

I. INTRODUCTION

Avec un taux de mortalité maternelle estimé à 1.020 décès pour 100000 naissances vivantes l'Afrique Occidentale représente la région la plus concernée par ce fléau [34].

Cette situation est révélatrice d'une faible couverture en santé maternelle ; en moyenne 60% des femmes enceintes bénéficient des consultations prénatales (souvent de qualités insuffisantes), 34% des accouchements sont assistés et 32% ont lieu dans une structure sanitaire [50].

Au Mali l'estimation directe du taux de mortalité maternelle pour la période 1989-1996 centrée sur l'année 1992 est de 577 décès maternels pour 100000 naissances vivantes [18] : ce chiffre reste encore trop élevé malgré les efforts importants visant à réduire la mortalité maternelle, ce taux n'a pratiquement pas changé en 2001 et était de 582 décès maternels pour 100000 naissances vivantes [19]. La femme malienne continue de payer un lourd tribut à la mauvaise prise en charge des grossesses et des accouchements.

A coté des hémorragies, des infections et des complications de l'hypertension artérielle au cours de la grossesse, la dystocie occupe une place prépondérante parmi les causes évitables de mortalité maternelle [41]. Dès 1986, avec l'initiative « pour une maternité sans risque » l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconisait que la surveillance du travail et la détection précoce des dystocies soient retenues comme l'une des approches les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle [34].

En ce qui concerne plus spécifiquement la grossesse et l'accouchement, trois périodes ont été identifiées :

- La spécification du contenu et des objectifs de la consultation prénatale

- Le renforcement au niveau des hôpitaux de référence, de la couverture et de la qualité des soins obstétricaux.
- La centralisation de l'évaluation des programmes de santé maternelle sur les indicateurs de processus (notamment la qualité des soins et des services) et des indicateurs de couverture.

La proposition d'utiliser la césarienne comme un traceur pour évaluer et améliorer de façon continue la qualité des soins et des services obstétricaux, répond à ces priorités.

Bien entendu, la césarienne n'est pas un but en soi, mais seulement une intervention, «un moyen » pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant à naître.

Cette intervention, même dans les situations les plus favorables est toujours associée à un certain risque : dans les pays industrialisés un taux de mortalité maternelle de 0,07 à 0,34% est rapporté dans la littérature. Dans de nombreux pays comme le Mali, la faiblesse de la prophylaxie obstétricale, en personnel médical, en moyen de surveillance de la grossesse ou du travail, la fréquence d'accidents graves, l'existence pour des raisons nutritionnelles ou pathologiques d'anomalies osseuses au niveau du bassin, certaines pratiques néfastes pour la santé font que la césarienne, geste courant facilement admis ailleurs, constitue une opération à risque élevé [16].

Le taux de décès maternel et néonatal ainsi que l'importance de la morbidité montrent bien les contraintes de l'obstétrique, surtout en Afrique noire où le pronostic est souvent influencé par toutes les difficultés sociales et économiques que pose l'intervention chirurgicale dans les pays en voie de développement dont le Mali.

Cependant, un des facteurs sur lequel on pourrait agir pour améliorer cet état de fait est la qualité de l'offre de soins. Les soins obstétricaux

spécialisés de qualité sont une des conditions pour la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et peri-natales [35]

Le concept de césarienne de qualité pourrait être défini selon DUJARDIN.B comme « une intervention qui profite à toutes les patientes qui en ont réellement besoin avec un risque minimum pour le devenir du couple Mère-Enfant et à coût abordable pour la patiente et pour le système de santé » [16].

L'activité d'un service hospitalier peut être évaluée de façon qualitative [4]. L'évaluation qualitative apprécie les résultats thérapeutiques, les séquelles du traitement et la satisfaction de la patiente à la fin du séjour hospitalier [4]. Le contrôle de la qualité de soins a pour objectif de réduire ou de supprimer les soins inutiles et d'améliorer la qualité des soins utiles tant dans leurs indications que dans leur mise en œuvre [8].

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la qualité dans les établissements de santé comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patiente l'assortiment d'acte diagnostique et thérapeutique qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuelle de la science médicale, au meilleur coût pour un résultat au moindre risque iatrogène et pour la grande satisfaction du malade, en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins » [20, 4].

La démarche qualité doit créer pour le personnel soignant un milieu favorable à son épanouissement professionnel et humain.

Il nous a alors semblé utile dans ce travail d'analyser certains facteurs qui déterminent la qualité des prestations de services avec les objectifs Suivants :

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

- Etudier le pronostic Fœto-maternel de la césarienne au CSRéf de San du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006

2. Objectifs spécifiques :

- ❖ Déterminer la fréquence de la césarienne pendant la période d'étude ;
- ❖ Préciser les caractéristiques socio-démographiques des patientes ;
- ❖ Identifier les indications opératoire ;
- ❖ Identifier les différentes complications maternelle et fœtale .
- ❖ Formuler des recommandations.

III. GENERALITES

1. RAPPEL ANATOMIQUE :

1.1. L'utérus non gravide :

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

Description :

L'utérus siège dans le petit bassin et a la forme d'un tronque, aplati d'avant en arrière, en haut et cylindrique en bas. Il est sous le péritoine entre la vessie et le rectum et au-dessus du vagin. Il comprend :

- un corps qui est aplati ;
- un bord droit et un bord gauche dont la partie supérieure de chacun porte une trompe au bout de laquelle adhère un ovaire ;
- un col, qui est cylindrique, pendant dans le vagin et portant un orifice cervical ;

Normalement, l'utérus est en antéflexion et antéversion.

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

L'utérus comprend trois tuniques de dehors en dedans : la séreuse, la musculieuse ou myomètre, la muqueuse ou endomètre.

Les moyens de fixité de l'utérus :

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

La vascularisation de l'utérus :

Elle est :

- Artérielle : assurée par l'artère utérine qui naît de l'artère iliaque interne
- Veineuse : constituée par deux voies veineuses, l'une principale et l'autre accessoire.
- Lymphatique : se draine surtout le long des vaisseaux lombo-ovariens pour aller dans les ganglions latéro-aortiques.

1.2 L'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 2^e mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xiphoïde.

Selon Merger R. [29] les dimensions sont les suivantes :

	Hauteur	Largeur
A la fin du 3 ^{ème} mois	13cm	10cm
A la fin du 6 ^{ème} mois	24cm	16cm
A terme	32cm	22cm

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 nous nous limiterons à rappeler ces rapports dont la méconnaissance pourrait favoriser la survenue de complications per opératoire :

En avant :

- Le péritoine vésico-utérin épaissi 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.

1.3. Rappels anatomiques du bassins : le canal pelvi-génital :

Il comprend 2 éléments :

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

1.3.1 Le bassin osseux :

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs et constitué par les 2 os iliaques en avant et latéralement, et 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 2 orifices supérieurs et inférieurs séparés par une excavation.

1.3.1.1 Le détroit supérieur ou l'orifice supérieur :

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

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

- En arrière le promontoire.

Les diamètres du détroit supérieur

* Les diamètres antéropostérieurs : on distingue

- le promonto-suspubien = 11 cm
- le promonto-retropubien = 10,5 cm
- le promonto-souspubien = 12 cm
- ❖ Les diamètres obliques : allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12cm.
- ❖ Les diamètres transversaux : le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus. Il mesure 13cm.
- ❖ les diamètres sacro-cotyloïdiens : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurent chacun 9 cm.

1.3.1.2 L'excavation pelvienne :

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

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

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

1.3.1.3 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-sciatiques.

Les diamètres du détroit inférieur

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

Tels sont là les différents éléments constitutifs du bassin obstétrical normal. Du point de vue synthétique il existe des variations morphologiques explicitées par CALDWELL, MOLOY, THOMS et autres... Au-delà de ces variations physiologiques, se trouvent les modifications pathologiques liées aux rétrécissements prononcés, isolés ou globaux des diamètres du bassin.

1.3.2 Le Diaphragme pelvi-génital :

Le diaphragme pelvien principal :

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

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

Le diaphragme pelvien accessoire :

C'est un ensemble musculo-aponévrotique qui ferme en bas la cavité pelvienne.

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

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

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

2. LA CESARIENNE :

2.1 Historique :

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

Le fait que l'intervention soit vieille, très vieille lui confère un caractère légendaire, souvent mythique. Les noms d'INDRA, de BOUDDHA, de DIONYSOS, d'ESCALAPE (la liste ne saurait être exhaustive) lui sont rattachés. Ce mode de naissance étant synonyme de puissance, de divinité ou de royauté. L'association de l'intervention à cette mythologie, crée un terrain de discussion quant à l'origine du mot, bien qu'elle dériverait étymologiquement du latin « CAEDERE » qui signifie couper. Malgré le rapprochement qu'on puisse faire entre son nom et la césarienne, Jules César ne serait pas né de cette façon, sa maman ayant survécu 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 dure environ trois siècles de 1500 à 1800, durant lesquels, elle apparaît comme un véritable pis-aller à cause de l'incertitude qui la caractérisait. Les faits marquants cette période sont :

- ❖ 1500 : Jacob NUFER, châtreur de porc, suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme.
- ❖ 1581 : François ROUSSET publie le « Traité nouveau d'hystérotomie ou enfantement par césarienne » qui est le premier traité sur la césarienne en France.

- ❖ 1596 : MERCURIO dans « la comore o'rioglitrice » préconise la césarienne en cas de bassin barré.
- ❖ 1721 : MAURICEAU, comme AMBROISE PARE dans un second temps, condamne la césarienne en ces termes : « cette pernicieuse pratique empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi fatale de la femme.

Durant la 2^e moitié du 18^e siècle BAUDELOCQUE fut un grand partisan de la césarienne.

- ❖ 1769 : première suture utérine par LEBAS au fil de soie.
- ❖ 1788 : introduction de l'incision transversale de la paroi et de l'utérus par LAUVERJAT.
- ❖ 1826 : césarienne sous péritonéale par BAUDELOCQUE.
- ❖ 1876 : introduction de l'extériorisation systématique de l'utérus suivie de l'hystérotomie en bloc après la césarienne par PORRO qui pensait ainsi lutter contre la péritonite, responsable de la plupart des décès. La mortalité maternelle était de 25% et de 22% pour l'enfant sur une série de 1907 interventions de PORRO effectuées entre 1876 et 1901.

La troisième étape de la césarienne, celle de sa modernisation, s'étale sur un siècle environ. Elle n'aurait pas vu le jour sans l'avènement de l'asepsie et l'antisepsie qui ont suscité des espoirs immenses. De nouvelles acquisitions techniques ont réussi à conférer à l'intervention une relative bénignité :

- ❖ suture du péritoine viscéral introduite par l'américain ENGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences.
- ❖ suture systématique de l'utérus par les allemands KEHRER et SANGER en 1882.
- ❖ extériorisation temporaire de l'utérus par PORTES.

- ❖ FRANK en 1907, imagina l'incision segmentaire basse et sa péritonisation secondaire par le péritoine préalablement décollé. Ce fut là « une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne » selon SHOKAERE, mais sa diffusion fut extrêmement longue car l'habitude est toujours difficile à modifier.
- ❖ 1908 : PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains anciens.
- ❖ 1928 : découverte de la pénicilline G par Sir Alexander FLEMMING.

