

MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE, SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UNIBUT

UNIVERSITE DE BAMAKO



Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie

Année Universitaire 2008-2009

Thèse N° 211 /

TITRE

COMPLICATIONS MATERNELLES POST-
CESARIENNE AU CENTRE DE SANTE DE
REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT
DE BAMAKO EN 2007

THESE

Présentée et soutenue publiquement le/... /..... 2009
Devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odontostomatologie du Mali

Par : Madame DJENEBA SOW (Epoque DIALLO)
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Professeur Sidi Yaya SIMAGA
Membres : Professeur Seydou DOUMBIA
Docteur Sidi SANGARE

Directeur de thèse: Professeur Sy Assitan SOW

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES
2^{eme} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aty GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Bouikassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou-Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa-DIARRA
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mme Diénéba DOUMBIA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Adama SANGARE
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA
Mr Lamine TRAORE
Mr Mady MACALOU
Mr Aly TEMBELY
Mr Niani MOUNKORO
Mr Tiemoko D COULIBALY
Mr Souleymane TOGORA
Mr Mohamed KEITA
Mr Bouraima MAIGA
Mr Youssouf SOW
Mr Djiho Mahamane DIANGO
Mr Moustapha TOURE
Mr Mamadou DIARRA
Mr Boubacary GUINDO
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA
Mr Birama TOGOLA
Mr Bréhima COULIBALY
Mr Adama Konoba KOITA
Mr Adégné TOGO
Mr Lassana KANTE
Mr Mamby KEITA
Mr Hamady TRAORE
Mme KEITA Fatoumata SYLLA
Mr Drissa KANIKOMO
Mme Kadiatou SINGARE
Mr Nouhoum DIANI
Mr Aladji Seydou DEMBELE
Mr Ibrahim TEGUETE
Mr Youssouf TRAORE
Mr Lamine Mamadou DIAKITE

Gynéco-Obstétrique
ORL
ORL
Chirurgie Générale
Anesthésie/Réanimation
Urologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Ophtalmologie
Orthopédie - Traumatologie
Ophtalmologie
Orthopédie/Traumatologie
Urologie
Gynécologie/Obstétrique
Odontologie
Odontologie
ORL
Gynéco/Obstétrique
Chirurgie Générale
Anesthésie-réanimation
Gynécologie
Ophtalmologie
ORL
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Chirurgie Pédiatrique
Odonto-Stomatologie
Ophtalmologie
Neuro Chirurgie
Oto-Rhino-Laryngologie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Gynécologie/Obstétrique
Gynécologie/Obstétrique
Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO
Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahmane S. MAIGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE

Chimie Générale & Minérale
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie - Mycologie
Chimie Organique
Immunologie
Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDO
Mr Amagana DOLO
Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE
Mr Abdoulaye DABO
Mr Ibrahim I. MAIGA

Histopembryologie
Bactériologie-Virologie
Parasitologie Chef de D.E.R.
Biologie
Entomologie Médicale
Malacologie, Biologie Animale
Bactériologie - Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA
Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THÉRA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE
Mr Bouréma KOURIBA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE
Mr Guimogo DOLO
Mr Mouctar DIALLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Boubacar TRAORE
Mr Djibril SANGARE
Mr Mahamadou DIAKITE
Mr Bakarou KAMATE
Mr Bakary MAÏGA

Chimie Organique
Hématologie
Parasitologie - Mycologie
Biophysique
Biologie
Immunologie
Bactériologie-Virologie
Anatomie-Pathologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Parasitologie Mycologie
Entomologie Moléculaire Médicale
Immunologie - Génétique
Anatomie Pathologie
Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Mamadou BA
Mr Moussa FANE
Mr Blaise DACKOUCO

Entomologie Moléculaire Médicale
Biochimie
Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Parasitologie Entomologie
Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAÏGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAÏGA
Mr Somita KEITA
Mr Boubakar DIALLO
Mr Toumani SIDIBE

Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, Chef de DER
Neurologie
Radiologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie - Hépatologie
Dermato-Léprologie
Cardiologie
Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie
Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mme Habibatou DIAWARA
Mr Daouda K. MINTA
Mr Kassoum SANOGO

Pédiatrie
Dermatologie
Maladies Infectieuses
Cardiologie

Mr Seydou DIAKITE
 Mr Arouna TOGORA
 Mme KAYA Assétou SOUCKO
 Mr Boubacar TOGO
 Mr Mahamadou TOURE
 Mr Idrissa A. Cisse
 Mr Mamadou B. DIARRA
 Mr Anselme KONATE
 Mr Moussa T. DIARRA
 Mr Souleymane DIALLO
 Mr Souleymane COULIBALY
 Mr Cheick Oumar GUINTO
 Mr Mahamadoun GUINTO
 Mr Ousmane FAYE
 Mr Yacouba TOLOBA
 Mme Fatoumata DICKO
 Mr Boubacar DIALLO
 Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
 Mr Modibo SISSOKO
 Mr Ilo Bella DIALLO
 Mr Mahamadou DIALLO

Cardiologie
 Psychiatrie
 Médecine Interne
 Pédiatrie
 Radiologie
 Dermatologie
 Cardiologie
 Hépatogastro-Entérologie
 Hépatogastro-Entérologie
 Pneumologie
 Psychologie
 Neurologie
 Radiologie
 Dermatologie
 Pneumo-Phtisiologie
 Pédiatrie
 Médecine Interne
 Neurologie
 Psychiatrie
 Cardiologie
 Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
 Mr Ousmane DCUMBIA
 Mr Elimane MARIKO

Chimie analytique, Chef de D.E.R.
 Pharmacie Chimique
 Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
 Mr Alou KEITA
 Mr Benoît Yaranga KOUMARE
 Mr Ababacar I. MAIGA

Matières Médicales
 Galénique
 Chimie Analytique
 Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
 Mr Yaya KANE
 Mr Saïbou MAIGA
 Mr Ousmane KOITA
 Mr Yaya COULIBALY
 Mr Abdoulaye DJIMDE
 Mr Sékou BAH
 Loséni BENGALY

Pharmacognosie
 Galénique
 Législation
 Parasitologie Moléculaire
 Législation
 Microbiologie-Immunologie
 Pharmacologie
 Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA
 Mr Jean TESTA
 Mr Mamadou Sounalo TRAORE

Santé Publique
 Santé Publique
 Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadou SANGHO	Santé Publique
Mr Massamboû SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléymané GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

Liste
DES
Sigles
ET
Abréviations

ABREVIATIONS

AG	: Anesthésie Générale
BDCF	: bruits du Cœur Fœtal
CHU	: Centre Hospitalier et Universitaire
CPN	: Consultation Périnatale
CSCOM	: Centre de Santé Communautaire
CSRef. CV	: Centre de Santé de Référence de la Commune V
CSRef.CII	: Centre de Santé de Référence de la Commune II
DFP	: Disproportion Foeto-Pelvienne
FMPOS	: Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie
HGT	: Hôpital Gabriel Touré
HNPG	: Hôpital National du PG
HTA	: Hypertension Artérielle
Km ²	: Kilomètre Carré
MTE	: Maladie Thromboembolique
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
SFA	: Souffrance Foetale Aiguë
HDD	: Hémorragie De la Délivrance
HPP	: Hémorragie du Post Partum
HRP	: Hématome Rétro Placentaire
PP	: Placenta Prævia

Dédicaces
et
Remerciements

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

A mon Père **Dramane Sow** :

Grâce a toi, j'ai appris le sens de l'honneur, de la dignité, de la tolérance, de la probité ,du respect de soi et des autres, de la rigueur et de la loyauté .Ton soutien moral,affectif et matériel ne m'a jamais fais défaut.

Je te suis reconnaissante pour toute la confiance que tu as placée à ma modeste personne depuis le début de mon cycle .Merci ! pour ce que tu as fait et tout ce que tu feras encore pour moi .Tu pourras toujours compter sur moi, car je resterai toujours un enfant digne de toi et je me souviendrais toujours de tes sages conseils. Qu'ALLAH le Tout puissant te garde encore longtemps près de nous.

A ma mère **Bintou YARESSI** dite **BATY**

Ma chère maman ! Femme dynamique, joviale, généreuse, loyale, sociable, attentionnée et naturelle .Tes conseils, tes encouragements ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est tien .Que le bon DIEU te donne encore longue vie.

A mon mari **Kassoum DIALLO**

Les mots n'auront que peu de valeur pour exprimer toute mes pensées pour toi. Tu as su me comprendre, m'aider et être patient tout au long de l'accomplissement de ce travail. Tu a toujours été pour moi plus qu'un mari, un guide et confident. Trouve ici l'expression de ma tendre affection, de mon indéfectible attachement et de ma reconnaissance.

Ce travail est tien. Sois en remercié.

A mes enfants **Zoumana** « Junior » **Bintou** « Mami » et **Dramane**

Pour toutes ces heures que je vous ai volées, pour toute la tendresse dont je vous ai privée pour vous signifier que seul le travail constant et la volonté de réussir payent. Trouvez ici l'expression de ma profonde affection.

A ma grand-mère **Fatoumata DEMBA** « Tatoukounè »

Tu as été plus qu'une grand-mère ; tes conseils et ton soutien moral n'ont pas manqué. Ce travail est tien.

A ma grande sœur **Barakissa SOW**

J'aurai voulu partager avec vous les joies de ce moment solennel de ma vie. Le destin en a décidé autrement. Puisse la terre vous être légère.

A mes frères et sœurs **Abdou SOW, Kaou SOW, Bah SOW, Almamy SOW, Awa SOW, Assitan SOW, Fatoumata SOW, Mariam SOW, Batoma SOW, Tata SOW, Kadia SOW**

Vous m'avez toujours compris, conseillé, encouragé et entouré d'affection. Ce travail est le fruit d'un effort collectif auquel vous avez tous contribué de loin et de près. Que ce travail soit pour vous tous l'expression de mon attachement fraternel.

A tous mes cousins et cousines particulièrement **Tata GACKOU, Allassane GACKOU, Sitan GACKOU, Sitan GACKOU**

A mes tontons **Souleymane GACKOU** et ses **FRERES**

J'ai eu la joie de vivre parmi vous durant des années, vous ne vous êtes jamais lassé de me soutenir autant sur le plan moral que sur le plan matériel. C'est une occasion pour vous adresser mes vifs remerciements et ma profonde gratitude. Ce travail vous appartient.

A toutes mes tantes **Batourou DIALLO, Awa DEMBA, Aïda DIALLO, Comba TEMBELY, Kadiatou DIAKITE, Fatoumata DRAME**

Les mots me manquent pour vous remercier de vos collaborations pour ma réussite. Durant mes études, je n'ai jamais cessé de bénéficier de vos sages conseils, de votre aide morale et matérielle. Puisse ce travail soulager vos sacrifices consentis.

A ma belle famille à **ND5 (Niono)**

Ce travail est le fruit de toute la tendresse que vous m'avez toujours manifestée.

REMERCIEMENTS

A **ALLAH LE TOUT PUISSANT ET MISERICORDIEUX** pour, m'avoir permis de mener à bien ce travail.

A tous mes collègues et amies : **Tenin KANOUTE, Awa DOUMBIA, Fatou ACH, Ina KEÏTA, Assetou DEMBÈLE, Bonkana KONE, Tako TRAORE, Kankou SOW**

En souvenir de la solidarité et du courage dont nous avons fait preuve durant ces années d'études. Ensemble nous avons parcouru les chemins de la faculté qui ne sont pas sans embûches. Nous vous souhaitons courage et bonne chance.

Je pense

A la famille **Abdoulaye KODIO** à Koulikoro

A la famille **Baba DIARRA** à Ségou

A la famille **TALL** à Niono

A la famille **Fousseny DIAKITE** à Ségou

A la famille **Dramane BOUARE** à Ségou

A la famille **Famakan SISSOKO** à Siribala

A la famille **Gounedy CISSOKO** à Siribala.

A la famille **DIALLO** à Kalaban-coro Bamako

De près comme de loin tous avez toujours été là pour m'encourager. Ce travail vous appartient.

Une pensée à tout le personnel du centre de santé de référence de la commune II.

Au personnel de cabinet médical Motherland de **Sangarébougou** pour leur concours indéfectible à l'élaboration de ce travail particulièrement à **Mme Simpara Korotimi DIARRA** et à **Médecin Samaké Yacouba**. Je vous dis merci.

A tous les faisant fonction d'internes en gynécologie de Missira

Bintou TANGARA, Nieriba KEÏTA, Aïssata NIARE, Aïché CISSE, Awa KONARE, Amadou ONGOÏBA, DIABY, DIABATE, Salimata KANE, YACOUTE, KONATE pour le travail mené ensemble dans la cordialité. Mes remerciements sincères

A l'administration et aux corps professionnels de la faculté de Médecine Pharmacie et Odontostomatologie pour l'encadrement et la formation.

Comrages

Particuliers

AUX

Honorables

Membres

DU

Jury

A notre Maître et Président du jury : **Professeur Sidi Yaya SIMAGA**

Professeur Honoraire de santé publique

Chevalier de l'Ordre du Mérite de la Santé

Cher Maître,

Votre abord facile, votre disponibilité, vos qualités de maître et surtout votre abnégation nous ont séduit.

Vous êtes un modèle de simplicité, un homme de rigueur, de principe et de tradition.

La patience avec lequel vous transmettez votre savoir tout en donnant des conseils de sage, nous fera toujours penser à vous en tant que père et grand père.

Recevez ici cher maître et cher père, l'expression véritable de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance. QU'ALLAH le Tout Puissant vous garde encore longtemps auprès de nous. Amen!

A notre Maître et juge : **Professeur DOUMBIA Seydou**

Maître de conférences à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et D'Odontologie Stomatologie.

Cher Maître, la rigueur scientifique, la simplicité, et l'esprit de tolérance sont autant de qualité que vous incarnez et font de vous un encadreur.

Passionné du travail bien fait, soucieux de notre formation et de notre réussite, vous êtes pour nous un modèle de référence.

Puisse Allah vous garder et vous soutenir dans vos projets futurs.

A notre Maître et juge : **Docteur SANGARE Sidy**

Chirurgien

Chef du service de chirurgie générale du CSRef CII.

Cher Maître, nous sommes très honorés par votre présence dans ce jury de thèse malgré vos nombreuses tâches. Votre compétence, votre disponibilité et votre simplicité font de vous un exemple à suivre.

Veillez trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et Directeur de thèse : **Professeur Sy Aïda SOW**

· Professeur de Gynécologie obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS).

Chef de service de gynéco obstétrique au centre de santé de référence de la commune II

Présidente de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO)

Chevalier de l'Ordre National de Mérite

Cher maître, c'est un grand privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Votre rigueur scientifique et la qualité de votre enseignement font de vous un maître de référence. Véritable bibliothèque vivante vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine.

Merci cher Maître pour vos précieux conseils de mère qui ne cessent de nous guider.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre encore plus performante l'école malienne de gynécologie obstétrique.

I

Introduction

Et

Objectifs

INTRODUCTION

Initialement, l'indication de la césarienne était réservée aux cas d'extrêmes urgences surtout les dystocies mécaniques. De nos jours ses indications sont très larges et intéressent pratiquement toute la pathologie obstétricale. Elle est devenue un moyen pour limiter le traumatisme foetal dans beaucoup de situations pathologiques tout en prévenant le risque maternel. Sa fréquence atteint couramment 20% des accouchements, et souvent plus [25].

Cette augmentation fut réalisée grâce aux progrès en santé de la reproduction à savoir :

- ⇒ la notion de maternité sans risque (l'esprit pour tout obstétricien d'avoir un nouveau-né sain et une mère vivante).
- ⇒ la meilleure utilisation de la gestion du travail surtout par l'utilisation du partogramme et du suivi correct des grossesses (qualité des CPN).

La sécurité de cette intervention est devenue très grande grâce aux progrès de l'anesthésie réanimation, à la maîtrise de la technique chirurgicale et à la possibilité d'une antibiothérapie.

La césarienne n'est pas une intervention anodine : en effet, elle peut être emmaillée de complications variables allant des complications morbides à la mort maternelle. Plus du tiers des suites de césariennes sont compliquées [25].

Les complications de l'accouchement sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité foeto-maternelle élevée.

L'OMS a estimé que chaque année dans le monde environ huit millions de femmes sont victimes de complications liées à la grossesse et plus d'un million d'entre elles décèdent [22].

C'est en Afrique de l'Ouest et de l'Est que la mortalité maternelle est plus élevée alors que son taux est plus bas dans les pays développés et inférieur à 30 pour 100 000 [23].

Au Mali l'estimation de ce taux est de 464 pour 100000 naissances vivantes EDS IV (2000-2006).

Le présent travail qui a trait aux complications maternelles post-césariennes au Centre de Santé de Référence de la Commune II vise les objectifs suivants :

OBJECTIFS

1- Objectif général :

Etudier les complications maternelles post-césariennes dans le service de Gynéco-Obstétrical du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako en 2007.

2- Objectifs spécifiques :

- ▶ Déterminer la fréquence des complications maternelles post-césariennes
- ▶ Définir le profil sociodémographique des accouchées.
- ▶ Rechercher les facteurs de risques liés aux complications maternelles post-césariennes.
- ▶ Décrire les aspects thérapeutiques et cliniques

II

Généralités

II – GENERALITES

1. HISTORIQUE [15] :

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

La césarienne est une vieille intervention remontant du temps d'**Indra**, de **Bouddha**, de **Dionysos**, d'**Esculape** où ce mode de naissance était synonyme de puissance, de royauté et de divinité.

Le fait que l'intervention soit très vieille lui confère un caractère légendaire, souvent mythique.

