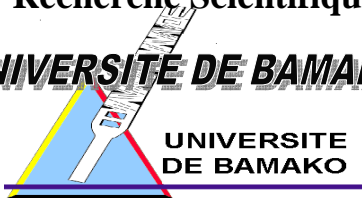


Ministère des Enseignements  
Secondaire, Supérieur et de la  
Foi

Recherche Scientifique

**UNIVERSITÉ DE BAMAKO**



UNIVERSITE  
DE BAMAKO



République du Mali

Un Peuple - Un But - Une



Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

*Thèse*

N°



**LES COMPLICATIONS MATERNELLES DE LA  
CESARIENNE AU CENTRE DE SANTE DE  
REFERENCE DE KOUTIALA.**

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2008  
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et  
d'Odonto-Stomatologie

**Par: Mr MARIKO Samba Lassina**

***Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine  
(DIPLOME D'ETAT)***

*Jury*

Président : Pr. Agrégé Mamadou TRAORE

Membres : Dr. Issa Diarra

Dr. Niani MOUNKORO

Directrice de thèse : Pr. SY Assitan SOW

## **Abréviations et Sigle**

**APF** : Association pour la promotion féminine

**ATCD** : Antécédents

**BGR** : Bassin généralement rétréci

**CES** : Certificat d'étude spécialisé

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**CMDT** : Compagnie Malienne de développement textile

**CPN** : Consultation prénatale

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**Csréf Kla** : Centre de santé de référence de Koutiala

**EET** : Echec d'épreuve de travail

**FMPOS** : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

**g/dl** : gramme par décilitre

**h**: heure

**Hb**: Hémoglobine

**HGT** : Hôpital Gabriel Touré

**HRP** : Hématome retroplacentaire

**IM** : Intra musculaire

**IV** : Intra veineuse

**J** : Jour

**Km** : Kilomètre

**mn**: Minute

**MTE** : Maladie thromboembolique

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation non gouvernementale

**POST OP** : Post opératoire

**PPH** : Placenta prævia hémorragique

**RPM** : Rupture prématurée des membranes

**RU**: Rupture Utérine

**SFA** : Souffrance fœtale aigue

**SNF** : Société N'Diaye et Frère

**SPRU** : Syndrome de pré rupture utérine

**TV** : Toucher vaginal

**USAID**: United State Agency of International Developpement

## **SOMMAIRE**

1- INTRODUCTION .....	1
2- OBJECTIFS.....	3
3- GENERALITES.....	4
4- METHODOLOGIE.....	45
5- RESULTATS.....	51
6- COMMENTAIRES .....	98
7- CONCLUSION.....	112
8- RECOMMANDATIONS.....	113
9- REFERENCES.....	115
10- ANNEXE.....	122

## **1. INTRODUCTION**

La césarienne est l'intervention chirurgicale la plus fréquemment pratiquée en obstétrique et a un impact et une signification particulière sur la vie des femmes.

Aujourd'hui la fréquence des césariennes atteint couramment 20% des accouchements, et souvent plus, alors que les techniques d'analgésie, la direction du travail, l'appréciation de la dystocie mécanique ont fait des progrès déterminants [1].

La sécurité de cette intervention est devenue très grande grâce aux progrès de l'anesthésie réanimation, à la maîtrise de la technique chirurgicale et de la possibilité d'une antibiothérapie. La mortalité maternelle n'a pas pourtant disparu [2].

L'OMS a estimé que chaque année dans le monde environ huit millions de femmes sont victimes de complications liées à la grossesse et plus d'un million d'entre elles décèdent [3].

Ces estimations montrent que plus de 90% des décès se produisent en Asie, en Afrique et en Amérique Latine [4]

C'est en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est que la mortalité maternelle est plus élevée [4].

Le rapport de mortalité maternelle dans les différents blocs de la région africaine est estimé à 1060 décès pour 100 000 naissances vivantes pour l'Afrique de l'Est, 1020 pour l'Afrique de l'Ouest ,950 pour

l'Afrique Centrale, 340 pour l'Afrique du Nord et 260 pour l'Afrique Australe, alors qu'il est inférieur à 30 dans les pays développés [4]. Au Mali l'estimation de ce taux est de 577 pour 100.000 naissances (1989 – 1996).

Malgré les efforts importants visant à réduire la mortalité maternelle, le taux n'a pratiquement changé en 2001.

En effet il est de 582 décès pour 100 000 naissances vivantes [5].

Une étude sur les complications obstétricales et sur la mortalité maternelle à l'HOPITAL Gabriel Touré trouve 285,51 décès maternels sur 100000 naissances vivantes [6], une autre étude faite à SEGOU en 1992 a montré que la mortalité maternelle est de 744 pour 100.000 naissances vivantes [7].

Les principales causes de mortalité maternelles et fœtales liées à la césarienne à travers les différentes publications sont:

L'hémorragie, l'infection, l'anesthésie, dystocie mécanique, les déchirures du segment inférieur, les plaies vésicales, thrombose embolique, l'anémie et les troubles du transit [7].

Mais les autres causes profondes sont liées à la situation sociale de la femme, à la pauvreté à l'analphabétisme, à un accès insuffisant à des soins de santé maternelle appropriés et au fait que la grossesse survient trop tôt et sont trop rapprochées et trop fréquentes [7].

## **2- OBJECTIFS**

### **2.1- Objectif général :**

Etudier les complications maternelles de la césarienne au centre de santé de référence de Koutiala.

### **2.2- Objectifs spécifiques :**

- 1- Déterminer la fréquence des complications maternelles de la césarienne
- 2- Définir le profil sociodémographique des patientes.
- 3- Préciser les indications de la césarienne.
- 4- Déterminer les complications maternelles
- 5- Déterminer les aspects cliniques des complications maternelles liées à la césarienne.
- 6- Définir les modalités thérapeutiques de la prise en charge des complications maternelles liées à la césarienne.
- 7- Evaluer le pronostic maternel et formuler des recommandations.

### **3- GENERALITES**

#### **3.1- Historique de la césarienne**

La césarienne est une vieille intervention dont l'histoire est assez polymorphe. Elle remonte au temps d'INDRA, de BOUDDHA, de DIONYSOS, d'ESCALAPE ou ce mode de naissance était synonyme de royauté, de puissance ou de divinité [8].

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

Quant à l'origine du mot, dérivant du latin <<Caedere = Couper >>, un rapprochement a été fait entre le nom de JULES CESAR et la césarienne. Cette hypothèse est peu probable car sa mère a survécu plusieurs années après sa naissance, chose quasi impossible à cette époque où la mortalité des mères était de 100% après cette intervention [8].

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

La seconde étape de la césarienne dura trois siècles entre 1500-1800.

Les faits marquants de cette période sont :

-1500 JACOB NUFER châtreur de porc, effectue et réussit la première césarienne sur la femme vivante.



-1581 FRANCOIS ROUSSET publia le premier traité sur la césarienne en France.

-1596 MERCURIO préconisa la césarienne en cas de bassin barré.

-1721 AMBROISE PARE finit par condamner sa pratique en raison des risques, opinion universellement partagée jusqu'au XIX siècle.

Cependant BAUDELOCQUE, malgré les colonies, l'utilisait en dernier recours dans les grands rétrécissements pelviens.

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

LA troisième étape de la césarienne, est celle de sa modernisation qui s'étale sur un siècle environ.

Les progrès chirurgicaux et l'asepsie permirent l'extension progressive des indications.

La suture du péritoine viscéral introduite par l'américain ENGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et conséquences.

La suture systématique de l'utérus par les allemands KEHRER et SANGER en 1882.

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

-1908 PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui

avait été évoquée par certains auteurs.

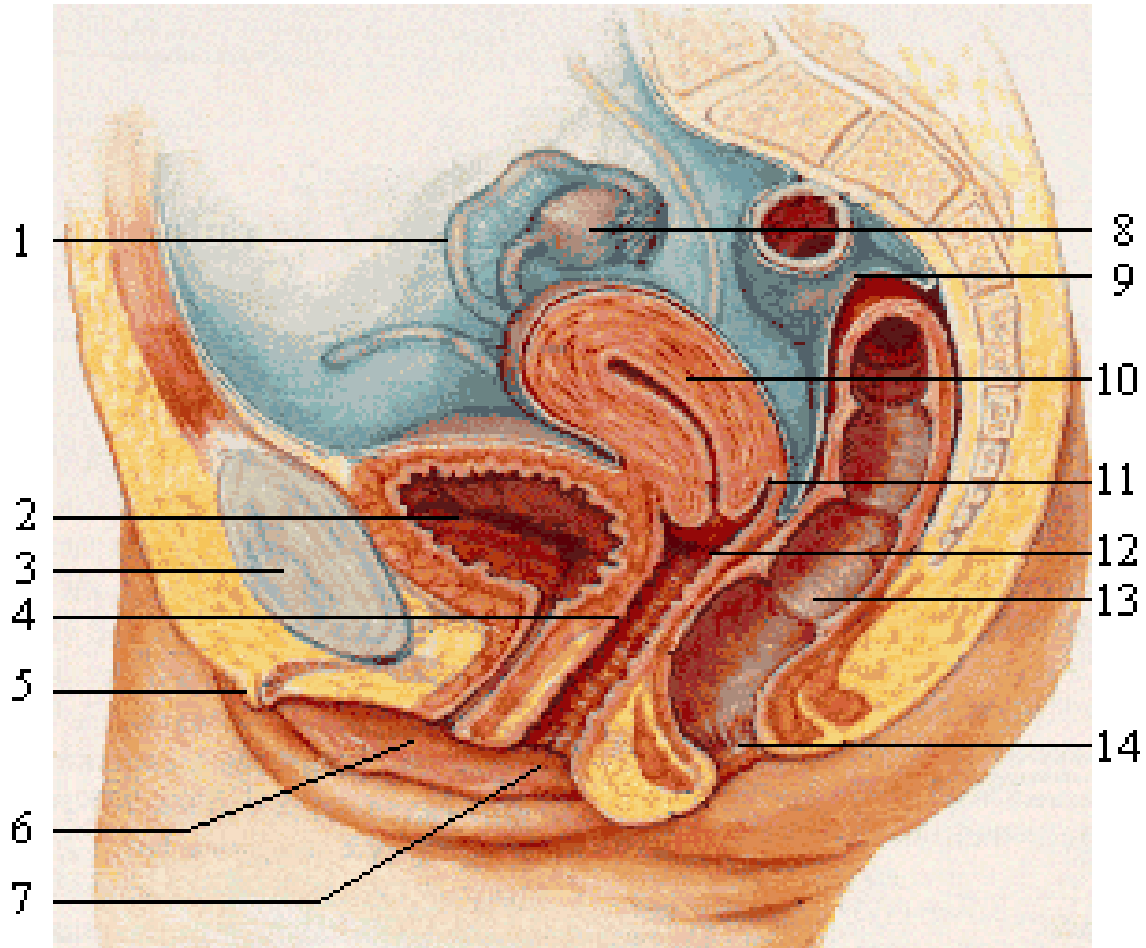
Parallèlement, les progrès de l'anesthésie réanimation, l'avènement des antibiotiques, les progrès de la transfusion sanguine ont amélioré le pronostic maternel.

En 1928 la découverte de la pénicilline G par SIR ALEXANDER FLEMMING a été une des avancées significative dans la lutte contre les infections.

### **3.2- Rappel anatomique**

#### **3.2.1- Utérus non gravide (Figure 1)**

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



**Figure 1** : Rapport de l'utérus pelvien (coupe sagittale)

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <b>1.</b> trompes de Fallope          | <b>8.</b> Ovaire                         |
| <b>2.</b> vessie urinaire             | <b>9.</b> Péritoine                      |
| <b>3.</b> symphyse pubienne           | <b>10.</b> Utérus                        |
| <b>4.</b> ligaments vésico - publiens | <b>11.</b> Cul-de-sac vaginal ou Douglas |
| <b>5.</b> clitoris                    | <b>12.</b> Col de l'utérus               |
| <b>6.</b> petites lèvres              | <b>13.</b> Rectum                        |
| <b>7.</b> vestibule vaginal           | <b>14.</b> Anus                          |

### **3.2.1.1- Description**

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

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

- . une partie supra vaginale qui se continue avec le corps utérin.
- . une partie intra vaginale qui est visible à l'examen au spéculum et accessible au toucher vaginal. Il est percé en son centre d'un orifice donnant accès à la cavité utérine (orifice cervical).

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

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

- la séreuse ou périmetrium.
- la musculieuse ou myomètre.
- la muqueuse ou endomètre.

### **3.2.1.2- Mouvements et moyens de fixité de l'utérus :**

#### **3.2.1.2.1- Les mouvements :**

Trois mouvements sont possibles : le corps peut s'incliner sur le col,

l'utérus entier peut bouger par rapport au vagin et par rapport au plan médian du corps humain.

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

#### **3.2.1.2.2- Les moyens de fixité :**

Ils sont essentiellement :

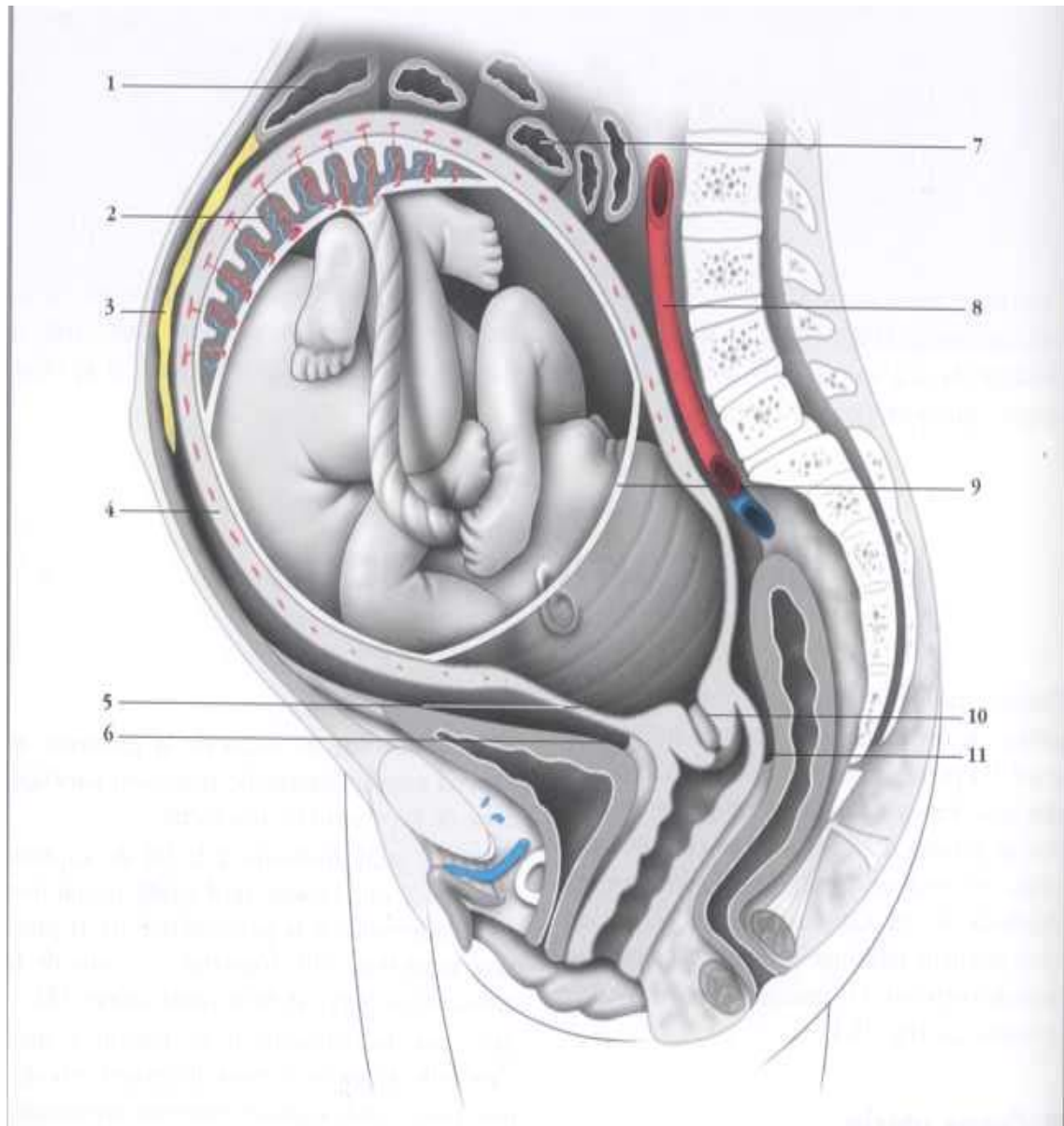
- le ligament rond - le ligament large - le ligament utéro-ovarien
- le ligament utéro-sacré - le ligament vésico-utérin

#### **3.2.1.3- La vascularisation**

Elle est assurée par :

- l'artère utérine qui est la branche principale de l'artère iliaque interne.
- Les réseaux veineux plexi forme.

#### **3.2.2- Utérus gravide (Voir figure 2)**



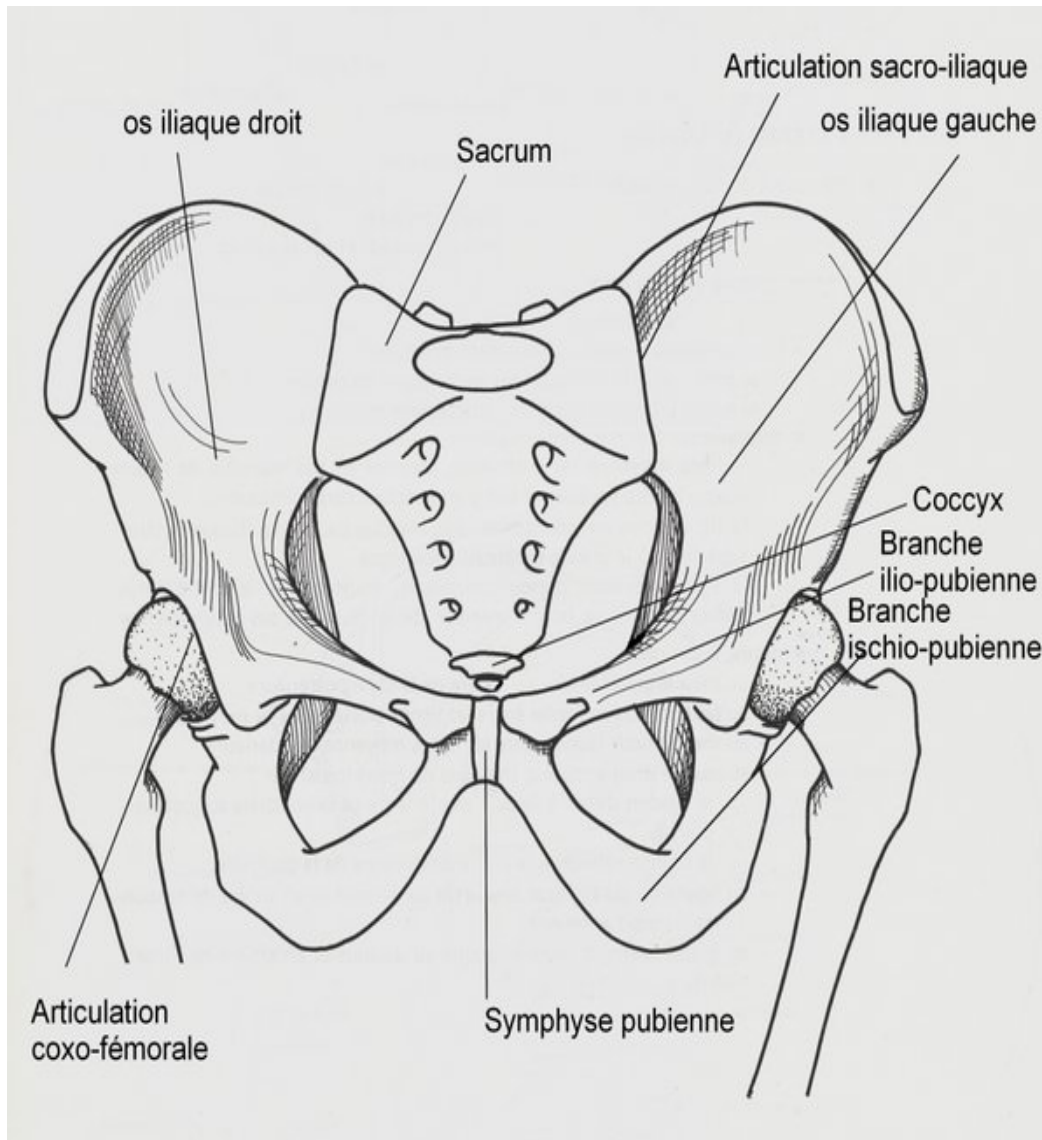
**Figure 2** : Utérus gravide (Coupe sagittale)

- 1** : Colon Transverse      **2** : Placenta      **3** : Grand Omentum  
**4** : Corps Utérin    **5** : Segment Inférieur    **6** : Cul de Sac Vésico Utérin  
**7** : Intestin Grêle    **8** : Aorte Abdominale    **9** : Membrane Chorale  
**10** : Col Utérin      **11** : Cul de Sac Recto Utérin

### 3.2.3- Le bassin : canal pelvi-génital

Il comprend le bassin osseux et le diaphragme musculo aponévrotique du périnée

#### 3.2.3.1- Le bassin osseux :



**Figure 3:** Bassin Osseux Vue de face

C'est le canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres

inférieurs, constitué :

- en avant et latéralement, par les deux os iliaques
- en arrière, par le sacrum et le coccyx
- en haut, par le grand bassin sans intérêt obstétrical
- en bas, par le petit bassin dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical. Pour cela nous ne décrivons que le petit bassin. Celui-ci est formé de deux orifices : supérieur et inférieur séparés par une excavation.

#### **3.2.3.1.1- L'orifice supérieur ou détroit supérieur :**

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

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

#### **Les diamètres du détroit supérieur :**

⇒ Les diamètres antéropostérieurs : vont du pubis en avant et le promontoire en arrière.

