

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**



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

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021-2022

N°.....

TITRE

**PRONOSTIC MATERNEL ET PERINATAL
DE LA CESARIENNE AU CHU POINT G**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 17/05/2021 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. Soumaila BAGAYOKO

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

Jury

Président : Pr TRAORE Drissa

Membre : Dr TRAORE Mamadou Salia

Co-directeur : Dr COULIBALY Ahmadou

Directeur de thèse : Pr THERA Tioukani Augustin

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACE

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude

L'amour, le respect, la reconnaissance....

Aussi, c'est tout simplement que

Je dédie ce travail à :

*Allah ; le tout puissant ; le clément et miséricordieux, et à son prophète **Mohamed** (paix et salut sur lui) ; pour m'avoir donné le courage et la santé nécessaire de mener à bien ce travail.*

Mon père Feu El Hadj Mamadou Bagayoko

Vous m'avez transmis de vraies valeurs, j'ai grandi dans un monde sans laideur. En votre présence il n'y avait plus d'ennuis, ils s'effaçaient sans faire de bruit. Votre honnêteté a balisé le chemin de ma vie, je continue aujourd'hui à appliquer ces acquis. Qu'Allah vous accueille dans son paradis

Ma mère Maïmouna Camara :

Avec toi je comprends aisément que ce que l'on n'obtient pas dans le pacifisme ce n'est pas dans la violence que l'on l'obtiendra. Toutes ces années d'études depuis la maternelle jusqu'à ce jour ne pouvaient être pour moi un succès sans tes bénédictions. Que Dieu te garde encore longtemps auprès de nous. Amen !

Que ce travail récompense tous tes sacrifices et prières que tu as consentis durant toutes ces longues années.

Mon grand-père Feu Karíba Bagayoko :

Tu as été un espoir pour moi durant ma carrière universitaire car rien ne m'a manqué. Toi qui as eu toujours confiance en moi dès ma première année malgré le numéris clausus. Grace à Allah je suis ce que tu as souhaité. Je prie qu'Allah intensifie sa miséricorde sur toi ainsi qu'à tous nos défunts.

Ma grand-mère chérie Assétou Traoré :

Qui m'a accompagné par ses prières, sa douceur, puisse Dieu lui prêter longue vie et beaucoup de santé et de bonheur dans les deux vies.

A mon épouse :

Tu es exceptionnelle, patiente, courageuse, bref je suis fier de t'avoir comme épouse. Je reste sans voix devant la grandeur de ton âme, ta disponibilité, ton soutien sans fatigue. Je laisse le soin au tout puissant de te combler de sa grâce et miséricorde. Trouve dans ce travail mon Sincère amour et ma reconnaissance. Qu'Allah te bénisse. Amen !

REMERCIEMENTS

Ils s'adressent à :

A tous mes Maîtres d'école, merci pour la qualité de la formation que vous m'aviez dispensée. Merci pour tout ce que vous avez fait pour ma formation. Que Dieu vous récompense et vous donne longue vie.

A mes maîtres du service de Gynéco-Obstétrique du CHU Point G :

Pr THERA Tioukani Augustin, Dr Mamadou Salia TRAORE, Dr COULIBALY Ahmadou, Dr KANTE Ibrahim, Dr SIMA Mamadou, Dr KONE Konimba et Feu Dr Ibrahim ONGOIBA ; je ne regretterai jamais d'avoir été votre élève, la formation et l'éducation que vous m'avez données vont au-delà de tout cadre médical ainsi qu'à tous les autres personnels du service ; merci.

Mes chers oncles, tantes, leurs époux et épouses :

Veillez trouver dans ce travail un modeste témoignage de mon admiration et toute ma gratitude, de mon affection la plus sincère et de mon remerciement le plus profond pour vos encouragements et votre soutien moral durant toutes mes années d'étude.

Mes frères et sœurs :

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessé de m'apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix et j'espère et souhaite qu'elle reste toujours un lien sacré pour nous. Que Dieu renforce nos liens.

Mon cousin Alou Samaké

Avec ton aide précieuse, j'ai effectué ma carrière universitaire sous couvert comme si j'étais chez moi. Merci pour ta bonne volonté.

A la famille

Dembélé, Tounkara et Diarra à Niamakoro, ainsi qu'à la famille **Coulibaly** et **Traoré** à Koulouba ; merci pour vos encouragements

**A tous mes amis et camarades de promotion de la FMOS sans oublier ceux
du quartier :**

Votre sens de l'amitié, du pardon et de l'écoute m'a été d'un grand apport durant ces derniers moments. Merci infiniment.

**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU
JURY**

A notre Maître et Président du jury Professeur Drissa TRAORE

- **Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie Générale à la F.M.O.S**
- **Spécialiste en chirurgie générale**
- **Praticien Hospitalier au CHU du Point G**
- **Membre de l'Association Française de Chirurgie**
- **Secrétaire général de la Société de Chirurgie du Mali**
- **Meilleur prix de communication en France**
- **Membre de l'Association des Chirurgiens d'Afrique Francophone**

Cher Maître,

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. L'étendue de votre savoir, votre rigueur scientifique, vos qualités professionnelles, humaines et sociales font de vous un maître accompli, respecté et respectable, trouvez ici cher Maître, l'expression de notre gratitude et notre profonde reconnaissance. Qu'Allah vous donne longue vie. Amen !!!

A notre Maitre et Juge : Docteur Mamadou Salia TRAORE

- **Maitre de Recherche en Gynécologie Obstétrique ;**
- **Praticien Hospitalier au Centre Hospitalier Universitaire du Point G ;**
- **Diplômé de Formation Médicale Spécialisée Approfondie de l'Université Paris-Descartes en Gynécologie Obstétrique ;**
- **Enseignant à la filière sage-femme et en Master de Santé de la Reproduction à l'Institut de Formation en Science de la Santé ;**
- **Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique.**

Cher Maître,

Votre présence dans ce jury de thèse nous comble au plus haut degré. Nous avons été marqués par vos qualités humaines, votre rigueur et votre amour pour le travail bien fait.

Veillez accepter cher Maître l'expression de nos sincères remerciements et soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Co-directeur : Docteur COULIBALY Ahmadou

- **Gynécologue-Obstétricien Praticien Hospitalier au CHU Point G ;**
- **Charger de recherche.**

Cher Maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de porter un écart critique sur ce travail nous a profondément touché, votre simplicité, vos qualités humaines et vos qualités de pédagogie explique toute admiration que nous éprouvons à votre égard. Vous êtes un exemple de générosité et de disponibilité. Trouvez ici l'expression de notre grande estime. Que Dieu vous accompagne dans votre carrière.

A notre Maitre et directeur de thèse Pr THERA Tioukani Augustin

- **Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU du Point G ;**
- **Maitre de conférences agrégé de gynécologie obstétrique ;**
- **Ancien Faisant Fonction d'Interne des Hôpitaux de Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'une Attestation de Formation Spécialisée en gynécologie Obstétrique : université Claude Bernard Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme d'Etude universitaire en thérapeutique de la Stérilité-Université Paris IX (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Européen d'Endoscopie Opératoire en Gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme d'Etude Universitaire en colposcopie et pathologies cervico-vaginales Angers (France) ;**
- **Titulaire d'un Diplôme Inter Universitaire d'Echographie gynécologique et obstétricale : Université Paris Descartes ;**
- **Titulaire d'un Certificat d'Etudes Spécialisées en gynécologie Obstétrique : Université Nationale du Bénin ;**
- **Doctorat d'Etat en Médecine : Université d'Etat de Médecine Pirogov : Vinnitsa (Ukraine) ;**
- **Membre du Comité Politique du Programme de la Reproduction Humaine (HRP) à l'OMS : Genève (Suisse).**

Honorable maitre, Vous nous avez accueillis spontanément dans votre service dont nous garderons un excellent souvenir. Vous êtes un pédagogue émérite. Votre assiduité, votre constante disponibilité, votre modestie, votre courtoisie et votre désir ardent à parfaire la formation des étudiants font de vous le maître que nous admirons. C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. En espérant que cet humble travail saura combler votre attente, veuillez recevoir, cher maître, l'expression de notre infinie gratitude.

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES ABREVIATIONS :

ATCD : Antécédent

B.C.F: Bruits du Cœur Fœtal

BGR : Bassin Généralement Rétréci

BPN : Bilan Prénatale

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CIVD : Coagulation Intra Vasculaire Disséminée

CPN : Consultation Prénatale

C.S. Com : Centre de Santé Communautaire

CSRéf : Centre de Santé de Référence

DFP : Disproportion Foeto - Pelvienne

EDSM : Enquête Démographique et de Santé du Mali

FMOS : Faculté de Médecine, et d'Odonto Stomatologie

FVV : Fistule Vésico-Vaginale

Gyn. : Gynécologie

gr : gramme

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

IMSO : Incision Médiane Sous Ombilicale

IRA : Insuffisance Rénale Aigue

LRT : Ligature et Résection des Trompes

MAF : Mouvements Actifs du Fœtus

Mnés : Morts Nés

Nbre : Nombre

Nnés : Nouveau-Nés

OAP : Œdème Aigu du Poumon

Obst : Obstétrique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PP : Placenta Prævia

PRP : Promonto-Rétropubien

RPM : Rupture Prématuration des Membranes

RU : Rupture Utérine

SA : Semaine d'Aménorrhée

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

SFC : Souffrance Fœtale Chronique

TM : Transverse Moyen

% : Pourcentage

SOMMAIRE

1. INTRODUCTION :	18
1.1. Objectifs :	21
1.1.1. Objectif général :	21
1.1.2. Objectifs spécifiques :	21
2 . Généralités :	23
2.1. Définition et fréquence :	23
2.2. Historique et genèse de la césarienne : [7]	23
2.3. Rappels anatomiques :	26
2.4. Indications : [13]	35
2.5. Classification de la césarienne selon Robson :	36
2.6. Techniques de la césarienne :	38
3. METHODOLOGIE	43
4. RESULTATS :	52
5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :	79
CONCLUSION :	87
RECOMMANDATIONS	88
REFERENCES :	90
ANNEXES	94

INTRODUCTION

1. INTRODUCTION :

La césarienne est un acte obstétrical qui permet de sauver le nouveau-né et sa mère dans des situations de souffrance fœtale ou de dystocie. Cet acte utile n'est justifié que si son indication est bien posée [1].

Dès 1986, avec l'initiative « pour une maternité à moindre risque », l'organisation mondiale de la santé (OMS) préconisait que la surveillance de l'accouchement et la détection précoce des dystocies soient retenues comme l'une des approches les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle [2].

Ainsi la proposition de pratiquer la césarienne pour améliorer de façon continue la qualité des soins obstétricaux répond à ces priorités.

Les taux de césariennes ont augmenté depuis 20 ans dans la majorité des pays industrialisés où la technique opératoire est parfaitement maîtrisée. Ce qui correspond à la prise en compte des risques obstétricaux par les professionnels de santé.

Une étude réalisée en 2018 montre que le taux mondial de césarienne a grimpé de près de 10 % en 15 ans, avec 15 pays où le taux de naissance par césarienne dépasse les 40 % [3].

Malgré les progrès de la chirurgie obstétricale, de l'anesthésie, de la réanimation, de l'avènement de l'antibiothérapie et de l'asepsie, les décès maternels sont encore plus fréquents en Afrique surtout au Mali.

Selon l'EDSM V, les décès maternels représentent 32 % de tous les décès de femmes de 15 à 49 ans.

Le pourcentage de décès de femmes qui sont « maternels » varie selon l'âge de façon irrégulière, avec des niveaux maxima de 28 % à 25-29 ans, 65 % à 30-34 ans et 32 % 35-39 ans.

Le taux élevé de décès maternels aux âges intermédiaires 25-39 ans est cohérent avec les niveaux de fécondité, puisque c'est à ces âges que la fécondité est la plus élevée [4].

De nos jours, les patientes devant normalement bénéficier de la césarienne prophylactique sont souvent perdues de vue en fin de grossesse et ne reviennent qu'en début du travail d'accouchement.

Ainsi ceci les expose à un risque élevé de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale.

A la lumière de nombreuses évacuations obstétricales vers le CHU Point G et compte tenu de la pratique de la césarienne pendant de nombreuses années dans le service, il nous a paru nécessaire d'apporter notre contribution à l'étude de la césarienne en mettant l'accent sur le pronostic maternel et périnatal dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G.

Ainsi, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

OBJECTIFS

1.1. Objectifs :

1.1.1. Objectif général :

Etudier le pronostic maternel et périnatal des césariennes au service de gynécologie-obstétrique du CHU Point G.

1.1.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la césarienne pendant la période d'étude ;
- Déterminer le profil sociodémographique des patientes ;
- Décrire les indications de la césarienne prophylactique et celle réalisée en urgence ;
- Déterminer le pronostic maternel et périnatal.

GENERALITES

2. Généralités :

2.1. Définition et fréquence :

2.1.1. Définition :

D'après MERGER, la césarienne réalise un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus gravide. Elle s'exécute par voie abdominale, après coeliotomie [5]. Également la césarienne peut être extrapéritoriale (sans l'ouverture de la cavité abdominale) ou vaginale (sans coeliotomie).

Selon le dictionnaire médical pour les régions tropicales, c'est une opération qui consiste à ouvrir la paroi abdominale et celle de l'utérus gravide pour extraire le fœtus quand l'accouchement par voie naturelle est impossible ou dangereux pour la mère ou le fœtus [6].

2.1.2. Fréquence :

Le nombre de césariennes a beaucoup augmenté au cours des deux dernières décennies alors que les conditions obstétricales sont devenues meilleures : régression de la dystocie osseuse et dystocie dynamique mieux contrôlée.

2.2. Historique et genèse de la césarienne : [7]

De toutes les interventions chirurgicales, la césarienne figure parmi les plus anciennement connues et pratiquées. Ceci pour dire qu'il y a du fil à retordre sur l'origine et la genèse même de cette intervention.