2.2 Définition :

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après coeliotomie, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale [29].

2.3 Fréquence :

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

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.

2.4 Indications :

Comme nous l'avons déjà signalé, les indications de la césarienne sont actuellement très nombreuses. Cet élargissement des indications est dû à plusieurs facteurs : le souci qu'ont les obstétriciens de faire baisser par tous les moyens la mortalité périnatale, l'amélioration des moyens techniques de surveillance de la grossesse et de l'accouchement.

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

Aucune ne fait certes l'unanimité mais sachant qu'une césarienne repose sur l'association d'indications relatives, c'est-à-dire sur un faisceau d'arguments [39] ; nous adopterons la classification analytique.

Les dispositions foeto-pelviennes :

Cette notion renferme en réalité 2 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 [39,48]. La pelvimétrie associée à l'échographie permettent la réalisation du diagramme de MAGNIN, très important dans le pronostic de la traversée par le fœtus de la filière pelvienne. Nous pouvons citer :

❖ les bassins rétrécis :

- bassin ostéomalacique ;
- bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise
- bassin traumatique avec gros cal
- bassins généralement rétrécis : 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 ou égal à 4 kg [29]. Parfois il est localisé

Les obstacles prævia :

- ❖ kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolabé dans le Douglas.
- ❖ placenta prævia recouvrant.

- ❖ tumeur ou myome prævia.

Les présentations dystociques :

- ❖ la présentation de l'épaule.
- ❖ la présentation du front.
- ❖ la présentation de la face : ne conduit à la césarienne qu'en cas de rotation de la tête en menton-sacrée.
- ❖ la présentation du siège : dans la majorité des cas, ne conduit à la césarienne que lorsqu'elle s'associe à d'autres facteurs. Longtemps considéré comme une présentation eutocique, le siège est aujourd'hui considéré par certains auteurs comme « potentiellement dystocique » [44].

2.4.2. 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.

2.4.3. Les indications liées à l'état génital :

La présence d'une cicatrice utérine :

Elle pose le problème de sa solidité et de sa résistance qui est variable selon le moment où la césarienne a été effectuée ou selon qu'elle soit segmentaire ou corporéale.

L'idée première « one's a cesarean, always a cesarean » est considérée actuellement par la plupart des auteurs comme caduque. Un antécédent de césarienne conduit à une nouvelle césarienne lorsque la cause persiste. Parfois, après vérification de l'état de la cicatrice par l'hystérosalpingographie, lorsqu'elle est suspecte, on tentera l'épreuve sur cicatrice. Cette épreuve doit être abandonnée en cas d'apparition de

souffrance foetale, de signes de pré rupture, d'arrêt de la dilatation ou de baisse brutale de la pression intra-cavitaire au cathétérisme intra-utérin. Les utérus bi-cicatriciels où plus imposent la césarienne. Les cicatrices des sutures utérines pratiquées en dehors de la grossesse (myomectomie, hystéro plastie, etc ...) sont en général de bonne qualité mais les circonstances dans lesquelles elles sont effectuées imposent parfois la césarienne prophylactique.

L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparé :

Les antécédents de déchirure compliquée du périnée.

Autres lésions

- les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales.
- Les prolapsus génitaux.

On y ajoute des lésions ou anomalies telles que le cancer du col, les diaphragmes transversaux du vagin, les volumineux kystes vaginaux.

Les indications liée aux annexes fœtales.

- ❖ Le placenta prævia conduit à la césarienne dans deux circonstances : soit parce qu'il est recouvrant, soit parce qu'il est hémorragique.
- ❖ L'hématome retro-placentaire dans sa forme dramatique conduit à la césarienne.
- ❖ La procidence du cordon battant

2.4.5. Les pathologies gravidiques :

Maladies préexistantes aggravées :

- ❖ HTA (2 à 9% selon la littérature) : elle impose la césarienne en urgence lors des accidents aigus qui mettent en jeu la vie du fœtus et de la mère : éclampsie, hématome rétro placentaire. Par ailleurs, la gravité de l'atteinte maternelle (uricémie > 60 mg litre) l'hypotrophie foetale sévère et la souffrance foetale chronique avec

greffe d'une souffrance fœtale aiguë peuvent conduire à la césarienne.

Dans notre contexte, une étude faite en 2001 [14] a montré que l'utilisation de la Nifédipine (Adalat) permet de réduire de façon importante le nombre de césarienne dans la prise en charge de l'HTA gravidique au cours du travail grâce à son bénéfice net sur les chiffres tensionnels avec rapidité d'action en 30mn.

Le protocole de conduite consiste à l'administration de la Nifédine (Adalat. Epilat) en sublingual à la dose de 30 à 80 mg par jour avec fiche de surveillance jointe.

Chez les parturientes non conscientes, les capsules de Nifédine sont ouvertes avec une seringue et le contenu est versé sur la langue, dans ce cas l'action est très rapide, le risque de fausse route est aussi évité et on pose une sonde urinaire.

L'accélération du travail, le déclenchement, l'indication d'une césarienne ou d'un forceps sont pris en compte par le partogramme en cours.

Dans la plupart des cas, la décision de césarienne est motivée soit par des crises éclamptiques subintrantes, soit dans le cas où les chiffres tensionnels artériels restent élevés malgré l'administration de la Nifédine (Adalat, Epilat).

- ❖ Cardiopathie sur grossesse.
- ❖ Diabète : l'intervention est décidée aux alentours de la 37^e S.A dans un but préventif de sauvegarde fœtale.

Autres affections :

- Les antécédents vasculaires cérébraux ou tumoraux ;
- Les hémopathies malignes (maladie de Hodgking) ;
- Les cancers du col constituant un obstacle prævia ;
- L'ictère avec souffrance fœtale ;
- La maladie herpétique ;

- Les troubles respiratoires avec hypoventilation ;
- L'allo immunisation fœto-maternelle : la césarienne est indiquée dans les atteintes graves et l'accouchement est le plus souvent prématuré. Le diagramme de Lilley est d'un apport utile.

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

2.4.6. La souffrance fœtale :

C'est la première indication pour beaucoup d'auteurs. Elle peut être aiguë ou chronique. Sa fréquence selon la littérature varie de 20 à 25%. 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-utérin 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 ; ou être la résultante d'une mauvaise conduite du travail.

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

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

2.4.7. Autres indications fœtales :

Les malformations fœtales :

Elles imposent la césarienne lorsqu'elles sont compatibles avec la vie (curables chirurgicalement) et lorsque la voix basse menace la vie du fœtus.

La prématurité :

Elle n'est pas une indication de césarienne en elle-même mais les facteurs associés l'imposent souvent dans l'intérêt du fœtus.

Les grossesses multiples :

- ❖ Grossesses gémellaires : En absence d'une souffrance fœtale chronique c'est le plus souvent la dystocie dynamique du premier jumeau qui conduit à la césarienne ; les télescopages entre les jumeaux et les mauvaises présentations du deuxième jumeau risquant d'entraîner des traumatismes en cas de manœuvre de version, imposant ainsi la césarienne.
- ❖ Grossesses multiples : (plus de 2 fœtus) dans la majorité des cas, elles sont accouchées par césarienne.

L'enfant précieux :

Sans hiérarchisation de la valeur des enfants, cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.

La faible fécondité : les naissances programmées, l'existence de pathologies maternelles limitant les possibilités de grossesse exigent de minimiser les traumatismes obstétricaux dans leurs répercussions fœtales en terminant la grossesse par une césarienne.

2.4.8. La césarienne post-mortem :

Elle repose sur certains principes édités par DUMONT :

- Grossesse d'au moins 28-29 semaines ;
- B.D.C.F. présents avant l'intervention ;
- Le délai est d'au plus 20 mn après le décès maternel ;

- La réanimation maternelle doit être poursuivie jusqu'à la fin de l'intervention.

2.5. 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 [44] les a résumé en :

- Infection amniotique ;
- Malformation fœtale majeure (anencéphalie, hydrocéphalie) ;
- La 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.

2.6 Modes d'ouverture pariétale

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

- ❖ Soit par une laparotomie médiane : Celle-ci peut se faire de deux manières, 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.
- ❖ **Soit par une laparotomie transversale type incision PFANNENSTIEL** : C'est une incision sus-pubienne transversale. Elle se situe à environ 3 cm au dessus du rebord supérieur du pubis. On réalise une incision obliquement vers le haut du tissu sous-cutané et une section arciforme de l'aponévrose, qui est ensuite décollé du plan musculo-aponévrotique. Ceci permet d'exposer les muscles grands droits dont la séparation le long de

la ligne médiane donne accès au péritoine qui sera incisé longitudinalement. Cette technique est préférable à la laparotomie médiane pour trois raisons :

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

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

2.7. Types d'hystérotomies :

● Hystérotomie segmentaire transversale

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

● Hystérotomie segmentaire longitudinale

Plus délicate que la segmentaire transversale. L'incision se fait longitudinalement sur la face antérieure. Elle offre une cicatrice de moins bonne qualité.

● Hystérotomie corporéale

L'incision se fait longitudinalement sur le corps utérin à sa face antérieure. Cette technique est d'indication restreinte pour deux raisons :

- ❖ Les risques septiques sont très élevés lorsque l'intervention survient après un certain temps de travail à œuf ouvert. Notons qu'avec l'avènement de l'antibiothérapie ce risque est minimisé.
- ❖ La cicatrice obtenue est souvent de mauvaise qualité. Une nouvelle grossesse est souvent mal venue car elle fait courir le risque d'une rupture utérine inopinée au cours du travail d'accouchement.

- **Hystérotomie segmento-corporéale :**

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

- **Césarienne itérative :**

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

2.8. Anesthésie et césarienne :

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

2.8.1. Anesthésie locorégionale :

Les avantages :

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

Les inconvénients :

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

2.8.2. Anesthésie générale :

Les avantages :

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

Les inconvénients :

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

2.9. Technique de la césarienne :

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

2.9.1. La césarienne segmentaire :

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

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

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

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

Cinquième temps : extraction de l'enfant. Dans la présentation céphalique, plusieurs techniques sont décrites.

Dans la présentation du siège, la plupart des auteurs conseillent d'abord de rechercher un pied (grande extraction).

Sixième temps : c'est la délivrance par expression du fond utérin, ou délivrance manuelle par l'orifice de l'hystérotomie.

Septième temps : suture du segment inférieur qui se fait en un plan avec des points séparés croisés en x sur les extrémités et les points séparés extra muqueux sur les berges.

Huitième temps : suture du péritoine pré segmentaire avec du catgut fin par simple surjet non serré.

Neuvième temps : on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.

Dixième temps : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

Avantage de la césarienne segmentaire :

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

2.9.2. La césarienne selon la technique de Misgav Ladach :

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

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

Avantages de la technique de Misgav Ladach :

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

La simplicité de cette technique et les résultats obtenus par différentes études font penser qu'elle deviendra sous peu la référence en matière d'extraction foetale par voie haute [40].

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

2.10. 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.

