

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT

SUPERIEUR

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako



U.S.T.T-B



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2015- 2016

Thèse N °

THESE

CESARIENNE PROPHYLACTIQUE : PRONOSTIC MATERNO-FOETAL AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V

Présentée et soutenue publiquement le 15/04/2016 devant le jury
de la Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par :

M. Mamadou Z. KONATE

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

JURY :

Président : Pr Issa DIARRA

Membre : Dr Hamady SISSOKO

Co-directeur: Dr Tioukani Augustin THERA

Directeur : Pr Youssouf TRAORE

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

Mon père feu Zoumana KONATE :

Qui nous a quitté prématurément, mais dont je garde l'image d'un père rigoureux et réunificateur, merci pour tous les efforts consentis pour l'épanouissement de la famille ; puisse Allah t'accorder sa grâce et son pardon éternel.

Ma mère Aminata SANGARE :

Nous sommes fiers de t'avoir comme maman et d'avoir reçu de toi une éducation de qualité.

Tu n'as ménagé aucun effort pour nous prouver ton amour maternel et l'amour du prochain, ces caractères ont fait de toi une maman exemplaire.

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.

Mes frères, sœurs, cousins et cousines :

Puisse ce travail être pour vous le témoignage de mon affection.

Que le tout puissant préserve et renforce notre fraternité.

Mes tantes et oncles :

Ce travail est le fruit de vos multiples sacrifices et vos bénédictions.

Trouvez ici l'expression de mes reconnaissances et du respect à votre égard.

REMERCIEMENTS

S'adressent à :

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

Dr Tioukani A THERA :

Je vous remercie pour votre générosité, votre disponibilité, vos conseils et votre soutien pour la réussite de ce travail. Soyez assuré de ma profonde gratitude et ma sincère reconnaissance.

Au personnel du CSREF CV :

Je vous remercie pour votre soutien et votre amabilité.

Au Service de gynéco Obstétrique :

Pr Mamadou TRAORE, Dr Oumar M TRAORE, Dr Soumana O TRAORE, Dr Silimana Fanta COULIBALY, Dr Hamady SISSOKO et Dr Daouda CAMARA.

Votre ardeur au travail et votre dévouement envers les étudiants sont exemplaires. Vous avez su me sacrifier, malgré vos multiples activités, votre temps si précieux. Les mots me manquent pour vous exprimer ma profonde gratitude. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance pour avoir su mettre à ma portée le meilleur de votre savoir avec tant de clarté et d'abnégation.

A mes collègues internes, les D.E.S et les sages-femmes du CSREF CV:

Merci pour la confiance, les échanges de connaissances et toutes mes excuses pour les moments d'incompréhension avec vous.

Aux personnels de l'ASACOBABA (Association de Santé Communautaire de Banankabougou Faladiè :

Je vous remercie pour votre soutien et de votre courtoisie à mon égard ; je vous en serai toujours reconnaissant.

A mes amis (es) de la Faculté :

Ceux avec qui j'ai partagé tant de soirées de révisions et de cas cliniques. Je vous remercie pour votre disponibilité.

A tous les membres de ma famille et toutes les autres personnes dont les noms n'ont pas été cités ici. Je vous prie de bien vouloir vous reconnaître dans ce travail, sincères remerciements à vous toutes et tous.

**HOMMAGES
AUX MEMBRES
DU JURY**

**A notre Maître et Président du Jury,
Professeur Issa DIARRA,**

- ✓ **Maître de Conférences de Gynécologie Obstétrique à la FMOS,**
- ✓ **Médecin Colonel Major des Armées du Mali,**
- ✓ **Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali,**
- ✓ **Ancien Directeur central du service de santé des armées du Mali (DSSA),**
- ✓ **Chef du département de Gynécologie Obstétrique du CHU Mère-Enfant le Luxembourg.**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples et importantes occupations.

Homme de principe, la qualité de votre enseignement, votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait.

Nous sommes fiers d'être compté parmi vos élèves.

Nous vous prions, cher maître de bien vouloir trouver ici l'expression de notre grand respect. Puisse le Seigneur vous accorder santé et longévité (Amen).

A notre Maître et Membre,

Docteur Hamady SISSOKO,

✓ **Spécialiste en Gynécologie Obstétrique,**

✓ **Praticien au Centre de Santé de Référence de la Commune V,**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons bénéficié de votre encadrement en gynéco-obstétrique. En plus de vos qualités scientifiques, nous avons eu l'occasion d'apprécier vos qualités humaines et sociales.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour votre courtoisie.

Trouvez ici l'expression de nos sentiments les plus respectueux, que le tout puissant vous donne plus de force et plus de courage pour l'encadrement des étudiants. Amen !

A notre Maître et Co-directeur,

Docteur THERA Tioukani Augustin,

- ✓ **Maître Assistant de Gynécologie-Obstétrique à la FMOS,**
- ✓ **Chef du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU du Point-G,**
- ✓ **Ancien chef du service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou,**
- ✓ **Membre de la SOMAGO.**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de codiriger cette thèse malgré vos multiples occupations.

Passionné du travail bien fait, soucieux de la bonne formation et de la réussite des étudiants, vous êtes un modèle à suivre.

Votre abord facile, votre grande simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous prions, cher Maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

Veillez trouver ici, cher Maître, l'expression de notre profond respect et de notre très grande considération.

Que le tout puissant Allah Vous protège. Amen !

A notre maître et Directeur de thèse,

Professeur Youssouf TRAORE,

- ✓ **Maitre de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS**
- ✓ **Gynécologue obstétricien au CHU Gabriel Touré**
- ✓ **Secrétaire général de la Société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO)**
- ✓ **Titulaire d'un diplôme universitaire de méthodologie de recherche clinique (Université Bordeaux II)**
- ✓ **Titulaire d'un diplôme universitaire de méthodes et pratiques en épidémiologie (Université Bordeaux II)**
- ✓ **Titulaire d'un certificat de Cancer and prevention course de la Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique (FIGO)**
- ✓ **Membre de la Société de Chirurgie du Mali (SOCHIMA)**

Cher Maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de Thèse.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la qualité de votre enseignement et l'ampleur de votre expérience.

Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous prions cher maître d'accepter nos sincères remerciements

SIGLES ET ABREVIATIONS

SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD : Antécédents

BCF : Bruit du Cœur Fœtal.

BGR : Bassin Généralement Rétréci.

CM : Centimètre.

CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine.

CPN : Consultation Prénatale.

CSCom : Centre de Santé de Communautaire.

CSRéf C V : Centre de Santé de Référence Commune V.

DFP : Disproportion Foeto-Pelvienne.

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

FVV : Fistule Vésico-Vaginale

FVR : Fistule Recto-Vaginale

GRS : Grammes.

HGT : Hôpital du Point-G.

HRP : Hématome Rétro placentaire.

HTA : Hypertension Artérielle.

HU : Hauteur Utérine

L : litre

Mm hg : Millimètre de Mercure

RPM : Rupture Prématurée des Membranes.

SA : Semaine d'Aménorrhée.

SAGO : Société Africaine des Gynécologies Obstétriques.

SFA : Souffrance Fœtale Aigue.

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie Obstétrique.

TA : Tension Artérielle

INTRODUCTION

I- INTRODUCTION

La césarienne est une intervention permettant d'extraire le fœtus en incisant l'utérus par voie abdominale le plus souvent, exceptionnellement par voie vaginale, chaque fois que l'accouchement par les voies naturelles comporte un risque materno-fœtal supérieur au risque inhérent à la césarienne.

La césarienne prophylactique ou césarienne programmée se définit comme étant celle réalisée avant le début du travail d'accouchement. Elle est décidée en règle lors de la consultation prénatale [1].

D'une manière générale, le pronostic de la césarienne, faite avant tout travail d'accouchement (césarienne prophylactique), est meilleur à celui de la césarienne faite en situation d'urgence, le plus souvent après un travail d'accouchement prolongé.

L'émergence des problèmes médico-légaux et surtout le souci constant pour l'obstétricien de mettre au monde un nouveau-né sain et une mère bien portante ont contribué à l'augmentation de la fréquence de la césarienne en général et de la prophylactique en particulier.

Les taux de césarienne rapportés dans la littérature font état de 17,23% en France, 15,8% en Grande Bretagne et 35,43% aux Etats-Unis [2].

En Afrique les fréquences suivantes ont été respectivement rapportées: au Mali 15,01%, au Sénégal 15,32%, au Burkina Faso 14,87%, en Côte d'Ivoire 10,34% [3, 4, 5, 6].

Dans de nombreux pays africains particulièrement au Mali la faible couverture sanitaire, le faible taux de surveillance prénatale n'améliore guère le pronostic maternel et fœtal. La gratuité de la césarienne au Mali depuis le 23 juin 2005 devrait améliorer l'accessibilité financière des patientes à la césarienne et par conséquent réduire la morbidité et mortalité maternelle et périnatale. Mais force est de reconnaître que nombreuses indications de césarienne restent toujours ignorées. Beaucoup de parturientes césarisées en urgence devraient bénéficier de la césarienne prophylactique.

Bien que cette césarienne prophylactique améliore davantage le pronostic maternel et fœtal, ces patientes sont soumises à de rudes épreuves de travail d'accouchement pour être ensuite césarisées avec un pronostic maternel et/ou fœtal incertain.

C'est pourquoi nous avons trouvé utile d'initier ce travail sur la césarienne prophylactique afin de mieux apprécier le pronostic maternel et fœtal dans le service de gynécologie obstétrique du CSRéf CV.

Pour bien mener ce travail, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

Etudier la césarienne prophylactique.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la césarienne prophylactique dans notre service ;
- Décrire le profil sociodémographique des patientes ;
- Déterminer les principales indications de la césarienne Prophylactique ;
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal.

III- GENERALITES

1. HISTORIQUE

1.1. LES ORIGINES :

L'origine du mot « césarienne » a été l'objet de controverse. Selon la légende (interprétation d'un texte de Pline, l'ancien : 23-75 après J.C), ce mot provient du nom du premier des césars : Julius César en raison de l'opération à laquelle il aurait dû sa naissance [7].

Cependant, selon Friedrich Osiander, Aurélia, mère de Julius César survécut de nombreuses années après son accouchement [8]; or une telle opération, à cette époque couronnée d'un tel succès est invraisemblable. L'étymologie même du mot César n'est pas claire [9].

1.2. EVOLUTION DE LA PRATIQUE DE LA CESARIENNE

L'histoire de l'opération césarienne peut être divisée en quatre périodes [10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18] :

- **De l'antiquité au moyen âge** : césarienne post mortem
- **Du XVI^e siècle au XIX^e siècle** : césarienne sur femmes vivantes
- **XIX^e siècle et du XX^e siècle** : avènement de l'asepsie chirurgicale.
- **XX^e Siècle à nos jours** : Période moderne.

PERIODE MODERNE ;

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

- Suture de l'utérus et du péritoine viscéral :
 - L'extériorisation de l'utérus ne semble pas exposer à une morbidité supérieure, et peut aider à la réparation utérine tout en réduisant la quantité de l'hémorragie [19].

- Beaucoup d'auteurs francophones préconisent la suture en un plan extra-muqueux par points séparés pour l'obtention d'une cicatrice de bonne qualité [20, 21, 22].
- Néanmoins, l'Ecole Nord-Américaine admet la solidité comparable des surjets continus sur l'hystérotomie. Ces mêmes auteurs considèrent que la suture extra-muqueuse sur toute la suture prenant toute la paroi utérine visant à éviter une endométriose de la cicatrice, n'est pas utile [23, 24].
- Le matériel de suture est constitué par du fil résorbable [25].
- Après vérification de l'hémostase de la cicatrice utérine, un surjet au fil résorbable est pratiqué sur le péritoine vésico-utérin.
 - Fermeture pariétale [11]

Après péritonisation, on retire les champs intra abdominaux, on procède au décompte des champs et des compresses, ensuite on réalise une toilette péritonéale, puis on inspecte et on palpe de façon systématique les annexes. Enfin, on ferme la paroi abdominale. Le drainage sous aponévrotique est utile en cas de suintement de cette paroi abdominale.

DE NOS JOURS : césarienne de Misgav Ladach:

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

- Ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 4 cm au dessus de la symphyse pubienne
- Ouverture transversale du péritoine pariétal
- Pas de champs abdominaux
- Hystérotomie segmentaire transverse
- Extraction fœtale et délivrance extemporanée suivie d'une révision utérine

- Hystérorraphie en plan par un surjet continu
- Pas de péritonisation
- Suture de l'aponévrose par un surjet continu
- Rapprochement cutané par quelques points de BLAIR-DONATI très espacés.

2. RAPPEL ANATOMIQUE

2.1 Utérus gravide:

Au cours de la grossesse l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques. L'utérus gravide à terme est un muscle creux de forme ovoïde faisant environ 30 à 32cm de long sur 20 à 25cm de large. On lui décrit 3 parties :

- Le corps
- Le col
- Le segment inférieur, situé entre le col et le corps et formé de la séreuse péritonéale, de la musculature utérine et de la muqueuse caduque de l'utérus. C'est au niveau du segment inférieur que doit se faire l'incision antérieure de l'utérus lors de la césarienne (figure 1).