Quant à l'origine du mot, dérivant du latin «**caedere=couper**», un rapprochement a été fait entre le nom de **Jules César** et la césarienne. Cette hypothèse est peu probable car sa mère a survécu plusieurs années après sa naissance, chose quasi-impossible à cette époque où la mortalité des mères était de 100% après cette intervention.

La pratique de la césarienne **post mortem** fut codifiée par **Numa Pompilius** (715-612 avant J.C) Roi légendaire de Rome, dans la fameuse *lex regia* interdisant l'enterrement d'une femme enceinte avant que l'enfant n'ait été extrait.

Cette pratique continua à être appliquée sous le régime impérial puis le catholicisme la recommanda. La césarienne post mortem fut appliquée aussi de loin en loin tout au long du moyen âge.

En dehors des légendes mythologiques, la césarienne fut longtemps réservée au post mortem immédiat. La seconde étape de la césarienne dura trois siècles entre 1500-1800. Les faits marquants cette période sont :

-1500 **Jacob Nufer** châtreur de porc, **effectue** et réussit la première césarienne sur femme vivante.

-1581 **François Rousset** publia le premier **Traité** sur la césarienne en France.

-1596 **Mercurio** préconisa la césarienne en cas de bassin barré.

-1721 **Ambroise Pare** finit par condamner sa pratique en raison des risques, opinion universellement partagée jusqu'au XIX Siècle.

Le refus de suturer l'utérus, l'absence d'asepsie, la spoliation sanguine entraînaient une mortalité catastrophique (jusqu'à 80%), encore aggravée par l'infection.

La troisième **étape** de la césarienne, celle de sa modernisation, s'étale sur un **siècle** environ. Les progrès chirurgicaux et l'asepsie permirent l'extension progressive des indications.

La **suture** du péritoine viscéral introduite par l'Américain **Engman**, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences.

La suture **systematique** de l'utérus par les Allemands **Kehrer** et **Sanger** en 1882.

-1908 **Pfannenstiel** proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains auteurs.

Parallèlement, les progrès de l'anesthésie réanimation, l'avènement des antibiotiques, les progrès de la transfusion sanguine ont amélioré le pronostic maternel. Redoutable et décriée autrefois, cette intervention est considérée aujourd'hui comme inoffensive ; elle tend à être dans certaines mains une solution de faciliter à tout problème obstétrical.

En 1921 la césarienne **segmentaire** fut introduite en France et la péritonisation secondaire ; ce fut là une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne.

2. RAPPEL ANATOMIQUE :

2.1. Utérus non gravide :

L'utérus est un organe impair musculaire creux destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement.

2.1.1. Description :

L'utérus est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière et a la forme d'un cône à sommet trompé inférieur s'engageant plus ou moins dans le dôme vaginal. Il comprend :

- un corps utérin de forme conoïde et aplatie en arrière.
- un col sur lequel s'insère le vagin, est cylindrique et divisé en deux parties :

Une partie supra vaginale qui se continue avec le corps utérin.

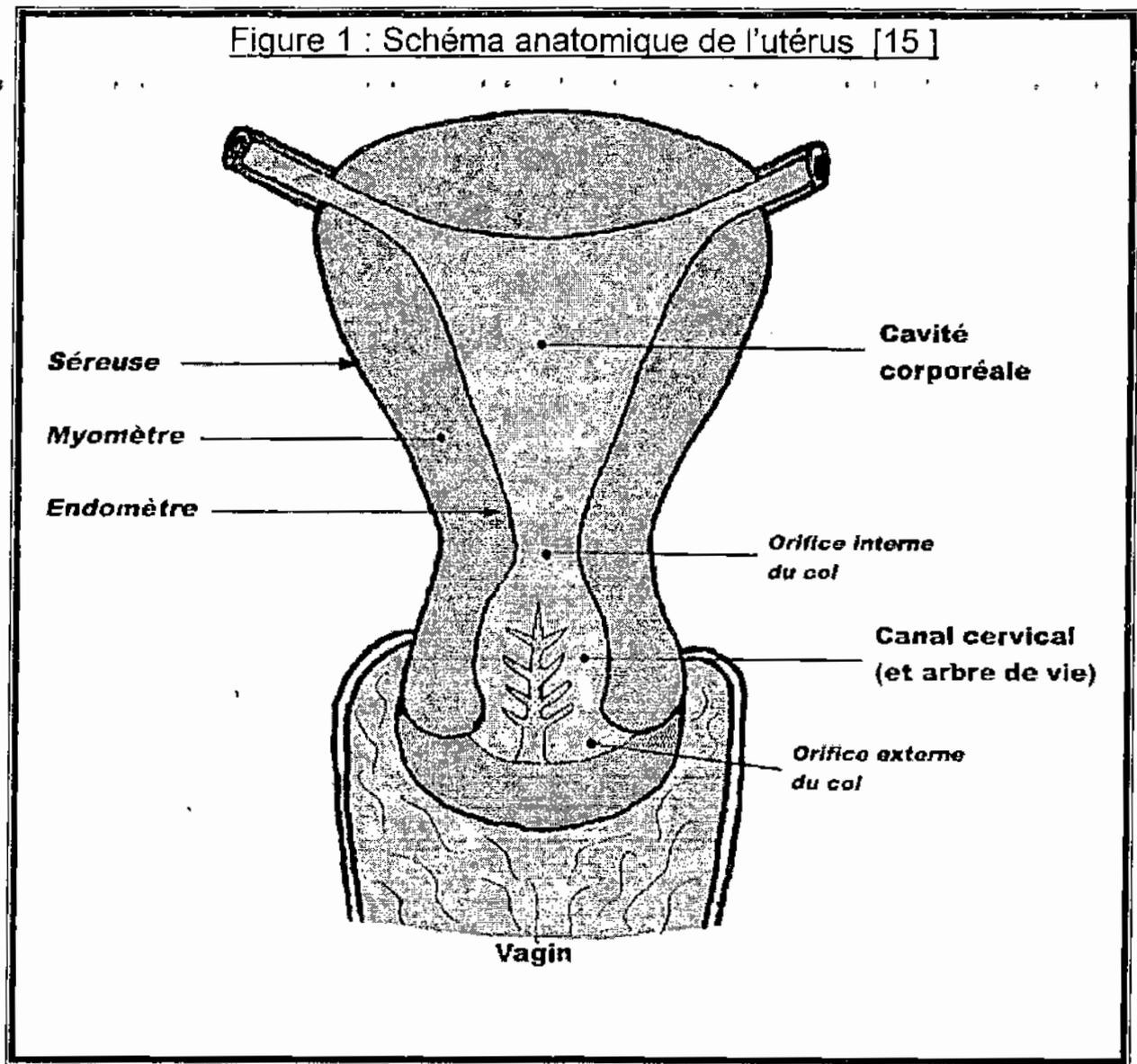
Une partie intra vaginale qui est visible à l'examen au spéculum et accessible au toucher vaginal. Il est percé en son centre d'un orifice donnant accès à la cavité utérine (orifice cervical).

- un isthme : C'est un léger étranglement situé entre le col et le corps.

Chez la multipare sa taille est de 7-9 cm, sa largeur de 4 cm et son épaisseur de 3 cm. Il pèse 50g. L'utérus comprend trois tuniques qui sont de dehors en dedans :

- la séreuse ou périmetrium.
- la musculeuse ou myomètre.
- La muqueuse ou endomètre.

Figure 1 : Schéma anatomique de l'utérus [15]



Vue antérieure de l'utérus

Haut



Gauche

2.1.2. Mouvements et Moyens de fixité de l'utérus :

2.1.2.1. Les mouvements :

Trois mouvements sont possibles : le corps peut s'incliner sur le col, l'utérus entier peut bouger par rapport au vagin et par rapport au plan médian du corps humain.

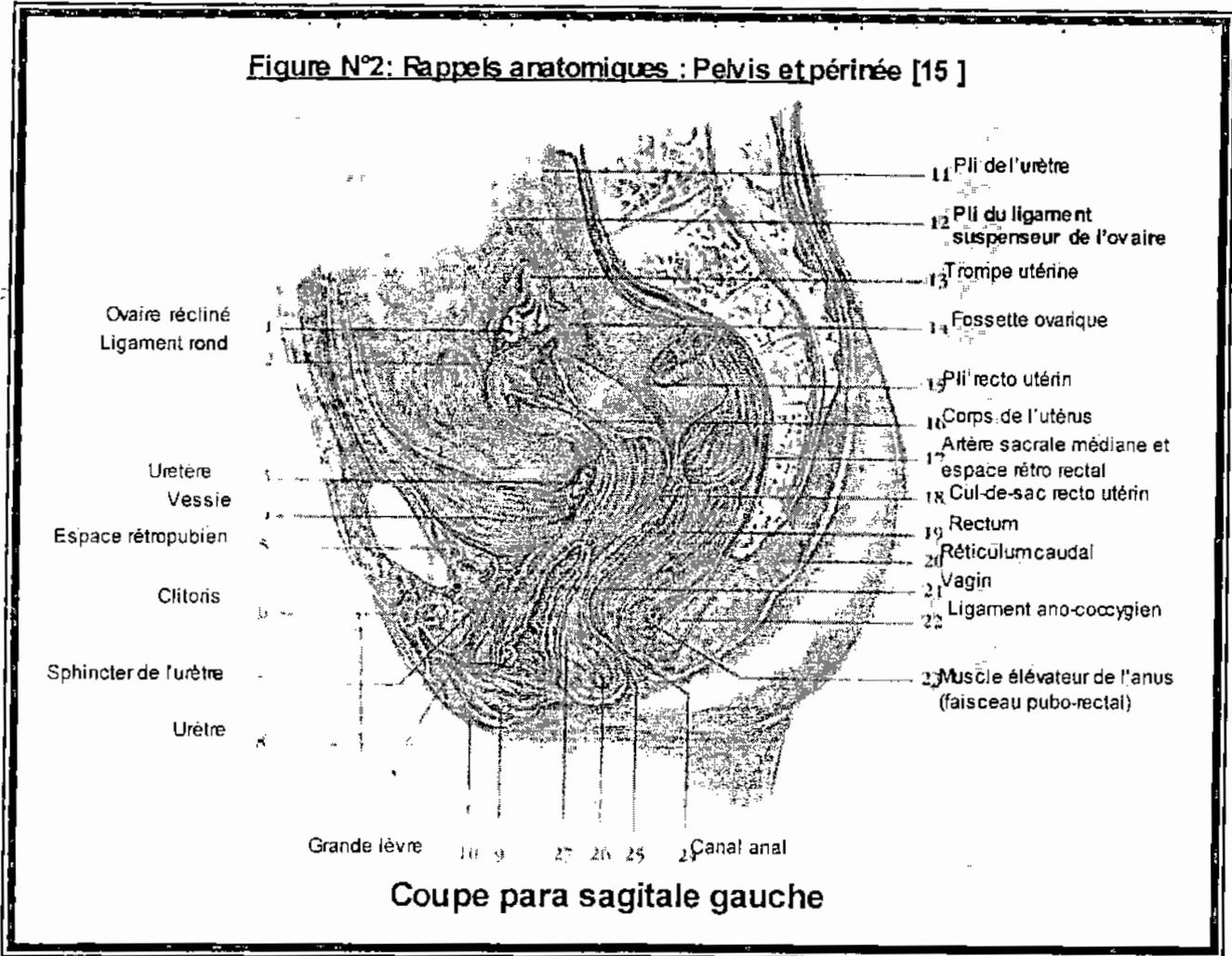
- Lorsque l'axe du corps forme un angle ouvert en avant avec celui du col, il y a antéflexion.
- Lorsque le col et le corps basculent simultanément en sens inverse et que le fond se trouve en avant, on parle d'antéversion ; dans le cas contraire on parle de rétroversion.
- La position physiologique de l'utérus est antéversée et antéfléchie.

2.1.2.2. Les moyens de fixité :

Il s'agit de ligaments, ce sont essentiellement :

- le ligament rond
- le ligament large
- le ligament utéro-ovarien
- le ligament utéro-sacré
- le ligament vésico-utérin

Figure N°2: Rappels anatomiques : Pelvis et périnée [15]



Haut



Arrière

2.1.3. Rapports de l'utérus

2.1.3.1. Avec le péritoine :

⇒ Le péritoine recouvre le corps de l'utérus, l'isthme et la face dorsale de la portion supra-vaginale du col

* en ventral, le péritoine se réfléchit au niveau de l'isthme et forme le **cul de sac vesico-utérin**

* en dorsal, le péritoine se réfléchit sur la face dorsale du vagin et va former le **cul de sac recto-génital (Douglas)**

* en latéral, le péritoine va former le **ligament large**

L'utérus est solidement fixé à la paroi pelvienne par 5 ligaments, de chaque côté :

* Le **ligament large** unit le bord latéral du corps utérin à la paroi latérale du petit bassin

* Le **ligament rond ou funiculaire** qui unit l'angle latéral du corps utérin à la grande lèvre en passant dans le canal inguinal

* Le **ligament utéro-ovarien** unit l'angle latéral du corps utérin à l'extrémité utérine de l'ovaire

* Le **ligament utéro-sacré** unit le col de l'utérus au sacrum et se confond avec le bord supérieur de la lame sagittale sacro-recto-génito-vésico-pubienne

* Le **ligament vésico-utérin** correspond à un épaississement de la partie supérieure du septum vésico-vaginal

2.1.3.2. Avec les organes

* **Portion supra-vaginale** : c'est à dire le corps utérin, l'isthme et la portion supra-vaginale du col

° en ventral, la vessie (sa face dorso-craniale et une partie du dôme), par l'intermédiaire du cul de sac vésico-utérin

° en dorsal, le rectum (ampoule rectale), par l'intermédiaire du cul de sac recto-génital (cul de sac de Douglas)

° en latéral,

* dans le mésomètre, qui est le prolongement cranial, du paramètre sur les bords latéraux du corps utérin, les vaisseaux utérins

* dans le paramètre, on trouve un élément important qui est le *croisement* de l'uretère et de l'artère utérine

° en cranial, au niveau du fundus utérin, les anses grêles et le colon sigmoïde.

* **Portion intra-vaginale** : le col est séparé de la paroi vaginale par un cul de sac annulaire

° en ventral, le septum vésico-vaginal et par son intermédiaire, le *trigone vésical*

° en dorsal, le *rectum (cap du rectum)* -> TR

° en latéral, se trouve le *paravagin (ou paracervix)*, prolongement caudal du paramètre.

2.1.4. Vascularisation :

2.1.4.1. Artères :

⇒ **Artère utérine** : c'est l'artère principale de l'utérus

Origine : elle naît du tronc ventral de l'artère iliaque interne

Trajet : Trois segments par rapport aux ligaments larges

* **Segment pariétal ou rétroligamentaire**, presque vertical, plaqué contre la paroi pelvienne

* **Segment paramétrial ou sous-ligamentaire**, oblique en caudal, en médial et en ventral, en direction du col où elle va effectuer sa croise qui enjambe l'uretère

* **Segment mésométrial ou intra-ligamentaire** où elle longe le bord latéral de l'utérus entre les deux feuillets, ventral et dorsal, du ligament large, à l'intérieur du mésométrium

Terminaison : au niveau de la corne de l'utérus

* **Artère rétrograde** du fundus utérin

- * **Artère tubaire médiale** s'anastomosant avec la tubaire latérale
- * **Artère ovarienne médiale** s'anastomosant avec l'artère ovarique latérale dans le mésovarium

Branches collatérales

- * **Segment rétro-ligamentaire** : aucune

- * **Segment sous-ligamentaire** :

- ° Plusieurs artères vésico-vaginales (5 à 6) qui naissent avant le croisement avec l'uretère
- ° Une artère cervico-vaginale, naît après le croisement avec l'uretère, destinée en particulier à la portion intra-vaginale du col utérin. Elle naît après le croisement de l'uretère.
- ° Un artère urétérique inférieure, inconstante qui naît au niveau du croisement avec l'uretère.