2.11. Les complications de la césarienne :

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

Par ailleurs la morbidité post césarienne n'est pas négligeable, d'où l'intérêt de bien peser les indications.

2.11.1. Les complications per opératoires :

• L'hémorragie :

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

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

• Les lésions intestinales :

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

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

- **Les lésions urinaires :**

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

- **Les complications anesthésiques :**

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

2.11.2. Les complications postopératoires :

2.11.3. Les complications maternelles :

- **Les complications infectieuses :**

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

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

- **L'hémorragie post opératoire :**

Plusieurs sources existent :

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

- **Les complications digestives :**

L'ilus paralytique post opératoire fonctionnel, les vomissement, la diarrhée.

La maladie thromboembolique :

Elle est prévenue par le lever précoce, voire l'héparinothérapie dans les cas à risque (phlébites, antécédent des maladies thromboemboliques).

• Les complications diverses :

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésico-vaginales, embolies amniotiques.

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

3. Définitions opérationnelles :**3.1. Qualité des soins :**

C'est l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire exactement les besoins des utilisateurs en maximisant la perception de l'offre et en minimisant les défauts ou les erreurs [1] ; ils doivent donc être efficaces, appropriés, sûrs, accessibles et acceptables et utilisant de façon optimale les moyens disponibles. C'est la mesure dans laquelle les ressources disponibles ou les services offerts répondent à des normes préétablies dont l'application est généralement censée permettre d'obtenir les résultats souhaités [40].

Selon l'OMS, la qualité des soins de santé consiste à exécuter correctement (en fonction des normes) des interventions dont on sait qu'elles sont sans risque, d'un coût abordable pour la société en question et susceptibles d'avoir un impact sur la mortalité, la morbidité, les invalidités et la malnutrition [37].

3.2. Définitions des concepts :

Par souci de clarté, nous définissons les concepts utilisés dans cette étude.

- **Evaluation :**

Selon l’OMS, c’est une procédure scientifique et systématique visant à déterminer dans quelle mesure une action ou un ensemble d’actions atteignent avec succès un ou des objectifs préalablement fixés [33] .

- **Critère :**

Dans un programme d’assurance qualité des soins, le critère est une affirmation qui est en rapport avec un problème à évaluer généralement formulé en début de programme. Ce sont des affirmations dont on contrôle l’exécution à posteriori.

- **Les normes :**

Concernent généralement les hospitalisations et sont des calculs numériques reflétant les performances ou les mesures habituellement admises

- **Les indicateurs :**

Permettent une évaluation de la qualité à partir d’un recueil systématique de données médicales appropriées que le prestataire de santé doit constituer afin d’éviter qu’elles ne soient imposées.

IV. METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE :

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de San dans le cercle de San région de Ségou. Le cercle de San couvre une superficie de 7262 Km² avec une population de 280913habitants. Le cercle de San est composé de 25 communes dont une commune urbaine.

Le centre de santé de référence de San comprend :

- Trois salles de consultation pour médecin
- Deux blocs opératoires
- Trois salles pour les post opérés dont une pour la maternité
- Une unité de médecine avec deux salles d'hospitalisations
- Une unité de pédiatrie
- Une unité ORL
- Une unité Stomatologie
- Une unité Ophtalmologie
- Une maternité et deux salles de suites de couches
 - Une salle de soins infirmiers
 - Une unité CPN (consultations prénatales)
- La pharmacie
- Un laboratoire
- Une comptabilité (2 comptables)
- Un magasin
- Des toilettes

Le personnel est composé de :

- Un médecin-chef
- Un médecin chef adjoint
- Un responsable unité chirurgie
- Un responsable service Gynéco-Obstétrique

- Un responsable secrétariat
- Un responsable unité de recherche et formation

2. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude rétrospective et prospective transversale, descriptive et analytique.

3. Période d'Etude :

Elle s'étendait du 1^{er} Janvier 2006 au 30 Septembre 2006 pour l'étude rétrospective et du 1^{er} Octobre 2006 au 31 Décembre 2006 pour l'étude prospective ; soit une durée d'une année.

4. Population d'étude :

L'étude a porté sur l'ensemble des patientes césarisées à la maternité du centre de santé de référence de San et les nouveau-nés issus de ces césariennes.

4.1. Echantillonnage :

L'échantillon était constitué de 110 cas de césariennes dont 83 inclus en période rétrospective et 27 inclus en période prospective

4.2. Critères d'inclusions :

- Les parturientes chez qui l'indication de césarienne a été posée par le partogramme et dont l'opération s'est déroulée dans le service.
- Les nouveau-nés issus de la césarienne.

4.3 Critères de non inclusion :

Les parturientes césarisées ailleurs, venues dans le service pour d'autres complications.

Les nouveaux-nés qui ne sont pas issus de la césarienne.

4.4. Sources des données :

- Registres de comptes rendus opératoire
- Registres d'accouchement
- Registres d'anesthésie
- Partogramme

- Feuilles de température
- Interview des parents
- Carnets des consultations prénatales

4.5 Variables d'étude :

L'âge, la gestité, la parité, le niveau d'instruction, la profession, les conditions socio-démographiques, les conditions opératoires, les complications

4.6. Les difficultés de l'étude

- Registres mal tenus
- Absence de dossiers obstétricaux
- Feuilles de température mal tenues
- Non enregistrement des horaires de départ des CSCOM

5. Définitions opératoires :

La classification des indications de césarienne est une question encore en discussion et difficile.

Dans le cadre de ce travail en se situant sur un plan purement opérationnel nous avons utilisé une classification proche de celle de Maillet R. [24] et de Boisselier [7] et déjà utilisée dans plusieurs études dont celle du Sénégal [10], du Burkina Faso [35]. Nous avons retenu 5 groupes d'indications de césariennes.

5.1. Urgence absolue :

La vie de la mère est en danger immédiat si la césarienne n'est pas pratiquée. C'est le cas du placenta prævia recouvrant hémorragique par exemple. Toutes les urgences absolues concernant la vie de la mère sauf la procidence du cordon avec fœtus vivant qui est l'exception : césarienne de « prudence » car la vie de la mère n'est pas en danger, elle doit être réalisée dans un temps minimum.

5.2 Césarienne obligatoire :

Concerne les situations pour lesquelles l'accouchement ne peut être réalisé que par la voie haute (Disproportion foeto-pelvienne, placenta prævia. Présentation anormale (excepté le Siège), les Dystocies mécaniques) l'absence d'intervention exposant à la mort maternelle ou à des séquelles maternelles très graves.

5.3. Césarienne de nécessité :

Correspondant à des pathologies de la grossesse ou de l'accouchement généralement accessible à un traitement médical curatif ou préventif. Mais qui en l'absence de surveillance ou de prise en charge pendant la grossesse ou l'accouchement peuvent avoir une évolution défavorable conduisant à une intervention chirurgicale réalisée souvent en urgence pour sauvetage maternel (dystocie dynamique, pathologie hypertensive, autres pathologies maternelles).

5.4. Césarienne de prudence :

Correspond à des circonstances pour lesquelles une intervention n'est pas indispensable, l'accouchement par voie basse est théoriquement possible, mais l'intervention peut apporter dans certains cas un meilleur pronostic vital ou fonctionnel à la mère mais surtout à l'enfant (utérus cicatriciel, présentation du siège, souffrance fœtale aiguë).

5.5. Césarienne abusive :

Concerne toutes les indications de césarienne par excès ou qui auraient pu être évitées (Dystocie Dynamique non traitée médicalement, bassin limite sans épreuve de travail correcte, souffrance fœtale sur la base du seul critère de présence de liquide amniotique teinté, d'une bradycardie isolée, tachycardie isolée,...)

- ❖ **Gestité** : Elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une femme.
- ❖ **Nulligeste** : C'est une femme qui n'a pas contracté de grossesse.
- ❖ **Primigeste** : C'est une femme qui a contracté une grossesse.

- ❖ **Paucigeste** : C'est une femme qui a contracté entre 2-3 grossesses.
- ❖ **Multigeste** : C'est une femme qui a contracté entre 4-5 grossesses
- ❖ **Grande multigeste** : Lorsque le nombre de grossesses est Supérieur ou égal 6.
- ❖ **Parité** : C'est le nombre d'accouchement.
- ❖ **Nullipare** : C'est une femme qui n'a fait aucune maternité.
- ❖ **Pauci pare** : Une patiente ayant accouché entre 2-3 fois.
- ❖ **Multipare** : Une patiente ayant accouché entre 4-5 fois.
- ❖ **Grande multipare** : Lorsque le nombre d'accouchement de la Patiente est supérieur ou égal à 6.
- ❖ **L'évacuation** :

Elle concerne une patiente en travail d'accouchement, transférée en urgence ou qui n'est pas en travail mais présentant une pathologie grave et nécessitant une hospitalisation en urgence.

❖ **Référence** :

On parle de référence lorsque la décision de transfert et l'admission de la patiente sont faites avant le début du travail.

❖ **Délai d'attente** :

C'est le temps écoulé entre la décision de la césarienne et l'extraction du fœtus .

❖ **Méthode D'analyse** :

Niveau de la qualité des césariennes : pour évaluer la qualité de la césarienne, nous avons procédé par 2 approches :

1^{ère} Approche :

Dans notre contexte, compte tenu de nos conditions locales, nous avons retenu un certain nombre d'indicateurs de processus et de résultats répondant aux exigences et attentes pour effectuer une césarienne de qualité.

Trois indicateurs ont été identifiés :

- Les conditions de prise en charge :

- Le délai de prise en charge
- La disponibilité du kit
- La disponibilité du personnel soignant
- La disponibilité du bloc opératoire
- La disponibilité du sang

• La qualité de l'intervention

- La qualité de l'opérateur
- La qualité de l'anesthésie
- La pertinence des indications opératoires
- Les complications per-opératoires
- La vie de la mère et de l'enfant
- L'Apgar du nouveau né à la naissance

• Le Suivi post-opératoire :

- Le respect du protocole post-opératoire
- La surveillance post-opératoire immédiate
- L'exécution sans délai de l'ordonnance post-opératoire
- Les complications post-opératoires
- La durée moyenne d'hospitalisation
- La ré hospitalisation

6. ANALYSE STATISTIQUE :

La saisie et l'analyse des données ont été effectuées à partir du logiciel Epi-info (version 6).

V. RESULTATS

1. Fréquence de la césarienne :

Sur les 12 mois que couvre notre étude nous avons enregistré 110 cas de césariennes pour 1257 accouchements soit une fréquence moyenne de 8,75%.

2. CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES :

2. 1. Les tranches d'âge des femmes césarisées :

Tableau I : Répartition des patientes en fonction des tranches d'âge.

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
13 – 19	25	22,7
20 – 35	71	64,5
Sup à 35	14	12,7
Total	110	100

Age moyen=25,47

Age minimum=15ans âge maximum=42ans

2. 2. L'activité socioprofessionnelle des femmes césarisées

Tableau II : Répartition des césarisées en fonction de l'activité socioprofessionnelle.

Activité	Effectif	Pourcentage
Socioprofessionnelle		
Sans profession	70	63,6
Aide ménagère	10	9
Etudiante/Elève	14	12,7
Commerçante	16	14,5
Total	110	100

2. 3. Le statut matrimonial des femmes césarisées :

Tableau III : Répartition des patientes en fonction du statut matrimonial.