- Le promonto-sus-pubien = 11cm
- Le promonto-rétropubien = 10,5 cm c'est le diamètre utile.
- Le promonto-souspubien = 12 cm



⇒ Les diamètres obliques : vont de l'éminence iliopectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12 cm. Le gauche est plus utilisé par la présentation.

⇒ Les diamètres transversaux : le transverse médian est situé à égale distance entre le pubis et le promontoire.

⇒ Les diamètres sacro cotyloïdien : réunissent le promontoire à la région acétabulaire. Ces deux diamètres prennent toute leur importance dans les bassins asymétriques et chacun mesure 9cm.

### **3.2.3.1.2- l'excavation pelvienne :**

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

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

### **3.2.3.1.3- 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-iliaques.

### **Les diamètres du détroit inférieur**

⇒ le diamètre sous coccyx sous pubien est de 9,5 cm mais, peut atteindre 11 à 12 cm en rétro pulsion ;

⇒ le diamètre sous sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11 cm.

Tels sont les différents éléments constitutifs du bassin obstétrical normal.

### **3.2.3.2- 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, recouverte par l'aponévrose pelvien répond en bas, sur un plan un peu inférieur à lui diaphragme pelvien accessoire.

⇒ Le diaphragme pelvien accessible :

C'est le périnée anatomique. Il est divisé en :

- périnée postérieur qui comprend

. en avant le muscle sphincter externe de l'anus et en

. arrière un ensemble musculaire se joignant sur le raphé ano-

coccygien.

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

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

### **3.3- La césarienne**

#### **3.3.1- Définition :**

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus [9]. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après coeliotomie ; exceptionnellement de nos jours par voie vaginale.

#### **3.3.2- La fréquence**

Depuis le début du siècle, la césarienne augmente régulièrement, la fréquence des césariennes s'est stabilisée selon la plus part des auteurs entre 5 et 14% [5].

#### **3.3.3- LES INDICATIONS :**

##### **3.3.3.1- Les indications liées à l'état génital :**

La présence de cicatrice utérine :

⇒ Les cicatrices utérines par césarienne antérieure :

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

Un antécédent de césarienne conduit à une nouvelle césarienne lorsque la cause persiste. Parfois après vérification de la qualité de la cicatrice par hystérogaphie, on peut tenter l'épreuve sur cicatrice.

Cette épreuve doit être abandonnée en cas d'apparition de la souffrance fœtale, de signe de pré rupture, d'arrêt de la dilatation ou baisse brutale de la pression intra cavitaire au cathétérisme utérin.

Les utérus bi cicatriciels ou plus imposent la césarienne.

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

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

### **3.3.3.2- Les anomalies de progressions du travail**

Elles sont fréquentes, aujourd'hui comme dans le passé : la moitié des césariennes en cours de travail sont indiquée pour dystocie dynamique ou mécanique. Trois quarts de ces interventions concernent des primipares [9].

#### **3.3.3.2.1- Les dystocies dynamiques :**

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

### **3.3.3.2.2- Les dystocies mécaniques :**

#### **3.3.3.2.2.1- Les disproportions foeto - pelviennes**

Cette notion renferme en réalité deux entités nosologiques distinctes :

il s'agit soit d'une étroitesse du canal pelvi génital,

soit d'un excès de volume du fœtus : l'une ou l'autre constituant

une entrave à la progression du mobile fœtal **[10]**

La pelvimétrie associé à l'échographie permettent la réalisation du diagramme de MAGIN, très important dans le pronostic de la traversée par le fœtus de la filière pelvienne. Nous pouvons citer :

✓ Les bassins franchement rétrécis :

- bassin ostéomalacique ; - bassin traumatique avec gros cal ;

- bassin généralement rétréci : tous les diamètres sont réduits. Le

bassin est complètement exploré au toucher vaginal.

✓ Les bassins limites : au toucher vaginal le promontoire est atteint.

Dans la grande majorité des cas, la césarienne n'est indiquée qu'après échec de l'épreuve du travail ou s'il y a d'autres facteurs associés.

✓ L'excès de volume fœtal : il peut être global, c'est le gros fœtus dont le poids est supérieur à quatre milles gramme **[9]** ; il est parfois localisé.

#### **3.3.3.2.2.2 Les obstacles prævia :**

✓ kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolabé dans le douglas.

✓ Placenta prævia recouvrant

- ✓ Tumeur ou myome prœvia.

### **3.3.3.2.2.3- Les présentations dystociques :**

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

### **3.3.3.3- La souffrance fœtale :**

Elle peut être aigue ou chronique. Sa fréquence selon la littérature varie de 20 à 25% [5]. Elle est l'une des causes de la hausse du taux de césarienne 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 pathologie avec retard de croissance intra-utérine et les dépassements de terme.

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

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

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

#### **3.3.3.4- Les pathologies liées aux annexes du fœtus**

⇒ Le placenta prævia : conduit à une césarienne s'il est recouvrant ou hémorragique.

⇒ L'hématome rétro placentaire dans sa forme dramatique conduit à la césarienne.

⇒ La procidence du cordon battant

⇒ La rupture prématurée des membranes : elle n'est pas toujours individualisée comme indication de la césarienne.

#### **3.3.3.5- Les pathologies gravidiques**

⇒ 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 (hyperuricémie), l'hypotrophie fœtale sévère et la souffrance fœtale chronique avec greffe d'une souffrance fœtale aigue peuvent conduire à la césarienne.

⇒ Cardiopathie sur grossesse

⇒ Diabète : la césarienne était souvent réalisé vers la 37 SA. La tendance actuelle est au delà et même d'accepter la voie

basse, à condition que le diabète soit bien équilibré et en absence de complications surajoutées.

⇒ Autres infections :

- ✓ les hémopathies malignes (maladie de hodgkin).
- ✓ les cancers du col constituant un obstacle prœvia ;
- ✓ l'ictère avec souffrance fœtale ;
- ✓ la maladie herpétique ;
- ✓ les insuffisances respiratoires ;
- ✓ l'allo immunisation foeto maternelle : la césarienne est indiquée dans les cas d'atteinte grave et l'accouchement est le plus souvent prématuré.

### **3.3.3.6- Autres indications fœtales :**

⇒ les grossesses multiples :

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

⇒ L'enfant précieux

### **3.3.3.7- La césarienne post mortem :**

Elle repose sur certains principes édités par DUMONT :

- ⇒ grossesse d'au moins 28-29 SA ;
- ⇒ BDCF présent 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.

### **3.3.4- Contres 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 [11] les a résumées en :

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

La césarienne peut être indiquée pour une :

- ⇒ dystocie fœtale (monstre double par exemple avec risque maternelle).
- ⇒ omphalocèles ou laporocchisis

### **3.3.5- Mode d'ouverture pariétale :**

L'accès à la cavité utérine peut se faire classiquement par:

- ⇒ La laparotomie médiane : celle-ci peut se faire de deux manières, en sous ombilicale ou en sus et sous ombilicale. La laparotomie médiane sous ombilicale est utilisée comme une des voies d'abord dans la césarienne segmentaire tandis que la laparotomie sus et sous ombilicale est utilisée pour la césarienne corporeale.
- ⇒ La laparotomie transverse basse ou incision de PFANNENSTIEL: c'est une incision sus pubienne transversale. Elle se situe à environ à 3 cm au dessus du rebord supérieur du pubis. Cette technique est préférable

à la laparotomie médiane pour trois raisons :

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

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

### **3.3.6- Type d'hystérotomie**

⇒ Hystérotomie segmentaire transversale

L'incision utérine se fait selon un tracé arciforme à concavité supérieur 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, incision se fait longitudinalement sur la face antérieure du segment inférieur. Elle offre une cicatrice de moins bonne qualité.

⇒ Hystérotomie corporeale.

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

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

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

⇒ Hystérotomie segmento-corporéale

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

⇒ Césarienne itérative

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

### **3.3.7- Anesthésie et césarienne**

L'anesthésie pour une césarienne classique peut être obtenue de deux manières : anesthésie générale et anesthésie locorégionale. Autres techniques peuvent être utilisées : l'anesthésie péridurale et locale.

#### **3.3.7.1- Anesthésie locorégionale :**

##### **Les avantages :**

- la mère est consciente, il n'ya donc pas le 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.

### **3.3.7.2- Anesthésie générale :**

#### **Les Avantages :**

L'induction est rapide, c'est une technique fiable, contrôlable avec hypotension modérée [12].

#### **Les Inconvénients :**

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

### **3.3.8- Techniques de la césarienne :**

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

La césarienne segmentaire [9]:

⇒ **Premier temps** : les champs de bordure étant mis en place. Après incision sous cutanée, la coeliotomie se fait par incision médiane sous ombilicale ou par incision Pfannenstiel.

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

⇒ **Troisième temps** : incision transversale au ciseaux du péritoine pré segmentaire dont le décollement se fait sans difficulté.

⇒ **Quatrième temps** : incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ; le premier procédé est plus utilisé mais certains

auteurs sont resté fidèle à l'incision segmentaire longitudinale. Cela peut être le seul possible lorsqu'on pratique une césarienne sur une grossesse loin du terme, le segment inférieur étant insuffisamment formé.

- ⇒ **Cinquième temps** : extraction de l'enfant. Dans la présentation céphalique, plusieurs techniques sont décrites. Dans les autres présentations, la plus part des auteurs conseillent de rechercher d'abord un pied.
- ⇒ **Sixième temps** : c'est la délivrance par expression du fond utérin ou délivrance manuelle par l'orifice d'hystérotomie.
- ⇒ **Septième temps** : suture du segment inférieur qui se fait en un plan avec des points séparés croisés en x sur les extrémités et les points séparés extra muqueux sur les berges.
- ⇒ **Huitième temps** : suture du péritoine pré segmentaire avec du catgut fin vicryl 3/0 en surjet simple non serré.
- ⇒ **Neuvième temps** : on enlève les champs abdominaux et les cathéters ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.
- ⇒ **Dixième temps** : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

**Avantages de la césarienne segmentaire [13] :**

- Incision du péritoine viscéral possible permettant une bonne protection de la suture.
- Incision de l'utérus dans la zone qui redeviendra pelvienne.

- Incision de la partie non contractile de l'utérus donc moins de risque de rupture.
- La cicatrice est d'excellente qualité.

### **3.3.9- Les temps complémentaires de la césarienne :**

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

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

### **3.3.10- Principe à observer pour les soins préopératoires [14]:**

S'assurer que :

- la salle d'opération est propre (elle doit être nettoyée après chaque intervention) ;
- le matériel nécessaire est disponible, en particulier les médicaments et l'oxygène ;
- le matériel d'urgence est disponible et en état de marche ;
- il ya suffisamment de champs et de blouses chirurgicales pour tous les membres de l'équipe.
- il ya des consommables stériles (gants, gaz, instruments).

### **3.3.11- Préparer la patiente à une intervention chirurgicale**

- lui expliquer l'intervention dont elle va bénéficier et le bien fondé de cette intervention. Si elle est inconsciente, expliquer à la famille de

quoi il s'agit.

- La patiente ou la famille doit consentir à l'intervention en connaissance de cause.
- aider la patiente ou la famille à se préparer à l'intervention.
- envoyer un prélèvement de sang pour dosage de l'hémoglobine ou de l'hématocrite, groupage sanguin et le rhésus
- commander du sang dans le cas où une transfusion serait nécessaire, puis si besoin faire une transfusion sans attendre.
- nettoyer la zone à inciser avec un antiseptique (Betadine).
- ne pas raser la région pubienne car cela accroît les risques d'infection.

Si nécessaire il est possible de couper légèrement les poils pubiens.

- respecter sa pudeur
- Surveiller les signes vitaux (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire) et conseiller les observations par écrit.
- Administrer une prémédication adapter au mode anesthésie choisi.
- Poser une sonde urinaire et surveiller la diurèse.
- Veiller à ce que les autres membres de l'équipe (médecin, anesthésiste, aide etc....) reçoivent les informations nécessaires.

### **3.3.12 Lavage chirurgical de mains avant l'intervention**

(Principes généraux de l'asepsie et de l'antisepsie)

- retirer tous les bijoux ;

- garder les mains au dessus du niveau coude, les mouiller soigneusement et les savonner ;
- savonner en un mouvement circulaire, en commençant par le bout des doigts ;
- bien nettoyer entre les doigts ;
- remonter jusqu'au coude en savonnant puis faire de l'autre côté ;
- se rincer les bras l'un après l'autre, en commençant par le bout des doigts et en gardant toujours les mains au dessus du coude ;
- frotter pendant 3 à 4 minutes ;
- sécher chaque main avec une serviette stérile différente, essuyer en commençant par le bout des doigts et en remontant jusqu'au coude puis changer de serviette.
- Une fois les mains propres, veiller à ne pas les mettre en contact avec les objets (par exemple matériel, blouse de protection) qui ne soient pas désinfectés ou stérile. Si elle touche une surface contaminée, les nettoyer à nouveau.

### **3.3.13- Préparation du champ opératoire [15]**

- préparer la peau avec un antiseptique (par exemple la bétadine)
- badigeonner trois fois la zone à inciser avec une solution



antiseptique à l'aide d'une pince porte tampon stérile ou désinfectée et d'une compresse, il convient de veiller à ne pas contaminer les gants en touchant les zones cutanées qui n'ont pas été préparées.

- Commencer par l'endroit à inciser et travailler en direction de l'extérieur en un geste circulaire ;
- Une fois arriver à la limite de la surface à stériliser, jeter la compresse ;
- ne jamais revenir au centre de la zone à préparer avec la même compresse, garder les bras et les coudes en hauteur et veiller à ce que la blouse ne touche pas la zone à inciser.

#### **3.3.14- Les soins post opératoires :**

La surveillance de l'opérée comporte la prise biquotidienne : du pouls, de la tension artérielle, et de la température.

La mesure de la diurèse horaire, l'examen de l'involution utérine, des lochies, et des mollets.

Les soins locaux consistent en une toilette périnéale à l'eau tiède, faite au moins deux fois par jour ; la mise en place d'une garniture stérile sur la vulve, changer dès qu'elle est souillée.

La prévention de l'infection par les médicaments consiste à une antibiothérapie avec de l'Amoxicilline 2g par jour pendant 5 jours, et la supplémentation en fer plus l'acide folique 1 comprimé par jour durant

toute la période des suites de couches

### **3.4- Les complications de la césarienne :**

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

#### **3.4.1- Les complications per-opératoires :**

##### **3.4.1.1- l'hémorragie :**

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

**Soit généraux :** facteur de la coagulation défectueux (afibrinogénémie aigue acquise)

**Soit locaux :** d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, placenta accréta).

##### **3.4.1.2- Les lésions intestinales :**

Le plus souvent iatrogènes (césarienne itératives). Elles sont rares survenant en cas d'adhérences à la paroi plus rarement à l'utérus. Il s'agit de lésions grêle et colique qui doivent être suturées.

##### **3.4.1.3- Les lésions urinaires :**

Ce sont essentiellement les lésions vésicales, les lésions urétérales étant exceptionnelles.

##### **3.4.1.4- Les complications anesthésiques :**

Hypoxie, syndrome d'inhalation, collapsus cardiovasculaire, arrêt cardiaque à l'induction.

### **3.4.2- Les complications post-opératoires :**

#### **3.4.2.1- Les complications maternelles :**

##### **3.4.2.1.1- Infectieuses :**

Elles sont les plus fréquentes, 30à 40% des césariennes selon la littérature [5].Les principales complications sont :

##### **3.4.2.1.1.1- Les infections puerpérales [9]:**

###### **✓ Définition :**

L'infection puerpérale est celle qui survient dans les suites de couches et qui a, en général pour porte d'entrée les voies génitale plus précisément la surface placentaire [9].

###### **✓ Etiopathogenie :**

Les germes les plus fréquemment retrouvés sont :

Les bacilles gram- : Escherichia Coli et autres entérobactéries ;

Les cocci gram- : Streptocoque, staphylocoque ;

Les anaérobies : perfringens, bactéroïdes fragilis, pectostreptococcus.

Ces germes sont, pour la plupart, des saprophytes habituels du vagin. C'est à l'occasion d'une multiplication de ces germes due à une antibiothérapie mal adaptée, à des corticoïdes, au traumatisme de l'accouchement ou enfin du fait de l'apport d'autres germes au cours des manœuvres obstétricales qu'une infection se développe [18].

###### **✓ Facteurs de risques :**

##### **• La rupture prématurée des membranes :**

**Définition :** la rupture des membranes est dite prématurée lorsque l'œuf s'ouvre pendant la grossesse, avant le début du travail [9].

**Fréquence :** elle se situe entre 3 et 10% [9].

• **La durée du travail :**

C'est une notion fondamentale que l'on retrouve dans toutes les statistiques. Le risque infectieux est directement proportionnel à la durée du travail. Par conséquent dans toute grossesse ayant comporté une durée prolongée du travail d'accouchement, il conviendra de faire une antibiothérapie systématique dès le moment de l'accouchement et dans les suites de couches immédiates. [16; 17].

• **Les manœuvres intra-utérines au cours du travail :**

C'est poser le problème du monitoring interne sur la survenue de l'infection du post partum, celle-ci est diversement appréciée. Si pour certains auteurs le risque infectieux est augmenté, pour d'autres il n'est pas significatif. Il semble que le risque soit d'autant plus important que les membranes sont rompues plus précocement [17 ; 18].

Comme ces manœuvres sont le plus fréquemment effectuées en présence d'autres facteurs de risque tels que le travail prolongé, RPM, nombre de touchers vaginaux, accouchement par césarienne ; il est difficile de préciser leur rôle étiopathogénique propre dans l'apparition d'infection du post partum.

• **Les interventions obstétricales :**

La césarienne (5-10% des accouchements) s'accompagne d'une morbidité plus importante que l'accouchement par voies naturelles. En effet, les endométrites du post partum s'y rencontrent 20 fois plus fréquemment [2]

50% de la mortalité du post partum survient après césarienne. Le risque infectieux s'accroît s'il ya eu travail et rupture des membranes avant intervention.

Claude Racinet et Max Faver retrouvent 18% d'infection en cas de césarienne à poche des eaux intacte, 39% après rupture prématuré des membranes, 35% lorsque l'intervalle entre la rupture des membranes et la césarienne est 48 heures. En effet le liquide amniotique s'infecte après un délai de 8-12 heures et d'autant plus vite qu'il existe des contractions utérines [2].

• **Facteurs liés à l'acte opératoire**

L'urgence est le risque principale pour Green, n'est pas retrouvée dans la série de Racinet C. et Max Faver (les précautions d'asepsie sont les mêmes sauf peut être dans l'extrême urgence : par exemple la procidence du cordon avec souffrance fœtale. 31% des césariennes présentant une complication per opératoire sont suivit d'infection [2].)

• **La durée de l'intervention :**

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

l'intervention.

• **L'hémorragie :**

Toute hémorragie supérieure à 1000 ml au cours de la césarienne est un facteur prédisposant à l'infection [19 ; 20].

. **Autres facteurs favorisant l'infection puerpérale :**

- l'anémie- la malnutrition -l'absence des soins prénatals
- un état socio-économique défavorisé -l'infection urinaire
- le nombre de toucher vaginal élevé -la vaginite, la cervicite.

**3.4.2.1.1.2- Endométrite : Formes cliniques :**

**3.4.2.1.1.2.1- L'endométrite aigue**

C'est l'inflammation de la muqueuse utérine, le plus fréquemment rencontrée dans le post partum

**Clinique :** Le début souvent précoce, 3 à 5 jours après l'intervention.

Les signes d'appels sont la fièvre à 38°C, douleurs pelviennes peu intenses, les lochies abondantes et malodorantes.

**A l'examen** l'utérus est mal involué avec stagnation de la taille utérine et un col béant, douleur à la mobilisation utérine, les lochies abondantes et malodorantes.

**Le diagnostic** est confirmé par les résultats de l'examen clinique.

L'examen bactériologique vaginal à pour but d'identifier le germe causal enfin d'adapter si besoin un traitement antibiotique [9].

**Traitement [9] :**

- le traitement préventif par l'antibiotique se justifie chez les parturientes à risque infectieux élevé : césarienne pratiquée à membrane rompue depuis plus de 12heures, les femmes anémiées, les femmes effectuant un travail prolongé suivi de césarienne.

- Le traitement curatif consiste à l'antibiothérapie à large spectre  
Amoxicilline + acide clavulanique

La trithérapie est le plus souvent utilisée :

Amoxicilline 1g injectable IV matin et soir

Gentamicine 80 mg injectable IM matin et soir

Métronidazole perfusion matin et soir

ou de préférence après antibiogramme.

L'Amoxicilline et le métronidazole peuvent être administrés par voie orale en comprimé.

Eventuellement utéro-tonique pour favoriser la rétraction utérine :

Ocytocine (Syntocinon®) ou Methylergométrine (Methergin®) en absence de contre indication.

Discuté un traitement anticoagulant préventif surtout en cas de mauvaise terrain veineux (varice, antécédent de maladie thromboembolique).

**Les paramètres de surveillance sont :** la température, la hauteur, la tonicité et la sensibilité de l'utérus, l'aspect des lochies.

L'évolution est en général rapidement favorable, dans le cas contraire il faut rechercher une rétention de débris placentaire par échographie, des signes de thrombophlébite pelvienne suppurée.

#### **3.4.2.1.1.2.2- Lochimétrie :**

Lochimétrie ou rétention des lochies est la conséquence d'une flexion anormale de l'utérus ou d'une oblitération du col, parfois même d'une rétention d'urine. La température s'élève rapidement et décrit des oscillations, le pouls et l'état général restent bons. Le diagnostic facile se base sur l'absence d'écoulement des lochies en même temps que l'utérus reste gros et mou. Le toucher intra utérin en corrigeant permet le brusque écoulement d'un flot de sang et de caillot. A la suite de cette manœuvre le syndrome infectieux prend fin [17].

#### **3.4.2.1.1.2.3- La métrite parenchymateuse :**

Les signes précédents sont accentués et aggravés. La courbe thermique est irrégulière avec oscillation et frisson. Le pouls rapide est parfois dissocié à la température. L'état général est plus ou moins altéré. Cette endométrite peut se compliquer localement et aboutir à une gangrène utérine ou donner un abcès de l'utérus [17].