2.2.1. Terminologie du mot césarienne :

L'origine du mot césarienne a été l'objet de controverses. Selon la légende (interprétation d'un texte de **Pline l'ancien** 23-75 après **Jésus-Christ**), ce mot provient du nom premier des **César : Julius**, en raison à laquelle une opération a valu sa naissance.

Or, on dit encore qu'une telle opération à cette époque couronnée de tels succès est invraisemblable.

Donc il est possible que le récit de Pline l'ancien qui faisait naître César dans des circonstances exceptionnelles ne relatait pas strictement les faits mais visait à souligner l'importance du personnage en lui attribuant un mode de naissance réservé aux dieux de la mythologie.

Première fois par **François Rousset** dans un ouvrage publié pour la première fois à Paris en 1581 et intitulé << *Enfantement césarien* >> se référant lui aussi aux circonstances que la tradition prêtait à la naissance de **César**. L'auteur de cet ouvrage réalisait dans le langage écrit une notion correspondant plus à une légende qu'à une réalité historique [8].

2.2.2. Evolution et modernisation de la césarienne :

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

- De l'antiquité au Moyen âge : Césarienne post mortem ;
- Du XVI^{ème} au XIX^{ème} siècle : Césarienne sur les femmes vivantes ;
- Du XIX^{ème} au début du XX^{ème} siècle : avènement de l'asepsie chirurgicale ;
- Période moderne.

❖ *Césarienne post mortem* :

Pour des populations d'Afrique centrale et orientale, il fallait extirper l'organe malade (le fœtus) du cadavre car celui-ci peut être la cause de la mort. Le but est de soustraire le maléfice qui peut retomber sur les vivants.

Chez les romains, les étrusques et certaines populations de l'Inde, une césarienne post mortem devait être pratiquée pour toute.

Du XIV^{ème} au XV^{ème} siècle est apparu la notion de sauvetage de l'enfant par césarienne post mortem, pour y parvenir, il fallait en plus maintenir au préalable la bouche de la mère ouverte pour que l'air arrive au fœtus qui sera extrait le plus rapidement possible.

❖ *Césarienne sur les femmes vivantes* :

On ne sait pas très bien qui a fait la première césarienne sur la femme vivante ni quand.

Selon certains récits de la fin du XVI^{ème} siècle, la première césarienne aurait été réalisée en 1500, non par un médecin mais par un suisse éleveur des porcs : **Jacques Nüfer**. Sa femme **Elisabeth** resta en travail pendant de longues heures et ne put accoucher malgré les efforts de 13 sages-femmes.

Son mari demanda alors la permission auprès des autorités d'intervenir lui-même, **Elisabeth Nüfer** guérit et accoucha même plus tard à cinq reprises dont une fois de jumeaux et l'enfant vécut jusqu'à 77 ans [8].

L'authenticité d'un tel récit n'est pas certaine ou alors il s'agirait d'une laparotomie ayant permis d'extraire le fœtus d'une grossesse abdominale, le placenta ayant été laissé en place et l'utérus intact.

D'autres récits attribuent la première césarienne à **Christophores Bainus** (Italie 1540), d'autres encore l'attribuent à **Trautmann** de Wittenberg en 1610. Mais c'est plutôt à **François Rousset** (Avignon 1581) que l'on doit la première description de la technique de la césarienne sur la femme vivante dans son traité intitulé « *Enfantement césarien*, il précisait notamment :

- La vidange de la vessie avant intervention ;
 - L'incision paramédiane droite ou gauche ;
 - L'utilisation de deux types de bistouri, l'un à rasoir en pointe, l'autre à rasoir à bouton pour ne pas blesser le bébé ;
 - Pas de sutures de l'utérus qui se resserre lui-même ;
 - Drainage de l'utérus par mise en place d'un pessaire en cire ;
 - Fermeture de la paroi abdominale.
- ❖ *Du XIX à la période moderne :*

La césarienne segmentaire :

Ses précurseurs semblent être **Duncker** (1771) et **Osiander** (1821), elle fut codifiée par **Vanger** en 1882 (année au cours de laquelle, il a décrit la suture de l'hystérotomie).

La césarienne sous péritonéale :

Exécutée la première fois par **Alexander Skene** (1876), elle n'est passée dans les mœurs que sous l'influence de **Franck** (1907) et **Selhkein** (1908).

La combinaison césarienne segmentaire et sous péritonéale :

Vulgarisée par **BRINDEAU** (en 1921).

Enfin, **Pfannenstiel** (1906) proposa comme voie d'abord pariétale, l'incision transversale de l'abdomen.

2.3. Rappels anatomiques :

Concernant la césarienne, il est important d'étayer deux notions. Il s'agit de :

- L'utérus gravide car c'est l'organe sur lequel s'effectue la césarienne ;
- Et la filière pelvi-génitale dont beaucoup de facteurs peuvent être à l'origine de la césarienne.

2.3.1. Utérus gravide : [5]

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf après la migration, à le contenir pendant la grossesse tout en permettant son développement et à l'expulsion lors de l'accouchement.

Au cours de la grossesse, il subit des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Au point de vue anatomique, l'utérus gravide comprend trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe dans le dernier mois une portion propre à la gravidité : le segment inférieur.

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

Selon Merger. R, les dimensions sont les suivantes :

	Hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6-8 cm	4-5 cm
A la fin du 3^{ème} mois	13 cm	13 cm
A la fin du 6^{ème} mois	24 cm	16 cm
A terme	32 cm	22 cm

Le poids de l'utérus gravide varie de 900 à 1200 gr, sa capacité est de 4 à 5 litres.

a) Corps utérin :

Organe de la gestation, sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement.

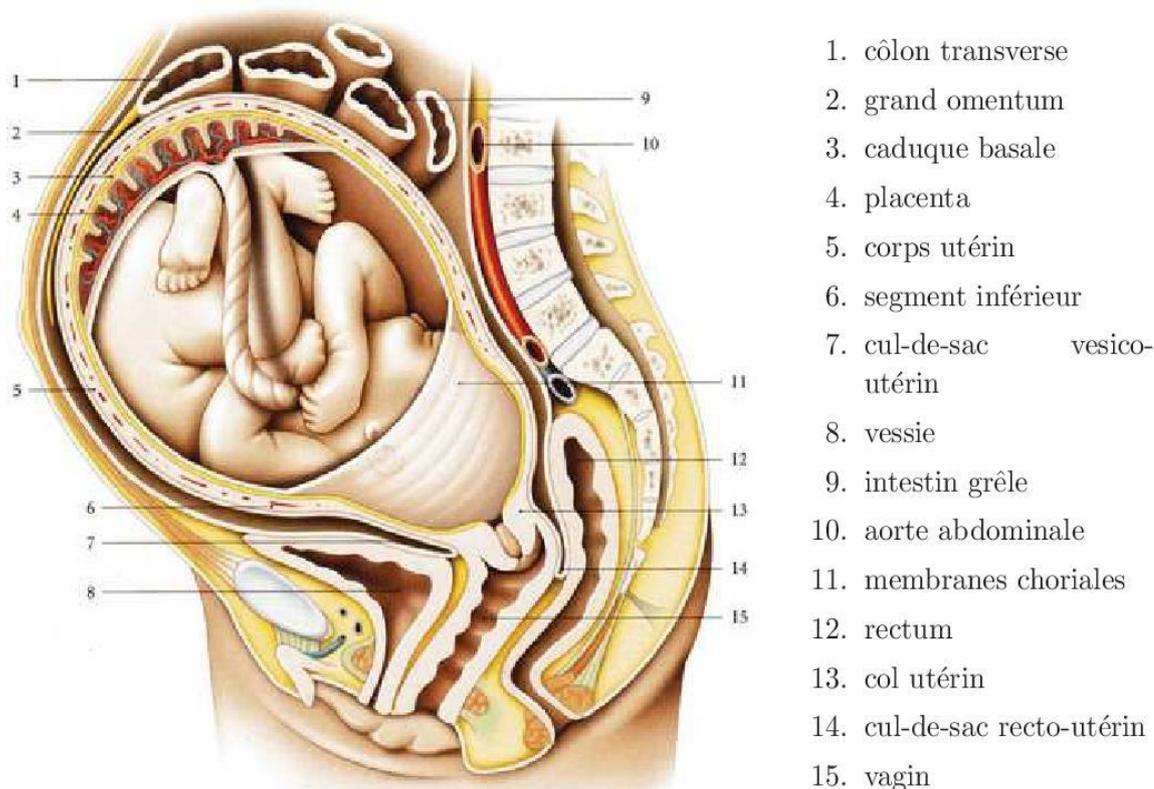
A terme, il est en rapport :

- En avant, sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la femme indemne d'opération abdominale ;
- En arrière, la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte, avec les muscles psoas croisés par les uretères et une partie des anses grêle ;
- En haut, le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière et peut entrer en rapport avec les fausses côtes. A droite, il répond au bord inférieur du foie et la vésicule biliaire ;
- Le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le caecum et le colon ascendant ;
- Le bord gauche répond à la masse des anses

CRANIAL



POSTERIEUR



1. côlon transverse
2. grand omentum
3. caduque basale
4. placenta
5. corps utérin
6. segment inférieur
7. cul-de-sac vesico-utérin
8. vessie
9. intestin grêle
10. aorte abdominale
11. membranes choriales
12. rectum
13. col utérin
14. cul-de-sac recto-utérin
15. vagin

Figure 1 : schéma de l'utérus gravide (coupe sagittale médiane). Kamina P [9]

b) Col utérin :

Contrairement au corps, il se modifie peu pendant la grossesse. Sa situation et sa direction ne changent qu'à la fin de la grossesse, lorsque la présentation s'accommode ou s'engage. Il est alors reporté en bas et en arrière et c'est souvent loin vers le sacrum que le doigt l'atteint au cours du toucher vaginal.

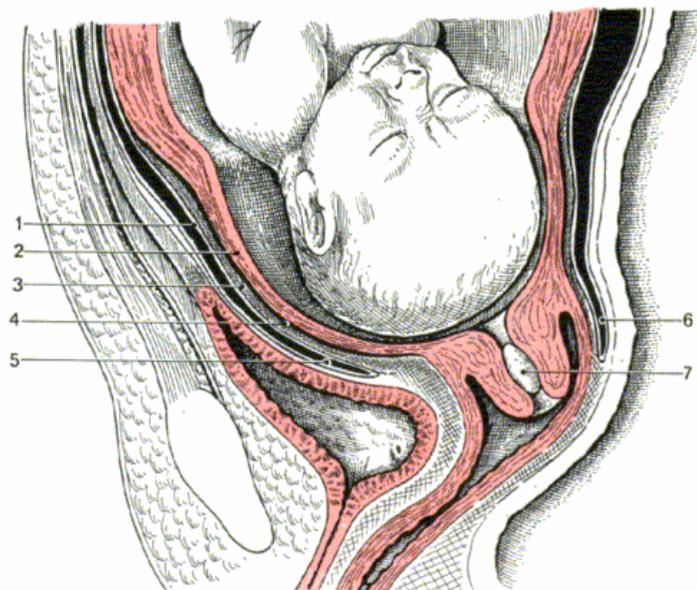
c) Segment inférieur :

C'est la partie basse et amincie de l'utérus gravide, située entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie et sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

Nous nous limiterons à rappeler ses rapports dont la méconnaissance pourrait favoriser la survenue de complications per-opératoires.

CRANIAL

POSTERIEUR



1. Péritoine pré-segmentaire

2. Segment inférieur

3. Tissu cellulaire sous péritonéal

4. Fascia pré-segmentaire

5. Cul de sac vésico-segmentaire

6. Cul de sac recto-utérin

7. Bouchon muqueux

Figure 2 : Le segment inférieur (coupe sagittale médiane) [10]

❖ *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 contient les vaisseaux utérins, croisés par l'uretère.

❖ *En arrière* :

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

La dextro-rotation de l'utérus gravide : lors de la grossesse, l'utérus est un peu basculé vers la droite. Ce qui entraîne une incidence sur l'installation de la patiente au cours de la césarienne. Ainsi, si on veut effectuer l'incision segmentaire sur l'utérus, à savoir c'est le côté gauche qui se présente le mieux.

Donc, il est préférable de tenir compte de cette rotation. On va de gauche vers la droite, mais plus large à droite après une boutonnière.

2.3.2. Canal pelvi-génital :

Pendant l'accouchement, le fœtus contenu dans l'utérus, puis engainé par le vagin, doit traverser la filière pelvi-génitale, formée par :

- Un canal osseux : le bassin ;
- Un diaphragme musculo-aponévrotique, comprenant les deux étages du périnée.

a) Bassin :

C'est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels elle s'appuie. Il a été modelé dans les premières années de la vie, par la pression du poids de la partie supérieure du corps transmise par le rachis et par la contrepression venue du sol transmise par les fémurs. Il est formé par la réunion de quatre os :

- En avant et latéralement, les deux os iliaques ;
- En arrière, le sacrum et le coccyx,
- Ces os sont unis entre eux par quatre articulations dont trois sont des symphyses :
 - La symphyse pubienne en avant ;
 - Les symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement ;
 - L'articulation sacro-coccygienne, en arrière et en bas.

Les lignes innominées divisent le bassin en deux parties : le grand bassin et le petit bassin.

- **Le grand bassin :**

Sans intérêt obstétrical, fait partie de la cavité abdominale. Il est constitué latéralement par les fosses iliaques des deux os coxaux et en arrière par les ailes du sacrum.

- **Petit bassin :** [11]

Il correspond au bassin obstétrical. Ce canal osseux est composé de deux ouvertures : le détroit supérieur et le détroit inférieur et d'une excavation pelvienne.

- ❖ **Le détroit supérieur :**

C'est le plan d'engagement de la tête fœtale. Il est limité :

- En avant, par le bord supérieur de la symphyse pubienne ;
- Latéralement, par les lignes innominées : crêtes obliques dirigées de haut en bas et d'arrière en avant ;
- En arrière, par le bord antérieur des ailerons du sacrum surmonté par le promontoire.

