d'urgence.

La première indication était l'hypertension artérielle et ses complications pour les patientes ayant eu une césarienne d'urgence et les utérus cicatriciel pour les patientes ayant eu une césarienne prophylactique.

Les complications maternelles et périnatales ont été majoritaires chez les patientes ayant une césarienne d'urgence.

La mortinaissance était observée quasi totalement chez les patientes ayant eu une césarienne d'urgence ;

L'anesthésie locorégionale a été pratiquée à chaque fois que cela était possible. Il faut aussi noter que la majorité de nos césariennes programmées ont été réalisées sous rachianesthésie à cause de ses avantages par rapport à l'anesthésie générale. Par contre les césariennes faites en urgence, ont été faites en majorité sous anesthésie générale à cause de leur indication.

La césarienne reste malheureusement corrélée à un taux de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale élevé.

2. RECOMMANDATIONS

➤ **Aux autorités**

- Améliorer le système de référence/évacuation en intégrant le service de gynécologie obstétrique du CHU de Kati dans le système de « Flot » pour améliorer la prise en charge des patientes.
- Assurer la formation continue du personnel du District sanitaire de Kati à travers les supervisions formatives.
- Améliorer le plateau technique de l'hôpital de Kati en général, et en particulier le service de gynécologie et d'obstétrique en cardiotocographe, scope.
- Equiper la salle de césarienne,
- Ouvrir le service de Pédiatrie du CHU de Kati.

➤ **Au personnel sanitaire**

- Respecter les règles de prévention d'infection en salle de naissance et au bloc d'opération par une stérilisation correcte et le respect strict des conditions d'accès.
- Sensibiliser la population pour l'adhésion à la consultation prénatale.
- Assurer des consultations prénatales de qualité.
- Orienter à temps vers les établissements sanitaires adaptés tous les cas de grossesses à haut risque.
- Promouvoir l'espacement de naissance (planning familial).

➤ **A l'endroit des populations**

- Fréquenter les structures sanitaires dès les premières semaines de gestation.
- Accepter les références dans les structures adaptées.
- Connaître les signes de dangers de la femme enceinte.

VIII-REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Organisation mondiale de la santé.** Tendence de décès maternel dans le monde 1990 à 2015 GENEVE. www.who.int. Juillet 2019.
- 2. Enquête démographique et de santé au Mali.** 6^{ème} édition 2018. 297p.
- 3. Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF), Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International,** 2014. Enquête Démographique et de Santé au Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International.
- 4. Dolea C, AbouZahr C.** Global burden of obstructed labour in the year 2000. In Evidence and Information for Policy (EIP), World Health Organization, Geneva, July 2003
- 5. World Health Organization.** Relation between maternal mortality ratio in 2013 and cesarean delivery rate (per 100 live births) in 2012 for 181 countries, JAMA 2015, 314(21): 2263-70.
- 6. Merger R, Levy J, Melchior J.** Intervention par voie haute : césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. Masson, Paris.1979: 618-27.
- 7. World Health Organization.** Appropriate technology for birth. Lancet 1985; 2: 436-7
- 8. Sepou A, Yanza MC, Nguembi E, Ngbale R, Kouriah G, Kouabosso A, Nalim N.** Etude de 299 cas de césariennes pratiquées à l'hôpital communautaire de Bangui (Centrafrique), Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (1).
- 9. Traoré AI.** Césariennes prophylactiques au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse Méd Mali 2010 M-44.
- 10. Perrin R.** Influence de la césarienne sur les taux de mortalité maternelle et périnatale.15^{ème} congrès de la SAGO, Conakry 26 Novembre 2018.www.soggo.org.
- 11. Téguété I, Traoré Y, Mounkoro N, Dolo T, Dougnon A, Traoré A, Traoré M, Dolo A.** Etude de la césarienne au Mali. Premières Journées Mère – Enfant de Ouagadougou (Burkina Faso), Ouagadougou, 04 – 06 décembre 2006.