#### **3.4.2.1.1.2.4- La gangrène utérine :**

La malade élimine les lochies de lambeaux de tissus plus ou moins épais, tissus sphacelés fétides, c'est la métrite disséquante des auteurs allemands, par embolie vasculaires ou prolifération des germes



anaérobies pouvant aboutir à la perforation l'utérus par élimination d'une escarre. Un syndrome péritonéal apparaît alors rapidement et l'hystérectomie associée à un traitement général peut seul apporter la guérison [17].

#### **3.4.2.1.1.2.5- Abscès de l'utérus :**

Il se forme une ou plusieurs collections purulentes enkystées dans le parenchyme utérin. Le diagnostic est souvent difficile et l'affection est reconnue le plus souvent à l'intervention dans un tableau analogue à celui de la gangrène utérine [17].

#### **3.4.2.1.1.2.6- Endométrite hémorragique :**

Une forme particulière décrite par COUVELAIRE se manifeste essentiellement par des pertes de sang assez abondantes et répétées donnant rapidement une altération de l'état général.

Ce syndrome ne prend sa pleine signification qu'après un certain temps d'évolution. Les symptômes apparaissent vers la deuxième ou troisième semaine semaines du post partum à un moment où normalement les saignements doivent être minimes, apparaissent en effet des hémorragies abondantes [9].

Il est souvent difficile de différencier ce phénomène d'une rétention placentaire surtout si celle-ci est infectée et s'accompagne de signes généraux infectieux.

Le traitement est le même que la forme aigue. Le danger est la

constitution d'une synéchie post opératoire [17], il est notablement diminué par des techniques d'aspiration combinées au curage digital.

#### **3.4.2.1.1.3- Suppurations pariétales :**

**Définition :** la suppuration est la formation de pus, c'est la réaction normale de défense d'un organisme sain en face de l'agression microbienne. La suppuration d'un organe est à l'origine des abcès. Le pus est formé de leucocytes phagocytés [15].

##### **3.4.2.1.1.3.1- Les infections superficielles de la plaie :**

Infections de la peau ou du tissu cutané, situées au niveau d'une incision chirurgicale et survenant dans les 30 jours après l'intervention et ou au moins un des critères est observé : le liquide au niveau de l'incision est purulent. Une culture du liquide ou du tissu prélevé retrouve des agents pathogènes.

La plaie présente des signes d'infections (douleur, tuméfaction, rougeur, chaleur).

Le chirurgien ouvre pour cette raison la plaie. Le critère est supprimé si la culture sur cette plaie est stérile.

##### **3.4.2.1.1.3.2- Les Infections profondes de la plaie :**

C'est l'infection qui survient au niveau des tissus mous à l'endroit de l'intervention (sous l'aponévrose, muscle) dans les 30 jours qui suivent l'intervention, le diagnostic repose sur les critères suivants dont au moins un est requis :

Le liquide provenant d'une incision profonde est purulent. Une intervention par le chirurgien s'impose chez une patiente fébrile. Ce critère est supprimé si la culture est stérile.

Il ya abcédation ou autre signe d'infection à l'examen direct ou constaté à l'histopathologie ou examen radiologique.

**Traitement** : drainage ou débridement chirurgical, antibiothérapie adaptée pour les infections profondes. Cette antibiothérapie est discutée pour les infections superficielles.

#### **3.4.2.1.1.4- Les septicémies :**

L'infection généralisée survient soit d'emblée, soit à la suite d'une forme locale.

La septicémie à streptocoque, elle débute vers le troisième jours des suites opératoires par la fièvre et des frissons répétés. Puis la température se maintien, le plus souvent en plateau, parfois avec des oscillations à 39°C ou 40°C. Le pouls est accéléré, la respiration est rapide et superficielle, la peau est sèche, la langue rôtie, les pommettes sont rouges. Le regard est brillant et une oligurie faite d'urine foncées. Les hémocultures sont positives.

La mort est fréquente parfois après endocardite maligne secondaire.

D'autres germes peuvent être en cause : bacilles gram perfringens.

Le traitement : est médical (antibiotique) associé à un traitement symptomatique plus mesures de réanimation.

### 3.4.2.1.1.5- La Péritonite :

**Définition :** c'est une inflammation d'origine infectieuse du péritoine ou d'une partie de celui-ci survenant dans les suites d'une intervention chirurgicale intra abdominale. Elle se classe dans le cadre des péritonites secondaires : [15].

Elles sont rares (1- 3%) des laparotomies mais graves (30,7%) des mortalités.

**Causes :** la plupart du temps il s'agit d'une communication entre la cavité péritonéale et la lumière du tube digestif par lâchage d'une anastomose ou par perforation digestive due à un traumatisme lors de l'intervention.

**Clinique :** l'atteinte du péritoine après intervention ne se localise pas au pelvis. C'est une péritonite généralisée. Elle s'installe peu à peu, sa marche est progressive. Les signes généraux dominant le tableau : la température est élevée tantôt proche de la normale.

**Les signes fonctionnels** n'évoquent nullement la péritonite. Les vomissements sont tardifs l'arrêt du transit intestinal n'existe pas, il est remplacé par la diarrhée, (il s'agit de la péritonite asthénique).

**Les signes physiques** ne sont pas au moins paradoxaux, on ne trouve pas de défense musculaire mais un ballonnement progressif qui finit par devenir intense. Le ventre se distend de plus en plus. Le pronostic est plus grave que celui de la septicémie.

### **Les examens complémentaires :**

*La biologie* montre une hyper leucocytose qui est constante

*L'échographie, le scanner abdominal* peuvent détecter un foyer intra péritonéal, leur interprétation difficile est facilitée par la ponction de toute collection intra péritonéale.

C'est au terme de ces examens cliniques, biologiques, et radiologiques avec éventuellement la survenue d'une défaillance viscérale qui aggrave le pronostic que le diagnostic de péritonite est établie et l'indication opératoire portée.

#### **3.4.2.1.1.6- La pelvipéritonite**

Elle succède au bout d'un temps variable à l'infection utérine, aux annexites aiguës. La symptomatologie et l'évolution des pelvipéritonites sont liées aux propriétés particulières du péritoine pelvien, aux signes fonctionnels et généraux de l'infection du post partum, aux signes physiques de collections péri utérine diffuse, s'ajoute une symptomatologie péritonéale : vomissement, trouble du transit, subocclusion, trouble urinaire, contracture localisé sus pubien.

**Le traitement :** est le plus souvent médical (antibiothérapie à large spectre) ou guidé par un antibiogramme.

Parfois une intervention chirurgicale s'impose [21].

#### **3.4.2.1.1.7- Les salpingites :**

Relativement rare dans les post opératoires, les salpingites à

streptocoque ont en général une symptomatologie franche : elle sont caractérisées par la perception dans les culs de sac latéraux, plus rarement dans les deux masses annexielles mal limitée plus ou moins empâtées, douloureuses, accompagnées de fièvre et de leucocytose dans les examens biologiques.

L'échographie : met en évidence la masse

Le traitement : est médical (les antibiotiques à larges spectre), de préférence adapté à un antibiogramme [21].

#### **3.4.2.1.2- Hémorragie post opératoires**

Plusieurs sources existent

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

#### **3.4.2.1.3- Les complications digestives :**

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

#### **3.4.2.1.4- La maladie thromboembolique :**

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

#### **3.4.2.1.5- Les complications diverses :**

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules

vésico-vaginales, embolie gazeuse, embolie amniotique, mortalité maternelle.

### **3.4.2.2- les complications chez le nouveau né :**

En dehors de toutes souffrances fœtales pendant la grossesse on peut avoir :

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

### **3.5- Définitions opérationnelles :**

- **La parité** : c'est le nombre d'accouchement ;  
Primipare : 1 accouchement  
Paucipare : 2 – 3 accouchements  
Multipare : 4-5 accouchements  
Grande multipare : 6 accouchements et plus
- **La Gestité** : c'est le nombre de grossesse ;  
Primigeste : 1 grossesse  
Paucigeste : 2 – 3 grossesses  
Multigeste : 4-5 grossesses  
Grande multigeste : 6 grossesses et plus
- **Référence** : On parle de référence quand la décision de transfert de l'admission de la patiente est faite avant le début

du travail.

- **L'évacuation** : elle concerne les patientes en travail d'accouchement, référées en complication grave nécessitant une hospitalisation d'urgence.
- **L'admission** : elle concerne les patientes venues d'elles-mêmes ou adressés par un agent de santé sans qu'il ait évacuation.
- **Zone urbaine** : elle concerne les patientes venues de la ville de Koutiala.
- **Zone rurale** : elle concerne les patientes venues de structures sanitaires au-delà de la ville de Koutiala.
- **Césariennes programmées** : ce sont des césariennes dont la césarienne sera effectuée avant tout début du travail à terme de la grossesse, avec un bilan préopératoire fait au préalable.
- **Césariennes en urgence** : ce sont des césariennes décidées dans la salle d'accouchement avec déjà la femme en travail d'accouchement.



## **4- METHODOLOGIE**

### **4.1- La ville de Koutiala**

#### **4.1.1- Aperçu historique de la ville de Koutiala :**

Créée en 1903, le cercle de Koutiala encore appelé Minianka la, est un ensemble géopolitique dont les Minianka constituent l'ethnie dominante. Koutiala était un petit hameau de culture ; il a été fondé par les SANOGO venus de Sanga et les Koulés de Wolosso. Le village prit le nom de Koulédiakan qui signifie fils de Koulé. Des COULIBALY venus de Niamanasso s'installèrent auprès des SANOGO et des Koulés. Des OUATTARA venus de Kong (République de la Côte d'Ivoire) s'ajoutèrent aux premiers fondateurs et la localité s'est rapidement développée. La déformation de Koulédiakan donna par la suite le nom de Koutiala. Ancienne cité administrative, Koutiala était le chef lieu de six arrondissements. Il est actuellement le siège de l'assemblée locale des collectivités regroupant 36 communes.

#### **4.1.2- Données géographiques**

Il est limité :

- Au nord par les cercles de San et Bla
- Au sud par le cercle de Sikasso
- A l'est par le cercle de Yorosso
- A l'ouest par les cercles de Dioila et Bougouni.

Il y a sept (7) radios rurales dans la ville de Koutiala.

**Climat :** IL est de type Soudanien, caractérisé par l'alternance de trois saisons : saison sèche, saison pluvieuse et froide.

**Hydrographie :** Le cercle ne possède pas de cours d'eau importants. Quelques rivières comme : le Konia et le Pimpedogo alimentent le Bani affluent du Niger.

**Végétation :** La savane constitue l'essentielle de la végétation. **4.1.3-**

**Population :**

Démographie : la population de Koutiala est estimée à 515433 habitants, la densité moyenne est de 41, 16 au km<sup>2</sup>, le taux d'accroissement naturel est de 2,7%

**Caractéristiques culturelles:** les principales religions sont : l'islam, le christianisme et l'animisme cohabitants pacifiquement. **Les**

**principales ethnies sont :** Minianka, Dionga, Bambara, Senoufo, Bobo les Peulhs

Organisation administrative : le cercle de Koutiala est subdivisé en 36 communes dont la commune urbaine de Koutiala avec 256 villages.

**4.1.4- Activités économiques :**

- Secteur primaire : l'agriculture l'élevage et la pêche.
- Secteur secondaire : l'industrie : Koutiala est la 2<sup>ème</sup> ville industrielle du Mali avec 5 usines d'égrainage du coton de la CMDT, 2 usines de raffinerie des graines de coton en huile (huicoma et SNF).

#### **4.1.5 Partenaires au développement :**

-Le royaume des pays Bas, la mission catholique, le corps de la paix, world vision, la mairie, le comité de jumelage Koutiala Alençon, le collectif des ONG, la croix rouge Malienne et la croix rouge internationale, le comité Raoul FOLLEREAU, le comité local de lutte contre le sida, l'APF, USAID, la CMDT, les associations villageoises, les organisations féminines.

#### **4.2- Cadre d'étude**

##### **4.2.1- Service de gynécologie obstétrique**

##### **Le service comporte :**

Une salle d'accouchement, une salle des urgences, deux blocs opératoires, une unité de consultation pré et post natale, une unité de planning familiale, une unité post opératoire et une unité des suites de couches, une salle pour les anesthésistes, une salle de garde pour les étudiants faisant fonction d'internes.

##### **Le Personnel**

- un médecin spécialiste en santé publique
- un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique
- sept médecins généralistes dont quatre à compétence chirurgicale
- six assistant médicaux
- dix infirmiers d'état
- deux pharmaciens et trois gérants

- un biologiste et trois techniciens de laboratoire
- six sages femmes
- six infirmières obstétriciennes
- huit matrones
- Cinq chauffeurs
- quatre manœuvres
- un statisticien
- un comptable

La permanence est assurée à la maternité du centre de santé de référence de Koutiala par :

- ⇒ un médecin à compétence chirurgicale,
- ⇒ une sage femme et une matrone
- ⇒ un infirmier anesthésiste
- ⇒ un technicien de laboratoire
- ⇒ un chauffeur d'ambulance
- ⇒ un garçon de salle assurant la propreté du service.

Cette équipe dispose de 3 tables d'accouchements, 2 salles d'opérations et le kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge de toutes les urgences obstétricales.

Ce kit de médicament pour césarienne est rendu gratuit pour les parturientes dans le but de réduire la mortalité maternelle et néonatale depuis juin 2005

#### **4.2.2- Type d'étude**

Notre étude est une étude prospective, descriptive et analytique.

#### **4.2.3- Période d'étude**

L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois, allant du 1<sup>er</sup> janvier 2007 au 31 décembre 2007

#### **4.2.4- Population d'étude**

Toutes les femmes césarisées dans le centre de santé de référence de Koutiala pendant la période d'étude.

#### **4.2.5- Echantillonnage**

##### **4.2.5.1- Critère d'inclusion :**

Toutes les femmes césarisées dans le service de gynécologie obstétrique du Csréf ayant présenté une complication.

##### **4.2.5.2- Critère de non inclusion :**

⇒ Toutes les femmes ayant bénéficié d'une césarienne dans un autre service que le nôtre.

⇒ Toutes les femmes césarisées dont les suites opératoires ont été simples.

⇒ Toutes les femmes ayant subi une césarienne dans le service et qui ont développé une infection nosocomiale en dehors du site opératoire, de l'utérus et de ses annexes.

#### **4.2.6- Taille de l'échantillon**

Notre étude a porté sur tous les cas recensés des patientes qui ont fréquenté le csréf de Koutiala pendant la période d'étude.

#### **4.2.7- Le support des données :**

Etait : La fiche d'enquête, le dossiers d'hospitalisation, le partographe, la fiches de référence, le carnets de CPN, le registre d'accouchement et l'interview des patientes.

#### **4.2.8- Les variables d'études était :**

- ⇒ La fréquence
- ⇒ L'âge
- ⇒ Caractéristiques sociodémographiques,
- ⇒ Antécédents médicaux, et gynéco-obstétrique,
- ⇒ Aspects Cliniques
- ⇒ Suites post opératoires
- ⇒ Pronostic maternel.

#### **4.2.9- Traitement et analyse des données**

Les données ont été saisies sur Microsoft Word 2003 et analysées sur le logiciel SPSS et épi info version 06. Le test statistique était le Khi 2 avec un seuil de confiance  $\alpha = 0,05$ .

## 5- RESULTATS

### 5.1- Fréquence :

Sur un nombre total de 1441 accouchements, nous avons enregistré 211 cas de césariennes, soit 14,6 % des accouchements. Sur ces 211 césariennes nous avons recensé 48 cas de complications maternelles soit 22,7% des césariennes.

### 5.2- Caractéristiques sociodémographiques des patientes.

#### 5.2.1- Les tranches d'âges

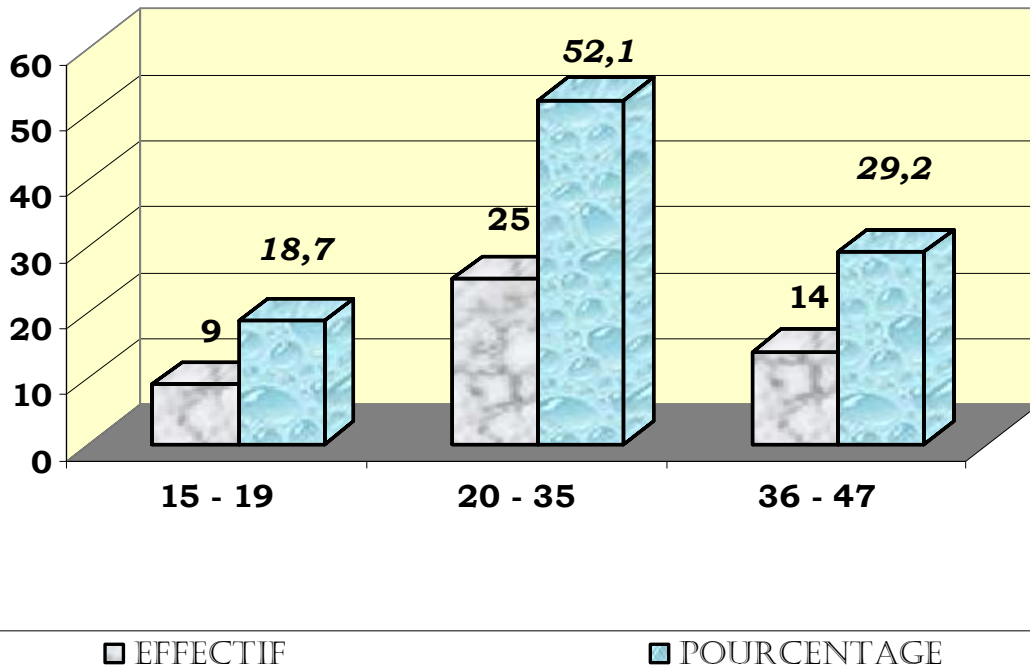
**Tableau I** : Répartition des patientes en fonction de l'âge

Age en année	Effectif	Pourcentage
15 – 19	9	18,7
20 – 35	<b>25</b>	<b>52,1</b>
36 - 47	14	29,2
<b>Total</b>	48	100

La tranche d'âge de 20 à 35 ans était la plus représentée avec 52,1%

L'âge médian était 30 ans avec des extrêmes des 15 et 47 ans.

**Figure 4:** Graphique de répartition des patientes en fonction de l'âge.



### 5.2.2- L'activité socio professionnelle des patientes

**Tableau II :** Répartition des patientes en fonction de la profession

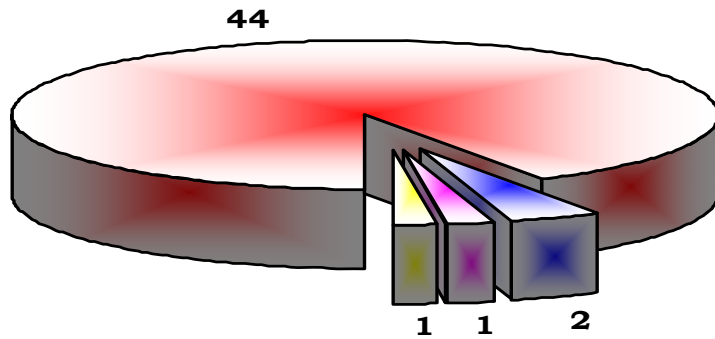
Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	43	89,6
Commerçante	3	6,2
Etudiante/Elève	2	4,2
<b>Total</b>	48	100

Les ménagères étaient majoritaires avec 89,6%



### 5.2.3- Profession des procréateurs

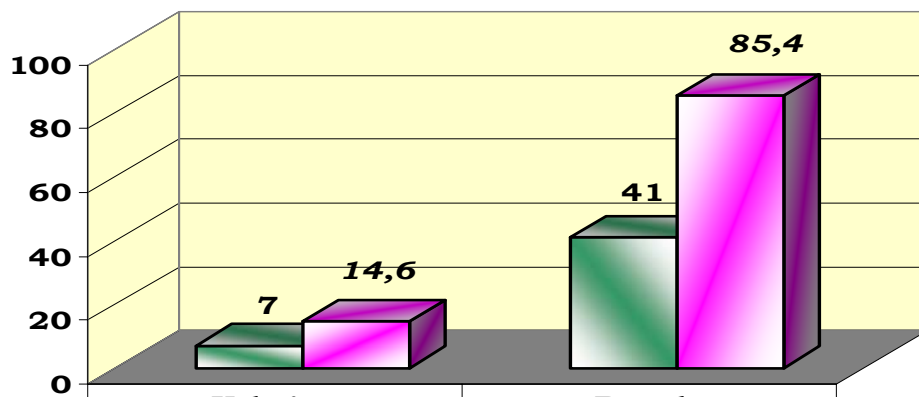
**Figure 5:** Graphique de répartition des procréateurs en fonction de l'effectif.