- * **Segment ligamentaire**

- ° **Artères supra-vaginales du col**, au nombre de 6 en moyenne
- ° **Artères du corps**, au nombre de 8 en moyenne, pénètrent dans le *myomètre* et se divisent en branches ventrales et dorsales

⇒ **Artères accessoires** :

- * artère ovarienne
- * artère du ligament rond, née de l'artère épigastrique inférieure

2.1.4. 2. Veines : satellites des artères

2.1.5. Lymphatiques :

Du corps utérin : 3 pédicules

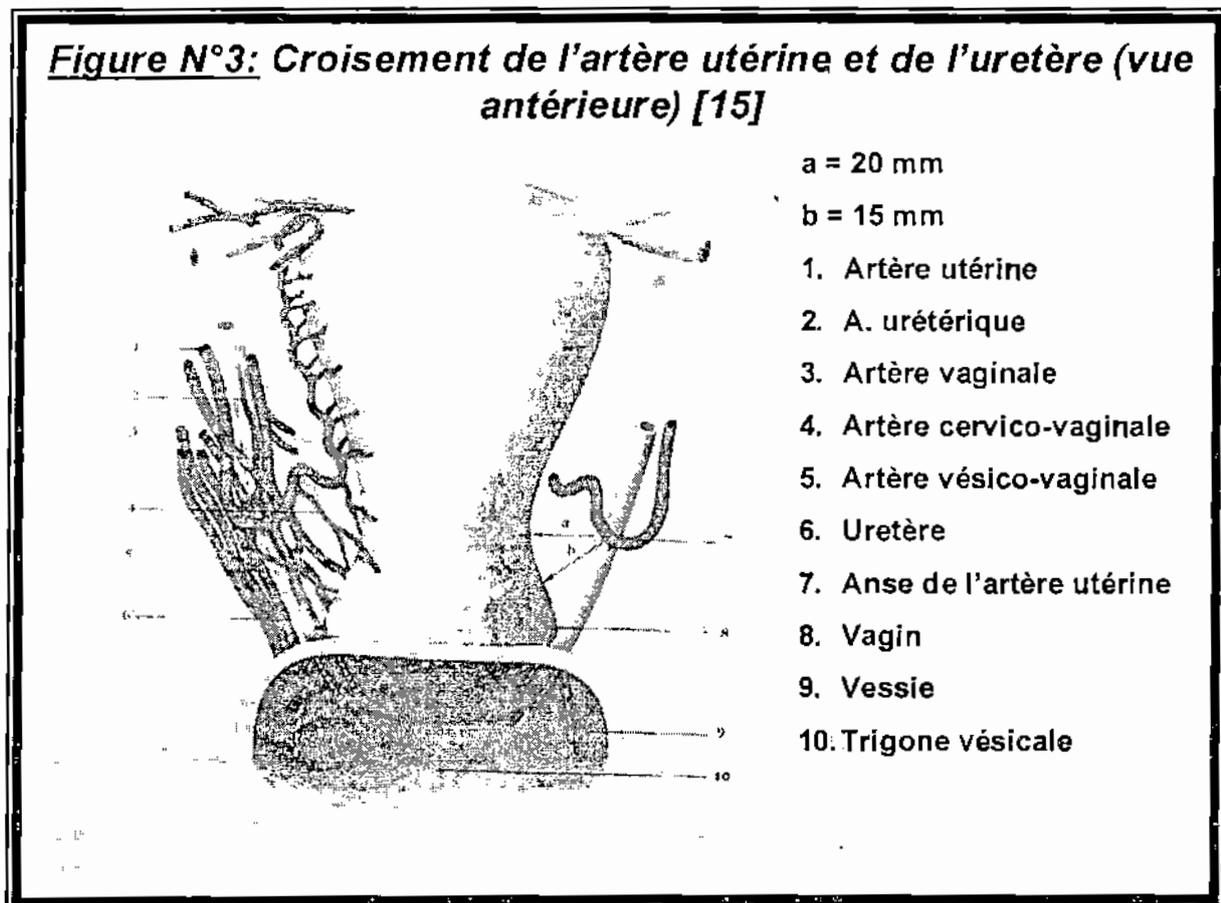
- * **Principal**, utéro-ovarien, aboutit aux noeuds latéro-aortiques voisins de l'origine de l'artère mésentérique inférieure (L3)
- * **Accessoire**, vers les noeuds iliaques externes

* **Inconstant**, suivant le ligament rond jusqu'aux noeuds inguinaux superficiels
du col utérin : le pédicule principal aboutit aux noeuds iliaques externes.

Les lymphatiques du col et du corps sont anastomosés entre eux mais aussi aux réseaux vaginal et annexiel, d'où la complexité de la propagation du cancer de l'utérus.

2.1.6. Nerfs :

Ils sont regroupés en 2 pédicules, au niveau du col et du corps et dépendent tous les deux du plexus hypogastrique.



2.2. Le bassin : canal pelvis- génital

Il comprend deux éléments :

- le bassin osseux
- le diaphragme musculo aponévrotique du périnée

2.2.1. Le bassin osseux :

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs, constitué par les deux os iliaques en avant et latéralement, par le sacrum et le coccyx en arrière. Il est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison, nous ne décrivons que le petit bassin. Celui-ci est formé de deux orifices : supérieur et inférieur séparés par une excavation.

2.2.1.1. L'orifice supérieur ou détroit supérieur :

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

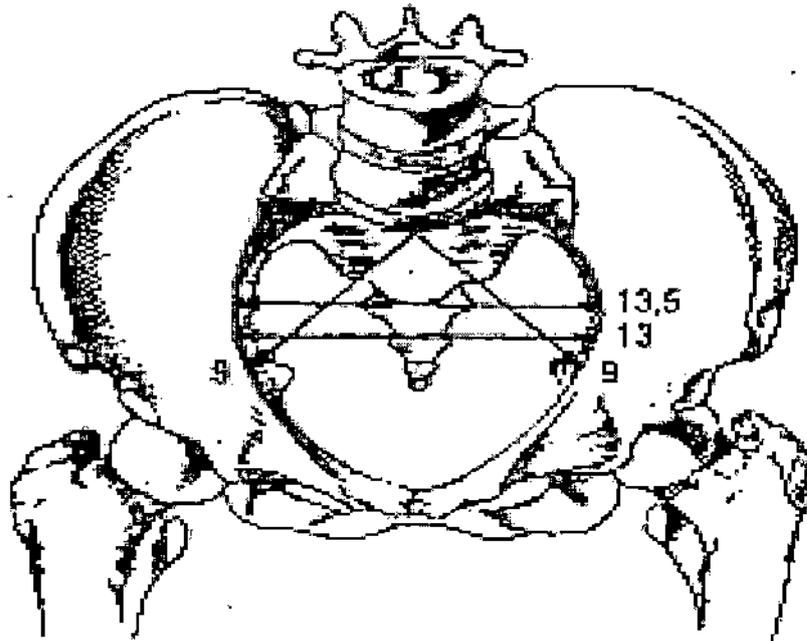
- en avant : le bord supérieur de la symphyse pubienne et le corps du pubis, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées.
- de chaque côté : les lignes innominées et le bord antérieur des ailerons sacrés.
- en arrière : le promontoire.

Les diamètres du détroit supérieur :

- Les diamètres antéropostérieurs : vont du pubis en avant au promontoire en arrière. On distingue :
 - le promonto-sus-pubien=11 cm
 - le promonto-retropubien=10,5 cm c'est le diamètre utile.
 - le promonto-souspubien=12 cm
- Les diamètres obliques : vont de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12 cm. Le gauche est le plus utilisé par la présentation.

- Les diamètres transversaux : le transverse médian situé à égale distance entre le pubis, et le promontoire.
- Les diamètres sacro cotyloïdiens : réunissent le promontoire à la région acétabulaire. Ces deux diamètres prennent toute leur importance dans les bassins asymétriques et chacun mesure 9 cm.

Figure N°4 : Le détroit supérieur vue de face [15]



Détroit supérieur : diamètres transverse et sacro cotyloïdien.

2.2.1.2. L'excavation pelvienne :

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

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

2.2.1.3. Le détroit inférieur ou l'orifice inférieur :

Il constitue le plan de dégagement du fœtus.

Il est limité :

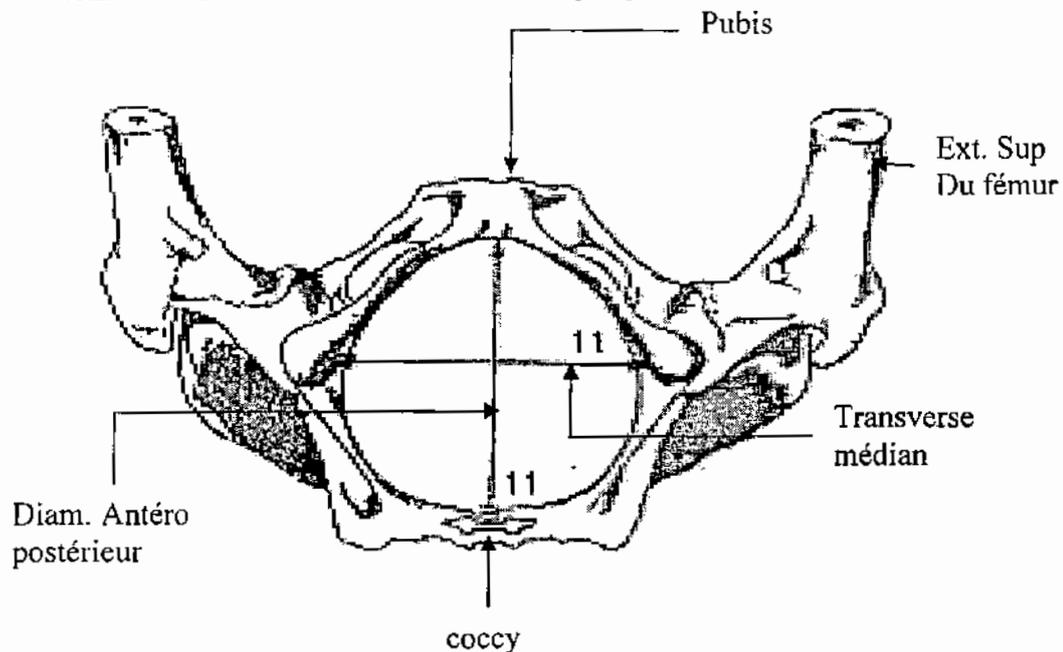
- en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne
- en arrière par le coccyx
- latéralement d'avant en arrière :
 - par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et celui des tubérosités ischiatiques.
 - et par le bord inférieur des ligaments sacro-iliaques.

Les diamètres du détroit inférieur

- le diamètre sous coccy-sous-pubien est de 9,5 cm mais, peut atteindre 11 à 12 cm en rétro pulsion ;
- le diamètre sous-sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11 cm.

Tels sont là différents éléments constitutifs du bassin obstétrical normal.

Figure N°5: Le détroit inférieur [15]



2.2.1.2. Le diaphragme pelvis génital :

Le diaphragme pelvien principal :

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

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

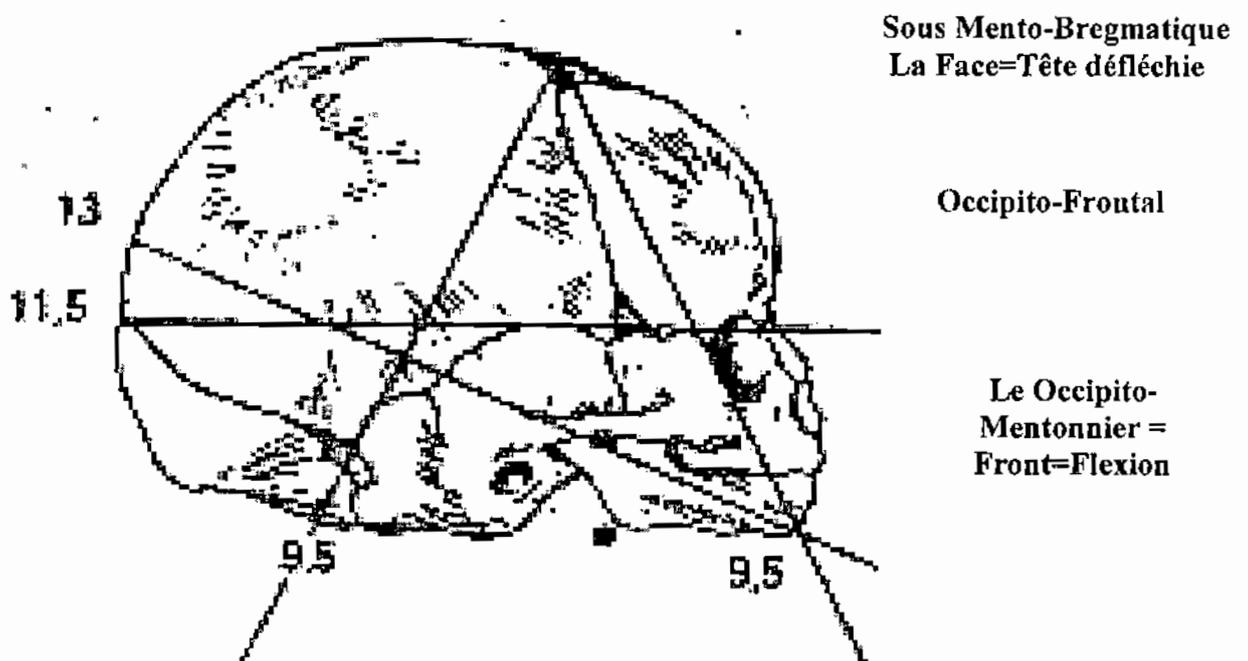
Le diaphragme pelvien accessible :

C'est le périnée anatomique. Il se divise en :

- périnée postérieur qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus et en arrière un ensemble musculaire se joignant sur le raphé ano-coccygien.
- périnée antérieur qui comprend les muscles péri vaginaux et péri vulvaires et le noyau fibreux central.

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

Figure N°6 : Crâne foetal vue de profil [15]



2.3. Utérus gravide :

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

Selon MERGER [21], les dimensions sont les suivantes :

	Largeur	Hauteur
A la fin du troisième mois :	10 cm	13 cm
A la fin du sixième mois :	16 cm	24 cm
A terme :	22 cm	32 cm

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.

La particularité de l'utérus gravide est l'apparition au dernier trimestre du segment inférieur, entité anatomique développée au niveau de la région isthmique. Du point de vue anatomique ; son origine, ses limites, sa structure faisant l'objet de discussion entre les auteurs, la méconnaissance de ses rapports pourrait favoriser la survenue de complications per-opératoires.

En avant :

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

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

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

En haut : les intestins c'est-à-dire anse grêle en haut et en arrière le côlon sigmoïdien et le rectum.

3. PHYSIOLOGIE D'UN ACCOUCHEMENT NORMAL

3.1. Les contractions [15]:

L'organisme cherche en quelque sorte à stimuler le myomètre (muscle de l'utérus). Des contractions irrégulières commencent d'abord à apparaître (les contractions de Braxton-Hicks). Certaines femmes enceintes, les sentant apparaître, décident de partir sur-le-champ pour l'hôpital, alors que le travail n'a pas encore débuté. C'est l'ocytocine qui permet la transformation des fausses contractions en vrai travail. Cette hormone exerce d'autre part une action stimulante sur le placenta. La sécrétion de prostaglandine (autre hormone stimulant les contractions de l'utérus) entraîne des contractions à l'augmentation du stress émotionnel et physique, qui stimule les différentes sécrétions hormonales que nous venons de voir. L'ocytocine et les prostaglandines sont essentielles au déclenchement du travail chez l'être humain. Il est donc important de ne pas prendre d'aspirine ou un médicament contenant de l'ibuprofène, car ces 2 molécules ont une action contre les prostaglandines. La prise de ces médicaments aurait pour conséquence d'inhiber le déclenchement du travail. Certains accouchements prématurés étant provoqués par une trop grande quantité d'ocytocine, dans ce cas, on utilise ces médicaments pour prévenir l'accouchement prématuré. Une autre hormone, la fibronectine foetale, intervient et facilite la production d'un lubrifiant juste avant le début du travail.

3.2. Le début du travail :

Il se caractérise par des contractions faibles mais régulières, qui ressemblent à des douleurs intestinales. Ces contractions débutent vers le haut de l'utérus et descendent vers le vagin. Elles reviennent toutes les quinze à trente minutes au début, et durent environ 10 à 30 secondes. Le travail avançant, les contractions s'intensifient et deviennent plus rapides et plus fréquentes, faisant contracter l'ensemble de l'utérus pour aboutir normalement à l'ouverture totale du col (ce qui correspond à un diamètre de 10 cm environ), qui permettra le passage de la tête du bébé. La tête de l'enfant vient buter sur le col utérin. Chaque contraction supplémentaire ramollit davantage le col. Généralement, à cet instant, la maman ressent un écoulement, pris parfois pour une émission d'urine : c'est la rupture de la poche des eaux (l'amnios) accompagnée d'une partie du liquide amniotique ; la

période de dilatation du col de l'utérus (ouverture du passage entre l'utérus et le vagin) est la plus longue étape du travail : elle peut durer jusqu'à 10 heures (parfois plus). Elle permet l'engagement de la tête de l'enfant dans le bassin. Celle-ci commence alors sa descente, en décrivant une rotation lui permettant de franchir le petit détroit inférieur du bassin. Quand la dilatation complète est obtenue, la période d'expulsion peut enfin débiter. Elle précède de quelques minutes l'accouchement proprement dit. Les contractions vont se produire toutes les 2 à 3 minutes, et à dilatation complète, elles entraînent l'effacement du col. A partir de cet instant, la maman ressent une très forte envie d'expulser (sauf en cas de péridurale). Cette poussée se fait en utilisant les muscles abdominaux, et sa durée varie d'une femme à l'autre, pouvant aller de quelques minutes à quelques heures.

3.3. L'expulsion

Cette phase de l'accouchement se déroule très rapidement (sauf problème de dystocie : accouchement difficile). Au moment où la tête est au couronnement (juste avant son passage par la vulve), l'accoucheur doit prendre la décision de faire ou pas une épisiotomie (incision du périnée afin d'éviter qu'il ne soit déchiré lors du passage de la tête). Une fois que la tête a franchi le vagin, le reste du corps suit sans problème. Il ne reste plus qu'à clamber (pincer) le cordon ombilical puis à le sectionner.

3.4. La délivrance

Dernière partie de l'accouchement, elle survient dans les 15 à 30 minutes qui suivent la naissance de l'enfant. Les contractions utérines, qui continuent juste après l'accouchement, compriment les vaisseaux sanguins de l'utérus et réduisent le saignement en provoquant le décollement du placenta. Il faut alors extraire celui-ci et les membranes fœtales qui l'accompagnent, en tirant délicatement sur le cordon ombilical. Il ne doit en aucun cas persister un fragment de placenta dans l'utérus, afin d'empêcher que les saignements se poursuivent à l'issue de l'accouchement (hémorragie de la délivrance). Il est donc nécessaire de vérifier l'intégralité du placenta après son expulsion. S'il est incomplet, l'accoucheur pratique une révision utérine (il introduit sa main gantée dans l'utérus afin d'en extraire les résidus de placenta). Il faut également compter le nombre de vaisseaux sanguins dans le

cordon ombilical après l'expulsion du placenta. En effet, l'absence d'une artère ombilicale est souvent associée à des troubles cardio-vasculaires chez l'enfant.