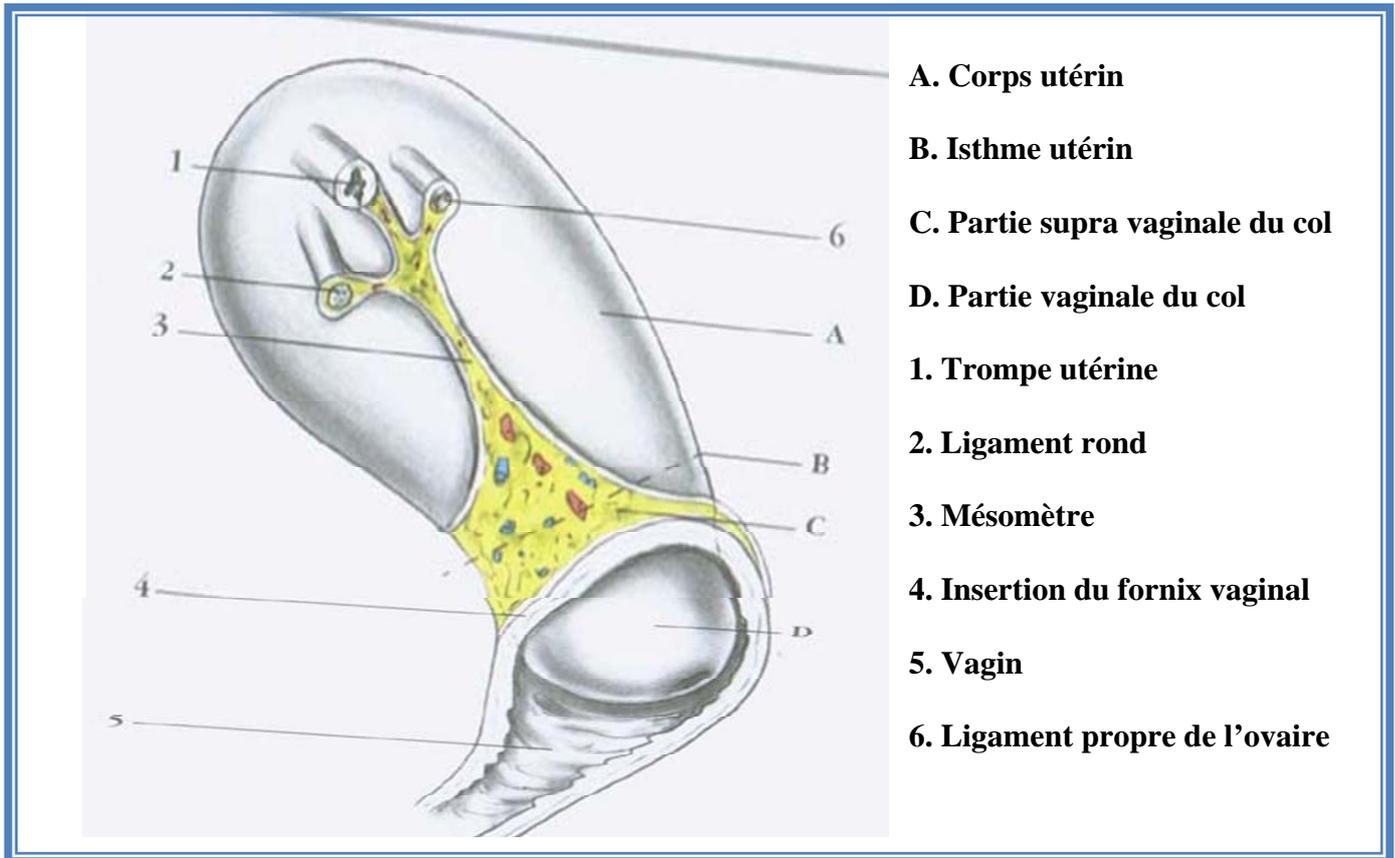


Figure 1: KAMINA P. [26] Utérus (vue latérale)

a- Le corps utérin

Organe de la gestation, le corps utérin présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement.

b- Le segment inférieur:

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin (Figure 2). C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse ; il disparaît avec elle. Sa minceur, sa faible vascularisation, en font une région de choix pour l'hystérotomie des césariennes, mais aussi pour les ruptures utérines. Le segment inférieur se constitue au dépend de l'isthme utérin et de la partie supra vaginale du col. Son début est

variable et sa formation est progressive. Il acquiert une définition nette vers le 6^e mois chez la primipare. Chez la multipare, son développement est plus tardif.

c- Le col utérin:

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

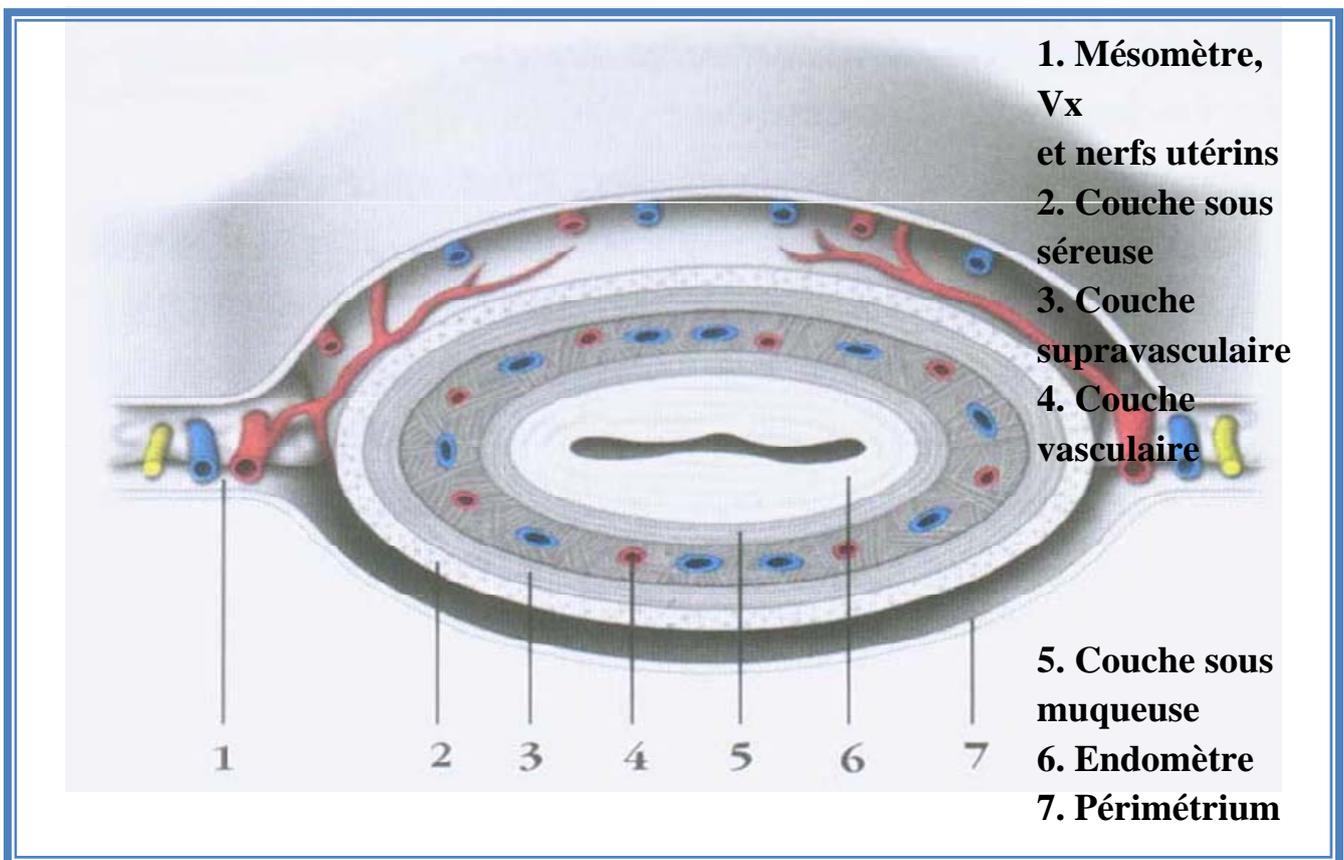


Figure 2 : KAMINA P. [26] Structure du corps utérin (coupe transversale)

2.2 Rapports anatomiques de l'utérus gravide

a- Les rapports anatomiques du corps utérin:

L'utérus à terme est en rapport avec :

En avant:

- La paroi abdominale antérieure : qui s'amincit et la ligne blanche s'élargit particulièrement dans la région ombilicale. La minceur de cette région doit inciter le chirurgien à la prudence lorsqu'il incise la paroi abdominale.
- parfois, le grand omentum et plus rarement, des anses grêles s'interposent (Figure 3).

En arrière:

La colonne rachidienne flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale.

- Les muscles grands psoas, croisés par les uretères.

En haut:

Le grand omentum et le colon transverse qu'il refoule plus ou moins :

* en arrière : l'estomac ;

* à droite : le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire ;

* plus bas, sur les bords latéraux se trouvent reportés les trompes utérines, les ligaments ronds et propres de l'ovaire.

A droite:

- Le colon ascendant, le cæcum et l'appendice vermiforme.
- Les annexes droites, placées dans un plan postérieur, sont cachées par l'utérus.

A gauche:

- Les anses grêles et le colon sigmoïde qui recouvrent l'annexe gauche.
- Le ligament rond gauche est visible dans la totalité de son trajet

(Figure 3).

b- Les rapports anatomiques du segment inférieur

La face antérieure:

- La vessie est le rapport essentiel (figure 4). Elle ascensionne généralement en fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et devient supra pubienne. Suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur. Les adhérences vésicales après césarienne favorisent l'ascension plus ou moins haute de la vessie. D'où la prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il s'agit d'un utérus cicatriciel.
- La partie supérieure de la face antérieure du segment inférieur est recouverte par le péritoine vésical peu adhérent.
- La partie inférieure de la face antérieure du segment inférieur répond au septum vésico-utérin (qui la sépare de la base vésicale).

La face postérieure:

Recouverte du péritoine, elle répond, par l'intermédiaire du cul de sac recto-utérin devenu plus profond, au rectum.

Les faces latérales:

Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien (Figure 5).

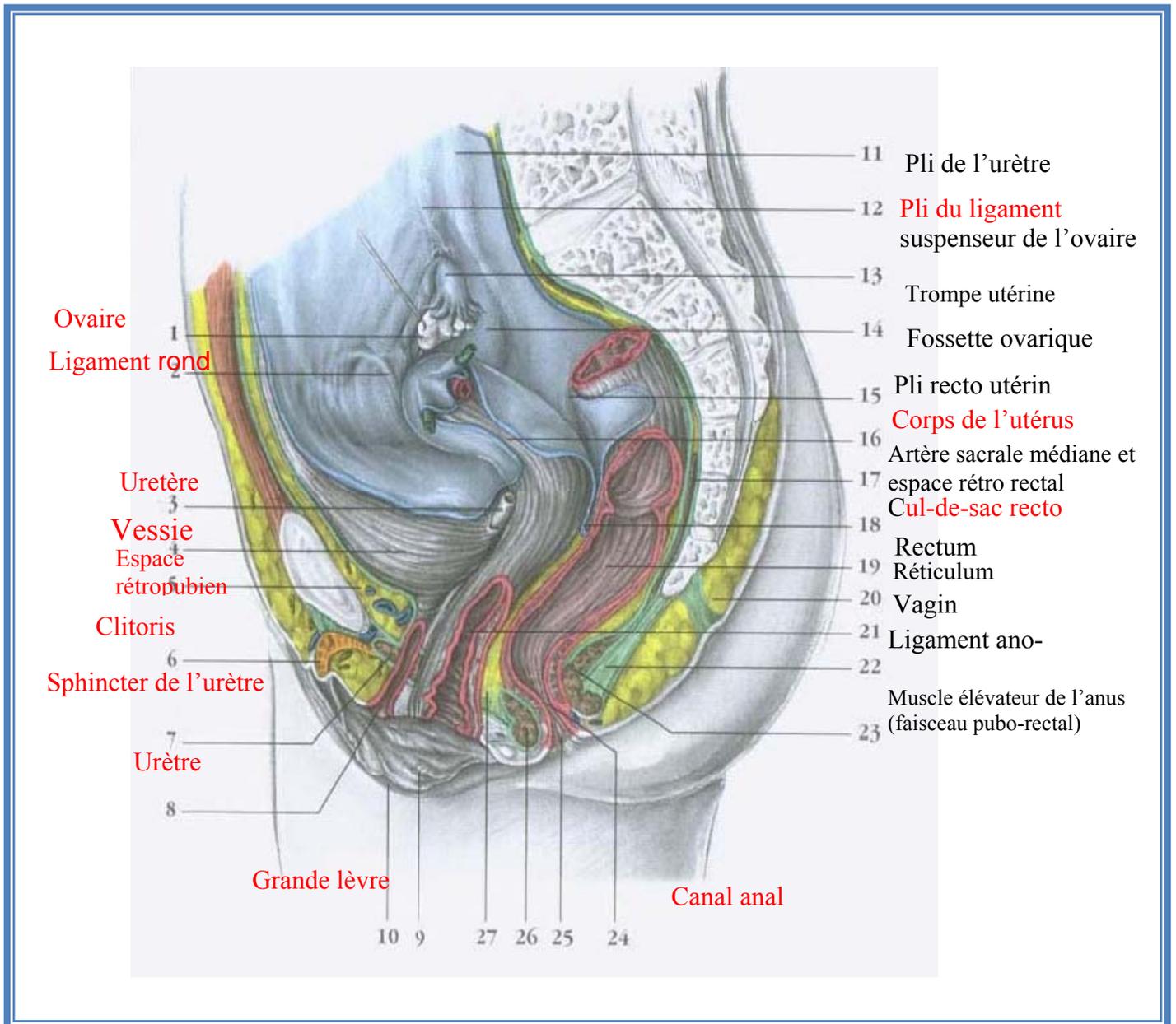


Figure 3: KAMINA P. [26] Pelvis et périnée (Coupe para sagittale gauche)

2.3 Vascularisation de l'utérus gravide:

a- Les artères:

L'artère utérine:

- Au niveau de l'utérus gravide, l'artère utérine s'étire, déroule ses spires et augmente sa longueur qui triple ou même quadruple, alors que son calibre augmente très peu et ne double jamais. Elle est représentée sur la figure 6. Du point de vue histologique, les modifications essentielles consistent dans l'accroissement considérable de la tunique (Rouvière).
- Les branches externes : conservent leur disposition hélicine même dans l'utérus à terme. Elles forment de nombreuses anastomoses surtout en regard de l'aire placentaire (Figure 4).

L'artère ovarienne:

L'augmentation de calibre de l'artère ovarienne croit de son origine à sa terminaison pour atteindre dans la région infra-annexielle un calibre égal à celui de l'artère utérine et s'anastomoser à plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse.

L'artère funiculaire:

Elle est, pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable.

b- Les veines utérines:

Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Il n'y a pas, dans le corps utérin gravide, de zone de vascularisation veineuse minima. Dans la paroi du segment inférieur et dans celle du col, cheminent de nombreuses veines de calibre inférieur à celles du corps (Figure 4).