Ses principaux diamètres sont :

- Le diamètre antéropostérieur ou promonto-rétropubien ou PRP (normal si c'est égal à 10,5 cm) ;
- Le diamètre transverse médian ou TM (normal s'il est compris entre 12,5 à 13 cm).

On définit ainsi l'indice de **Magnin** qui est la somme du TM et le PRP. Il est comparé au diamètre bipariétal du fœtus pour apprécier l'indication de césarienne, notamment en cas de présentation du siège.

Compte tenu de la forme du détroit supérieur (DS) et de la saillie du promontoire, l'engagement se fait dans un diamètre oblique, qui est le plus grand espace (12 cm).

❖ Déroit moyen ou excavation pelvienne :

C'est le canal osseux dans lequel le fœtus effectue sa rotation et sa descente. Il est limité :

- En haut, par le déroit supérieur ;
- En bas, par le déroit inférieur ;
- En avant, par la paroi antéroinférieure inclinée en bas ;
- Et en arrière, formée par la symphyse pubienne et ses branches latérales et par les trous obturateurs.

La concavité sacrée ne doit être ni trop plate, ni trop marquée, au risque d'empêcher la tête de descendre correctement.

Son principal diamètre utile en obstétrique est le diamètre bi sciatique ou bi épineux qui est 10,5 cm à 10,8 cm.

❖ Le déroit inférieur :

C'est le plan de dégagement de la tête fœtale. Il est limité :

- En avant, par le bord inférieur de la symphyse pubienne ;
- En arrière, par la pointe du sacrum ;
- Latéralement, par le bord inférieur des épines des branches ischio-pubiennes, puis des tubérosités ischiatiques

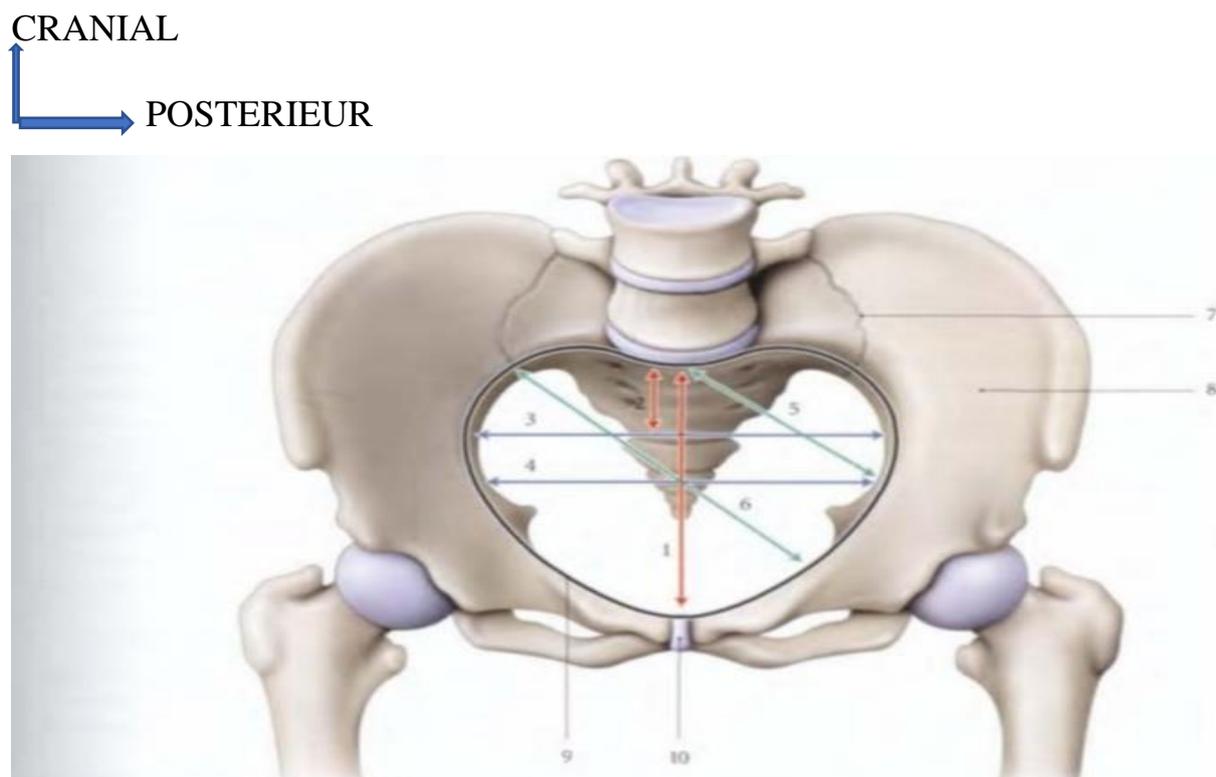


Figure 3 : Bassin osseux féminin, diamètre du détroit supérieur (vue antérosupérieure) [12]

- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1. Diamètre promonto-rétropubien | 6. Diamètre oblique médian |
| 2. Diamètre médian post | 7. Articulation sacro iliaque |
| 3. Diamètre transverse maximal | 8. Os coxal |
| 4. Diamètre transverse médian | 9. Ligne terminale du pelvis |
| 5. Diamètre sacro cotyloïdien | 10. Symphyse pubienne |

2.3.3. Diaphragme pelvi-génital :

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.
- Le périnée antérieur qui comprend les muscles péri-vaginaux et péri-vulvaires et le moyen fibreux central.

Le périnée est constitué d'aponévroses et de muscles organisés en trois plans : un plan superficiel, un plan moyen et un plan profond appelé diaphragme pelvien.

➤ ***Plan superficiel du périnée :***

Le plan superficiel du périnée comprend quatre muscles et l'aponévrose périnéale superficielle dans sa partie antérieure et le sphincter externe de l'anus dans la partie postérieure.

- Au niveau du périnée antérieur ou uro-génital, les muscles sont : le muscle, ischio-caverneux, le muscle bulbo-spongieux, le muscle transverse superficiel, et le muscle constricteur de la vulve.
- Au niveau du périnée postérieur ou anal, on retrouve : le sphincter externe de l'anus.
- Au niveau du plan superficiel du périnée se situe également l'espace superficiel du périnée qui correspond à la loge des corps érectiles.

Cet espace est traversé par le vagin et l'urètre et contient les organes érectiles, des glandes et des pédicules vasculo-nerveux.

➤ ***Plan moyen du périnée :***

Le plan moyen du périnée n'existe que dans la partie antérieure du périnée. Il est compris entre les feuillets ou fascias supérieur et inférieur de l'aponévrose moyenne. Cet espace moyen est constitué du muscle transverse profond et du sphincter externe de l'urètre qui forment le diaphragme uro-génital.

➤ ***Plan profond (ou diaphragme pelvien) :***

Le plan profond est formé de deux muscles pairs qui délimitent la partie basse de l'excavation pelvienne :

- Le muscle élévateur de l'anus qui est constitué de plusieurs faisceaux ;
- Le muscle coccygien.

Ensemble, ils constituent le diaphragme pelvien qui sépare la cavité pelvienne du périnée.

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.

2.4. Indications :[13]

La réalisation d'une césarienne nécessite une expertise technique et une bonne connaissance obstétricale pour une indication appropriée. Elle peut présenter des difficultés (hémorragie, difficulté d'extraction fœtale, etc.) et entraîner des complications (plaie vésicale, déchirure utérine, traumatisme fœtal, etc.). Comparée à un accouchement par voie vaginale, quel que soit l'environnement dans lequel elle est réalisée, la césarienne est associée à une mortalité maternelle supérieure et à un risque accru de complications lors des grossesses ultérieures.

2.4.1. Indications absolues :

Ces situations mettent directement en jeu le pronostic vital maternel (1 à 2% de l'ensemble des accouchements):

- Hémorragie ante-partum sévère (tachycardie, hypotension) non contrôlée.
- Présentation vicieuse fixée (épaule, front, face avec menton postérieur).
- Disproportion fœto-pelvienne absolue (partogramme montrant un défaut de progression en phase active du travail malgré une bonne dynamique utérine) et impossibilité d'extraction instrumentale.
- Rupture utérine.
- Antécédent de 3 césariennes ou plus.

2.4.2. Indications relatives :

L'indication de la césarienne doit prendre en compte les bénéfices/risques pour la mère et l'enfant dans le contexte donné : accès aux services de soins, disponibilité et niveau des soins néonataux.

Les risques maternels doivent être évalués à court (décès, infection, accident thrombo-embolique, etc.) et moyen/long terme (rupture utérine ultérieure, placenta prævia ou accréta lors d'une prochaine grossesse, etc.). Dans les contextes où l'accès aux services de soins est difficile et le taux de fertilité élevé, les risques maternels sont souvent supérieurs aux bénéfices potentiels

pour l'enfant. Dans tous les cas, la femme doit être informée des alternatives à la césarienne avec leurs risques et bénéfices afin de lui permettre de faire un choix.

2.5. Classification de la césarienne selon Robson :

En 2014 ; l'OMS proposera les critères de Robson comme outils d'évaluation des césariennes après une revue systématique des utilisateurs visant à évaluer les avantages et les inconvénients de cette adoption. [14]

Les critères de Robson comprennent 10 groupes.



Figure 3 : Classification de la césarienne selon Robson

2.6. Techniques de la césarienne :

Les techniques opératoires de la césarienne sont multiples [15]. La plus fréquemment pratiquée ces dernières années est la technique de Pfannenstiel. Une technique plus récente est celle de « Joel-Cohen », également nommée « Stark » ou « Misgav Ladach » [16].

Cette technique est intéressante car elle permet de réduire les pertes sanguines, d'accélérer l'opération, et enfin d'avoir des suites moins douloureuses par rapport à la technique classique dite de Pfannenstiel. Elle présente d'ailleurs très peu de contre-indications.

Une autre technique est la césarienne dite extra-péritonéale. Celle-ci est encore très rarement utilisée ; bien que connue depuis très longtemps, du fait d'une technique opératoire un peu plus compliquée à maîtriser. Nous n'avons pas l'intention d'être exhaustif, c'est pourquoi on se contentera d'un aperçu général sur la césarienne segmentaire et la césarienne selon Misgav Ladach.

2.6.1. Césarienne segmentaire classique [17] :

- Premier temps : mise en place des champs, laparotomie sous-ombilicale ou transversale dans un souci esthétique surtout ;
- Deuxième temps : protection de la grande cavité par les champs abdominaux, et mise en place des valves ;
- Troisième temps : incision transversale aux ciseaux du péritoine pré segmentaire dont le décollement s'effectue facilement.
- Quatrième temps : incision transversale du segment inférieur.
- Cinquième temps : extraction de l'enfant, dans la présentation du siège, la plupart des auteurs conseillent d'abord de rechercher un pied (grande extraction)
- Sixième temps : 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 Vicryl 2/0 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 ;

2.6.2. La césarienne selon la technique de Misgav Ladach [18] :

La méthode Misgav Ladach pour la césarienne a été développée par Michael Stark sur la base de l'incision de Joël-Cohen introduite pour l'hystérectomie.

La technique a été introduite pour la première fois à Misgav Ladach et est maintenant utilisée dans les centres médicaux du monde entier.

La méthode Misgav Ladach élimine de nombreuses étapes conventionnelles, entraînant une naissance plus rapide, moins de traumatismes pour la mère et une récupération plus rapide. Il y a moins de besoins en analgésiques et antibiotiques, moins de cicatrices, moins de saignements et moins de besoin d'anesthésie.

Le risque d'exposition au VIH est minimisé et la rapidité des opérations permet de gagner du temps en salle d'opération et de limiter le nombre des opérateurs

❖ Les étapes :

- 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 antérosupérieures ;
- L'ouverture transversale du péritoine pariétal ;
- L'absence de champs abdominaux ;
- L'hystérotomie segmentaire transversale ;
- La suture de l'hystérotomie en un plan par un surjet non passé au fil résorbable de polyglycapron n°1 ;

- L'absence de fermeture des péritoines viscéral et pariétal ;
- La suture aponévrotique par un surjet non passé au fil résorbable de polyglactine n°1 ;
- Le rapprochement cutané par 3 points de Blair-Donati très espacés au fil de polyester n°00 ;

En plus des avantages précédemment cités, cette technique permet également une diminution des pertes sanguines et dans la majorité des cas aucune hémostase pariétale n'est nécessaire, ainsi qu'une diminution de la morbidité postopératoire et des complications à long terme.

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 foetale par voie haute.

❖ **Avantage de la technique de Misgav Ladach :**

Ces avantages sont :

- Rapidité ;
- Moins d'hémorragie ;
- Moins de fièvre ;
- Moins de douleurs ;
- Autonomie de l'opérateur ;
- Matériel moindre.

❖ **Temps complémentaires de la césarienne :**

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

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

❖ **Anesthésie et césarienne :**

L'anesthésie pour une césarienne, classiquement, peut être obtenue de deux manières :

- Une anesthésie générale ;
- Et une anesthésie locorégionale.

Autre technique peut être utilisée :

- L'anesthésie épidurale.

✚ Anesthésie locorégionale :

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.

Inconvénients :

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

✚ Anesthésie générale :

Avantages :

- L'induction est rapide ;
- C'est une technique fiable ;
- C'est une technique contrôlable avec hypotension modérée.

Inconvénients :

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

METHODOLOGIE

3. METHODOLOGIE :

3.1. Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du Point G.

3.1.1. Présentation du CHU du Point G :

L'hôpital du Point « G » a été construit en 1906. Il est situé sur une colline à laquelle il emprunte son nom. Il a été fonctionnel en 1912 sous l'administration de Médecins militaires relevant de la section mixte des Médecins et infirmiers coloniaux basés à Dakar (Sénégal). Erigé en hôpital national en 1959, l'hôpital du Point « G » a eu le statut d'établissement public à caractère administratif (EPA) en 1992 doté de personnalité morale et de l'autonomie financière suivant la loi N° 92.025/A.N.R.M du 05 Octobre 1992. En 2002 il est devenu un établissement public hospitalier (EPH) suivant la loi N° 02-048 du 22 Juillet 2002.