- 12. Organisation mondiale de la sante.** Déclaration de l'OMS sur le taux de césarienne. Genève. OMS, 2014. www.who.int. 27 Octobre 2020.
- 13. Marchoux S, Fabia J.** Fréquence et indication des césariennes dans la région du Québec Canada, en 1973 et 1979. *Rev Epiderm santé pbl* 1983, 31 : 459-68p
- 14. Traoré AB.** Césariennes prophylactiques au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse Méd Mali 2012 M-44, 38p.
- 15. Ouward C.** Pourquoi tant de césarienne ? Selection Reader's digest Quebec (Canada) ,20 Février 2004. www.santepublique.gc.ca/rspc.
- 16. Traoré P.** La césarienne dans les structures sanitaires au Mali : Fréquence, Indications, Pronostic. Thèse Méd. Bamako, 2008, 55p.
- 17. Cissé CT.** Césariennes au Sénégal : expérience et perspective-15^{ème} congré SAGO Conakry Nov 2018. www.soggo.org.
- 18. Organisation de coopération et de développement économiques.** Statistique de l'OCDE sur la santé 2015. www.oecd.org/fr. Juin 2017.
- 19. Odent M.** Césariennes : questions, effets, enjeux. Édition souffle D'or 284058283x-2 Novembre 2005,183p
- 20. Garmaroudi G, Eftekhar H, Batebi A.** Caesarean section prevalence in Tehran, Iran. Submitted papers, June 23; 2003.
- 21. United Nations International Childrens Fund.** Delivery care: current status and progress. Février 2016. www.unicef-irc.org. 27 Octobre 2020.
- 22. Liu Y, Li G, Chen Y, Wang X, Ruan Y, Zou L, Zhang W.** A descriptive analysis of the indications for caesarean section in mainland China *BMC Pregnancy Childbirth*, 2014 14: 410p
- 23. Diallo FB, Diallo MS, Bangoura S, Diallo AB, Camara Y.** Césarienne : facteurs de réduction de morbidité et de mortalité fœto-maternelle au centre hospitalier universitaire IGNACE DEEN de Conakry (Guinée). *Méd. d'Afr noire* 1998, 45(6) ,359-363p.

- 24. Téguété I.** Étude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'Hôpital National du Point-G de 1991 à 1993 : à propos d'une étude de cas témoins de 1544 cas. Thèse Méd, Bamako 1996, No17, 133p.
- 25. Cissé B.** La césarienne à la maternité de l'Hôpital de Kayes à propos de 215 cas. Thèse méd. Bamako, 2001, 37p.
- 26. Guirou B.** Etude de la césarienne dans le service de gyneco-obstetrique de l'Hôpital Régional Sominé Dolo de Mopti. Thèse méd. Bamako, 2006,79p.
- 27. Dembélé M.** Étude qualitative de la césarienne au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital de Sikasso en 2005 à propos de 212cas.Thèse Méd. Bamako ,2008 ; 88p
- 28. Houtzager HL.** Cesarean section until the end of the 16th century. Europ J Rep Biol 1982 ; 13 : 57-8.
- 29. Barrier J, Elhaik S.** La césarienne, ses indications actuelles sont-elles trop nombreuses ? Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1979 ; 74(5), 333-347p.
- 30. Frank H, Netter MD.** Atlas d'anatomie humaine. 5^{ème} édition Paris 2011: 334-355p
- 31. Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris. Maloine 1986 : 383-99p
- 32. Contamin R, Bernard P, Ferrieux J.** Gynécologie Générale. 2^{ème} édition Vigot Frères Paris 1977, 736p.
- 33. Merger R, Lev K, Melchior J.** Précis d'obstétrique 6^{ème} édition Masson, Paris, 2003 : 635p.
- 34. Baudet JH, Feiss P.** Césarienne et anesthésie péridurale à propos de 50 observations. Rev Fr Gynécol Obstét 1977 ; 72 : 693-8p.
- 35. Boisselier P, Moghioracas P, Marpeau L, Hajali B, Barrat J.** Evolution dans les indications de césarienne de 1977 à 1983. J Gynécol Obstet Biol Reprod 1997; 16:251-260p.
- 36. Robson MS.** Classification of caesarean sections. Fetal and Maternal Medicine Review. 2001; 12:23-39p.