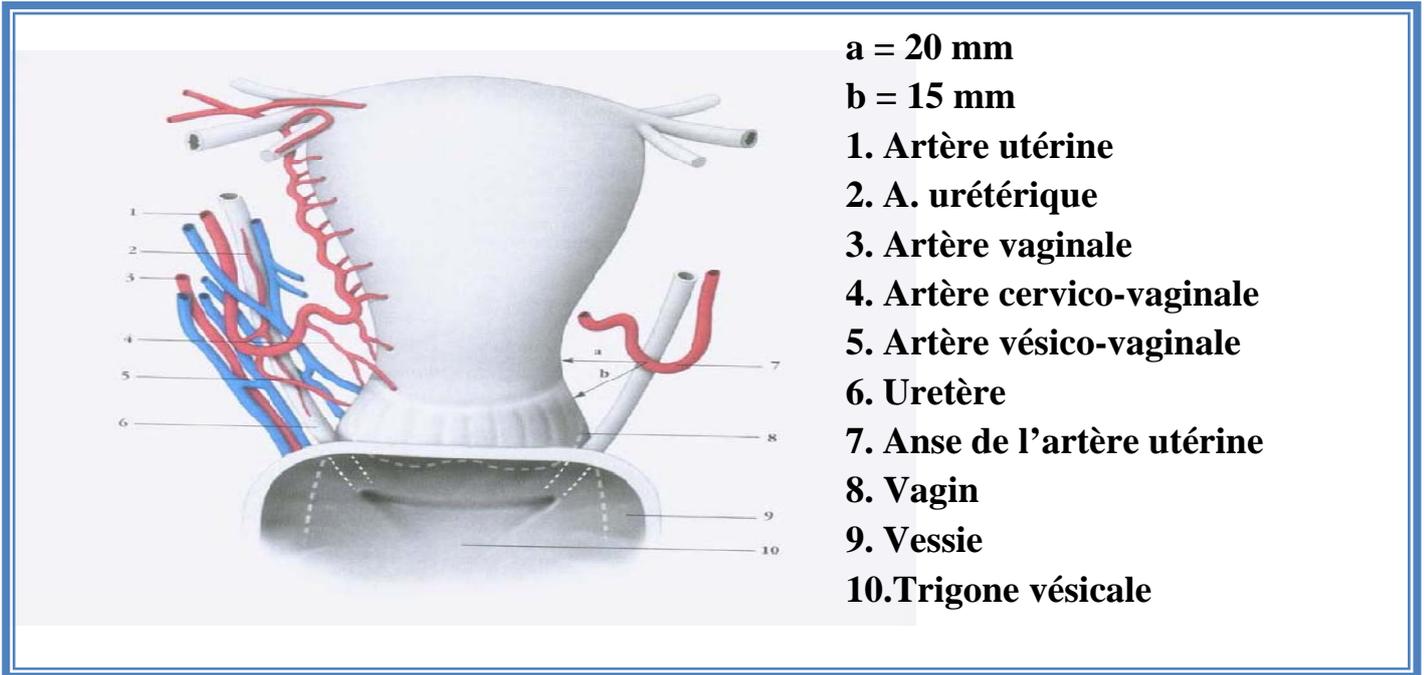


Figure 4: KAMINA P. [26]

Croisement de l'artère utérine et de l'uretère (vue antérieure)

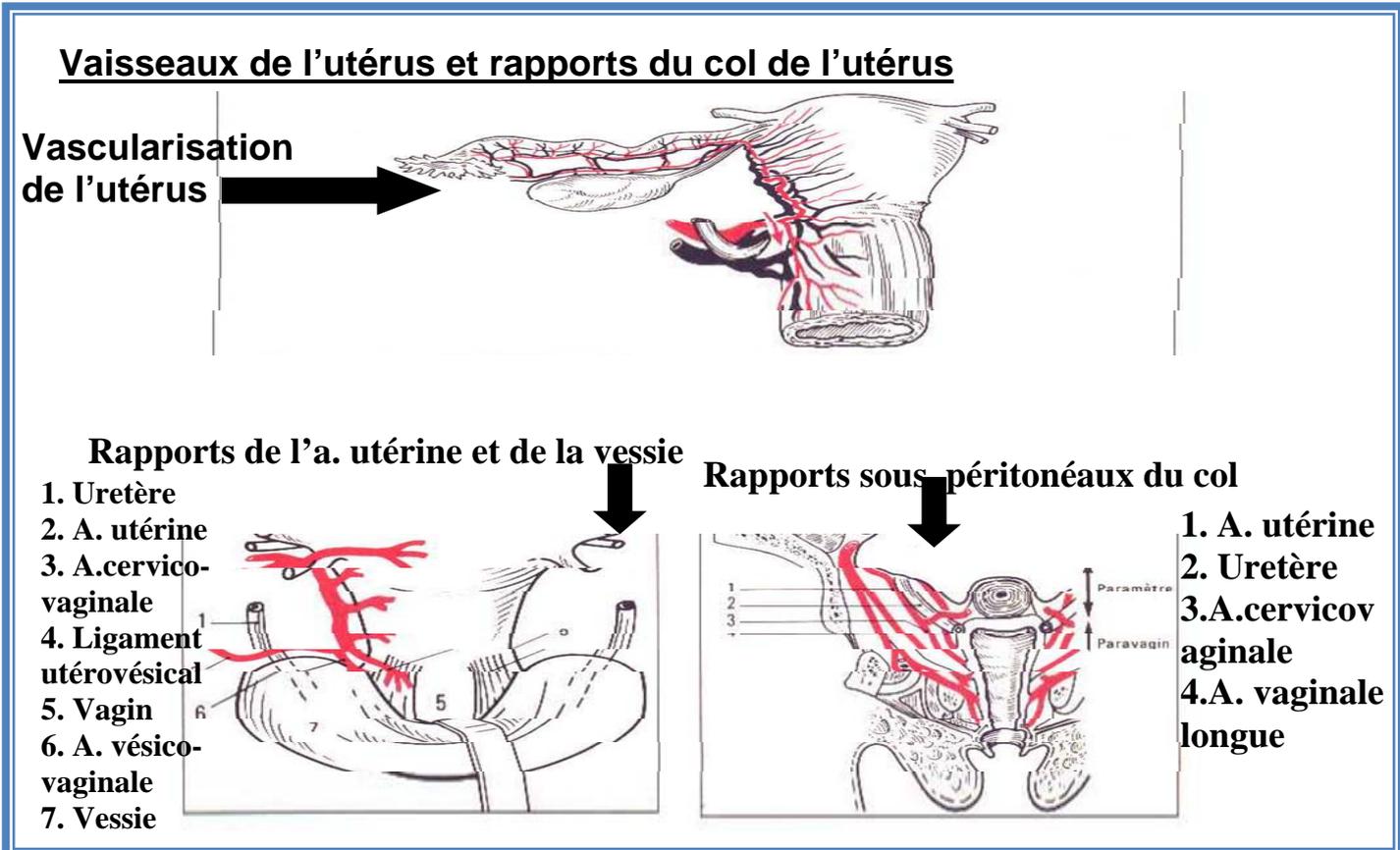
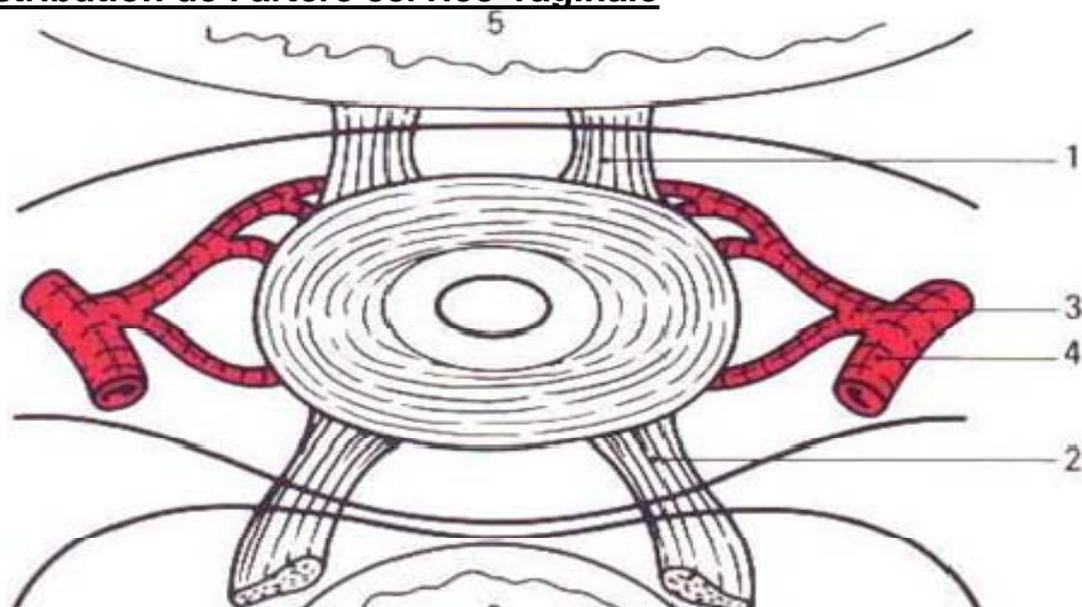


Figure 5: KAMINA P. [26]

Distribution de l'artère cervico-vaginale



1. Ligament rond 2. Ligament utéro-sacré 3. Artère cervico-vaginale
4. Artère utérine 5. Vessie 6. Rectum

Contamin, Rev Fr Gynec-Obstet., 1958, 4, 301-305

Figure 6: KAMINA P. [26]

3. INDICATIONS DE LA CESARIENNE :

La fréquence des indications pose des difficultés de classification. Celle-ci peut se faire selon la chronologie par rapport au début de travail, selon l'intérêt maternel, fœtal ou mixte. Nous adopterons la classification analytique.

3.1. DYSTOCIES MECANIQUES:

- Disproportion fœto- pelvienne:

Il s'agit soit d'une étroitesse du canal pelvi-génital, soit d'un excès de volume du fœtus, l'une et l'autre constituant une entrave à la progression du mobile fœtal. La pelvimétrie associée à l'échographie permettent la réalisation du diagramme de MAGNIN, très important dans le pronostic de la traversée par le fœtus de la filière pelvienne. Nous pouvons citer :

Bassins rétrécis:

- * Promonto rétro pubien < 8,5 cm
- * transverse médian < 12,5 cm
- * bi sciatique < 9,5 cm
- * sacro-cotyloïdien < 9 cm
- Bassin ostéomalacique.
- Bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise.
- Bassin traumatique avec gros cal.
- BGR : tous les diamètres sont réduits, le bassin est complètement exploré au toucher vaginal.

Gros fœtus : il peut être global (HU > 36 cm ; BIP>100mm ; Poids>4000gr) ou parfois localisé (cas des hydrocéphalies).

- Obstacles praevia :

- * Kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolabé dans le douglas.
- * Placenta praevia recouvrant.
- * Tumeur ou myome praevia.

- Les présentations dystociques :

- ✚ la présentation de l'épaule
- ✚ la présentation du front
- ✚ la présentation de la face en cas de rotation de la tête en menton sacré.
- ✚ la présentation du siège lorsqu'elle est associée à d'autres facteurs.

C'est une présentation potentiellement dystocique.

3.2. DYSTOCIES DYNAMIQUES

Les dystocies dynamiques pures sont actuellement rares du fait de la meilleure connaissance de leur physiopathologie et de la thérapeutique adéquate qu'on y oppose. Il faut cependant, avoir à l'esprit que l'arrêt de la dilatation au cours du travail d'accouchement peut être la traduction d'une dystocie mécanique parfois difficile à cerner.

3.3. INDICATIONS LIEES A LA PRESENCE D'AUTRES CICATRICES :

- *Présence d'une cicatrice utérine* : l'idée première [*one's a cesarean, always a cesarean.*] est considérée actuellement par la plupart des auteurs comme caduque. Un antécédent de césarienne ne conduit à une nouvelle césarienne que lorsque la cause persiste ; mais les utérus bi cicatriciels ou plus imposent la césarienne.

- *L'existence d'une cicatrice due à des cures antérieures telles que :*

- * Cure de fistule vésico-vaginale.
- * Cure de prolapsus génitaux.
- * Cancer du col, diaphragmes transversaux du vagin, volumineux Kystes vaginaux.

3.4. INDICATIONS LIEES AUX ANNEXES FOETALES:

- Placenta prævia recouvrant ou hémorragique.
- Hématome rétro placentaire.
- La procidence du cordon battant.
- La rupture prématurée des membranes (pas toujours individualisée comme indication de césarienne).

3.5. INDICATIONS LIEES AUX PATHOLOGIES MEDICALES :

- Maladies pré existantes aggravées:

- HTA (2 à 9% selon la littérature)
- Cardiopathie sur grossesse.
- Diabète : l'intervention est décidée aux alentours de la 37^{ème} SA dans un but préventif de sauvegarde foetale.

- Autres affections:

- Antécédents cérébraux vasculaires ou tumoraux.
- Hémopathies malignes (maladie de HODGKING).
- Cancer du col.
- Ictère avec souffrance foetale.
- Maladie herpétique, vulvo-vaginite.
- Troubles respiratoires.
- Allo immunisation foeto-maternelle.

Cette liste n'est pas exhaustive, de nombreuses indications circonstanciées existent.

3.6. SOUFFRANCE FOETALE :

C'est la première indication pour beaucoup d'auteurs. Elle peut être aigüe ou chronique. Sa fréquence selon la littérature varie de 20 à 25%. On la rencontre généralement dans le cadre d'une pathologie materno-foetale.

3.7. AUTRES INDICATIONS :

- Malformations fœtales.
- Prématurité associée à d'autres facteurs.
- Grossesses multiples : > 2 fœtus conduisent à la césarienne dans la majorité des cas.
- Enfants « précieux ».
- La césarienne post-mortem : elle repose sur certains principes édités par DUMONT :
 - grossesse d'au moins 28 – 29 SA ;
 - B.D.C.F présents avant l'intervention ;
 - Le délai est d'au plus 20min après le décès maternel ;
 - La réanimation maternelle doit être poursuivie jusqu'à la fin de l'intervention.

4. TECHNIQUES CHIRURGICALES DE LA CESARIENNE

La césarienne est une intervention apparemment facile, ce qui conduit assez souvent à l'abus, trop de personnes s'y adonnent : les uns insuffisamment formés en chirurgie, les autres encore moins en obstétrique, alors que dans le contexte même de l'obstétrique moderne, effectuer une césarienne requiert une bonne connaissance de l'obstétrique et de la chirurgie, sécurisées par une anesthésie et une réanimation efficace avec un plateau de néonatalogie de pointe.

Vu la diversité des techniques depuis les débuts de l'intervention jusqu'à nos jours, ne seront décrites ici que la césarienne segmentaire et la césarienne selon MISGAV LADACH. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général.

4.1. La césarienne segmentaire :

- **Premier temps** : mise en place des champs ; coeliotomie sous ombilicale médiane ou transverse (Pfannenstiel). L'incision de Pfannenstiel offre le double avantage d'être esthétique et d'une grande solidité de la cicatrice rendant la survenue d'éventration exceptionnelle [27]. (Figure 8).
- **Deuxième temps** : protection de la grande cavité par des champs abdominaux, mise en place des valves.
- **Troisième temps** : incision transversale aux ciseaux du péritoine Pré-segmentaire dont le décollement est facile.
- **Quatrième temps** : incision transversale ou longitudinale du segment inférieur; l'un ou l'autre ayant leurs adeptes bien que le premier semble être usité selon la littérature.
- **Cinquième temps** : extraction du fœtus. C'est la phase la plus redoutée des jeunes opérateurs. Des manœuvres inadaptées peuvent entraîner une extension de l'hystérotomie transversale vers les pédicules utérins. Dans la présentation céphalique plusieurs techniques sont décrites. Dans les autres présentations la plupart des auteurs conseillent d'abord de chercher un pied (grande extraction).
- **Sixième temps** : c'est la délivrance par expression du fond utérin, ou délivrance manuelle par l'orifice de l'hystérotomie. La délivrance est suivie d'une révision utérine systématique, on assiste alors à la constitution spontanée du globe utérin avant la réparation de la brèche utérine.
- **Septième temps** : suture du segment inférieur 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 vésico-utérin par un simple surjet non serré.

- **Neuvième temps** : on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.
- **Dixième temps** : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

***Avantages de la césarienne segmentaire :**

- Incision autonome du péritoine viscéral possible permettant une bonne protection de la suture.
- Incision de la partie non contractile de l'utérus donc moins de risque de rupture.
- La cicatrice est d'excellente qualité.

4.2. La césarienne selon la technique de MISGAV LADACH :

- **Premier temps** : incision cutanée type Joël Cohen, suivi d'une traction divergente des différents plans sous cutanés.
- **Deuxième temps** : hystérotomie segmentaire transversale sans décollement du péritoine vésico-utérin, suivi de l'extraction foetale.
- **Troisième temps** : Hystérorraphie après extériorisation de l'utérus, en un plan extra-muqueux par un surjet au fil de suture résorbable (vicryl 0).
- **Quatrième temps** : fermeture de l'aponévrose en surjet simple au fil de suture résorbable (vicryl 1).
- **Cinquième temps** : suture de la peau en points séparés Blair Donati.