Géographiquement, l'hôpital est bâti sur une colline située au Nord de la ville de Bamako à 8 km du centre-ville, face à la colline de Koulouba. Il couvre une superficie de 25 hectares. L'hôpital a un bloc opératoire comprenant cinq salles d'opérations dont une salle pour le service de gynéco-obstétrique. Le bloc opératoire comprend également une unité de stérilisation centrale.

3.1.2. Présentation du service de Gynéco – Obstétrique :

Le service de gynécologie-obstétrique a été créé en 1912. Il était dirigé d'abord par les chirurgiens expatriés français puis par des chirurgiens maliens.

3.1.3. Succession des différents chefs de service :

- 1970 Professeur **Rougerie** (chirurgien français) ;
- 1970-1972 Professeur **Foucher** (chirurgien français) ;
- 1972-1975 Professeur **Bocar SALL** (traumatologue malien) ;
- 1975-1978 Professeur **Mamadou Lamine TRAORE** (chirurgien généraliste malien) ;

- 1978-1983 Docteur **Colomard** (chirurgien français) ;
- 1984-1985 **Marc Jarraud** (chirurgien français) ;
- 1985-1986 Docteur **Henri Jean Philippe** (chirurgien français) ;
- 1987 Docteur **Etienne Steiner** (chirurgien français) ;
- 1987-2001 Professeur **Amadou Ingré DOLO** (gynécologue-obstétricien malien) ;
- 2001-2003 Docteur **Niani MOUNKORO** (gynécologue-obstétricien malien) ;
- 2003-2015 Professeur **Bouraima MAIGA** (gynécologue-obstétricien malien) ;
- 2015 à nos jours Professeur **Tiounkani Augustin THERA** (gynécologue-obstétricien malien) ;

Il faut noter que ces données ne sont pas exhaustives car notre enquête n'a pu remonter jusqu'à la date de la création du service.

Le bâtiment abritant le service de gynécologie-obstétrique a été construit sur 2 étages. Il est situé entre l'ancien bâtiment du service de médecine interne et la pharmacie au Sud, le service de Réanimation au Nord, l'urologie à l'Est et le logement de Pr Hamar Traoré à l'Ouest

3.1.4. Personnel du service :

Le fonctionnement de ce service fait intervenir un nombre important de personnels :

- 07 Gynécologue obstétriciens ;
- 14 sages-femmes dont un est major du service ;
- 02 techniciennes de santé ;
- 02 aides-soignantes ;
- 06 techniciens de surface ;
- 01 une secrétaire ;

3.1.5. Les infrastructures du service de Gynéco-Obstétrique :

Le service comporte :

- 14 salles d'hospitalisation (34 lits) et 02 salles d'urgence (06 lits) ;
- Une salle de consultation externe ;
- Une salle de CPN (consultation prénatale) ;
- Une salle d'accouchement ;
- Une salle de dépistage de néo du col ;
- Une unité de PF (planning familial) et de PTME (prévention de la transmission mère enfant) ;
- Une unité de procréation médicalement assistée non fonctionnelle.
- Une salle d'échographie

3.1.6. Fonctionnement du service de Gynéco-Obstétrique :

Il existe 5 jours de consultations gynécologique et obstétrique (Lundi au Vendredi) et 4 jours d'opération en dehors des urgences. Un staff a lieu tous les jours ouvrables à partir de 8H30 mn unissant le personnel du service.

Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des évènements qui se sont déroulés les 24 heures durant la garde. La visite est journalière et se fait après le staff.

Au niveau organisationnel du service de garde : une permanence est assurée par une équipe de garde composée : d'un médecin Gynécologue, un DES, deux à quatre étudiants en médecine faisant fonction d'interne, une sage-femme, un technicien supérieur en anesthésie, un aide de bloc, une infirmière obstétricienne et trois garçons de salle dont un au bloc opératoire.

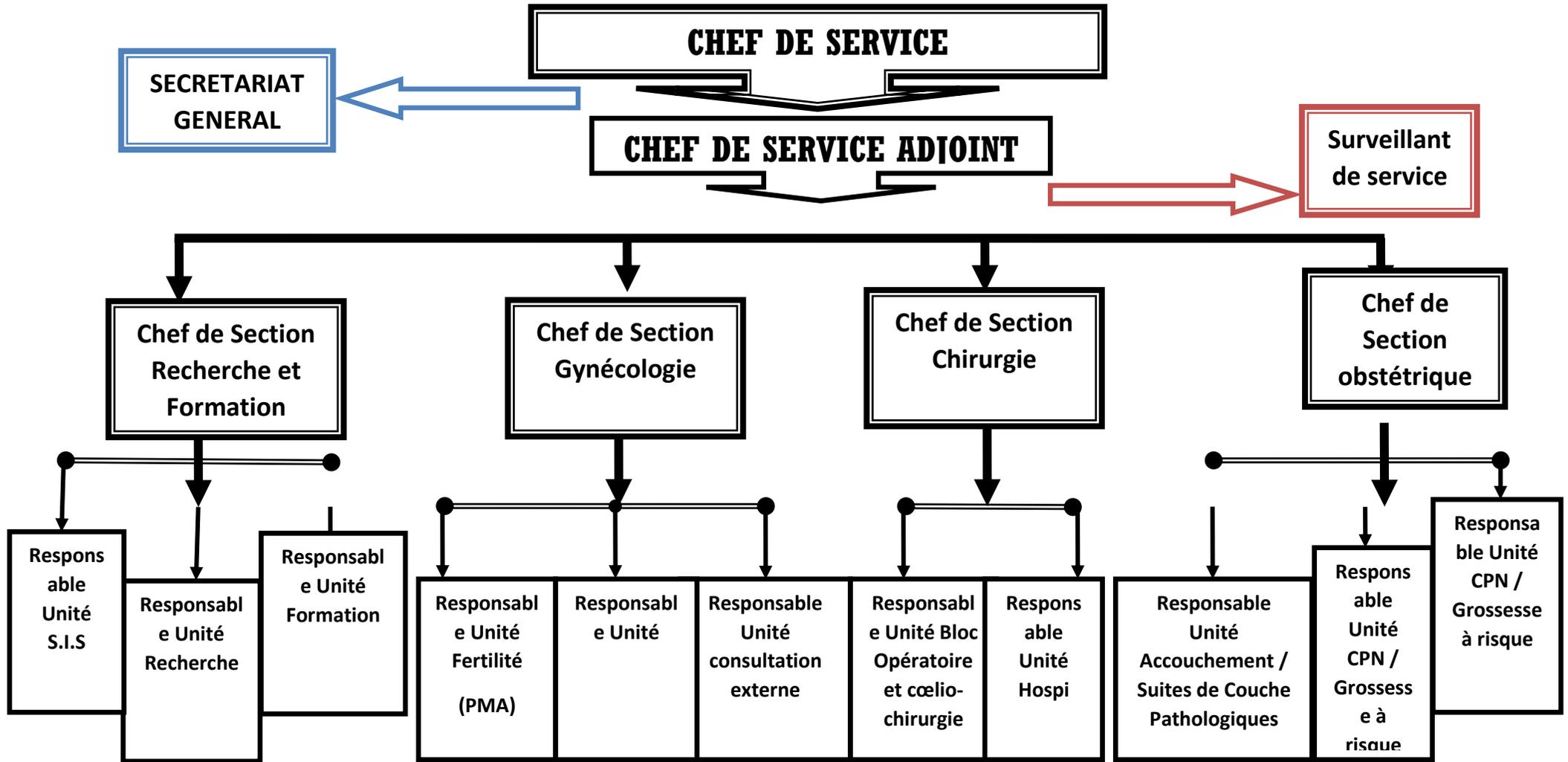
Le service de Gynécologie-Obstétrique reçoit majoritairement les urgences obstétricales évacuées par d'autres structures sanitaires du district de Bamako et environs.

Sa double vocation de soins et de formation en fait un centre dynamique.

L'organigramme de fonction du service de gynéco-obstétrique prévoit la mise en place :

- D'une unité de Procréation Médicalement Assistée (PMA) en collaboration avec l'INSP (en cours de réalisation) ;
- D'une unité de célio-chirurgie et d'hystéroscopie (réalisée) ;
- D'une unité d'oncologie gynécologique (en cours)
- D'une unité d'échographie gynéco-obstétricale (réalisée).

Organigramme du service



S.I.S : Système Informatique Sanitaire / C.P.N : Consultation Périnatale / Hospi : Hospitalisation

3.2. Type d'étude :

Nous avons mené une étude transversale, prospective et descriptive dans le service de Gynécologie et Obstétrique du CHU Point « G ».

3.3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 01 Janvier 2018 au 31 Décembre 2018.

3.4. Population d'étude :

L'étude a porté sur toutes les femmes ayant accouché dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU Point « G » durant la période d'étude.

3.5. Echantillonnage :

3.5.1. Critères d'inclusion :

Ont été inclus dans notre étude, tous les dossiers de césarienne prophylactique et d'urgence pendant la période d'étude et dont la prise en charge a eu lieu dans le service.

3.5.2. Critères de non inclusion :

Dossiers des patientes ayant bénéficié d'une césarienne dans d'autres structures sanitaires, consultant dans le service pour une prise en charge et les dossiers non exploitables.

3.5.3. Collecte des données :

a) Supports :

La collecte des données a été faite sur une fiche d'enquête établie à partir de :

- Registre d'accouchement ;
- Registre d'admission ;
- Dossiers individuels des patientes ;
- Registre de compte rendu opératoire ;
- Registre de transfert de nouveau-nés ;

- a) Registre de décès périnatal ;
- b) Registre de décès maternel ;
- c) Registre d'anesthésie ;
- d) Registre SONU.

b) Technique de collecte des données :

La collecte des données a été faite par la lecture des documents suscités et par la consignation des informations sur la fiche d'enquête.

c) Variables étudiées :

- Age ;
- Statut matrimonial ;
- Profession ;
- Provenance ;
- Parité ;
- Gestité ;
- Indications de la césarienne ;
- Durée d'hospitalisation ;
- Types de césarienne (prophylactique, urgence) ;
- Types d'anesthésie ;
- Qualification de l'opérateur ;
- Complications maternelles pré et post opératoires ;
- Complications néo-natales ;
- Décès maternels ;
- Circonstances de décès ;
- Décès néo-natals ;

d) Prise en charge médico-chirurgicale des patientes :

Chaque patiente dès l'admission a bénéficié d'un examen clinique complet et nous avons procédé à la prise en charge médico-chirurgicale en urgence après confirmation du diagnostic.

Cette prise en charge a commencé par la prise d'au moins une voie veineuse de gros calibre, le groupage rhésus, le taux d'hémoglobine et la délivrance d'un bon de sang aux parents si nécessaire.

3.6. Saisie des données :

Le traitement de texte a été fait avec le logiciel Microsoft Word version 2010.

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées avec le logiciel SPSS version 12.0 for Windows avec un seuil de significativité à 0,5%.

3.7. Aspects éthiques :

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail se veut une recherche opérationnelle. Ainsi, les résultats obtenus seront mis à la disposition de tous les intervenants dans le domaine de la santé de la mère et ceci dans l'intérêt des parturientes.

RESULTATS

4. RESULTATS :

4.1. Fréquence :

Durant la période d'étude (1^{er} janvier 2018 au 31 décembre 2018), nous avons enregistré 608 accouchements par césarienne sur un total de 1573 accouchements effectués soit un taux de 38,7%.

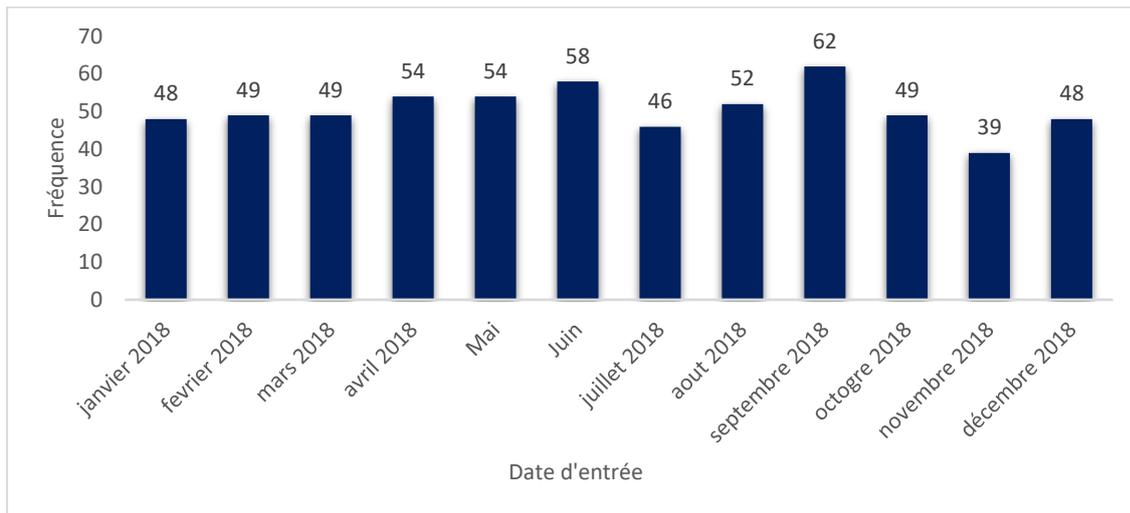


Figure 4 : Répartition de l'évolution mensuelle de la césarienne en 2018.

La fréquence de la césarienne a présenté une légère augmentation au mois de Septembre soit 62%.

4.2. Caractéristiques sociodémographiques des femmes césarisées :

Tableau I : Répartition selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Fréquence (%)
[14 ans - 20 ans [	137	22,53
[20 ans - 30 ans [	255	41,94
[30 ans - 40 ans [	196	32,24
[40 ans - 45 ans]	20	3,29
Total	608	100,0

Presque la moitié nos patientes césarisées avaient un âge compris entre 20 et 29 ans soit 41,94% avec une moyenne de 26 ans.