- 37. Stanton C, Ronsmans C.** Recommendations for routine reporting on indications for cesarean delivery in developing countries. *Birth* 2008 ; 35 (3) :204-11p.
- 38. Tamboura B.** Césarienne prophylactique versus césarienne d'urgence au CSRéf CV District de Bamako, Pronostic Maternofœtal. Thèse de méd, Bamako FMPOS 2013, 99 p.
- 39. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M, and al.** Classifications for cesarean section: a systematic review. *PLoS One*. 2011; 6(1): e14566. Doi : 10.1371/journal.pone.0014566.
- 40. Dedouch OL.** Morbidité maternelles associées aux césariennes programmées et réalisées en urgence : Etude rétrospective entre Avril 2006 et avril 2007 dans le CHR de Versailles. Université Paris Val-de- Marne. Thèse médecine, Faculté de Medecine de Creteil. 2008. 90p.
- 41. Mathaï M, Hofmeyr G J.** Abdominal surgical incisions for ceaserean section. *Cochrane Database 2007 Syst Rev* (1): CD004453
- 42. Mouchel J.** Transverse abdominus incision in gynecological and obstetrical surgery.673 cases. *Nouv Presse Med* 1981; 10(6): 413-5p.
- 43. Cohen J.** The place of the abdominal hysterectomy. *Clin Obst Gynaecol* 1978; 5(3): 525-43p.
- 44. Quenum G, Memadji M, Konan BR, Nigue L, Welffens E.** Césarienne de qualité : analyse des facteurs et des déterminants au CHU Yopougon. *Revue Internationale de sciences médicales* 2001. Presses Universitaires de Côte d'Ivoire (PUCI).68p
- 45. Racinet C, Flavier M.** La césarienne : Indications, techniques complications Masson : 4^{eme} édition. Paris 1984: 185p.
- 46.Teguete I, Traore Y, Sissoko A, Djire MY, Thera A, Dolo T, Mounkoro N, Traore M, Dolo A.** Determining Factors of Cesarean Delivery Trends in Developing Countries: Lessons from Point G National Hospital (Bamako - Mali). *Cesarean Delivery* (2012),

47. Neil A, Omer K, Caldwell D, Dambam MM, Hamel C.

Male responsibility and maternal morbidity: a cross-sectional study in two Nigerian States. BMC Health Serv Res 2011, 11 (suppl 2): S7.

48. Simkhada B, Teijlingen ER, Porter M. Facteurs affectant l'utilisation des soins prénatals dans les pays en développement : revue systématique de la littérature. 01Fév 2008, 61(3): 244-60p.

49. Bloom SS, Wypij D. Does antenatal care make a difference to safe delivery? A study in Urban Uttar, Pradesh, India. Health Policy Plann 1999: 14- 38p.

50. Mairiga AG, Saleh W. Maternal mortality at the state specialist hospital bauchi, northern Nigeria. East African J Med 2009, 86 : 25 – 30p.
2016 Jul 8.

51. Thiero G. Impact de la gratuité de la césarienne sur le système de référence/évacuation cas du district sanitaire de Bla en 2010. Thèse de méd. Bamako 2012. 42p



ANNEXES

7. FICHE D'ENQUETE

Q 1. Tranche d'âge : 1 inf à 20ans 2(20 à 34 ans) 3(35 ans et plus)

Q 2. Ethnie : 1/Bambara 2/Peulh 3/Malinké 4/soninké

5/Senoufo 6 /Tamacheik 7/Mignanka 8/Bobo

9/Sonrhäi 10/Autres

Q 3. Adresse : 1/Bamako 2/Cercle de Kati 3/Autres Régions

Q 4. Niveau d'étude : 1/Non Scolarisée 2/Primaire 3/Secondaire

4/Supérieur

Q 5. Profession : 1/Ménagère 2/Elève ou Etudiante 3/Commerçante

4/Vendeuse 5/Fonctionnaire 6/Autres

Q 6. Statut matrimonial : 1/Mariée 2/Célibataire 3/Veuve 4/Divorcée

Q 7. Tranche d'âge du procréateur : 1/ (15 à 25 ans) 2/ (26 à 34 ans)