Avantage de la technique de MISGAV LADACH:

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

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

4.3. Interventions associées :

On peut citer :

- L'hystérectomie d'hémostase

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

- Hystérectomie pour utérus myomateux ou une lésion maligne.
- Une myomectomie
- Une kystectomie de l'ovaire
- Une ligature des trompes.

Technique classique de la césarienne Voies d'abord

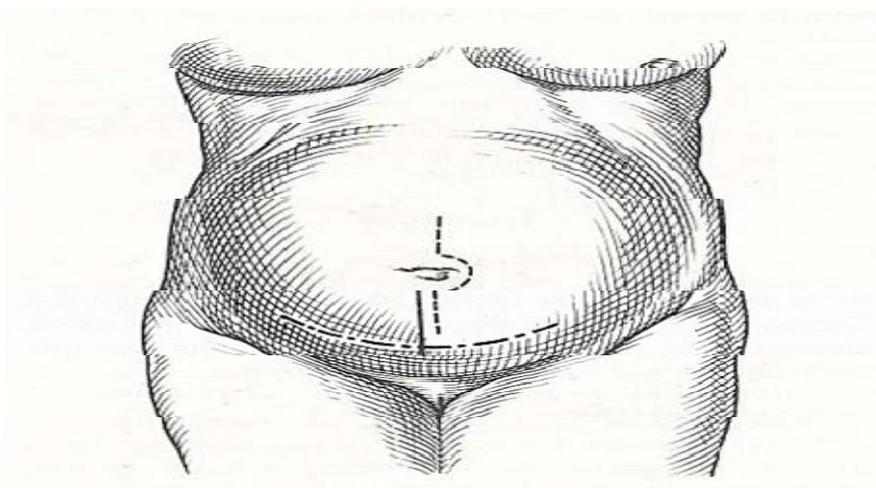


Figure 7 : KAMINA P. [26]

Technique classique de la césarienne

Décollement vésical

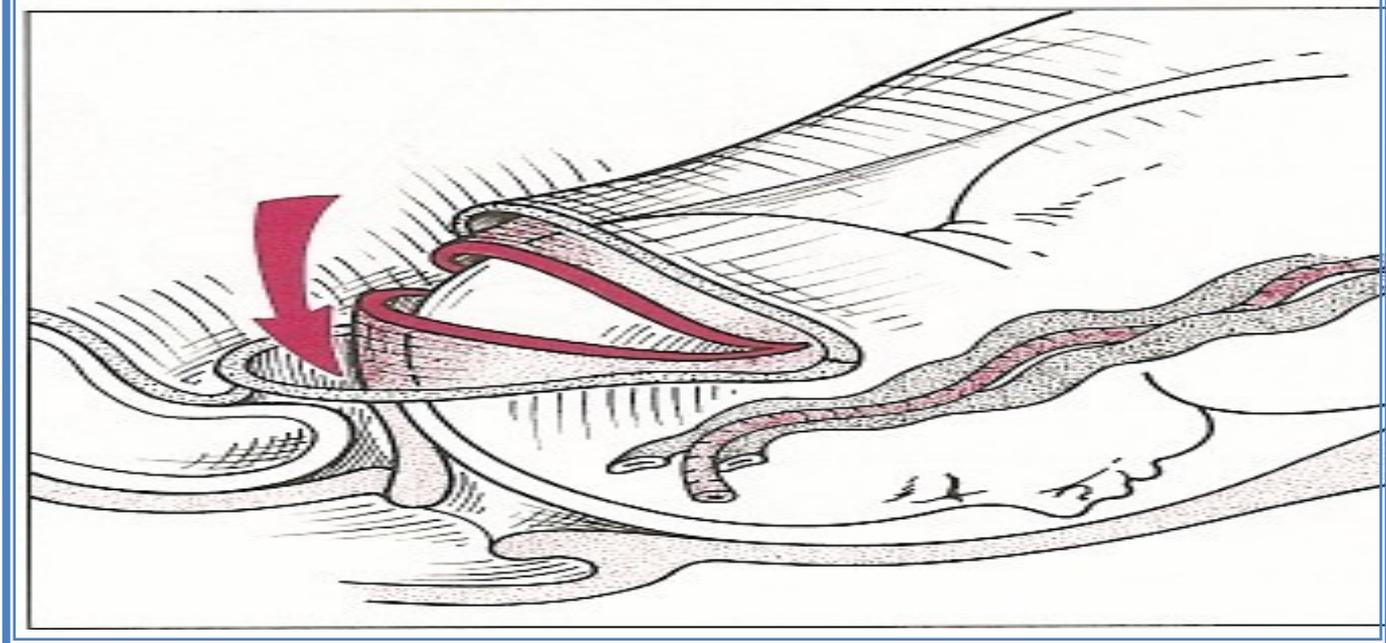


Figure 8: KAMINA P. [26]

Technique classique de la césarienne

Décollement vésical

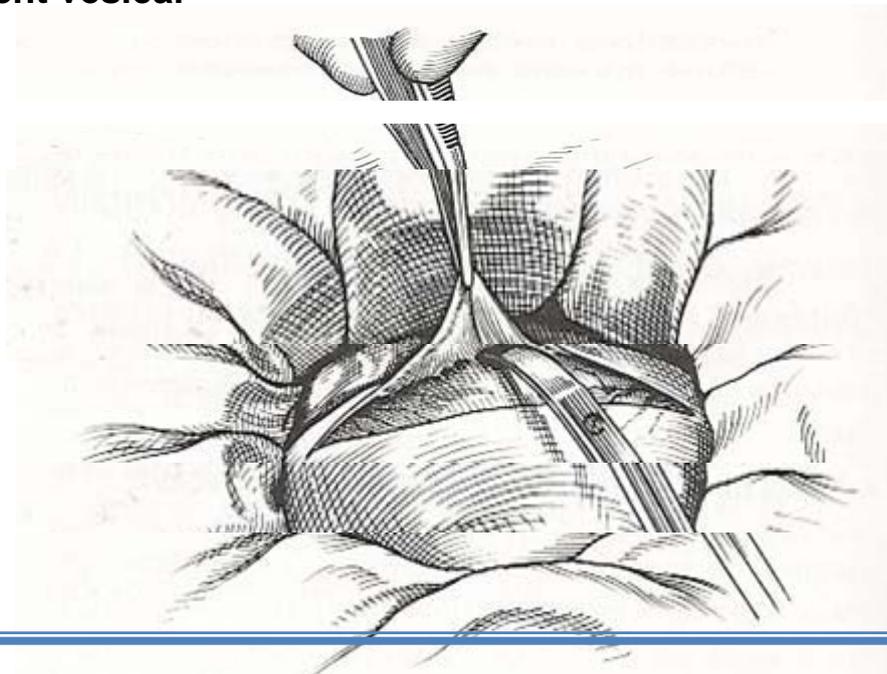


Figure 9: KAMINA P. [26]

Technique classique de la césarienne

Incision du segment inférieur

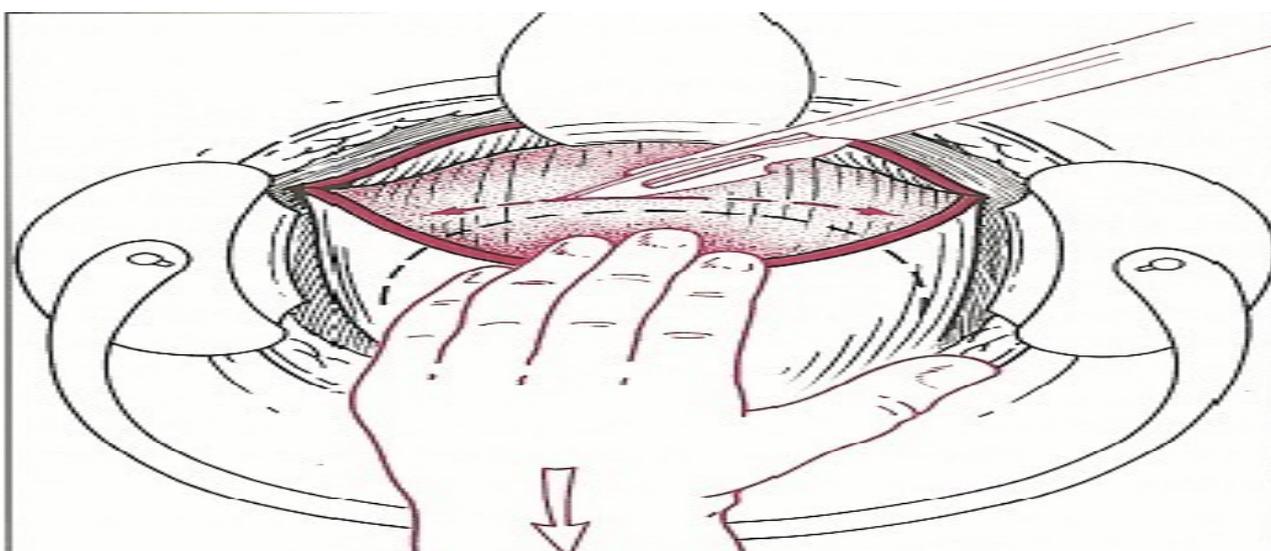
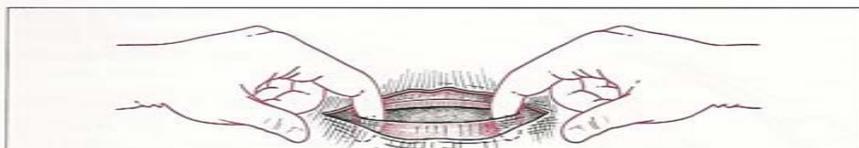


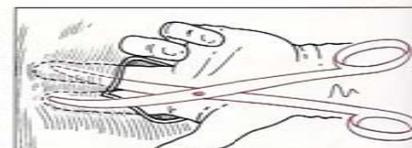
Figure 10: KAMINA P. [26]

Technique classique de la césarienne

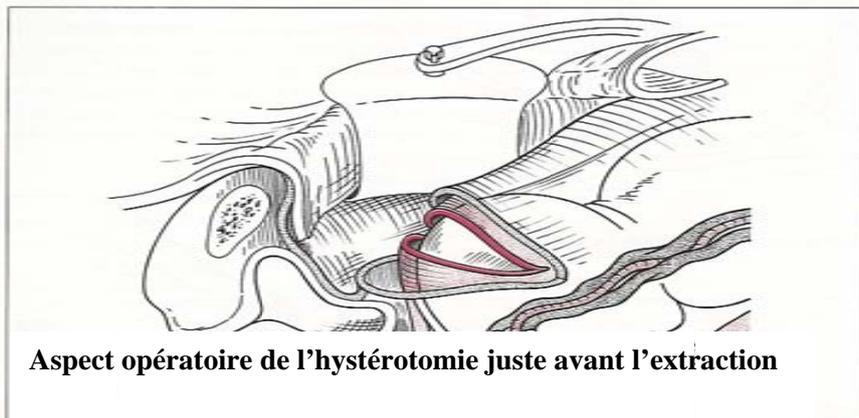
Incision du segment inférieur



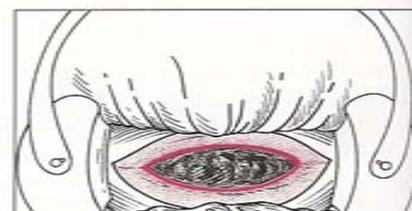
Agrandissement de l'hystérotomie au doigt



Agrandissement de l'hystérotomie aux ciseaux



Aspect opératoire de l'hystérotomie juste avant l'extraction



Hystérotomie terminée. Vue opératoire en P.C.

6.24. Aspect opératoire de l'hystérotomie juste avant l'extraction de l'enfant.

6.25. hystérotomie terminée. vue opératoire en présentation céphalique.

Figure 11 : KAMINA P. [26]

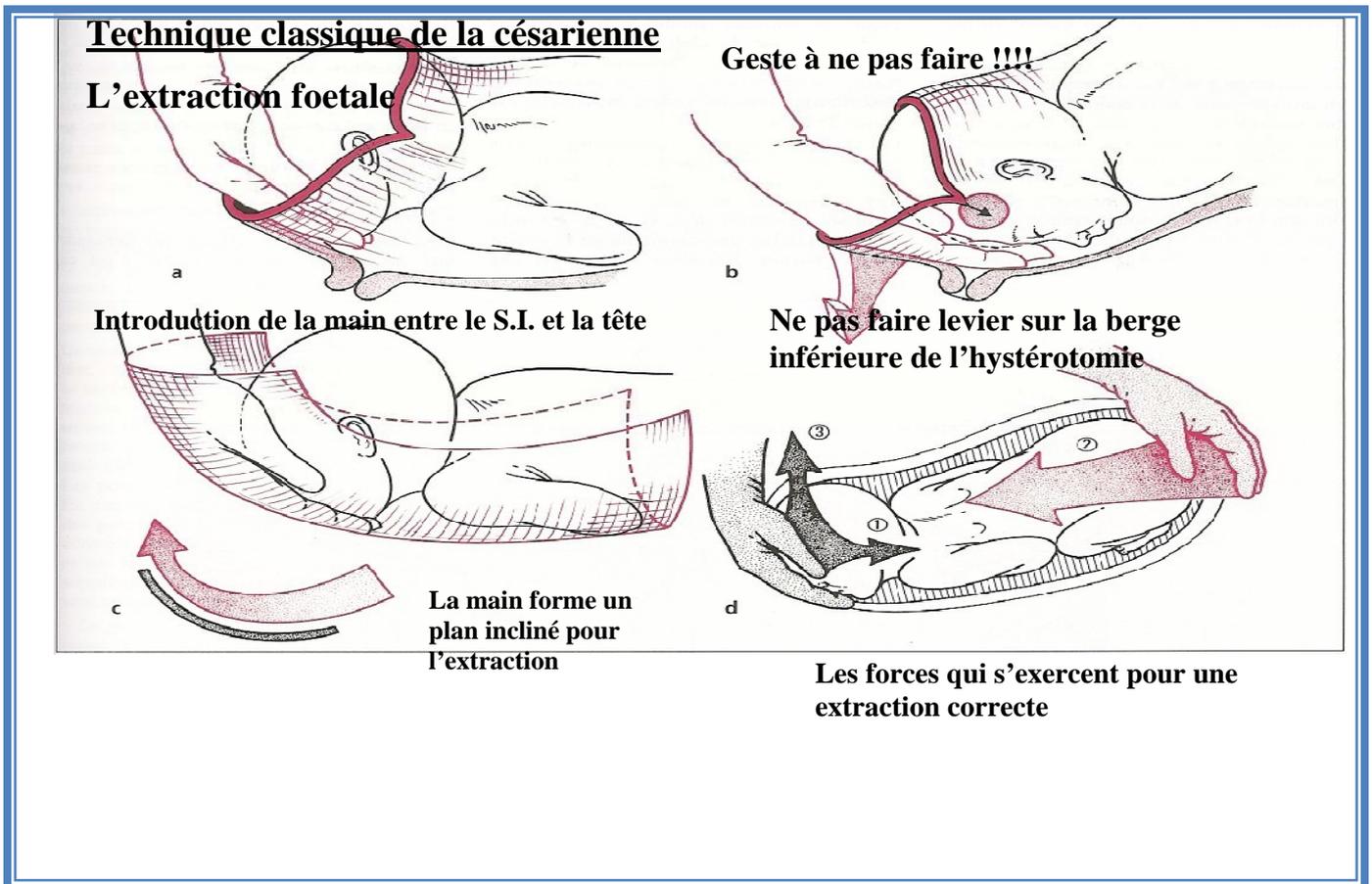


Figure 12 : KAMINA P. [26]