Tableau II : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Mariée	566	93,1
Célibataire	42	6,9
Total	608	100,0

La majorité des patientes était mariée soit 93,1%.

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession.

Activités socioprofessionnelles	Effectif	Fréquence (%)
Ménagère	396	65,13
Aide-ménagère	11	1,81
Étudiante et Élève	65	10,69
Fonctionnaire	67	11,02
Commerçante	42	6,91
Ouvrière	24	3,95
Autres	3	0,49
Total	608	100,0

Les ménagères représentaient 65,13% des patientes.

Tableau IV : Répartition des patientes selon le niveau d’instruction

Niveau d’instruction	Effectif	Fréquence (%)
Non scolarisées	270	44,41
Primaire	91	14,97
Secondaire	201	33,06
Supérieur	46	7,57
Total	608	100,0

Les patientes non scolarisées sont les plus représentées soit **44,41%**.

Tableau V : Répartition des patientes selon leur résidence

Lieu de résidence	Effectif	Fréquence (%)
Bamako	433	71,22
Hors Bamako	175	28,78
Total	608	100

La majorité des patientes réside à Bamako soit 71,22%.

Tableau VI : Répartition des patientes selon leur provenance

Provenance	Effectif	Fréquence (%)
CHU Point G (CPN)	181	29,8
CSRef C I	57	9,4
CSRef C II	27	4,4
CSRef C III	1	0,2
CSRef C IV	53	8,7
CSRef C V	29	4,8
CSRef C VI	63	10,3
Venue d'elle-même	105	17,3
CSRef de Kati	27	4,4
CSRef de Kalaban Coro	25	4,1
CSRef de Kangaba	15	2,5
CSRef de Kita	5	0,8
Cabinet médical	7	1,1
CSCom	4	0,7
CHU Kati	9	1,5
Total	608	100

Le CSRef CVI était le plus représenté parmi les autres structures de provenance soit 10,3%.

4.3. Antécédant (ATCDs) :

4.3.1. Antécédant chirurgicaux :

Tableau VII : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents Chirurgicaux	Effectif	Fréquence (%)
Césarienne	197	32,4
Cure de myomectomie	4	0,7
Cure de FVV	2	0,32
Cure de rupture utérine	2	0,32
Cure d'hernie ombilicale	1	0,16
Salpingectomie	1	0,16
Appendicectomie	1	0,16
Aucune	400	65,78
Total	608	100

La césarienne est l'antécédent chirurgical le plus retrouvé avec 32,40%.

4.3.2. Antécédants obstétricaux :

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la gestité (en nombre).

Gestité	Effectif	Fréquence (%)
Primigeste	187	30,8
Pauci geste	268	44
Multigeste	97	16
Grande multigeste	56	9,2
Total	608	100

Les pauci gestes sont les plus représentées avec 44%.

Tableau IX : Répartition des patientes césarisées selon la parité

Parité	Effectif	Fréquence (%)
Nullipare	199	32,7
Primipare	110	18,1
Pauci-pare	209	34,4
Multipare	69	11,3
Grande multipare	21	3,5
Total	608	100

Les paucipares sont les plus représentées soit 34,4%.

4.4. Admission :

Tableau X : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission.

Mode Admission	Effectifs	Fréquence (%)
Venue d'elle-même	103	16,94
Référent	185	30,43
Évacuer	320	52,63
Total	608	100

Plus de la moitié de nos patientes soit 52,63%, ont été admises dans un contexte d'urgence en provenance de divers centres de santé.

Tableau XI : Répartition des patientes selon le motif d'admission.

Motif d'admission	Effectif	Fréquence (%)
Bassin anormal	13	2,1
Crise d'éclampsie	103	16,9
Crise vaso occlusive	11	1,8
CUD	98	16,1
Prééclampsie	59	9,7
Utérus cicatriciel	41	6,7
Hémorragie	89	14,6
Présentation dystocique	11	1,8
RPM	21	3,5
Dilatation stationnaire	6	1
Macrosomie	8	1,3
Déclenchement	18	3
Prophylactique	85	13,98
Autre	45	7,40
Total	608	100

La crise d'éclampsie a été le motif d'admission le plus fréquent soit 16,9%.

4.5. Suivi prénatal :

Tableau XII : Répartition des patientes césarisées selon le nombre de suivi prénatal.

Nombre de CPN	Effectif	Fréquence (%)
Aucune CPN	86	14,14
[1 - 3]	103	16,94
[4 et plus [	419	68,91
Total	608	100

La majorité de nos gestantes ont effectué au moins 04 CPN soit 68,91%.

Tableau XIII : Répartition des patientes selon les auteurs de suivi prénatal.

Auteurs	Effectif	Fréquence (%)
Gynéco-obstétricien	245	40,3
Médecin généraliste	26	4,3
Sage-femme	240	39,5
Matrone	11	1,8
Non précisé	86	14,1
Total	608	100

La plupart des patientes ont été suivies par des gynécologues obstétriciens et les sages-femmes soit respectivement 40,3% et 39,5%.

Tableau XIV : Répartition des patientes césarisées selon la qualité du BPN.

Qualité du BPN	Effectif	Fréquence (%)
Suffisant	264	43,42
Insuffisant	228	37,50
Aucun	116	19,08
Total	608	100

Seulement 43,42% des BPN réalisés étaient suffisants.

Tableau XV : Répartition des patientes césarisées selon l'âge gestationnel (en SA)

Age gestationnel (en SA)	Effectif	Pourcentage (%)
Inf. à 37	150	24,67
Entre 37 et 42	453	74,51
Sup. à 42	5	0,82
Total	608	100

La majorité de nos patientes avaient un âge gestationnel estimé à terme soit **74,51%**.

4.6. Examen à l'entrée :

Tableau XVI : Répartition des patientes césarisées selon leur état général à l'admission.

État général	Effectif	Fréquence (%)
Bon	422	69,41
Passable	159	26,15
Altéré	27	4,44
Total	608	100

La majorité des patientes césarisées avaient un bon état général soit 69,41%.

Tableau XVII : Répartition en fonction de la hauteur utérine à l'admission.

Hauteur utérine (en centimètre)	Effectif	Fréquence (%)
Inf. 36	563	92,60
Sup. ou égale à 36	45	7,40
Total	608	100

En effet, presque la totalité (92,60%) des patientes avaient une hauteur utérine inférieure à 36 cm.

Tableau XVIII : Répartition des patientes césarisées selon l'état des BCF à l'admission.

BCF (en bts/mn)	Effectif	Fréquence (%)
Absent	94	15,46
Inf. à 120	58	9,54
Entre 120 et 160	418	68,75
Sup. à 160	38	6,25
Total	608	100

Sur 608 des patientes césarisées, 418 avait un BCF compris entre 120 et 160 bts/mn soient 68,75%.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la présentation fœtale.

Présentation	Effectif	Fréquence (%)
Céphalique	555	91,3
Siège	46	7,6
Transversale	7	1,2
Total	608	100

La présentation céphalique représentait la grande majorité avec 91,3%.

Tableau XX : Répartition selon l'état des membranes et l'aspect du L.A

Etat des Membranes	Aspect du liquide amniotique							
	Clair		Méconial		Sanguinolant		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Rompue	27	4,44	59	9,70	50	8,22	136	22,37
Intact	341	56,09	127	20,89	4	0,66	472	77,63
Total	368	60,53	186	30,59	54	8,88	608	100

Les membranes étaient rompues chez 136 de nos patientes soit 22,37% dont le liquide amniotique de 9,70% étaient d'aspect méconial.

Tableau XXI : Répartition selon la dilatation du col.

Dilatation du col	Effectif	Fréquence (%)
Fermé	120	19,7
[1 – 3 cm]	145	23,8
[4 – 9 cm [	257	42,3
10 cm	86	14,1
Total	608	100

La dilatation complète a été retrouvée chez 14,1% des parturientes.

Tableau XXII : Répartition des patientes selon l'aspect clinique du bassin à l'admission.

Bassin	Effectif	Fréquence (%)
Normal	469	77,14
Limite	100	16,45
BGR	33	5,43
Asymétrique	6	0,99
Total	608	100,0

Chez 77,14% des patientes, le bassin était normal.

4.7. Indications de la césarienne :

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon le type de césarienne.

Type de césarienne	Effectif	Fréquence (%)
Urgent	519	85,36
Prophylactique	89	14,64
Total	608	100

En effet, 85,36% des césariennes ont été réalisées en urgence.

Tableau XXIV : Répartition selon la nature des indications de la césarienne.

Nature des Indications	Effectif	Fréquence (%)
Maternelle	379	62,3
Foeto-annexielle	229	37,7
Total	608	100,0

La majorité des patientes avaient une indication maternelle soit 62,83%.

Tableau XXV : Répartition des patientes selon les indications maternelles.

Indication	Effectif	Fréquence (%)
Anomalie du bassin	26	6,86
Crise d'asthme	1	0,26
ATCD de cure de FVV	2	0,53
ATCD de cure de prolapsus utérin	2	0,53
ATCD de rupture utérine	2	0,53
ATCD médical chargé	5	1,32
CIVD	1	0,26
Crise vaso-occlusive	12	3,17
DFP	32	8,44
Dystocie dynamique/utérus cicatriciel	14	3,69
Eclampsie	106	27,97
Prééclampsie	45	11,87
Primipare âgée	3	0,79
Rétinopathie drépanocytaire	2	0,53
Septicémie	1	0,26
Syndrome de pré-rupture utérine	16	4,22
Utérus cicatriciel/Bassin limite	30	7,92
Utérus multi cicatriciel	79	20,84
Total	379	100

La crise d'éclampsie était l'indication maternelle la plus représentée soit à 27,97% parmi les 379 cas.

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon les indications foeto-annexielles.

Indication	Effectif	Fréquence (%)
Anomalie funiculaire	17	7,42
ATCD obstétrical chargé (Mnés)	9	3,93
Grossesse gémellaire	14	6,11
HRP	88	38,43
Hydrocéphalie	2	0,87
Macrosomie	12	5,24
PP recouvrant	8	3,49
Présentation dystocique	34	14,85
SFA	41	17,90
SFC	4	1,75
Total	229	100

L'HRP était l'indication foeto-annexielle la plus représentée soit 38,43% parmi les 229 cas.

4.8. Anesthésie :

Tableau XXVII: Répartition des patientes césarisées selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectif	Fréquence (%)
Anesthésie générale	220	36,18
Rachianesthésie	388	63,82
Total	608	100

Les patientes étaient en majorité opérées sous rachianesthésie soit 63,82%.

4.9. Intervention associée à la césarienne :

Tableau XXVIII : Répartition selon la nature de l'intervention associée à la césarienne.

Nature intervention Associé	Effectif	Fréquence (%)
LRT	26	4,28
Incision hématome vulvaire	1	0,16
Hystérectomie	1	0,16
Aucun	580	95,4
Total	608	100

Sur 608 des patientes césarisées, la LRT n'a représenté que 4,28%.

4.10. Antibiothérapie post opératoire :

Tableau XXIX : Répartition des patientes césarisées selon l'antibiothérapie post opératoire.

Antibiothérapie post opératoire	Effectifs	Fréquence (%)
Monothérapie	527	86,68
Bithérapie	81	13,32
Total	608	100,0

La majorité des patientes étaient sur monothérapie soit 86,68%.

4.11. Durée d'hospitalisation :

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation (en jours)	Effectifs	Fréquence (%)
Inf. à 4	9	1,48
Entre 4 et 7	528	86,84
Sup. à 7	71	11,68
Total	608	100

En effet, 86,84% des patientes césarisées séjournèrent entre 4 et 7 jours.

4.12. Pronostic maternel :

Tableau XXXI : Répartition des CPN selon la situation matrimoniale des patientes.

Situation matrimonial	Consultation prénatal					
	Oui		Non		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Marié	503	82,73	63	10,36	566	93,09
Célibataire	23	3,78	18	2,96	41	6,74
Total	526	86,51	81	13,32	608	100

Khi-carré de Pearson=34,081

ddl=1

P>0,0001

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre la consultation prénatale et la situation matrimoniale avec P<0,05.

Tableau XXXII : Répartition des patientes en fonction du mode d'admission selon le type de césarienne.

Mode d'admission	Type de césarienne					
	Urgente		Prophylactique		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Venue d'elle-même	103	16,94	00	0,0	103	16,94
Référée	100	16,45	85	13,98	185	30,43
Evacuée	320	52,63	00	0,0	320	52,63
Total	519	86,02	89	13,98	608	100

Test exact de Fisher = 202,088

P< 0,0001

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre mode d'admission et le type de césarienne avec P<0,05.

Tableau XXXIII : Répartition des patientes césarisées selon les suites post opératoires

Suites post opératoires	Effectif	Fréquence (%)
Complicées	161	26,5
Simple	447	73,5
Total	608	100,0

La majorité de nos patientes, 447 cas ont eu des suites opératoires simples soit 73,5%.

Tableau XXXIV : Répartition des patientes césarisées selon les complications hémorragiques et le type de césariennes

Complications hémorragiques	Type de césarienne					
	Urgence		Prophylactique		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Oui	43	7,07	2	0,33	45	7,4
Non	476	78,29	87	14,31	563	92,60
Total	519	85,36	89	14,64	608	100

Khi-deux de Pearson=4,041 ddl=1 P<0,044

Nous avons trouvé une relation statistiquement moins significative entre les complications hémorragiques et le type de césariennes avec P<0,05.