3.5. Les différentes présentations

L'accouchement est considéré comme céphalique quand la tête du bébé passe la première. En cas de présentation du postérieur du bébé en premier, on parle de présentation du siège. L'accouchement peut également se faire par une épaule ou par les jambes.

4. LA CESARIENNE :

4.1. Définition :

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus [21]. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après coeliotomie, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale.

4.2. La fréquence :

En augmentation régulière depuis le début du siècle, la fréquence des césariennes s'est stabilisée selon la plupart des auteurs entre 5 et 14% [36].

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

4.3. Les indications :

Les indications de la césarienne ont beaucoup évoluées. Alors que les conditions obstétricales se sont améliorées, que la pathologie osseuse est devenue à la fois plus rare et moins grave, deux éléments sont venus modifier la situation : d'une part, des raisons médicales qui conduisent à terminer plus souvent la grossesse chirurgicalement dans l'intérêt de la mère et de l'enfant; de l'autre, une meilleure surveillance de l'état foetal par l'imagerie et le monitoring, qui entraînent une augmentation des interventions obstétricales, tant au cours de la grossesse que pendant le travail d'accouchement.

La pensée constante de l'obstétricien de faire naître l'enfant dans le meilleur état possible l'a rendu beaucoup plus large dans ses indications de voie haute.

Cette préoccupation essentielle ne doit pas faire oublier les conséquences de la césarienne pour la mère, ainsi que l'hypothèque qu'elle fait peser sur les enfants à venir.

De plus, la césarienne ne doit pas être une opération de facilité ou de couverture par crainte de la responsabilité car elle n'est pas dénuée de risque.

4.3.1. Indications maternelles

4.3.1.1. Les obstacles praevia :

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

4.3.1.2. Les dystocies dynamiques :

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

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

4.3.1.3. Les indications liées à l'état génital :

La présence de cicatrice utérine :

- Les cicatrices utérines par césarienne antérieure :

C'est l'indication dominante de nos jours. Elle pose le problème de sa solidité et de sa résistance qui est variable selon que la césarienne soit segmentaire ou corporéale.

Un antécédent de césarienne conduit à une nouvelle césarienne lorsque la cause persiste. Parfois, après vérification de la qualité de la cicatrice par l'hystérogaphie, on peut tenter l'épreuve sur cicatrice. Cette épreuve doit être abandonnée en cas d'apparition de souffrance fœtale, de signe de pré rupture, d'arrêt de la dilatation ou de baisse brutale de la pression intra cavitaire au cathétérisme utérin.

Les utérus bi cicatriciels ou plus imposent la césarienne.

- Quant aux cicatrices utérines, non obstétricales (myomectomies, hystéropasie, ...) autoriseront souvent la voie basse.

L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparé (les antécédents de déchirure complète et compliquée.)

4.3.2. Indications materno-fœtales

4.3.2.1. Les dystocies mécaniques :

⇒ Les disproportions fœto-pelviennes :

Cette notion renferme en réalité deux entités nosologiques distinctes : il s'agit soit d'une étroitesse du canal pelvi-génital, soit d'un excès de volume du fœtus : l'une ou l'autre constituant une entrave à la progression du mobile fœtal [26]. La pelvimétrie associée à l'échographie permet la réalisation du diagramme de MAGNIN, très important dans le pronostic de la traversée par le fœtus de la filière pelvienne. Nous pouvons citer :

► Les bassins franchement rétrécis :

- bassin ostéomalacique;
- bassin traumatique avec gros cal ;
- bassin généralement rétréci : tous les diamètres sont réduits. Le bassin est complètement exploré au toucher vaginal.

► Les bassins limites : au toucher vaginal le promontoire est atteint. Dans la grande majorité des cas, la césarienne n'est indiquée qu'après l'échec de l'épreuve du travail ou s'il y a d'autres facteurs associés.

► L'excès de volume fœtal : il peut être global, c'est le gros fœtus dont le poids est supérieur à 4000g [21] ; il est parfois localisé.

4.3.3. Indications fœtales

4.3.3.1. Les présentations dystociques :

- la présentation de l'épaule.
- la présentation du front, l'indication est formelle dans la forme typique, éventuelle dans la forme bregmatique.
- la présentation de la face : ne conduit à la césarienne qu'en cas de rotation de la tête en mento-sacrée.
- la présentation du siège : dans la majorité des cas, ne conduit à la césarienne que lorsqu'elle s'associe à d'autres facteurs.

4.3.3.2. La souffrance fœtale :

Elle peut être aiguë ou chronique. Sa fréquence selon la littérature varie de 20 à 25% (38). Elle est l'une des causes de la hausse du taux des césariennes dans le monde. On la rencontre en général dans le cadre d'une pathologie materno-fœtale.

La souffrance fœtale chronique s'observe généralement dans les pathologies avec retard de croissance intra-utérine et les dépassements de terme.

La souffrance fœtale aiguë survient au cours du travail d'accouchement. Elle peut compliquer une souffrance fœtale chronique, alors redoutable.

Le diagnostic de la souffrance fœtale se fait par l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et par la mesure du pH intra-utérin.

Dans notre contexte, le diagnostic se fait par l'appréciation de l'aspect du liquide amniotique et l'écoute des BDCF au stéthoscope de pinard.

4.3.3.3. Autres indications fœtales :

❖ Les grossesses multiples :

La césarienne est indiquée en cas de présentation dystocique du premier jumeau, d'utérus cicatriciel et de souffrance fœtale.

❖ L'enfant précieux :

4.3.4. Les indications liées aux annexes du fœtus :

- Le placenta praevia : conduit à la césarienne s'il est recouvrant ou hémorragique.
- L'hématome rétro placentaire dans sa forme dramatique conduit à la césarienne.
- La procidence du cordon battant
- La rupture prématurée des membranes : elle n'est pas toujours individualisée comme indication de la césarienne.

4.4. Contre-indications

Plusieurs auteurs s'accordent pour dire qu'il n'existe pas de contre-indication absolue de la césarienne mais seulement des contre-indications relatives. Thoulon [36] les a résumées en :

- Infection amniotique
- Malformation fœtale majeure (anencéphalie, hydrocéphalie)
- Mort in utero et défaut de maturité fœtale.

La césarienne peut être indiquée pour une :

- dystocie fœtale (monstre double par exemple avec risque maternel).
- omphalocèles ou laparochisis.

4.5. Techniques de la césarienne classique :

Les techniques ont été si nombreuses depuis les débuts de l'intervention jusqu'à maintenant. Nous allons décrire ici la césarienne segmentaire.

La césarienne segmentaire :

- ◆ Premier temps : mise en place des champs abdominaux; coeliotomie sous ombilicale ou transversale dans un souci esthétique surtout.
- ◆ 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 se fait sans difficulté.
- ◆ Quatrième temps : incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ; le premier procédé est le plus utilisé mais certains auteurs sont restés fidèles à l'incision segmentaire longitudinale. Ce procédé peut être le seul possible lorsqu'on pratique une césarienne sur une grossesse encore loin du terme, le segment inférieur étant insuffisamment formé.
- ◆ Cinquième temps : extraction de l'enfant. Dans la présentation céphalique, plusieurs techniques sont décrites. Dans les autres présentations, la plupart des auteurs conseillent d'abord de rechercher un pied.
- ◆ Sixième temps : c'est la délivrance par expression du fond utérin ou délivrance manuelle par l'orifice d'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 de péritoine pré segmentaire avec du catgut fin ou vicryl 3/0 en surjet simple 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.

4.5.1. Modes d'ouverture pariétale :

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

♦ La laparotomie médiane : celle-ci peut se faire de deux manières, en sous ombilicale ou en sus et sous ombilicale. La laparotomie médiane sous ombilicale est utilisée comme une des voies d'abord dans la césarienne segmentaire tandis que la laparotomie sus et sous ombilicale est utilisée pour la césarienne corporéale.

♦ La laparotomie transversale basse ou incision de PFANNENSTIEL :

C'est une incision sus-pubienne transversale. Elle se situe à environ

3 cm au dessus du rebord supérieur du pubis. Cette technique est préférable à la laparotomie médiane pour trois raisons :

- un résultat esthétique meilleur
- une incidence très basse des hernies cicatricielles
- et une meilleure résistance à une éventuelle mise sous tension lors d'une grossesse ultérieure.

Cependant l'exécution de l'incision de PFANNENSTIEL prend beaucoup de temps, d'où elle n'est pas conseillée en cas d'urgence.

4.5.2. Types d'hystérotomie :

❖ Hystérotomie segmentaire transversale

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

❖ Hystérotomie segmentaire longitudinale

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

❖ Hystérotomie corporéale

L'incision se fait sur longitudinalement sur le corps utérin à sa face antérieure.

Cette technique est d'indication récente pour deux raisons :

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

- La cicatrice obtenue est de mauvaise qualité. Une nouvelle grossesse fait courir le risque d'une rupture utérine inopinée au cours du travail d'accouchement.

- ❖ **Hystérotomie segmento-corporéale**

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

- ❖ **Césarienne itérative**

Il s'agit d'une hystérotomie à faire sur l'ancienne cicatrice de césarienne.

4.5.3. Anesthésie et césarienne :

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

4.5.3.1. Anesthésie locorégionale:

Les avantages :

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

Les inconvénients :

Une hypotension liée au bloc sympathique, la prévention s'obtient par remplissage vasculaire.

4.5.3.2. Anesthésie générale :

Avantage :

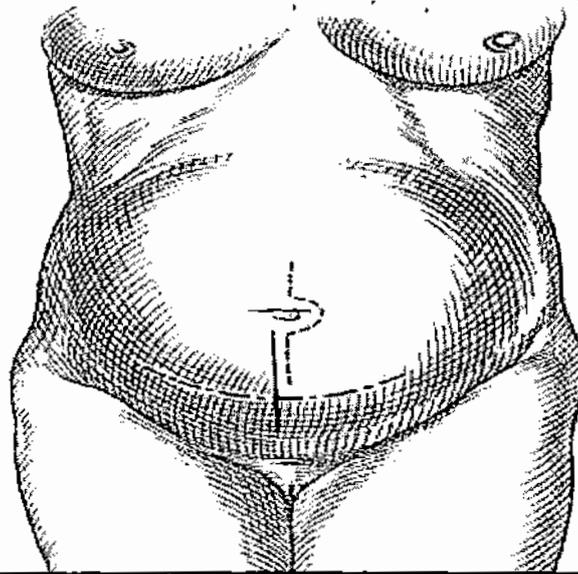
L'induction est rapide, c'est une technique fiable, contrôlable avec hypotension modérée [11].

Inconvénients :

Le risque d'inhalation est élevé dans ce cas-ci (syndrome de Mendelson), ainsi que la dépression du nouveau-né.

Figure N°6 Technique classique de la césarienne [15]

0 Voies d'abord



Césarienne, tracée des incisions pariétales, en pointillé : incision de la césarienne corporéale, en trait plein : incision de la césarienne segmentaire , en trait -point : incision de pfannestiel .

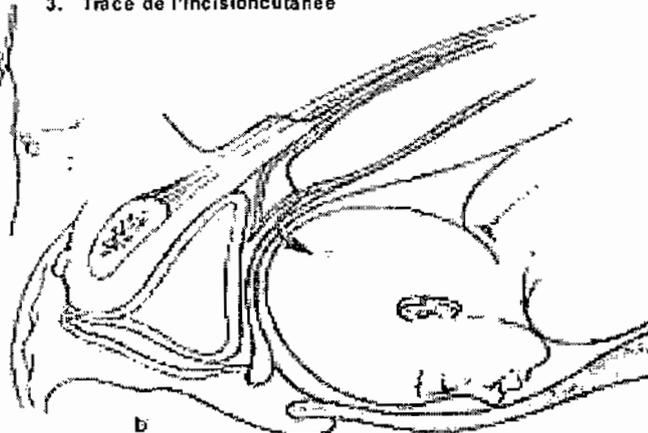
Figure N°7: Technique classique de la césarienne

0 Voies d'abord : Incision de Pfannenstiel

1. Zone de décollement
2. Tracé de l'incisionaponévrotique
3. Tracé de l'incisioncutanée



Coupe frontale



Coupe sagittale

Figure N°8: Technique classique de la césarienne

⊕ **Décollement vésical**

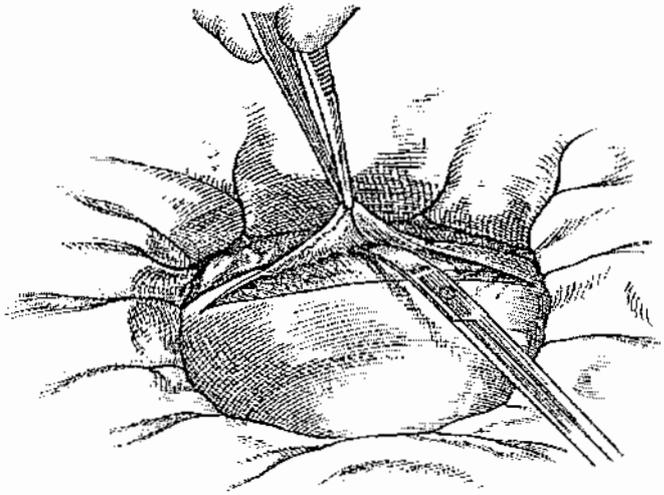
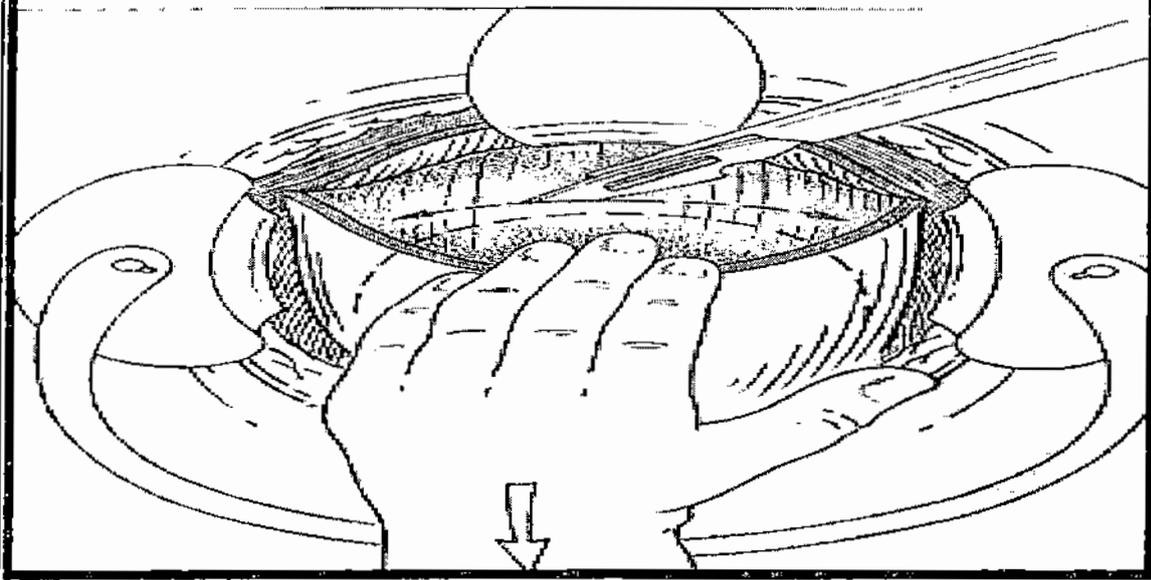
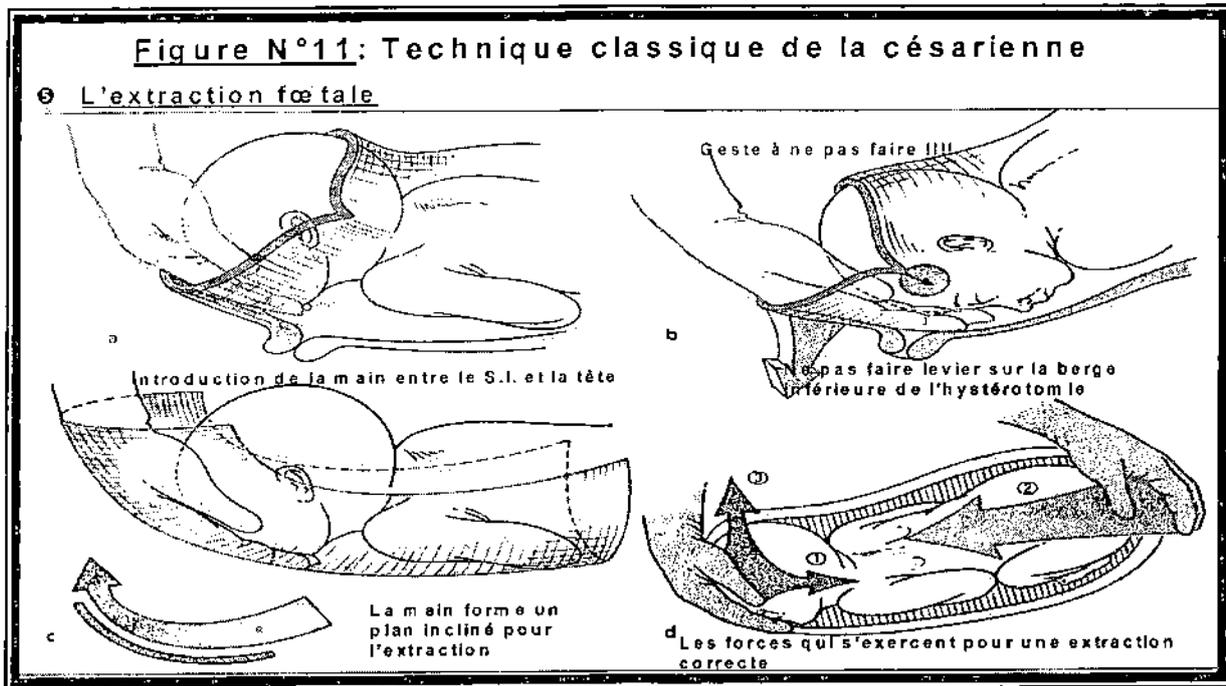
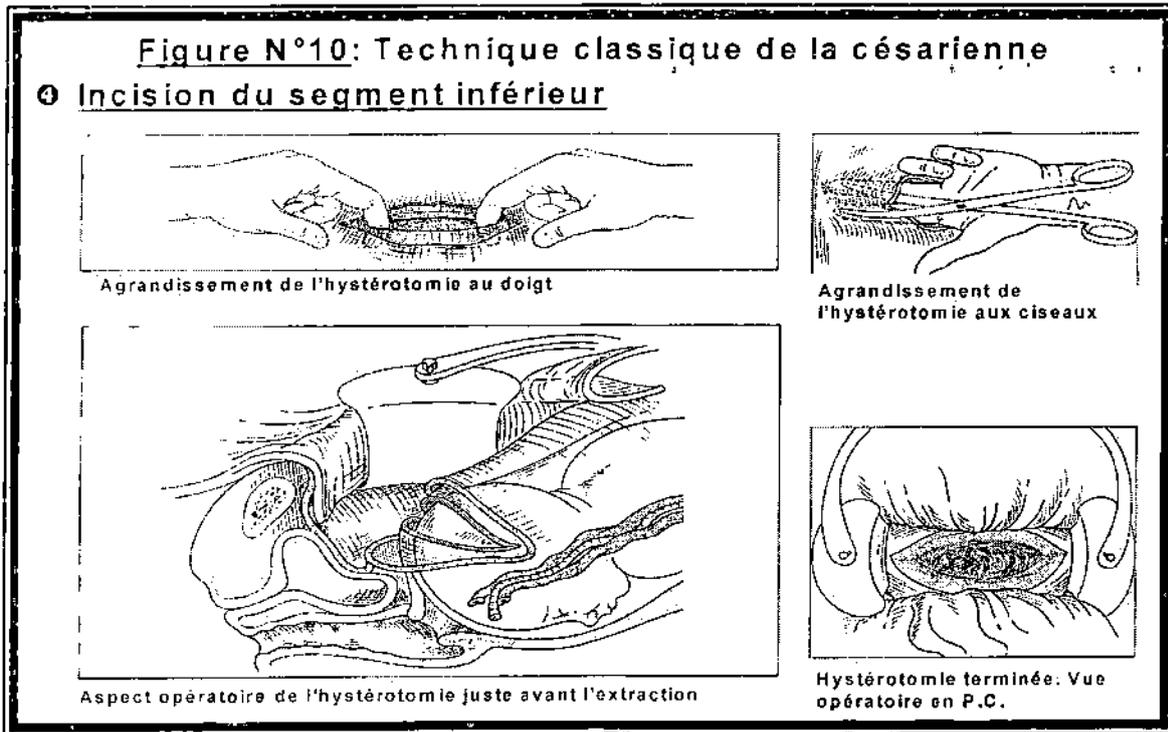