Technique classique de la césarienne

L'extraction fœtale

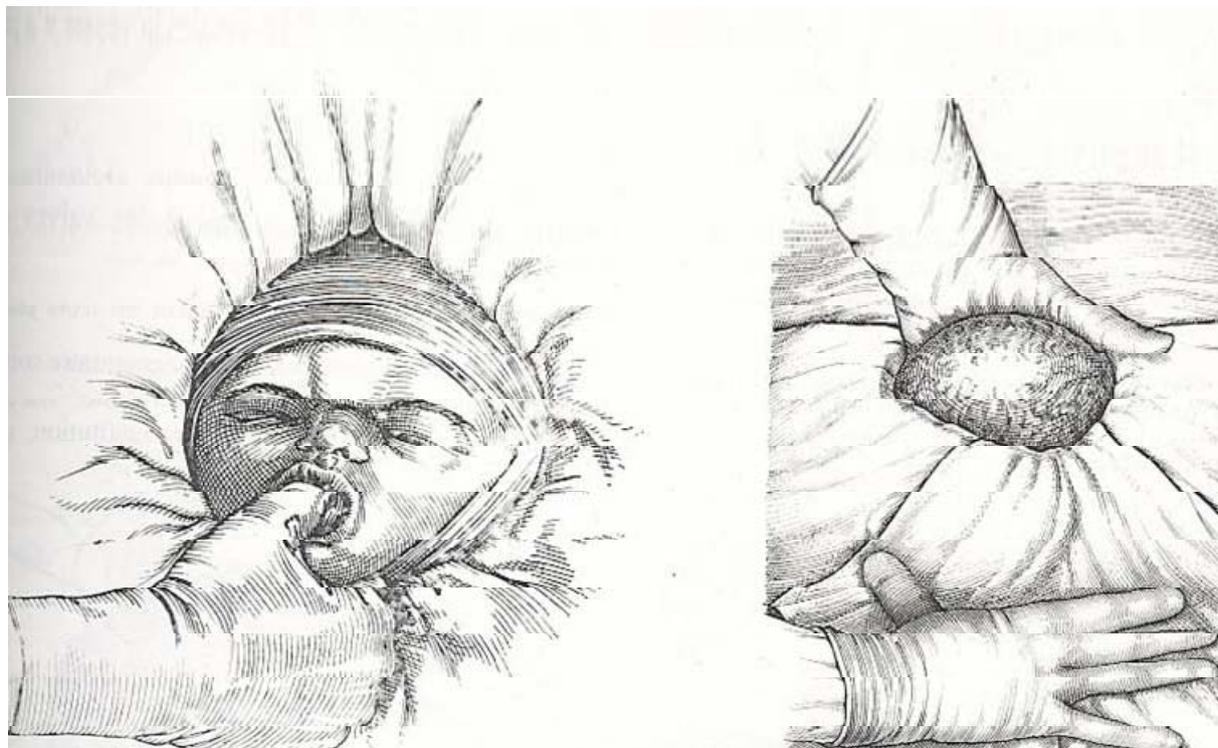


Figure 13 : KAMINA P. [26]

Technique classique de la césarienne

L'extraction fœtale

L'extraction par forceps est rarement utilisée mais est possible. On utilise les forceps de Sazor ou de Pajot

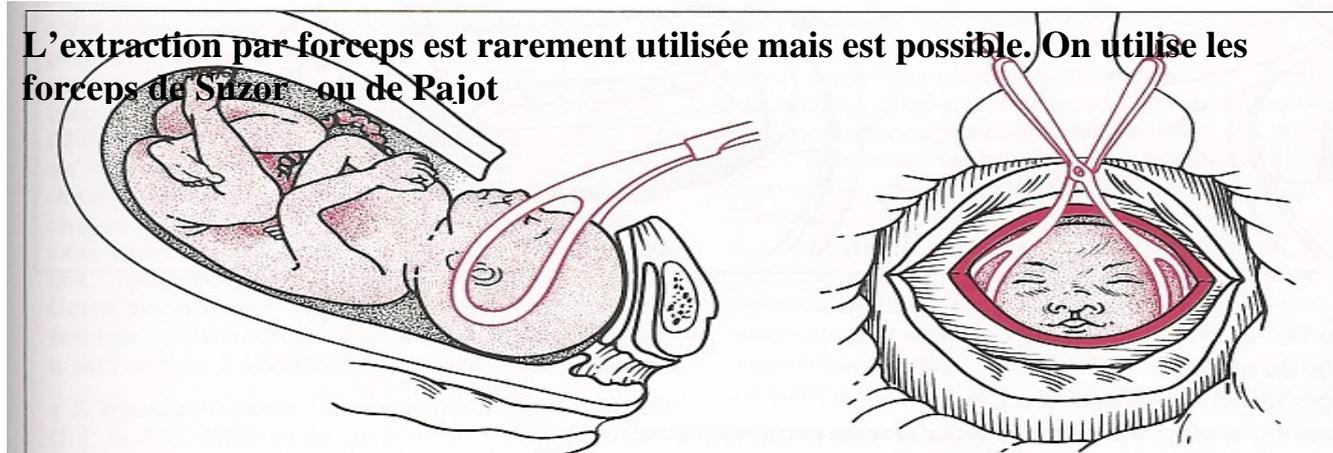


Figure 14: KAMINA P. [26]

5. COMPLICATIONS DE LA CESARIENNE:

5.1. Les complications maternelles :

La mortalité maternelle est de l'ordre de 1 à 3 pour 1000, soit un risque six fois supérieur à celui de l'accouchement par voie basse [28]. En Afrique ce taux est de 4,7% au Sénégal [4], 3,5% au Bénin [29].

Les causes de ces morts sont : les infections, les hémorragies, les accidents anesthésiques, les pathologies maternelles préexistantes. Une césarienne peut se compliquer en allongeant la durée d'hospitalisation et le coût de la prise en charge.

5.2. Les complications per-opératoires :

Les complications anesthésiques :

Elles sont les mêmes que pour toutes les autres interventions. Le syndrome de Mendelson est plus fréquent au cours de la césarienne car faite souvent urgence chez les parturientes non en jeûne [30].

- L'hémorragie per-opératoire :

La césarienne peut comporter les complications hémorragiques liées :

- Aux facteurs généraux : troubles de la coagulation et de l'hémostase.
- Aux facteurs locaux : d'origine placentaire et utérine.

- Les lésions traumatiques pré ou per opératoires, inertie utérine per ou post opératoire.

- Déchirures du segment inférieur de l'utérus :

Elles sont secondaires à une hystérotomie de taille inadaptée au poids fœtal ou à des manœuvres brutales lors de l'extraction de la tête fœtale. Parfois la déchirure prolonge accidentellement vers les pédicules utérins, il faut se méfier de l'uretère non loin de là.

- Plaies vésicales :

Elles sont rares, elles se font soit à l'ouverture du péritoine pariétal ; soit lors de l'incision du péritoine vésico-utérin. Toute plaie vésicale diagnostiquée doit être suturée en deux temps au fil résorbable et oblige à la mise en place d'une sonde urinaire à demeure pendant 6 à 7 jours au minimum.

- Les autres complications de la chirurgie abdominale :

Les plaies digestives, les lésions de l'uretère sont exceptionnelles.

5.3. Les complications post opératoires :

- Les complications infectieuses :

Elles représentent 20% des complications de césariennes. Elles résultent des évacuations et prise en charge tardive, travail d'accouchement prolongé ; il s'agit : d'endométrite, d'infection urinaire, de suppuration de la paroi, de péritonite asthénique.

- Les hématomes pelviens :

Ils sont moins fréquents.

- Les complications thrombo-emboliques :

Bien que rare, elles sont graves du fait du risque vital. Il faut insister sur les thérapeutiques préventives, les dépistages post opératoires basés sur les signes de « PANCARTE » (TA, Température, Pouls) et la palpation active des mollets.

- L'anémie :

Elle est fréquente, il faut la rechercher par la clinique et par la biologie (numération globulaire sanguine systématique)

5.4 Les complications fœtales :

- La mortalité périnatale :

Dans certaines séries son chiffre apparaît plus élevé du fait que parmi les patientes césarisées, on retrouve, outre la pathologie obstétricale, le risque néonatal.

- La morbidité néonatale :

Le risque de traumatisme fœtal existe :

Paralysie du plexus brachial.

Fracture de l'humérus.

Fracture du fémur.

La détresse respiratoire est due à certaines drogues anesthésiques.

Le retard de résorption du liquide pulmonaire lié au fait que le thorax fœtal n'est pas soumis à la compression qu'il subit par voie basse.

IV- METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako. Ce centre est situé dans une zone périphérique en pleine croissance démographique où les problèmes de santé sont préoccupants avec un nombre élevé de structures de santé (10 CSCom). La maternité du Centre de santé de référence de la commune V comprend :

- Une Unité grossesses à risque
- Une Unité accouchement/suites de couches
- Une Unité de soins après avortement (SAA)
- Une Unité de néonatalogie
- Une Unité de CPN (Consultations prénatales)
- Une Unité de PF (Planning familial) et post natales
- Une Unité bloc opératoire
- Une Unité des urgences gynécologiques et obstétricales

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

- Un étudiant en DES de gynéco-obstétrique
- Au moins trois étudiants en médecine faisant fonction d'interne (FFI)
- Deux sages femmes
- Une aide soignante
- Un infirmier anesthésiste
- Un technicien de laboratoire
- Un(e) caissier (e)
- Un chauffeur d'ambulance qui assure la liaison avec les hôpitaux nationaux (HNPG, HGT) et le Centre national de transfusion sanguine (CNTS).
- Deux garçons de salle assurant la propreté permanente du service.

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

- Cinq tables d'accouchement
- Deux salles d'opération
- Un dépôt de sang
- Un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales.
- Un staff quotidien a eu lieu tous les jours ouvrables à 8H15 minutes réunissant le personnel du service dirigé par le chef de service. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés dans les 24 heures durant la garde. Il y a 4 jours de consultations spécialisées, 4 jours pour le programme opératoire. Les urgences sont assurées tous les jours.
- Une visite est faite tous les jours et la visite générale chaque Mercredi après le staff.

2- Type d'étude

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

3- Période d'étude

L'étude s'est étendue sur une période de six (6) mois allant du 1^{er} Janvier au 30 Juin 2015.

4- Population d'étude

Notre étude a concerné toutes les femmes césarisées dans le service durant la période d'étude.

5- Echantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage exhaustif portant sur 156 gestantes avec indication de césarienne prophylactique.

a) Critères d'inclusion :

- Toute gestante ayant subi une césarienne prophylactique dans notre service.

b) Critère de non inclusion :

- N'ont pas été incluses dans notre étude les femmes ayant subi une césarienne d'urgence ; et les patientes dont les dossiers étaient incomplets.

6-Collectes des données :

Les sources :

Nos données ont été recueillies à partir de :

- Fiches d'enquête (voir annexes)
- Dossiers obstétricaux
- Registre de comptes rendus opératoires
- Registres d'accouchement
- Fiches d'anesthésie
- Registre d'anesthésie
- Registre de référence/évacuation des patientes.
- Registre de transfert du nouveau-né.

7- Tests statistiques :

- Tests statistiques Khi2 de student et de Pearson ont été utilisés.
- Le seuil significatif a été fixé à 5%.
- La saisie des données a été effectuée sur les logicielles Word et Excel 2007 puis analysées à l'aide du logiciel Epi-info 3.5.4

8- Les variables étudiées :

Statut socio économique ;

Antécédents médicaux personnels ;

Antécédents chirurgicaux personnels ;

Antécédents gynécologiques ;

Antécédent obstétricaux ;

Evolution de la grossesse actuelle ;

Examen clinique à l'entrée ;

Indications de la césarienne ;

Paramètre per opératoire ;

Complications materno fœtales ;

Le pronostic maternel et fœtal.

9- Définitions opératoires :

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

Gestité = Nombre de grossesse chez la femme.

Nulligeste = Aucune grossesse

Primigeste = Une grossesse

Paucigeste = 2 à 3 grossesses.

Multigeste ≥ 4 grossesses.

Parité = Nombre d'accouchement chez la femme.

Nullipare = 0 Accouchement

Primipare = 1 Accouchement

Pauciparite = 2 à 3 accouchements.

Multiparité ≥ 4 Accouchements

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

V-RESULTATS

1-Fréquence :

Nous avons colligé 7462 accouchements dont 1556 césariennes soit une fréquence de 20,80%.

La fréquence de la césarienne prophylactique rapportée au nombre total de césariennes a été de 10,10% (soit 156 sur 1556)

La fréquence des césariennes prophylactiques par rapport au nombre total des accouchements a été de 2,10%.

2. Caractéristiques sociodémographiques :

Tableau I : Répartition des femmes selon l'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
≤ 19 ans	6	3,85
[20-34 ans]	120	76,92
≥ 35 ans	30	19,23
Total	156	100,00

Les âges extrêmes ont été 16 et 41 ans et l'âge moyen a été 29,10 ans avec un âge médian à 28,5 ans.