Tableau XXXV : Répartition selon leur Motif de séjour en réanimation

Complications associées à la césarienne	Type de césarienne		
	Urgent	Prophylactique	Total
Anémie décompensée par manque de produit sanguin	1	0	1
Crise vaso occlusive	4	1	5
Détresse respiratoire	1	0	1
Crises d'éclampsies	57	0	57
Hellp syndrome	1	0	1
Troubles de la coagulation	24	0	24
HTAP+ insuffisance pulmonaire	1	0	1
OAP	1	0	1
Processus expansif intracrânien	1	0	1
Total	91	1	92

Test exact de Fisher = 25,210

P < 0,001

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre les complications associées à la césarienne et le séjour en réanimation avec P < 0,05.

Tableau XXXVI : Répartition des complications associées à la césarienne.

Complications associées à la césarienne		Type de césarienne					
		Urgent		Prophylactique		Total	
		N	%	N	%	N	%
Infectieuse	Endométrite	3	0,5	0	0	3	0,5
	Pelvipéritonite	1	0,16	0	0	1	0,16
	Septicémie	1	0,16	0	0	1	0,16
	Paludisme	4	0,66	1	0,16	5	0,82
	Hémorragiques	43	7,07	2	0,33	45	7,40
	Anesthésiologiques	5	0,82	0	0	5	0,82
Digestives	Iléus paralytique	14	2,30	2	0,33	16	2,63
	Psychose puerpérale	13	2,14	0	0	13	2,14
	Etat de mal éclamptique	56	9,21	0	0	56	9,21
	Coagulopathies	24	3,95	0	0	24	3,95
	Crise vaso-occlusive	4	0,66	2	0,33	6	0,99
	Hellp syndrome	3	0,5	0	0	3	0,5
	IRA	2	0,33	0	0	2	0,33
	OAP	1	0,16	0	0	1	0,16
Total		174	28,62	7	1,15	181	29,77

La majorité des complications étaient associées à la césarienne d'urgence soit 28,62%.

Tableau XXXVII : Répartition des patientes césarisées selon le pronostic vital.

Décès maternel	Effectif	Fréquence (%)
Vivantes	598	98,36
Décédées	10	1,64
Total	608	100,0

Dix de nos patientes sont décédées soit 1,64%.

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon les causes de décès

Causes de décès maternel	Effectif	Fréquence (%)
Anémie décompensée (sang non disponible)	2	20%
Etat de mal éclamptique	2	20%
Hellp syndrome	1	10%
Trouble de la coagulation	5	50%
Total	10	100%

La trouble de la coagulation était responsable de la moitié de nos décès soit 50% suite à l'HRP.

4.13. Pronostic foetal :

Tableau XXXIX : Répartition des nouveau-nés selon le poids à la naissance.

Poids des Nnés (en gr)	Nombre de Nnés à la naissance					
	Unique		Gémellaire		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
[0 – 2500 [	165	27,14	12	1,97	177	29,11
[2500 – 4000 [	401	65,95	7	1,15	408	67,11
[4000 – 5000 [	23	3,78	00	00	23	3,78
Total	589	96,87	19	3,13	608	100

La majorité des nouveau-nés avaient un poids compris entre 2500 et 3999 g soit 67,11%.

Parmi les 19 cas de grossesses gémellaires, 12 cas de deuxièmes jumeaux avaient un poids inférieur à 2500g soit 1,97%.

Tableau XL : Répartition des nouveau-nés selon la nature des complications

Nature des Complications Néonatales	Effectif	Fréquence (%)
Souffrance néonatale	116	19,08
Prématurité	32	5,26
Infection néonatale	23	3,78
Détresse respiratoire	7	1,15
Autres	19	3,13
Aucune	411	67,6
Total	608	100,0

La majorité des complications néonatales étaient la souffrance néonatale soit 19,08%.

Tableau XLI : Répartition des complications néo-natales selon le mode d'admission.

Mode Admission	Complications néo-natales					
	Oui		Non		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Venue d'elle-même	38	6,25	65	10,69	103	16,94
Référée	39	6,41	146	24,01	185	30,43
Évacuée	120	19,74	200	32,89	320	52,63
Total	197	32,40	411	67,60	608	100

Khi-deux de Pearson=15,571 ddl=2 P<0,0001

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre les complications néo-natales et le mode d'admission avec P<0,05.

Tableau XLII : Répartition des complications néo-natales selon le type de césarienne.

Type de césarienne	Complications néo-natales					
	Oui		Non		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Urgente	186	30,59	333	54,77	519	85,36
Prophylactique	11	1,81	78	12,83	89	14,64
Total	197	32,40	411	67,60	608	100

Khi-deux de Pearson=19,120 ddl=1 P<0,0001

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre les complications néo-natales et le type de césarienne avec P<0,05.

Tableau XLIII : Répartition du décès néonatal selon le type de césarienne

Décès néonatal	Type de césarienne					
	Urgente		Prophylactique		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Vivant	397	65,30	87	14,31	484	79,61
Mnés	100	16,45	1	0,16	101	16,61
Décès précoce	22	3,62	1	0,16	23	3,78
Total	519	85,36	89	14,64	608	100

Test exact de Fisher=27,772

P<0,0001

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le type de césarienne et le décès néo-natal avec P <0,05.

Tableau XLIV : Répartition du type de césarienne selon la nature des complications néonatales.

Nature des complications néonatales	Type de césarienne					
	Urgente		Prophylactique		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Souffrance néonatale	115	18,91	1	0,16	116	19,08
Infection néonatale	17	2,80	6	0,99	23	3,78
Détresse respiratoire	7	1,15	0	0	7	1,15
Prématurité	31	5,10	1	0,16	32	5,26
Aucune	349	57,40	81	13,32	430	70,72
Total	519	85,36	89	14,64	608	100

Test exact de Fisher=40,325

P<0,0001

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre le type de césarienne et la nature des complications néonatales avec $P < 0,05$.

Tableau XLV : Répartition selon l'état des nouveau-nés à la naissance.

Réanimé à la naissance	Effectif	Fréquence (%)
Réanimé	155	25,49
Non réanimé	453	74,51
Total	608	100

Seulement 25,49% des Nnés ont été réanimés.

Tableau XLVI : Répartition des nouveau-nés selon type de malformation

Type de malformation	Effectif	Fréquence (%)
Hydrocéphalie	2	0,33
Hypospadias	1	0,16
Pied-bot	2	0,33
Aucune	603	99,18
Total	608	100

L'hydrocéphalie et le pied de bots sont les deux types de malformation les plus fréquence avec 0,33%.

Tableau XLVII : Répartition des nouveau-nés selon l'hospitalisation en néonatalogie.

Hospitalisé en néonatalogie	Effectif	Fréquence (%)
Hospitalisés	116	19,08
Non hospitalisés	492	80,92
Total	608	100,0

Seulement 19,08% des Nnés ont été hospitalisés.

Tableau XLVIII : Répartition selon la cause du décès néonatal

Nature du décès néonatal	Effectif	Fréquence (%)
Prématurité	10	43,48
Infection	1	4,35
Détresse respiratoire	12	52,17
Total	23	100,0

La majorité des causes de décès sont dues à la détresse respiratoire et la prématurité soient respectivement 52,17% et 43,48%.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

5.1. Fréquence de la césarienne :

Devant l'augmentation importante des taux de césariennes dans le monde, l'OMS a déclaré en 2015 que « la priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin » [19]. Dans cette déclaration, l'OMS rappelle également que les taux populationnels de césariennes supérieurs à 10 % ne sont pas associés à une réduction des taux de mortalité maternelle et néonatale et recommande un suivi des taux des césariennes au niveau des hôpitaux pour s'assurer d'une pratique optimale.

Entre le 1er janvier 2018 et le 31 Décembre 2019, nous avons enregistré 608 cas de césariennes sur un total de 1573 accouchements effectués, soit une fréquence de 38,7%. Notre taux de césarienne est élevé par rapport à l'intervalle optimal fixé par l'OMS.

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que le CHU du Point G étant considéré comme le centre de dernière référence et que la majorité de ces patientes présentent une indication de la césarienne. Ainsi va de même pour **Coumare S** [20], **Wologueme D** [21] et **Ganaba S** [22], qui ont obtenu respectivement 29,35% ; 28,29% et 12,44%.

5.2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes :

5.2.1. L'âge :

Dans notre étude la moyenne d'âge était de 26 ans avec des extrêmes de 14 et 45 ans. La tranche d'âge de 20 à 29 ans était la plus représentée avec 41,9%.

Ceci est de règle dans les études de **Wologueme D** au CSRef de Markala avec la tranche d'âge 20 à 29 ans [21] ; et **TAHILA I** au CHU Mohamed VI à Marrakech avec la tranche d'âge 20 à 29 ans [23] soit respectivement 43,5%, 44,33%.

En effet ceci s'explique par le fait que cette tranche d'âge constitue le groupe de populations en pleine activité génitale.

5.2.2. Niveau d'instruction et situation matrimoniale :

Les femmes non scolarisées étaient de 44,41%. Ce résultat révèle une fois de plus du faible taux de scolarisation des femmes au Mali. La majorité des femmes césarisées étaient mariées soit 93,1%. Cette prédominance des femmes mariées est corroborée par la plupart des études : **Ganaba S** 92,3% [22] et **Tamboura B** 97% [24] car ce sont elles qui mènent une vie sexuelle régulière et sont mariées tôt en milieu rural.

5.2.3. Profession :

Les ménagères représentaient 65,13% des femmes césarisées.

Cette même tendance est retrouvée par **Korenzo M** soit 74,3% [25].

5.2.4. Résidence et provenance :

Presque la moitié de nos césarisées provenaient des différents CSRefs du Mali soit 37,83% dont la commune VI et I de Bamako étaient plus représentées avec des fréquences respectives 10,3% et 9,4%.

Ceci s'expliquait par le fait que la majorité de nos césarisées résidait à Bamako soit 71,22%.

5.3. Les Antécédents :

5.3.1. Antécédents chirurgicaux :

La césarienne était l'ATCD chirurgical le plus représenté soit 32,40%.

Dans la plupart des cas, il s'agissait de césariennes itératives associées à un autre facteur de risque exposant la patiente au risque de désunion de la cicatrice utérine pendant le travail. Pour éviter le drame, la solution ultime reste la césarienne prophylactique ou d'urgence. Notre taux est supérieur à ceux de **Korenzo M** [25] et **Ganaba S** [22] qui ont trouvé respectivement 31,8% et 23,1% de taux d'utérus cicatriciel.

Une très faible proportion (0,33%) de nos gestantes avait un antécédent de FVV. Ces femmes doivent bénéficier de la césarienne prophylactique pour les grossesses ultérieures.

Toute tentative d'accouchement par les voies naturelles fait perdre le bénéfice de l'intervention c'est-à-dire expose à la récurrence du prolapsus et de FVV.

5.3.2. Antécédents obstétricaux :

Au cours de notre étude 34,4% étaient des paucipares, ce taux est inférieur à ceux de **Wologueme D** [21] qui a trouvé 51,04% de paucipares.

5.4. Admission :

5.4.1. Mode d'admission :

La majeure partie de nos gestantes césarisées en urgence soit 52,63%, relevait d'une évacuation d'autres structures (CSRefs 47,20%, CSCom 0,66%, structures privées 1,15%). Ce qui traduit le taux d'évacuation élevé vers le service de gynéco-obstétrique du CHU Point G. Tandis que 30,43% étaient une référence interne dont les césariennes prophylactiques représentaient 13,98%

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

5.4.2. Motif d'admission :

Les motifs d'admissions ont été divers et variés. Le motif qui a été le plus souvent évoqué fut la crise d'éclampsie avec 16,9%. Ce taux élevé de gestantes référées pour crise d'éclampsie est le résultat du fait de la présence d'un service de réanimation au CHU du Point G.

5.5. Suivi prénatal :

La plupart de nos gestantes ont été consultées au moins une fois. Plus de la moitié avait bénéficié d'au moins 4 CPN soit 68,91%. Ces résultats diffèrent de ceux trouvés par **Korenzo M** [25] et **Dramé M** [26] soit respectivement 56,7% et 26,7%. L'immense apport des gynéco-obstétriciens était perceptible avec 40,45% qui concernait surtout les prophylactiques suivis des sages-femmes 39,97% de notre échantillon.

Le BPN était réalisé par 80,92% de nos césarisées, mais seulement 43,42% était suffisant ; ceci s'explique par le fait que la plupart de nos patientes ont un faible pouvoir d'achat et n'accorde pas autant d'importance au bilan.

5.6. Examen d'entrée :

La majorité de nos patientes avaient un âge gestationnel estimé à terme soit 75,33% et l'état maternel était bon dans 69,41%. La pâleur conjonctivale a été diagnostiquée chez 12,66% des patientes à l'entrée. Ce taux est inférieur à ceux de **Ganaba S** [22] qui trouvait 34,6%. Le BCF était absent chez 15,46%, la présentation céphalique était majoritaire à 91,28% et le bassin était normal à 77,14%. Quant à **Coumaré S** [20], il retrouve respectivement 11,4%, 78,4%, et 59%.

5.7. Césarienne :

5.7.1. Indication de la césarienne :

Il ressort de notre étude, comme dans plusieurs séries africaines [27], que les indications maternelles sont majoritaires, représentant presque les 2/3 des indications des césariennes au CHU du Point G soit 62,34%.

Par contre l'indication foeto-annexielle n'a représenté que 37,66%. Avec l'ensemble de ces indications, l'éclampsie, suivie de l'HRP et l'utérus multicatriciel ont été les plus représentés avec des fréquences respectives de 17,43%, 14,47 et 13%.

Quant à d'autres auteurs : **Wologueme D** [21] au CSRefs de Markala a trouvé 29,5% de SFA suivie de l'HRP 6,6% et 5,9% de Bassin Limite. **Coumare S** [20] dans son étude a trouvé 22,8% de DFP puis la SFA et Utérus cicatriciel sur bassin de fréquence égale soit 13,3%. **Bouamama H** [28] au Maroc a trouvé 24,42% de DFP suivie de l'utérus cicatriciel 22,48% et la SFA 21,28%.