Statut Matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariées	85	77,3
Célibataires	25	22,7
Total	110	100

2.4. Le niveau d'alphabétisation en français des femmes césarisées :

Tableau IV : Répartition des femmes césarisées en fonction du niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Primaire	20	18,1
Secondaire	5	4,5
Non instruites	85	77,2
Total	110	100

2. 5. Lieux de provenance des femmes césarisées :

Tableau V : Répartition des femmes césarisées en fonction du lieu de provenance.

Provenance	Effectif	Pourcentage
San CSCOM central	63	57,3
CSCOM Kimparana	7	6,4
Moribila	6	5,5
Lafia	3	2,7
Niamana	4	3,6
Somo	3	2,7
Kassorola	3	2,7
Karaba Gouana	3	2,7
CSCOM Tènè	2	1,8
N'Torosso	3	2,7
Koro	4	3,6
Sy	3	2,7
Niasso	2	1,8
N'Goa	4	3,6
Total	110	100

2. 6. Le mode d'admission des femmes césarisées :

Tableau VI : Répartition des césariennes en fonction du mode d'admission.

Mode d'Admission	Effectif	Pourcentage
Venue d'elle-même	57	51,8
Référée	8	7,3
Evacuée	45	40,9
Total	110	100

3. ANTECEDENTS OBSTETRICAUX :

3.1. Gestité des femmes césarisées :

Tableau VII : Répartition des patientes en fonction de la gestité.

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	30	27,2
Paucigeste	44	40
Multigeste	17	15,5
Grande Multigeste	19	17,3
Total	110	100

3. 2. Parité des femmes césarisées :

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction de la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Primipare	30	27,3
Paucipare	32	29,1
Multipare	26	23,6
Grande multipare	22	20
Total	110	100

Tableau IX : Répartition des patientes selon le nombre de césariennes antérieures.

Nombre de césarienne	Effectif	Pourcentage
Aucune	91	82,7
1	15	13,6
2	3	2,7
3	1	1
Total	110	100

Tableau X : Répartition des patientes en fonction du nombre de CPN.

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
Aucune	34	30,9
1 à 3	68	61,8
Sup ou égal à 4	8	7,3
Total	110	100

4. Caractéristiques cliniques des femmes césarisées à l'admission :

4.1 L'âge gestationnel des femmes césarisées :

Tableau XI : Répartition des femmes césarisées en fonction du terme de la grossesse.

Terme de la grossesse	Effectif	Pourcentage
Inf à 37SA	13	11,8
Entre 38 et 42SA	94	85,6
> 42SA	3	2,7
Total	110	100

Tableau XII : Répartition des femmes césarisées en fonction de la dilatation du col à l'admission.

Dilatation du col	Effectif	Pourcentage
Phase de latence	34	30,9
Phase active	76	69,1
Total	110	100

4.2. Etat des membranes à l'admission :

Tableau XIII : Répartition des femmes césarisées en fonction de l'état des membranes à l'admission.

Etat des membranes	Effectif	Pourcentage
Rompues	62	56,4
Intactes	48	43,6
Total	110	100

4.3. Etat du fœtus à l'admission :

Tableau XIV : Etat du fœtus en fonction des BDCF à l'admission.

BDCF	Effectif	Pourcentage
Présents	99	86,8
Absents	15	13,2
Total	114	100

Tableau XV : Etat du fœtus en fonction de la fréquence des BDCF à l'admission.

Fréquence des BDCF	Effectif	Pourcentage
Inf à 120 bat/mn	9	9,5
Entre 120 et 160 bat/mn	79	83,2
Sup à 160bat/mn	7	7,3
Total	95	100

Tableau XVI : Type de présentation du fœtus à l'admission.

Présentation	Effectif	Pourcentage
Céphalique	93	84,5
Siège	8	7,3
Transversale	9	8,2
Total	110	100

5. L'opération césarienne :

5.1. Le délai d'attente :

Tableau XVII : Répartition des patientes césarisées en fonction du délai de prise en charge.

Délai d'attente	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 20minutes	74	67,3
Entre 20- 40minutes	13	11,8
Entre 40- 60minutes	7	6,4
Supérieur à 60minutes	16	14,5
Total	110	100

Tableau XVIII : Répartition des patientes césarisées en fonction du motif de retard à l'intervention.

Motif de retard à l'intervention	Effectif	Pourcentage
Bloc occupé	3	18,8
Refus de la gestante	1	6,3
Retard de prise en charge dû au Personnel*	12	75,0
Total	16	100

❖ Chirurgiens et anesthésistes absents, champs et bottes chirurgicales stériles non disponibles.

5.2 Les indications opératoires :

Tableau XIX : Répartition des patientes césarisées selon les principaux groupes d'indication.

Groupes d'indications	Indications	Effectif	Pourcentage
Césarienne absolue	PP hémorragique	4	3,6
	HRP+CIVD	4	3,6
	Rupture utérine*	2	1,8
	Syndrome de pré rupture utérine	3	2,8
	Total	13	11,9
Césarienne obligatoire	HRP+ foetus vivant à terme	2	1,8
	ATCD Rupture utérine	2	1,8
	Diaphragme vaginal	4	3,6
	Présentation anormale	17	15,5
	BGR	8	7,3
	Absence d'engagement à	4	3,6

	dilatation complète		
	DFP	6	5,5
	Eclampsie	4	3,6
	Total	47	42,8
	SFA (Bradycardie+/- tachycardie+/- liquide amniotique méconial)	9	8,2
	Procidence du cordon battant	3	2,8
Césarienne de prudence	Siège+ macrosomie foetale	6	5,5
	Grossesses multiples	4	3,6
	Utérus cicatriciel	19	17,3
	Rétention du second jumeau	1	0,9
	Total	42	38,2
	HTA sévère (pré éclampsie)	3	2,8
Césarienne de nécessité	RPM sup à 24H+ échec de déclenchement	1	0,9
	Total	4	3,6
Césarienne Abusive	Enfant précieux + IIG sup à 12ans	4	3,6

❖ Laparotomie pour rupture utérine (hystérectomie ou hystérorraphie)

Tableau XX : Répartition des patientes césarisées selon le type de césarienne.

Type de césarienne	Effectif	Pourcentage
Urgence	99	90
Prophylactique	11	10
Total	110	100

Tableau XXI : Répartition des patientes césarisées selon le type d'intervention associée.

Intervention associée	Effectif	Pourcentage
Hystérectomie d'hémostase	2	15,4
Ligature des trompes	11	84,6
Total	13	100

6. LE SUIVI POST OPERATOIRE :

Tableau XXII : Répartition des patientes césarisées selon le suivi post opératoire.

Suivi post opératoire	Effectif	Pourcentage
Correct	93	84,5
Non Correct	17	15,5
Total	110	100

7. Le pronostic :

Tableau XXIII : Répartition des patientes césarisées selon les complications maternelles.

Type de morbidité maternelle	Effectif	Pourcentage
Anémie	12	41,4
Endométrite	10	34,5
Suppuration pariétale	7	24,1
Total	29	100

Tableau XXIV : répartition des complications en fonction du mode d'admission.

Suites opératoires	Suites Simples		Suites compliquées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Mode d'admission				
Venue d'elle-même	55	67,9	2	6,9
Référée	6	7,4	2	6,9
Evacuée	20	24,7	25	86,2
Total	81	100	29	100

$\chi^2=35,27$ $p<0,005$

Il existe un lien statistique entre le mode de référence et les complications maternelles

Tableau XXV : répartition des cas compliqués selon le type d'intervention.

Suite opératoire	Suites Simples		Suites compliquées	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Type de césarienne				
Césarienne d'urgence	72	89,9	27	93,1
Césarienne prophylactique	9	7,4	2	6,9
Total	81	100	29	100

$\chi^2=0,421$ $P>0,1$

Il n'existe pas de lien statistique entre les complications maternelles et le type de césarienne.

7.1 Les Indications Opératoire :

Tableau XXVI : répartition des patientes ayant présenté une morbidité en fonction des différents groupes d'indications.

Groupe D'indication	Suites opératoires		Simples		Complicées		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Urgence absolue Césarienne	4	4,9%	9	31%	13	11,8		
obligatoire Césarienne	30	37%	17	58,6%	47	42,7		
Prudence Césarienne de	39	48,1%	3	10,3%	42	38,3		
nécessité Césarienne	4	5%	0	0%	4	3,6		
Abusive	4	5%	0	0%	4	4,6		
Total	81	100	29	100	110	100		

$\chi^2=36,48$ $p<0,005$

Il existe un lien statistique entre la morbidité maternelle et les différents groupes d'indications opératoire.

7.2. Durée D'hospitalisation :

Tableau XXVII : répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
Inf à 7 jours	4	3,6
8 – 15 jours	95	86,3
Sup. à 15 jours	11	11
Total	110	100

7.3. La mortalité maternelle :

Tableau XXVIII : répartition des patientes décédées en fonction de l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
20-29	1	33,3
30-39	2	66,7
Total	3	100

8. Le pronostic fœtal :

Tableau XXIX : répartition des nouveaux-nés en fonction de l'Apgar à la première minute.

Apgar	Effectif	Pourcentage
0	15	13,2
1-7	24	21,1
> 7	75	65,7
Total	114	100

Tableau XXX : répartition des nouveau-nés en fonction de l'Apgar à la cinquième minute.

Apgar	Effectif	Pourcentage
0	15	8,6
1 -7	23	21,9
>7	73	69,5
Total	99	100

8.1 Terme de la naissance :

Tableau XXXI : répartition des nouveau-nés en fonction du terme à la naissance.

Terme à la naissance	Effectif	Pourcentage
Prématurée	14	12,3
A terme	98	85,9
Post terme	2	1,8
Total	114	100

8.2 Indications :

Tableau XXXII : état des nouveaux-nés en fonction des différents groupes d'indications.

Apgar		0	1- 7	>7	Total
Groupe D'indication					
Urgence absolue	Nombre	7	4	2	13
	%	46,7	16,7	2,7	100
Césarienne obligatoire	Nombre	5	11	33	47
	%	3	5	44	42
Césarienne Prudence	Nombre	3	5	36	42
	%	20	20,3	48	100
Césarienne Nécessité	Nombre	0	3	1	4
	%	0	12,6	1,3	100
Césarienne Abusive	Nombre	0	1	3	4
	%	0	4,2	4	100
Total		15	24	75	114

$\chi^2=35,31$ $p<0,005$

Il y'a un lien statistique entre les différents groupes d'indications et l'état des nouveaux-nés a la naissance.

Tableau XXXIII : état des nouveaux-nés en fonction du terme de la grossesse.

	Terme	Prématurité	A Terme	Post terme	Total
Apgar					
0	6	42,9%	9	0	15
1-7	5	35,7%	19	0	24
> 7	3	21,4%	70	2	75
			71,4%	100%	65,7%
Total	14		98	2	114

$\chi^2=19,79$ $p<0,005$

Dans ce tableau il existe un lien entre le terme de la grossesse et l'état des nouveaux-nés.

8.3. La mortalité :

Tableau XXXIV : Cause du décès des nouveaux-nés.

Cause du décès	Effectif	Pourcentage
Souffrance cérébrale	2	22,2
Détresse respiratoire	2	22,2
Prématurité	5	55,6
Total	9	100

VI Résultats analytiques :

Conditions de prise en charge des parturientes :

Analyse discriminatoire « de la qualité des conditions de prise en charge des parturientes ».

Tableau XXXV : Répartition des patientes césarisées en fonction des conditions de prise en charge.

Variables	Qualité		Non Qualité		Total
	Nombre	%	Nombre	%	
Délai d'attente	92	83,6	18	16,4	110
Disponibilité du kit	110	100	0	0	110
Disponibilité du personnel	98	89,1	9	8,2	110
Disponibilité du bloc opératoire	107	92,3	3	2,7	110
Disponibilité du sang	4	66,7	2	33,3	6

Le suivi opératoire :

- Analyse discriminatoire de la qualité du suivi opératoire.

Tableau XXXVII : Répartition des patientes césarisées en fonction de la qualité du suivi post opératoire.

Variables	Qualité		Non Qualité		Total
	N	%	N	%	
Respecte du protocole post opératoire	107	97,3	3	2,7	110
Surveillance post opératoire immédiate	93	84,5	17	15,5	110
Exécution sans délai l'ordonnance post opératoire	106	96,4	4	3,6	110
Complication post opératoire	68	61,8	42	38,2	110
Durée moyenne d'hospitalisation	4	3,6	106	96,4	110
Ré hospitalisation	110	100	0	0	110

VI. COMMENTAIRES.

1. La morbidité maternelle :

« La naissance d'un nouveau-né est un évènement heureux qui se déroule le plus souvent dans une atmosphère de joie. Lorsque le décès survient, c'est le drame ; drame d'autant plus intense que cette éventualité est actuellement considérée comme impossible » [15]. Ce drame est souvent rencontré dans nos pays en voie de développement d'autant plus qu'il s'identifie à la réalité du terrain. Dans notre série le taux de mortalité par césarienne est de 1,8% des accouchements. Cissé B [10] a trouvé 1,3% en 2001 au CSRéf CV. Actuellement, lorsque l'on analyse la littérature européenne on s'aperçoit que la mortalité maternelle par césarienne a considérablement diminué dans le temps et demeure autour de 1 à 3‰, conséquence directe de l'intervention ou de la pathologie qui a conduit à la césarienne [16, 18, 23, 26, 50].

Dans notre contexte l'importance de la morbidité et de la mortalité maternelles traduit l'efficience de notre système de « référence/évacuation » obstétricale dans sa forme actuelle les parturientes étant souvent tardivement et mal évacuées.

En dehors du mode d'admission, nous avons dégagé certains facteurs de pronostic explicites plus hauts en l'occurrence : la rupture de la poche des eaux avant l'admission, la pauvreté des patientes et de leurs partenaires. Ces différents facteurs influencent l'état du fœtus à qui nous donnons le temps de souffrir et de mourir.

2. Le pronostic fœtal :

L'appréciation du pronostic fœtal est faite pendant le séjour post opératoire de la mère dans le service donc pendant les premiers jours de vie.

3. La morbidité :

« Les critères de morbidité sont encore difficiles à définir » selon THOULON [45]. La morbidité néonatale est d'ailleurs un sujet peu documenté. Elle est souvent liée à l'indication même de la césarienne. Surtout quand il s'agit de souffrance fœtale au cours du travail ou lorsque la femme est porteuse d'une pathologie pouvant avoir un retentissement fœtal : toxémie, diabète. Dans ce cas l'enfant court déjà un risque potentiel de morbidité, la césarienne ayant pour objectif de limiter cette dernière.

La morbidité est donc le reflet de la souffrance antérieure plutôt que celle due à la césarienne [5].

En considérant comme morbidité, tout nouveau-né ayant un score d'Apgar <7 comme l'ont précédemment fait d'autres auteurs (Annie F., Berthé Y) [2-5] notre taux de morbidité s'élève à 21,1% ; celui de Téguté I [44] est de 16,19% ; Annie F. [2] a trouvé 38,8%.

Nous avons dégagé les principales complications néonatales observées dans le service : il s'agit de :

- La détresse respiratoire avec 22,2%
- La souffrance cérébrale avec 22,2%
- Prématurité avec 55,6%

4. La mortalité :

Au cours de notre étude, nous avons recensé 24 cas de décès périnatal ce qui fait un taux de 21,1%, celui trouvé par Coulibaly M.B [39] est de 5,27% ; Téguté I [44] a trouvé 24,61%.

Ces taux sont nettement supérieurs à ceux des pays développés ; en France, RACINET. C. P et FAVIER. M [40] trouvent un taux à 0,093%.

Dans notre contexte deux facteurs peuvent expliquer en partie cette forte mortalité.

- Avant l'intervention les bruits du cœur fœtal étaient absents dans (13,6%) des cas.

- 21,8% des nouveaux-nés vivants présentaient un Apgar inférieur ou égal à 7 à la 1^{ère} minute.

Le caractère omniprésent de cette souffrance fœtale est lié aux problèmes des références tardives mais aussi aux caractères purement cliniques (écoute des BDCF au stéthoscope de pinard) des moyens de surveillance fœtale dans nos salles d'accouchement ; ce qui fait que le diagnostic de souffrance fœtale est le plus souvent fait à un stade évident parfois tardif. A coté des facteurs médicaux et obstétricaux directs, on peut incriminer ; un facteur indirect tel que le sous équipement en réanimation néonatale ; le plus souvent, il n'est possible de faire tout au plus qu'une aspiration et une oxygénation. Aussi, conviendrons nous avec PICAUD [37] que ce n'est pas le geste opératoire qui crée la morbidité, mais le terrain sur lequel il s'exerce.

La césarienne participe à la diminution de la mortalité périnatale, mais comme le définit O'DRISCOLL [33], c'est essentiellement la qualité de la surveillance obstétricale qui permet de l'améliorer.

Il était plus élevé dans le groupe des indications des urgences absolues et obligatoires. Il existe un lien statistique important entre l'état des nouveau-nés et les différents groupes d'indications ($p < 0,005$) et aussi avec le terme de la grossesse. Ces indicateurs traduisaient la gravité du tableau maternel avec ses répercussions sur le fœtus.

Selon l'OMS [34], la mortalité néonatale précoce est estimée à 57 pour 1000 naissances vivantes dans les pays développés.

Dans notre série le taux de mortalité périnatale pourrait être réduit par une meilleure surveillance des parturientes (introduction du monitoring électronique, généralisation de l'usage du partographe, une référence précoce, une évacuation précoce des cas compliqués, une amélioration

des conditions d'évacuation, l'acquisition du matériel de réanimation des nouveau-nés.

De même l'acquisition d'un service de néonatalogie disponible permanemment pour accueillir les nouveaux-nés présentant une souffrance foétale aiguë.

5. La durée d'hospitalisation après césarienne :

« C'est un sujet d'actualité mais relativement peu documenté » comme l'attestent MERCHAOUI et coll [29].

Dans notre étude 3,6% des césarisées ont séjourné dans le service à moins de 7 jours et 86,3% pendant 8 à 15 jours.

La durée minimale de séjour est de 3 jours et la durée maximale est de 27 jours.

La longue durée de séjour des patientes était la conséquence de complications.

6. Le type d'anesthésie :

L'anesthésie générale a été la seule utilisée dans notre service.

7. Interventions associées à la césarienne :

Elles sont dominées par la ligature des trompes avec 11 cas soit 84,6% des interventions associées à la césarienne et 10% de l'ensemble de nos césariennes. Cissé B [10] en 2001 a trouvé 4,49% et Téguété I. [44] 13,6%.

L'hystérectomie est la deuxième intervention associée à la césarienne constituant 15,4% des interventions associées et 1,8% de l'ensemble des césariennes.

8. Coûts de la césarienne et accessibilité aux soins :

La césarienne a été gratuite pour toutes les parturientes.

Le kit opératoire était disponible dans 100% des cas.

Etude analytique de la qualité de la césarienne :

1. Analyse discrimination :

▪ Les conditions de prise en charge :

Notre étude a montré 67,3% de délai de prise en charge inférieur à 20minutes, 100% de disponibilité du kit ; 89,1% de disponibilité du personnel soignant, 97,3% de disponibilité du bloc opératoire.

Ouédrago C. [36] trouve un retard à l'intervention chirurgicale (chirurgien absent, équipe incomplète, kit incomplet, problème technique dans 52,3% des cas, le kit opératoire disponible en urgence sur place dans 84,1% des cas ; dans 8 cas sur 478, la transfusion était impossible par manque de sang.

Cissé C.T [11] trouve dans 25% des cas un retard à l'intervention pour les problèmes de matériels ou de personnels (manque d'obstétriciens ou d'anesthésistes).

Le centre est de bonne qualité pour les conditions de prise en charge.

2. La réalisation et les résultats de l'intervention :

Dans notre échantillon, aucune césarienne n'a été réalisée par un gynécologue obstétricien ce qui montre un centre de très faible niveau pour la qualité de l'opérateur.

Dans 3 cas soit 2,7% nous avons déploré le décès de la mère ; dans 39 cas soit 35,5% nous notons un Apgar du nouveau-né inférieur à 7.

Annie FAGNISSE [2] a trouvé dans son échantillon que l'intervention a été pratiquée par un gynécologue obstétricien dans 27,9% des cas une complication per opératoire chez 21 patientes soit 5,3% et dans 37,1% de cas un Apgar à la 1^{ère} minute inférieur à 7 des nouveau-nés ; Togora M. [46] trouve dans son échantillon que l'intervention a été pratiquée par un gynécologue obstétricien dans 1,1% des cas, une complication per

opératoire chez 45 patientes soit 1,6% des cas et dans 21,7% de cas un Apgar à la première minute inférieur à 7 du nouveau-né.

3. Suivi post opératoire :

Dans notre étude le protocole post opératoire a été respecté dans 97,3% des cas. La surveillance post opératoire immédiate a manqué dans 15,5%.

Un retard au traitement a été observé dans 3,6%.

Parmi nos patientes opérées, 29 d'entre elles soit 26,4% ont présenté au moins une complication post opératoire.

La durée moyenne d'hospitalisation est supérieure à 7 jours dans 90,3% des cas.

Togora M. [46] trouve un retard au traitement dans 2,4%, une complication post opératoire dans 18,8% des cas.

4- Caractéristiques socio démographiques des patientes :

4.1 L'âge :

Pour une population nationale dont 50% à moins de 15 ans [31], l'âge moyen de nos parturientes césarisées était de 25,47 ans, l'âge minimum était de 15 ans et l'âge maximum de 42ans avec une prédominance entre 20 et 29 ans (50,9%) ; TOGOLA M. [46] trouve 67,3% ; BERTHE [6] 66,06%.

COULIBALY I. [12] trouve un age moyen de 26 ans, et OUEDRAGO et coll [36] 26,3 ans.

TAKANNOUS S. [47] et MBAZUMUTINA ont trouvé 29 ans.

La plus jeune césarisée dans notre étude a 15 ans et la plus âgée a 42 ans.

Mais ces âges extrêmes ne semblent pas avoir d'implication évidente sur le pronostic de la césarienne.

Selon MERCHAOUÏ (29) l'âge des parturientes césarisées est sans influence sur la durée de leur séjour post opératoire.

5. 2 La situation matrimoniale :

77,3% de nos patientes sont mariées. TOGOLA .M [46] trouve 96,6% et CISSE .B [10] 90,7%.

Les célibataires constituent 22,7 de nos femmes césarisées.

5. 3 La profession des patientes :

La plupart des patientes (63,6%) sont sans profession ; TEGUETE [44] a trouvé 86,0%.

5. 4 La résidence :

Plus d'une patiente sur deux résident à San ville.

6 Fréquence de la césarienne

Sur les 12 mois que couvre notre étude nous avons enregistré 110 césariennes pour 1257 accouchements, soit une fréquence moyenne de 8,7%.

7- Caractéristiques obstétricales :

7.1 La parité :

Les primipares représentent 27,2% de notre échantillon pour 30,10% trouvées par AOUALOU [3]

Les paucipares représentent 29,1% de nos césariennes.

7.2 Les consultations prénatales :

Dans notre série 61,8% des patientes ont bénéficié d'au moins une CPN. TOGOLA M. [46] trouve 86,1%.

10% des césarienne ayant suivi leur grossesse ont bénéficié d'au moins 4 CPN, minimum recommandé par l'OMS

Parmi nos patientes qui avaient un utérus cicatriciel par suite d'une césarienne au dernier accouchement, 84,2% n'ont pas été référées alors qu'elles avaient un nombre moyen de 4 CPN. Et nous constatons avec CISSE CT. [11] et OUEDRAGO C. que ces résultats nous amènent à remettre en cause la qualité actuelle de la CPN dans la lutte contre la mortalité et la morbidité maternelle.

Les césariennes itératives représentent 17,3 % de notre échantillon. Annie F. [2] a trouvé 21,5% ; et CISSE B. [10] en 2001 a trouvé 12,4%. On note donc une augmentation des césariennes itératives expliquant l'augmentation globale de la fréquence de la césarienne.

Les césariennes itératives de notre étude sont des césariennes 1^{ères} itératives dans 13,6% des cas.

2^{ème} itératives dans 2,7% cas.

Une rupture de la poche des eaux est retrouvée lors de l'admission chez 56,4%.

8 La césarienne :

8.1 Le délai d'exécution :

Dans notre contexte, les césariennes sont dans la majorité des cas effectuées en urgence 90%. CISSE B. [11] a trouvé 93,6%.

Devant le caractère d'urgence qui entoure les césariennes, nous avons constaté un délai d'attente de l'intervention inférieur à 20minutes dans 67,3% des cas.

Ceci est de nature à améliorer considérablement le pronostic foëto maternel dans notre contexte.

8.2 LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE

Nous constatons dans cette étude, une augmentation particulière des indications d'origines fœtales témoignant d'un plus grand souci d'améliorer le pronostic fœtal de l'accouchement. Ces préoccupations ne doivent pas faire oublier les conséquences de la césarienne pour la mère ainsi que l'hypothèque qu'elle fait peser sur les accouchements ultérieurs.

Le plus souvent l'indication de la césarienne était double dans notre échantillon. MELCHIOR et Coll [28] avaient retrouvé la même situation, ainsi que COULIBALY I. [12]

Les indications les plus fréquentes de notre étude sont :

- Les dystocies = 59,2%
- Les souffrances fœtales = 9%
- Les hémorragies = 9%.

Dans notre étude la classification par groupe d'indication a montré que les indications de césarienne obligatoire étaient plus fréquentes (42,8%) que les indications de césarienne de prudence (38,2%), l'urgence absolue (11,9%) et la césarienne de nécessité (3,6%).

Dans notre étude nous avons trouvé 3,6% de césariennes abusives.

9 Le pronostic maternel :

9.1 Morbidité maternelle :

Décrire avec précision et objectivité la morbidité induite par la césarienne reste très difficile. En effet la plupart des publications trouvent des chiffres et des résultats éminemment variables.

Dans notre étude nous constatons un lien statistique entre la morbidité maternelle et les différents groupes d'indications ($p < 0,005$) et aussi un lien entre le mode d'admission et la morbidité maternelle. Par contre il n'existe pas de lien statistique entre la morbidité maternelle et le type d'intervention ($p > 0,1$) dans notre étude.

Dans notre échantillon, les suites opératoires ont été.

- Simples dans 73,6%
- Compliquées dans 26,4%.

Tissot et Coll [45] ont trouvé 13% ; HADDAD [22] a trouvé 19%

Ces complications se résument en :

- L'endométrite dans 9,1%
- La suppuration pariétale dans 6,4%
- L'anémie dans 10,9%

La suppuration pariétale et l'endométrite (15,5%) occupent donc la première place des complications infectieuses dans notre étude.

Le contexte de réalisation de la césarienne dans notre étude explique aisément cette prédominance des infections, césarienne réalisée presque toujours en urgence (90%) dans notre série, rupture prématurée prolongée des membranes avec infection amniotique, durée excessive du travail avec la fréquence des touchers vaginaux qu'elle implique.

Nos constatations sur ce point rejoignent celles de GIIBBS NIELSEN [32].

L'anémie constitue notre deuxième complication (10,9%). Elle est souvent la conséquence d'une hémorragie pré et post opératoire. La césarienne comme partout ailleurs est une intervention pourvoyeuse d'hémorragie.

9.2 Mortalité maternelle :

Au cours de notre étude nous avons enregistré trois décès maternelle soit 2,7% de nos césariennes, deux d'entre elles avaient un âge compris entre 30 et 39 ans ; elles étaient toutes des multipares.

Toutes nos patientes décédées avaient été évacuées.

VII. CONCLUSION

La proposition d'utiliser la césarienne comme un traceur pour évaluer et améliorer de façon continue la qualité des soins et des services même dans les situations les plus favorables est toujours associée à un certain risque, c'est ainsi que s'est déroulée une étude de la césarienne pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de San du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006.

Nous avons recensé 110 cas de césariennes durant la période d'étude, la tranche d'âge la plus représentée était de 20 à 29 ans avec 50,9% et une moyenne d'âge de 25,47ans, les sans professions étaient de 63,6%. Seulement 4,5% avaient un niveau secondaire. Plus d'une patiente sur deux venaient de la ville de San. Les évacuées représentaient 40,9% contre 51,8% venues d'elles même. Les multigestes étaient de 17,3%.

Un utérus cicatriciel a été trouvé dans 17,3% des cas, la rupture prématurée des membranes à l'entrée était de 56,4%. Dans 15,5% nous n'avons pas trouvé de présentations céphaliques, le délai d'attente était inférieur à 20 minutes dans 67,3% et un retard de prise en charge dû au personnel était de 10,9%.

La césarienne obligatoire était le groupe d'indication le plus représenté avec 42,8%. Nous avons constaté que 86,2% de nos patientes évacuées ont présenté une complication post-opératoire et 93,1% de nos patientes césarisées en urgence ont présenté une complication. Nous avons enregistré 3 cas de décès soit 2,7% de nos césariennes.

65,7% des nouveau-nés avaient un Apgar supérieur à 7 à la 1^{ère} minute et 69,5% à la 5^{ème} minute. Seulement 2,7% des nouveau-nés du groupe d'indication de césarienne obligatoire avaient un Apgar supérieur à 7.

Le kit de césarienne était disponible dans 100% des cas et aucune césarienne n'a été réalisée par gynécologue obstétricien.

VIII. RECOMMANDATIONS

1. Aux autorités sanitaires et politiques :

- Augmenter le budget national consacré à la santé ; ou mieux améliorer les conditions socio-économiques car les résultats obstétricaux sont d'autant meilleurs que le niveau socio-économique des patientes est élevé.
- Améliorer l'état des structures selon les normes de références.
- Doter le centre de médecins spécialistes en gynécologie obstétrique
- Organiser des séances de formation continue et de recyclage du personnel pour une meilleure prise en charge des malades en général et des parturientes en particulier.
- Améliorer le système de référence/évacuation par une ambulance Fonctionnelle et équipée
- Recruter du personnel qualifier (sages femmes, infirmières Obstétriciennes).
- Améliorer la capacité d'accueil du centre.
- Doter le centre d'un appareil d'échographie fonctionnelle.
- Doter le centre d'équipements (oxygénateur, aspirateur, de nouveaux matériels opératoires , de matériels de laboratoires).

4. Aux personnels de santé :

- Améliorer les conditions d'accueil et orientation dans le centre ; cultiver entre le personnel, un esprit d'équipe ;
- Introduire les dossiers obstétricaux dans le service et instituer des séances mensuelles au cours desquelles les fiches de consultations, les registres d'accouchements, de césariennes, des évacuées sanitaires d'urgence, de compte rendu opératoire seront vérifiées et complétées ;

- Renouveler certains instruments du bloc vieux de plus de 10 ans et changer les bottes en tissus du bloc en bottes en plastique ;
- Pratiquer les différents examens obstétricaux dans les meilleures conditions possibles d'asepsie, ce qui ne peut s'obtenir que par la réduction des touchers vaginaux, l'utilisation des gants stériles à usage unique au cours du travail, surtout après la rupture de la poche des eaux qui ne doit se faire qu'au moment opportun ;
- Eviter la cohabitation des malades infectées et non et prendre en charge les soins des literies pour assurer les bonnes conditions d'hygiènes ;
- Stériliser correctement le bloc opératoire, contrôler son accès et exiger les mesures d'asepsie ;
- Renforcer la capacité du laboratoire et améliorer l'approvisionnement du service en sang.

5. Aux populations :

- Faire régulièrement les consultations prénatales (au moins 4) ;
- Se faire suivre au cours de la grossesse et accoucher au centre ;
- Adopter le planning familial afin d'éviter les grossesses rapprochées ;
- S'organiser en mettant en place des mutuels pour assurer les frais d'évacuation et la prise en charge de la parturiente dans un meilleur délai ;
- Eviter la grande multiparité.

IX. REFERENCES

1. **Aldebert A.** le taux de césarienne : indicateurs de qualité ; deuxième journées d'obstétrique du collège de gynécologie de Bordeaux et du Sud-Ouest ; novembre 1995.
2. **Annie S F.** L'opération césarienne à la maternité Lagune de Cotonou. Etude rétrospective de 1992 à 1995 et prospective d'avril à juin 2000 à Bobo de 5702 Thèse Med ; Bamako 2001 53.
3. **Aouanou G B K.** « Contribution à l'étude de l'opération césarienne à Cotonou » ; Thèse Med ; Cotonou 1988 ; 373.
4. **Avril A. ; Lakja F. ; Marée D., Chante Greil C, Renaud- SALIS JL, Lobera A et Coll.** Contrôle de la qualité des soins dans un service de chirurgie ; expérience de la Fondation Bergonié J chir (paris) 1993 ; 2 : 79-86P.
5. **Berthe Y.** : pronostic foeto-maternel dans les accouchements par césarienne à propos de 218 cas enregistrés au service de Gynéco-obstet du CHU de Bouaké en un an. Thèse de Médecine Abidjan : 1992.
6. **Bigabwa B.** "Contribution à l'étude de l'opération césarienne. A propos de 122 cas recensés aux cliniques universitaires de Kinshasa du 1^{er} janvier au 31 décembre 1997". Thèse Med Cotonou, 1999 ; 804.
7. **Boisselier, Moghioracos P. , Marpeau L. et AL.** Evolution dans les conditions de césarienne de 1977 à 1983. A propos de 18.605 accouchements. J Gynécol. Obstétrique Biol. Reprod. 1987 :16 ; 251-60.
8. **Carron J J. , Barre P. et Dumser D.** un petit hôpital..., A quoi ça sert ? Etude de l'activité chirurgicale de l'hôpital de Loudon au cours de l'année 1989. J Chir (Paris) 1990 ; 127 (12) : 608-61 1P.

9. **Cissé B.** la césarienne : aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge des complications post opératoires dans le service de gynécologique obstétrique du centre de santé de référence de la Commune V. Thèse de Médecine : Bamako Mali 2001, M.
10. **Cissé C T., Faye E O. , De Bernis L.** Césarienne au Sénégal : Couverture des besoins et qualités des services. Cahier Santé 1998 ; 8 (5) : 369-77.
11. **Coulibaly I G.** La césarienne dans le service de gynécologique obstétrique de l'HGT de Bamako de 1992 à 1996 (à propos de 3314 cas). Thèse de Méd ; Bamako 1999 ; 85.
12. **Coulibaly M B.** "profil épidémiologique de l'enfant né par césarienne dans la maternité du centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako : à propos de 200 cas "Thèse Méd, Bamako Mali 2001 M-40.
13. **Coulibaly M L.** Comparaison de l'efficacité de la clonidine et de la Nifedipine dans la prise en charge de l'HTA gravidique au cours du travail au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V ; thèse de méd : Bamako 2002 69P. M-20.
14. **De Muylder X .** "Caesarian section morbidity at district level en Zimbabwe" journal of tropical medicinal and hygiene, 1989 (92) 2, 89-92.
15. **Dubois J. , Grall J Y. , Philippe HJ. , Pangui, Poulain P L.** "La présentation du siège" Editions techniques. Encryl. Méd. Chir. (Paris France), obstétrique, 5026 A 10, 1985, 13P.
16. **Dujardin B. Delvaux T H. , De Bernis L.** la césarienne de qualité, analyse des déterminants. Communication au V^{ème} congrès SAGO Dakar, Sénégal. Décembre 1998.

17. **Engelmann P.** Factors related to the increasing caesarean section rates for cephalopelvic disproportion. Am J obstet. Gynecol 1986, 154, 1095-1098.
18. **Enquête démographique et santé MALI II.** EDSM-II de 1995-1996. Page 181.
19. **Enquête démographique et de santé MALI III.** EDSM-III de 2001. Page 183.
20. **Glorion B.** l'évaluation, une chance pour la médecine. Bulletin de l'ordre des médecins février 1992 ; 2 : 1-2 P.
21. **Haddad H, Lundy L.** "Changing indications for caesarean section" "obstet. Gynecol,; 1979; 51 :133-137". Deuxième journée d'obstétrique du collège de Gynécologie de BORDEAUX et du Sud-Ouest. 18 Novembre 1995. BORDEAUX.
22. **Hogston P., James D.** "Holding back the tide of caesareans ". Br Med. J, 1998 297, 1044-1045.
23. **Kassambara M.** "Evaluation d'un centre de santé maternelle et infantile en milieu urbain appliquée à la commune VI du District de Bamako". Thèse de médecine, Bamako 1989, 15.179 pages.
24. **Maillet R. , Schaal J P. , Sloukji J C. et Al.** Comment réduire les taux de césariennes au CHU ? Revue. Fr. Gynécol. Obstétrique 1991 ; 86 ; 294-300.
25. **Mansono A.** "Evolution des indications des césariennes au CHU de Saint-Étienne entre 1984 et 1998" Thèse de Méd. Saint-Étienne 1989, 6229.
26. **Matillon Y.** l'évaluation en médecine. Une démarche en plein développement. Rev prat (Paris) 1992, 42 (15) : 1917-1919 P.
27. **Melchior J. , Bernard N. , Raoust I.** "Evaluation des indications de césariennes. CNGOG – MISSE à jour en Gynécologie et obstétrique. Vigot éd 1988 ; 13, PP. 251-265.

- 28. Merchaoui J. , Fekih M A. , Sfar R.** facteurs influençant la durée d'hospitalisation après une césarienne. Rev. Fr. Gyécol. Obstet 1992 ; 1 (92), 17-20.
- 29. Merger R. ; Levy K. ; Melchior J.** "précis d'obstétrique". 6^{ème} ed, Masson, Paris, 1989 PP ; 697 pages.
- 30. Ministère de la santé de la solidarité et des personnes âgées.** Cellule nationale de planification. Direction nationale de la santé ; enquête démographique et de santé au Mali 1996-1997.
- 31. Nielen T F. ; Hokgard K H.** Caesarean section and intra operative surgical complications" and obstacle. Gynécol1983,146, 8, 911-5.
- 32. O'driscoll, Foely.** Correlation of decrease in prenatal mortality and in crease in C-section rates, Am. J. obstet. Gynecol 1983, 61, 1.
- 33. OMS : Mortalité prénatale.** Récapitulatif des données disponibles. Communiqués OMS 46, Genève 1996 1-2.
- 34. Organisation mondiale de la santé.** Mortalité maternelle : soustraire les femmes à l'engrenage fatal. Chronique OMS 1986 :40 ; 193-202.
- 35. Ouedrago C O. , Zoungrana T. , Dao B. , Dujardin B. , Koné B.** la césarienne de qualité au centre hospitalier Yalgado OUEDRAGO de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique. Médecine d'Afrique noire 2001 48 (11) : 444.
- 36. Pichaud A. Nlomé- nze A R. , Kouvahe V. , Ondomver.** "Les conditions de césarienne et leur évolution au centre hospitalier de Libreville" Rev. Fr Gynecol. Obstet. 1990 : 8,5 (6) : 393-98.
- 37. Populations reports :** "Programme de planification familiale : améliorer la qualité" série J. 47 ; 39 pages.

38. **Quenum G. , Memadji M. , Konan B R. ; Nigue L. , Welffens-Ekrac.** Césarienne de qualité : analyse des facteurs et des déterminants au CHU Yopougon. Revue internationale de sciences médicales Vol. 3. 02. 2001. PP. 109-115. Presses universitaires de côte d'Ivoire (PUCI).
39. **Racinet C. ; Favier M.** « la césarienne : indications, techniques, complications ». Masson, Paris 1984, 185 PP.
40. **Rieth Muller D. , Schaal J P. , Racinet C. ; Maillet R.** "La césarienne selon la méthode de Misgav ladach". Rev. Fr. Gynécol. Obstet 1999 ; 94. 6. 497-499.
41. **Sénégal, PNUD, OMS, Université Colombia.** Rapport de la deuxième mission d'identification pour la réduction de la mortalité maternelle au Sénégal réf Sén/89/007 Dakar sept 1989 : 99-100.
42. **Sureau C.** « fait-on trop de césariennes » ? Rev. Prat 1990 ; (40) ; 24 : PP.2270-2272.
43. **Tegueté I. :** « Etude 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 cas témoins de 1544 cas). Thèse de méd, Bamako (Mali) 1996 M. 17.
44. **Thoulon J M. :** « les césariennes » Encryl. Méd. Chir. Obstet, 5102. A-10.
45. **Tissot G F., Mouy L., Aagniel F., Andre A., Reverdy M E., Miellet C C., Udra P., Putet C., Septjan M., Dargent D.** " Infection hospitalière en maternité : trois années de surveillance portant sur 9204 accouchements dont 1333 césariennes" J. Gynécol. Obstet. Biol. Reprod, 1990 ; 19, (1) PP. 19-24.
46. **Togora M. :** « étude qualitative de la césarienne au CSRéf CV du District de Bamako de 2000-2002 (à propos de 2883 cas). Thèse Méd ; Bamako (Mali) 2004 M. 44.

- 47. Treguer J., Bellier G., Gossingar A.** : « 390 césariennes en 2 ans à la maternité de N'Djamena », Rev. Fr. Gynecol. Obstet 1991 ; 86 : 294-300.
- 48. Vokaer R., Barrat J., Bossarth H. et Coll.** “disproportion foeto-pelvienne. La grossesse et l'accouchement dystocique”. Traité d'obstétrique II, Masson 1985 ; 427-457.
- 49. Wagner M.** “une épidémie de naissances par césariennes (OMS)”
In : journée de la fédération nationale des associations de sages-femmes. Paris 18-20 mars 1987. Les dossiers d'obstétriques 1987, 143, 3-4.
- 50. Word Health Organisation.** Coverage of maternity care : a lesting of a valable information. 4ème édition. WHO/RHT; MSM, 1997; 96:10-9.
- 51. Yaro K.** “Etude comparative de la qualité des soins au niveau de la maternité entre CSCOM et service Socio-sanitaire de commune au niveau de la commune VI du District de Bamako”. Thèse de Médecine, Bamako 1997-97-M-12. 101 pages.

XIII QUESTIONNAIRE

La Césarienne Pronostic Foeto-maternel au Centre de Santé Secondaire de San

I. IDENTITE :

Q1 : Numéro dossier : /...../

Q2 : Nom et Prénom :

Q3 : Age:/...../

Q4 : Activité professionnelle : /...../

1. Ménagère,

5. Commerçante/Vendeuse

2. Aide ménagère

6. Artisane,

3/ Etudiante/Elève

7. Autre

4. Fonctionnaire

Q5 : Etat matrimonial : /...../

1. Mariée

2. Célibataire

3. Veuve

4. Divorcée

Q6 :de San /...../ Hors cercle de San : /...../

Q7 : Ethnie : /...../

(1. Bobo, 2. Peulh, 3. Minianka, 4. Bambara, 5. Sarakolé, 6. Sonrhaï,

7. Dogon, 8. Malinké, 9. Senoufo, 10. Dafing, 11. Autres)

Q8 : Niveau d'instruction : /...../

(1. Aucun, 2. Primaire, 3. Secondaire, 4. Supérieure)

Q9 : Mode d'admission : /...../

1. Venue d'elle-même

2. Référée,

3. Evacuée

Q91 : Si Référée ou évacuée : provenance : /...../

(1. CSCOM,

2. Cabinet Privé,

3. Hôpital)

II. ANTECEDENTS GYNECO – OBSTETRICAUX :

Q10 : Gestité: /_____/

Q12 : Vivant: /_____/

Q14 : Intervalle Inter – Génésique: /_____/ans

Q15 : a : Césarienne antérieures : Oui /...../ Non /...../

b: Si Oui, préciser le nombre : /...../

Q16a : Consultations prénatales faites : Oui : /...../

Non : /...../

b: Si faite, donner le nombre : /...../

Q17 : Antécédents chirurgicaux : myomectomie, césarienne

III. EVENTUELLES PATHOLOGIES DECELEES AU COURS DES CPN :

Q18a : HTA ? Oui : /...../ Non : /...../

Q18b drépanocytose (SS, SC, THALASSEMIE)