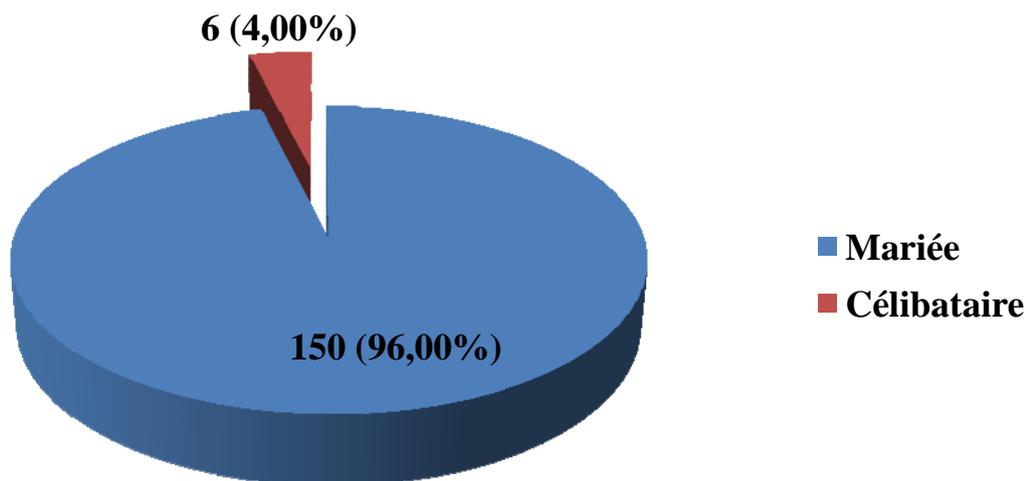


Figure 1: le statut matrimonial des patientes

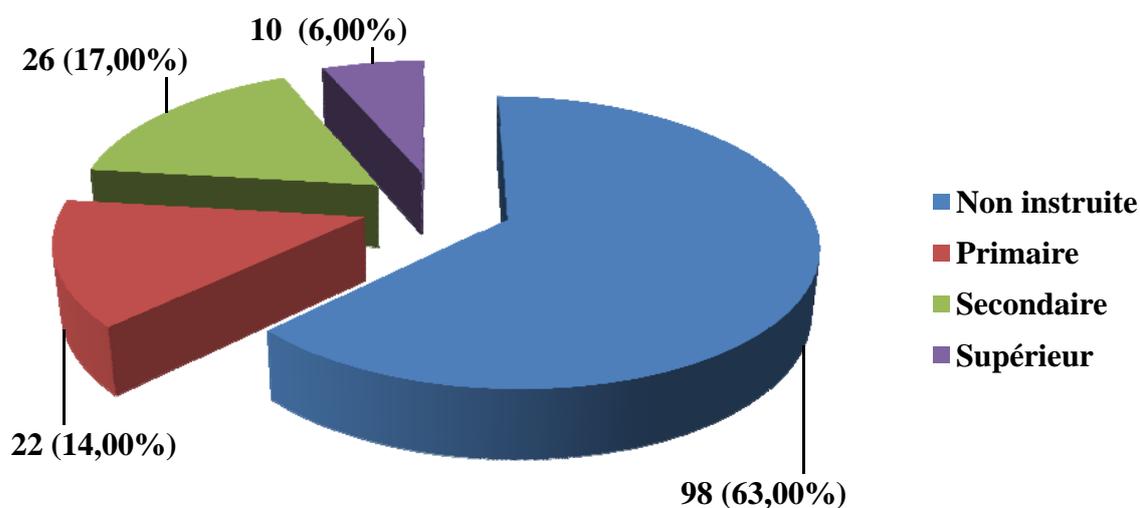


Figure 2 : Niveau instruction des patientes césarisées.

Tableau II : Répartition des femmes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	102	65,00
Elève/Étudiant	21	13,00
Employée de bureau	11	7,00
Commerçante	8	5,00
Sans profession	7	5,00
Enseignante	3	2,00
Autres*	4	3,00
Total	156	100,00

* vendeuse, Aide ménagère

Tableau III : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction du mari/co-procréateur.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Analphabète	90	57,69
Secondaire	34	21,80
Primaire	20	12,82
Supérieur	12	7,69
Total	156	100,00

Tableau IV : Répartition des femmes selon la profession du mari/coprocréateur.

Profession	Effectif	Pourcentage
Commerçant	90	57,70
Ouvrier	35	22,43
Elève/Étudiant	10	6,41
Enseignant	5	3,20
Sans profession	2	1,28
Employé de bureau	2	1,28
Autres*	12	7,70
Total	156	100,00

* chauffeur, couturier, menuisier

3. Antécédents :

Tableau V : Répartition des gestantes selon les antécédents médicaux .

Antécédents personnels	Effectif	Pourcentage
Aucun	130	83,33
HTA	6	3,86
Drépanocytose	5	3,21
Asthme	4	2,56
Séquelles de Poliomyélite	4	2,56
Gastrite	3	1,92
Diabète	2	1,28
Autres *	2	1,28
Total	156	100,00

* Epilepsie (1), Cardiopathie (1).

Tableau VI : Répartition des gestantes selon leurs antécédents chirurgicaux personnels.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Césarienne	110	70,51
Appendicectomie	8	5,13
Salpingectomie	6	3,85
Cure de myomectomie	5	3,21
Cure prolapsus par voie vaginale	5	3,21
Cure de fistule vésico-vaginale	2	1,28
Plastie tubaire	2	1,28
Coeliochirurgie	2	1,28
Hystérorraphie	2	1,28
Kystectomie du sein	2	1,28
Cure de fistule recto-vaginale	2	1,28
Aucun	10	6,41
Total	156	100,00

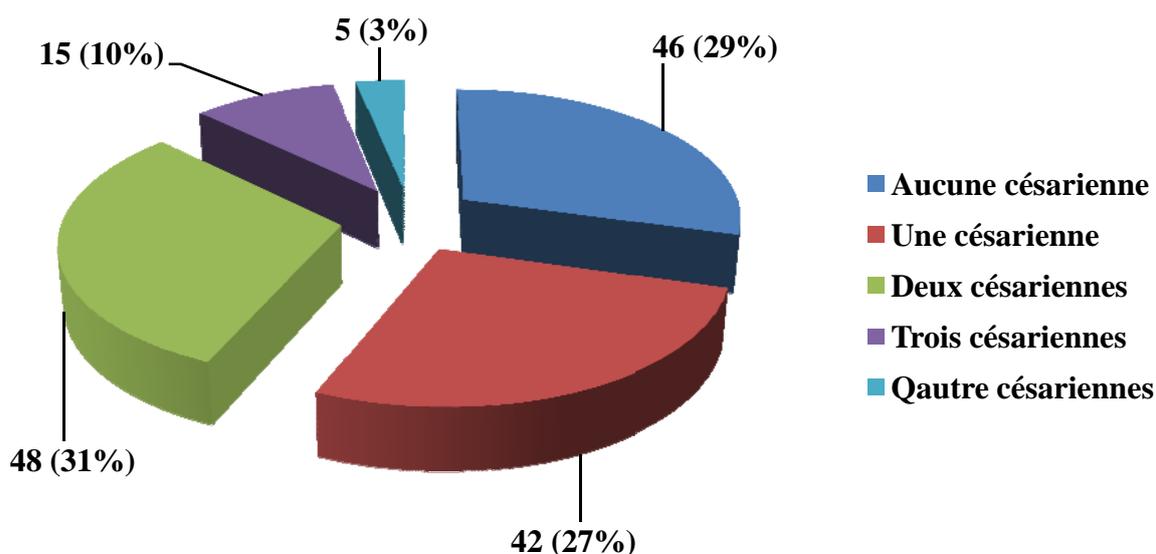


Figure 3 : Répartition des femmes selon le nombre de césarienne dans les antécédents.

Tableau VII: Répartition des gestantes selon la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Pauci geste	76	48,72
Primigeste	65	41,67
Multigeste	15	9,61
Total	156	100,00

Tableau VIII : Répartition des gestantes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	65	41,67
Paucipare	45	28,85
Multipare	31	19,87
Primipare	15	9,61
Total	156	100,00

4. Grossesse actuelle :**Tableau IX : Répartition des gestantes selon le nombre de CPN effectuées.**

Consultation prénatale effectuée	Effectif	Pourcentage
1 à 3	70	44,87
≥ 4	67	42,95
Aucune	19	12,18
Total	156	100,00

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

Lieu de consultation prénatale	Effectif	Pourcentage
CSRéf CV	130	83,33
Cabinet médical privé	12	7,70
CSCOM	10	6,41
Clinique médicale privée	4	2,56
Total	156	100,00

Tableau XI : Répartition des gestantes selon la qualification de l'agent qui a procédé aux CPN.

Auteurs des consultations prénatales	Effectif	Pourcentage
Gynécologue-obstétricien	133	85,26
Sage femme	10	6,41
Faisant fonction d'interne	7	4,49
Médecin généraliste	4	2,56
Non spécifié	2	1,28
Total	156	100,00

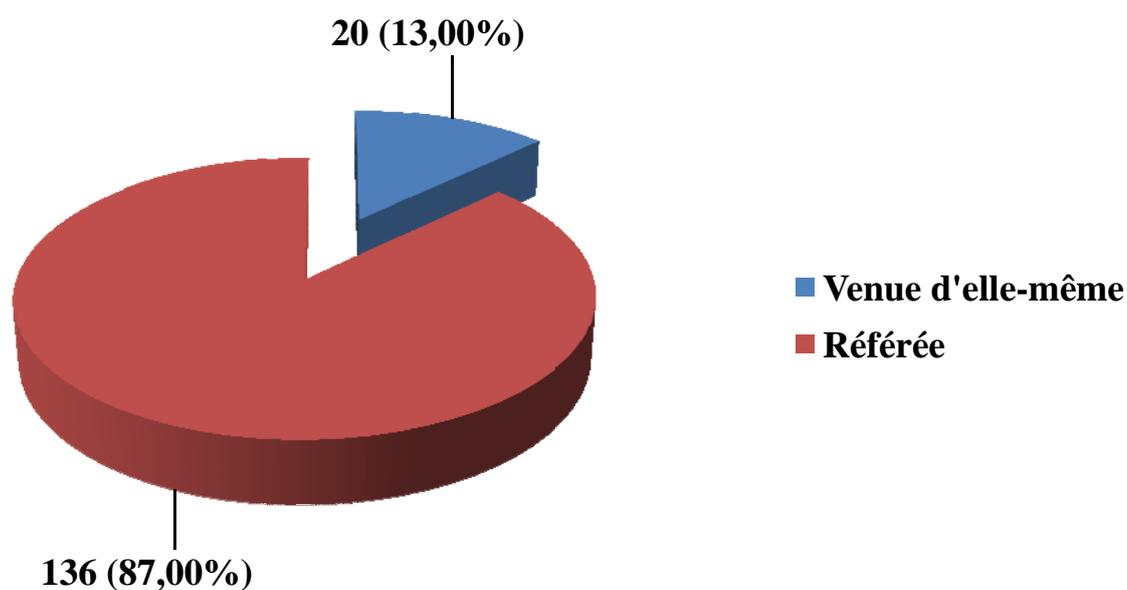


Figure 4 : Répartition des femmes selon le mode d'admission.

Tableau XII : Répartition des gestantes selon le motif d'admission.

Motif de référence	Référée	Venue d'elle-même	E	%
Césarienne prophylactique	83	0	88	56,41
Ancienne cicatrice	27	7	34	21,80
Primigeste de plus de 30 ans	9	0	9	5,77
Dépassement de terme	6	0	6	3,86
BGR	5	0	5	2,20
Hauteur utérine excessive	2	0	2	1,28
Chiffres tensionnels élevés + œdèmes	2	8	10	6,41
Pré éclampsie	2	0	2	1,28
Total	136	20	156	100,00

6. Examen clinique :**Tableau XIII : Répartition des gestantes selon leur état général à l'admission.**

Etat général	Effectif	Pourcentage
Bon	146	93,59
Passable	10	6,41
Total	156	100,00

Tableau XIV : Répartition des gestantes selon les chiffres tensionnels à l'admission.

Chiffres tensionnels (en mm hg)	Effectif	Pourcentage
$\leq 130/80$	151	96,79
$\geq 140/90$	5	3,21
Total	156	100,00

Tableau XV : Répartition des gestantes selon le type de présentation du fœtus.

Type de présentation du fœtus	Effectif	Pourcentage
Céphalique	147	94,23
Siège	7	4,49
Transversale	2	1,28
Total	156	100,00

Tableau XVI: Répartition des gestantes selon l'état du bassin.

Bassin	Effectif	Pourcentage
Normal	72	46,15
Bassin limite	44	28,20
Bassin généralement rétréci	35	22,44
Bassin asymétrique	5	3,21
Total	156	100,00

7. Indications de césarienne :**Tableau XVII : Répartition des gestantes selon les indications de césarienne.**

Indications	Effectif	Pourcentage
Dystocie mécanique	60	38,46
Utérus multi cicatriciel**	48	30,77
HTA et complications	35	22,44
Présentation vicieuse	10	6,41
Autres*	3	1,92
Total	156	100,00

*malformation fœtale, grossesse multiple : >2 fœtus, enfants précieux

**≥ 2 cicatrices

8. Paramètres per opératoire :**Tableau XVIII : Qualification de l'opérateur.**

Qualification de l'opérateur	Effectif	Pourcentage
Gynécologue-obstétricien	148	94,87
Médecin généraliste	6	3,85
Faisant fonction d'interne	2	1,28
Total	156	100,00

Tableau XIX : Répartition selon le délai d'extraction fœtale.

Délai en mn	Effectif	Pourcentage
1-3	101	64,74
4-5	40	25,64
6-10	15	9,62
Total	156	100,00

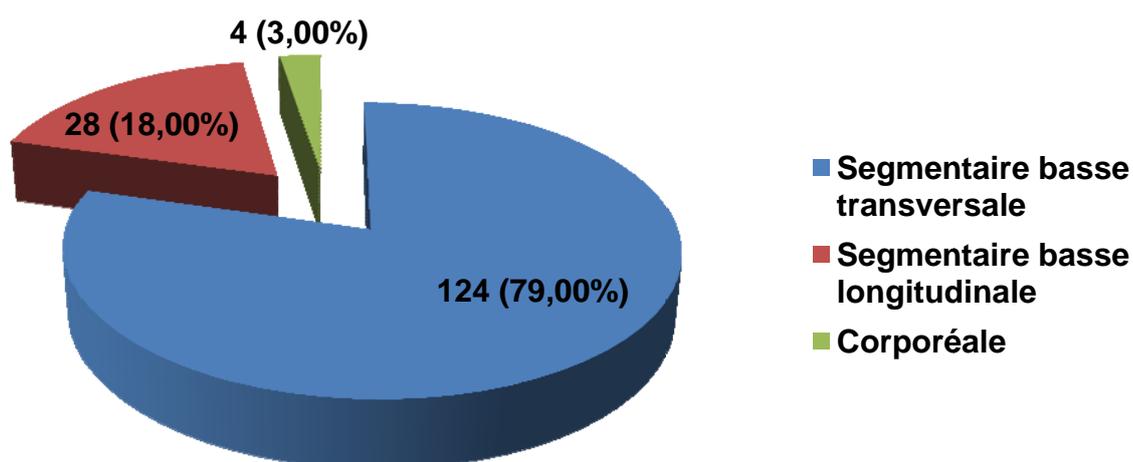


Figure 5 : Répartition selon le type d'incision de l'utérus.

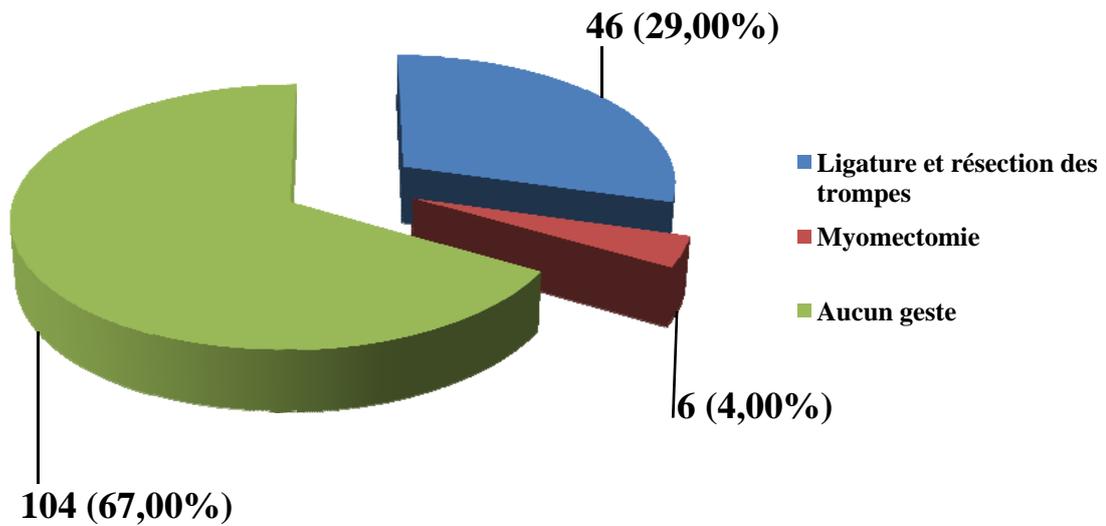


Figure 6 : Répartition selon les gestes associés à la césarienne.