Figure N°9: Technique classique de la césarienne

⊕ **Incision du segment inférieur**





5. LES COMPLICATIONS MATERNELLES POST-CESARIENNE :

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

5.1. Les complications maternelles :

- **Infectieuses :**

Elles sont les plus fréquentes, 30-40% des césariennes selon la littérature [38].

- Les principales complications infectieuses sont l'endométrite, les suppurations et abcès de la paroi, voire même la septicémie.
- Les péritonites post-opératoires sont devenues exceptionnelles
- Les septicémies.

- **Les suppurations et abcès de paroi :**

Ils sont relativement fréquents et conduisent à la mise à plat, avec éventuellement un drainage par lame si l'abcès est volumineux.

- **Les occlusions paralytiques :**

Elles s'observent mais elles cèdent au traitement médical : lavements hypertoniques, aspiration duodénale continue et rétablissement de l'équilibre humoral.

- **L'occlusion post-opératoire par brides :**

Tardive, relativement fréquente après les césariennes corporéales, ne se voit guère après les césariennes segmentaires.

Les embolies pulmonaires : restent possibles, après phlébite, quoique celle-ci soit aujourd'hui traitée plus efficacement par les anticoagulants et le laser.

- **La désunion spontanée de la cicatrice utérine :**

Naguère assez fréquente au cours d'un accouchement ultérieur et même au cours de la grossesse après césarienne corporéale, est rare après la césarienne segmentaire bien exécutée [38].

- **Hémorragie post-opératoire :**

Plusieurs sources existent :

- hématome de la paroi
- saignement des berges d'hystérotomie par hémostase insuffisante ; exceptionnellement, hémorragie vers J10-J15 post-opératoire après lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

- **Les complications digestives :**

L'iléus paralytique post-opératoire fonctionnel, les vomissements, la diarrhée, sub-occlusion voire occlusion.

- **La maladie thromboembolique :**

Elle est prévenue par le lever précoce, voire l'héparinothérapie dans les cas à risque (phlébite, antécédent de MTE).

- **Les complications diverses :**

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésico-vaginales, embolie gazeuse, embolie amniotique, mortalité maternelle.

5.2. Les complications chez le nouveau-né :

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

- les complications liées aux drogues anesthésiques : dépression du nouveau né.
- Les complications infectieuses.
- La mortalité néonatale.

III

Méthodologie

III- METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako .

1.1 Situation géographique et services :

La commune II couvre une superficie de 17 Km² soit environ 7% de la superficie totale du District de Bamako avec une population de 137 975 habitants (recensement du 31/03/2001).

Elle est limitée :

Au nord par le pied de la colline du Point G.

Au sud par le fleuve Niger

A l'est par le marigot de Korofina

A l'ouest par la route goudronnée (Boulevard du peuple passant par l'institut d'Ophtalmologie tropicale d'Afrique : IOTA Traversant le grand marché jusqu'au pont des Martyrs).

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribogou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medina-coura, Missira, Niarela, Quinzambougou, Téléphone sans fil (TSF), Zone industrielle, N'gomi)

Le centre de santé se trouve à Missira

Il comporte plusieurs services :

- l'administration
- la pharmacie
- le service d'oto-rhino-laryngologie
- le service d'ophtalmologie
- le service de médecine
- le service de chirurgie générale
- le service de gynécologie obstétrique
- le service d'odontostomatologie
- le service de pédiatrie
- le service du PEV (Programme Elargie de Vaccination)

1.2 Description du cadre d'étude

Le service gynécologie obstétrique occupe le rez-de chaussée

A l'étage se trouvent l'administration et certains services

Il comporte :

- une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement
- une salle d'attente et de suite de couche immédiate avec trois lits
- une salle de garde pour les sages femmes
- une salle de garde pour les infirmières et les aides soignantes
- un Bureau pour la sage femme maîtresse
- une toilette externe pour le personnel
- une unité de consultation prénatale
- une unité de planning familial
- une unité post natale
- une Unité de PTME (Prévention de la transmission mère enfant du VIH)
- une salle d'échographie
- une unité de gynécologie et de grossesse a haut risque
- trois salles d'hospitalisation

Le personnel comprend

- un professeur en gynécologie obstétrique, qui est le chef de service
- six médecins
- la sage femme maîtresse
- dix neuf étudiants faisant fonction d'interne
- vingt neuf sages femmes
- quatre infirmières obstétriciennes
- vingt aides soignantes
- quatre chauffeurs
- cinq manoeuvres

2. Fonctionnement du service de gynécologie obstétricale

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne 24H/24H

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses a risque) sont assurées par le professeur Sy, elle est appuyée dans sa tâche par les médecins à compétence gynécologique (les CES) et les étudiants faisant fonction d'interne.

Les autres unités fonctionnent tous les jours ouvrables et sont gérées par les sages femmes avec l'aide des infirmières et des aides soignantes.

Une équipe de garde quotidienne travaille vingt quatre heures sur vingt quatre en salle d'accouchement. Elle est composée de CES, quatre étudiants faisant fonction d'interne, d'une sage femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide soignante, d'un chauffeur et d'un manoeuvre. L'équipe d'obstétrique est sous la responsabilité du Professeur Sy.

Une réunion (staff) se tient tous les jours ouvrables à huit heures pour discuter de la prise en charge des cas d'urgence admises la veille ainsi que des accouchements effectués. Elle est dirigée par le professeur et en cas d'absence par un médecin à compétence gynécologique et obstétricale.

On note depuis le 29 décembre 2006 l'ouverture d'un bloc opératoire et l'arrivée de 5 médecins en étude de spécialisation en gynécologie et obstétrique pour appuyer les équipes de garde.

3. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude longitudinale descriptive

4. période d'étude :

L'étude s'est déroulée de janvier 2007 à décembre 2007 soit 12 mois.

5. Population d'étude :

Patientes ayant bénéficié d'une césarienne pendant la période d'étude.

6. Echantillonnage :

6.1. Critères d'inclusion :

- Patiente ayant bénéficié d'une césarienne et ayant présenté une complication post-opératoire.
- Patient avec dossier complet

6.2. Critères de non inclusion :

- Patiente ayant bénéficié d'une césarienne dont les suites opératoires ont été simples.
- Patiente ayant bénéficié d'une césarienne dans un autre centre.

Au total 64 patientes ont été retenues

7. Collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir du registre d'accouchement, des dossiers d'hospitalisation, des partogrammes, des fiches de référence; des carnets de CPN, du registre de compte rendu opératoire et d'une fiche d'enquête dont un exemplaire est porté en annexe.

8. Traitement informatique :

La saisie des dossiers a été effectuée sur le logiciel Epi-Info (6.04dfr).

IV

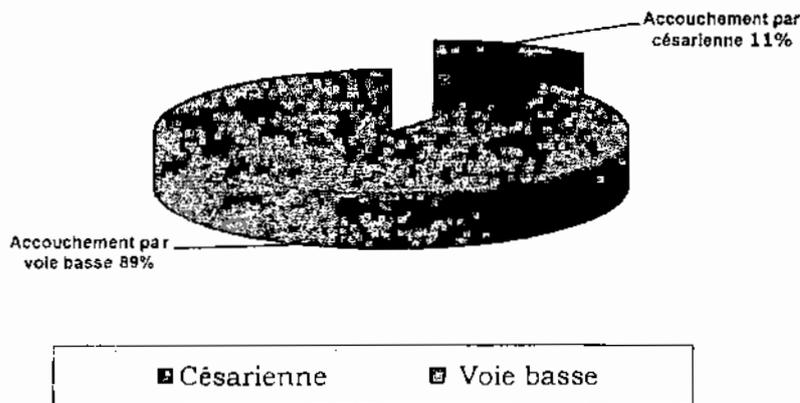
Résultats

IV- RESULTATS

I. Fréquence :

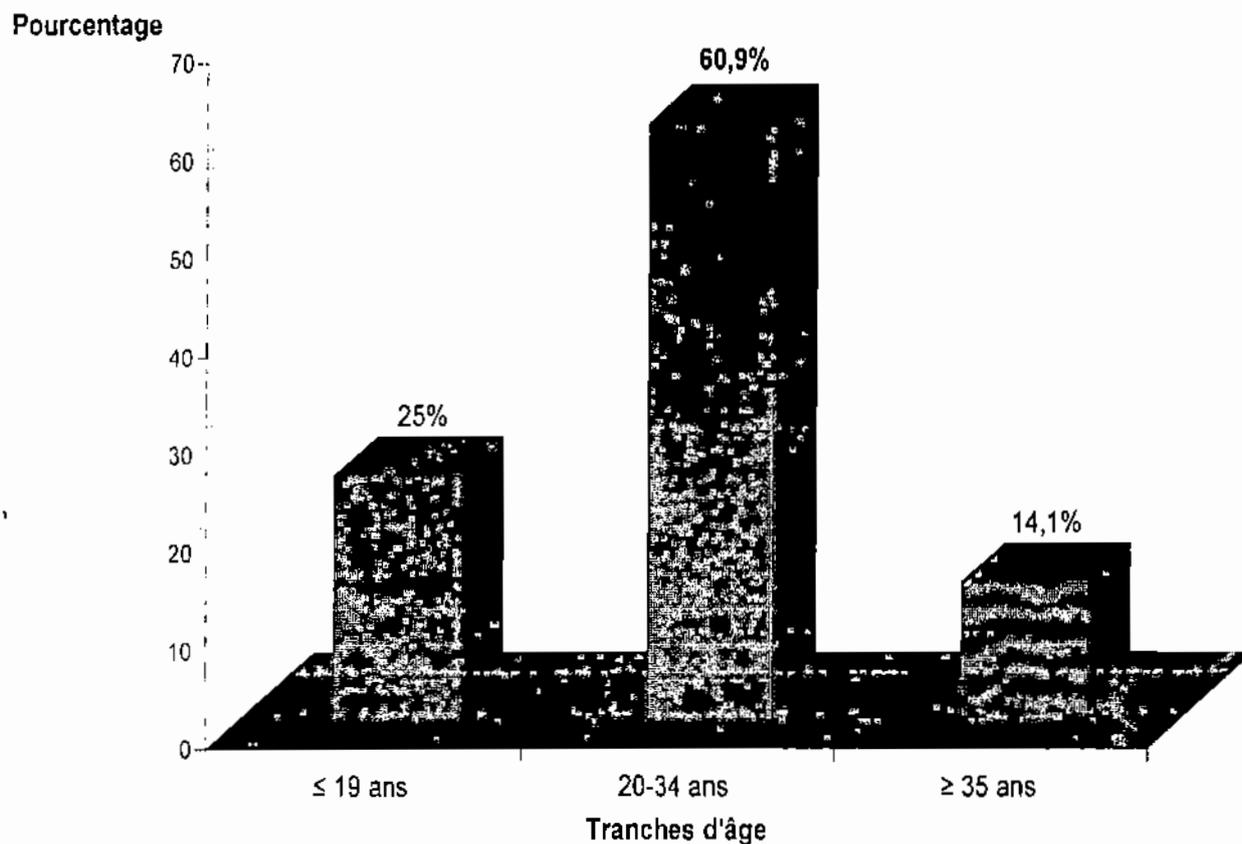
Sur 3583 accouchements effectués pendant la période d'étude, nous avons enregistré 394 césariennes soit 11% de l'ensemble des accouchements. Sur cet effectif, 64 patientes avaient des complications post-césariennes (64/394) soit 16,2%.

Figure 1: fréquence des césariennes par rapport à l'ensemble des accouchements.



II. Profil sociodémographique :

Figure 2: Répartition des patientes selon la tranche d'âge



La tranche d'âge 20-34 ans prédominait notre échantillon avec des extrêmes de 16 et de 40ans.

Tableau I: Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif absolu	Pourcentage
Ménagère	43	67,2
Aide ménagère	7	10,9
Commerçante	11	17,2
Elève ou étudiante	3	4,7
Total	64	100

Les patientes étaient des femmes de ménages dans 67,2% des cas.

Figure 3: Répartition des patientes selon la résidence

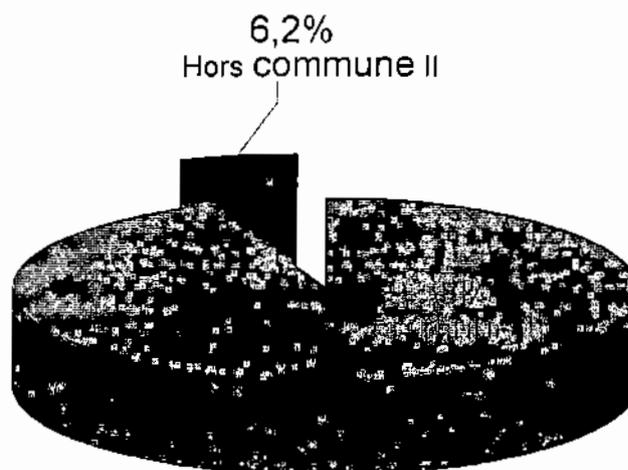
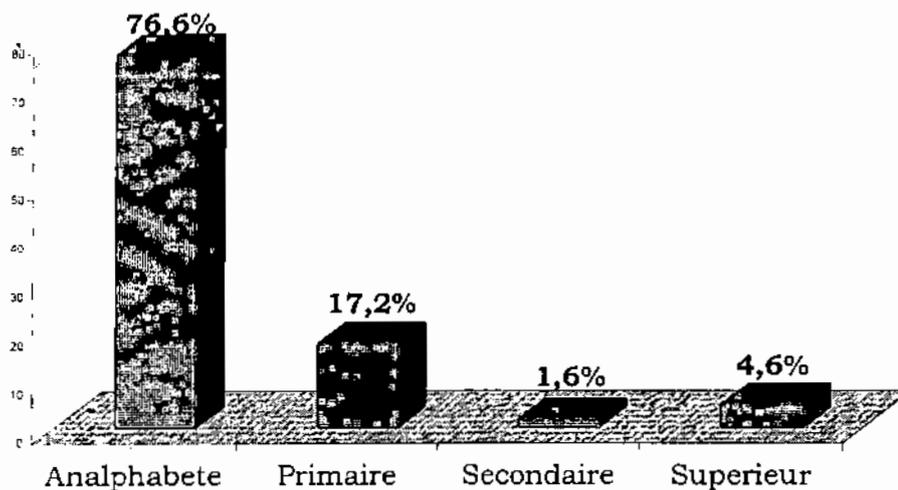


Tableau II : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif absolu	Pourcentage
Marié	55	85,9
Célibataire	9	14,1
Total	64	100

Les femmes au foyer ont représenté 85,9%.