■ CULTIVATEUR ■ BERGER ■ APRENTIT ■ CHAUFFEUR ■ ETUDIANT

### 5.2.4- La résidence des patientes

**Figure 6:** Graphique de répartition des patientes selon la résidence.



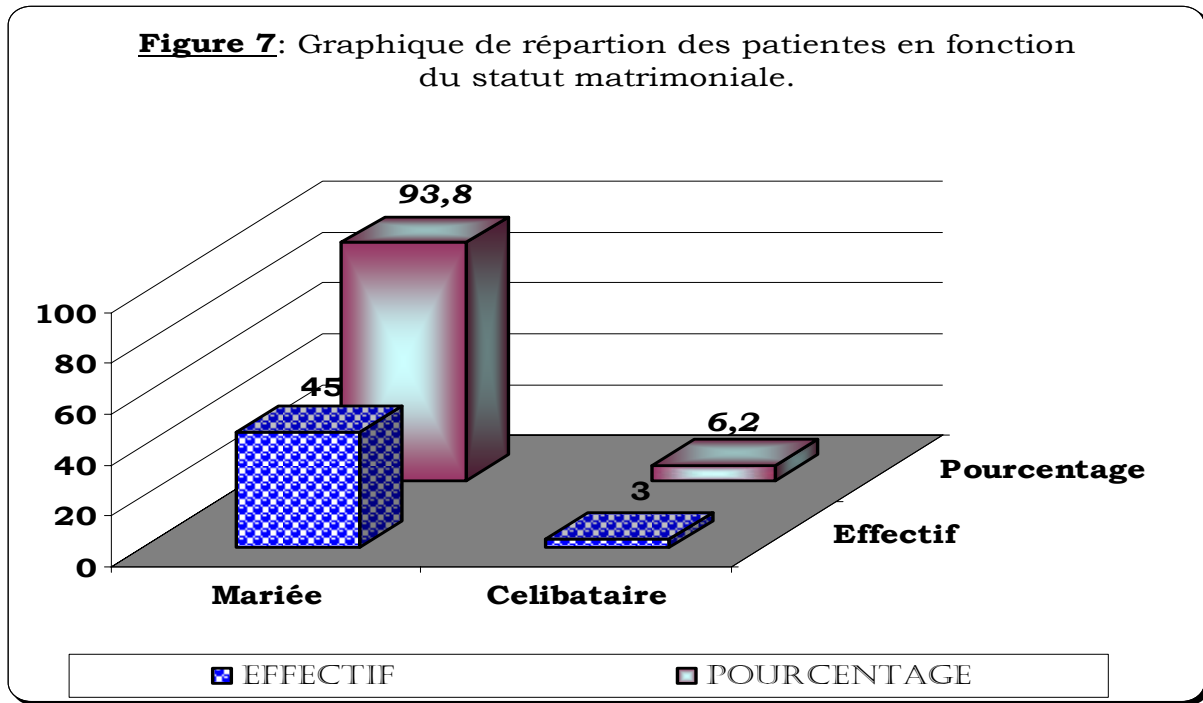
	Urbaine	Rurale
Effectif	7	41
Pourcentage	14,6	85,4

■ EFFECTIF

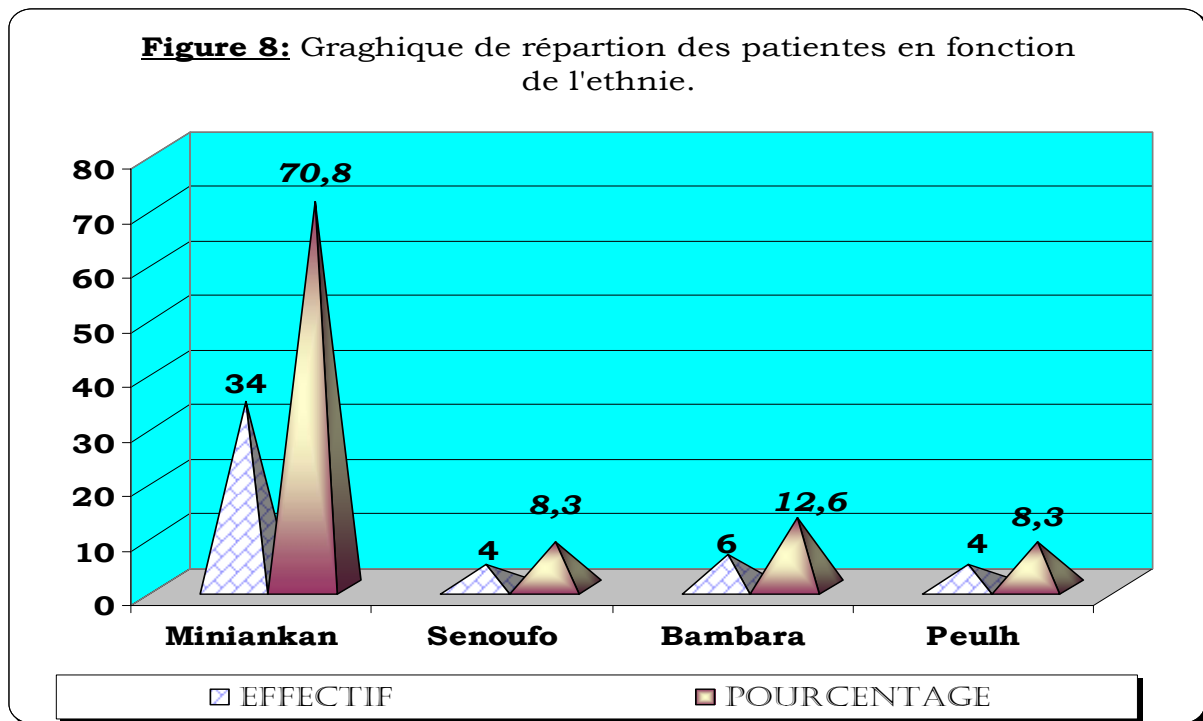
■ POURCENTAGE

Les patientes résidant en milieu rural étaient les plus représentées avec 85,4%

### 5.2.5- Le statut matrimonial des patientes



### 5.2.6- L'ethnie



### 5.2.7 Le niveau d'instruction

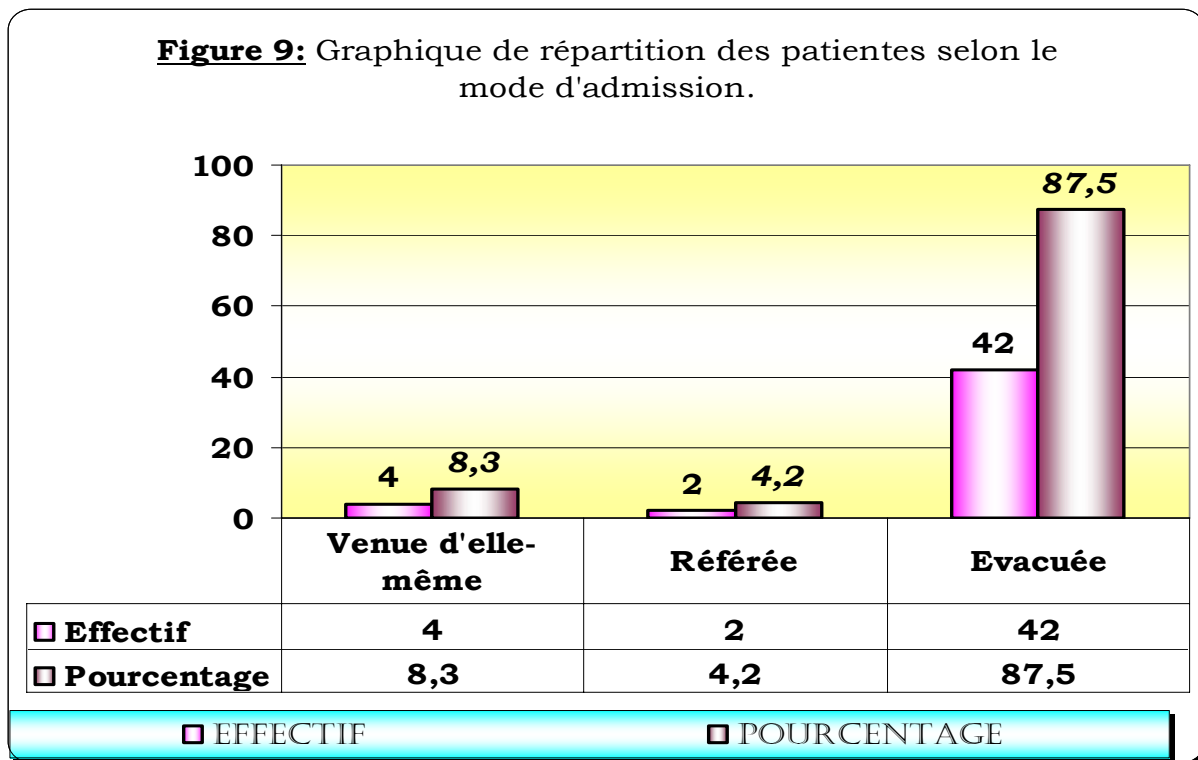
**Tableau III :** Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Analphabète	<b>46</b>	<b>95,8</b>
Primaire	1	2,1
Secondaire	1	2,1
<b>Total</b>	48	100

Les patientes analphabètes occupaient le premier rang avec 95,8%.

### 5.3- Les modalités de référence des patientes.

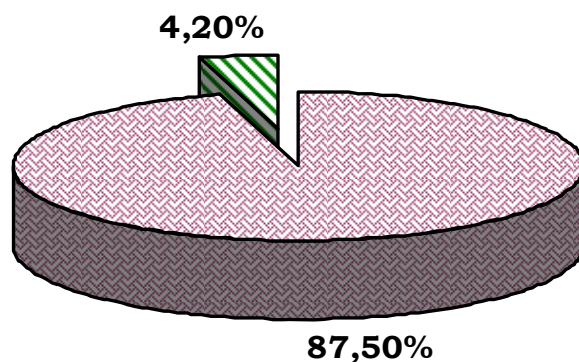
#### 5.3.1- Le mode d'admission



Les patientes évacuées étaient les plus représentées avec 87,5%.

### 5.3.2- Structure ayant référé ou évacué

**Figure 10:** Graphique de répartition des patientes en fonction de la structure de référence ou évacuation.



■ CSCOM

■ STRUCTURES MÉDICALES PRIVÉES

### 5.3.3- Les moyens de transports

**Tableau IV :** Répartition des patientes en fonction du moyen de transport

Moyen de transport	Effectif	Pourcentage
Ambulance	31	64,6
Engin à deux roues	14	29,2
Pied	3	6,2
<b>Total</b>	48	100

A bord d'ambulance représentait 64,6%

### 5.3.4- Itinéraire du trajet parcouru

**Tableau V** : Répartition des patientes en fonction de l'itinéraire du trajet

<b>Itinéraire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Domicile – Csréf	4	8,3
Domicile - Structure Privée -Csréf	3	6,3
Domicile – CSCOM- Csréf	<b>41</b>	<b>85,4</b>
<b>Total</b>	48	100

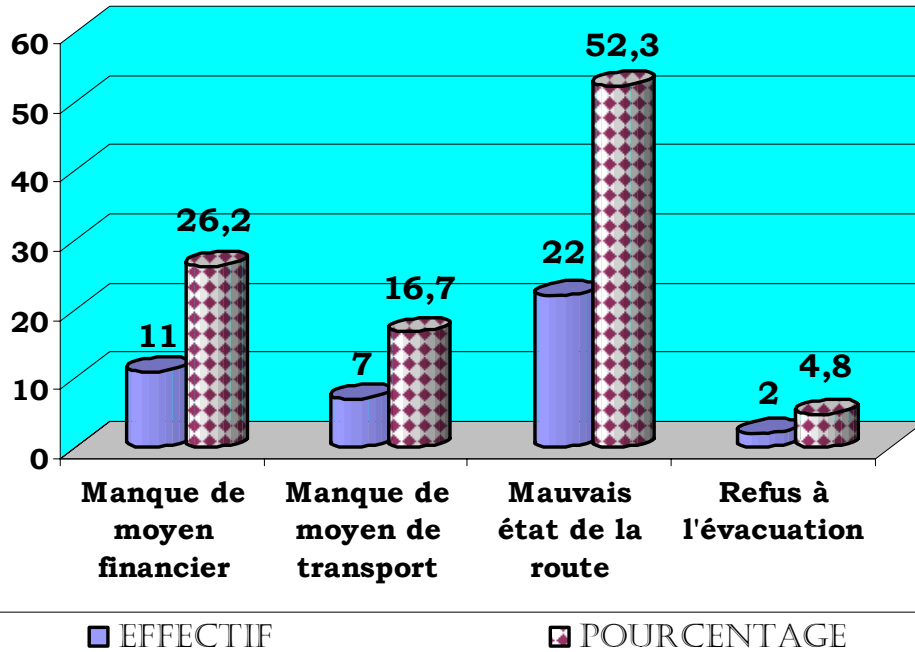
Le trajet Domicile-CSCOM-Csréf représentait 85,4%

**Tableau VI** : Répartition des patientes évacuées en fonction de la distance parcourue.

<b>Distance en Km</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 30	2	4,8
30 – 60	<b>29</b>	<b>69</b>
> 60	11	26,2
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>100</b>

La distance moyenne était de 21,7 km avec des extrêmes de 12 à 71 km.

**Figure 11:** Graphique de répartition des patientes en fonction du retard à l'évacuation selon le motif .



**Tableau VII:** Répartition des patientes selon le temps écoulé entre l'évacuation et l'admission au Csréf de Koutiala.

Temps écoulé en minute	Effectif	Pourcentage
< 60	11	26,2
60 – 120	<b>24</b>	<b>57,1</b>
> 120	7	16,7
<b>Total</b>	42	100

**5.3.5- Le motif d'admission des patientes****Tableau VIII** : Répartition des patientes selon le motif d'admission

<b>Motif d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
CUD	<b>20</b>	<b>41,7</b>
Travail prolongé	9	18,8
HRP	2	4,2
PPH	1	2,1
Présentation dystocique	10	20,8
Pré éclampsie sévère	3	6,2
Absence d'engagement	3	6,2
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Les patientes avec une contraction utérine douloureuse étaient les plus représentées avec 41,7%.

## 5.4- Les aspects cliniques

### 5.4.1- La température à l'admission

**Tableau IX :** Répartition des patientes en fonction de la température

<b>T° en °C à l'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤ 37,5	8	16,7
37,6 – 37,9	14	29,2
38 – 39	<b>22</b>	<b>45,8</b>
> 39	4	8,3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Les patientes présentant une hyperthermie de 38 à 39°C étaient majoritaires avec 45,8%.



### 5.4.2- La tension artérielle à l'admission.

#### 5.4.2.1- La tension artérielle systolique en mmHg

**Tableau X** : Répartition des patientes en fonction de la tension artérielle systolique.

<b>Tension artérielle systolique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 140	<b>34</b>	<b>70,8</b>
140 – 150	5	10,4
≥ 160	9	18,8
<b>Total</b>	48	100

Les patientes avec une tension artérielle systolique inférieure à 140 mmHg représentaient 70,8%.

#### 5.4.2.2- La tension artérielle diastolique en mmHg

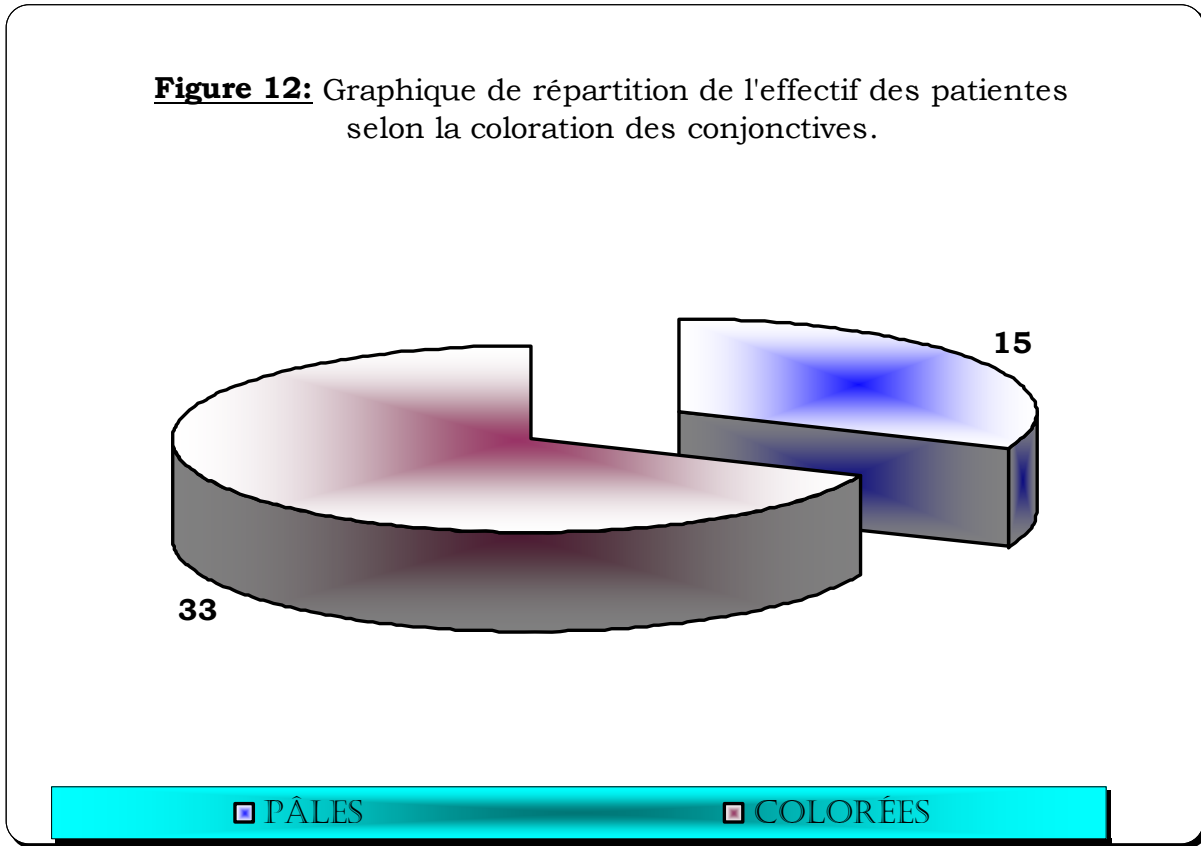
**Tableau XI** : Répartition des patientes en fonction de la tension artérielle diastolique.

<b>Tension artérielle diastolique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 90	<b>34</b>	<b>70,8</b>
90 – 100	7	14,6
≥ 110	7	14,6
<b>Total</b>	48	100

Les patientes avec une tension artérielle diastolique inférieure à 90 mmHg représentaient 70,8%.

### 5.4.3- L état des muqueuses

**Figure 12:** Graphique de répartition de l'effectif des patientes selon la coloration des conjonctives.



### 5.5- Les antécédents médicaux et chirurgicaux.

#### 5.5.1- Les antécédents médicaux

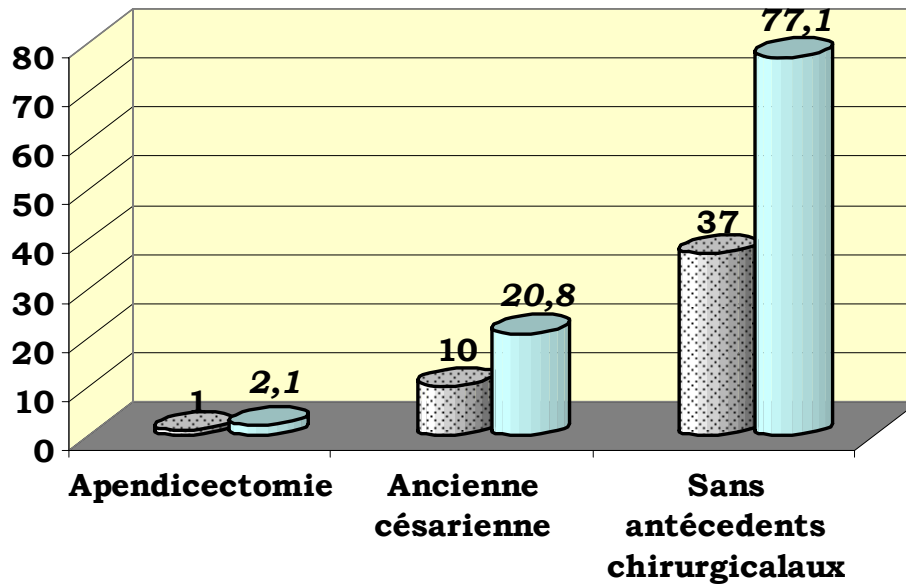
**Tableau XII :** Répartition des patientes selon les antécédents médicaux.

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
HTA	6	12,5
Sans antécédents médicaux	<b>42</b>	87,5
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

87,5% des patientes étaient sans antécédent médical connu.

### 5.5.2- Les antécédents chirurgicaux

**Figure 13:** Graphique de répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux.



■ EFFECTIF

■ POURCENTAGE

## 5.6- Les caractéristiques gynéco obstétricales des patientes

### 5.6.1- Les antécédents gynécologiques

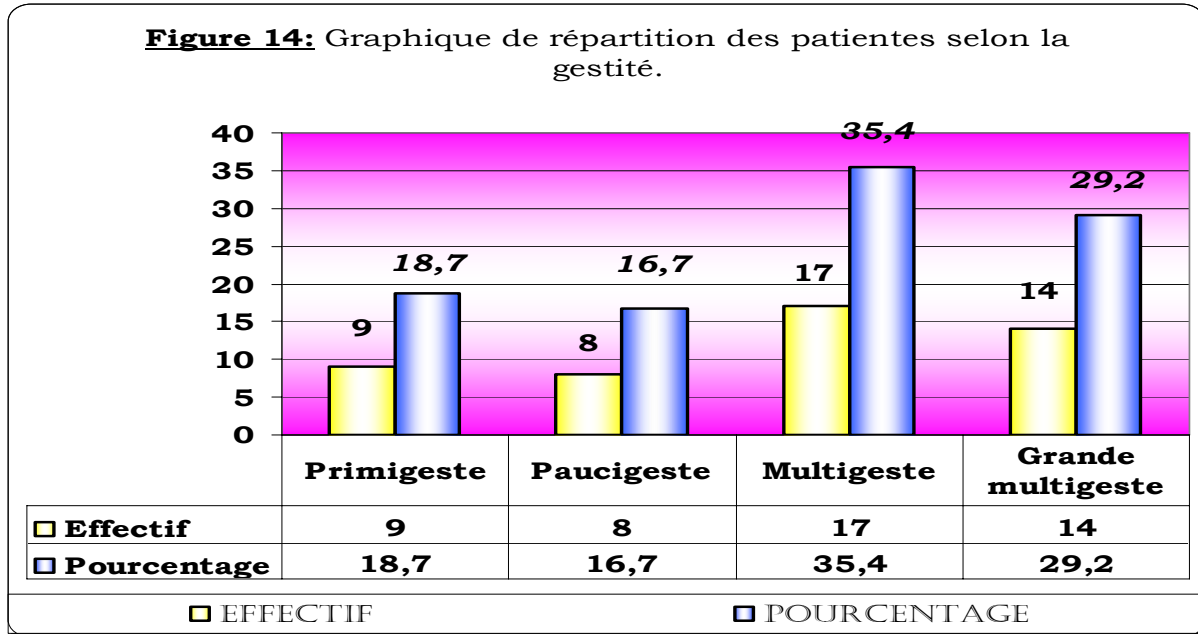
**Tableau XIII** : Répartition des patientes selon les antécédents gynécologiques.