9. Pronostic maternel :

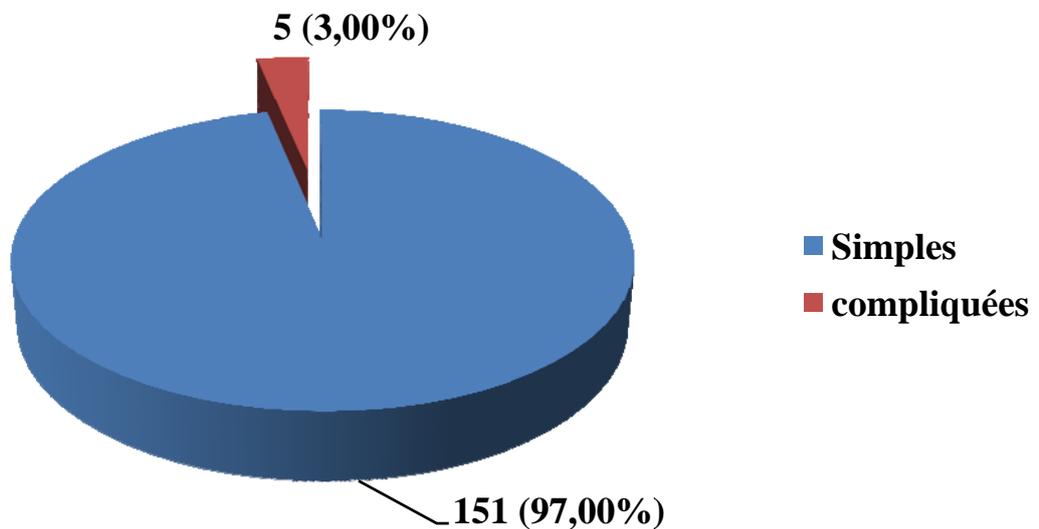


Figure 7 : Répartition des femmes selon les suites post opératoires.

Tableau XX : Répartition des femmes selon les complications post opératoires.

Complications post opératoires	Effectif	Pourcentage
Hémorragies	3	60
Suppuration pariétale	2	40
Total	5	100,00

Tableau XXI : Répartition des femmes selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation (en jours)	Effectif	Pourcentage
< 5	151	96,80
5-7	3	1,92
≥ 7	2	1,28
Total	156	100,00

NB : les extrêmes : 2 à 10 jours

La durée moyenne : 6 jours

10. Pronostic fœtal :**Tableau XXII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1^{ère} minute.**

Score d'Apgar à la 1^{ère} minute	Effectif	Pourcentage
7	10	6,13
≥ 8	153	93,87
Total	163*	100,00

* Quatre (4) Grossesses gémellaires ; Une (1) grossesse quadruméllaire

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

Score d'Apgar à la 5^{ème} minute	Effectif	Pourcentage
7	4	2,45
≥ 8	159	97,55
Total	163	100,00

Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nés selon leur devenir à la sortie.

Devenir à la sortie	Effectif	Pourcentage
Bon	136	83,44
Référé	27	16,56
Total	163	100,00

Tableau XXV: Répartition des nouveau-nés selon le motif du transfert.

Motif de transfert	Effectif	Pourcentage
Hypotrophie	18	66,67
Prématurité	3	11,11
Macrosomie	4	14,81
Malformation*	2	7,41
Total	27	100,00

* Polymalformé

VI-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les résultats que nous avons obtenus entre le 1^{er} Janvier et le 30 juin 2015, ont été commentés à la lumière de la littérature selon le plan suivant :

1. FREQUENCE DES CESARIENNES :

La gratuité de la césarienne depuis le 23 juin 2005 en République du Mali a amélioré l'accessibilité financière, force est de reconnaître que l'accessibilité géographique à la césarienne reste préoccupante.

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

Peu de travaux ont été consacrés à la césarienne prophylactique.

C'est ainsi que l'enquête réalisée de décembre 2000 à 2007 dans 7 districts sanitaires (Bamako, Nouakchott, Ouagadougou, Abidjan ; Kaolack ; Saint Louis) a rapporté des taux inférieurs aux normes fixés par l'OMS (5 à 15 %) pour la prise en charge optimale des urgences obstétricales. Le même constat est fait dans d'autres pays comme la Bolivie, le Guatemala, Haïti où les taux nationaux sont respectivement 4,9%, 4,9 %, 1,6 %. [33, 34, 35]

Nous avons enregistré un taux global de césarienne de 20,80% dont 10,10% de césarienne prophylactique. Ce taux global de césarienne élevé dans notre série, s'explique par le statut de structure de référence de notre service, recevant des patients venant de divers horizons.

Au regard de notre taux global de césarienne élevé, celui de la césarienne prophylactique de 2,10% nous paraît relativement faible. De nombreuses parturientes césarisées en urgence devraient bénéficier de la césarienne prophylactique, si le suivi prénatal était correctement assuré.

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

2. Caractéristiques socio démographiques :

Dans notre série 76,92% des patientes avaient un âge 20-34 ans avec un âge moyen de 29,10 ans, ce qui est en accord avec les données de la littérature.

Le tableau n°XXVI résume les fréquences relatives de césarienne pour les patientes appartenant à la tranche d'âge de 20-34 ans.

Tableau XXVI : fréquence relative des césariennes pour les femmes de 20 à 34 ans selon la littérature.

Auteur	Pays	Année	Taux (%)	Tranche d'âge
Téguété I. [32]	Mali	1996	82,75	20-34 ans
Togora M. [36]	Mali	2007	87,10	20-34 ans
DOBSON [43]	Canada	1977	56,00	20-34 ans
Klouz [44]	USA	1980	52,50	20-34 ans
Notre étude	Mali	2015	76,92	20-34 ans

La majeure partie de nos patientes avaient au moins un facteur de risque avec 60,68% d'utérus cicatriciel (soit uni ou pluri cicatriciel). Dans la plupart des cas, il s'agissait de césariennes itératives associées à un autre facteur de risque exposant la patiente au risque de désunion de la cicatrice utérine.

Près de la moitié de notre série 41,67% étaient des nullipares. Ceci s'explique par le fait qu'il s'agissait le plus souvent d'adolescentes ayant un bassin immature. Dans certaines séries maliennes et étrangères les primipares ont été les plus représentées [12, 30].

La majeure partie de nos gestantes 87% étaient référées. Dans le système de référence, 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 au niveau des établissements de niveau II et III de notre pyramide sanitaire.

Tableau XXVII : la fréquence des évacuations parmi les césariennes dans la série Malienne.

Auteurs	Taux d'évacuation (%)
Coulibaly MB. [17]	60,56
Téguété I. [32]	49,35
Togora M. [36]	51,80
Notre série	87,00

Les motifs d'admission ont été divers et variés. Le motif qui a été le plus souvent évoqué fut la césarienne prophylactique avec 56,41% de notre série.

Ce taux élevé de gestantes référées pour césarienne prophylactique est le résultat des stratégies mises en œuvre par le responsable du CSRéf CV à l'endroit des CSCOM (de la commune V) notamment l'envoi des sages femmes du CSRéf dans les CSCOM en guise de renforcement des compétences.

La majorité de nos patientes avait réalisé au moins une CPN (44,87%). Cette tendance est également confirmée par Togora M. [43] au Mali , Kraiem J. [37] en Tunisie, Berthe Y. [6] en Côte d'Ivoire qui ont trouvé respectivement : 81,1% ; 86% ; 93,1%.

Tableau XXVIII : Fréquence relative des grossesses suivies parmi les césariennes dans la littérature.

Auteur	Année	Taux des grossesses suivies
Berthé Y [6]	Côte d'Ivoire	93,10
Mestiri [7]	Tunisie	80,00
Téguété I [32]	1996	61,80
Togora M [36]	2005	86,10
Kraient [37]	Tunisie	86,00
Ben Taleb [38]	Tunisie	79,70
Notre série	Mali	87,82

3. Indications de césarienne :

Les indications en rapport avec la dystocie mécanique ont représenté l'essentiel de nos indications de césarienne prophylactique avec 38,46%. Ce résultat est en accord avec ceux déjà rapportés par la plupart des auteurs [38, 39, 40, 41, 42].

Les antécédents d'utérus multi-cicatriciel ont représenté 30,77% des indications de césarienne prophylactique dans notre série. Le contexte qui est le notre : plateau technique limité, manque de données sur la qualité des cicatrices antérieures, le problème de surveillance ont amené à poser l'indication de la césarienne itérative chez toute les femmes ayant au moins deux césariennes afin d'éviter une rupture utérine aux conséquences souvent dramatiques.

L'HTA et complications a été l'une des indications les plus importantes de notre série avec 22,44% : il s'agit d'une pathologie grave qui menace aussi la vie de la mère que celle du fœtus. Il est impératif de soustraire le fœtus de ce milieu qui lui est hostile dès que la maturité est acquise (âge gestationnel ≥ 34 SA). Il est établi que le seul traitement efficace de la toxémie reste et demeure l'évacuation utérine. La quasi existence de la souffrance fœtale chronique, le retard de croissance intra-utérin, l'absence de cardiotocographe nous ont amené à procéder à la césarienne prophylactique.

4. pronostic maternel et fœtal

Le pronostic maternel était bon pour l'essentiel de notre série.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel en rapport avec la césarienne prophylactique durant la période d'étude.

Le pronostic néonatal était meilleur avec 97,44% de nouveau-nés ayant un Apgar ≥ 8 à la 5^{ème} minute.

Nous avons référé vingt sept nouveau-nés à la néonatalogie du service, et tous ces nouveau-nés référés avaient un bon état général à J1 de vie, en dehors d'un nouveau-né poly malformé décédé avant les 24 heures de vie.

VII-CONCLUSION

La césarienne prophylactique est une intervention chirurgicale qui permet d'améliorer le pronostic maternel et fœtal à chaque fois que l'accouchement par voie basse comporte un risque maternel et ou fœtal.

Les indications les plus fréquentes ont été la dystocie mécanique, l'utérus multiscicatriciel, l'HTA et complications.

Le pronostic maternel et fœtal était favorable.

Un bon suivi prénatal par un personnel qualifié, conscient des risques maternels et fœtaux devait contribuer à augmenter le taux de césarienne prophylactique et améliorer par là le pronostic maternel et fœtal.

VIII-RECOMMANDATIONS

Au personnel sanitaire, il faut :

- Promouvoir les CPN recentrées ;
- Demander l'échographie précoce chez les gestantes venant pour leur suivi prénatal.

A la population

- Adhérer aux principes de la CPN recentrée ;
- Suivre les conseils donnés par le personnel de santé ;

Aux autorités sanitaires

- Assurer la formation continue du personnel sanitaire à travers les supervisions formatives sur les CPN recentrées ;
- Réorganiser le système de Référence/Evacuation.

IX-REFERENCES

- 1. Berthé S.** Contribution à l'étude des grossesses à haut risque à Bamako (L'approche épidémiologique). Thèse médecine: Bamako, 1983-94p.
- 2. Amirikia H, Zarewych B, Evans T N.** Cesarean section: A 15 years review of changing incidence, indications and risks. Am J Obstet Gynecol 1981 ; 140 : 81-90.
- 3. Tégueté I, MounKoro N, Traoré Y, et al.** Impact de la gestion des services de santé de la reproduction sur la morbidité et la mortalité maternelle et néonatales. L'exemple de la maternité de l'hôpital du Point G à Bamako entre 1985 et 2003. 3ème congrès de la société africaine des Gynécologues et obstétriciens (SAGO) Cotonou, Décembre 2004.
- 4. Bouvier Colle M H.** Mortalité maternelle en Afrique de l'ouest. Résultat d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis, Kaolak. INSERM - unité 149, ministère des affaires étrangères: coopération et francophonie 1993 : 116p.
- 5. Ouédraogo, Zoungrana T, Duja B et al.** La césarienne de qualité: au centre hospitalier yalgado Ouedraogo de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique. Médecine d'Afrique noire, 2001, 48 (11), 443-450.
- 6. Berthé Y.** Pronostic foeto-maternel dans les accouchements par césarienne à propos de 218 cas enregistré au service de gynéco-obstétrique du CHU de Bouaké en un an. Thèse médecine: Abidjan, 1992, n°86
- 7. Mestiri A (née Ghazouani).** Evolution des indications de la césarienne à la Maternité du CHU de Monastir (à propos de 805 cas de 1986 1988) Thèse : 1989, n°128
- 8. Dumont M, Morel P.** Histoire de l'obstétrique et de la Gynécologie. Lyon: Seime édition 1968 : 18-82.
- 9. Hershey DW, Quilligan EJ.** Extra-abdominal uterine exteriorisation ; cesarean section. Obstet Gynecol 1978; 52: 189-92.

- 10. Lansac J, Body G.** Pratique de l'accouchement. Paris, 2ème édition Simep 1990 : 335.
- 11. Ciraru-Vigneron N, Guyen Tonlung RM, Elhaik S.** Evolution des indications de césariennes. Comparaison entre 1971 -1976 et 1976-1979 à la Maternité de l'hôpital Louis-Mourier. Revue de la littérature Gynécol Obstét Biol Reprod 1985 ; 14 : 375-84.
- 12. Harlow BL, Frigoletto FD, Cramer DW et al.** Epidemiologie predictors of cesarean section in nulliparous patients at low risk. Radius Study Group. Routine Antenatal Diagnostic Imaging with Ultrasound Study. Am J Obstet Gynecol 1995 ; 172 : 156-162.
- 13. Ansley J T et al.** Infectious morbidity after primary cesarean sections in a private institution. AMJ Obst. Gynecol. 1980; 136: 205-10.
- 14. Ministère de la santé, Policy-projet, USAID** Population développement et qualité de vie au Mali ; Octobre 2003.
- 15. Andriamadi RCL, Andrianarivony MO, Ran Jalahy RJ.** Les accouchements dystociques à la maternité de Befelatananachu d'Antananarivo à propos de 919 cas. Médecine d'Afrique noire 2000, 47 (11), 456-459.
- 16. Chan Y K.** A survey of regional analgesia and anesthesia for obstetrics in selected countries in the far east. International journal of obstetric Anesthesia 2000 ; 9 : 225-232.
- 17. Coulibaly M B.** Profil épidémiologique de l'enfant né par césarienne dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CSRef CV du District de Bamako a propos de 200 cas. Thèse Médecine : Bamako, 2001-73 p-91.
- 18. Mellier G, Forest AM, Kaeem R.** L'utérus cicatriciel: conduite à tenir. Rev Fr Gynécol Obstét 1986; 81: 223-8.
- 19. Duff P, Southmayd K, Read JA.** Outcome of trial of labor in patients with a single previous low transverse cesarcan-section for dystocia. Obstet Gynecol 1988 ; 71 : 380-4.