3/ (35 à 44 ans) 4 / (45 à 54 ans) 5/ (55 à 64 ans) 6/> à 64 ans 7/ Inconnu

Q 8. Profession : 1/Fonctionnaire

2/Commerçant

3/Ouvrier

4/Autres

Q 9. Niveau d'instruction : 1/ Scolarisé 2/Non Scolarisé

Q 10. Mode d'admission : 1/Référée 2/ Venue d'elle-même 3/ Evacuée

Q 11. Moyen d'admission : 1/Ambulance 2/Voiture Personnelle

3/Moto

4/Transport en Commun

5/ A pied

Q 12. Provenance : 1/CSCOM 2/CS Réf 3/CHU Gabriel Touré

4/CHU Point G

5/Autres

Q 13. Durée (Evacuation- admission) : 1/ (10 à 30 min)

2/ (30 min à 01 H) 3/ (01 H à 02 H) 4/ > à 02 H

5/Inconnue

Q 14. ATCD Familiaux : 1/ Gémellité 2/ HTA 3/Diabète 4 /Drépanocytose
5/Autres 6/Aucun

Q 15. ATCD Personnel A/Médicaux : 1/HTA 2/Cardiopathie 3/Diabète
4/Hémoglobinopathie 5/Autres 6/Aucun

B/Chirurgicaux : 1/Césarienne 2/Myomectomie 3/Laparotomie
4/Plastie Tubaire 5/Salpingectomie 6/GEU 7/Autres 8/Aucun

Q 16. ATCD Obstétricaux :

A/Gestité : 1/Primigeste (1^{ère} G)

B/Parités : 1/Nullipare (0)

2/Paucigeste (2-3G)

2/Primipare (1)

3/Multigeste (4-5G)

3/Multipare (2-5)

4/Grande Multigeste (>=6G)

4/Grande multipare (>=6)

Q 16. Terme : 1/< à 37 SA 2/ 37 à 38 SA 3/ 39 à 40 SA 4> à 40 SA

5/ Imprécis

Q 17. Nombre de CPN : 1/ (1 à 3)

2/ (4)

3/ (>4)

4/(Aucun)

5 / (Imprécis)

Q18.Auteur : 1/Gynécologue

2/ Médecin Généraliste

3/ Sage-Femme

4/ Autres

5/ non suivie

Q19. Lieu : 1/CSCOM 2/CS Réf 3/ CHU 4/ Autres 5/Non suivie

Q20. BPN : 1/Oui 2/ Non

Q21. BPO : 1/Oui 2/ Non

Q22. Prophylaxie : 1/ VAT 2/SP 3/FAF 4/Aucun 5/VAT+SP+FAF

Q23. Echographie : 1/(Un) 2/ (Deux) 3/ (Trois) 4/ (> à 3) 5/(Aucun)

Q24. Pathologies associés : 1/ HTA 2/Pré-éclampsie 3/ Eclampsie

4/Diabète 5/Paludisme 6/Vomissement gravidique

7/Anémie 8/Aucun 9/Autres

Q25. TA : 1/ <=130/80 mmhg 2/ 140/90mmhg-160/110mmhg

3/>160/110mmhg 4/Inconnue

Q26. T° : 1/< à 37°c 2/37°c-38°c 3/> à 38°c 4/ Inconnue

Q27. Pouls : 1/ (70-99) 2/ (100-110) 3/ (> à 110)

4/Inconnu

Q 28. FR : 1 (<16) 2 (16-19) 3 (20-24) 4 (>24)

Q 29. Conscience : 1/Altérée 2/ Obnubilée 3/ Claire

Q30. Etat Général : 1/ Bon 2/ Passable 3/Mauvais

Q31. Muqueuses : 1/Bien colorées 2/Pales 3/Ictériques

Q32. Œdème : 1/OMI 2/Généralisé 3/Absent

Q33. Cicatrice : 1/Oui 2/Non

Q34. Utérus : 1/Longitudinal 2/Transverse 3/Oblique

Q35. HU : 1(< 28cm) 2(28-30) cm 3(31-33) cm

4(34-36) cm 5(> 36 cm)

Q36. CU : 1/Présente 2/Absente

Q37. Dos Fœtal : 1/A gauche 2/A droite 3/Difficile à apprécié

Q38. BDCF : 1/Présent et Régulier 2/Présent et Irrégulier 3/Absent

Q39. BCF : 1(< à 100) 2(100-119) 3(120-160) 4(>160) 6(Absent)