<b>Antécédents gynécologiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Leucorrhée pathologique	<b>30</b>	<b>62,5</b>
Prurit	9	18,7
Dyspareunie	7	14,6
Sans ATCD gynécologique	2	4,2
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Les patientes présentant des leucorrhées pathologiques étaient les plus représentées avec 65,2%.

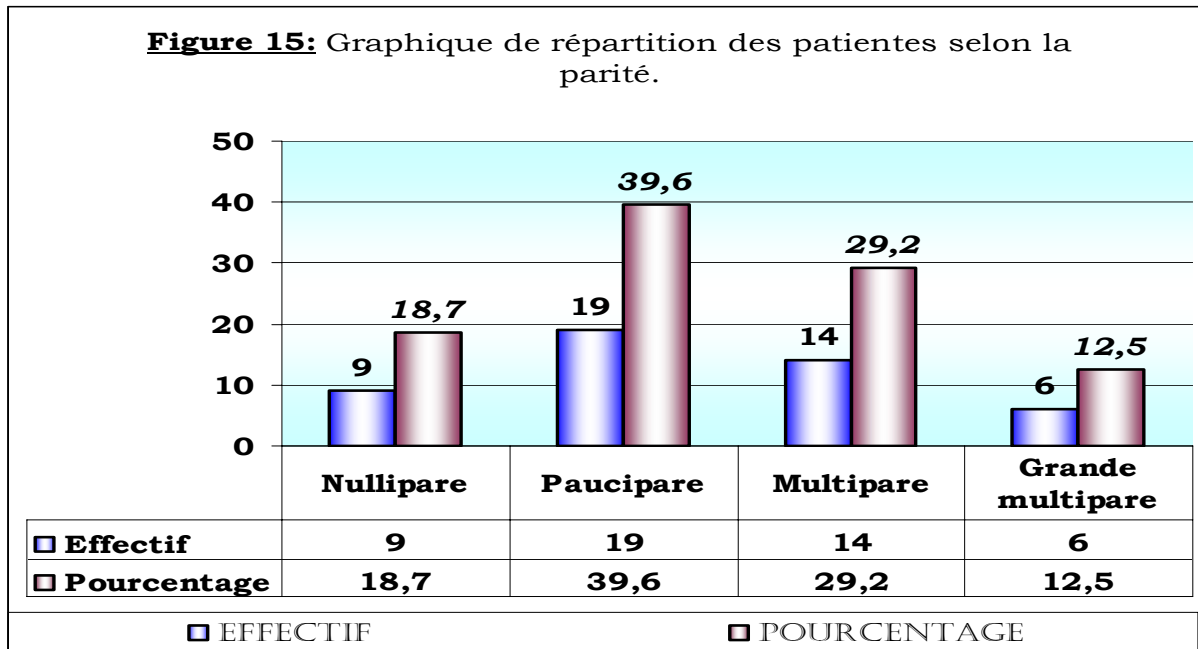
## 5.6.2- Les antécédents obstétricaux

### 5.6.2.1- La gestité



Les multigestes étaient les plus représentées avec 35,4%.

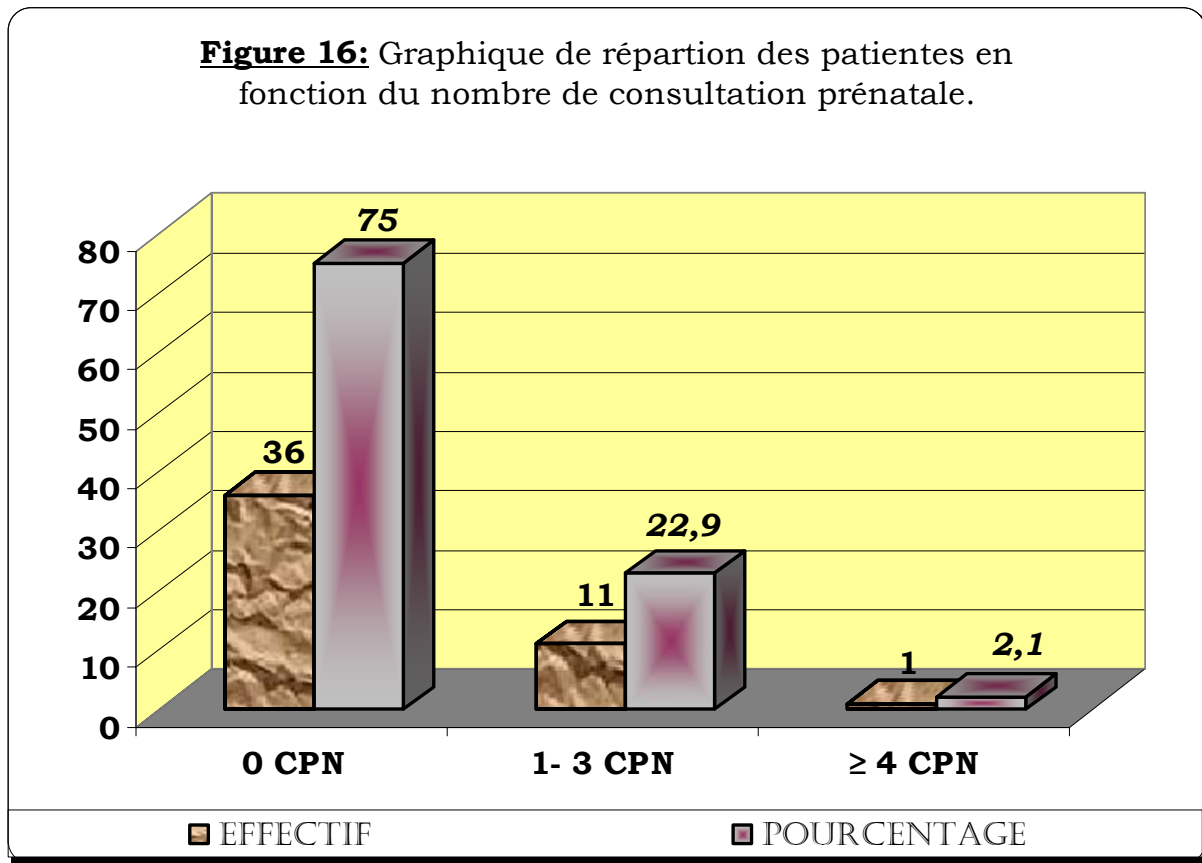
### 5.6.2.2- La parité



Les paucipares étaient les plus représentées avec 39,6%.

### 5.6.4- Les consultations prénatales

**Figure 16:** Graphique de répartition des patientes en fonction du nombre de consultation prénatale.

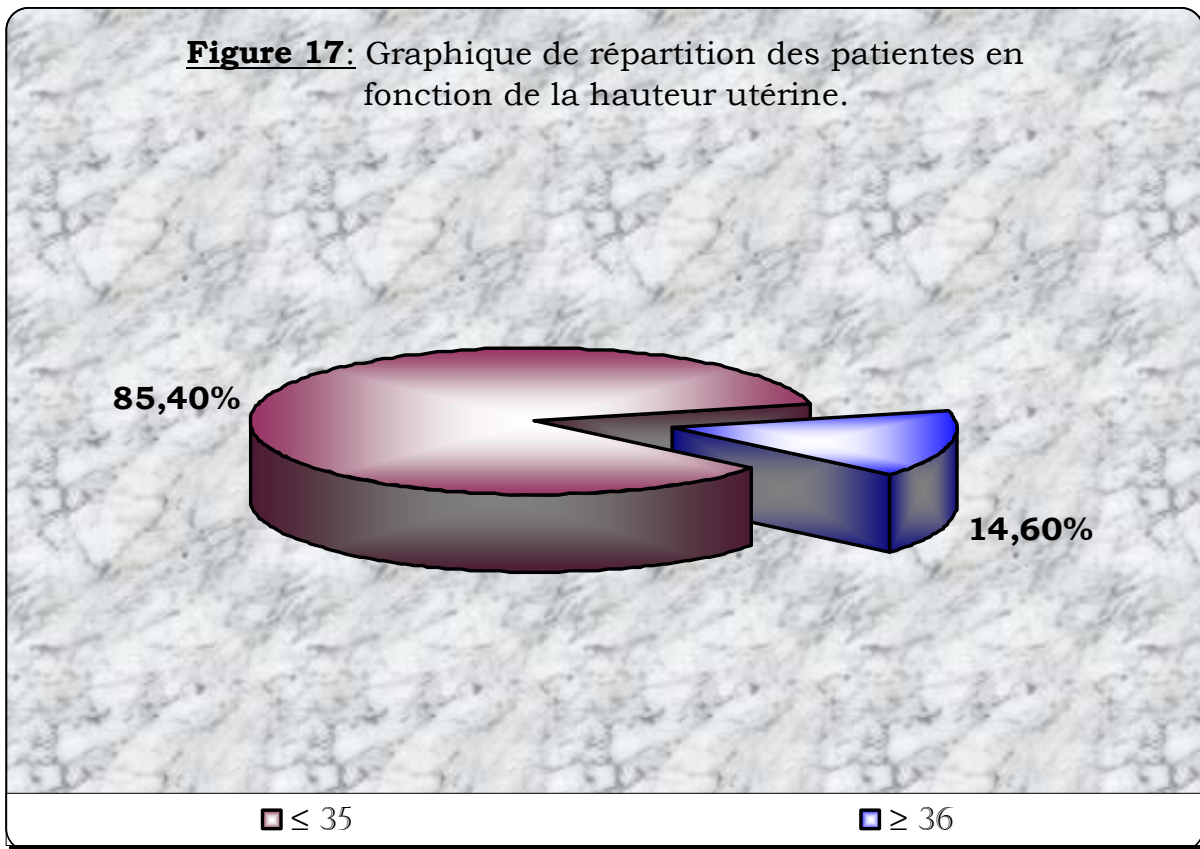


### 5.6.5- Les antécédents de césarienne

**Tableau XIV :** Répartition des patientes selon les antécédents de césarienne.

ATCD de césarienne	Effectif	Pourcentage
1 césarienne	8	16,7
2 césariennes	2	4,2
Sans ATCD de césarienne	<b>38</b>	<b>71,1</b>
<b>Total</b>	48	100

### 5.6.6- La hauteur utérine



### 5.6.7- La durée du travail

**Tableau XV :** Répartition des patientes selon la durée du travail.

Durée du travail en heure	Effectif	Pourcentage
≤ 12	6	12,5
13 – 24	17	35,4
> 24	<b>25</b>	<b>52,1</b>
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

La durée du travail d'accouchement supérieure à 24 heures était la plus représentée avec 52,1%

### 5.6.8- Le temps de la rupture de la poche des eaux

**Tableau XVI:** Répartition des patientes selon le temps de la rupture de la poche des eaux.

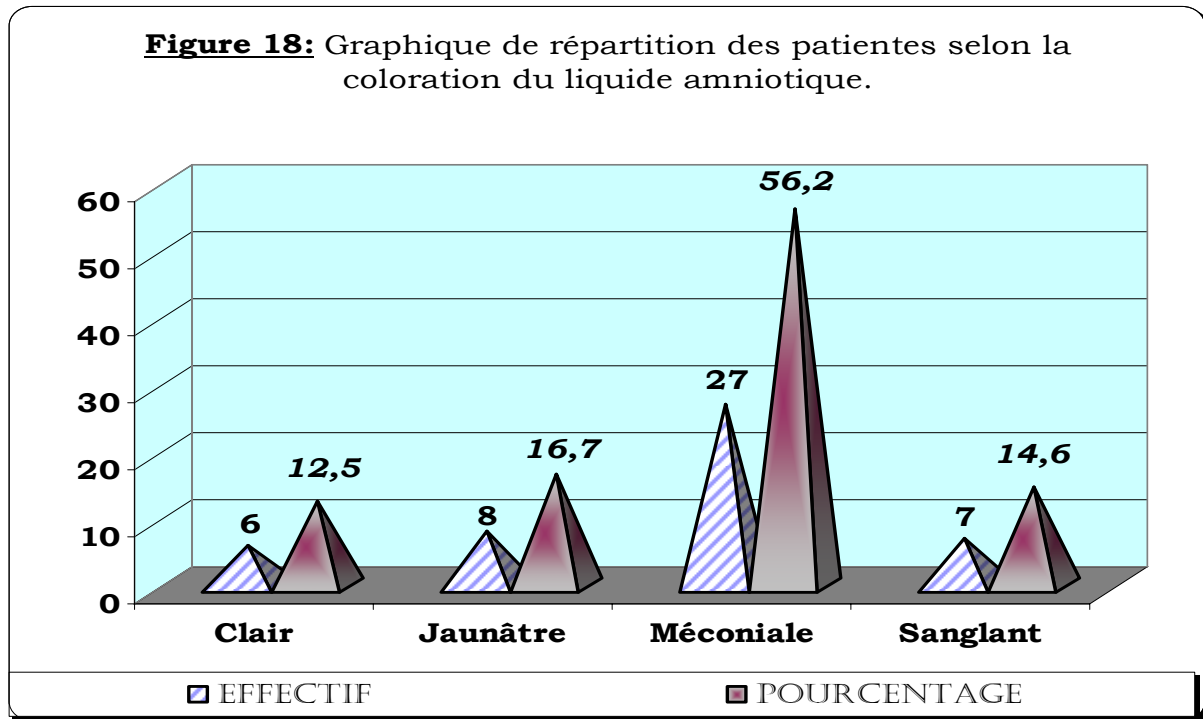
<b>Le temps mis entre la rupture de la poche des eaux et l'admission en heure</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 12	8	16,7
≥ 12	<b>30</b>	<b>62,5</b>
Non déterminé	10	20,8
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

Une durée supérieure ou égale à 12 heures entre la rupture de la poche des eaux et l'admission des patientes était la plus représentée avec 62,5%.



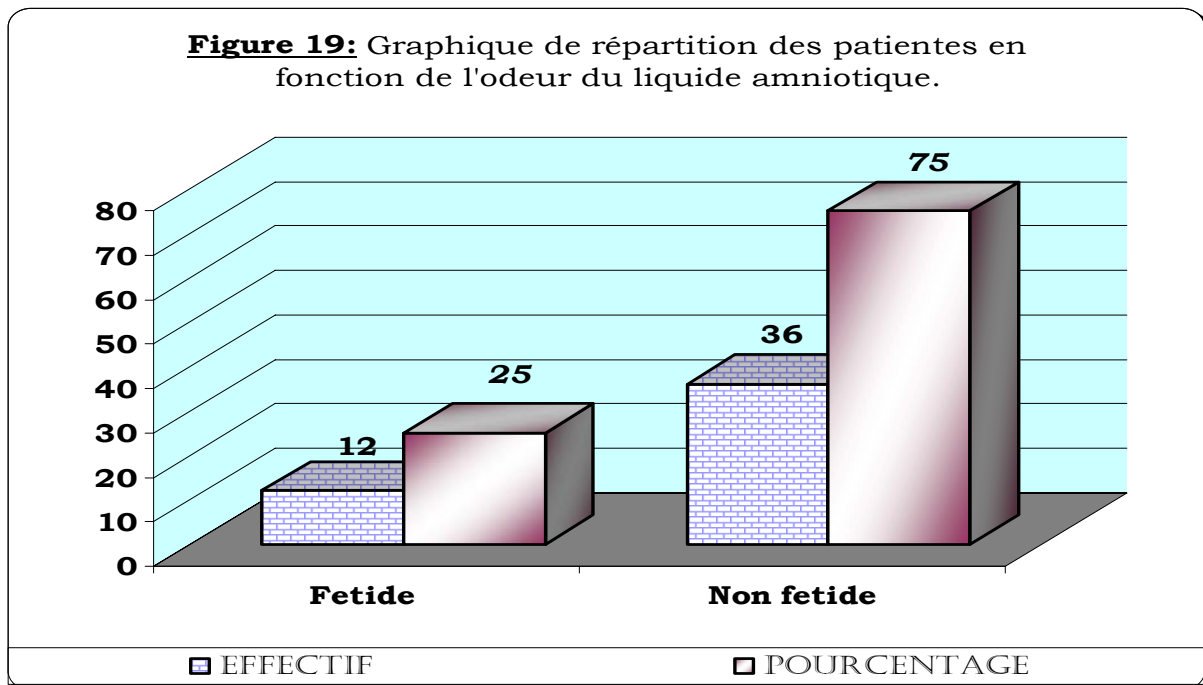
### 5.6.9- L'aspect du liquide amniotique

**Figure 18:** Graphique de répartition des patientes selon la coloration du liquide amniotique.



### 5.6.10- L'odeur du liquide amniotique

**Figure 19:** Graphique de répartition des patientes en fonction de l'odeur du liquide amniotique.



### 5.6.11- Le taux d'hémoglobine

**Tableau XVIII :** Répartition des patientes en fonction du taux d'Hb

<b>Taux d'Hb en g/dl</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 7	3	6,3
7 – 10	17	35,4
≥ 11	<b>28</b>	<b>58,3</b>
<b>Total</b>	48	100

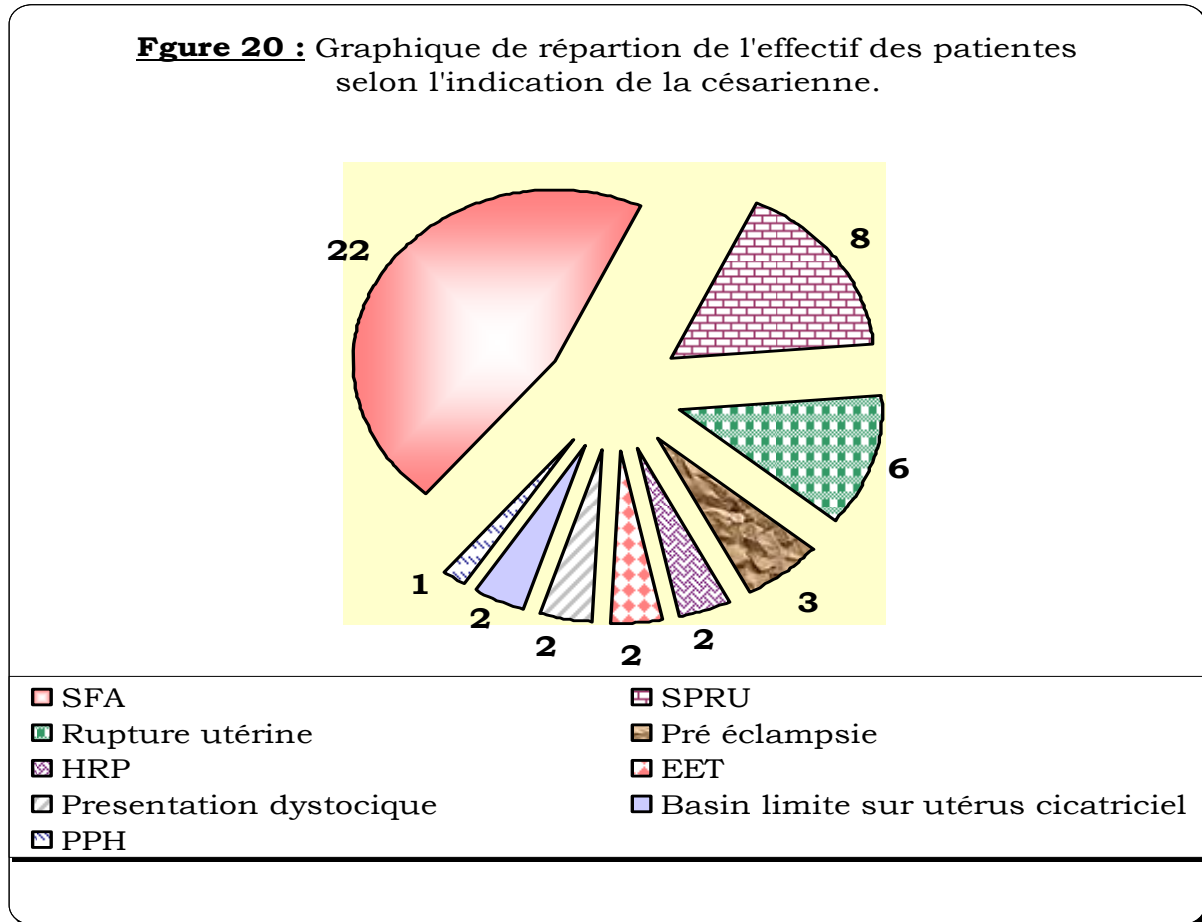
### 5.6.12- Les indications de la césarienne

**Tableau XVIII :** Répartition selon l'indication de la césarienne.

<b>Indication de la césarienne</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
SFA	<b>22</b>	<b>45,8</b>
SPRU	8	16,6
Rupture utérine	6	12,5
Pré éclampsie	3	6,2
HRP	2	4,2
EET	2	4,2
Présentation dystocique	2	4,2
Basin limite sur utérus cicatriciel	2	4,2
PPH	1	2,1
<b>Total</b>	48	100

La SFA était la plus représentée avec 45%.

NB : 4 patientes avaient un intervalle inter génésique inférieur à 2 ans ont fait une rupture utérine.



### 5.6.13- Le contexte de césarienne

**Tableau XIX :** Répartition des patientes en fonction du contexte de césarienne.

Contexte de césarienne	Effectif	Pourcentage
Urgence	48	100
Programmée	0	0
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

### 5.6.14- La voie d'abord

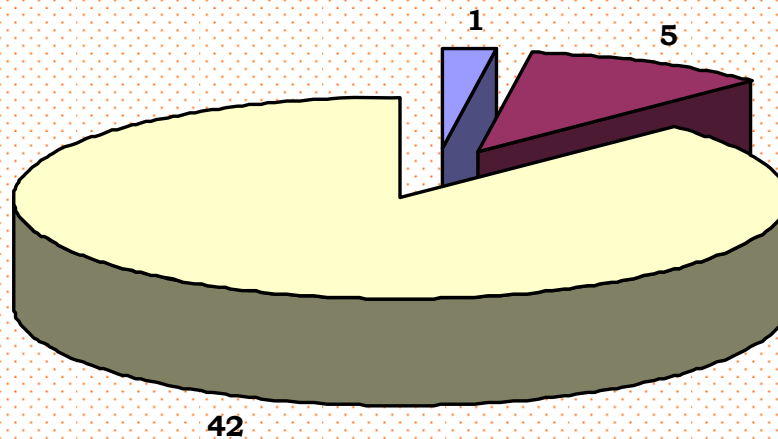
L'incision médiane sous ombilicale est plus pratiquée comme voie d'abord dans tous les cas de césarienne.