5.7.2. Types de césariennes :

Dans notre série 85,36% des femmes ont été opérées en urgence. Ce taux pourrait être diminué si on agissait favorablement sur la qualité de la CPN.

5.8. Déroulement de l'intervention :

La rachianesthésie a été le principal type d'anesthésie utilisé au cours de notre étude soit 63,82% des femmes. Cette prédominance est surtout liée à son avantage.

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

En effet 85,36% des césariennes étaient faite en urgent et dans la plupart des cas l'estomac des parturientes est plein et souvent associé à une SFA. L'incision transversale était la plus pratiquée à cause de sa rapidité. La LRT a été la principale intervention associée à la césarienne soit 4,28%, contre l'hystérectomie d'hémostase soit 0,16%

5.9. Pronostic maternel et foetal :

5.9.1. Maternel :

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 179 cas de complications associées à la césarienne soit 29,77% dont presque la totalité était avec la césarienne d'urgence soit 28,62%.

Cependant les patientes qui ont séjourné au service de réanimation dont les motifs les plus fréquents correspondaient respectivement à :

- Cinquante-six (56) cas d'état de mal éclamptique ;
- Vingt-quatre (24) cas D'HRP avec trouble de la coagulation ;
- Six (6) cas de crises vaso-occlusives.

D'autres complications maternelles ont été rencontrées :

- Quarante-sept (47) cas d'anémie décompensée ;
- Dix (10) cas de complication infectieuse dont le paludisme représentait la moitié, Contrairement à l'endométrite où il n'y a eu que 3 cas.
- Seize (16) cas de complications digestives représentés par iléus paralytique par mobilisation tardive de certaines patientes à cause de l'anémie.
- Treize (13) cas de psychoses puerpérales suite à des crises d'éclampsies

Seulement la durée d'hospitalisation de 1,48% de nos patientes était inférieure à 4 jours, par contre le séjour de 11,68% était supérieur à 7.

En effet le taux d'anémie dans le post partum était de 10,44% dont 7,7% était décompensé et la disponibilité des produits sanguins faisait défaut d'où le séjour prolongé.

Dix (10) cas de décès maternels ont été observés soit un taux de décès sur césarienne de 1,64%. Tous les décès maternels sont survenus dans la période post-opératoire dont la principale cause était représentée par la trouble de la coagulation trouble, 50% et l'état de mal éclamptique 20%. Ces décès pouvaient être évités si la disponibilité des produits sanguins était assurée et un service de réanimation bien fonctionnel.

5.9.2. Foetal et néonatal :

La majorité des nouveau-nés avaient un poids normal soit 67,11%. Parmi les 608 césariennes réalisées, 16,61% de Mnés ont été enregistrés, 155 nouveau-nés ont été réanimés soit 25,49%, c'est-à-dire un score d'Apgar inférieur à 7/10 à la première minute. Les nouveau-nés qui ont été hospitalisés au service de néonatalogie du CHU Gabriel Touré étaient de 19,08% dont 3,78% sont décédés. La majorité des causes de ces décès sont dues à la détresse respiratoire et la prématurité soient respectivement 52,17% et 43,48%. Les complications néonatales étaient en rapport avec le mode d'admission. En effet parmi les 320 patientes évacuées, les Nnés de 120 gestantes (19,74%) ont eu des complications néonatales, contrairement à celles qui sont référées à froid, 39 cas (6,41%) et les venues d'elle-même 38 cas (6,25%) : Khi-deux de Pearson=15,571^a, avec P<0,0001.

De même, une étude réalisée au centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou sur la qualité de la césarienne [29], le taux de mortalité périnatal était de 15,9%. Ce taux était significativement plus élevé pour les femmes

évacuées en urgence (23,5%) que les femmes non évacuées (3,8%), risque relatif=6,2 et $P < 10$.

Les Nnés qui ont présenté des malformations néonatales étaient au nombre de 5 :

- **Deux (2) cas** d'hydrocéphalies ;
- **Deux (2) cas** de pied de bott ;
- **Un (1) cas** d'hypospadias.

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

CONCLUSION :

La césarienne joue un rôle capital dans la réduction de la morbi-mortalité maternelle et périnatale si l'indication est justifiée et réalisée au moment opportun.

Durant notre période d'étude allant du 1^{er} Janvier 2018 au 31 Décembre 2018, 608 cas de césariennes ont été réalisées sur un total 1573 accouchements effectués.

L'éclampsie, l'HRP étaient au 1^{er} plan des indications d'où l'implication nécessaire du service de réanimation ainsi la banque de sang pour la suite de la prise en charge.

Nous avons enregistré 29,28% de complications néonatales ; avec un taux d'hospitalisation à 19,08% au CHU Gabriel Touré pour manque d'unité de néonatalogie fonctionnelle dans le service dont 3,78% de décès enregistré.

Le pronostic maternel et périnatal est non seulement conditionné par la césarienne, mais aussi par la pathologie ayant motivé l'acte opératoire.

Notre préoccupation constante au Mali est de réduire la mortalité maternelle et de faire naître les enfants dans le meilleur état possible. Pour cela, quelques recommandations paraissent indispensables pour améliorer la situation.

RECOMMANDATIONS :

Au terme de notre étude nous faisons les recommandations suivantes

Aux autorités sanitaires :

- ✓ Organiser le système de référence / évacuation ;
- ✓ Equiper les CSRefs d'un service de réanimation fonctionnelle ;
- ✓ Assurer la disponibilité, la pérennité et l'accessibilité aux produits sanguins ;
- ✓ Doter le service de Gynéco-obstétrique du CHU point G d'un bloc d'urgence et d'une unité de néonatalogie fonctionnelle.

A l'endroit du personnel de la santé :

- ✓ Salcylothérapie chez les gestante ayant un facteur de risque de prééclampsie ;
- ✓ Expliquer à la patiente les signes de dangers liés à la grossesse et à l'accouchement ;
- ✓ Planifier la référence/évacuation avant que la patiente entre dans un état critique.

A la population :

- ✓ Fréquenter les établissements de santé maternelle et infantile les plus proches.
- ✓ Respecter le pronostic de l'accouchement établi par le personnel de santé

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES :

1. **Sepou A, Yanza M.C, Nguembi E et al.** Etude de 299 cas de césariennes Pratiques à l'hôpital communautaire de Bangui (Centrafrique). Médecine Afr noire. 2000 ; 47(1) :1.
2. **OMS.** Mortalité maternelle. Soustraire les femmes à l'engrenage foetal. Chronique OMS 1986 ; 40 (5) :193-202.
3. **Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al.** Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. The Lancet. 13 oct. 2018 ;392(10155) :1341-1348.
4. **Enquête démographique et de santé (EDSM V) 2012-2013** : p 206
5. **Merger R.** Précis d'obstétrique. 6e édition. Paris : Masson 3. 2001(635) :534p
6. **IMorin P, Abous.** La Césarienne revue du praticien. 1998.
7. **Mick Ngandu Mwepu.** La césarienne, fréquence, indications et complications. Université de Lubumbashi. Doctorat en médecine 2011.
8. **Michel, Morgan.** Césarienne post mortem mythologie, croyance et tradition. In Suisse-Genève ; 1962.
9. **Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine. Paris ; 1986. 383-99 p.
10. **Dr Bayahi, Dr Fekih, Pr Benzinzb N.** Les indications de la césarienne.
11. **Médecins sans frontières.** Soins obstétricaux et néonataux essentiels. 2019.
12. **Kamina P.** Anatomie clinique. 2e Edition. Vol. TOME 4. Paris ; 2006. 378-79 p.
13. **Lansac, Bobby, Perrotin, Marret J G, F, H.** La césarienne. Pratique de l'accouchement. 3e édition. Edition Masson ; 2000. 425-427 p.
14. **OMS.** Déclaration de l'OMS sur le taux de césarienne. 2014 ;
15. **Golfier F.** Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2000. 2000 ;86.

16. **P. Moreira, J.-C. Moreau, M.-E. Faye, S. Ka, S.-M. Kane Guèye, E.-O. Faye, T. Dieng, F. Diadhiou.** Comparaison de deux techniques de césarienne : césarienne classique versus césarienne Misgav Ladach. 2002 :572-6.
17. **Ledecq M.** Manuel de chirurgie humanitaire. Médecine sciences publications-Lavoisier. Vol. 1. Paris ; 2013. 148 p.
18. **Stark M.** Technique of cesarean section: The Misgav Ladach method. In popkin, DR, Peddle LJ editors, The parthenon publishing group, 1994:815.
19. **Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharaux C et al.** What is the optimal rate of caesarean section at population level. A systematic review of ecologic studies. 2015 ;12(1):57.
20. **Coumaré S.** Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : Pronostic materno-foetal au centre de sante de référence de Dioila [Thèse Med]. [Mali] : USTTB ; 2019.
21. **Ouologueme D.** La césarienne au centre de sante de référence de Markala [Thèse Med]. [Mali] : USTTB ; 2018.
22. **Ganaba S.** Complications maternelles de la Césarienne au centre de santé de référence de « Kalaban Coro » [Thèse Med]. [Mali] : USTTB ; 2018.
23. **Imane T.** Les indications de la césarienne, expérience du service de gynéco-obstétrique au sein du CHU Mohamed VI [Thèse Med]. [Maroc] : Cadi Ayyad ; 2012.
24. **Tamboura M.B.** Césarienne prophylactique versus césarienne d'urgence Au CSRef CV du District de Bamako pronostic materno-foetal. :88.
25. **Korenzo M.** Etude de la césarienne au CSRef CII du district de Bamako. [Mali] : USTTB ; 2015.
26. **Dramé M.** Contribution à l'étude de La césarienne dans le centre de santé de Référence de Dioila [Thèse Med]. [Mali] : USTTB ; 2012.

27. **P, F Imbert, Berger, Diallo.** Pronostic maternel et pédiatrique des césariennes en urgence : Etude prospective à l'hôpital principale de Dakar, Sénégal. 2003 ;63 :351-7.
28. **Bouamama H.** Césarienne au CHU Hassan II de Fès (à propos de 2532 cas) [Thèse Med]. [Maroc] ; 2008.
29. **Ouédraogo C, Zoungrana T, Dao B, et al.** La césarienne de qualité au Centre Hospitalier Yalgado Ouedragogo de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique. Médecine D'Afrique Noire 2001- 48 (11).

ANNEXES

ANNEXES :

Définitions opératoires :

- **Césarienne** : accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus gravide ;
- **Césarienne prophylactique** : césarienne programmée lors des CPN et faite avant le début du travail d'accouchement ;
- **Césarienne d'urgence** : césarienne réalisée chaque fois que le pronostic maternel et/ou foetal est engagé ;
- **Patiente** : gestante ou parturiente ;
- **Gestante** : femme porteuse d'une grossesse ;
- **Parturiente** : femme en travail ;
- **Primigeste** : 1^{ère} grossesse ;
- **Pauci geste** : 2 à 4 grossesses ;
- **Multi geste** : 5 à 6 grossesses ;
- **Grande multi geste** : ≥ 7 grossesses ;
- **Primipare** : 1^{er} accouchement ;
- **Pauci pare** : 2 à 4 accouchements ;
- **Multipare** : 5 à 6 accouchements ;
- **Grande multipare** : ≥ 7 accouchements ;
- **Hystérorraphie** : suture de l'utérus ;
- **Hystérectomie** : ablation partielle ou totale de l'utérus ;
- **Auto référence** : patiente venue d'elle-même ;
- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une même formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge sans la notion d'une urgence ;
- **Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation ;

- **Phase de latence du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale ≤ 3 cm ;
- **Phase active du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale ≥ 4 cm ;
- **Etat de mort apparente** : score d'Apgar allant de 1 à 3/10 ;
- **Apgar morbide** : nouveau-né ayant un Apgar à la 1^{ère} minute entre 4 et 7/10 ;
- **Pronostic materno-fœtal** : issue de la grossesse pour la mère et le fœtus en termes de mortalité et de morbidité
- **Bi ou tri antibiothérapie** : traitement avec 2 ou 3 antibiotiques de familles différentes
- **Morbidité maternelle** : elle se définit comme toute pathologie, chez une femme enceinte (quelles que soient la localisation et la durée de la grossesse) ou accouchée depuis moins de 42 jours, due à une cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou sa prise en charge, mais sans lien avec une cause accidentelle ou fortuite (**Pruval A, 2000**).
- **Mortalité maternelle** : selon l'OMS elle se définit par le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite (**Bouvier-Colle MH, 2001**).
- **Mortalité périnatale** : elle regroupe la MFIU et la mort néonatale précoce.
- **Mortalité néonatale précoce** : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 6^{ème} jour de vie.
- **Mortalité néonatale** : elle se définit par le décès du nouveau-né de sa naissance au 28^{ème} jour de vie.
- **Facteurs de risques** : « toute caractéristique ou toute circonstance déterminante, attachée à une personne ou à un groupe de personnes, et dont

on sait, qu'elle est associée à un risque anormal d'existence ou d'évolution d'un processus ou d'une exposition spéciale à un tel processus »

- **Période périnatale :** Selon l'OMS C'est la période qui commence de 22 semaine d'aménorrhée à une semaine après accouchement.