Q40. Présentation : 1/Céphalique 2/transversale 3/Siège

4/difficile à apprécier

- Q41. Consistance :** 1/Ramolli 2/Ferme 3/Dure
4/Effacé
- Q42.Position:**1/ Antérieure 2/Postérieure 3/Centrale
4/Médiane
- Q43. Engagement :** 1/Oui 2/Non.
- Q44. PDE :** 1/Intacte 2/Rompue 3/Fissurée
- Q45. Liquide :** 1/Claire 2/Méconial 3/Purée de pois 4/Sanguinolente
- Q46. Bassin :** 1/Normal 2/limite 3/Rétréci 4/Difficile à apprécier
5/Autres
- Q47. Voie :** 1/Naturelle 2/Epreuve du Travail 3/Épreuve Utérine
4/Césarienne
- Q48. Travail :** 1/DFP 2/Échec d'Épreuve du Travail 3/Bassin Limite
4/Bassin Rétréci 5/Autres
- Q49. Présentation Anormal :** 1/Transversale 2/Face 3/Front 4/Bregma
5/Siège 6/Sommet mal fléchi
- Q50. Hémorragie :** 1/PP 2/HRP 3/Sd de Pré-rupture utérine
- Q51. Souffrance :** 1/SFA 2/SFC
- Q52. Cause Maternelle :** 1/Utérus >= 2cicatrices 2/Cardiopathie
3/Hémoglobinopathie 4/Diabète 5/HTA 6/Eclampsie 7/Pré-éclampsie
8/Sauvetage maternelle 9/ATCD Obstétricaux chargé 10/Utérus
cicatriciel/BL 11/Autres
- Q53. Type :** 1/Prophylactique 2/Urgence
- Q54. Délais d'admission à la décision :** 1 (10-30) mn 2(30-01h)
3(01h-02h) 4(> à 2H) 5/Inconnu

Q55. Délais Décision au début d'Intervention : 1 (10-30) mn 2 (30mn-01h)
3(>01h) 4/inconnu

Q57. Retard : 1/Opérateur absent 2/Anesthésiste absent 3/Aide de bloc
4/Kit bon disponible 5/Kit incomplet 6/Manque des champs et blouses
7/Bloc occupé 8/Autres 9/Aucun

Q58. Anesthésiste : 1/Rachis péridurale 2/AG+IOT 3/AG sans IOT

Q59. Technique : 1/Starck 2/Segmentaire transversale

3/Segmentaire longitudinale 4/Corporéal

Q60. Incision : 1/IMSO 2/Transversale

Q61. Ouverture : 1/longitudinale 2/Transversale

Q62. Hystérotomie : 1/Segmentaire Transversale 2/Segmentaire verticale
3/corporeal 4/Corporo-Segmentaire

Q63. Coloration : 1/Clair 2/Méconial 3/Sanguinolente 4/Purée de pois

Q64. Extraction : 1 (-3) mn 2 (3-10) mn 3(>10) mn

Q65. Geste associé : 1/LRT 2/Myomectomie 3/Hystérectomie
4/Autres

Q67. Fermeture : 1/Points Simples séparés 2/Surjet simple

3/Blaire Donnati

Q68. Duré : 1(10-30) mn 2 (30 min à 01 H) 3(> à 01H)

Q69. Incident : 1/Non 2/Plaie vésicale 3/Plaie digestive
4/Autres

Q70. Saignement : 1/Oui 2/Non

Q71. Transfusion : 1/1 Poche 2/2Poche 3/Aucune

Q72. Qualification : 1/Gynécologue 2/Médecin généraliste 3/DES
4/Thésard

Q73. Anesthésiste : 1/Médecin anesthésiste/Réanimateur
2/Assistant anesthésiste/Réanimateur 3/DES 4/Autres

Q74. Nombre : 1/Un 2/Deux 3/Trois

Q75. Sexe : 1/M 2/F 3/MM 4/FF 5/MF

Q76. Vivant : 1/Vivant(e) 2/Mort-né frais 3/Mort-né macéré

Q77. Réanimé : 1/Réanimé 2/Non réanimé

Q78. Apgar : 1(0-3) 2(4-7) 3(8-10)