### 5.6.15- Le type d'hystérotomie

L'hystérotomie était segmentaire et transversale.

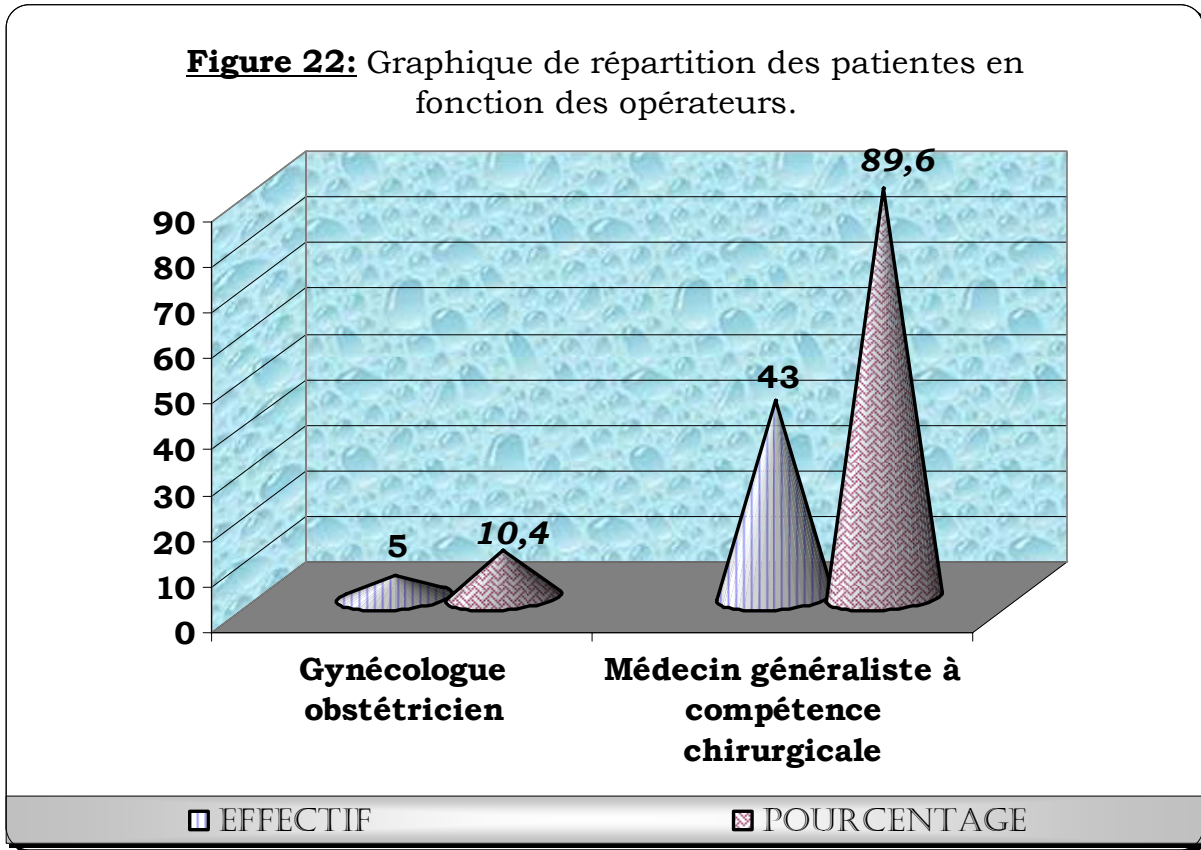
### 5.6.16- Le type d'intervention associée

**Figure 21:** Graphique de répartition de l'effectif des patientes en fonction du type d'intervention associée.



■ HYSTÉRECTOMIE D'HEMOSTASE ■ LIGATURE DES DEUX TROMPES  
□ PAS D'INTERVENTION ASSOCIÉE

### 5.6.17- La qualification des opérateurs



### 5.6.18- Césarienne

**Tableau XX :** Répartition des patientes en fonction de la durée de l'intervention.

Durée en minute	Effectif	Pourcentage
< 30	6	12,5
30 – 60	<b>32</b>	<b>66,7</b>
> 60	10	20,8
<b>Total</b>	48	100

La durée moyenne de l'intervention était de 44 mn avec de extrêmes de 23 à 65 mn.

**Tableau XXI** : Répartition des patientes selon le temps écoulé entre la décision de la césarienne et l'exécution de la césarienne.

<b>Durée en minute</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 15	9	18,8
15 - 30	<b>34</b>	<b>70,8</b>
> 30	5	10,4
<b>Total</b>	48	100

La durée moyenne était de 26,3mn avec des extrêmes de 8 à 47mn

**Tableau XXII** : Répartition des patientes selon le motif du retard à la prise en charge.

<b>Motif du retard</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecin non disponible	6	12,5
Anesthésiste non disponible	9	18,8
Bloc occupé	3	6,2
Lié à l'ambulance	19	39,6
Refus à l'intervention	4	8,3
Pas de retard	7	14,6
<b>Total</b>	48	100

**5.6.19- Quantification de l'hémorragie per opératoire**

**Tableau XXIII :** Répartition des patientes en fonction de la perte sanguine per-opératoire.

<b>Quantité de sang en ml</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<1000 ml	<b>42</b>	<b>87,5</b>
1000 – 1500 ml	4	8,3
> 1500 ml	2	4,2
<b>Total</b>	48	100

**5.6.20- Le score d'APGAR des nouveau nés.**

**Tableau XXIV:** Répartition des nouveau nés en fonction du score d'APGAR à la 1<sup>ière</sup> minute.

<b>Score d'APGAR à la 1<sup>ière</sup> minute</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0	11	22,9
1 – 7	16	22,9
8 - 10	<b>21</b>	<b>54,2</b>
<b>Total</b>	48	100

**Tableau XXV:** Répartition des nouveau nés en fonction du score d'APGAR à la 5<sup>ème</sup> minute.

<b>Score d'APGAR à la 5<sup>ème</sup> minute</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0	11	22,9
1 - 7	11	22,9
8 - 10	<b>26</b>	<b>54,2</b>
<b>Total</b>	48	100

## 5.7- Les complications maternelles

### 5.7.1- Les complications retrouvées

**Tableau XXVI:** Répartition des patientes selon les complications.

<b>Complication</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Endométrite	<b>18</b>	<b>37,5</b>
Suppuration pariétale	8	16,6
Hémorragie per-opératoire	6	12,5
Iléus paralytique	5	10,4
Endométrite + Suppuration pariétale	4	8,3
Psychose puerpérale	2	4,2
Saignement de la paroi	2	4,2
Endométrite + Pelvipéritonite	2	4,2
Hémorragie de la délivrance	1	2,1
<b>Total</b>	48	100

L'endométrite était la complication la plus représentée avec 37,5%.

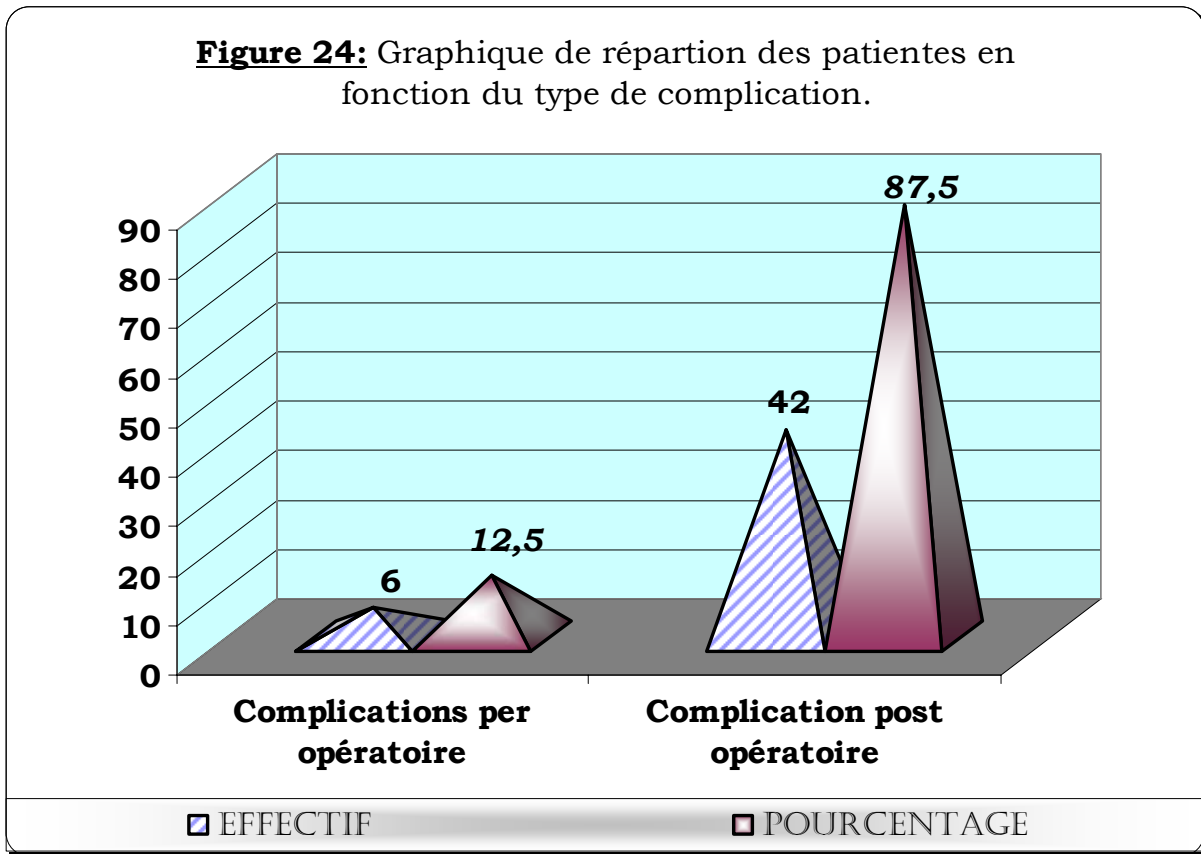


### 5.7.2- Le type de complication maternelle

**Tableau XXVII:** Répartition des patientes selon le type de complication per ou post césarienne.

Type de complication	Effectif	Pourcentage
Complication per-opératoire	6	12,5
Complication post-opératoire	<b>42</b>	<b>87,5</b>
<b>Total</b>	48	100

Les complications post opératoires ont été les plus représentées avec 87,5%.

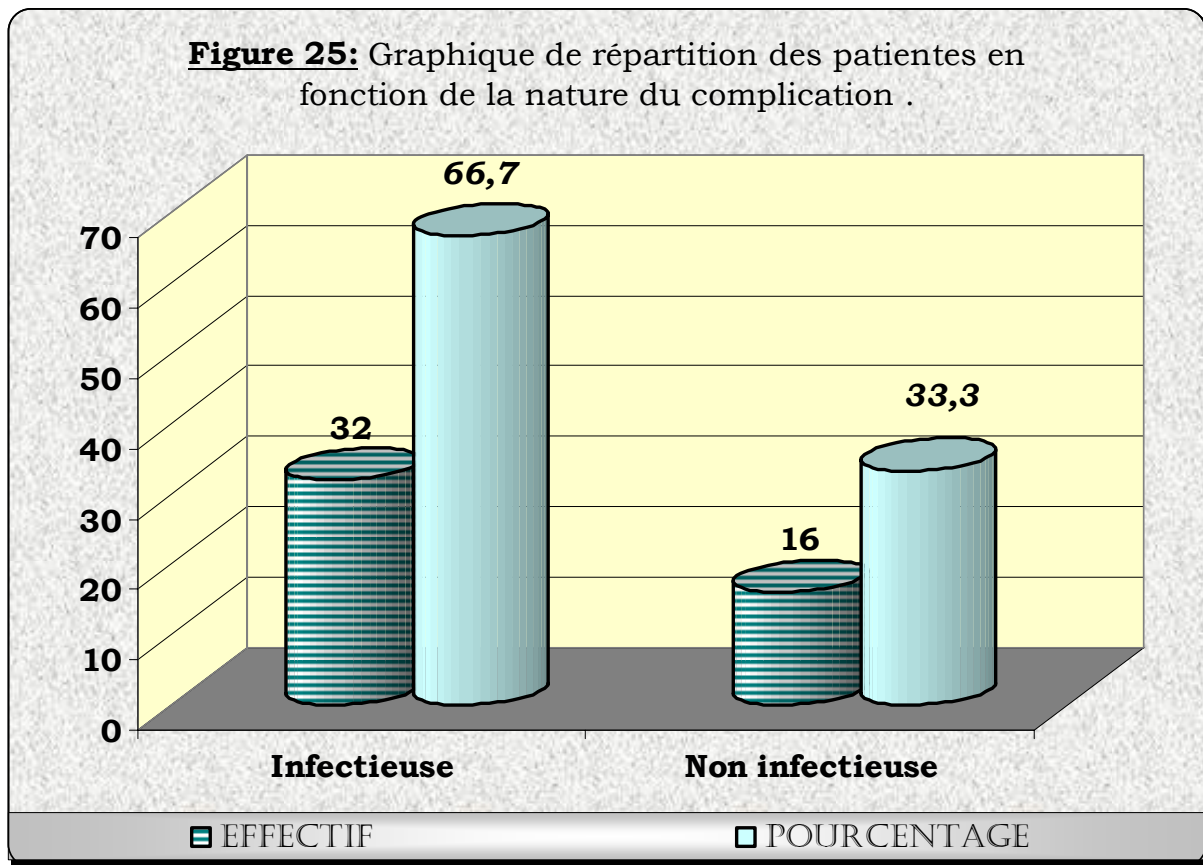


### 5.7.3- La nature de complication maternelle.

**Tableau XXVIII.** : Répartition des patientes en fonction de la nature de complication maternelle.

Nature de complication	Effectif	Pourcentage
Infectieuse	<b>32</b>	<b>66,7</b>
Non infectieuse	16	33,3
<b>Total</b>	48	100

Les complications infectieuses ont représenté 66,7%.



#### 5.7.4 Le type de complication non infectieuse

**Tableau XXIX** : Répartition des patientes en fonction du type de complication non infectieuse.

<b>Complication non infectieuse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Psychose puerpérale	2	12,5
Iléus paralytique	5	31,3
Hémorragie per opératoire	<b>6</b>	<b>37,5</b>
Saignement de la paroi	2	12,5
Hémorragie de la délivrance	1	6,2
<b>Total</b>	16	100

L'hémorragie per-opératoire représente 37,5 % des complications non infectieuses.

#### 5.7.5- Le type de complication infectieuse.

**Tableau XXX**: Répartition des patientes selon le type de complication infectieuse.

<b>Complication Infectieuse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Endométrite	<b>18</b>	<b>56,3</b>
Suppuration pariétale	8	25
Endométrite + suppuration pariétale	4	12,5
Endométrite + Pelvipéritonite	2	6,2
<b>Total</b>	32	100

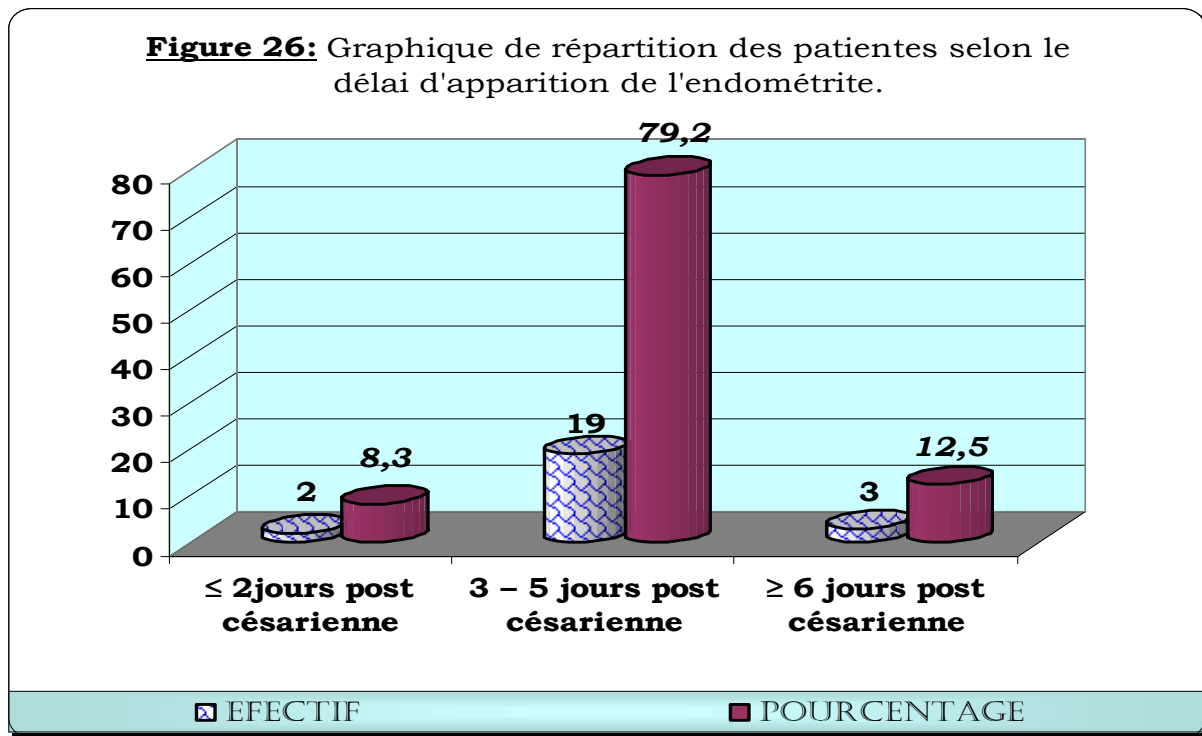
L'endométrite a représenté 56,3% des complications d'ordre infectieuses.

**5.7.6- Les signes cliniques de l'endométrite**

**Tableau XXXI:** Répartition des patientes selon les signes cliniques de l'endométrite.

<b>Signes cliniques de l'endométrite</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Température € 38 -38,5	7	5,8
Température >38,5	17	14,2
Lochies fétides	20	16,7
Lochies hématiques	4	3,3
Mauvaise involution utérine	<b>24</b>	<b>20</b>
Col ouvert au TV	<b>24</b>	<b>20</b>
Douleur pelvienne	<b>24</b>	<b>20</b>
<b>Total</b>	120	100

### 5.7.7- Le délai d'apparition de l'endométrite



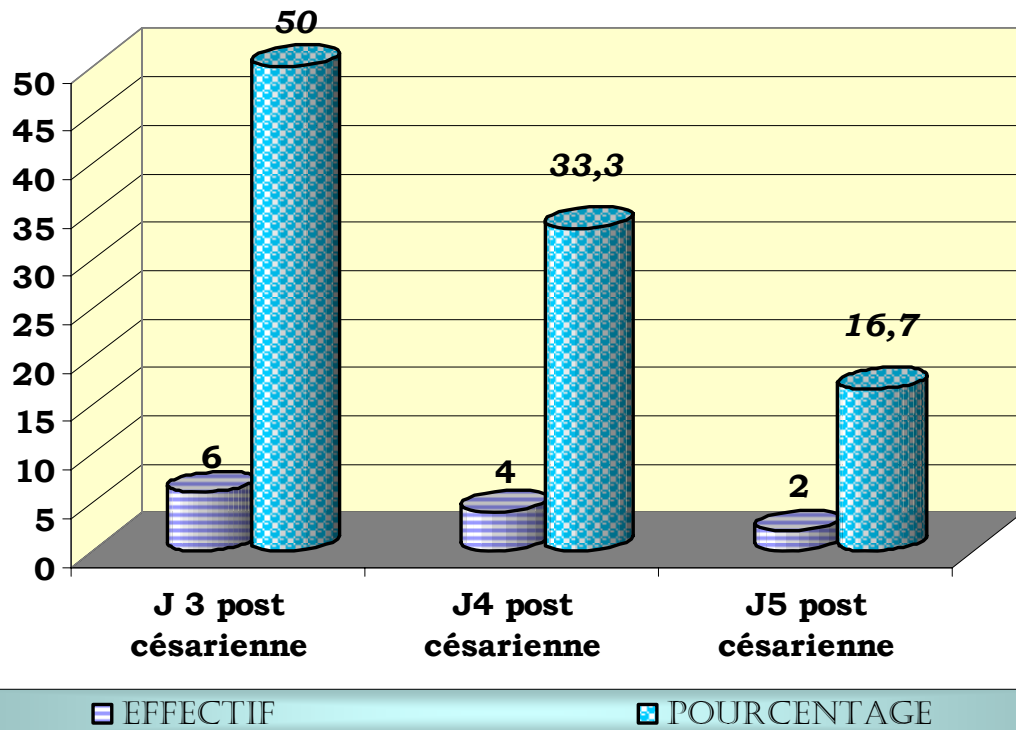
### 5.7.8- Les signes cliniques de la suppuration pariétale.