Figure 4 : Répartition des patientes selon le niveau d'alphabétisation en français.



Les patientes étaient non scolarisées dans 76,6% des cas.

III. Facteurs de risque :

3.1. Antécédents médicaux :

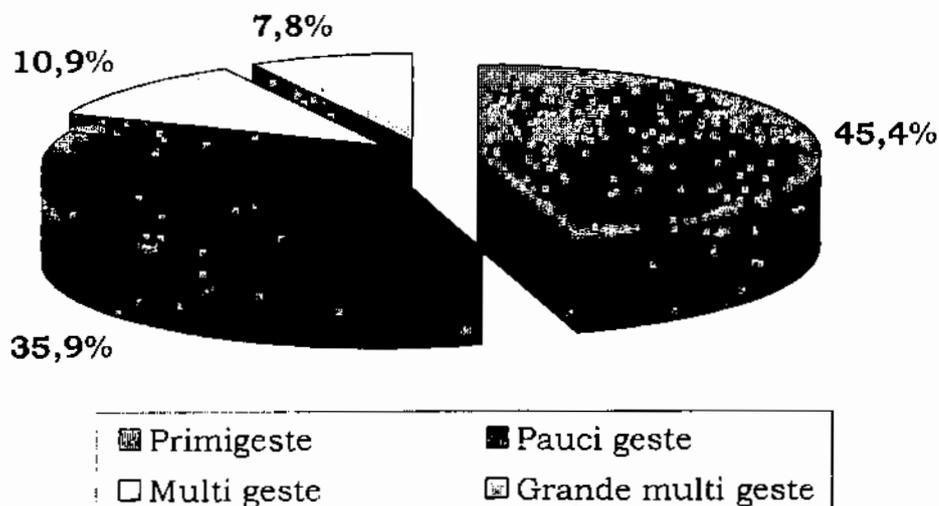
Tableau IV: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif absolu	Pourcentage
HTA	4	6,3
Asthme	1	1,6
Diabète	0	0
Drépanocytose	0	0
Aucun	59	92,1
Total	64	100

L'HTA était le principal antécédent médical.

3.2. Antécédents gynécologiques et obstétricaux :

Figure 5 : Répartition des patientes selon la gestité



Les primigestes dominaient notre échantillon avec 45,3%.

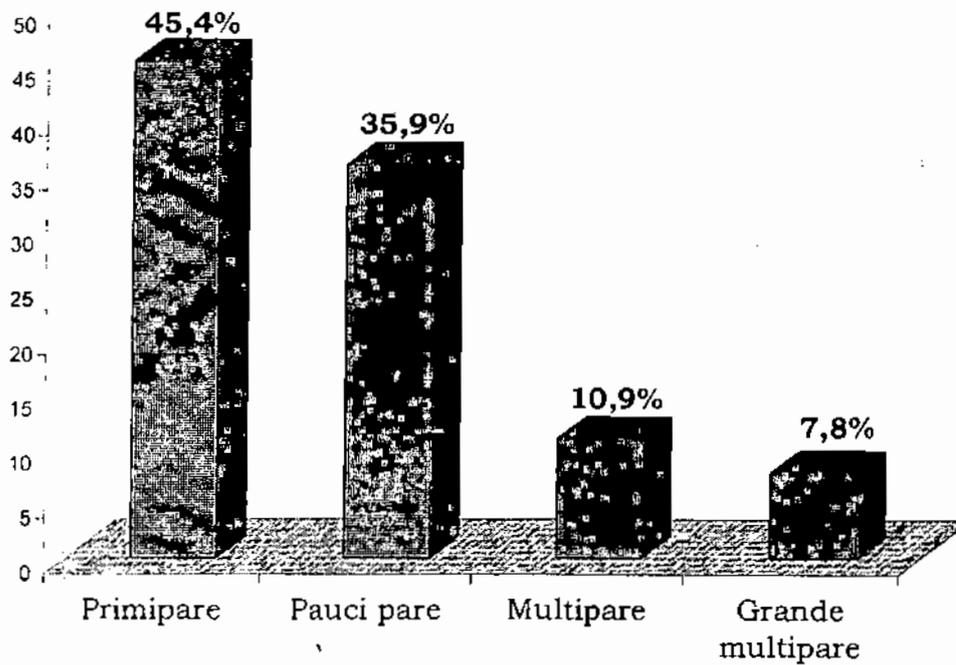
Primigeste : 1 grossesse.

Paucigeste : 2-3 grossesses.

Multigeste : 4-5 grossesses.

Grande multigeste : 6 grossesses et plus.

Figure 6: Répartition des patientes selon la parité



Les primipares représentaient 45,3% de notre échantillon.

Primipare : 1 accouchement.

Paucipare : 2-3 accouchements.

Multipare : 4-5 accouchements.

Grande multipare : 6 accouchements et plus

Tableau V : Répartition des patientes selon l'existence d'antécédents de césarienne.

Antécédents de césarienne	Effectif absolu	Pourcentage
Oui	4	6,2%
Non	60	93,8%
Total	64	100

Un antécédent de césarienne était retrouvé chez 6,2% des patientes.

3.3. Suivi de la grossesse :

Tableau VII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN.

Nombre CPN	Effectif absolu	Pourcentage
0	12	18,8
< 4	31	48,4
≥ 4	21	32,8
Total	64	100

La CPN était non faite chez 18,8% des patientes.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la qualité des prestataires des CPN.

Qualité de la CPN	Effectif absolu	Pourcentage
Sage-femme	48	92,4
Médecin	2	3,8
Matrone	2	3,8
Total	52	100

Les sages-femmes constituaient plus de la moitié des auteurs de la CPN avec 92,4%.

Tableau IX : Répartition des patientes selon le bilan prénatal effectué.

Bilan prénatal	Effectif absolu	Pourcentage
Fait	40	62,5
Non fait	24	37,5
Total	64	100

Tableau X : Répartition des patientes selon les examens réalisés

Examens réalisés	Effectif absolu (N=40)	Pourcentage
Groupage + rhésus	40	100
Test d'Emmel	20	50
Sérologie VIH	21	52,5
Echo-obstetricale	19	47,5
Hb, Ht	12	30
Sérologie Toxoplasmose	5	12,5
NFS	1	2,5

Toutes les patientes ayant effectué un bilan prénatal étaient groupées.

Tableau XI : Répartition des patientes selon la présence de pathologie au cours de la grossesse.

Pathologie au cours de la grossesse	Effectif absolu	Pourcentage
HTA	5	7,8
VIH positif	3	4,7
Toxoplasmose	2	3,1
Aucune	54	84,4
Total	64	100

L'HTA était associée à la grossesse chez 7,8% des patientes, le VIH dans 4,7% des cas et 3,1% de toxoplasmose.

Tableau XII : Répartition des patientes selon la notion de traitement préventif.

Traitement préventif	Effectif absolu	Pourcentage
Sulfadoxine-pyriméthamine + fer-acide folique	40	62,5
Aucun	24	37,7
Total	64	100

La chimioprophylaxie antipalustre à la Sulfadoxine-pyriméthamine était donnée chez 62,5% des patientes.

IV. Aspects Cliniques

Tableau XIV: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif absolu	Pourcentage
Référée/Évacuée	28	43,8
Venue d'elle-même	36	56,2
Total	64	100

Les patientes étaient référées/évacuées dans 43,8% des cas.

Tableau XV : Répartition des patientes selon l'Indice de Karnofski

Indice de Karnofski	Effectif absolu	Pourcentage
90	32	50
80	20	31,3
70	10	15,6
60	2	3,1
Total	64	100

L'indice de Karnofski était à 90 dans 50% des cas.

Les conjonctives étaient bien colorées dans 87,5% et moyennement colorées dans 12,5% des cas.

Tableau XVI : Répartition des patientes selon la pression artérielle à l'arrivée.

Pression artérielle (cmHg)	Effectif absolu	Pourcentage
Normale (10/6 TA<14/9)	50	78,2
Basse TA<10/6	7	10,9
Elevée TA≥14/9	7	10,9
Total	64	100

Près de 4 patientes sur 5 étaient normaux tendu.

Tableau XVII : Répartition des patientes selon la température à l'arrivée.

Température (°C)	Effectif absolu	Pourcentage
<37,5	23	36
37-37,5	39	60,9
> 37,5	2	3,1
Total	64	100

La température corporelle était normale dans 60,9% des cas.

⇒ **Selon la hauteur utérine des patientes :**

La hauteur utérine des patientes était <36 cm dans 85,9% des cas et ≥ 36 cm dans 14.1% des cas.

Figure 7 : Répartition des patientes selon le type de présentation.

La présentation était céphalique dans 89,1% des cas.

⇒ **Phase du travail à l'entrée ;**

Au cours du travail la phase était active chez 73,4% des patientes et latente chez 26,6 % des patientes.

⇒ **L'état de la poche des eaux :**

La poche des eaux était rompue chez 38 patientes (59,4%) et intacte chez 26 patientes (40,6%).

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le délai de rupture de la poche des eaux.

Délai de rupture de la poche des eaux	Effectif absolu	Pourcentage
< 12 heures	32	84,2
>12 heures	6	15,8
Total	38	100

Le délai de rupture de la poche des eaux était >12 heures chez 6 patientes soit 15,8 % des cas.

⇒ **La hauteur de la présentation**

La présentation était non engagée chez 53 patientes (82,8%) et engagée chez 11 patientes (17,2%) des cas.

Tableau XIX : Répartition des patientes selon l'état du bassin

Etat du bassin	Effectif absolu	Pourcentage
Normal	34	53,1
Limite	16	25
Rétréci	14	21,9
Total	64	100

Le bassin était normal dans 53,1% et anormal dans 46,9% des cas.

Tableau XX : Répartition des patientes selon la couleur du liquide amniotique.

Couleur du liquide amniotique	Effectif absolu	Pourcentage
Clair	45	70,3
Méconial	11	17,2
Hémorragique	3	4,7
Purée de pois	3	4,7
Jaunâtre	2	3,1
Total	64	100

Le liquide amniotique était clair dans 70,3% des cas.

⇒ **L'odeur du liquide amniotique**

L'odeur était fétide chez 12 malades (18,8%) et non fétide chez 52 patientes soit (81,2%) des cas.

Tableau XXI: Répartition des patientes selon la durée du travail

Durée du travail (heures)	Effectif absolu	Pourcentage
< 12	27	42,2
12-24	26	40,6
> 24	11	17,2
Total	64	100

La durée du travail était < 12 heures chez 27 patientes (42,2%), elle était > 24 heures chez 11 patientes (17,2%).

Tableau XXII : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectif absolu	Pourcentage
Anesthésie générale	60	93,8
Anesthésie locorégionale	4	6,2
Total	64	100

L'anesthésie générale était utilisée chez 60 patientes soit 93,8% et 4 patientes soit 6,2% sous anesthésie locorégionale.

6- Indications de la césarienne :

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon les indications de la césarienne

Indications de la césarienne	Effectif absolu N=64	Pourcentage
SFA	24	37,5
BGR	14	21,9
Echec de l'épreuve de travail	12	18,8
Présentation dystocique	9	14,1
Syndrome de pré rupture	4	6,3
Placenta praevia	3	4,7
Disproportion foeto-pelvienne	3	4,7
Utérus multi-cicatriciel	2	3,1
HRP	2	3,1
Eclampsie	1	1,6
Procidence du cordon battant	1	1,6

⇒ Contexte de la césarienne

La césarienne était effectuée en urgence chez 59 patientes soit 92,2% et programmée chez 5 patientes soit 7,8% des cas.

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon le délai entre la décision et le début de l'intervention

Délai entre décision et début l'intervention (minutes)	Effectif absolu	Pourcentage
5-15	23	35,9
15-30	33	51,6
>30	8	12,5
Total	64	100

Le délai de décision de la césarienne était compris entre 15 -30 mn dans 51,6% des cas.

⇒ **Retard de la césarienne**

Chez 7 patientes soit 10,9% l'intervention avait pris du retard.

Tableau XXV: Répartition des patientes selon la technique opératoire appliquée.

Technique opératoire	Effectif absolu	Pourcentage
IMSO	8	12,5
Misgav Ladach	56	87,5
Total	64	100

La technique de Misgav Ladach représentait 87,5 % des cas.

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon la durée de l'extraction

Durée de l'extraction (minutes)	Effectif absolu	Pourcentage
1-3	48	75,0
3-5	14	21,9
> 5	2	3,1
Total	64	100

La durée d'extraction était comprise entre 1-3 mn dans la majorité des cas.

⇒ **Gestes associés**

La ligature résection tubaire était associée à la césarienne chez 4 patientes (6,3% des cas) et l'hystérectomie chez une patiente (1,6%).

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon la qualification de l'opérateur.

Qualification de l'opérateur	Effectif absolu	Pourcentage
Médecin généraliste	12	18,8
Médecin spécialiste (CES en gynéco)	52	81,3
Total	64	100

Près de 8 césariennes sur 10 étaient effectuées par des médecins spécialistes (CES de gynécologie et d'obstétrique).

⇒ **Incidents au cours de l'intervention**

Ils étaient survenus 4 cas de lésions vésicales soit 6,3% des cas.

7- Complications retrouvées :

Tableau XXVIII : Répartition des patientes selon les types de complications retrouvées

Types de complications		Effectif absolu N=64	Pourcentage
Complications non infectieuses	Anémie	17	26,6
	HDD	2	3,1
	HPP	1	1,6
Complications infectieuses	Endométrite	31	48,4
	Suppuration pariétale	7	10,9
	Choc infectieux	3	4,7
	Pelvipéritonite	2	3,1

L'anémie, était la principale complication non infectieuse retrouvée.

L'endométrite et la suppuration pariétale étaient les principales complications infectieuses retrouvées.

8- Traitement médical

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon le traitement médical reçu

Traitement médical	Effectif absolu N=64	Pourcentage
Antibiothérapie	63	98,4
Fer-acide folique	62	96,9
Ocytocine	31	48,4
Transfusion sanguine	7	10,9
Antibiothérapie + Drainage	2	3,1

L'antibiothérapie, et la prise du fer-acide folique étaient les principaux traitements administrés.

La transfusion sanguine concernait 10,9% des patientes.

L'Ocycotine a été administrée uniquement dans le cas d'endométrite.

Tableau XXX : Répartition des patientes selon le type de traitement antibiotique reçu.

Type de traitement antibiotique	Effectif absolu	Pourcentage
Amoxicilline + métronidazole	43	68,3
Ciprofloxacine + métronidazole+ gentamicine	15	23,8
Ceftriaxone + métronidazole	5	7,9
Total	63	100

L'association Amoxicilline-Métronidazole était plus utilisée.

Tableau XXXI: Répartition des patientes selon la périodicité des pansements.

Périodicité des pansements	Effectif absolu	Pourcentage
1 jour/2	52	81,2
Biquotidien	8	12,5
Quotidien	4	6,3
Total	64	100

Les pansements 1 jour /2 chez 81,2% des patientes.

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

Durée d'hospitalisation	Effectif absolu	Pourcentage
1-7 jours	30	46,9
7-15 jours	33	51,5
>15 jours	1	1,6
Total	64	100

La durée d'hospitalisation était de 8 jours avec des extrêmes de 4 jours et 18 jours.

Tableau XXXIII : Répartition des patientes ayant présenté des complications maternelles en fonction des tranches d'âge

Tranches d'âge		≤19 ans	20-34	≥ 35
		N=16	N=39	N=9
Type de complications maternelles				
Complications non infectieuses	Anémie	5	6	6
	HDD	1	1	0
	HPP	1	0	0
Complications infectieuses	Endométrite	7	16	8
	Suppuration pariétale	3	3	1
	Choc infectieux	1	1	1
	Pelvipéritonite	1	0	1

L'anémie était retrouvée chez 6/9 cas soit 66,7% dans la tranche d'âge ≥35ans ; 15,4% dans la tranche d'âge 20-34 ans et 31,3% dans la tranche d'âge ≤19 ans

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Fréquence

Notre étude longitudinale, descriptive, sur une période de 12 mois allant de janvier à décembre 2007, avait enregistré 394 césariennes pour 3583 accouchements, soit une fréquence de 11%.

- Coulibaly I [5] a trouvé 12,17% en 2000 à l'Hôpital Gabriel Touré.
- Togora M. [31] a trouvé 12,88% de 2000 en 2002 au centre de santé de référence de la commune V.
- Koné A [19] en 2004 a trouvé 23,1% à l'Hôpital Gabriel Touré et à l'Hôpital national du Point « G ».

Sur les 394 césariennes nous avons enregistré 64 cas de complications soit une fréquence de 16,2%. Ces variations de fréquence entre notre étude et la littérature pourraient s'expliquer par le mode de recrutement : koné A.[19] s'est intéressé à l'ensemble des cas de césarienne .