Q19 : Diabète ? Oui : /...../ Non : /...../

Q20 : Anémie ? Oui : /...../ Non : /...../

Q21 : Autres ? Oui : /...../ Non : /...../

IV. EXAMEN CLINIQUE A L'ADMISSION :

Q22a : Température : /...../

Q22b : Tension artérielle : /...../

Q22c : Pouls : /...../

Q22d : Taille

Q22e : Poids

Q23 : Conjonctives colorées : Oui : /..../ ou Non : /...../

Q24 : HU :

Q25 : Age gestationnel en SA : /...../

1. Inférieur à 37 SA, 2. 37-41 SA, 3 supérieur à 41 SA)

Q26 : BDC fœtal perçus : Oui : /..../ ou Non : /..../

Q27 : Fréquence des BDC : /...../ (1.inférieur à 120 bat/mn ; 2.120-160 Bat/mn ;

3. Supérieur à 160 Bat/mn).

Q28 : MAF présents : Oui /..../ ou Non /..../

Q29 : Présentation : /...../ / 1. Céphalique, 2. Siège, 3. Transverse, Autres)

Q30 : La variété <A> (si céphalique, 1a.Sommet, 1b.Front, 1c : Face. Si siège, 2a : complet, 2b décomplété)

Q31 .Dilatation/ (1.Phase de latence ; 2.Phase active)

Q32. Poche des eaux intactes /...../ ou rompues /...../

Q32.a.Si rompues, depuis combien de temps...../ (1supérieur = à 12heures, 2. Inférieur à 12heures)

Q32.b. Aspect du liquide...../ (1.Claire, 2.Méconial, 3.Teinté,
4.Sanguinolent)

Q33. Bassin...../ (1.Normal anormal, 2.Suspicion d'anomalie pelvienne)

V. LA CESARIENNE

Q34.Indication de la césarienne

Q35 : Heure de référence : /...../

Q35a : Heure d'admission : ./...../

Q36 : Heure de décision/

Q37.a : Délai d'exécution...../

Q37.b : Si délai d'exécution supérieure à 1h, préciser la cause /...../

Q37b1 : Heure d'évacuation

Q37b2 : Heure d'admission

Q37b3 : Heure de décision

Q37b4 : Délai d'exécution

Q37b5 : Si délai d'exécution supérieure à 1h, préciser la cause...../

Q38 : Technique (classique, césarienne selon Misgav Ladach

Q39 : Aspect du liquide amniotique à l'hystérotomie /...../

Q40 : Type de césarienne /...../ (1. Urgence, 2. Programmée ou prophylactique)

Q40a : Type Antiseptique /...../ 1. Bétadine, 2. Cytéal, 3. Alcool

Q41b : Type Anesthésie /...../ (1. AG, 2. 3. PD)

Q41c : Antibiothérapie curative /...../

Q41d :Antibiothérapie préventive /...../

Q42 : Voie d'abord /...../ (1. IMSO, 2. Incision de pfannenstiel)

Q43 : Intervention associée ? Oui /...../ ou Non /...../ Si oui préciser

Q43.a : Hystérectomie d'hémostase Oui /...../ ou Non /...../

Q43.a.1 : Si oui, préciser la cause /...../

Q43.b : Kystectomie d'hémostase Oui /...../

Q43.c : Ligature des trompes Oui /...../ ou Non /...../

Q43.d : Hysterorrhaphie pour rupture utérine Oui /...../ ou Non /...../

Q44 : Opérateur /...../ (1. Obstétricien, 2. Médecin Généraliste, 3. Interne)

VI. DIFFICULTES OPERATOIRES

Q45 : Anomalies de la paroi : Oui /...../ ou Non /...../

Q45.a : Si oui, préciser la cause : /...../

Q46 : Accès au segment inférieur : /...../ 1. Facile, 2. Difficile)

Q47 : Y a –t-il eu transfusion de sang : Oui /...../ ou Non /...../

Q48 : Le sang était toujours disponible Oui /...../ ou Non /...../

Q48a : Si non, préciser la cause : /...../ (1. Manque de sang disponible sur place, 2. Manque de sang à la banque de sang).

Q49 : Quelle est la quantité utilisée /...../ (1. un sachet, 2. deux sachets, 3. trois sachets).

Q50a : Complication per opératoire Oui /...../ ou Non /...../

Si oui, à préciser la nature.....

Q50b : Anesthésique : Oui /...../ ou Non /...../

VII. SUIVI POST – OPERATOIRE

Q51 : Surveillance correcte Oui /...../ ou Non /...../

Q52a : Si non, préciser la cause /...../ (1. Ordonnance non honorée, 2. Manque de surveillance du personnel, 3. Non observance du traitement)

Q52b1 : Décès maternel Oui /...../ ou Non /...../

Q52b2 : Si oui précisez la cause /...../

Q53a : Complication post – opératoire Oui /...../ ou Non /...../

Q53b : Si oui, précisez la nature /...../

Q54a : Durée d'hospitalisation en jour /...../

Q54b : Ré hospitalisation Oui /...../ ou Non /...../

Q54c : Si oui, préciser la cause /...../

VIII. COUT DE LA CESARIENNE

Q55 : Kit opératoire disponible : Oui /...../ ou Non kit

Q56 : kit complété : Oui /...../ ou Non /...../

IX. NOUVEAU-NE

Q57 : Nouveau-né /...../ (1. A terme, 2. Prématuré, 3. Post-terme)

Q58 : Etat du nouveau-né /...../ (1. Vivant, 2. Mort-né)

Q59 : Réanimé à la naissance : Oui /...../ ou Non /...../

Q60 : Apgar 1^{ère} minute /...../

Q61 : Apgar 5^{ème} minute /...../

Q62 : Apgar 1^{ère} minute du 2^{ème} jumeau /...../

Q63 : Apgar 5^{ème} minute du 2^{ème} jumeau /...../

Q64 : Poids de naissance (en gamme) /...../

Q65 : Poids du deuxième jumeau /...../

Q66 : Sexe du nouveau-né /...../ (1. Masculin, 2. Féminin)

Q67 : Sexe du 2^{ème} jumeau /...../ (1. Masculin, 2. Féminin)

Q68 : Malformation Néo – natale : Oui /...../ ou Non /...../

Q69a : Si oui, préciser /...../

Q69b : Complication néo-natale : Oui /...../ ou Non /...../

Q69c : Si oui, préciser /...../

Q70 : Décès néo-natale Oui /...../ ou Non /...../

Q71 : Si oui, préciser la cause/

Q72a : Devenir /...../ (1. Satisfaisant, 2. Transfert, 3. Décès)

Q72b : Si transfert, lieu /...../ (1. Unité néo-natale du Centre de Santé
Secondaire de San ou Autre à préciser /...../

Q72c : Si transfert, Etat /...../ (1. Vivant, 2. Décès)

Pour l'analyse, les critères de césarienne de bonne qualité retenus ont été les suivants :

➤ La qualité en terme de conditions de prise en charge :

a) Le Délai de prise en charge

- Si inférieur à 1H = Score 1
- Si supérieure à 1H = Score 0

b) La disponibilité du kit

- Si kit présent : Score 1
- Si kit Absent : Score 0

c) La disponibilité du personnel soignant :

- Si équipe de garde présente et complet : score 1
- Si équipe de garde présente incomplet : score 0

d) La disponibilité du bloc opératoire :

- Si disponibilité du bloc opératoire : score 1
- Si prise en charge retardée par occupation du bloc : score 0

e) La disponibilité du sang :

- Si produit sanguin disponible au besoin = score 1
- Si produit sanguin non disponible au besoin = score 0

➤ La qualité en terme de réalisation et de résultats de l'intervention :

a) La qualité de l'opérateur :

- Si obstétricien : score 2
- Si non obstétricien : score 1

b) La qualité d' l'anesthésie :

- Si absence de complications anesthésiques : score 1
- Si présence de complication anesthésiques : score 0

c) Les résultats en terme d'indications opératoires correctes :

- Si respect des indications opératoires : score 1
- Si non respect des indications opératoires : score 0

d) les résultats en terme de complication au cours de l'intervention :

- Si absence de complication per opératoires : score 1
- Si présence de complication per opératoires : score 0

e) Les résultats en terme de vie de la mère et de l'enfant :

- Si mère et enfant vivants : score 2
- Si mère vivante enfant décédé : score 1
- Si mère et enfant décédée : score 0

f) Les résultats en terme d'Apgar du nouveau-né à la naissance :

- Si Apgar supérieur ou égal à 7 : score 1
- Si Apgar inférieur à 7 : score 0

➤ La qualité du suivi post – opératoire :

- a) Les résultats en terme de respect du protocole post – post opératoire :
- Si protocole post – opératoire correctement exécuté : score 1
 - Si protocole post – opératoire non correctement exécuté : score 0
- b) Les résultats en terme de surveillance du post – opératoire immédiat :
- Si patiente surveillée toutes les 30 mn pendant les 2 premières heures : score 1
 - Si patiente non surveillée toutes les 30 mn pendant les 2 premières heures : score 0
- c) Les résultats en terme d'exécution sans délai de l'ordonnance post – opératoire :
- Si traitement post opératoire exécuté sans délai : score 1
 - Si retard au traitement post opératoire : score 0
- d) Les résultats en terme complication post – opératoires :
- Si absence des complications post – opératoires : score 1
 - Si présence des complications post – opératoires : score 0
- e) Les résultats en terme de durée moyenne d'hospitalisation :
- Si durée d'hospitalisation inférieure à 7 jours : score 1
 - Si durée d'hospitalisation supérieure à 7 jours : score 0
- f) Les résultats en terme de Ré – hospitalisation :
- Si patiente non ré hospitalisation : score 1
 - Si patiente ré hospitalisée : score 0

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Luther

Titre : Césarienne Pronostic Materno-Fœtal au Centre de Santé de Référence de San. 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006.

Année Universitaire : 2007-2008

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique.

RESUME

Du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006 s'est effectuée une étude sur la césarienne pronostic materno-fœtal au centre de Santé de Référence de San elle a porté sur 110 césariennes pour 1255 accouchements.

L'étude des césarisées révèle que les patientes venaient de toutes les communes du cercle de San. Il ressort également que les évacuées sont considérables avec 40,9% des césariennes ; la césarienne itérative était de 17,3%.

Parmi les groupes d'indications, les césariennes obligatoires constituent le 1^{er} motif de césarienne avec 42,8% des cas. Il y'avait une indication abusive de césarienne dans 3,6% de cas. Il n'y avait pas une bonne référence des patientes qui devaient en être l'objet.

26,6% de nos césariennes s'accompagnent de complications maternelles et 2,7% de décès maternel. 8,2% de nos césariennes s'accompagnent de complications néonatales ; il eu 10% de ligature des trompes.

Le séjour moyen a été de 7 jours aucune patiente n'a été réhospitalisée.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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