- 20. Baudet JH, Gay, Feiss P.** Césarienne et anesthésie péridurale à propos de 50 observations. Rev Fr Gynécol Obstét 1977 ; 72 : 693-8.
- 21. Crimail PH, Lympéropou loudodou A.** Fistule vésico-utérine après césarienne à propos d'un cas. Gyneco-obst-biol-reprod. 1992, 21,112-118.
- 22. Kouyaté A S.** Aspects démographiques et obstétricaux des complications infectieuses post césariennes dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'HGT. Thèse médecine: Bamako, 1995-93p-42.
- 23. Boutaleb Y, Lahlou D, Lahlou N.** La césarienne. J Gynécol Obstét. Biol Reprod 1982 ; 11 : 84-6.
- 24. Kiwanuka Al, Moore W.** Influence of audit and keedback on use of cesarean section in a geographically-defined population. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993 ; 50 : 59-64.
- 25. Khanal R.** Cesarean delivery at Nepal medical college teaching hospital, Kathmandu, Nepal. Pubmed: Nepal med coll J. 2004 june: 6 (1): 53-5.
- 26. Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris : Maloine 1986 : 383-99.
- 27. Tovell HMM, Dank LD.** Operative surgery. New York: " Harper and Row " editions 1978 : 7-19.
- 28. Derbal S.** Complications materno-foetales per et postopératoires précoces des opérations césariennes. A propos de 1045 cas. Thèse médecine 1991, n° 128, Tunis.
- 29. Pontonnier A, Berland M, Daudet M.** L'extension des indications de la césarienne au cours des dix dernières années est-elle justifié ? Rev\ Fr Gynécol Obstét 1979 ; 74 : 81-96.
- 30. Simo Moyo J, Sott J, Afanc AE.** Anesthésie et césarienne à propos de 50 cas au CHU de Yaoundé (Cameroun). Médecine d'Afrique noire 1996 : 43(7); 4 (1-415.
- 31. Wangala P et coll.** mortalité et morbidité périnatales liée aux césariennes pour placenta praevia. Rev. Fr. Gynecol. Obstet, 1996. 91 -4.

32. Tegueté I. Étude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point « G » de 1991 à 1993 ; à propos d'une étude de cas témoins de 1544 cas. Thèse med, Bamako 1996, N° 17, 133P.

33. Sepoua, yanza MC, Nguembi et all.

Intérêt de l'évaluation de la maturité de la pulmonaire foetale par le test des grossesses à risque élevé. Médecine d'Afrique noire 2000, 47(11) 464-469.

34. Melchior J et all. Evolution des indications de césarienne. CNGOG Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Vigot ed.; 1988 ; (13) : PP. 251-265.

35. Macara LM, Murphy KM. The contribution of dystocia to the cesarean section rate. Am J Obstet Gynecol 1994; 171: 71-7.

36. Togora M. Etude qualitative de la césarienne au CSRéf CV du district de Bamako de 2000 à 2002 a propos de 2883 cas. Thèse médecine: Bamako, 2004-135p-40.

37. Kraiem J. Les opérations césariennes. Epidémiologie. Indications. Complications maternelles et foetales à propos de 457 cas. Thèse médecine 1996, Tunis.

38. Ben Taieb MA. Une année de césarienne au Centre de Maternité et de Néonatalogie de Bizerte. Indications et pronostic materno-foetal à propos de 350 Cas. Thèse médecine 1990, Tunis.

39. Garel M, Lclong N, Kaminski M. Conséquences de l'analgésie péridurale sur l'expérience de la césarienne et les premières relations mère-enfant. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1987 ; 16 : 219-28.

40. Marcoux S, Fabia J. Fréquence et indications des césariennes dans la région du Quebec Canada, en 1973 et 1979. Rev Epiderm Santé Publ 1983; 31: 459-68.

41. De Palma RT, Leverok J, Cunningham FG. Identification and management of women at high risk for pelvic infection following cesarean section. Obstet Gynecol 1980, 55: 185-92.

- 42. Hannah M E, Hannah WJ, Hewson S A et al.** Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000. 356: 1375-83.
- 43. Dobson R.** Cesarean section rate in England and Wales hits: 21%. *BMJ* 2001; 323 : 951.
- 44. Klouz Mourad.** Les indications de césariennes à la maternité de l'hôpital militaire de Tunis à propos de 150 cas. Thèse médecine 1998, n°464, Tunis.

X-ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Q00 Numéro du dossier/..... /

1-Identité

Q01 Nom

Q02 Prénom.....

Q03 Age /...../en année

Q04 Résidence.....

2-Statut socio-économique

Q05 Ethnie/...../ 1=Bambara 2=Peulh 3=Bobo 4=Sarakolé 5=Dogon
6=Touareg 7=Mianka 8=Malinké 9=sonhaï 10=senoufo 11=Autre

Q06 Profession de la femme/.../ 1= ménagère, 2=vendeuse, 3=étudiant/élève,
4=fonctionnaire, 5=autres

Q07 Statut matrimonial de la femme /... / 1=mariée, 2=célibataire, 3=Divorcée,
4=Veuve

Q08 Niveau d'instruction de la femme : /...../ 1= Aucun ; 2= Alphabétisée ; 3=
Primaire ; 4=Secondaire 5= Supérieure 6=Ecole coranique

Q09 Niveau d'instruction du mari/Co-procréateur /.../ 1=Aucun 2=Alphabétisé
3=primaire 4=secondaire 5=supérieur 6=Ecole coranique

Q10 Profession du mari/Co-procréateur /...../1=Aucune 2=Elève 3=Etudiant
4=ouvrier 5=commerçant 6=enseignant 7=cultivateur 8=menuisier 9=chauffeur
10=Autre

3. Antécédents :

3.1- Antécédents médicaux personnels

Q11 HTA /...../ 1=oui ; 2=non

Q12 Diabète /...../ 1=oui ; 2= non

Q13 Drépanocytose /...../ 1= oui ; 2= non

Q14 Asthme /.... / 1= oui ; 2= non

Q15 Autres /...../ 1=oui ; 2=non

Q15a Si oui Préciser.....

3.2 Antécédents Chirurgicaux personnels :

Q16 GEU /.... / 1=oui ; 2=non

Q17 kyste ovarien/..../1=oui 2=non

Q18 fibrome utérin/...../1=oui 2=non

Q19 Hernie /...../ 1=oui ; 2=non

Q20 Appendicite /...../ 1=oui ; 2=non

Q21 Césarienne/...../ 1=oui ; 2=non

Q21a Si oui préciser le nombre /...../

3.3 Antécédents gynécologiques

Q22 Contraception /...../ 1=oui ; 2=non

Q23 Stérilité /...../ 1=oui ; 2=non

Q23a si oui préciser le Type de stérilité/...../1=primaire 2=secondaire

Q24 Avortement /...../ 1=oui ; 2=non

Q24a si oui nombre d'avortement /...../

Q24b Type d'avortement /...../1=spontané 2=provoque

Q25 Curetage /...../ 1=oui ; 2=non

Q26 Autres /...../ 1=oui ; 2=non

Q26a si oui Préciser.....

3.4 Antécédents obstétricaux

Q27 Gestité /...../

Q28 Parité /...../

Q29 Enfant vivant/...../

Q30 Enfant décédé/...../

4-Evolution de la grossesse actuelle

Q31 CPN / / 1 = oui 2 = non

Q31a Si oui nombre de CPN /.... /

Q31b Si oui préciser le lieu :

1=CSRéf CV, 2=CSCCom, 3=Cabinet médical privé

4=Clinique médicale privée

Q31c Qualification de l'agent qui a procédé aux CPN

1=Gynécologue, 2=Médecin généraliste, 3=Sage femme,

4=Faisant fonction d'interne, 5=Non spécifié.

Q34 Motif d'admission /...../ 1=césarienne prophylactique 2=contractions utérine

5-Examen clinique

Q35 Etat de conscience / / 1=bon, 2=altéré, 3=moyen

Q36 TA/...../ 1=normal 2=élevée 3=basse

Q37 Température // 1=normale 2=élevée 3=basse

Q38 Poids / / en kilogrammes

Q39 Taille/ / en centimètre

Q40 Etat des muqueuses /...../ 1=colorées 2=pales

Q41 Terme de la grossesse / / 1=à terme 2=avant terme 3=post terme

Q42 HU /..... / En centimètre

Q43 CU / / 1=oui 2=non

Q44 la fréquence/ / en minutes

Q45 BDCF / / en bat/ minute 1=normaux 2=bradycardie 3=tachycardie

Etat du col :

- Q46 Position /..... / 1post 2=médian 3=antérieur
 Q47 Longueur /...../ 1=court 2=effacé 3=long
 Q48 Dilatation// 1=4cm au moins 2=supérieure à 4cm

Présentation :

- Q49 Nature / .../ 1=somme 2=front 3=face 4=siège 5=transversale
 Q50 Hauteur /..... / 1=engagée 2=non engagée.
 Q51 Etat des membranes / .../ 1=intactes 2=rompues
 Q51a Si rompues la durée de rupture// en heure
 Q51b Couleur du LA/ .../1=clair 2=purée de pois 3=méconial 4=sanguinolent
 Q52 Bassin /...../ 1=bassin normal 2=bassin limite 3=BGR 4=bassin immature
 5=bassin aplati 6=bassin asymétrique

6-Indications de la césarienne :

- Q53 Dystocie mécanique : /...../ 1=oui 2=non
 Q54 Dystocie dynamique:/...../ 1=oui 2=non
 Q55 Souffrance fœtale : /...../ 1=oui 2=non
 Q56 utérus multi cicatriciel : /...../ 1=oui 2=non
 Q57 Présentation Vicieuse : /...../1=oui 2=non
 Q58 HTA et complications : /...../1=oui 2=non
 Q59 Echec de l'épreuve de travail /...../1=oui 2=non
 Q60 Echec de l'épreuve utérine : /...../1=oui 2=non
 Q61 Autre /...../ 1=oui 2=non
 Q61a Si autre précisé.....

7- Paramètre per opératoire :

- Q62 Qualification de l'opérateur/...../ 1=gynécologue 2=médecin généraliste
 3=interne
 Q62 Délai incision cutanée et extraction fœtale /...../ mn
 Q63 Coloration L A : /...../ 1 = claire, 2 = méconiale, 3 = jaune, 4 = sang

Q64 Saignement per-opératoire : /...../ 1= inférieur a 100 ; 2 = 100 à 500,
3 =supérieur à 500

Q65 Durée totale de l'intervention /...../ (h /min)

Q66 Type d'anesthésie// 1=général 2=rachianesthésie 3=péridurale

Q67 Technique /...../ 1=segmentaire basse transversale 2=segmentaire basse
Longitudinale 3=corporelle

Q68 incidents et accidents per opératoires // (1=oui 2=non)

Q68a Si oui précisé

7. a- Gestes associés à la césarienne :

Q69 LRT / / 1=oui 2=non

Q70 Myomectomie/...../(1=oui 2=non)

Q71 Hystérectomie/...../(1=oui 2=non)

Q72 Autres /...../(1=oui 2=non)

Q72a Si autre Préciser.....

Q73 Complication anesthésiologique /.../ 1=oui 2=non

Q73a Si oui préciser la nature.....

Q74 Délivrance /.... / 1=normale 2=manuelle

Q75 Placenta /.... / 1=complet 2=incomplet

8-Pronostic maternel :

Q76 Suites post opératoires /.... / 1=simples 2=compliquées

Q76a Si compliquées préciser /...../ 1=hémorragies 2=hématome pariétal
3=suppurations pariétales 4=endométrites 5=maladies thromboembolique
6=retard de transit 7=autres

Q76b Si autres préciser.....

Q77 Transférée en réanimation /.... / 1=oui 2=non

Q77a si oui préciser le motif.....

Q78 Préciser la durée d'hospitalisation :

1= < 5jours ; 2=5-7 jours ; 3= ≥ 7 jours

Q78 Devenir / / 1=exeat 2= référée 3=décédée

9-Nouveau-né

Q79 Nombre d'enfant /.... /1=1 ; 2=2 ; 3=3 ; 4=4

Q80 Apgar à la 1ère minute / ... /1=inferieur à 7 ; 2=supérieur à 7 ; 3=0

Q80a Preciser Apgar à la 1ère minute si autre(s) enfant(s) : 2eme enfant /..../,
3eme enfant /..../ , 4eme enfant/..../

Q81 Apgar à la 5è minute /..... /1=inferieur à 7 ; 2=supérieur à 7 ; 3=0

Q81a Preciser Apgar à la 5è minute si autre(s) enfant(s) : 2eme enfant /..../ ,
3eme enfant /..../ , 4eme enfant/..../

Q82 Réanimé /.... / 1=oui 2=non

Q82a si oui durée/...../en minutes

Q83 Sexe /.... / 1=masculin 2=féminin

Q83a Preciser le sexe si autre(s) enfant(s) : 2eme enfant /..../ , 3eme enfant
/..../ , 4eme enfant/..../

Q84 Taille /...../ 1=inferieur à 47cm ;2=supérieur à 47cm

Q84a Preciser la taille si autre(s) enfant(s) : 2eme enfant /..../ , 3eme enfant
/..../ , 4eme enfant/..../

Q85 Poids /..... / 1=inferieur à 2000g ; 2=2000-2500g; 3=2500-4000g ;
4=supérieur ou égal 4000g

Q85a Preciser le poids si autre(s) enfant(s) : 2eme enfant /..../ , 3eme enfant
/..../ , 4eme enfant/..../

Q86 Etat du nouveau-né a la sortie /...../ 1=bon 2=référé 3=décédé

Q86a Préciser état du nouveau-né a la sortie si autre(s) enfant(s) : 2eme
enfant /..../ , 3eme enfant /..../ , 4eme enfant/..../

Q86b Si référé préciser le motif.....

86c Etat des nouveau-nés référés à J1 : 1=Bon ; 2=Altéré ; 3=Décédé.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : KONATE

Prénoms : Mamadou Zoumana

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

E-mail : mamadoukonate698@yahoo.fr

Année universitaire : 2015-2016

Ville de soutenance : Bamako

Pays : Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

Résumé de la thèse :

Nous avons mené une étude rétrospective, transversale et descriptive portant sur la césarienne prophylactique de la période allant du 1er Janvier au 30

Juin 2015 au CSRéf de la Commune V du District de Bamako.

La fréquence globale de la césarienne a été de 20,80% avec un taux de césarienne prophylactique de 10,10%.

La tranche d'âge de 20-34 ans a représenté 76,92%, avec un âge moyen de 29,10 ans.

Elles étaient ménagères dans 65% des cas ; 87% d'entre elles ont été référées et 44,87% avaient fait entre 1-3 CPN.

Les indications de césarienne prophylactique étaient dominées par la dystocie mécanique (38,46%), l'utérus multi-cicatriciel (30,77%), l'HTA et complications (22,44%).

Aucun décès maternel n'a été enregistré.

Mots clés : Césarienne Prophylactique, Pronostic, CSRéf CV, Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admis 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 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.