Q79. Cinquième : 1(0-3) 2(4-7) 3(8-10)

Q80 : Dixième : 1 (0-3) 2 (4-7) 3 (8-10)

Q81. Poids(g) : 1 (1500-1900) 2 (2000-2400) 3 (2500-2900)

4 (3000-3400) 5(3500-3900) 6 (>=4000) 7(<1500)

Q82. Transféré : 1/Non transféré 2/Malformation 3/Prématuré

4/Détresse respiratoire 5/Souffrance Néonatale 6/Autres

Q83. Évolution : 1/Favorable 2/Décédé 3/Suites inconnue

Q84. Séjour : 1/inconnu 2 (1-2) jrs 3 (3-4) jrs 4 (>=5) jrs

Q85. Suites : 1/Simples 2/Complicquées

Q86. HPP : 1/Atonie Utérine 2/Déchirure des parties mole

3/Trouble de la coagulation 4/Thrombus 5/Autres

Q87. Infectieuses : 1/Septicémie 2/Endométrite 3/Péritonite/Pelvis-péritonite

4/Suppuration pariétale

Q88. Urinaire : 1/Fistule vésico-vaginale 2/pyélonéphrite 3/Cystite 4/IU

Q89. Autres : 1/Anémie 2/Paludisme 3/HELLP syndrome 4/Psychose
5/Eclampsie

Q90. Décès : 1/Non 2/Oui

Q91. Traitement : 1/ATB+Antalgique+Ocytocine+Thérapie martial
2/1+Transfusion 3/1+Nicardipine 4/1+3+MGSO4 5/1+Autres

Q92. Hospitalisation : 1 (1-2) jrs 2 (3-4) jrs 3(5-6) jrs 4 (>6) jrs

Q93. Ressentiment : 1/Crainte de la douleur 2/Crainte de la mort

3/Aucune crainte

Q94. Avis : 1/Favorable 2/Non favorable

Q95. Satisfaite : 1/Oui 2/Non

Q96. Préparation : 1/Oui 2/Non

8. FICHE SIGNALETIQUE

NOM : KAMISSOKO

PRENOM : JEAN SAIBO

TITRE DE LA THESE : Profil comparé des césariennes d'urgences versus césariennes programmés au CHU BSS de Kati du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2016.

VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2019-2020

PAYS D'ORIGINE : MALI

LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE DE LA FMOS

SECTEUR D'INTERET : GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

RESUME :

Deux ans après l'ouverture du service, il nous a paru opportun de faire le point sur la césarienne à la maternité du CHU BSS de Kati.

Pour ce faire nous avons initié une étude descriptive, comparative et analytique avec collecte rétrospective des données du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2016. C'est ainsi que nous avons obtenu les résultats suivants :

Pendant la période d'étude nous avons recensé 373 césariennes dans notre service pour un nombre total d'accouchement de 1159 soit une fréquence de 32,18%. Les adolescentes représentent 3/10 de césariennes d'urgence tandis que les femmes âgées de plus de 35 ans représentent 3/10 de césariennes programmé ($p < 0,0001$). Les femmes qui ont bénéficié de ces césariennes d'urgence versus 16,7% de césariennes étaient non scolarisées dans 45,7% ($p = 0,0001$) $\chi^2 = 39,27$.

La majorité de nos patientes ayant subi une césarienne programmée avait réalisées au moins 4 consultations prénatale soit 81,7% ($p < 0,0001$) $\chi^2 = 35,58$.

La césarienne était réalisée en urgence dans 83,91%. La pré éclampsie et l'éclampsie représentent la majorité des indications de césarienne en urgence avec 31,3% ($p = 0,0001$) $\chi^2 = 143,02$; les utérus cicatriciels représentent 36,7%

césariennes programmée. La morbidité maternelle était plus élevée chez les patientes ayant une césarienne d'urgence 15,60% ; de même que la morbidité périnatale représente 20,4% des césariennes d'urgence vs 0,3% des césariennes programmées. Nous avons déploré 2 décès maternels dans le groupe des patientes ayant une césarienne d'urgence.

Mots clés : césarienne ; profil comparé ; morbidité maternelle, morbidité périnatal, CHU de Kati.

SERMENT D'HIPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE