

Année académique : 2000-2001

N° 27

**Faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie**

**La césarienne** : Aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge des complications post-opératoires dans le service de gynécologie obstétrique du centre de référence de la commune V.

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le ..... 2000 devant la faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie du Mali.

Par

Monsieur : Brahima CISSE

Pour obtenir le grade de Docteur en médecine.

(Diplôme d'Etat)

**Jury**

**Président**                      Professeur Sambou SOUMARE

**Membres**                        Professeur Abdoulaye DIALLO  
Docteur Sy Aïda SOW

**Directeur de thèse**        Docteur Bouraïma MAÏGA

# SOMMAIRE

N° 27

PAGES

I- INTRODUCTION ..... 1-5

II- METHODOLOGIE ..... 6-

III- RESULTATS ..... 10-3

IV- COMMENTAIRES ET  
DISCUSSIONS ..... 37-5

V- CONCLUSION ET  
RECOMMANDATIONS ..... 53-54

BIBLIOGRAPHIE ..... 55-58

ANNEXES ..... 59-61

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE**  
**ANNEE UNIVERSITAIRE 2000 - 2001**

**ADMINISTRATION**

DOYEN : **MOUSSA TRAORE** - PROFESSEUR  
1<sup>ER</sup> ASSESSEUR : **AROUNA KEITA** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE  
2<sup>EME</sup> ASSESSEUR : **ALHOUSSEYNI AG MOHAMED** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE  
SECRETAIRE PRINCIPAL **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE  
AGENT COMPTABLE : **YEHIHA HIMINE MAIGA** - CONTROLEUR DE TRESOR

**LES PROFESSEURS HONORAIRES**

Mr Aliou BA	Ophthalmologie
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 Mohamed TOURE	Pédiatrie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie

**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, <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie

**2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

**3. MAITRES DE CONFERENCES**

Mme SY Aïssata SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique

**4. MAITRES ASSISTANTS**

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale

## 5. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme Konipo Fanta TOGOLA	ORL
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie

## D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Bréhima KOUMARE	Bactériologie-Virologie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique
Mr Yéya T. TOURE	Biologie
Mr Amadou DIALLO	Biologie <b>Chef de D.E.R.</b>
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie - Mycologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yènimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Flabou BOUGOUDOOGO	Bactériologie - Virologie
Mr Amadou TOURE	Histoembryologie

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdrahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr N'yenigüe Simon KOITA	Chimie organique
Mr Abdrahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie - Virologie
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie

## 5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

## D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

### 1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, <b>Chef de DER</b>
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne

### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Leprologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne

### 3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mme Tatiana KEITA	Pédiatrie
Mr Diankiné KAYENTAO	Pneumo-Phtisiologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie

### 4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Mamadou B. CISSE	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie

### 5. ASSISTANT

Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
------------------------	------------

## D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

### 1. PROFESSEUR

Mr Boubacar Sidiki CISSE Toxicologie

### 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA Matière Médicale  
Mr Ousmane DOUMBIA Pharmacie Chimique

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA Législation  
Mr Elimane MARIKO Pharmacologie, **Chef de D.E.R.**

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Drissa DIALLO Matières Médicales  
Mr Alou KEITA Galénique  
Mr Ababacar I. MAIGA Toxicologie  
Mr Yaya KANE Galénique

## D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

### 1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

### 2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAIGA Santé Publique

### 3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Yanick JAFFRE Anthropologie  
Mr Sanoussi KONATE Santé Publique

### 4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE Santé Publique  
Mr Adama DIAWARA Santé Publique  
Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique  
Mr Massambou SACKO Santé Publique

## CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Bouba DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Sidiki DIABATE	Bibliographie
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Arouna COULIBALY	Mathématiques
Mr Mamadou Bocary DIARRA	Cardiologie
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie Médicale

## ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. A.E. YAPO	BIOCHIMIE
Pr. M.L. SOW	MED. LEGALE
Pr. Doudou BA	BROMATOLOGIE
Pr. M. BADIANE	PHARMACIE CHIMIQUE
Pr. Babacar FAYE	PHARMACODYNAMIE
Pr. Eric PICHARD	PATHOLOGIE INFECTIEUSE
Pr. Mounirou CISSE	HYDROLOGIE
Dr. G. FARNARIER	PHYSIOLOGIE

# DEDICACES



# DEDICACES

- C'est le moment pour moi, de m'incliner sur la tombe de mon vieux père feu Bori Allaye CISSE. Cher père tu viens juste de me quitter lorsque je bouclais l'échantillonnage de ce travail. Que Dieu sois- loué, il ne pouvait y être autrement.

Puisse ce travail te faire plaisir dans ta dernière demeure.

Amen !

Je dédie ce travail :

- A l'ensemble de la grande famille CISSE à Ténenkou, Bamako, Ségou, Mopti, Koulikoro pour l'attention toute particulière qu'elle a toujours portée à ma modeste personne.
- A ma mère Anta Adou CISSE, dont le soutien et le réconfort moral ne m'ont jamais fait défaut. Puisse ce travail t'enchanter bonne mère.
- A ma grand-mère maternelle, feu Thiéolo Allaye CISSE, ce travail est de ton petit-fils que tu as admiré et soutenu sans faille.
- A ma tante feu Belco Adou CISSE, chère tante une mort subite et cruelle t'a arrachée à notre affection. J'aurai aimé que le bon Dieu dans sa miséricorde te combler aujourd'hui .
- A mon frère aîné Allaye Bori CISSE dit Wolly, tu m'as choyé dorloté comme un nouveau- né alors que je faisais encore le lycée. J'ai compris depuis lors que nous ne sommes qu'un tout. Nos parents l'ont voulu ainsi ; nous le resterons cher frère.
- A tous mes autres frères et sœurs, cousins, neveux : Allaye El Hadj, Aïssa Bori, Tahirou Allaye, Allaye Tahirou Cissé dit Vieux. Ce travail est le vôtre.

# REMERCIEMENTS

## **REMERCIEMENTS**

**A DIEU, tout puissant, le clément, le miséricordieux,**

Maître des mondes, de tous les cieux de tous les temps, de m'avoir permis d'être là, de grandir et être à même de présenter ce modeste travail.

**A mon frère aîné,**

ALLAYE BORI CISSE DIA, tu as été pour moi un frère, un confident. Ton soutien moral et matériel ne m'a jamais fait défaut. Trouves ici l'expression de mes sentiments les plus distingués.

**A tes amis et copains,**

- DOUDOU DIARRA,
- LASSINE DIARRA,
- AMADOU TOURE,
- IBRAHIM BORI CISSE,
- AMADOU dit DOUNDOU CISSE.

**A mes belles-sœurs !**

FATOU et NAFI, pour vos conseils, vos sens élevés de savoir-vivre en communauté ou de la vie en famille tout court. J'exprime toute ma reconnaissance.

**A mes amis et camarades :**

- GOUNI BARA DAOU
- HAMIDOU CISSE
- IBRAHIM A. CISSE
- ALLAYE MODI CISSE
- TAHIROU D. CISSE
- KOLA DICKO
- AMALA SYLLA
- BADJI SY
- MADINA THERA
- BOCAR L. COULIBALI
- KITA K. DIARRA
- OUSMANE Y. TOURE
- DRISSA FOMBA
- OUMAR BAGAYOGO
- Docteurs BAMBA, KOKAINA, TRAORE, KEITA, DOUMBO.
- Feu AMARA TRAORE
- Feu HOUSSEÏNI CISSE

**A l'intention des étudiants stagiaires au Centre de Santé de référence de la communeV :**

-Ibrahim SANKARE,  
- Brahima DICKO,  
-Mamadou MAGUIREGA,  
-Lassina DIARRA,  
-Mamadou SIMA,  
-Mamadou S. TRAORE,  
-Mamadou B. COULIBALY,  
-Mamadou L. COULIBALY,  
-Maïmouna COULIBALY,  
-Moussa A. OUATTARA,  
-Ibrahim KANTE,  
-Alima CISSE,  
-Mariam KEITA,  
-Maxima KY,  
-Boubacar DIALLO,  
-Nouhoum DIARRA,  
-Sitapha DEMBELE.

**A l'ensemble des médecins du centre de référence :**

Docteur DAO Marie pour votre disponibilité et votre rigueur afin que ce travail soit ainsi.

Docteur DIALLO Diakaridia, cher aîné votre voix continuera toujours à résonner dans mes oreilles pour me mettre sur le bon chemin.

Le succès de ce travail a été votre souci constant. Merci cher aîné pour tout ce que vous avez fait.

Merci aux Docteurs BAMANI, KONE, N'DIAYE, THIAM et EUGENE pour vos conseils et différentes suggestions.

**Au Docteur Modibo Kanté de la clinique Défi Santé,**

**Aux sages-femmes :**

Mesdames SEMEGA NENE, WAIGALO ATHIA, SINGARE ELISE, MARICO AMINATA, DRAME Mariam, et toutes les autres.

Trouvez ici l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Aux infirmiers, infirmières, aides-soignantes et manœuvres du centre pour votre apport oh combien important !

A mon maître et juge

**Professeur Sambou SOUMARE**

Professeur titulaire de la FMPOS en chirurgie générale,  
Chef du service de chirurgie A de l'hôpital de point G.

Nous nous réjouissons d'avoir eu la chef du service de chirurgie A de  
l'hôpital de point G.

chance d'être votre élève, bénéficiant ainsi non seulement de votre  
compétance, de votre expérience mais aussi de vos imminentes qualités  
humaines lors de nos stages dans le service chirurgie A.

Nous gardons de vous l'image d'un grand maître qui sait transmettre  
sans peine ses connaissances.

En fait vous êtes un pédagogue averti.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

**Docteur SY AÏDA SOW**

Maître de conférence en gynécologie obstétrique

Chef du service de gynécologie obstétrique de la PMI de Missira.

A travers vos cours explicites nous avons apprécié en vous une femme aux relations sociales faciles et immenses et une pédagogue éclairée.

Vous nous honorez infiniment par votre présence dans ce jury pour sanctionner ce modeste travail.

Toute notre reconnaissance et nos vifs remerciements.

A mon maître et juge

**Abdoulaye Diallo**

Professeur agrégé en anesthésie réanimation

Chef du service d'anesthésie-réanimation de l'Hôpital de point G.

Secrétaire général adjoint de la SARANF.

Secrétaire général de la SMAR.

Cher maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous compter parmi les membres de ce jury.

Votre simplicité et votre rigueur scientifique ont toujours été à la disposition de la jeune génération pour le grand bien de santé.

Nous vous en sommes gré reconnaissant et vous remercions pour votre disponibilité.

Puisse le seigneur nous permettre de vous rendre hommage en ayant la force, le courage et la chance de suivre vos pas.

A mon directeur de thèse

**Bouräïma MAÏGA**

Spécialiste en gynécologie obstétrique

Médecin chef du centre de référence de la commune V.

Président de la SOMAGO.

Chevalier de l'ordre national

Interne dans votre service, de jour comme de nuit, vous avez éveillé et entretenu constamment en nous la flamme de la profession qui n'a cessé de nous galvaniser depuis lors.

Faire ce travail sur votre proposition et sous votre assistance permanente aussi bien dans les domaines strictement professionnel que social est pour moi un honneur inestimable.

La fierté d'être l'élève d'un maître comme vous restera graver en moi pour l'éternité et l'honneur qui m'est ainsi fait me permettra de contribuer auprès de vous l'épanouissement de la santé.

Avec vous j'ai appris le don de soi, l'amour du métier et le sens du travail bien fait.

Les mots me manquent ici pour exprimer dans son exactitude la profondeur et la gratitude que j'éprouve pour vous.

**DIEU** vous récompensera sans doute car la rétribution appartient à DIEU et à lui seul.



# INTRODUCTION

## INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement constituent des moments particuliers de la vie et comportent un risque évident aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né. Ce risque est illustré par cette boutade des femmes tanzaniennes qui lorsque le moment leur semble venu pour accoucher disent à leurs enfants :

« Je vais à l'océan chercher un bébé. Le voyage est long et dangereux et il se peut que je ne revienne pas. »

Cette boutade met en évidence toute la problématique de la morbidité et de la mortalité maternelles.

Au MALI, à l'instar de nombreux pays africains du fait d'une mauvaise répartition des ressources humaines, d'une mauvaise couverture sanitaire, il n'a été constaté que peu de recul par rapport à la morbidité et la mortalité maternelles.

Ainsi le MALI a adopté, dans le cadre de sa politique sectorielle de santé, comme principe l'utilisation du partogramme comme moyen de surveillance de toute femme en travail.

Les premières études réalisées au Centre de référence de la commune V en collaboration avec la DRS et la DSFC, ont donné des résultats assez satisfaisants.

Conçu en 1954 aux USA par E.A. Friedman pour apprécier la dynamique de dilatation du col, le partogramme a subi de nombreuses modifications. L'OMS en adoptera un modèle dit "modèle de Friedman". L'OMS dont l'utilisation à bon escient devrait améliorer l'efficacité et l'efficacé des soins dans les services de maternité.

Il demeure donc essentiel actuellement tant que peut se faire de définir les indications de la césarienne en rapport avec le partogramme.

### **1°) Historique de la césarienne:**

La césarienne est une vieille intervention d'histoire assez polymorphe remontant du temps d'INDRA, de BOUDA, de DIONYSOS, d'EUSCULAPE ou ce mode de naissance est synonyme de royauté, de puissance ou de divinité.

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

Après cette période légendaire, la seconde étape de la césarienne dura environ trois siècles entre 1500 et 1800 :

En 1500 : JACOB NUFER, charrier de porc, effectua et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme.

En 1581 : FRANCOIS ROUSSET publia « le traité nouveau d'hystérotomie en l'enfantement césarin » qui est le premier traité sur la césarienne en France.

En 1591 : MERCURIO dans « La comare O'riogilitrice préconise la césarienne en cas de bassin barré.

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

En 1769 : Première suture utérine par LEBAS au fil de soie.

En 1826 : Césarienne sous péritonéale de BAUDELOCQUE.

En 1876 : Introduction de l'extériorisation systématique de l'utérus suivie l'hystérectomie en bloc après la césarienne par PORRO qui pensait ainsi lutter contre péritonite responsable de la plupart des décès.

La troisième étape de la césarienne, celle de sa modernisation, s'étale environ sur un siècle. Elle n'aurait pas vu le jour sans l'avènement de l'asepsie et de l'antisepsie.

Il y'a de nouvelles acquisitions :

- ENGNAM : introduit la notion de suture du péritoine viscéral
- Les allemands KHERER et SANGER en 1882 introduisent la notion de suture systématique de l'utérus.
- FRANK imagina en 1907 l'incision segmentaire inférieure et sa péritonisation secondaire. Ce fut là « une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne se SCHOKAERT.
- 1908 : PFANNESTIEL proposa l'incision pariétale transversale.
- 1928 : Découverte de la pénicilline G par SIR ELEXANDER FLEMMING.

## 2°) Rappels anatomiques :

Pour mieux comprendre cette étude sur la césarienne quelques rappels anatomiques nous paraissent importants à savoir :

**L'utérus gravide** : sur lequel s'effectue la césarienne notamment au niveau du segment inférieur. Nous nous limiterons ici seulement à décrire ses rapports :

En avant : le péritoine vesico-utérin et la vessie.

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

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

### **Le canal pelvi-génital** :

Il comprend le bassin et le diaphragme musculo-aponevrotique.

### **Le bassin** :

Il est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement d'où son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison nous décrivons ici ce petit bassin. Celui-ci est formé de deux orifices supérieur et inférieur séparés par une excavation.

a) **L'orifice supérieur** : est le détroit supérieur. Il est formé par :

\_ **en avant** : le bord supérieur de la symphyse pubienne et les cornes des pubis, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées.

\_ **de chaque côté** : les lignes innominées et le bord antérieur des ailerons sacrés .

\_ **en arrière** : le promontoire.

**Diamètres du détroit supérieur** :

\* **Diamètres antéro-postérieurs** :

Promonto-suspubien = 11 cm

Promonto-retro-pubien = 10,5 cm

Promonto-souspubien = 12 cm.

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

\* **Diamètres transversaux** : le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le plus utilisable par le mobile fœtal. Il mesure 13 cm.

\* **Diamètres sacro-cotyloïdiens** : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurant chacun 9 cm.

b) **L'excavation pelvienne** : est limitée :

En avant : face postérieure de la symphyse pubienne et du pubis.

En arrière : face antérieure du sacrum et du coccyx.

Latéralement : face quadrilatère des os iliaques.

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

c) **L'orifice inférieur** :

ou détroit inférieur, constitue le lieu de dégagement du fœtus

Il est limité :

En avant : le bord inférieur de la symphyse pubienne.

En arrière : le coccyx

Latéralement, d'avant en arrière :

° Le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et celui des tubérosités ischiatiques.

° Le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

### **Diamètres du détroit inférieur :**

- Le diamètre sous- coccy-sous pubien : 9,5 cm mais peut atteindre 11 à 12 cm en retropulsion.
- Le diamètre sous-sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis.

Nous rappelons que des anomalies au détroit supérieur sont aussi souvent causes de césarienne.

### **Le diaphragme pelvi-génital :**

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

- périnée antérieure : qui comprend les muscles périvaginaux périvulvaires et le noyau fibreux central.
- périnée postérieure qui comprend en avant le muscle sphincter externe de l'anus et en arrière un ensemble musculaire se joignant sur le raphe ano-coccygien. Les délabrements périnéaux importants réparables peuvent conduire à la césarienne systématique au risque que les lésions ne se reproduisent.

Après ces quelques rappels anatomiques, sans avoir la prétention d'être exhaustifs, quelques techniques de la césarienne nous paraissent importantes à connaître. Nous nous appesantirons surtout sur la césarienne segmentaire.

### **La césarienne segmentaire :**

- **Premier temps :**  
Mise en place des champs ; coeliotomie sous-ombilicale transversale.
- **Deuxième temps :**  
Protection de la grande cavité par des champs abdominaux.  
Mise en place des valves.
- **Troisième temps :**  
Incision aux ciseaux du péritoine segmentaire dont le décollement est facile.
- **Quatrième temps :**  
Incision transversale ou longitudinale du segment inférieur .

- **Cinquième temps** : Extraction de l'enfant.
- **Sixième temps** : C'est la délivrance.
- **Septième temps** : Suture du segment inférieur en un plan avec 6 points totaux en X sur les extrémités et des points séparés extramuqueux sur les berges.
- **Huitième temps** : Suture du péritoine segmentaire.
- **Neuvième temps** : Extraction des abdominaux et valves écarteurs et toilette abdominale.
- **Dixième temps** : Fermeture plan par plan de la paroi.

**Les autres techniques sont :**

La césarienne corporéale : très mal cotée par la plupart des auteurs ;  
Et la césarienne segmento-corporéale.

Il est donc impérieux après quelques années de prestations de faire le point sur la situation césarienne au Centre de santé de Référence de la Commune V.

Pour se faire nous nous sommes fixés les objectifs suivants :

**Objectif général :**

*Faire une étude rétrospective sur la césarienne au Centre de santé de référence la commune V du 1<sup>er</sup> janvier 1994 au 31 décembre 1998.*

**Objectifs spécifiques :**

*Déterminer la fréquence de la césarienne pendant la période d' étude.*

*Etudier les caractéristiques socio-démographiques des parturientes.*

*Déterminer les indications de césarienne et apprécier le rôle du partogramme dans l'indication de césarienne.*

*Etudier le pronostic foëto-maternel.*

*Evaluer le coût de la césarienne au Centre de santé de référence de la Commune V et formuler des recommandations.*

# METHODOLOGIE

# METHODOLOGIE

## I. CADRE D'ETUDE :

C'est le service de gynéco obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V. La commune V est une commune urbaine couvrant une superficie de 41 Km<sup>2</sup> avec une population de 194.135 habitants.

Elle est située sur la rive droite du fleuve Niger. Elle est limitée au nord-ouest par ce même fleuve Niger, à l'Est par la commune VI et au Sud – ouest par l'arrondissement de Kalabari Koro. La commune V est constituée de 8 quartiers, 10 aires de santé dont 8 sont fonctionnelles. Dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le centre de santé de la commune V a été choisi en 1993 pour tester le système de référence qui a été couronné de succès. D'autres distinctions telles le Ciwara d'excellence décerné par l'IMCM en 1997 et le diplôme de reconnaissance du Ministère de la promotion de la femme de l'enfant et de la famille suivront. Le Centre de référence de la Commune V comprend plusieurs unités de fonctionnement :

- Une unité chirurgicale : sa capacité est de 4 salles d'hospitalisation de 4 lits chacune ; 1 salle à 2 lits et 2 salles à 1 lit.

**NB** : Il existe une salle aménagée à l'intérieur du bloc pour la réanimation. Il y a 2 salles d'opération fonctionnant 24/24.

- Une unité gynécologique et grossesse à risque : Qui comprend la salle d'accouchement et les salles d'hospitalisation ! Elle est dirigée par une sage-femme assistée quotidiennement par 2 autres dont le remplacement se fait par rotation mensuelle. On note ici 4 grandes salles d'hospitalisation de 4 lits et une salle de 2 lits.

La salle d'accouchement se compose :

- d'une salle d'attente,
- d'une salle de travail avec 2 tables,
- et une salle de repos (2 lits).

Les unités planning familial et PEV sont rattachées à cette unité.

- Unité gynécologique : Dirigée par le médecin - chef du centre car lui-même gynécologue obstétricien. Les consultations se font 2 fois par semaine (2 jours).

- Unité dermatologie : Où les consultations se font tous les jours !

- Unité ophtalmologie : Bénéficie des prestations de 2 ophtalmologues chacun consultant 2 jours par semaine.



- Unité CPN : La responsabilité d'une sage-femme. Elle est assistée par 2 autres remplaçant mensuellement.
- Unité Néo- Natologie : Dont la mise en œuvre a été rendue nécessaire par le besoin plus en plus croissant de prise en charge immédiate de certaines urgences pédiatriques. Cette unité est également dirigée par une sage-femme : Elle est assistée d'une aide-soignante. C'est une salle à 2 lits dotée d'une couveuse.
- Service médecine interne : Dirigé par un généraliste (médecin chef adjoint). Ce service une capacité d'hospitalisation de 17 lits .
- Unité dentisterie : Dirigée par un dentiste assisté d'un technicien supérieur de santé.
- Unité pédiatrique : Dont les activités sont distribuées à l'unité néo- natologie et le service de médecine interne. Il est dirigé par un pédiatre.
- Unité imagerie : Disposant d'une table conventionnelle de radiographie et d'un échographe.
- Unité laboratoire : Elle est dirigée par une technicien supérieure de santé. Elle comporte son sein un paquet minimum d'activités pour la prise non seulement des urgences gynécologiques obstétricales, mais aussi certaines analyses courantes : NFS et VS, Selles P.O créatininémie, Glycémie...
- Unité recherche et formation : Elle se compose:
  - \* **Salle de Staff** : Où se tient quotidiennement le staff pour compte rendu de garde. Des séances d'E.P.U sont organisées tous les vendredis dans le cadre de la formation continue.
  - \* **Une bibliothèque** :
  - \* **Une salle d'informatique** : 3 ordinateurs plus 1 photocopieuse. Depuis le 07 Novembre 1999 service est connecté au réseau INTERNET.
  - \* **Une salle pour archive et l'administration du centre**
  - \* **Une salle de statistique.**
- Enfin depuis le 24/08/1999 le centre dispose d'une morgue avec une armoire glacière d'étagères.
- Le centre de santé de référence se compose du personnel suivant :
  - Medecins : 10
  - Sages-femmes : 26
  - Technicien Supérieur : 5
  - Infirmiers d'état : 8
  - Technicienne de labo : 5
  - Infirmiers 1<sup>er</sup> cycle : 8

Infirmier anesthésiste : 1  
 Technicienne de développement communautaire : 1  
 Manipulateurs radio : 2  
 Instrumentistes au bloc : 2  
 Aides soignantes : 24  
 Chef personnel : 1  
 Contrôleur des finances : 1  
 Comptable : 1  
 Informaticien : 1  
 Secrétaire dactylographe : 1  
 Caissières : 2  
 Chauffeurs : 4  
 Lingères : 3  
 Gardiens : 7  
 Manœuvres : 10

<b>TOTAL : 124</b>
--------------------

2°) **TYPE D'ETUDE** :

Il s'agit d'une étude rétrospective.

3°) **PERIODE D'ETUDE** :

Elle s'étend du 1<sup>er</sup> janvier 1994 au 31 décembre 1998 soit une durée de 5 ans.

4°) **POPULATION D'ETUDE** :

- Parturientes avec âge gestationnel d'au moins 28 SA
- Parturientes référées, venues d'elles même ou hospitalisées dans le service.

5°) **ECHANTILLONNAGE** :

a) **Critères d'inclusion** :

Il s'agit de toute femme porteuse d'une grossesse de 28 SA révolues chez qui il a été posé l'indication de césarienne dans le service (indication consignée sur le partogramme) et dont l'opération césarienne s'est déroulée dans le service.

b) **Supports** :

Il s'agit de :

- Partogrammes,
- Registres d'accouchements,
- Registres d'hospitalisation,
- Fiches de surveillance de signes généraux,
- Registres de protocole opératoire
- Fiches d'anesthésie.

c) Critères d'exclusion :

Femmes césarisée ailleurs, venus dans le service pour d'autres complications.

d) Taille de l'échantillon :

L'échantillonnage 1566 cas de césarienne.

e) Tests statistiques utilisées :

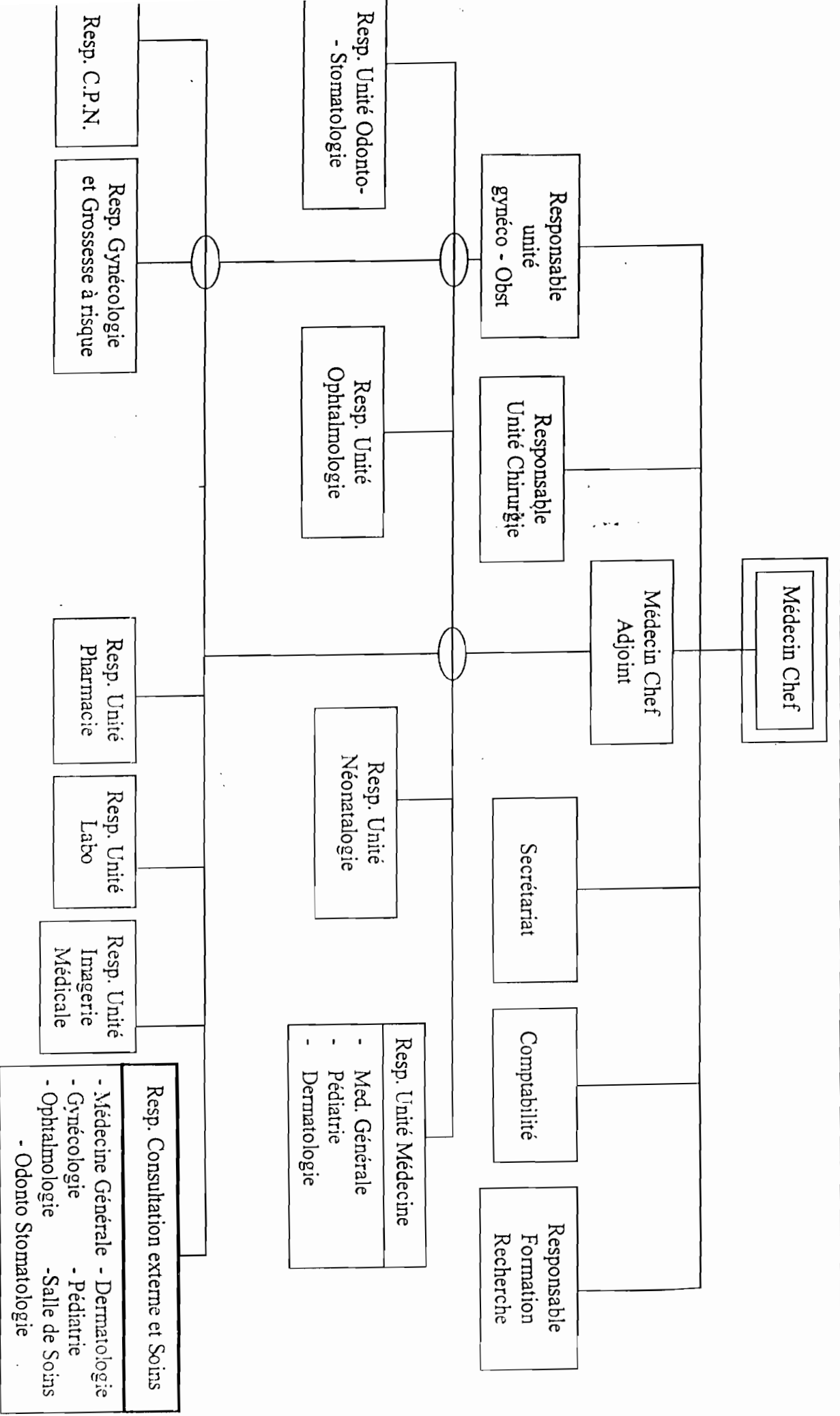
Les questionnaires ont été enregistrés et analysés sur le logiciel Epi - info 0.06. Les tests statistiques utilisés ont été :

- l'Odds Ratio
- Le Khi<sup>2</sup>

f) Variables :

Les variables étudiées sont :

- l'identité des femmes,
- leur statut matrimonial,
- leur ethnie,
- leur âge,
- leur parité,
- l'état des nouveau-nés à la naissance,
- l'évolution post-opératoire et le coût de l'intervention
- leur mode d'admission .



# RESULTATS

## Fréquence de la césarienne :

Du 1<sup>er</sup> Janvier 1994 au 31 Décembre 1998, 20 221 accouchements ont été effectués à la maternité du centre de santé de référence de la commune V.

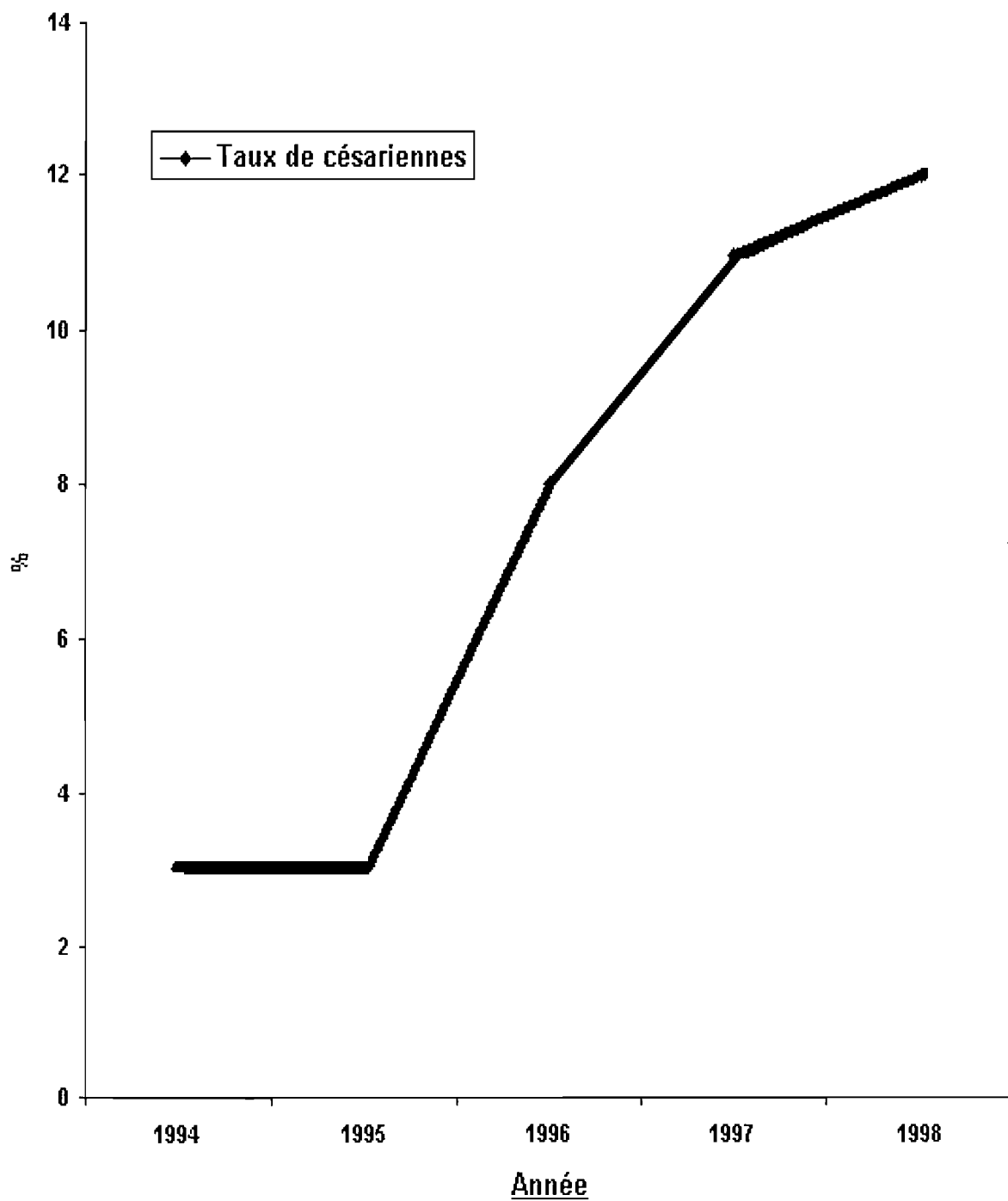
Pendant la même période, 1 566 césariennes y ont été pratiquées soit une fréquence de 8%.

**Tableau N°1** : Fréquence annuelle de césariennes pendant la période d'étude.

Année	Nbre d'acc.	Nbre de césariennes	%
1994	3 212	96	3
1995	3 188	92	3
1996	4 068	309	8
1997	4 695	514	11
1998	4 758	555	12
<b>TOTAL</b>	<b>19 921</b>	<b>1 566</b>	<b>8%</b>

On note une augmentation progressive du taux de césariennes à partir de 1995.

Graphique n°1. Fréquence annuelle de césariennes (1994-1998)



**Tableau N°2** : Répartition des femmes césarisées selon leur ethnie.

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>%</b>
Bambara	666	42.4
Peulh	304	19.4
Sarakolé	161	10.3
Dogon	110	7.0
Malinké	105	6.5
Sonrhäï	82	5.2
Minianka	41	2.6
Sénoufo	40	2.6
Kassonké	25	1.6
Bozo	18	1.1
Bobo	16	1.0
<b>TOTAL</b>	<b>1566</b>	<b>100</b>

Les bambaras détiennent le taux le plus élevé de césariennes (42.4%). C'est l'ethnie dominante au Mali.

Suivent ensuite les peulhs (19.4%), les soninkés (10.3%).

**Tableau N°3** : Répartition des femmes césarisées selon leur provenance.

<b>Provenance</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>%</b>
Commune 5	804	51.3
Commune 6	347	22.2
Commune 4	180	12.1
Hors district	90	5.7
Commune 3	68	4.3
Commune 1	36	2.3
Commune 2	28	1.8
<b>TOTAL</b>	<b>1566</b>	<b>100</b>

48,7% des césariennes faites au centre de référence de la commune V sont venues d'ailleurs.

**Tableau N°4** : Répartitions des femmes césarisées en tranche d'âge.

<b>Tranche d'âge</b>	<b>Effectif absolu</b>	<b>%</b>
<19 ans	439	20.8
20 – 35 ans	967	61.7
>35 ans	160	10.2
<b>TOTAL</b>	<b>1 566</b>	<b>100</b>

Près de 62% des césariennes sont effectuées entre 20 et 35 ans : période de grande activité génitale.



**Tableau N°5** : Répartitions des femmes césarisées en fonction de la parité.

Parité	Effectif	%
Nullipare	591	37.7
Primipare	345	22.0
Multipare	510	32.6
Grande multipare	120	7.7
TOTAL	1566	100

38% des césariennes sont faites chez les nullipares. Les multipares suivent avec 33%

**Tableau N°6** : Répartition des femmes césarisées selon leur statut matrimonial :

Statut matrimonial	Effectif	%
Mariées	1 421	90.7
Célibataires	137	8.7
Veuves	2	0.1
Divorcées	1	0.1
Non précisées	5	0.3
<b>TOTAL</b>	<b>1 566</b>	<b>100</b>

91% de nos femmes césarisées sont mariées

**Tableau N°7** : Répartitions des femmes césarisées selon la profession de leur mari :

Profession du mari	Effectif	%
Ouvriers	408	35,11
Commerçants	310	26,67
Fonctionnaires	273	23,49
Paysans	171	14,71
Profession non précisée	267	18.7
<b>TOTAL</b>	<b>1429</b>	<b>100</b>

Les épouses des ouvriers constituent la tranche où s'est effectué plus des césariennes (29%).

Suivent ensuite celles des commerçants (22%), les fonctionnaires (19%) et les paysans (12%)

**Tableau N°8** : Répartition des femmes césarisées selon leur mode d'arrivée.

<b>Référence</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	723	46.2
Non	843	53.8
<b>TOTAL</b>	<b>1 566</b>	<b>100</b>

46% de nos femmes césarisées ont été référées.

**Tableau N°9** : Répartition des femmes césarisées selon la provenance des références.

Provenance	Effectif absolu	%
CSCOM	420	58.1
CSRef commune 6	109	15.1
Structure privée	88	12.2
Commune 4	44	6.1
HGT	30	4.1
Hors district	13	1.8
CSRef commune 5	9	1.2
CSRef commune 3		
CSRef commune 1	5	0.7
HPG	2	0.3
CSRef commune 2	1	0.1
Total	723	100

Les références internes ne constituent que 1% des références.

Les CSCOM constituent les structures qui réfèrent le plus (58%)

**Tableau N°10** : Répartitions des femmes césarisées selon leur caractère hospitalisé ou non .

Hospitalisation	Effectif absolu	%
Oui	68	4.3
Non	1 498	95.7
<b>TOTAL</b>	<b>1 566</b>	<b>100</b>

4,3% de nos femmes césarisées avaient été hospitalisées dans le service.

**Tableau N°11** : Répartition des femmes césarisées selon le motif d'hospitalisation .

Motif d'hospitalisation	Effectif	%
HTA	12	18
PP	28	41
RPM	10	15
Hydraminios	2	3
Dépassement terme	2	3
Ut. Bicicat+DT	8	12
MAP	2	3
Gémellité	2	3
Eclampsie	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100</b>

Le placenta praevia constitue la principale cause d'hospitalisation avec 41%.

**Tableau N°12** : Répartition des femmes césarisées selon leurs indications.

Indications		Effectif	%
Dystocies mécaniques	Angustie Pelvienne	370	23.89
	Gros fœtus	62	4.00
	Pré-rupture utérine	55	3.55
	Hydrocéphalie	5	0.32
	Gros siège sur utérus cicat.	6	0.39
<b>TOTAL</b>		<b>498</b>	<b>32.15 soit 32%</b>
Indications liées aux annexes fœtales	Procidence cordon	62	4.00
	Placenta praevia	122	7.88
	HRP	74	4.78
	Circulaire du cordon	81	5.23
	Bretelle	54	3.49
	ProCubitus	2	0.13
<b>TOTAL</b>		<b>395</b>	<b>25.50 soit 25%</b>
Indications liées à l'état génital de la mère	ATCD de R.U	3	0.19
	ATCD de cure F.V.V.	7	0.45
	ATCD de cure F.R.V.	2	0.12
	ATCD de cure de prolapsus génital	4	0.26
	Diaphragme vaginal	9	0.60
	ATCD de myomectomie intra cavitaire	3	0.20
	ATCD SP avec lâchage.	11	0.70
<b>TOTAL</b>		<b>39</b>	<b>2.51 soit 3%</b>
Indications		Effectif	%
Indications fœtales	Souffrances fœtales	277	18
	Présentations mal fléchées	106	6.84
<b>TOTAL</b>		<b>383</b>	<b>24.72 soit 25%</b>
Indications liées à l'état général de la mère:	HTA	21	1.35
	Eclampsie	36	2.32
<b>TOTAL</b>		<b>57</b>	<b>3.68 soit 4%</b>
Indications liées aux présentations irrégulières	P. épaule	52	3.36
	P. transverse	39	2.51
	P. du front	10	0.64
	P. de face	20	1.30
<b>TOTAL</b>		<b>121</b>	<b>7.81 soit 8%</b>
Dystocie cervicale		32	2
Echec épreuve de travail		18	1

**Tableau N°13** : Répartitions des anomalies du partogramme en du tableau clinique.

Indications	Expressions sur le partogramme		
		Effectif	%
Anomalie pelvienne	Absence d'eng. à dilat. Complète	72	18.46
	Césariennes Prophylactiques	54	13.84
	Trouble du rythme cardiaque fœtal	2	0.51
	Dilatation marche d'escalier	32	8.20
	Dilatation stationnaire	225	57.69
	Liquide méconial	5	1.28
TOTAL		390	
Gros fœtus	Absence d'eng. à dilat. Complète	7	11.29
	HU excessive(>36cm)	5	8.06
	Dilatation marche d'escalier	6	9.67
	Dilatation stationnaire	43	69.35
	Hypercinésie de fréquence	1	1.61
TOTAL		62	
SFA	Bradycardie fœtale (BCF<120)	55	20.67
	Tachycardie fœtale (BCF>160)	11	4.13
	Dilatation stationnaire	18	6.76
	DME	5	1.87
	LC-LT	57	21.42
	LT-LM	1	0.37
	LM en phase de latence	33	12.40
	LM en phase active	96	36.10
TOTAL		266	
Présentation mal fléchie	Absence d'eng. à dilat. Complète	17	16.19
	DS	69	65.71
	DME	16	15.23
	LM	2	1.90
	Bradycardie fœtale	1	0.95
TOTAL		105	
Placenta praevia	Hémorragies+++	94	83.73
	DS	14	12.17
	CU = 0	4	3.47
	Bradycardie fœtale	2	1.73
	LM	1	0.86
TOTAL		115	
Bretelle	Absence d'eng. à dilat. Complète	6	11.32
	DME	10	19
	DS	30	56.60
	LC-LT	2	3.77

	Hypercinésie de fréquence	2	3.77
	LM	2	3.77
	Tachycardie fœtale	1	1.88
TOTAL		53	
circulaire	Absence d'eng. à dilat. Complète	7	8.75
	DS	51	63.75
	DME	13	16.25
	LM	5	6.25
	LC-LT	2	2.50
	Aucune	2	2.50
TOTAL		80	
HRP	Hypertonie	9	12.16
	Mauvais relâchement	37	50.00
	DS	3	4.05
	BDC = 0	4	5.40
	Aucune	14	18.91
	Bradycardie fœtale	7	9.45
TOTAL		74	



**Tableau N°14** : Répartition des césariennes selon leur caractère prophylactique ou non .

<b>Cés. prophylactiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	101	6.4
Non	1 465	93.6
<b>TOTAL</b>	<b>1 566</b>	<b>100</b>

Les césariennes prophylactiques constituent 6 % de nos femmes césarisées.

**Tableau N°15** : Indications des césariennes prophylactiques :

Causes	Effectif	%
Angustie pelvienne	38	37.6
Eclampsie	4	4.0
PP	14	13.9
HTA	8	7.9
Echec déclenchement	9	8.9
Gros siège sur ut. Cicat.	4	4.0
Diaphragme vaginal	5	5.0
ATCD sup. Par. + L. paroi	3	3.0
ATCD cure prol. Uterin	3	3.0
ATCD cure FRV	1	1.0
ATCD cure FVV	3	3.0
ATCD myomec. cavitaire	3	3.0
P. transverse	4	4.0
RPM sur ut. Cicatriciel	2	2.0
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

L'angustie pelvienne est la principale cause de nos césariennes prophylactiques (38%).

**Les RU représentent 2.6% de nos femmes césarisées.**

**Les décès maternels per ou post césariennes constituent 1.3%.**

**Tableau n°16 : Répartitions des ruptures utérines selon leur caractère référé ou non.**

R.U	Nombre	%
<b>REFERENCE</b>		
<b>OUI</b>	23	57,5
<b>NON</b>	17	42,5
<b>TOTAL</b>	40	100,0

**TableauN°17 : Répartitions des ruptures utérines en fonction de la parité.**

R.U	Nombre	%
<b>PARITE</b>		
<b>Nulli</b>	3	7,5
<b>Primi</b>	11	27,5
<b>Multi</b>	20	50
<b>Grande-Multi</b>	6	15
<b>TOTAL</b>	40	100,0

65% des ruptures utérines sont survenues chez des multipares et grandes multipares.

**Tableau N°18** : Répartition des ruptures utérines selon la provenance de la référence.

<b>R.U</b> <b>Provenance</b>	<b>Nombre</b>	<b>%</b>
CSCOM	17	73,91
H.P.G	0	0
H.G.T	1	4,34
C.Réf.CI	0	0
C.Réf.CII	0	0
C.Réf.CIII	0	0
C.Réf.CIV	1	4,34
C.Réf.CV	0	0
C.Réf.CVI	3	13,04
Hors district	0	0
Structures privées	1	4,34
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,0</b>

Près de 74% des ruptures référées sont venues des CSCOM.

**Tableau N°19** : Répartitions des femmes césarisées en fonction des complications.

<b>Complications</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	85	5.4
Non	1 481	94.6
<b>TOTAL</b>	<b>1566</b>	<b>100.0</b>

Pendant la période d'étude 5,4% des femmes césarisées ont présentées des complications.

**Tableau N°20** : Répartition des césariennes selon le type de complications.

Complications	Effectif	%
Hémorragiques	13	15
Infectieuses	58	68
Thrombo-emboliques	2 (phlébites)	2
Anesthésiologiques	1	1
Urinaires	3 (lésions vésicales)	4
Diverses	5 FVV(3)+psy p.(2)	6
Vasculo-rénales	3	4
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>100</b>

L'infection avec 68% vient comme 1<sup>ère</sup> cause des complications.

**Tableau 21** : Répartitions des ruptures utérines en tranches d'âge.

Age	Nbre de RU	POURCENT
18-20 ans	5	12,5
21-35ans	27	67,5
>35ans	8	20
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

Khi<sup>2</sup>= 43,64

p = 0,0000

dl= 31

**Tableau N°22** : Répartition des ruptures utérines selon leur cause

Causes des ruptures utérines	Effectif	%
« Expression » sur utérus	7	17.5
Perfusion inappropriée d'ocytocine	9	22.5
Travail anormalement long >15H	13	32.5
Présentation de l'épaule	2	5
Présentation de face en mento-sacrée	1	2.5
Version par manœuvre interne	1	2.5
Angustie pelvienne	7	17.5
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

La 1<sup>ère</sup> cause des ruptures utérines est le travail anormalement allongé >15heures (32,5%).  
 Suivent par ordre décroissant : perfusion d'ocytocine (22.5%), « expression » (17.5%), les  
 angusties pelviennes (17.5%).

***NB*** : Les ruptures utérines iatrogènes constituent 40% des causes des ruptures utérines.

**Tableau N°23** : Répartition des femmes césarisées selon le type de complications présentées.

Complications	Effectif	%
Hémorragiques	13	15
Infectieuses	58	68
Thrombo-emboliques	2 (phlébites)	2
Anesthésiologiques	1	1
Urinaires	3 (lésions vésicales)	4
Diverses	5 FVV(3)+psy p.(2)	6
Vasculo-rénales	3	4
TOTAL	85	100

L'infection avec 68% vient comme 1<sup>ère</sup> cause des complications.

Légende :

*FVV=fistule vesico-vaginale.*

*Psy P.=Psychose puerpérale.*

**Tableau N°24** : Répartition des décès maternels selon leurs causes.

Causes	Effectif	%
Infectieuses	4	20
Hémorragiques	9	45
Embolie pulmonaire	3	15
Vasculo-rénales	4	20
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>	<b>100</b>

L'hémorragie avec 45% constitue la 1<sup>ère</sup> cause des décès maternels.

**Tableau N°25** : Répartitions des femmes césarisées en fonction de leur durée de séjour :

Durée de séjour	Effectif	%
1 – 7 jours	1282	92.97
8 – 15 jours	87	6.31
>15 jours	10	0.72
<b>TOTAL</b>	<b>1 379</b>	<b>100</b>

La durée moyenne de séjour d'une césarienne est de quatre (4) jours.

La durée minimale de séjour = 1 jour et la durée maximale = 60 jours.



**Tableau N°26** : Autres interventions associées à la césarienne.

Interventions associées	Effectif	%
Hystérectomie	2	0,16
LDT	62	4,94
Non	1 190	94,90
<b>TOTAL</b>	<b>1 254</b>	<b>100</b>

La LDT avec 4,94% constitue l'intervention la plus associée de la césarienne.

**Tableau 27** : Répartitions des femmes césarisées selon le type d'anesthésie adopté.

Année \ Type d'anesthésie	Anesthésie Générale		Rachi-anesthésie	
	Nbre de cas	%	Nbre de cas	%
1994	86	89,47	10	10,53
1995	70	76,29	22	23,71
1996	194	62,92	115	37,08
1997	336	65,28	178	34,72
1998	477	85,93	78	14,07
<b>Total</b>	<b>1163</b>	<b>74,27%</b>	<b>403</b>	<b>25,73</b>

Dans 74,27 % des cas l'anesthésie générale a été utilisée.

Légende :

*LDT=Ligature des trompes.*

**Tableau N°28** : Répartition des nouveau-nés ayant présentés des états de souffrances fœtales selon les différentes phases de travail.

SFA	Effectif	%
Phase active	181	65.3
Phase de latence	96	34.7
TOTAL	277	100

65% de nos césariées pour souffrance fœtale ont lieu en phase active de travail.

Légende :

*SFA=souffrance fœtale aiguë.*

**Tableau N°29** : Répartition des souffrances fœtales en phase active selon les zones du partogramme

Phase active	Effectif	%
Zone d'action	26	14.4
Zone d'alerte	155	85.6
TOTAL	181	100

86% de nos césariennes pour souffrances fœtales sont faites avant d'atteindre la ligne d'action du partogramme.

**Tableau N°30** : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar :

Apgar	Effectif	%
[1 - 3]	31	2,15
[3 -7]	168	11,66
Apgar > 7	1237	87,14
<b>TOTAL</b>	<b>1 436</b>	<b>100</b>

Près de 14% des nouveau-nés ont un APGAR  $\leq 7$

**Tableau N°31** : Etat des nouveau-nés à la naissance .

Etat des nouveau-nés	Effectif absolu	%
Mort-nés	130	8.30
Nés vivants	1 436	91.69
<b>TOTAL</b>	<b>1 566</b>	<b>99.99</b>

Les mort-nés représentent 8,30%.

**Tableau N°32** : Répartition des mort-nés selon leur cause

Causes		Effectif	%
Retard prise en charge (SFA)	Les 2 blocs opératoires sont occupés	4	
	Anesthésiste absent	2	5
Anomalie pelvienne		11	8
HRP		30	23
R.U		24	18
PP		25	19
Procidence cordon		10	8
RPM depuis >72H (référées de la commune 6)		1	1
Synto sur LM sur PC(reçus en référence)		2	2
Présentation épaule		1	1
Face en mento sacré		3	2
Circulaire au cou		7	5
Anémie sévère mère		1	1
Bretelle		1	1
HTA sévère		8	6
<b>TOTAL</b>		<b>130</b>	<b>100</b>

La principale cause des morts in utero est l'HRP (23%).

**Tableau N°33** : Répartition des mort-nés selon BCF présents ou absents à l'admission :

Bruit du cœur fœtal (BCF) à l'admission	Effectif	%
+	50	38.5
-	80	61.5
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

61,5% des mort-nés sont admis sans BCF au centre de référence de la commune V.

**Tableau N°34** : Répartitions des mort-nés admis avec des BDC selon leur cause.

Causes des mort-nés avec BDC présents à l'admission	Nombre de cas	%
Placenta praevia	7	14
Hématome retro-placentaire	5	10
Rupture utérine	7	14
Procidence du cordon	7	14
Circulaire du cordon	6	12
Face en mento-sacrée	2	4
Malformation fœtale	2	4
Erreur d'appréciation de l'opérateur	2	4
SFA	4	8
Ocytocine sur LM (reçu en référence)	1	2
Bretelle	1	2
Inconnue	6	12
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

Dans 50% cas la césarienne a été faite pour sauvetage maternel (face en mento-sacrée, placenta praevia, hématome retro-placentaire) et le cordon est incriminé dans 28% des cas.

**Tableau N°35** : Délai de prise en charge: indication-incision des mort-nés admis avec des BDC.

Délai(en mn)	≤ 30 minutes	De 30 à 60mn	Plus de 60mn
Mort-nés			
Nbre de cas	30	15	5
%	60	30	10

Dans 60% cas le délai indication-incision n'a pas excédé 30 minutes.

**Tableau N°36** : Répartition des mort-nés en fonction de leur caractère macéré ou non :

Mort-nés macérés	Effectif	%
Oui	11	8
Non	119	92
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>100</b>

Les mort-nés macérés constituent 8%.

**Tableau N°37** : Relation entre césariennes prophylactiques et ATCD de césariennes.

Cés. Prophylac. ATCD ces.	Oui	Non	TOTAL
	Oui	41	153
Non	60	1 312	1 372
<b>TOTAL</b>	<b>101</b>	<b>1 465</b>	<b>1 566</b>

OR = 5.86

3,5 < OR < 9,25

41,41% de nos Césariennes prophylactiques sont faites sur des utérus cicatriciels.

**Tableau N°38** : Relation mort-nés utérus cicatriciel.

Mort-nés Ut cicatr	Oui	non	Total
	Oui	6	5
Non	44	74	118
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>79</b>	<b>129</b>

Or = 2,02      p = 0,26      khi<sup>2</sup> = 1,26  
0,50 < or < 8,30

**Tableau N° 39:** Relation entre RU et utérus cicatriciel.

R.U \ Ut cicatric	Oui	Non	Total
Oui	11	183	194
Non	29	1343	1372
Total	40	1526	1566

Or = 2,78  
1,27 < OR < 5,96

p = 0,003

khi 2 = 8,62

**Tableau N° 40 :** Relation entre césarienne prophylactique et utérus cicatriciel.

Ut cicat \ Cesa prolect	Oui	Non	Total
Oui	41	60	101
Non	153	1312	1465
total	194	1372	1566

Or = 5,86  
3,70 < or < 9,2

p = 0,00000

khi<sup>2</sup> = 79,05

**Tableau N° 41 :** Relation entre utérus cicatriciel et complications.

Ut cicat \ complications	Oui	Non	Total
Oui	10	184	194
Non	73	1299	1372
Total	83	1483	1566

Or = 0,97  
0,46 < or < 1,99

p = 0,92

khi<sup>2</sup> = 0,01

**Légende:** *Ut cicat* = utérus cicatriciel.

**A la lumière des résultats obtenus, nous allons commenter et discuter les chapitres suivants :**

### **FREQUENCE DE LA CESARIENNE :**

Avec un taux de césarienne de 8% notre fréquence de césarienne ne diffère que de peu de celle de DIALLO C.H. [1] qui avait trouvé en 1989 une fréquence de 7,82% selon une étude faite à l'Hôpital Gabriel TOURE ; de celle de Kouam et coll [2] à Yaoundé avec 7,71% et de celle de TSCHIBANGU K. et coll. [3] avec 8,6% selon une étude faite en Centrafrique.

Notre taux de césarienne est nettement inférieur à ceux de TEGUETE I. [4] avec 24,53% selon une étude faite à l'Hôpital du Point- G en 1996 ; de LOMGOMBE et coll. [5] avec 10,2% ; de celui TISSOT et coll. [6] avec 14,48% (France) ; de MELCHOR [7] et coll. avec 12,6% ; de BOISSELIER et coll. [8] à la maternité Saint Antoine avec 14,9% (France) ; de celui des USA avec 24% et du Brésil avec 40%.

Notre taux est tout de même supérieur à celui de MBIYE KANUMA et coll. [38] avec 2% (étude faite au C.H.U de Bangui) à celui de YAMG W.W [9] avec 2,33% au Zanzibar.

### **CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES :**

- Les bambaras constituent la classe où s'est effectué le plus de césarienne avec 42,4%. Ce résultat est assez proche de celui de TRAORE A. F [10] (37,81%) ; supérieur à celui de COULIBALY I. [1] (19,6%) mais inférieur à celui de THIERO [12] (54,4%).

- La tranche d'âge [20 - 35] correspondant à l'âge optimal de fécondité est la plus représentée (61,7%) de nos femmes césarisées. Ce taux est voisin à celui retrouvé par BERTHE [13] (66,06%), mais inférieur à celui de DIALLO C. H. [1] (88,75%) ; CHMABRA et coll. [14] (88,75%) ; COULIBALY I. [11] (82,1%) et TEGUETE I. [4] (79,3%).

- La profession : Nous nous sommes référés sur les données du partogramme qui déterminent la profession du mari et non celle des parturientes. Les ouvriers et les commerçants sont des classes de profession où s'est effectué le plus souvent le césarienne avec respectivement 28,6% et 21,7%. Ce taux est inférieur à celui de COULIBALY I. [11] qui trouve respectivement (53,6%) et (40,5%) ; TEGUETE I. [4] (86%) et THIERO [12] (82,6%) pour les ouvriers.

- Résidence de nos femmes césarisées :

- 48,7% de nos femmes césarisées résident hors de la Commune V.

- Provenance de nos femmes césarisées.

- 46% de nos femmes césarisées ont été référés.

Les Centres de Santé Communautaires avec 58,1% constituent les gros pourvoyeurs des références.

Le Centre de Santé de Référence de la Communes VI avec 15,1% est la deuxième structure sanitaire qui réfère ;

Les structures privées : 12,2%

Hôpital Gabriel TOURE : 4%

Hôpital de Point G : 0,3%



**NB :** *les motifs de référence étant : manque de blouses et de champs stériles pour l'hôpital Gabriel Touré et celui de Point G .*

*Les références internes 1% (il s'agit des références venant des Consultations Pré- Natales ).*

**- Statut matrimonial :**

90,7% de nos femmes césarisées sont mariées résultats proche de celui retrouvé par TEGUETE I.[4].

Les célibataires constituent 8,7% de nos femmes césarisées. Ce taux est inférieur à celui de TEGUETE I. [4] (9,4%) mais supérieur à celui de DIALLO C. H. [1] ( 5,6%).

Les veuves et les divorcées représentent chacun 0,1% de nos femmes césarisées pour chaque groupe.

**- Parité :**

Les nullipares constituent 37,7% ; les multipares 32,6% ; les primipares 22%.

Cependant TEGUETE I. [4], BERTHE Y. [13] et DIALLO C. H. [1] ont trouvés respectivement 19,7% ; 27,92 ; 25% de césarienne chez primipares.

**COMMENTAIRE ET DISCUSSIONS SUR LES INDICATIONS CESARIENNE ET LEUR EXPRESSION SUR LE PARTOGRAMME :**

Il existe une grande variabilité des taux de césarienne d'un pays à un autre :

TRAORE M. et coll. [25] à Dakar ( 4,38%)

MELCHIOR et coll. [7] en France (12,6%)

TEGUETE [4] au Mali en 1996 (12,05%) et 40% au Brésil

et dans un pays d'une structure à autre :

Exemple : Au Mali

Hôpital Gabriel TOURE : COULIBALY I. [11] en 1998 ( 12,17%)

Hôpital Point- G : TEGUETE I. en 1996 (24,05%)

Notre étude en 2000 : (8%)

**DYSTOCIES MECANIQUES**

Les dystocies mécaniques représentent 498 cas (32,15%). Elles se repartissent comme suit :

Les anomalies pelviennes sont en cause 370 fois soit 23,89%. Ce taux est inférieur à ceux de

LONGONBE et coll. [5] au Zaïre, Jean- Marie GONNET en France, TEGUETE I. [4]

TREGUER [18] à N' Djaména ; SOW A. [19] à Bamako ; SAUME BIKAKOU [20] à

Odiénné en république de Côte d'Ivoire qui trouve respectivement : 37% ; 50% ; 37,6%

27,4% ; 37,93% et supérieur à ceux de BERTHE Y. [13] cité par TEGUETE I. [4] au C. H. U

de Bouaké et ANOMA [21] au C.H.U de Cocody qui trouvent 8,26% et 10,2% et de celui de

COULIBALY I. [11] avec 16,32% selon une étude faite à l'Hôpital Gabriel TOURE.

Notre taux est voisin à celui de DIALLO C.H. [1] (20,12%).

Ces anomalies pelviennes se sont exprimées sur le partogramme :

225 fois soit 57,29% par une dilatation stationnaire

72 fois soit 18,46% par un non engagement de la présentation à dilation complète

32 fois soit 8,20% par une dilatation en marche d'escalier

7 fois soit 1,79% par une souffrance fœtale aiguë.

Le bas taux de souffrance fœtale sur anomalie pelvienne s'explique par l'attitude de service consistant à précéder l'installation de cette souffrance. En effet la décision de césarienne est prise après 3 heures de dilatation stationnaire ou au deuxième paliers en cas de dilatation en marche d'escalier comme l'ont montré les travaux de BAMBA M. [16] :

Dans 84,61% l'Apgar inférieur ou égal à 7 si la ligne d'action est atteinte ou franchie et dans 69,19% l'Apgar est inférieur ou égal à 7 si la décision de césarienne n'est prise qu'au deuxième palier d'une dilatation en marche d'escalier.

Les indications en rapport avec le gros fœtus sont retrouvées 62 fois soit 4%. Ce taux est inférieur à ceux retrouvés par BERTHE Y. [13] au C.H.U de Bouaké (31,19%) ; DIALLO C.H. [1] (15%) à l'Hôpital Gabriel TOURE et TRAORE et coll. [10] au C.H.U de Dakar (12,50%).

Dans 69,35% le gros fœtus a entraîné une dilatation stationnaire ; dans 11,29% une absence d'engagement à dilatation complète ; dans 9,67% par une dilatation en marche d'escalier.

Les pré-ruptures utérines représentent ( 55 cas ) 3,55% de dystocies mécaniques. Ce taux est largement inférieur à ceux de MBIYE KAMUMA et coll. [37] (13,96%) de TEGUETE I. [4] (8,50%) mais très proche de celui de COULIBALY I. [11] (3,17%).

L'hydrocéphalie et le « gros siège » sur utérus cicatriciel représentent ( 11 cas ) 0,71% du taux de dystocie mécanique. Il s'agit en fait des cas de césarienne prophylactique.

## **2°) LES INDICATIONS LIEES AUX ANNEXES FŒTALES :**

Elles constituent la deuxième cause d'indication de césarienne ( 395 cas ) 25,50% dans notre étude.

Ce taux est largement supérieur à ceux de COULIBALY I. [11] (16,94) et de TEGUETE I. [4] (16,19%).

Le placenta praevia avec ( 122 cas ) 7,88% constitue la première cause.

Ce taux est supérieur à celui retrouvé par COULIBALY I. [11] (3,97%) et à ceux de THIÉRO M. [12] (2,5%) et RACINET CL. [22] (3%) mais avoisine ceux de MBIYE KAMUMA et coll. [37] (7,73%) ; DIALLO C.H. [1] (8,12%) ; TRAORE A. F. [10] (8,68%).

Dans 83,73% le placenta praevia a entraîné une hémorragie.

Dans 12,17% nous avons retrouvé une dilatation stationnaire et dans 2,59% souffrance fœtale.

L'Hématome retro- placenta représente ( 74 cas ) 4,78% d'indication de césarienne dans notre étude. Ce taux est très voisin à celui de COULIBALY I. [11] (4,36%) mais inférieur à ceux retrouvés par THIÉRO M. [12] (6,25%) ; DIALLO C.H. [1] (5,62%) ; TRAORE A. F. [10] (11,78%) et CAMARA S. [23] (12%). Ses expressions sur le partogramme ont été l'hypertonie utérine (62,16%) la mort fœtale in utero (5,40%) et dans 18,91% aucune expression n'est retrouvée sur partogramme.

- Procidence du cordon est une indication urgente de césarienne de sauvetage fœtal. Elle représente ( 62 cas ) 4% des indications liées aux annexes fœtales. Notre taux est égal à celui retrouvé par ROY J. [26] (4%) et très voisin à celui de COULIBALY I. [11] (3,49%) mais nettement supérieur à ceux de TEGUETE I. [4] (0,6%) ; SAGBO F. [27] (2%) ; DIALLO C.H. [1] (3,12%).

Le circulaire du cordon ( 81 cas ), la bretelle ( 54 cas ) et le pro cubitus ( 2 cas ) ont représentés respectivement 5,23% ; 3,49% ; 0,13%.

### 3°) INDICATIONS LIEES AU FŒTUS :

Souffrances fœtales ( 277 cas ): elle représente 18% de nos indication de césarienne.

Ce taux est supérieur à ceux retrouvés par COULIBALY I. [11] (4,28%) et TRAORE M. et coll. [25] (5%) mais avoisine ceux retrouvés par BARRIER [28] (16% ; TEGUETE [4] (16,06%) ZINSOU [29] (17,88%) et inférieur à ceux retrouvés par MELCHIOR et coll. [7] (26%) ; RUDIGOZ et coll. [15] (24%) et BOUTALEB [30] (32,68%). Les présentations mal fléchies englobent les présentations céphaliques dont l'accommodation au détroit inférieur ne se fait pas bien (il s'agit des occipito – iliaques postérieurs). Elles représentent 6,84% de nos indications fœtales.

Nous n'avons eu aucune étude y afférant.

Dans notre étude dans près de 70% cas (soit 69,92%) l'indication de césarienne pour souffrance fœtale a été posé sur la base de changement d'aspect du liquide amniotique.

Dans 21,79% sur la base de changement de couleur du liquide amniotique

LC – LT (21,42%)

LT – LM (0,37%)

Dans 48,50% sur la base du liquide amniotique méconial :

en phase active (36,10%)

en phase de latence (12,40%)

L'objectif de notre étude étant d'apprécier la valeur du liquide amniotique dans l'indication de césarienne, il paraît licite aujourd'hui voire impérieux la pratique de l'amnioscopie chez toute femme en travail et ceci même en phase de latence.

Dans 24,80% cette souffrance fœtale s'est exprimée par une anomalie du RCF les autres expressions tant dilatation stationnaire (56, 76%) ; Dilat en marche d'escalier (1,87%)

### 4°) LES INDICATIONS LIEES A L'ETAT GENITAL DE LA MERE : ( 39 cas ).

Elles ont quasiment fait l'objet de césarienne prophylactique. Elles réalisent un taux de 2,51% de nos césariennes.

Ce taux est égal à celui retrouvé par TRAORE M. et coll. [25] (2,5%) inférieur à celui de TEGUETE I. [4] (4,53%) et supérieur à celui de DIALLO C.H. [1] ( 1,87%).

Les indications de césarienne pour antécédent de suppuration pariétale avec lâchage de paroi (11 cas ) viennent en tête avec 0,70% alors COULIBALY I. trouve 0,11%.

Le diaphragme vaginal ( 9 cas ) avec 0,60% vient au deuxième rang , soit le double de celui retrouvé par COULIBALY I. [11] (0,30%)

Les antécédents de FVV (7cas ) réparées 0,45% , de prolapsus utérin (4 cas ) réparés 0,26% de rupture utérine (3 cas ) 0,19% de myomectomie avec effraction de la cavité (3 cas ) 0,20% de FRV réparées (2 cas ) 0,12% sont de grands pourvoyeurs de césariennes Prophylactiques:

### 5°) LES INDICATIONS LIEE AUX PRESENTATIONS IRREGULIERES :

Il s'agit des présentations de l'épaule (52 cas ) soit 3,36%, présentation transverse (39cas) 2,51% de face en mento-sacrée (20 cas ) 1,30% et du front (10 cas ) soit 0,64%.

Nos taux sont inférieurs à ceux retrouvés par COULIBALY I. [11] à l'Hôpital Gabriel TOURE, TEGUETE I. à l'Hôpital du Point-G ; MBIYE KAMUMA à Bangui [37] ; DIALLO C. H. à l'Hôpital Gabriel TOURE qui ont retrouvé respectivement : 12,38% ; 10,2% ; 7,59% et 6,9%.

#### Présentation de Face en mento- sacrée : ( 20 cas )

1,30% selon notre étude

Chiffre est égal à celui retrouvé par TEGUETE [4] (1,3%) mais inférieur à ceux retrouvés par BERTHE [13] (2,60%) et MBIYE KAMUMA [37] (2,13)

#### Présentation du front : (10 cas )

Notre taux = 0,64%

Il est inférieur à celui de la plupart des auteurs : COULIBALY I. [11] (2,28%) ; TEGUETE I. [4] (2,2%) ; MBIYE KAMUMA [37] (2,60%).

### 6°) INDICATIONS LIEES A L'ETAT GENERAL DE LA MERE : HTA /ECLAMPSIE

Elles représentent (57 cas ) soit 3,68% de nos cas de césariennes. Taux égal à celui retrouvé par COULIBALY I. [11] (3,6%), mais inférieur à ceux de TRAORE M. et coll. [25] DIALLO C.H. [1] et TEGUETE I. [4] qui trouvent respectivement 18,33% ; 11,25% et 5,56%.

Les indications de césarienne portant sur l'HTA sont les cas d'HTA maligne (minimum supérieur ou égal 12) résistantes au traitement médical conventionnel alors que les cas d'éclampsie correspondent à celles qui présentent des crises subintrantes.

Commentaires sur les ruptures utérines(RU) :

Notre étude :

Du 1<sup>er</sup>/ 01/1994 au 31 décembre 1998 nous avons enregistré 40 cas de rupture de l'utérus. Pendant la même période nous avons enregistré 20 221 accouchements. Ce qui donne un taux de R.U = 0,20%. Taux voisin à celui de Maroc (0,23%) ; inférieur au Gabon (1,4%) Tunisie (1,51%) et nettement inférieur à Niger (4,02%).

23 cas soit 57,5% des R.U sont découvertes lors de la césarienne ou au cours de la révision utérine. 42,5% réalisent la grande inondation péritonéale (R.U franche).

23 cas soit 57,5% des R.U ont été référées : parmi elles

-42,50% sont venues des CSCOMM ;

-13,04% du Centre de référence de la Commune VI ;

-4,34% de l'HGT ;

-4,34% du Centre de référence de la Commune IV ;

-4,34% des structures sanitaires privées.

Il faut signaler que certains facteurs favorisent la R.U :

→ La parité : 65% des R.U sont survenues chez des multi ou grande multipare dans notre étude (avec  $P = 0,0006$ ). Il existe donc une corrélation statistiquement significative entre parité et la rupture utérine.

→ Le bas niveau socio – économique expose à la survenue d'une rupture utérine.

En effet 51,35% des ruptures utérines sont survenues chez des ouvriers ; les commerçants et les fonctionnaires dans 7,5% chacun ( $P = 0,0014$ ).

→ La R.U sur utérus cicatriciel est survenue dans 27,5% des cas dans notre étude ( $P = 0,003$ ). GAN BAÏ LIU [24] au Niger trouve 15,49%.

Il existe une corrélation statistiquement significative entre rupture utérine et utérus cicatriciel.

→ 67,5% des R.U sont survenues à la tranche d'âge comprise entre [21 – 30 ans]. Le plus bas âge où est survenue la rupture utérine est de 18 ans et le grand est de 45 ans.

La plupart des R.U sont évitables soit (75%) selon notre étude.

En effet l'utilisation à bon escient du partogramme évite l'allongement inutile du temps de travail (il est en cause dans 32,5% cas). Les causes iatrogènes « expression » (17,5%) perfusion inappropriée d'ocytocine (22,5%) ;La version par manœuvre interne (2,5%) constituent malheureusement 42,5% des ruptures utérines.

Enfin nous ne saurions terminer ce travail sur les ruptures utérines sans parler de la morbidité et mortalité fœto-maternelle induite par celles-ci.

En effet, dans 82,5% cas le fœtus est extrait mort et le taux de décès maternel est de 7,5% dans notre étude. Ce qui nous paraît assez significatif.

## COMMENTAIRES SUR UTERUS CICATRICIELS :

L'aphorisme de CRAGIN (1916) cité par C. FASSAT [33] : « césarienne une fois césarienne toujours » est depuis longtemps remis en cause. Mais la pratique encore assez large de césarienne itérative quasi- systématique provoque une tendance mécanique à l'inflation du

Taux global de césarienne. A la lumière des données de la littérature, les structures où le taux de césarienne itérative est élevé, correspondent à celles où la fréquence de césarienne est très élevée. En effet, aux US en 1990 seules 20% des femmes césarisées antérieures ont accouché par voie basse et la fréquence de césarienne à la même période = 24%.

Au Mali, en 1996 I. TEGUETE [4] trouve que les utérus cicatriciels post césarienne constituent une indication importante de césarienne dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital de Point G. Le taux de césarienne pendant la même période d'étude étant de 24,05%.

Notre étude trouve que les utérus cicatriciels ne constituent que 12,4%. Ceci rime avec le taux de césarienne de notre étude qui est de 8%. Ce taux s'explique par la tendance du service à favoriser l'extension des indications de l'épreuve du travail (« Trial of labor » des Américains).

Voici la recommandation rédigée en 1988 par l'ACOG : Collège Américain de gynécologues-obstétriciens ; elle est tout à fait claire :

« Le concept de césarienne itérative systématique doit être remplacé par la nécessité de recherche d'une indication spécifique pour réaliser une nouvelle césarienne.

En absence de contre – indication, une patiente césarisée antérieure avec une incision bas transverse doit être conseillée et encouragée à faire une épreuve de travail pour sa grossesse actuelle. »

## MOTALITE ET MORBIDITE FOETO-MATERNELLES DES UTERUS CICATRICIELS :

Nos résultats :

La morbidité maternelle n'est pas significative selon que les complications surviennent sur utérus cicatriciel ou non (OR = 0,97 pour 0,46<OR<1,90 P = 0,92 et Khi<sup>2</sup> = 0,01). En revanche les utérus cicatriciels demeurent de grands pourvoyeurs de rupture utérine. En effet 27,5% des R.U sont survenues sur utérus cicatriciels. la seule solution pour minimiser ce risque serait de mieux poser toute indication de césarienne primaire. Ce point de vue doit être pris en considération chaque fois qu'on décide de pratiquer une première césarienne. EASTMAN cités dans l'EMC disait ceci : « j'ai le plus souvent regretté de n'avoir pas effectué une césarienne que d'avoir posé une indication abusive ».

Il n'y a pas de différence significative quant à la survenue de décès maternel chez une femme césarisée antérieure et un utérus non cicatriciel dans notre étude avec OR = 0,00 (0,00 < OR < 1,85) P = 0,098 Khi<sup>2</sup> = 2.

## MORBIDITE ET MORTALITE FOETO-NEONATALES

### MORBIDITE :

Il ressort de notre étude que 18% des césariennes sont faites pour souffrance fœtale.

Taux proche à celui de TEGUETE I. [4] (16,06%) mais inférieur à ceux retrouvés par BOISSELIER et coll. [8] (27%) ; RUDIGOZ et coll. [15] (24%).

Il est supérieur à celui de TRAORE M. et coll. [25] (5%).

Dans 65,3 % la souffrance fœtale est apparue en phase active du travail et que la décision césarienne est prise dans 85,6 % des cas en zone d'alerte du partogramme dans notre étude.

Ceci rime avec les résultats de BAMBA M. [16] qui trouvent que dans 84,61% cas que les enfants sont nés avec un score d' Apgar bas lorsque la ligne d'action est atteinte au franchissement.

Dans 2,15 % ce score est compris entre 1 et 3.

### MORTALITE :

Le taux de mort-nés est de 8,30% dans notre étude.

Les principales causes sont :

a) HRP = 23%

b) Placenta praevia = 19%

c) Rupture utérine = 18%

38,5% des morts-nés sont survenus en per- partum :

a) Dans **50%** cas nous avons effectués la césarienne la main forcée soit pour rupture utérine, placenta praevia, hématome retro-placentaire, présentation face en mento-sacrée ou pour souffrance fœtale aiguë .

b) Le cordon est incriminé dans **28%** cas :circulaire serré au cou, bretelle, procidence.

**NB : Des conditions de référence souvent précaires expliquent parfois ces résultats (procidence du cordon sans un minimum de précautions).**

c) Les autres causes (**10%**) sont : erreur thérapeutique (ocytocine sur liquide méconial), erreur d'appréciation de l'opérateur.

d) Dans **12%** cas aucune cause n'est retrouvée.

Nous avons enregistré 5 cas de mort-nés où une décision adéquate de césarienne prise en temps voulu mais avec un délai écoulé entre celle-ci et l'intervention nous semblerait excessif (supérieur à une heure). Il s'agit de :

- 2 cas d'erreur d'appréciation de l'engagement de la tête fœtale par l'interne de garde ayant abouti à un échec de forceps. Une décision de césarienne est prise. L'organisation de la césarienne amène quelques difficultés :

- l'anesthésiste n'étant pas sur place, il faut l'appeler.

- le brancardier ne se présentant pas, c'est finalement l'interne qui installe la patiente. Pendant ce temps la bradycardie s'est installée (bruit du cœur fœtal à 100) et à l'extraction, on retrouve des fœtus mort-nés.

- 2 cas de souffrance fœtale aiguë avec bradycardie sévère reçus dans le cadre de référence mais les 2 blocs opératoires étaient occupés.
- 1 cas de retard en la référence en amont (CSCOM) par défaut d'analyse du partogramme. En effet il s'agit d'une parturiente de 22 ans, 2<sup>ème</sup> geste présentant des paramètres évidents de disproportion foeto-pelvienne :

1. antécédent d'accouchement dystocique mort-né.
2. Taille inférieure à 1m 50.
3. Volumineuse bosse sero-sanguine.

La patiente est restée 4 heures en dilation complète au CSCOM. Après échec de plusieurs manœuvres « d'expression », elle sera évacuée pour souffrance fœtale aiguë. Admise dans le service avec bradycardie fœtale sévère la décision de césarienne est prise aussitôt mais on a extrait un fœtus mort-né quand bien même le délai décision extraction n'ait pas excédé 10 mn.

Ce type de situation caricaturale met en exergue toute la problématique de l'insuffisance du système de référence.

Les mort-nés macérés représentent 8%.



## **MORTALITE ET MORBILITE DE LA CESARIENNE :**

### **MORBIDITE :**

Décrire avec précision et objectivité la morbidité induite par la césarienne reste difficile.

En effet, la plupart des publications trouvent des taux variables car certains retiennent comme complication une simple infection urinaire asymptomatique avec bactériurie positive (examen systématique) et que d'autres y classent les cas ayant nécessité une prolongation de l'hospitalisation. Exemple : suppuration pariétale.

Notre taux de morbidité maternelle est de 5%. Il est très largement inférieur à ceux retrouvés par TEGUETE I. [4] (37,9%) et COULIBALY I. [11] (16,93%) .

Principales complications :

**Complications infectieuses** : (58 cas ) représentent 68%.

(nous avons retenu ici même les cas de suintement pariétal).

Notre taux est supérieur à celui retrouvé par TEGUETE [4], TISSOT et coll. [6], RUDIGOZ et coll.[15], DIALLO C.H. [1] qui ont trouvé respectivement 15,4% ; 13% ; 33% mais inférieur à celui retrouvé par MBIYE KAMUMA [38] (89,14%) en République centrafricaine.

Il s'agit de :

a) *Suppurations pariétales* : **78,87%**. C'est la première complication infectieuse

Notre taux est supérieur à celui retrouvé par DIALLO [1] avec (43,12%) ; BERTHE Y. [13] avec (26,6%) ; TEGUETE I. [4] avec (2,7) et COULIBALY I. [11] avec (32,60).

b) *Endométrites* : 5,63%

Notre taux est inférieur à celui retrouvé par TEGUETE [4] avec (58,7%) ; RUDIGOZ et coll. [15] avec 7% ; BOULANGER [31] avec (1,9% ) ; C.H. DIALLO [1] (16,87%) BERTHE Y. [13] (19,72%) COULIBALY I. [11] (40,46%) ; DESJARDINS C. et coll. [32].

c) *Lâchage de paroi* : 7,42%

Notre taux est supérieur à celui de TEGUETE I. [4] (1%).

**Complication thrombo-emboliques** : (2 cas ) .

Elles représentent 2% des complications. Deux cas de phlébites diagnostiquées sur la base de données cliniques :

-Signe de Hommans positif

-Dissociation pouls et température.

**Complications urinaires** :

Il s'agit de 3 cas de lésions vésicales (coups de bistouri) réparées en cours d'intervention avec suites simples.

### Complications anesthésiologiques :

Nous avons enregistré un cas d'arrêt cardiaque survenu au cours de l'induction anesthésique. Le massage cardiaque a permis la reprise des battements.

### MORTALITE :

Le taux de mortalité maternelle reste variable d'un pays à un autre et dans le même pays d'une structure à une autre. En effet notre taux de mortalité maternelle (1,3%) est nettement inférieur à celui retrouvé par TEGUETE I. [4] à l'hôpital du Point- G en 1996 (3,88%), celui de COULIBALY I. [11] (3,50%) ; DIALLO C.H. [1] (10,62%) ; et TRAORE A.F. [1] (17,6%) à l'Hôpital Gabriel TOURE.

En revanche notre taux est inférieur à celui retrouvé par EYRARD [39] (0,69%) selon une étude faite aux USA entre 1965- 1975 cité par RACINET C.L. [22].

Il est très voisin de celui de certains pays d'Afrique C.H.U. Casablanca (1,9%) ; C.H.U de Dakar (1,4) C.H.U. de Cocody (1,67% ; C.H.U de Libreville (1%) et celui de certains pays d'Europe cité toujours par RACINET : Chevron breton (1969 – 79) avec 1,45%.

L'hémorragie avec 45% constitue la première cause de nos décès.

Taux voisin de celui de TEGUETE I. (46,7%). L'infection (20%) et les causes vasculaires rénales occupent le 2<sup>ème</sup> rang et l'embolie pulmonaire (15%) au 4<sup>ème</sup> rang.

HEMORRAGIE : 9 cas soit 45% des causes de décès.

Nous avons dénombré 6 cas de coagulations intra vasculaires déssiménées :

5 cas sont survenus sur HRP(hématome retro placentaire) ;

1 cas après morsure de serpent ;

Les 3 autres sont : un P.P, une R.U et un HRP sans CIVD

INFECTION : 4 cas soit 20%.

Les décès maternels de causes infectieuses sont tous survenus dans un tableau de septicémie malgré une triple antibiothérapie

Ampicilline inj 1g : 2 grammes toutes les 6 heures

Gentamicine 80 : 160mg/J pendant 10jours

Métronidazole 500mg perf : 1 flacon 2 fois/jour pendant 3 jours puis relais par les comprimés de 250 mg :2cp 3 fois/j pendant 10 jours.

Deux (2) parturientes ont été évacués dans le service avec signes évidents de chorioamniotite ; une était hospitalisée dans le service pour rupture prématurée des membranes avec mort in utero. Elle fut césarisée pour échec de déclenchement ; la 4<sup>ème</sup> fût évacuée dans le service pour phase de latence supérieure à 12 heures avec rupture de la poche des eaux depuis plus de 24 heures.

CAUSES VASCULO-RENALES : 4 cas également soit 20%.

Il est difficile de rapporter ces décès à la césarienne. Ce sont :

- Trois cas d'éclampsie (3) dont 2 décédées dans un coma profond dans le service et l'autre au service de Réanimation de l'hôpital de point G et un cas d'insuffisance rénale aiguë (1) décédée dans le service avant d'être évacuée.

CAUSES THROMBO- EMBOLIQUES : 3 cas soit 15%.

Il s'agit de cas de décès brutal pour lesquels l'hypothèse d'embolie pulmonaire nous a paru plus probable.

**Morbidité et Mortalité Fœtales :**

Il n'y a pas de différence statistiquement significative quant aux mort-nés survenus sur utérus cicatriciel et non cicatriciels avec  $P = 0,26$ .

Par contre le risque de survenu de souffrance fœtale aiguë est plus élevé sur des utérus cicatriciels (12,63% des SFA) .Avec  $P = 0,0000$   $Khi^2 = 244,73$  pour un  $dl = 33$ . Ce qui nous paraît assez significatif.

**INTERVENTIONS ASSOCIEES A LA CESARIENNE :**

La LDT avec 4,94% constitue l'intervention la plus associées à la césarienne.

Notre taux est inférieur à celui retrouvé par :

TEGUETE I. (13,60%) [4]

KOUAM et coll. (10,26%) [2]

MBIYE KAMUMA (11,72%) [38] mais supérieur à COULIBALY I. [1] (2,20%).

La technique utilisée dans notre service est la méthode de POMEROY et les indications sont :

Grande multiparité (avec plusieurs enfants vivants) associée à l'âge avancé de la mère dans 95,34%.

Les utérus multicicatriciels (supérieur ou égal à 2) dans 4,66%.

L'hystérectomie d'hémostase (2 cas) avec 0,16% est la 2ème intervention associée à la césarienne. Notre taux est inférieur à celui retrouvé par :

COULIBALY I. [11] (2,81%)

TEGUETE I. [4] (0,7%)

MBIKE KAMUMA [38] (0,21%).

## **DUREE DE SEJOUR APRES CESARIENNE :**

Il s'agit d'un sujet d'actualité.

Dans notre service 92,97% de nos césariennes ont une durée de séjour comprise entre 1 jours et seulement 0,72% y ont séjourné pendant plus de 15 jours. La durée moyenne séjour est de 4 jours. Durée moyenne très largement inférieure à celle retrouvée dans plupart des littératures :

TEGUETE I. trouve 9,3 jours

COULIBALY I. (8 jours)

Une étude faite en Virginie (USA) de 1977 à 1982 trouve 6,1 jours.

BANKIMEZ. A à l'HPG trouve 13,4 jours.

La durée minimale de séjour est de 2 jours et la durée maximale de 60 jours.

Cette courte durée de séjour de nos césariennes s'explique par l'attitude du service consistant à libérer les malades sur des critères suivants :

Reprise du transit

Apyrexie.

Involution utérine normale.

Mollets souples et indolores.

Seins normaux.

La longue durée de séjour des patientes est influencée toujours par les complications comme l'attestent les travaux de MERCHAOU I. et coll.

### Commentaires sur le type d'anesthésie adopté:

Deux types d'anesthésie sont utilisés dans notre service :

-l'anesthésie générale 74,24% des cas et

-la rachianesthésie 25,73 %

Diallo O.[40] trouve, selon une étude faite en 1998 à l'hôpital de point G, respectivement 60,35 % et 23 %.

**COÛT MOYEN D'UNE CESARIENNE :**

Il s'élève à 64 .860F dont 13.360 à la charge du service et 51. 300 F à la charge de la patiente (représentant l'acte chirurgical, l'hospitalisation et les médicaments.)

*Modalités prise en charge de la parturiente et mode de paiement :*

Le kit d'urgence disponible en permanence permet une prise en charge immédiate. Secondairement le kit est remboursé (mais en partie) par la patiente.

Le paiement du forfait pour l'acte charge et l'hospitalisation se fera en totalité à la sortie pour celles qui ne peuvent pas tout payer à la fois, sur une échéance proposée par la femme ou son mari. Une TDC est chargée du recouvrement de la somme.

Partie du kit d'urgence à la charge du service : 13.660 F

PRODUITS	NOMS	QUANTITES	P.U	TOTAL
ANESTHESIQUES	Kétamine	1 amp	1.400	1.400
	Diazépam	1 amp	100	100
	Atnopine	1 amp	160	160
	02			870
				<b>2.530</b>
ANTESEPTIQUES	Alcool	1	500	500
	Bétadine	1	470	470
				-----
				970
FILS DE SUTURE	Catgut	3	1.720	5.160
	Vicryl	1	2.750	2.750
	Fil à peau	1	1.650	1.650
				9.560
	Lame de bistourie	1	300	300
			<b>TOTAL</b>	<b>13.360 F</b>

Partie du kit d'urgence à la charge de la parturiente (c'est à dire rembourser après acte).

PRODUITS	QUANTITES	P.U	SOMME TOTAL
S. glucosé	1 fl	750	750
S. salé	1fl	750	750
Perfuseur	1	550	550
Catheter	1	990	990
Sonde de folley	1	2.400	2.400
Poche à urine	1	675	675
Methergin	1 amp	415	415
Seringue 10cc	2	220	200
hoemmacel	1	6.200	6.200
			-----
			<b>12.950</b>

Coût total du kit d'urgence = **26.310 F**

Ordonnance post-opératoire : ( à la charge de la patiente)

PRODUITS	QUANTITES	P.U	SOMME TOTALE
Sérum Glucosé	2 fl	750	1.500
Sérum Salé	2fl	750	1.500
Perfuseur	2	550	1.100
Compresse 40x40	3	1.450	4.350
Sparadrad			770
Ampicilline 1g inj.	12	440	5.280
Seringue 10 cc	8	110	880
Amoxicilline 500	20 gel	85	1.700
Chloroquine 100	30	20	600
Fumafer	40	20	800
			-----
			<b>18.550</b>

Acte chirurgical + hospitalisation = 20.000 F

Coût total césarienne = 64.860 dont 51.500 F à la charge de la parturiente.

Donc chaque césarienne représente un déficit de 13.360 F pour le service.

**CONCLUSION**

**ET**

**RECOMMENDATIONS**



# CONCLUSION

Une étude sur 5 années d'activité nous a permis d'arriver à la conclusion suivante :

La fréquence de césarienne est de 8%.

46,2% de nos femmes césarisées ont été référées et que 58% de ces références proviennent des CS Comm.

- Les bambaras, ethnie dominante au Mali détiennent le taux plus élevé de césarienne avec 42,4% ;

- 62% de nos césarienne sont faites chez des femmes ayant 20-35 ans.

- Près de 38% de nos femmes césarisées sont des multipares.

- 4,13% de nos césariennes étaient hospitalisées dans le service et que le PP constitue la 1<sup>ère</sup> cause d'hospitalisation de césarienne.

- Le taux de césarienne prophylactique est de 6,4% et que les anomalies pelviennes constituent la 1<sup>ère</sup> cause avec 37.6%.

- Les dystocies mécaniques et les indications liées aux annexes fœtales (58%) constituent les 1<sup>ères</sup> indications de césarienne. Leur prise en charge efficiente et efficace entraînera une baisse de la morbidité et de la mortalité foeto-maternelles.

# RECOMMANDATIONS

**N**ous formulons les recommandations suivantes à l'endroit :

## 1) **du personnel sanitaire :**

→ Bien tenir les dossiers obstétricaux là où ils existent et les instituer partout où ils n'existent pas.  
La vulgarisation de l'utilisation du partogramme sur toute l'étendue du territoire national.

→ Bien faire les CPN, car des CPN bien faites protègent la mère et son futur nouveau-né.

→ L'asepsie rigoureuse en salle d'accouchement afin de consolider les maillons de la chaîne de lutte contre l'infection.

## 2) **De la population :**

Organiser des campagnes d'information et de sensibilisation des femmes enceintes afin qu'elles se sentent concernées quant à la promotion des CPN.

## 3) **Des autorités :**

→ Améliorer le plateau technique.

- Humain : assurer la formation continue du personnel à tous les niveaux du pyramide sanitaire.

- Matériel : par la possibilité de réalisation de certains examens complémentaires ne ce serait ce qu'au niveau des hôpitaux nationaux : Radio- pelvimetrie et amnioscopie pour mieux appréhender le diagnostic de DFP et de SFA en début de travail.

→ Mieux organiser le système de référence en dotant le personnel du matériel logistiques (véhicules, téléphones, RAC...) et humain (au moins une sage-femme à tous les niveaux du pyramide sanitaire).

→ Instaurer voire imposer le système de kit d'urgence par la prise immédiate des urgences gynéco - obstétricales.

→ Assurer tant que peut se faire une disponibilité constante en quantité et qualité sang frais et/ou autres dérivés de sang (plasma frais congelés, concentrés globulaires etc....).

# RESUME

Après 5 années d'étude :

La fréquence de césarienne est de 8%.

46,2% de nos femmes césarisées ont été référées et que 58% de ces références proviennent des CS Comm.

- Les bambaras, ethnie dominante au Mali détiennent le taux plus élevé de césarienne avec 42,4% ;

- 62% de nos césariennes sont faites chez des femmes ayant 20-35 ans.

- Près de 38% de nos femmes césarisées sont des multipares.

- 4,13% de nos césariennes étaient hospitalisées dans le service et que le PP constitue la 1<sup>ère</sup> cause d'hospitalisation de césarienne.

- Le taux de césarienne prophylactique est de 6,4% et que les anomalies pelviennes constituent la 1<sup>ère</sup> cause avec 37.6%.

- Les dystocies mécaniques et les indications liées aux annexes fœtales (58%) constituent les 1<sup>ères</sup> indications de césarienne. Leur prise en charge efficiente et efficace entraînera une baisse de la morbidité et de la mortalité foeto-maternelles.

- Les mort-nés constituent environ 8%. Dans la moitié des cas les césariennes sont faites pour sauvetage maternel et le délai de leur prise en charge n'a pas excédé 30minutes dans 60% des cas

- Un kit d'urgence disponible 24HEURES / 24 permet une prise en charge immédiate de toutes urgences chirurgicales.

## BIBLIOGRAPHIE

### 1. DIALLO C. H

Contribution à l'étude de la césarienne. A propos d'une série continue de 160 cas au service de gynécologie-obstétrique de l'HGT du 1 oct. 89 au 30 sept 90.

Thèse de médecine BKO ;1990 ;n° 37.

### 2. KOUM L., KAMDON MOYO J., DOH A., NGASSA P., SHASHA W.

Controverse sur la méthode de stérilisation au cours de la césarienne.

Contraception -fertilité -sexualité : 1994, (22) 3 ; PP.167-172.

### 3. TSCHIBANGU K., ENGENDJU K., MBOLOKO E., KIZONDE K.

Particularisme de la gravido-puerpéralité en Afrique centrale.

J. de gynéco -obs que. BIOL REPRODUCTION ;1991 (20) 1 ; PP. 69-73.

### 4. TEGUETE I.

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'HPG de 1991 à 1993 .

A propos d'une étude cas - témoins de 1544 cas .

Thèse de médecine : BKO, 1996 N° 17.

### 5. LONGOMBE A. O ; WOOD P. B. ; DIX R.

Caesarean section : indications and risks in rural ZAIRE.

J. gynéco - obst ;1990 , PP. 199-202 .

### 6. TISSOT GUERRAZ F. ; NOUSSY L. ; AGNIEL F. ; ANDRE A. ; REVERDY M. E ; MIELLET C. C. ; AUDRA P. ; PUTTET G. ; DARGENT D.

Infection hospitalière en maternité.

J. gynéco -obst. Biol. Reprod. , 1990, PP. 19-24.

### 7. MELCHIOR J. ; BERNARD N. ; RAOUST I.

Evolution des indications de césarienne . CNGOG. Mises à jour en gynéco -obst .. Vigot ed. , 1988 (13) ; PP.251-265.

### 8. BOISSELIER PH. HAJALI B., MAGHIORAGOS P., MARPEAU L BARRAT J.

L'évolution des indications des césariennes de 1977 à 1983. A propos de 18.605 accouchements.

J. Gynéco- obst. Biol. Reprod. 1987 (16) PP. 251-260.

### 9. YANG W.W.

Study of ceasarean section in Zanzibar

East african médical journal ; 1993 ; (70) 4 ; PP. 231-234

### 10. TRAORE A.F. ; MGOM A. ; BAM M.D ; MOREAU J.C ; DIALLO DJ.

Etude des indications de la césarienne à la maturité du CHU de Dakar

Af. Med ; (25) 241. PP 261-264.

**11. COULIBALY I.**

« La césarienne dans le service de gynécologie – obst de l'HGT de Bamako de 1992 à 1996 (à propos de 3.314 cas) thèse de med : Bamako, 1998. N° 85.

**12. THIERO M.**

« Evacuation sanitaire d'urgence en obstétrique à l'HGT » (A propos de 160 cas) thèse de médecine. Bamako Mali ; 1975, M 17.

**13. BERTHE Y.**

Pronostic foeto - maternel dans les accouchements par césarienne. A propos de 218 cas enregistré au service de gynéco- obst de CHU de Bouaké en un an.  
Thèse de médecin : Abidjan 1992.

**14. CHNABRA. SHENDEA., ZOPE M., BANGAL V.**

Caesarean sections in developing and developed countries  
Journal of Tropical médecine and hygiène, 1992 (95) 5, PP 343-345.

**15. RUDIGOZ. R.C., PUTET G., LECLERCQ O., PLEMENT HT CAFFIN JP., CORTE C., CHARDON C.**

La césarienne en 1988. Problèmes obstétricaux posés par l'utérus cicatriciel. Fréquence et indications des césariennes. Complications infectieuses et hémorragiques de la césarienne. Prévention des complications thrombo- emboliques après césarienne. Place de la césarienne avant 32 SA.  
Rev. Fr. Gynéco – obst ; 1990 ; (85)2 ; PP = 105-120 N.

**16. BAMBA M.**

Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la comm V. A propos de 3878 cas.  
Thèse de médecine : Bamako, 1998. N° 52.

**17. GONNET J.M.**

« L'opération césarienne basse à la clinique de gynéco-obstétrique du CHU d' Angers. »  
Rev. Fr. de Gynéco-obstétrique 1971-1976. P345-351.

**18. TREGUER J., BELLIER G., GOSSINGAR A.**

« 390 césariennes en 2 ans à la maternité de N'Djaména ». Rev. Fr gynéco – obst 1991 ; 86 ; 294-300.

**19. SOW A.**

« L'opération césarienne en milieu africain (Etude de 260 interventions pratiquées à l'HPG à Bamako » Thèse med, Angers (France), 1973 M. 227.

**20. SAUME BIKAKOU**

« La césarienne à propos d'une série continue de 145 cas en 3 ans (1<sup>er</sup> juillet 1985 au 30 juin 1988) au centre régional d'Odienné ». Mémoire CES Côte d'Ivoire.

**21. ANOMA M.**

« Les césariennes : réflexions sur 4.000 opérées au CHU de Cocody 1<sup>er</sup>.01. 1975 au 31 décembre 1979 ». Thèse de médecine, Abidjan (RCI), 1980 n° 283, 51 pages.

**22. RACINET C.L, FAVIER M.**

La césarienne. Masson - Paris 1984

**23. CAMARA S.**

« Evacuation sanitaire d'urgence en obstétrique. Bilan de deux années d'étude » .  
Thèse de médecine.  
Abidjan (RCI), 1986 M714.

**24. GAN BAI LI**

Opération de la rupture utérus à la maternité du centre hospitalier.  
Département de MARADI (Niger)  
Revue mensuelle d'informations médicales et d'enseignement post universitaires  
Médecine d'Afrique Noire, 1999, (46) 11, PP 516-520.

**25. TRAORE M., N'GON A., BAH MD., MOBEAU JC., DIALLO D.J., CORREA P.**

Etudes des indications de césarienne à la maternité du CHU de Dakar.  
Afri. Med. ; (25)241, PP. 261-264.

**26. ROY J.**

« L'opération césarienne basse à la clinique de gynéco-obstétrique du CHU d'Angers. »  
Rev. Fr. Gyneco 1971-76 345-351.

**27. SAGBO F.**

« Etude des indications de césarienne à la maternité du CHU de Treichville à propos de 780 cas colligés  
1988 ». Mémoire de CES Abidjan 1989.

**28. BARRIER J., CIRARU-VIGNERON M., GUYEN-TAMLYNG et HELHAIK.**

« Evolution des indications de césarienne, comparaison entre 1971-1976 et 1976-1979 à la maternité de l'hôpital  
Louis MOURRIER » J. Gynéco - obst. Biol. Reprod 1985 ; 14 : 375 -384.

**29. ZINZOU R.D et coll.**

« La césarienne. Etude rétrospective de 274 cas ». Med d'Af. Noire, 1986 ; 33 (3) ; : 180-182.

**30. BOUTALEB. Y, LAHLOU D. et LAHLOU N.**

« La césarienne ». J. Gynéco-obst. Biol. Reprod., 1982 ; 11 (1) : 84-85.

**31. BOULANGER**

« Les complications maternelles des césariennes. »  
Journal de gynéco-obstétrique et biologie de la reproduction 1986 15. 3. 2. 251.

**32. DESJARDINS C., DIALLO H.O., AUDT LAPOINTE P., HAREL F.**

« Etude rétrospective de l'endométrite post césarienne : 1992-1993, hôpital notre- dame, Montréal, Canada ».  
Gynéco - obst. Biol. Reprod. 1996 ; 25 : 419-423

**33. FOSSAT C.**

«Données actuelles sur l'accouchement de la césarisée antérieure  
Deuxièmes journées d'obstétriques du collège de gynéco de Bordeaux (France) nov 1998.

**34. FLAMM**

« La morbidité de l'épreuve de travail chez la césarisée : étude prospective multicentrique en Californie du sud  
7.229 patientes ».  
2<sup>ème</sup> journées d'obst du collège de gynéco de Bordeaux novembre P =1-6.

**35. ROSEM.**

« Meta - analyse incluant 31 études publiées entre 1982 et 1989 aux USA regroupant 11.417 épreuves de travail la morbidité infectieuse. »

2<sup>ème</sup> journées d'obs. du collège de gynéco de Bordeaux (France) novembre 1995 P-1.

**36. EASTMAN .**

Opération césarienne abdominale.

EMC Obstétrique Paris 5. 102 A10 1978.

**37. MBIYE KAMUMA, FERRE J. , SEPOU A.**

« Indications opératoires des césariennes pratiquées au CHU de BANGER de 1983 à 1986 ». Dedi d'Af Noir 1989, 36, PP = 42-46.

**38. MBIYE KAMUMA FERRE J. FERRE J. YANDEGAZA J.C.**

« Les infections dans les suites de césarienne. Etude comparative suivant l'amhtéque employé dans 2 maternités de Centrafrique »

Rev. Gynéco - obst 1989, 84 (5), (PP), 1979 84(5) PP = 251-265.

**39. EYRARD J. R., GOLD M. E.**

« Cesarean section and maternal mortality in Rhade Island »

Obst. Gynecol., 1977 ; 50 : 594-597.

**40. DIALLO O.**

« Approche nouvelle de la vulgarisation de l'anesthésie péridurale en milieu hospitalier bamakois ».

Thèse de médecine.

Bamako (Rep. du Mali) 98-M-14

## Liste des abréviations :

Nbre : Nombre

Acc : Accouchement.

CSCOM : Centre de santé communautaire.

CSREF : Centre de santé de référence.

HGT : Hôpital Gabriel Touré.

HPG : Hôpital national de point G.

HTA : Hypertension artérielle.

PP : Placenta Praevia

RPM : Rupture prématurée des membranes.

Ut. Bicicat. : Utérus Bicatriciel

DT : Dépassement de terme.

MAP : Menace d'accouchement prématuré.

HRP : Hématome retro-placentaire.

ATCD : Antécédent.

FVV : Fistule vésico-vaginale.

FRV : Fistule recto-vésicale.

SP : Suppuration pariétale.

P : Présentation.

L. paroi : Lâchage de paroi

Prol. Utérin : Prolapsus Utérin.



**Myomec.** Myomectomie

**RU:** Rupture Utérine.

**LM:** Liquide méconial.

**PC:** Présentation céphalique.

**BCF:** Bruits du cœur fœtal.

**LDT:** Ligature des trompes.

**DME:** Dilatation en marche d'escalier.

**LC:** Liquide clair.

**LT:** Liquide teinté.

**DS:** Dilatation stationnaire.

**CU:** Contractions Utérines.

**NP:** Non précisé.

**Parité:** 0 = nullipare .  
1 = primipare.  
2 = multipare.  
7 = grande multipare.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que les considérations de religions, 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.

Proscrits et punis sont l'euthanasie et le suicide assisté. Je ne participerai à aucun acte de ces deux genres.

Je ne participerai à aucun acte de torture ou de mauvais traitements.

Que je sois couvert d'honneur et mérité le respect de mes confrères et le mien.