**Tableau XXXII :** Répartition des patientes selon les signes cliniques de la suppuration pariétale.

Signes cliniques de la suppuration pariétale	Effectif	Pourcentage
Température (38 - 38,5°C)	5	13,1
Température >38,5°C	7	18,4
Douleur	<b>12</b>	<b>31,6</b>
Ecoulement purulent	<b>12</b>	<b>31,6</b>
Lâchage de la paroi	2	5,3
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

### 5.7.9- Le délai d'apparition de la suppuration pariétale.

**Figure 27:** Graphique de répartition des patientes selon le délai d'apparition de la suppuration pariétale.



**5.7.10- Le traitement médical****Tableau XXXIII:** Répartition des pathologies en fonction des produits utilisés.

<b>Pathologie</b>	<b>Traitement Médicale</b>	<b>Effectif</b>
Endométrite	Ampicilline+Gentamicine+ Metronidazole+Oxytocine	<b>18</b>
Suppuration Pariétal	Ampicilline+Gentamicine+ Metronidazole	8
Endométrite+Suppuration	Ampicilline+Gentamicine+ Metronidazole+ Oxytocine	4
Endométrite+ Pelvipéritonite	Ceftriaxone+Metronidazole+ Oxytocine	2
<b>Total</b>		<b>32</b>

**Tableau XXXIV:** Répartition des patientes en fonction du traitement médical.

<b>Traitement médical</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ampicilline+Gentamicine+Metronidazole	18	18,3
Ceftriaxone + Gentamicine	8	8,2
Ampicilline + Metronidazole	48	49
Oxytocine	<b>24</b>	<b>24,5</b>
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

L'Ampicilline et le Metronidazole ont représenté 49%.

### 5.7.11- Le rythme des pansements

**Tableau XXXV:** Répartition des patientes présentant une suppuration pariétale en fonction du rythme des pansements

<b>Rythme des pansements</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Quotidien	<b>7</b>	<b>58,3</b>
Biquotidien	5	41,7
<b>Total</b>	12	100

### 5.7.12- La reprise de la paroi

**Tableau XXXVI:** Répartition des patientes présentant une suppuration pariétale en fonction de la reprise de la paroi.

<b>Reprise de la paroi</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Faite	2	16,5
Non faite	<b>10</b>	<b>83,3</b>
Total	12	100



**5.7.13- Les produits utilisés dans les pansements****Tableau XXXVII:** Répartition des patientes en fonction des produits utilisés dans les pansements

<b>Produits</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bétadine dermique	<b>48</b>	<b>44,4</b>
Alcool 90°	48	<b>44,4</b>
Banéocin	12	11,2
<b>Total</b>	<b>108</b>	<b>100</b>

**5.7.14- Les complications en fonction du mode d'admission****Tableau XXXVIII :** Répartition des complications en fonction du mode d'admission.

<b>Mode d'admission</b>	<b>Complications</b>				<b>Total</b>	
	<b>Infectieuse</b>		<b>Non infectieuse</b>			
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Venue d'elle même	0	0	4	25	4	8,3
Référée	2	6,2	0	0	2	4,2
Evacuée	30	93,8	12	75	42	87,5
<b>Total</b>	32	100	16	100	48	100

93,8% des complications infectieuses et 75% des complications non infectieuses ont été retrouvées chez les évacuées.

**5.7.15- Les complications en fonction du niveau d'instruction**

**Tableau XXXIX:** La répartition des complications en fonction du niveau d'instruction

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Complications</b>				<b>Total</b>	
	<b><i>Infectieuses</i></b>		<b><i>Non infectieuses</i></b>			
	<b><i>Effectif</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>Effectif</i></b>	<b><i>%</i></b>	<b><i>Effectif</i></b>	<b><i>%</i></b>
Analphabète	<b>31</b>	<b>96,9</b>	<b>15</b>	<b>93,8</b>	<b>46</b>	<b>98,5</b>
Primaire	1	3,1	0	0	1	2,1
Secondaire	0	0	1	6,2	1	2,1
<b>Total</b>	32	100	16	100	48	100

96,9% des complications infectieuses et 93,8% des complications non infectieuses ont été retrouvées chez les patientes analphabètes.

**5.7.16- L'hémorragie per opératoire et la hauteur utérine**

**Tableau XL:** La répartition de l'hémorragie per opératoire en fonction de la hauteur utérine.

<b>Hémorragie per opératoire</b>	<b>Hauteur utérine en cm</b>				<b>Total</b>	
	<b>≤ 35</b>		<b>≥ 36</b>			
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Oui	5	13,5	1	9,1	6	12,5
Non	32	86,5	10	90,9	42	87,5
<b>Total</b>	37	100	11	100	48	100

Ch2 corrigée (Yates) = 0,01

Il n'existe pas de relation statistiquement significative (Fisher exact= 0,49).

### 5.7.17- L'hémorragie per opératoire et les antécédents de césarienne.

**Tableau XLI:** La répartition de l'hémorragie per opératoire en fonction des ATCD de césarienne.

<b>Hémorragie per opératoire</b>	<b>ATCD de césarienne</b>				<b>Total</b>	
	<i>Utérus cicatriciel</i>		<i>Utérus non cicatriciel</i>			
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Oui	2	20	4	10,5	6	12,5
Non	8	80	34	89,5	42	87,5
<b>Total</b>	10	100	38	100	48	100

Chi<sup>2</sup> corrigée (Yates) = 0,06

Il n'existe pas de relation statistiquement significative (P= 0,3).

### 5.7.18- L'hémorragie et la gestité

**Tableau XLII** : Répartition de l'hémorragie en fonction de la gestité

<b>Hémorragie per opérateur</b>	<b>Gestité</b>		<b>Total</b>			
	<i>Primigeste</i>		<i>Multigeste</i>			
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Oui	1	11,1	5	12,8	6	12,5
Non	8	88,9	34	87,2	42	87,5
Total	9	100	39	100	48	100

Chi<sup>2</sup> : 0,02

P : 0,09

Nous avons trouvé 11,1% de complication hémorragique chez les primigestes et 12,8% chez les multigestes.

Cependant il n'ya pas de relation statistiquement significative entre l'hémorragie per opératoire et la gestité.

### 5.7.19- L'hémorragie et la parité

**Tableau XLIII:** Répartition de l'hémorragie en fonction de la parité

<b>Hémorragie per opérateur</b>	<b>Parité</b>				<b>Total</b>	
	<i>Nullipare</i>		<i>Multipare</i>			
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Oui	1	11,1	5	12,8	6	12,5
Non	<b>8</b>	<b>88,9</b>	<b>34</b>	<b>87,2</b>	<b>42</b>	<b>87,5</b>
Total	9	100	39	100	48	100

Chi<sup>2</sup> : 0,02

P : 0,09

Nous avons trouvé 11,1% de complication hémorragique chez les nullipares et 12,8% chez les multipares.

Cependant il n'ya pas de relation statistiquement significative entre l'hémorragie per opératoire et la parité.

**5.7.20- L'endométrite et la gestité****Tableau XLIV:** Répartition de l'endométrite en fonction de la gestité

<b>Endométrite</b>	<b>Gestité</b>				<b>Total</b>	
	<i><b>Nulligeste</b></i>		<i><b>Multigeste</b></i>			
	<i><b>Effectif</b></i>	<b>%</b>	<i><b>Effectif</b></i>	<b>%</b>	<i><b>Effectif</b></i>	<b>%</b>
Oui	1	11,1	<b>23</b>	<b>59</b>	24	50
Non	<b>8</b>	<b>88,9</b>	16	41	24	50
Total	9	100	39	100	48	100

P : 0,01 (Fischer)

Il existe une relation statistiquement significative entre l'apparition de l'endométrite et la gestité (P : 0,01)

**5.7.21- L'endométrite et la parité****Tableau XLV:**Répartition de l'endométrite en fonction de la parité

<b>Endométrite</b>	<b>Parité</b>				<b>Total</b>	
	<i>Nullipare</i>		<i>Multipare</i>			
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Oui	1	11,1	<b>23</b>	<b>59</b>	24	50
Non	<b>8</b>	<b>88,9</b>	16	41	24	50
Total	9	100	39	100	48	100

P : 0,01 (Fischer)

Il existe une relation statistiquement significative entre l'apparition de l'endométrite et la parité (P : 0,01)



**5.7.22- L'endométrite et l'itinéraire du trajet****Tableau XLVI** Répartition de l'endométrite en fonction de l'itinéraire

<b>Itinéraire</b>	<b>Endométrite</b>				<b>Total</b>	
	<b>Oui</b>		<b>Non</b>			
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Domicile - Csref	1	25	3	75	4	100
Domicile–Autre structue-Csref	23	52,3	21	47,7	44	100
Total	24	50	24	50	48	100

Khi<sup>2</sup> : 0,6 (Corrigé de Yates)

Nous avons trouvé 53,7% de cas d'endométrite chez les patientes ayant un itinéraire long, Cependant il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'apparition de l'endométrite et l'itinéraire du trajet (P : 0,13).

**5.7.23- L'endométrite et la durée du travail**

**Tableau XLVII:** Répartition de l'endométrite en fonction de la durée du travail

<b>Endométrite</b>	<b>Durée du travail en heure</b>				<b>Total</b>	
	<b>≤ 12</b>		<b>&gt; 12</b>			
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	1	16,7	<b>23</b>	<b>54,8</b>	24	50
Non	<b>5</b>	<b>83,3</b>	19	45,2	24	50
Total	6	100	42	100	48	100

Fischer exact : 0,09

Nous avons trouvé 54,8 % de cas d'endométrite chez les patientes ayant une durée de travail supérieure à 12h, Cependant il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'apparition de l'endométrite et la durée du travail (P de Fisher: 0,18).

**5.7.24- L'endométrite et l'aspect du liquide amniotique**

**Tableau XLVIII:** Répartition de l'endométrite en fonction l'aspect du liquide amniotique.

<b>Endométrite</b>	<b>Aspect du liquide amniotique</b>				<b>Total</b>	
	<b>Clair</b>		<b>Teinté</b>			
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	1	16,7	23	54,8	24	50
Non	5	83,3	19	45,2	24	50
Total	6	100	42	100	48	100

Fischer exact : 0,09

Nous avons trouvé 54,8 % de cas d'endométrite chez les patientes ayant un liquide amniotique teinté, Cependant il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'apparition de l'endométrite et l'aspect du liquide amniotique (P de Fisher: 0,18).

**5.7.25- L'endométrite et l'état de la poche des eaux**

**Tableau XLIX** Répartition de l'endométrite en fonction de l'état de la poche des eaux.

<b>Endométrite</b>	<b>Poche des eaux</b>				<b>Total</b>	
	<i>Intacte</i>		<i>Rompue</i>			
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Oui	0	0	<b>24</b>	<b>51,1</b>	24	50
Non	<b>1</b>	<b>100</b>	23	48,9	24	50
Total	1	100	47	100	48	100

Fischer exact : 0,5

Nous avons trouvé 51,1 % de cas d'endométrite chez les patientes ayant la poche des eaux rompu, Cependant il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'apparition de l'endométrite et l'état de la poche des eaux (P de Fisher: 0,25).

### 5.7.26- L'endométrite et l'anémie

**Tableau L** Répartition de l'endométrite en fonction de l'anémie

<b>Endométrite</b>	<b>Taux d'hémoglobine</b>				<b>Total</b>	
	<b>&lt; 11g/dl</b>		<b>≥ 11g/dl</b>			
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	14	70	10	35,7	24	50
Non	6	30	18	64,3	24	50
Total	20	100	28	100	48	100

Fisher exact : 0,01

Il existe une relation significative entre l'apparition de l'endométrite et l'anémie (P de Fisher : 0,02)

## 6- Les commentaires

### 6.1- Les limites méthodologiques :

- le bas niveau scolaire et l'analphabétisme des patientes
- Fiches de référence/évacuation pauvre en renseignements
- l'inexistence des carnets de CPN ou pauvre en renseignements
- les voies de transferts défectueuses, y compris les conséquences liées au retard des références/évacuations.

Les résultats obtenus nous ont amené à faire des commentaires suivants :

### 6.2- La fréquence

Sur une période de 12 mois allant du 01 Janvier 2007 au 31 Décembre 2007 qui enveloppe notre étude, nous avons enregistré 211 césariennes pour 1441 accouchements. Soit une fréquence moyenne des césariennes à 14,6%.

Notre taux de césarienne est proche de celui de Takpara I. [22] à Cotonou qui trouvait 15,7%. Notre taux de césarienne est supérieur à ceux de Togora M. [5] de 2000 à 2002 au centre de santé de la commune V qui trouvait 12,88% , Coulibaly I. [23] de 2000 à 2002 au centre de santé de la commune V qui trouvait 12,17%. Cissé B. [24] à l'hôpital Gabriel Touré et Diallo CH. [25] en 1996 au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako qui ont trouvé respectivement 8% et 7,2%

Notre taux est inférieur à ceux de Sissoko H. [26] au centre de santé de référence de la commune V en 2006 et Tégoué I [27] en 1996 à la maternité de l'hôpital national du point G ont trouvé successivement 16,7% et 24,05%

Les complications ont été dominées respectivement par :

- les complications infectieuses 66,7% dont l'endométrite occupe 37,5%. Cette augmentation de ce taux d'endométrite chez nos patientes pourrait s'expliquer par une durée de rupture de la poche des eaux supérieure à 24 heures, une mode d'évacuation défectueuse, associées à des antécédents d'infections vulvo-vaginales.

Soumaré H. [14], et Sylla C. [28] ont trouvé respectivement 2,22% et 4,91% de cas d'endométrite.

Nous avons obtenu 16,7% de suppuration pariétale.

Sylla C. [28] et Koné A. [8] ont trouvé respectivement : 10% et 7,3%.

Nous avons une association endométrite + suppuration pariétale dans 4 cas soit 1,9% ;

suivit d'une autre association endométrite + pelvipéritonite soit 0,9%.

La littérature [8 ; 11 ; 16] apporte que l'endométrite et la suppuration pariétale sont les principales complications post césarienne.

Nous avons trouvé 33,3% de complication non infectieuse.

Ce taux est supérieur à ceux obtenus par Sissoko H. [26] et Koné A [8] qui ont trouvé respectivement 3,4% et 19,7%.

Ce taux de complication non infectieuse est reparti comme suit :

L'hémorragie per opératoire 12,5% suivit par l'iléus paralytique 10,4% ; la psychose puerpérale 4,2% ; le saignement de la parois 4,2% et l'hémorragie de la délivrance 2,1%.

Ces différents résultats nous témoignent que les complications liées à la césarienne sont dominées par l'endométrite, la suppuration pariétale et l'hémorragie.

### **6.3- Profil socio démographique des patientes**

#### **6.3.1- Age**

Dans notre étude la tranche d'âge de 20 – 35 ans à été la plus représentée soit 52,1%. L'âge médian était 30 ans avec des extrêmes de 15 et 47 ans.

Soumaré H. [14] et Sylla C. [28] trouvaient respectivement pour cette tranche d'âge 65,11% et 64,7% ; Diallo C.H [25] trouvait 4,37%.

Thiéro M. [32] et Salam A. [33] trouvaient respectivement : 3,8% et 16,5%.

#### **6.3.2- Profession**

Nous avons trouvé dans notre étude 89,6% des patientes ménagères.

Soumaré H. [14] trouvait 83,7% ; Salam A. [33] trouvait 82,6% ;

Diakité Y. [29] trouvait 62,5%.

#### **6.3.3- Statut matrimonial et le niveau d'instruction**

Dans notre étude 93,8% des patientes étaient mariées.



Ce taux est proche de Soumaré H. [14] et Sylla C. [28] qui trouvaient respectivement : 93% et 92%.

Notre taux est supérieur à celui de Salam A. [33] qui trouvait 62,5%.

Les analphabètes avec 95,8% occupent le sommet des niveaux d'instruction suivit d'une égalité entre secondaire et primaire soit 2,1% chacun.

Soumaré H. [14] rapporte un taux de 79,10% des patientes non scolarisées et 18,6% de niveau primaire. Sylla C. [28] rapporte 66,70% de patientes non scolarisées.

L'analphabétisme et le bas niveau scolaire sont des facteurs favorisant de la survenue des complications infectieuses.

#### **6.3.4- La résidence et l'ethnie**

Dans notre étude 85,4% des patientes résidaient en milieu rural c'est-à-dire les arrondissements contre 14,6% en milieu urbain c'est-à-dire Koutiala ville.

Les Minianka ont représenté 70,8% de la population d'étude suivit respectivement des Bambara 12,5% ; les Senoufo 8,3% ; les Peulh 8,3%.

### **6.4- Les Caractéristiques**

#### **6.4.1- Cliniques**

##### **6.4.1- La température et la tension artérielle à l'admission**

A l'admission 54,1% des patientes avaient une hyperthermie soit une

température supérieure à 38°C.

Ce taux est supérieur à ceux de Soumaré H. [14], Sylla C. [28], et Salam A. [33] qui ont rapporté respectivement des taux d'hyperthermie de 32,88% ; 33,30% ; 33,12%.

Dans notre étude 93,8% des patientes avaient une tension artérielle inférieure à 140/90 mmHg à l'admission contre 6,2% des patientes qui avaient une tension artérielle supérieure à 140/90 mmHg avec crise d'éclampsie et en générale des primipares.

32,2% de nos patientes avaient une pâleur conjonctivale et 41,7% des patientes avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dl. Ce taux est supérieur à ceux de Téguté I. [27] qui trouvait 2,5%, Diallo FB. et Coll. [34] qui trouvait 5,11%

Notre taux est inférieur à celui de Koné A. [8] qui trouvait 59,04% des cas d'anémies. Soumaré H. [14] trouvait 30,23% des cas d'anémies.

#### **6.4.2- Gynécologique**

##### **- Les antécédents gynécologiques**

Dans notre étude les antécédents gynécologiques sont répartis comme suit : 65,2% des patientes avaient des leucorrhées pathologiques ; 19,6% des patientes avaient des prurits vulvaires et 15,2% des patientes présentaient des dyspareunies.

Ces pathologies infectieuses sont des facteurs favorisant de la prolifération microbienne favorable à la survenue de complication post

césarienne.

### **6.4.3- Obstétriques**

#### **- Gestité**

Les multigestes ont été les plus représentées avec 35,4%.

Soumaré H. [14] et Salam A. [33] ont trouvé respectivement dans la série des primigestes : 42,2% ; 13,04%

#### **- Parité**

Les primipares sont les plus représentées dans notre étude avec un taux de 39,6%.

Notre résultat est inférieur à ceux de Soumaré H. [14] qui a trouvé 45,6% et Diakité Y. [29] qui a trouvé 71,87% chez les primipares.

Cela pourrait s'expliquer par une élévation de la durée du travail chez les primipares entraînant une augmentation du nombre de toucher vaginale avec des gants et des doigtiers non stériles favorisant ainsi la montée des germes du vagin vers la cavité utérine.

#### **- Le suivi prénatal**

Dans notre étude 36 patientes soit 75% n'ont pas fait de consultation prénatale, une minorité (22,9%) a effectué 1 à 3 consultations prénatales ; et une seule patiente a effectué 4 consultations prénatales.

#### **- Etat des membranes à l'admission**

Dans notre étude nous avons reçu 1 patiente avec la poche des eaux intacte. 62,5% des patientes avaient un délai de rupture supérieur à

24heures.

Soumaré H. [14] ; Diakité Y. [29] ; Diallo CH. [25] et Sylla C [28] trouvaient respectivement un délai de rupture des membranes supérieur à 24 heure comme suit : 46,5% ; 93,75% ; 71,87% ; 54,9%.

Racinet C. et Favier M. [2] apportent que plus le délai de rupture est avancé plus le risque d'infection est élevé.

#### **- La durée du travail**

Dans notre étude 62,5% des patientes avaient une durée de travail supérieure à 24 h ;

35,4% des patientes avaient une durée de travail prolongée entre 13 – 24heures.

Soumaré H. [14] trouvait 53,49% ; Sylla C. [28] a trouvé 70,53% et Diakité Y. [29] a trouvé 93,75%.

Plus la durée du travail est prolongée, plus le délai de rupture des membranes est long, plus le nombre de toucher vaginal est fréquent plus le risque encouru est l'ascension des germes du vagin vers la cavité utérine.

#### **- L'aspect et l'odeur du liquide amniotique**

Dans notre étude 25% des patientes avaient un liquide amniotique d'odeur fétide et 56,2% avaient un liquide amniotique d'aspect méconial.

Soumaré H. [14] trouvait 13,95% des patientes avec le liquide

amniotique d'odeur fétide.

### **6.5- Le mode d'admission**

Dans notre étude les évacuations sont de l'ordre de 87,5% suivies des patientes venues d'elle-même 8,3% et les référées 4,2%.

Soumaré H. [14] et Sylla C. [28] ont rapporté respectivement 76,74% et 42,3% d'évacuations dans leurs études.

### **6.6- Les données relatives aux motifs d'admission**

#### **- Les moyens de transports**

Dans notre étude le transport à bord d'ambulance représentait 64,6%. Ce moyen de transport paraît confortable, mais il y'avait souvent des contre temps: ambulance en déplacement pannes, route défectueuse.

#### **- L'itinéraire du trajet parcouru**

Dans notre étude 41 patientes présentant un liquide amniotique teinté avaient un itinéraire long : domicile – CSCOM – Csréf représentait 85,4% ; Domicile – Csréf 8,3% et Domicile – structure privé – Csréf 6,3%

Ce taux est supérieur à celui de Soumaré H [14] qui trouvait 13,95% des patientes présentant un liquide amniotique teinté dû à un itinéraire long.

#### **- Le motif du retard à la prise en charge**

Dans notre étude nous avons trouvé un retard moyen de 29,4 minutes

avec des extrêmes de 9 à 53 minutes à la prise en charge

Ce retard peut être expliqué par la non disponibilité du médecin 12,5% ou de l'anesthésiste 18,8%, du bloc opératoire 6,2% et au refus à l'intervention 8,3% des cas.

CHebou K [39] à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti de Décembre 2005 à Novembre 2006 trouvait des cas de retard à la prise en charge lié à la non disponibilité de l'anesthésiste 55,5%, du médecin 22,2% ; le Bloc occupé 17,6%, le refus à l'intervention 4,7%

#### **- Le motif d'admission**

Dans notre étude la contraction utérine douloureuse était la plus représentée avec 41,7% suivit du travail prolongé 18,8% ; présentation dystocique 20,8%.

#### **- Le contexte de césarienne**

Les urgences obstétricales (césarienne en urgence) ont représenté les 100% de notre étude. Sissoko H. [26] a apporté 97,8%

Les urgences constituent un mobile de risque dans la survenue des infections post césariennes par manque de mesure d'asepsie.

#### **- Les indications de la césarienne**

Dans notre étude la souffrance fœtale aigüe a été l'indication majeure de la césarienne avec un taux de 45,8%. Ce taux est comparable à celui de Soumaré H. [14] qui trouve 46,5% de SFA. Notre taux est supérieur à celui de Koné A. [8] 41,8% de SFA.