5.2. Caractéristiques socio-démographiques

- Dans notre série l'âge des patientes variait entre 16 ans et de 40 ans. Dans la littérature nous constatons une prédominance de la fréquence relative des césariennes entre la tranche d'âge de 20-34 ans ; Âge optimal pour la procréation était la plus représentée avec 60,9% des cas. C'est ainsi que pendant la même période TOGORA M. [39], KONE AI. [14] ont trouvé respectivement 67,3% ; 62,1% Samaké Y. [29] a trouvé 68,16% et Koné A [19] avait enregistré pour la même tranche d'âge 72,4%.. Cependant, l'âge en lui seul ne peut être un facteur de risque de césarienne mais plutôt un facteur de confusion car lié à la fois aux variables indépendants comme le bassin rétréci et à la variable dépendante qui est la césarienne.
- Dans notre série, les mariées représentaient 85,9% des cas .Ce qui s'explique c'est surtout les femmes mariées qui fréquentent le centre.
- Les patientes non alphabétisées représentaient 76,6% des cas. Koné [19] trouvait que 85,3% des patientes étaient non scolarisées. Ceci peut s'expliquer par le faible taux de scolarisation des filles au Mali. Cette non alphabétisation pourrait majorer le problème de suivi correct de la grossesse.

- Les ménagères avec 67,2%, dominaient notre échantillon, ceci s'expliquerait par une majorité de femme non qualifiés dans notre pays en plus du problème d'insuffisance de scolarisation des filles et un marché de l'emploi de plus en plus saturé.
- Dans notre série 50% des patientes étaient venues d'elle-même; contre 42,2% de cas d'évacuation et 7,8% de référence. Notre taux est inférieur à ceux retrouver par koné AI [20]. avec 58,3 et Togora M. [39] 51,8%. Samake .Y [29] avec 34,49%. Cette prédominance des évacuations retrouvées par des auteurs maliens est l'œuvre d'une politique nationale basée sur un système de référence évacuation dans le but de réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile .Dans ce programme il ressort que les grossesses et les accouchements à risque doivent être pris en charge par des structures de niveau 2ou 3 ce qui explique la fréquence des évacuations –références parmi les admissions du service. Les patientes étaient référées le plus souvent lorsque l'accouchement était difficile nécessitant alors une prise en charge urgente. Cela augmente le risque infectieux expliquant le nombre élevé d'endométrite postopératoire. Samaké Y. [28] a trouvé 2,4% des patientes évacuées, et 50,34% de référées. Sissoko H. [31] a trouvé 55,6% des patientes venue d'elles-mêmes. Diallo F.B [8] trouvait 55,76%.

5.3. Aspects cliniques

5.3.1. C.P .N

La grossesse est un état physiologique qui, dans la majorité des cas se déroule normalement .Cet état, lorsque certaines conditions défavorable (socio-économique, culturelle) et caractéristiques propres à la grossesse sont réunies, peuvent mettre en danger la vie de la mère ou celle du fœtus qu'elle porte .Les C.P.N permettent alors de prévenir certains dangers (plus le nombre de C.P.N est élevé, plus il ya détection des risques à temps).81,8% de nos parturientes ont bénéficiée de C.P.N en plus du bilan prénatal standard .18,8%n'ont pas fait de visite prénatal, donc représente les femmes potentielles à risque au cours de l'accouchement.

5.3.2. Antécédents :

5.3.2.1. Antécédents médicaux

L'HTA dominait avec 6,3%, suivi de l'Asthme 1 cas soit 1,6%.

L'indication d'une césarienne en HTA gravidique est une éventualité de plus en plus fréquente ; parfois par crainte d'une complication paroxystique maternelle (HRP ; accident vasculaire cérébral...) ; mais le plus souvent pour des contraintes fœtales de mieux en mieux précisées.

5.3.2.2. Antécédents obstétricaux

Les primipares représentaient 45,4% de l'échantillon, suivies de paucipares 35,9%. Les grandes multipares représentaient 7,8%.

Ceci peut s'expliquer par le fait que les primipares ont une durée de travail longue, donc le délai de la rupture de la poche des eaux est long, les touchers vaginaux avec des gants et des doigtiers non stériles sont multiples favorisant la montée des germes vers la cavité utérine.

5.3.2.3. La Gestité

Les primigestes dominaient notre échantillon avec 45,4%.

Soumaré H [32], Sylla C [34] ont trouvé respectivement 64,7%, 73,7%

Les paucigestes représentaient 35,9% des cas. Les multigestes et les grandes multigestes représentaient respectivement 10,9% et 7,8% des cas.

5.3.3. L'examen clinique

- A l'admission plus de la moitié des femmes ont présenté une fébricule soit 37,6 à 38° C, expliquant la fréquence élevée des complications infectieuses. Soumaré. H [32] a trouvé 31,23%. 3,1% des femmes ont présenté une forte fièvre.
- 59,4% des patientes avaient rompu les membranes. Selon Racinet. C et Favier. M [26] plus le délai de rupture des membranes est long plus le risque d'infection est élevé.
- La durée de travail d'accouchement variait de 12H à 24H dans 40,6% des cas, et 17,2% des cas étaient supérieur à 24 heures. Plus la durée du travail est

prolongée plus le délai de la rupture des membranes est long plus le nombre de toucher vaginal est élevé ; qui aura comme conséquence le risque d'ascension des germes du vagin vers la cavité utérine.

- Les urgences obstétricales (césarienne en urgence) ont représenté 92,2% dans notre étude. Soumaré H. [32] a retrouvé 97,7% en commune V en 2005. Les urgences constituent un facteur de risque dans la survenue des complications; dues probablement à la survenue d'infection au cours du travail d'accouchement.

5.6. Acte de césarienne:

La SFA prédominait les indications de la césarienne 24 cas soit 37,5% dans notre série. Soumaré [32] a trouvé 42,5%, Sissoko H [31] 24,4%.

Le BGR était retrouvé dans 14 cas (21,9%), Soumaré H [32] 6,97% et Sissoko H [31] : 11,1%.

L'échec de l'épreuve du travail représentait 12 cas soit 18,8% ; Sissoko H [31] a trouvé 17,8% ; Soumaré H [32] a trouvé 1 cas soit 2,3%.

La présentation dystocique était de 14,1% comme indication de la césarienne. Sissoko [31] a trouvé 8,9%.

Les présentations dystociques : 8,9%, où une patiente a fait une hémorragie de la délivrance.

Le syndrome de prérupture était retrouvé dans 4 cas soit 6,3%.

Nous avons enregistré 3 cas de disproportion fœto-pelvienne soit 4,7%.

Le placenta praevia représentait 3 cas soit 4,7% des indications de césarienne.

L'HRP était retrouvée dans 2 cas soit 3,1% des indications de césarienne.

La principale technique opératoire était le Misgav Ladach dans 87,5% des cas puis l'IMSO 12,5% des cas .Le caractère urgent des césariennes conduisait à une anesthésie générale chez 93,8% des cas.

La durée moyenne de la césarienne était de 45 minutes avec des extrêmes de 30 à 90 minutes.

Koné A [19] a trouvé une durée moyenne de 40 minutes.

5.4. Complications

Les complications infectieuses étaient dominées par l'endométrite avec 48,4%. Notre taux concorde avec celui de Soumaré H [32] : 42,23%. Ces endométrites sont liées à la rupture prématurée des membranes et au travail prolongé. Elle vient au premier plan des complications post césarienne. Dans la majorité des cas, il s'agit d'infection répondant bien aux antibiotiques. Cependant la suppuration pariétale était retrouvée dans 7 cas soit 10,9% dont 2 patientes étaient VIH positif. Soumaré H [32] a trouvé 13 cas soit 28,89%. Sylla C [34] a trouvé 10% et Koné A [19] : a trouvé 7,3% de suppuration pariétale.

La plupart des auteurs rapportent des taux variables de complications infectieuses post-césariennes. Dans notre série et celles d'autres auteurs, l'endométrite et la suppuration pariétale constituaient les principales complications de la césarienne [3, 9, 5, 36].

La pelvi péritonite était retrouvée dans 2 cas avec 3,1% dont une patiente VIH positif. Notre résultat concorde avec la littérature étrangère selon laquelle l'infection est la cause la plus fréquente de morbidité après césarienne.

Les complications non infectieuses étaient dominées par l'anémie dans notre série : 17 cas soit 26,6%. Soumaré H [32] : 30,23% ; Koné A [19] : 59,04%.

Dans notre contexte un d'hémorragie de la délivrance a été trouvé souvent la prise en charge difficile par manque des produits sanguins dans le service.

La ligature résection tubaire a été associée comme geste à la césarienne chez 6,3% des patientes et 1,6% pour l'hystérectomie d'hémostase suite à une hémorragie de la délivrance.

5.5. Durée d'hospitalisation :

La majorité de nos patientes avait une durée d'hospitalisation comprise entre 7-15 jours soit 37,5%.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 8 jours avec des extrêmes de 4 jours et 18 jours. Ce résultat est inférieur ou égal à celui de Tégété I. [36] et Cissé B. [3] qui ont respectivement 9,3 et 8 jours. Cela pourrait s'expliquer par une insuffisance de place en hospitalisation imposant la sortie des parturientes dont les suites opératoires sont favorables dès j3 ou j4. La disponibilité constante de produits en

suite opératoire a écourté la durée d'hospitalisation tout en réduisant la morbidité infectieuse qui était la principale cause de prolongation du séjour en hospitalisation

5.6. Pronostic maternel

5.6.1. Morbidité post opératoire :

L'anémie, l'endométrite, la suppuration de la paroi ont été les plus rencontrées.

5.6.2. Mortalité maternelle :

Au cours de notre étude nous avons enregistré deux décès (soit 3,1%).

L'un est survenu par suite d'une anémie sur placenta praevia hémorragique et l'autre par suite d'embolie graisseuse probable.

V

Commentaires

Et

Discussions

VI

Conclusion

Et

Récommandations

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

cette étude longitudinale étalé sur 12 mois au CSRef de la commune II de Bamako a permis de constater que la césarienne ne doit pas être considérée comme une solution de facilité car elle n'est pas dénuée de complications maternelles morbides et pouvant même être mortelle.

Une meilleure identification et la prévention des facteurs favorisants ainsi que celle des hémorragies pourraient réduire de façon significative ces complications et par conséquent améliorer le pronostic maternel.

2. Recommandations

Au terme de cette étude, les recommandations suivantes sont proposées et s'adressent respectivement au :

☞ **Ministre de la santé :**

- Améliorer le plateau technique de toutes les maternités des CSRef du pays en les dotant de cardiocographe et de salles d'imagerie médicale opérationnelles en temps réel pour une meilleure prise en charge des grossesses et accouchements à risque.
- Intensifier à travers les médias les programmes de sensibilisation des populations pour la communication pour le changement favorable de comportement.
- Renforcer les infrastructures au niveau du CSRéf CII par la construction de nouvelles salles d'accouchement et d'hospitalisation.

☞ **Directeur national de la santé**

- Renforcer les compétences du personnel soignant et cela par une formation continue portant sur la prise en charge des complications post-césariennes.
- Doter le service d'une banque de sang.

☞ **Prestataires (médecin, faisant fonction d'interne, sages femmes, infirmières obstétriciennes, matrones)**

- Utiliser systématiquement et adéquatement le partographe pour un meilleur suivi de la parturiente pendant le travail d'accouchement au niveau des CSCom
- Renforcer les séances d'information, d'éducation et de communication.
- Référer ou évacuer à temps tous les cas de grossesse à risque à un niveau supérieur pour minimiser les risques.
- Etablir un partogramme pour surveiller le travail d'accouchement dans le but d'éviter le retard dans la prise de décision, cela afin de limiter les complications.
- Faire des consultations prénatales de qualité.
- Renforcer l'asepsie dans la pratique des soins gynécologiques et obstétricaux.

☞ Patientes

- Fréquenter régulièrement les services de santé pour une prise en charge adéquate en période de gravidité-puerpéralité.
- Suivre les conseils et recommandations des prestataires.

VII

Références

VII- REFERENCES

1- Audra Ph.

Complications infectieuses et hémorragiques de la césarienne.

Rev Fr Gynécol. Obstétr. 1995 ; 90 : 111-3.

2- Ben Taieb MA.

Une année de césarienne au Centre de Maternité et de Néonatalogie de Bizerte.

Indications et pronostic materno-fœtales à propos de 350 cas. thèse Med. Tunis, 1990.

3- Cissé B.

La césarienne : aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge des complications post-opératoires dans le service de gynéco obstétrique du centre de santé de la commune V.

thèse Méd. Bamako 2002- n°2.

4- Cisse CT, Andriamady C, Faye O, Diouf A, Bouillin D, Diadhiou F.

Indications and prognosis of caesarean sections at the Dakar University Hospital Center.

Gynécol. Obstétr. Biol. Reprod (Paris) 1995; 24: 194-7.

5- Coulibaly I. G

Césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako de 1992 à 1996 (à propos de 3314 cas).

thèse Méd. Bamako, 1999-N°85

6- Derbal S.

Complications materno-fœtales per et post-opératoires précoces des opérations césariennes. A propos de 1045 cas.

thèse Med. Tunis, 1991, n°128.

7- Desjardins C. Diallo H.O et coll.

Département d'obstétrique et gynécologique, Hôpital Notre Dame Université de Montréal Québec, Canada étude rétrospective de l'endométrite post césarienne 1996 ; N° 25(4) : 419-23

8- Diallo F.B et coll.

Césarienne : facteur de réduction de morbidité et mortalité foeto-maternelle au CHU IGNACE DEEN de Conakry (Guinée).

Méd Afr Noire 1998; 45

9- Diallo C.H

Contribution à l'étude de la césarienne. A propos d'une série continue de 160 cas au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré du 1^{er} octobre 1989 au 30 septembre 1990.

thèse Méd. Bamako 1990 ; N°37.

11- Diarra F.L

Etude de l'anesthésie dans les césariennes en urgence de l'hôpital Gabriel Touré.

thèse Méd. 2001, N°91

12- Duval J., et coll.

Abrégé d'antibiothérapie : bases pour l'utilisation des antibiotiques. Masson édition 1985 ; 63

13- Gordah N.

Les opérations césariennes : épidémiologie, indications, complications maternelles et fœtales. A propos de 1333 césariennes réalisées au CMNRT (1986-1987). Thèse médecine 1989, n°142, Tunis.

14- Koné A.

Facteurs de risque des complications maternelles post-césariennes à l'Hôpital Gabriel Touré et au Point « G »

these Med. 2004, N°67.

15- Kamina P.

Anatomie gynécologique et obstétricale.

Paris : Maloine 1986 : 383-99

16- Khlass K.

Etude analytique des indications de la césarienne et pronostic materno-fœtales à propos de 277 cas de césariennes pratiquées à la maternité du nouveau CHU Habib Thameur (du 4 Avril 1987 au 31 Janvier 1989). thèse Med. Tunis, 1989.

17- Klouz Mourad.

Les indications de césariennes à la maternité de l'hôpital militaire de Tunis à propos de 150 cas.

thèse Med. Tunis, 1998.

18- Kraiem J.

Les opérations césariennes. Epidémiologie. Indications. Complications maternelles et fœtales à propos de 457 cas.

thèse Med. Tunis, 1996.

19- Koné A.

Etude de la césarienne classique et de la césarienne de MISGAV LADACH.

thèse Méd. Bamako, 2005, N°75, 99 P.

20- Koné AI.

Facteurs de risque des complications maternelles post césarienne à l'HGT.

thèse Med. Bamako, 2005.

21- Merger R. / Levy J. / Melchior J. intervention par voie haute : césarienne et hystérectomie Précis d'obstétrique.

Masson, Paris, 5^{ème} édition, 1989

22- OMS

Au delà des nombres, examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse.

Genève 2004

23- OMS

Vers la maternité sans risque

Harare, Zimbabwe 2001

24- OMS

Mortalité maternelle : soustraire les femmes à l'engrenage fatal chronique.

OMS 1986 : 40 : 193-202

25- Picaud A, Nlome-Nse AR, Kouvahe V, Faye A, Ondo-mve R.

Les indications de césarienne et leur évolution au Centre Hospitalier De Libreville.

Rev Fr Gynécol. Obstétr. 1990 ; 85 : 393-8.

26- Racinet C et Favier M.

Césarienne : Hier et aujourd'hui.

Pratique Médicale, 1983 ; 45.

27- Racinet C et Favier M.

Césarienne : indications, technique, complications.

Masson, Paris 1984 ; 185 P.

28- Racinet C et Favier M.

Césarienne : complication maternelle.

Pratique médicale, 1982 ; 31

29- Samaké Y.

Etude de la césarienne au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2005 à propos de 1003 cas.

thèse Med. Bamako 2006, 123 P.

30- Serment H.

Complications maternelles des césariennes à l'hôpital de la conception, Marseille.

Pratique médicale 1982, 31 , 31 P.

31- Sissoko H.

Etude des complications maternelles non infectieuses post césariennes immédiates au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako a propos de 45 cas.

thèse Med. Bamako

32- Soumaré H.

Etude des complications maternelles infectieuses, bactériennes post césarienne au Csref de la commune V du District de Bamako à propos de 43 cas.

thèse Med. Bamako2006 n°352, 72 P.

33- Stark M.

Technique of caesarean section: the Misgav Ladach method.

In: POPKIN DR, PEDDLE LJ. Women's health today perspectives peblisching Group, 1994. 81-85

34- Sylla C.

Endométrite du post partum à l'hôpital Gabriel Touré.

thèse Med. Bamako 2004 n°54.97 P.

35- Takpara I. ET coll.

Complications des césariennes à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU de Cotonou.

J. Soc Biol CHU Bénin, 1994 : 43-46

36- Téguté 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.

37- Thoulon J.M :

Les césariennes :

Encycl Med Chirur. Obstétrique. (Paris) ; 5102.A-10

38-Thoulon J.M., Gravier M

Le Monitoring obstétrical.