Fiche D'enquête :

I. Identité de la patiente :

Q1 : N°dossier :

Q2 : Date et heure d'entrée :

Q3 : Nom et prénom :

Q4 : Age :

Q5 : Ethnie : / / 1 : Bambara, 2 : Dogon, 3 : Sonhaï, 4 : Peulh,

5 : Sarakolé, 6 : Malinké, 7 : Bozo, 8 : Mianka, 9 : Autres

II. Données sociales et démographiques :

Q6 : Activités socioprofessionnelles : /___/ 1 : Ménagère, 2 : Aide-ménagère, 3 :

Etudiant /Elève, 4 : Fonctionnaire, 5 : Commerçante,

6 : Artisane, 7 : Autres

Q7 : Résidence : / _ / 1 : Bamako, 2 : hors Bamako

Q8 : Niveau d'instruction : /___/ 1 : Analphabète, 2 : Primaire,

3 : Secondaire, 4 : Supérieur

Q9 : Situation matrimoniale : /___/ 1 : Mariée, 2 : Célibataire,

3 : Divorcée, 4 : Veuve

III. Admission :

Q10 : Motif d'admission :

Q11 : Lieu de référence : / / 1 : CHU, 2 : CSRef, 3 : CSCom, 4 : Cabinet,

5 : consultation externe, 6 : Venue d'elle-même,

Q12 : Moyen de transport : / / 1 : Ambulance, 2 : Voiture personnelle,

3 : Taxi, 4 : Moto, 5 : Pied

IV. Antécédent :

Q13 : Antécédents médicaux :

Q13a : Familiaux : /___/ 1 : HTA, 2 : Diabète, 3 : Cardiopathie,

4 : Hémoglobinopathie, 5 : Aucun, 6 : Autres

Q13b : Personnels : /___/ 1 : HTA, 2 : Diabète, 3 : Ictère, 4 : Anémie,

5 : Cardiopathie, 6 : Drépanocytaire, 7 : Infection, 8 : Néphropathie, 9 : Aucun, 10 : Gastrite, 11 : Autres

Q14 : Antécédents chirurgicaux : /___/ 1 : Césarienne, 2 : Myomectomie, 3 : Kystectomie, 4 : Salpingectomie, 5 : Coelio-Chirurgie, 6 : Cure de prolapsus, 7 : Appendicectomie, 8 : Hernie, 9 : Occlusion, 10 : Aucun

Q15 : Antécédents gynécologiques :

Q15a : Ménarche /_ / 1 : Inconnue, 2 : 9-14 ans, 3 : 15 ans et plus

Q15b : Cycle /_ / 1 : Régulier, 2 : Non régulier

Q15c : Durée des règles /_ / 1 : < 2 jours, 2 : 3-7 jours, 3 : Plus de 7 jours, 4 : Inconnue

Q15d : Contraception /_ / 1 : Oui, 2 : Non

Q16 : Antécédents obstétricaux :

Q16a : Gestité : /___/ 1 : Primigeste, 2 : Pauci geste, 3 : Multigeste, 4 : Grande multipare

Q16b : Parité : /___/ 1 : 0, 2 : 1-2, 3 : 3-4, 4 : ≥ 5

Q16c : Enfants vivants : /___/ 1 : 0, 2 : 1-2, 3 : 3-4, 4 : ≥ 5

Q16d : Enfants décédés : /___/ 1 : 0, 2 : 1-2, 3 : 3-4, 4 : ≥ 5

Q16e : Avortements : /___/ 1 : 0, 2 : 1, 3 : 2, 4 : 3 ou plus

Q16f : Mnés : / / 1 : Néant, 2 : un, 3 : deux, 4 : \geq trois

V. Suivre de la grossesse actuelle :

Q17 : DDR : /___/ 1 : Inconnue, 2 : Connue

Q18 : Age gestationnel : /___/ 1 : < 37 SA, 2 : \geq à 37 SA

Q19 : CPN : / / 1 : oui, 2 : non

Q19a : Nombre : /...../ 1 : 0, 2 : 1-2, 3 : 3-4, 4 : >4

Q19b : Auteur:/...../ 1 : gynéco-obst, 2 : Médecin généraliste, 3 : Sage-femme, 4 : Matrone, 5 : aucun

Q19c : Lieu:/...../ 1 : CHU, 2 : CSRef, 3 : CSCom, 4 : Cabinet, 5 : CHU Kati, 6 : Aucun

Q19d : BPN:/...../ 1 : Oui, 2 : Non

Q19e : si Oui, 1 : complet, 2 : incomplet, 3 : RAS

Q20 : Pathologies au cours de la grossesse.

Q20a : HTA : /___/ 1 : Oui, 2 : Non, 3 : inconnue

Q20b : Diabète : /___/ 1 : Oui, 2 : Non, 3 : inconnue

Q20c : Anémie : /___/ 1 : Oui, 2 : Non, 3 : inconnue

Q20d : Autres :

VI. Examen clinique a l'admission

Q21 : Etat général : /___/ 1 : Bon, 2 : Passable 3 : Altéré

Q22 : Conjonctives : /___/ 1 : Colorées, 2 : Pâles,

Q23 : Température : /___/ 1 : Fébrile, 2 : Non fébrile

Q24 : Tension artérielle : /...../ 1 : < 140/90 mm Hg, 2 : ≥ 140/90 mm Hg

Q25 : Hauteur utérine : /___/ 1 : < 36cm, 2 : ≥ à 36cm

Q26 : BDCF : /___/ 1 : ≤ à 120, 2 : 120 – 160, 3 : > à 160, 4 : Absent

Q27 : Présentation : /___/ 1 : Céphalique, 2 : Siège, 3 : Transversale, 4 : Autres

Q28 : Dilatation : /___/ 1 : non en travail, 2 : Phase de latence, 3 : Phase active,
4 : Complete

Q29 : Bassin : /___/ 1 : Normal, 2 : Limite, 3 : BGR, 4 : Bassin asymétrique

Q30 : Hémorragie : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

VII. Césarienne :

Q31 : Indications de la césarienne :

Q31a : SFA / / 1 : Oui, 2 : Non

Q31b : SFC / / 1/ Oui, 2 : Non

Si oui préciser la cause : /___/ 1 : Anomalies funiculaire, 2 : Présentations vicieuses, 3 : Autres, 4 : Aucun, 5 : Anomalie du BDCF

Q31b : DFP : /___/ 1 : Gros fœtus, 2 : Angustie pelvienne, 3 : Aucun

Q31c : Hémorragie : /___/ 1 : PP, 2 : HRP, 3 : Rupture utérine, 4 : Autres, 5 :
Aucun

Q31d : Pré éclampsie : / / 1 : Oui, 2 : Non

Q31c : Crise éclamptique : /...../ 1 : un, 2 : deux, 3 : ≥ trois, 4 : Aucun

Q31d : Présentations vicieuses : /___/ 1 : Epaule, 2 : Front, 3 : Face en menton-sacré, 4 : Siège, 5 : Aucun

Q31e : Dilatation stationnaire : /___/ 1 : Anomalies funiculaires, 2 : DFP, 3 : Présentations vicieuses, 4 : Dystocie dynamique sur utérus cicatriciel, 5 : Autres, 6 : Aucun

Q31f : Rétention du second jumeau : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

Q31g : Syndrome de pré rupture utérine : /___/ 1 : DFP, 2 : Présentations vicieuses, 3 : Mauvaise perfusion d'ocytocine, 4 : Aucun

Q31h : Non-engagement de la présentation à dilatation complète : /___/

1 : Anomalies funiculaires, 2 : Anomalies de la présentation, 3 : DFP, 4 : Autres, 5 : aucun

Q31i : Utérus cicatriciel : /___/ 1 : Cicatriciel, 2 : Bi cicatriciel, 3 : Tri cicatriciel, 4 : Aucun

Q31j : Autres indications :

Q32 : Durée entre installation et incision : 1 : inf. à 10mn, 2 : sup à 10mn

Q33 : Durée entre incision et extraction : 1 inf à 4mn, 2 : sup à 4mn

Q35 : Durée d'intervention : 1 : inf. à 40mn, 2 : sup à 40mn

Q36 : Type de césarienne : /___/ 1 : Urgence, 2 : Prophylactique

Q37 : Type d'hystérotomie : /___/ 1 : Segmentaire transversale, 2 : Corpo réelle, 3 : Segmento-corporéale

Q38 : Type d'incision cutanée : /___/ 1 : Pfannenstiel, 2 : Joël Cohen, 3 : IMSO

Q39 : Interventions associées : /___/ 1 : oui, 2 : Non

Q39a : Si oui, la cause: /___/ 1 : LRT, 2 : Kystectomie, 3 : Autre, 4 : aucun

Q40 : Opérateurs : /___/ 1 : Obstétricien, 2 : Médecin généraliste, 3 : Chirurgien

Q41 : Type d'anesthésie : /___/ 1 : AG, 2 : Rachianesthésie, 3 : Péridurale

Q42 : Incidents et accidents : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

Si oui préciser la nature :

Q43 : Transfusion préopératoire : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

Si oui préciser le nombre de poche de sang: // 1 : 1-2, 2 : ≥ 3

VIII. Suivi post opératoire :

Q44 : Transfusion en pos-op /___/ 1 : Oui, 2 : Non

Si oui préciser la quantité en ml : / / 1 : 450ml, 2 : 900ml, 3 : ≥ 1350 ml,
4 : aucun

Q45 : Antibiothérapie post opératoire : /___/ 1 : Monothérapie, 2 : Bithérapie

Q46 : Durée d'hospitalisation : / / 1 : < 3 , 2 : 4-7, 3 : > 7

Q47 : Suites post opératoires : /___/ 1 : Compliquées, 2 : Simples

IX. Complications Maternelles :

Q48 : Complications infectieuses : /___/ 1 : Endométrite, 2 : Suppuration pariétale, 3 : abcès du sein, 4 : Pelvipéritonite, 5 : Septicémie, 6 : Autres,
7 : Aucun

Q49 : Complications hémorragiques : /___/ 1 : hémopéritoine, 2 : Hémorragie externe, 3 : aucun

Q50 : Complications digestives : /___/ 1 : Iléus paralytique, 2 : Occlusion,
3 : Diarrhée, 4 : Autres, 5 : Aucun

Q51 : Complications thromboemboliques : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

Q52 : Psychoses puerpérales : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

Q53 : Plaies urinaires méconnues en peropératoire : /___/ 1 : Oui,
2 : Non

Q54 : Fistule vésico-vaginale : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

Q55 : Embolie gazeuse : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

Q56 : Embolie amniotique : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

Q57 : Eviscération : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

Q58 : Lâchage secondaire : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

Q59 : Complications anesthésiologies : /___/ 1 : Syndrome de Mendelssohn,
2 : Hypotension, 3 : Arrêt cardiaque, 4 : Aucun

Q60 : Décès maternel : /___/ 1 : Oui, 2 : Non

Q61 : Autres complications

X. Nouveau-né

Q62 : Nouveau-né /...../ 1 : A terme, 2 : Prématuré, 3 : Post-terme,
4 : Hypotrophie

Q63 : Etat du nouveau-né /.../ 1 : Vivant, 2 : Mort-né

Si mort-né : 1 : Mort-né frais, 2 : Mort-né macéré

Q64 : Réanimé à la naissance : /.../ 1 : Oui, 2 : Non

Q65 : Apgar 1ère minute du 1^{ère} jumeau /...../ 1 : ≤ 7 , 2 : 8-9, 3 : Nulle

Q66 : Apgar 5ème minute du 1^{ère} jumeau /...../ 1 : 8-9, 2 : 10, 3 : Nulle,

Q67 : Apgar 1ère minute du 2ème jumeau /...../ 1 : ≤ 7 , 2 : 8-9, 3 : Nulle,
4 : RAS

Q68 : Apgar 5ème minute du 2ème jumeau /...../ 1 : 8-9, 2 : 10, 3 : Nulle,
4 : RAS

Q69 : Poids à la naissance (en gamme) /...../ 1 : $\leq 2500g$, 2 : 2500-3900g,
3 : $\geq 4000g$

Q70 : Poids du deuxième jumeau /...../ 1 : $\leq 2500g$, 2 : 2500-3900g, 3 : $\geq 4000g$
4 : Aucun

Q71 : Malformation congénitale : 1 : Oui, 2 : Non

Q71a : Si oui, préciser /...../ 1 : Hydrocéphalie, 2 : Hypospadias,
3 : Laparochisis, 4 : pied de bots, 5 : Aucun

Q71 : Complications néo-natales : 1 : Oui, 2 : Non

Q71a : Si oui, préciser /...../ 1 : Souffrance néonatale, 2 : Infection néonatale, 3 :
Détrousse respiratoire, 4 : Autres, 5 : Aucune

Q71b : Hospitalisé en néonatalogie : / / 1 : Oui, 2 : Non

Q72 : Décès néo-natal : 1 : Oui, 2 : Non

Q73 : Si oui, préciser la cause : /...../ 1 : Prématurité, 2 : Infection,
3 : Incompatibilité, 4 : Autres, 5 : Détrousse respiratoire, 6 : Aucun

FICHE SIGNALITIQUE

Nom et Prénom : Bagayoko Soumaila

Titre : Césarienne : le pronostic maternel et périnatal au CHU du point G.

Année : 2018 à 2019

Ville de soutenance et Pays d'origine : Bamako, Mali.

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

Secteur d'intérêt : gynéco- obstétrique.

RESUME :

Introduction : La césarienne est un acte obstétrical qui sauve la mère et l'enfant quand un problème se pose avant le travail ou au cours du déroulement du travail d'accouchement. En menant cette étude nous avons pour objectif de déterminer le pronostic maternel et périnatal de la césarienne

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude prospective allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018. Nous avons enregistré tous les accouchements par césarienne. Nous avons recueilli les informations à partir des dossiers des parturientes, des registres d'accouchement, des protocoles opératoires.

Résultats :

Nous avons enregistré 608 césariennes pour 1573 accouchements, soit 38,7 %. Sur 608 femmes opérées pour césarienne avaient un âge compris entre 20 et 29 ans soit 41,94% avec une moyenne de 26 ans. La majorité des patientes étaient mariées soit 93,1% dont les ménagères représentaient 65,13%.

Les indications maternelles étaient majoritaires représentant presque les 2/3 des césariennes soit 62,34%. Par contre l'indication foeto-annexielle n'a représenté que 36,66%. Dix cas de décès maternels ont été enregistrés soit un taux de 1,64% dont la principale cause était la trouble de la coagulation et l'état de mal éclamptique. La mortalité périnatale était de 16,61%. Le taux d'hospitalisations des nouveaux nés était de 19,08% dont 3,78% de décès enregistrés.

Mots clés : Césarienne - fréquence-Pronostic maternel et périnatal

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.