### **- Le type d'anesthésie**

Dans notre étude l'anesthésie générale était de règle 100% de la population d'étude.

Cela peut s'expliquer surtout par le caractère urgent dans notre contexte.

Soumaré H. [14], Koné A. [8] trouvaient respectivement 97,67% ; 75%.

### **- la durée de l'intervention**

La durée moyenne d'une intervention était de 44 minutes avec des extrêmes de 23 et 65 minutes. Ce taux est comparable à celui de Soumaré H. [14] qui a apporté 45 minutes dont les extrêmes variaient de 30 et 60 minutes

### **- Le type d'incision, l'hystérotomie**

L'incision était médiane sous ombilicale dans notre étude. Cela peut s'expliquer surtout par le caractère urgent dans notre contexte.

L'hystérotomie était segmentaire dans la totalité des cas.

### **- Les interventions associées à la césarienne**

La ligature et la résection des trompes sont réalisées chez 10,4% des patientes et une hystérectomie d'hémostase fut pratiquée chez 1 patiente.

## **6.8- Le suivi post césarienne**

### **- Les lochies et l'involution utérine**

Sont des éléments d'appréciation et de diagnostic de l'endométrite.

Nous avons retrouvé dans notre étude 83% d'endométrites avec des lochies fétides et 16,7% avec des lochies hématiques. Soumaré H. [14] trouvait 80% d'endométrites avec lochies fétides et 20% avec lochies hématiques. Sylla C. [28] et Diakité Y. [29] trouvaient respectivement : 94,1% et 90,62% d'endométrites aiguës.

L'intervalle de J3 à J5 post césarienne était le délai d'apparition de la majeure partie des endométrites.

#### **- La suppuration pariétale**

Les paramètres retrouvés étaient la fièvre l'écoulement des pus, la douleur le lâchage de la paroi. Ce dernier signe qui est retrouvé chez 4,2% des patientes.

Ce taux est inférieur à celui de Soumaré H. [14] qui trouvait 16,11%.

### **6.8- La prévention et la prise en charge des complications.**

#### **6.8.1- la prévention :**

L'antibioprophylaxie avec 2g d'ampicilline en dose unique après clampage du cordon ombilicale en IVD.

#### **6.8.2- la prise en charge des complications :**

##### **6.8.2.1- Les complications hémorragiques :**

✓ Les hémorragies de la délivrance :

- Révision utérine,
- Massage utérin
- Utérotonique



- La transfusion sanguine est pratiquée chez les patientes où la perte sanguine estimée est supérieure à 1000ml et ou un taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl.

#### **6.8.2.2- Les complications digestives :**

✓ Iléus paralytique est retrouvé chez 10,4% des patientes. La conduite à tenir était :

- la stimulation anale avec des doigts ganté et lubrifiés,
- les régulateurs de transit

#### **6.8.2.3- Psychose puerpérale**

✓ L'administration d'anxiolytique a permis un apport satisfaisant dans sa prise en charge.

#### **6.8.2.4- Complications Infectieuses**

✓ La suppuration pariétale est retrouvée chez 16,6% des patientes.

- pansement biquotidien
- les produits utilisés dans les pansements sont :

La bétadine dermique (jaune), l'alcool 90°, Bacitracine zinc + Néomycine sulfate (Banéocin®).

La reprise de la paroi est effectuée chez 2 patientes.

✓ L'endométrite

L'ocytocine est utilisée chez toutes les patientes ayant présenté une endométrite.

La triple association d'antibiotiques: Ampicilline+ Gentamicine +

Métronidazole, souvent la double association : Ceftriaxone +  
Gentamicine

## **6.9- Pronostic maternel et foetal**

### **6.9.1- La mortalité maternelle :**

Dans notre étude nous n'avons pas enregistré de décès maternel chez les patientes ayant présenté des complications.

La littérature rapporte que l'hémorragie occupe la première place des causes de décès maternels [23 ; 24 ; 35 ; 36].

Sur 211 césariennes nous avons enregistré 48 cas de complications soit 22,7% des césariennes réparties comme suit :

- 32 cas de complications infectieuses soit 66,7% et 16 cas de complications non infectieuses soit 33,3% ; ou
- 6 cas de complications per-opératoire soit 12,5% et 42 cas de complications post césarienne soit 87,5%.

### **6.9.2- Morbidité**

Les facteurs de morbidité maternelles des complications de la césarienne dans notre étude se résument ainsi:

- l'endométrite associée ou non à la suppuration pariétale 62,5%
- l'hémorragie dans toutes ses formes 18,7%
- l'iléus paralytique 10,4%
- la psychose puerpérale 4,2%
- l'endométrite + la pelvipéritonite 4,2%

### **6.9.3- Le pronostic foetal**

Il était surtout basé sur la durée du travail, une rupture précoce de la poche des eaux, l'aspect et l'odeur du liquide amniotique.

Dans notre étude nous avons enregistré :

11 cas de mort nés soit 22,9% et 8,3% de mortalité néonatale précoce et 68,7% des nouveau nés vivant avec un score d'APGAR entre 7 et 10.

## **7- Conclusion**

La césarienne, nous l'avons vu, n'est pas la panacée universelle. Elle a sa mortalité et sa morbidité propres.

Le but de l'obstétricien est d'avoir un taux de césariennes aussi bas que possible sans augmenter la mortalité néonatale en utilisant avec discernement tous les moyens dont il dispose.

Après analyse des résultats obtenus d'une part on n'enregistre pas de décès maternel, mais d'autre part les facteurs de morbidités maternelles font que la césarienne ne doit être considérée comme une solution de facilité car l'évolution peut être émaillée de complications morbide et parfois mortelle. Une meilleure prise en charge pourrait réduire de façon significative les complications maternelles et en conséquence améliorée le pronostic maternel.

## **8- Recommandation**

Au terme de notre étude nous recommandons :

### **8.1- Au ministère de la santé.**

⇒ Assurer la formation et la répartition uniforme de spécialistes en gynécologie obstétrique et des sages femmes. Ce point est capital pour la qualité des soins et urgences obstétricales.

### **8.2- A la Direction régionale de la santé.**

⇒ La surveillance permanente et l'appui technique,

⇒ Le suivi – évaluation

⇒ Poursuivre la gratuité de la césarienne et du kit d'urgence en cas de complication,

### **8.3- Au centre de santé de référence.**

⇒ Doter le service de kit d'antibiogramme et d'une banque de sang,

⇒ Former et recycler le personnel de la santé notamment les sages femmes sur l'intérêt de la consultation prénatale, ses objectifs, la référence à temps utile,

⇒ Doter les centres de référence d'un tableau de technique adéquat,

⇒ Enrichir le kit opératoire permettant une prise en charge des soins post opératoires,

⇒ Mettre à la disposition des structures périphériques, des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales en fonction du niveau sanitaire,

- ⇒ Doubler les équipes de garde afin de pouvoir faire face à plusieurs urgences en même temps,
- ⇒ Faire en sorte que le médecin de garde reste sur place à la maternité tout au long de sa garde.

#### **8.4- Aux personnels de la santé :**

- ⇒ Le respect du plan d'accouchement,
- ⇒ Maîtriser la technique de la césarienne,
- ⇒ Organiser et promouvoir le système de référence/évacuation,
- ⇒ Détecter et prendre en charge les infections gynécologiques et les anémies au cours de la grossesse,
- ⇒ Respecter scrupuleusement les règles d'asepsie au niveau des salles d'accouchements, des blocs opératoires et au niveau des salles d'hospitalisation,
- ⇒ Exiger le Partographe dans tous les centres de santé et encourager la population à la consultation prénatale.

#### **8.5- A la population**

- ⇒ Respecter l'hygiène corporelle,
- ⇒ Planifier les grossesses,
- ⇒ Faire correctement la consultation prénatale,
- ⇒ La supplémentation en fer et en acide folique des parturientes.

## **9- Références**

### **1- Racinet C. et Favier M.**

Césarienne : Hier et aujourd'hui.

Pratique médicale, 45, 1983

### **2- Racine C. et Favier M.**

Césarienne : complications maternelles.

Pratique médicale, 31, 1982

### **3- OMS**

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

Genève 2004.

### **4- OMS**

Vers la maternité sans risque. Harare, Zimbabwe 2001.

### **5- Togora M**

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

Thèse de Méd. Bamako 2004, N°40 ; 135p.

### **6- Traoré A.F**

Etude des complications maternelles et de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré

Thèse Méd. Bamako 1989, N°46

**7- Tall F.S**

Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de cercle de la 4<sup>ème</sup> région.

Thèse médecine. 1992 ; N°154.

**8- Koné A.**

Facteurs de risques des complications maternelles post césarienne l'hôpital Gabriel Touré et au Point G. Thèse de médecine 2004 ;

N°67 :84 – 43.

**9- Merger R. / Levy J. / Melchior J.**

Précis d'obstétrique, Paris, Masson, 6<sup>ème</sup> édition. 597p

**10- Racinet C. et Favier M.**

La césarienne : indications techniques, complications

Masson, Paris1984 ; 185p

**11- Thoulon J.M**

Les césariennes : Encyclopédie médicochirurgicale ; Obstétrique, 5102.

A-10.

**12- Diarra FL.**

Etude de l'anesthésie dans les césariennes en urgence de l'hôpital

Gabriel Touré. Thèse médecine. Bamako 2001 ; N°91.

**13- Koné A.**

Etude comparative de la césarienne classique et de la césarienne de

MISGAV LADACH. Thèse médecine. Bamako 2005; 100p, N°75.



**14- Soumaré H.**

Les complications infectieuses bactériennes après césarienne au centre de santé de référence de la commune V. Thèse de méd. Bamako 2006  
72p ; 352

**15- Touré L.**

Les infections du site opératoire à l'hôpital du point G. Thèse de médecine : Bamako 2006, 72p, 352

**16- Duval J. ; et Coll.**

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

**17- Vokaer R.**

Traité d'obstétrique. Paris, Masson 2<sup>ième</sup> édition 1985 ; 560p.

**18- Thoulon J.M ; Gravier M.**

Le monitoring obstétrical ; atlas cardiotocographie. Paris Masson 1997 ;  
9-10.

**19- Desjardins C. Diallo H.O et Coll.**

Département d'obstétrique gynécologique hôpital notre dame Université de Montréal Québec Canada étude rétrospective de l'endométrite post césarienne 1996 ; N°25 (4) : 419-23.

**20- Diallo HO. et Coll.**

Département d'obstétrique gynécologique hôpital notre dame  
Université de Montréal Québec Canada étude rétrospective de  
l'endométrite post césarienne 1996 ; N°25 (4) : 419-23.

**21- Lansac J.; Berger C.; Maging G.**

Obstétrique pour le praticien. Masson 3ième édition: 395-6.

**22- Takpara I. et Coll.**

Complication des césariennes à la clinique universitaire de gynécologie  
et obstétrique de CNHU de Cotonou.

J. SOC, BIOL, CHU Benin, 1994, P43 – 46.

**23- Coulibaly I.**

Césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital  
Gabriel Touré de Bamako 1998 ; 85 : 97P. Thèse de médecine.

**24- Cissé B.**

La césarienne aspect clinique épidémiologique et prise en charge des  
complications post-opératoires dans le service de gynécologie  
obstétrique au centre de santé de référence de la commune V. thèse de  
médecine Bamako 2001 ; N°51 : 94P.

**25- Diallo C.H.**

Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série continue  
de 160 cas au service gynécologique obstétrique H.G.T. Thèse de  
médecine Bamako 1996 ; N°37 :87 – 40.

**26- Sissoko H.**

Les complications maternelles non infectieuses post césarienne immédiates dans le service de gynécol-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de méd. Bamako 2006, 66p, 247

**27- Téguété I :**

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital du Point G. de 1991 – 1993. A propos d'une étude cas témoins de 1544 cas. Thèse de médecine : Bamako, 1996 ; N°17 :37 – 55.

**28- Sylla C.**

Endométrite du post-partum à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine : Bamako 2004 ; N°54 : 97P.

**29- Diakité Y.**

Les endométrites post-césariennes à propos de 32 cas dans le service gynécologie obstétrique du C.H.U. Gabriel Touré thèse de médecine 2002 ; N°18 : 57P.

**30- Serment C.H.**

Complications maternelles des césariennes, Hôpital de la conception, Marseille. Pratique médicale 1982 ; N°31 :31P.

**31- Mbiyé K, Sepou A. Ferre J.**

Les indications opératoires de la césarienne pratiquées au centre national hospitalier et universitaire de Bangui 1983 – 1986 médecine d'Afrique noire 1989 ;N°36 : 42 – 46.

**32- Thiéro M.**

Les évaluations sanitaires d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré à propos de 160 cas. Thèse de médecine Bamako ; 1995 ; N°17 :89.

**33- Salam A.**

Les aspects démographiques et obstétricaux des complications infectieuses post-césariennes dans le service de gynécologie obstétrique de l'H.GT. Thèse de médecine : 1996 ; N°17 : 98P.

**34- Diallo F.B. et Coll.**

Césarienne facteur de réduction de morbidité et mortalité foeto-maternelle au centre hospitalier universitaire Ignace Deen de Conakry (Guinée) Médecine d'Afrique noire : 1998 ; N°45 (6) 60 – 11.

**35- Abbassi H.**

Complications maternelles, analyse rétrospective de 3231 interventions à la maternité universitaire de Casablanca Maroc Cahier santé 2000 ; 0 :419-23.

**36- Cissé CT.**

Césarienne au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services. Cahier santé 1998 ; N°8 :369 – 77.

**37- Rudigoz R.C. et Coll.**

La césarienne en 1988. Problèmes obstétricaux posés par utérus cicatriciel, fréquence et indication des césariennes. Complications thromboemboliques après césarienne. Place de la césarienne avant 32 semaines. Revue Française de gynécologie obstétrique, 1990 ; N°85 : 105 – 120.

**38- CHEBOU K**

Les déterminants de la césarienne de qualité à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti du 01 Décembre 2005 au 30 Novembre 2006 à propos 299 cas.  
Thèse Médecine.

## Fiche d'enquête

**N° Fiches :**.....

**Q1 : Nom :** \_\_\_\_\_

**Q2 : Prénom :** \_\_\_\_\_

**Q3 : Age :**.....

**1 :**15-19

**2 :**20-35

**3 :**≥36

**Q4 : Ethnie :** .....

**1:** Minianka **2:** Senoufo **3:** Bambara **4:** Bobo **5:** Peulh **6:** Dogon

**Profession :** .....

**1:** Ménagère **2:** Commerçante **3 :** Aide ménagère

**4:** Etudiante/Elève **5:** Fonctionnaire

**Q6 : Statut Matrimoniale :**.....

**1 :** Marié

**2 :** Célibataire

**Q7 : Niveau d'alphabétisation :**.....

**1:** Analphabète **2:** Primaire **3:** Secondaire **4:** Supérieur

**Q8 : Résidence :**.....

**1 :** Urbain

**2:** Rural

**Q9 : Mode d'admission :**.....

**1:** Venue d'elle-même

**2:** Référée

**3:** Evacuée

**Q10 : Motif d'admission :**.....

**1:** SFA **2:** SPRU **3:** Bassin immature **4:** BGR **5:** Eclampsie

**6 :** EET Bassin limite sur utérus cicatriciel **7 :** Présentation dystocique

**8 :** HRP **9 :** Prééclampsie sévère **10 :** Non engagement à dilatation

complète **11 :** DFP

**Q11 : Structure ayant Référé ou évacué :**.....

**1 :** CSCOM

**2 :** structures médicaux privés

**Q12 : Gestité :**.....

**1:** Primigeste

**2:** Paucigeste

**3:** Multigeste

**4:** Grande multigeste

**Q13 : Parité :**.....

**1:** Nullipare

**2 :** Paucipare

**3:** Multipare

**4:** Grande multipare

- Q14 : Antécédent de césarienne :**.....  
1: 1Césarienne      2: 2Césariennes      3:3Césariennes
- Q15 : Suivit Prénatal :**.....  
1: 0 CPN      2: 1- 3 CPN      3: 4CPN et plus
- Q16 : Terme de la grossesse :**.....  
1 : Inf à 37 SA      2 : Sup. à 37 SA
- Q17 : Coloration des conjonctives :**.....  
1: Pale      2 : moyennement coloré      3: coloré
- Q18 : Tension artérielle :**.....  
1: Inf ou égale 14/09      2 : Sup à 14/09
- Q19 : Hauteur utérine :**.....  
1 : Inf ou égale à 35cm      2 : Sup ou égal à 36cm
- Q20 : ATCD Gynécologique :**.....  
1: Leucorrhée pathologique      2 : Prurit      3 : Dyspareunie
- Q21 : Rupture des membranes :**.....  
1: Intactes      2 : Inf à 12h      3 : Sup. à 12h
- Q22 : La durée du W :**.....  
1: Inf ou égale à 12h      2: 13 – 24 h      3: Sup à 24      4: Non Précise
- Q23 : Aspect du liquide amniotique :**.....  
1: Clair      2: Jaunâtre      3: Méconial      4: Sanglant
- Q24 : Odeur du liquide amniotique :**.....  
1: Fétide      2: Non Fétide
- Q25 : Contexte de Césarienne :**.....  
1 : Urgence      2 : Programmée
- Q26 : Indications de la césarienne :**.....  
1: SFA      2: SPRU      3: Bassin immature      4: BGR      5: Eclampsie  
6 : EET Bassin limite sur utérus cicatriciel      7 : Présentation dystocique  
8 : HRP      9 : Prééclampsie sévère      10 : Non engagement à dilatation complète      11 : DFP

- Q27 : Qualification des opérateurs :.....**  
1 : Spécialiste                      2 : Généraliste
- Q28 : Type d'anesthésie : Générale :.....**  
1 : Générale              2 : Péridurale              3 : Rachianesthésie
- Q29 : Durée d'intervention :.....**  
1: Inf à 30mn      2: 30mn-1h              3: Sup. à 1h
- Q30 : Quantité de sang per opératoire :.....**  
1 : Inf ou égale à 1000ml              2 : Sup. à 1000ml
- Q31 : NN selon leur état :.....**  
1 : Mort né                                      : Vivant
- Q32 : NN selon le score d'apgar à la 5ième minute :.....**  
1: 0      2: 1-7              3: 8 -10
- Q33 : Durée d'hospitalisation :.....**  
1: 5-10jours      2:11-15jours      3:16-20jours      4:21-26jours      5:26-30 jours
- Q34 : Type de complications :.....**  
1 : Infectieuse                      2 : Non infectieuse
- Q35 : Type de complication non infectieuse :.....**  
1 : Digestive {Iléus paralytique              occlusion}  
2 : Hémorragie {hémorragie de la paroi              saignement de la paroi}  
3 : Urinaire : blessure vésicale méconnue en per opératoire  
4 : Autre  
5 : Psychose puerpéral      6: Accident anesthésique      7: Décès maternelle
- Q36 : Type de complication infectieuse :.....**  
1: Endométrite      2: Suppuration pariétale      3: Décès maternel  
4: Endométrite + Suppuration pariétale      5: Pelvipéritonite sans endométrite
- Q37 : Signes cliniques de l'endométrite :.....**  
1: T° entre 38°C – 38,5° C      2 : T° Sup. à 38,5°C      3 : Lochies fétide  
4 : Lochies hématique      6: Mauvaise involution utérine      7: Col ouvert au toucher



**Q38 : Délai d'apparition de l'endométrite :.....**

- 1: 2jours post césarienne    2: 3 jours post césarienne  
3: 4jours post césarienne    4 :J5 post césarienne

**Q39 : Signes cliniques de la suppuration Pariétale:.....**

- 1: T° entre 38– 38,5° C    2 : T° Sup. à 38,5°C    3: Douleur  
4 : Ecoulement purulent de la plaie    5 : Lâchage de la paroi

**Q40 : Délai d'apparition de la suppuration :.....**

- 1 : J3 post césarienne    2 : J4post césarienne  
3 :J5 post césarienne    4 : J6 post césarienne

**Q41 : Antibiothérapie :.....**

- 1 : Amox+Genta+Metro    2 : Celftrixone+Genta  
3 : Amox+ Metro    4 : Syntocinon    5 : Autre

**Q42 : Rythme des pansements :.....**

- 1: Quotidien    2: Biquotidien    3: 1jour sur 2

**Q43 : Reprise de la paroi :.....**

- 1 : Faite    2 : Non faite

**Q44 : Médicament utilisé dans le pansement :.....**

- 1 : Betadine    2 : Alcool 90°    3 : Eau oxygénée    4 : Banéocin

**Q45 :Type de césarienne :.....**

- 1 : IMSO    2 : Pfannenstiel

Compte Rendu Opératoire

**FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** Mariko

**Prénoms :** Samba Lassina

**Pays d'origine :** Mali

**Ville :** Koutiala

**Titre :** Etude des complications maternelles de la césarienne dans le service de gynécologie Obstétrique du centre de référence de Koutiala.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie obstétrique, Santé publique.

**Adresse E-mail :** [masa190480@yahoo.fr](mailto:masa190480@yahoo.fr)

**Résumé :**

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive portant sur 48 parturientes à la maternité de Koutiala pour diverses complications maternelles.

Les objectifs étaient surtout de déterminer la fréquence des complications liées à la césarienne, d'étudier les caractéristiques socio démographiques des parturientes, de décrire les aspects cliniques et gynéco obstétriques des complications liées à la césarienne et de proposer des recommandations.

Sur une période de 12 mois (Janvier 2007 à Décembre 2007). La césarienne en générale pendant cette période a représenté 14,6% des accouchements et les complications de la césarienne étaient de l'ordre de 22,7%.

Les complications per opératoire étaient de 12,5% ; et les complications post opératoires étaient de 87,5%.

Les analphabètes ont été la couche sociale la plus concernée. Les principales complications étaient : l'endométrite 37,5% ; la suppuration pariétale : 16,6% et l'hémorragie per opératoire 12,5%.

**Mots Clés : Césarienne – Complication - Maternelle.**

## 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 **je 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 !**