Atlas de cardiococographie. Masson (Paris) 1997 ; 9-10

39- Togora M

Etude de la césarienne au CSRef CV du district de Bamako de 2000 à 2002 à propos de 2883 cas.

thèse Med. Bamako 2004.

40- Vokaer R.

Traité d'obstétrique.

Masson 2^{ème} édition 1985 ; 560

Annexes

Et

Résumé

ANNEXE 1
FICHE D'ENQUÊTE CSREF COMMUNE II

I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1. Dossier n° :

Q2. Date d'entrée : Heure :

Q3. Nom et Prénom :

Q4. Ethnie :

Q5. Adresse (domicile, résidence) :

Q6. Statut matrimonial :

1 = Mariée 2 = Célibataire 3 = Divorcée 4 = Veuve 5 = Autres

Si autre, préciser :

Q7. Niveau d'instruction :

1 = Analphabète 2 = Primaire 3 = Secondaire 4 = Supérieur

Q8. Profession :

1 = Sans 2 = Ménagère 3 = Salariée 4 = Commerçante 5 = Elève/Étudiante 6 = Autres

Si autre, préciser :

Q9. Procréateur :

1) Age :

2) Adresse :

3) Profession :

4) Niveau d'instruction :

II. ADMISSION

Q10. Mode d'admission :

1 = Evacuée 2 = Référée 3 = Venu d'elle-même

Q11. Moyen de transport :

1 = Par ambulance 2 = Transport en commun 3 = Voiture personnelle 4 = Autre

Si autre, préciser :

Q12. Provenance (lieu) :

1 = Domicile 2 = Cscm 3 = Cabinet / Clinique 4 = Hôpital

Q13. Auteur de la référence :

1 = Interne 2 = Sage femme 3 = Médecin 4 = Infirmière 5 = Matrone 6 = Autre

Si autre, préciser :

Q14. Motif de référence :

Q15. Fiche de référence existe oui non

III. ANTECEDANTS

Q16. Médicaux :

1) Familiaux :

a) Gémellité c) Diabète e) Aucun

b) HTA d) Drépanocytose f) Autre

Si autre, préciser :

2) Personnels :

a) Asthme c) Diabète e) Aucun

b) HTA d) Drépanocytose f) Autre

Si autre, préciser :

Q17. Chirurgicaux :

1) Cicatrice abdominale rituelle : oui non

2) Cicatrice abdominale chirurgicale : oui non

Si autre, préciser :

Q18. Gynécologiques :

a) Fibrome c) Salpingectomie e) Périnéorraphie

b) Fistule vesico-vaginale d) Plastie tubaire f) Autre

Si autre, préciser :

Q19. Obstétricaux :

- a) Gestité c) Enfant vivant e) Mort-né (s)
b) Avortement d) Parité f) Intervalle inter gènesique
g) Césarienne antérieure (nombre, date, indication, suites) :

.....

IV. GROSSESSE ACTUELLE

Q20. DDR :

Q21. AG : 1 = A terme 2 = Non à terme

Q22. DAP :

Q23. CNP :

- a) Nombre :
b) Auteur :
c) Lieu :

Q24. VAT (Nombre) :

.....

Q25. BPN : Oui Non

1. Groupage rhésus : oui /___/ non /___/, 2. Test d'Emmel : oui /___/ non /___/

3. Sérologie VIH : oui /___/ non /___/, 4. Hb-Ht : oui /___/ non /___/

5. NFS : oui /___/ non /___/

Q26. Echographie obstétricale fait : Oui Non

Q27. Pathologies au cours de la grossesse :

.....

.....

Q28. 1. Chimio prophylaxie à la chloroquine : Oui /___/ Non /___/

2. Sulfadoxine / Pyriméthamine : Oui /___/ Non /___/

Q29. Supplémentation en fer / acide folique : Oui /___/ Non /___/

Q30. Début du travail : date : / / 2007

Q31. Rupture de la poche des eaux : Oui /___/ Non /___/

Si oui, préciser le délai de rupture :

V. EXAMEN PHYSIQUE

1. EXAMEN GENERAL :

Q32. TA (en mmhg) : Q35. Poids (en kg) :

Q33. Température (en degré Celsius) : Q36. Taille (en mm) :

Q34. FR (cycle / mn) : Q37. Pouls (pulsation / mn) :

Q38. Conscience : Lucide Obnubilée Altérée

Q39. Etat général : Bon Passable Mauvais

Q40. Muqueuses : Bien coloré Moyennement colorées

Pales Ictériques

Q41. Présence d'œdème : Oui Non

2. EXAMEN OBSTETRICAL :

Q42. Axe de l'utérus : Longitudinal ransversale Oblique

Q43. HU (en cm) :
.....

Q44. CU : Oui Non

Si oui, nombre de CU / 10 mn :
.....

Q45. Position du dos : à droite à gauche

Q46. MAF : Oui Non

Q47. BDCF : Oui Non

Si oui, donner la fréquence du battement (en mn) : _____/mn

Q48. BDCF : Réguliers Irréguliers

Q49. Présentation : céphalique Transversale Siège

Q50. Aspect du col au toucher vaginal :

a) Consistance : Ramolli /___/ Ferme /___/ Dure /___/

- b) Longueur (en cm) :
- c) Position : Antérieure Postérieure Centrale Latérale
- d) Degré d'ouverture du col (dilatation en cm) :
.....cm

Q51. Engagement de la présentation : Oui Non

Si oui, donner le degré d'engagement :

Q52. Poche des eaux : Intacte Rompue Fissurée

Si rompu, donner la date et l'heure de la rupture : ... / ... / 2007 Heure : ...h mn

Q53. Liquide amniotique : Clair Méconial Sanglant Purée de pois

Q54. Bassin : Normal Limite Rétréci Autres

Si autre, préciser :

VI. CESARIENNE

Q55. Indication :

Q55-1 TRAVAIL PROLONGE : / ____ /
1 = DFP, 2 = Dystocie dynamique, 3 = BGR, 4 = Hydrocephalie, 5 = Echec de déclenchement

Q55-2 PRESENTATION ANORMALE : / ____ /
1 = Transversale, 2 = Front, 3 = Siège, 4 = Face, (variété post)

Q55-3 HEMORRAGIE AU COURS DU TRAVAIL : / ____ /
1 = Placenta Praévia, 2 = HRP

Q55-4 PATHOLOGIES FŒTALES : / ____ /
1 = SFA, 2 = SFC, 3 = Procidence du cordon battant, 4 = Pro cubitus du cordon, 5 = RPM

Q55-5 PATHOLOGIES MATERNELLES : / ____ /
1 = HTA, 2 = Eclampsie, 3 = Diabète, 4 = Anomalie du bassin, 5 = Utérus multicatrice,

6 = Cardiopathie / Grossesse, 7 = Grossesse précieuse.

Q55-6 AUTRES : à préciser :

Q56. Type de césarienne : Urgence Programmée

Q57. Délai entre admission et décision de césarienne :

Q58. Délai entre décision et début de l'intervention :

Q59. Durée d'extraction en minute :

Q60. Durée de l'intervention :

Q61. Retard de la césarienne : Oui Non

Si oui, préciser le motif du retard :

1 = Bloc occupé, 2 = Opérateur absent, 3 = Kit non disponible, 4 = Kit incomplet, 5 = Autre

Q62. Voie d'abord (incision) :/_____/

1 = IMSO, 2 = PFANNESTIEL (transversale), 3 = Joël Cohen modifié

Q63. Type d'hystérotomie :/_____/

1 = Segmentaire transversale, 2 = Segmentaire verticale, 3 = Corporéale, 4 = Corporo-segmentaire

Q64. Geste associé à la césarienne :

Q65. Qualification de l'opérateur :

Q66. Type d'anesthésie :/_____/

1 = Anesthésie générale, 2 = Anesthésie loco-régionale

Q67. Qualification de l'anesthésiste :

Q68. Incident et accident : Oui Non

Si oui, préciser :

Q69. Transfusion : Oui Non

Si oui, préciser le nombre de poche reçue :

VII. EVOLUTION

Q70. Suite : Simples Complicées

Si oui, préciser le type de complications :

a) Hémorragie :

1 = Hémorragie de la délivrance, 2 = Hémorragie du post partum

b) Infectieuses :

1 = Suppuration, 2 = Endométrite, 3 = Péritonite / Pelvipéritonite, 4 = Septicémie

c) Thromboembolique : Oui /___/ Non /___/

d) Décès maternel : Oui Non

Si oui, préciser les causes du décès :

e) Anesthésiologique : Oui Non

f) Anémie : Oui Non

g) Eviscération : Oui Non

h) Autres complications : Oui Non

Si oui, préciser :

Q71. TRAITEMENT :

1) Antibiothérapie : Oui /___/ Non /___/

2) Antibioprophylaxie : Oui /___/ Non /___/

3) Transfusion : Oui /___/ Non /___/

4) Fer : Oui /___/ Non /___/

5) Autres : Oui /___/ Non /___/

Si autre, préciser :

Q72. Durée d'hospitalisation :

ANNEXE 2

1. Technique de MISGAV LADACH

Michael Start a inventé une technique qu'il a modestement appelé méthode de Misgav-Ladach [33] (nom de l'hôpital où l'expérience fut réalisée). Cette technique implique une ouverture utérine segmentaire transversale après incision pariétale selon la technique de Joël-Cohen modifiée qui consiste à faire une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 3 cm au dessous de la ligne inter iliaque unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures :

L'opérateur étant à droite de la patiente. L'incision est approfondie au centre avec le scalpel jusqu'au contact de l'aponévrose des muscles grands droits de l'abdomen que l'on ouvre transversalement sur deux centimètres à ce moment et au moyen des index. L'aponévrose est étirée cranialement et caudalement afin de réaliser l'exposition pour la prochaine étape et de mettre en évidence la ligne blanche. L'opérateur et assistant vont introduire de part et d'autre l'index et le médius d'une main sous le muscle grand droit, puis étirer transversalement de façon bilatérale les muscles, l'aponévrose et le tissu cutané jusqu'à obtenir le jour nécessaire à l'extraction. Si plus de force est requise, l'index et le médius de l'autre main sont placés sur les deux doigts de la 1^{ère} main et non pas à côté.

Le péritoine pariétal est fragilisé transversalement par étirement digital, en utilisant les deux index jusqu'à obtention d'un orifice permettant l'introduction des index, qui, par étirement cranio-caudal, vont permettre l'ouverture transversale du feuillet péritonéal. Si l'ouverture digitale du péritoine s'avère difficile on utilisera les ciseaux.

Un écarteur de paroi est mis en place afin d'optimiser l'accès au segment inférieur de l'utérus. Une simple valve sus pubienne peut être utilisée à cet effet. On effectue au scalpel à 2 cm au dessus du replis vésico-utérin, une courte incision transversale du segment inférieur jusqu'à voir bomber les membranes amniochoriales. Aucun décollement vésico-utérin n'est nécessaire puis au

moyen de ses deux index l'opérateur va étirer latéralement les fibres musculaires lisses pour obtenir l'hystérotomie transversale.

Après la délivrance l'utérus est extériorisé hors de la cavité abdominale. L'hystérotomie est suturée en un plan en chargement de la totalité de l'épaisseur du myomètre par un surjet non passé au fil résorbable de polyglécapron N°1. si l'hémostase n'est pas parfaite, des points simples sont rajoutés.

Après élimination manuelle d'éventuels caillots sanguins l'utérus est réintégré dans l'abdomen.

Les péritoines viscéral et pariétal ne sont pas suturés et les muscles de l'abdomen ne sont pas rapprochés à l'aide de fils, l'aponévrose est fermée à l'aide d'un surjet non passé au fil résorbable de polyglactin N°1. Cette fermeture aponévrotique est aidée par la pose de 4 pinces de Kocher : une à chaque angle et les deux autres au centre, sur les bords de l'incision.

Alors que l'assistant soulève les 2 pinces de Kocher centrales pour extérioriser l'aponévrose, l'opérateur débute le surjet à l'angle de son côté, de l'intérieur vers l'extérieur pour que le nœud se retrouve sous l'aponévrose.

Progressant vers l'angle du côté de l'assistant, l'opérateur tend le surjet de sa main gauche. Lorsqu'il atteint cet angle, l'assistant soulève la dernière pince de Kocher pendant que le nœud bloquant le surjet, est fait sous l'aponévrose.

Le tissu graisseux sous-cutané n'est pas suturé.

La peau est affrontée au fil de peau par 3 ou 4 points de Blair-Donnati très espacés. Les intervalles sont rapprochés par 4 pinces d'Allis posées pour 5 minutes.

Avantages de la césarienne segmentaire [19] :

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

2. Les temps complémentaires de la césarienne :

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

- la ligature des trompes
- la kystectomie de l'ovaire
- l'hystérectomie.

3. Facteurs de risque :

La rupture prématurée des membranes :

-Définition :

La rupture des membranes est dite prématurée lorsque l'œuf s'ouvre pendant la grossesse, avant le début du travail [21].

-Fréquence : elle se situe entre 3 et 10% [21].

-La durée du travail :

C'est une notion fondamentale que l'on retrouve dans toutes les statistiques. Le risque infectieux est directement proportionnel à la durée du travail. Par conséquent dans toute grossesse ayant comporté une durée prolongée du travail, il conviendra de faire une antibiothérapie systématique dès le moment de l'accouchement et dans les suites de couches immédiates [13, 38]

4. Facteurs liés à l'acte opératoire ;

L'urgence est le risque principal pour Green, elle n'est pas retrouvée dans la série de Racinet C. et MAX Faver (les précautions d'asepsie sont les mêmes sauf peut être dans l'extrême urgence ; par exemple la procidence du cordon avec souffrance fœtale). 31% des césariennes présentant une complication per opératoire sont suivies d'infection [27].

La durée de l'intervention :

L'apparition de l'infection est proportionnelle à la durée de l'intervention.

- L'hémorragie : toute hémorragie supérieure à 100 ml au cours de la césarienne est un facteur prédisposant à l'infection [7, 24].

Autres facteurs favorisant l'infection puerpérale :

- l'anémie
- la malnutrition
- l'absence de soins prénataux
- un état socio-économique défavorisé
- l'infection urinaire
- le nombre de toucher vaginal élevé - la vaginose, la cervicite

ANNEXE 3

LES MANŒUVRES INTRA-UTERINES AU COURS DU TRAVAIL :

C'est poser le problème de monitoring interne sur la survenue de l'infection du post-partum, celle-ci est diversement appréciée. Si pour certains auteurs le risque infectieux est augmenté, pour d'autres il n'est pas significatif. Il semble que le risque soit d'autant plus important que les membranes sont rompues plus précocement. La durée du monitoring et la fréquence de mesure du pH paraissent sans influence [38].

Il semble peut dangereux d'appliquer un monitoring chez une femme ayant rompu ses membranes du fait du risque infectieux, par contre la pose d'un monitoring interne précoce nécessitant une rupture des membranes doit être discutée car dans ce cas il semble que le risque infectieux soit nettement plus important et donc doit être mis en balance avec le bénéfice du monitoring [38, 36]. Comme ces manœuvres sont le plus fréquemment effectuées en présence d'autres facteurs de risque tels que le travail prolongé, RPM, nombre de touche vaginaux, accouchement par césarienne ; il est difficile de préciser leur rôle étiopathogénique propre dans l'apparition d'infection du post-partum.

Les interventions obstétricales :

La césarienne (5-10% des accouchements) s'accompagne d'une morbidité plus importante que l'accouchement par voies naturelles.

En effet, les endométrites du post-partum s'y rencontrent 20 fois plus fréquemment [25]. 53% de la mortalité du post-partum survient après césarienne. Le risque infectieux s'accroît s'il y a eu travail et rupture des membranes avant intervention. Claude Racine et Max Faver retrouvent 18% d'infection en cas de césarienne à poche des eaux intacte ; 30% après la rupture prématurée des membranes ; 35% lorsque l'intervalle entre rupture des membranes et la césarienne est inférieure à 48 heures. En effet le liquide amniotique s'infecte après un délai de

8-12 heures et d'autant plus vite qu'il existe des contractions utérines [25, 27]

ANNEXE 4

Fiche Signalétique

Nom : **SOW**

Prénom : **Djénéba**

Titre de la Thèse : **Complications maternelles post-césariennes au Centre de Santé de Référence de la Commune II du District de Bamako.**

Année de soutenance : **2009**

Ville de soutenance : **Bamako**

Pays d'origine : **MALI**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la FMPOS**

Secteur d'intérêt : **Gynécologie Obstétrique, Santé Publique**

Résumé

Notre étude prospective, descriptive qui a concerné 64 complications maternelles post-césariennes au CSRéf CII du district de Bamako qui s'est déroulée de janvier à décembre 2007 soit 12 mois.

Pendant cette période 394 césariennes étaient enregistrées 64 cas de complications maternelles post-césariennes soit un taux de 16,2%.

L'âge moyen des patientes était de 27,4 ans \pm 5,6 avec des extrêmes de 16 ans et de 40 ans.

Les ménagères avec 67,2%, dominaient notre échantillon.

Les primipares représentaient 45,4% de l'échantillon.

Les principales complications retrouvées étaient :

- l'endométrite dans 40,6% des cas
- l'anémie chez 26,6% des patientes,
- la suppuration pariétale avec 10,9% des patientes.

Cependant nous déplorons 2 cas de décès maternel sur l'ensemble des complications soit 31%.

Mots-clés : *Césarienne, Complications maternelles, Gynécologie obstétrique, Bamako.*

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'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 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.