



UNIVERSITÉ DE BAMAKO



**FACULTÉ DE MÉDECINE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE : 2008 – 2009

N...../

Thèse

**ETUDE DES SUITES DE COUCHES
POST-CESARIENNE AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE LA COMMUNE IV DU
DISTRICT DE BAMAKO**

Présentée et soutenue publiquement le2009
devant la Faculté de Médecine, de Pharmacie et
d'Odonto-Stomatologie

Par M. COULIBALY Bilali

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

Jury

Président : Pr. Salif DIAKITE

Membre : Dr. SOUMARE Modibo DIAGUINE

Co-directeur : Dr. TEGUETE Ibrahima

Directeur: Pr. DOLO Amadou Ingré

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

ADMINISTRATION

DOYEN: **ANATOLE TOUNKARA** – PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR: **DRISSA DIALLO** – MAÎTRE DE CONFERENCE AGREGÉ

2^{ème} ASSESSEUR: **SEKOU SIDIBE** – MAÎTRE DE CONFERENCES

SECRETARE PRINCIPAL: **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** – PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE: **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL-**
CONTROLEUR DES FINANCES

PROFESSEURS HONORAIRES

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

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

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

Mr Abdoul Kader TRAORE dit DIOP Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie-Reanimation
Mr Zimogo Z SANOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sekou SIDIBE	Orthopédie-Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie-Reanimation
Mr Tieman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
Mme TRAORE J THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOÏBA	Anatomie & Chirurgie
Générale	

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Djeneba DOUMBIA	Anesthésie Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie- Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie -
Traumatologie	
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie-Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/ Obstétrique
Mr Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Boureima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie générale
Mr Brehima COULIBALY	Chirurgie générale
Mr Adama Konoba KEITA	Chirurgie générale

Mr Adégné TOGO	Chirurgie générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro-Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S. MAÏGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie – Mycologie Chef de

D.E.R.

Mr Mahamadou A THERA	Parasitologie – Mycologie
----------------------	---------------------------

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F. M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie – Biologie
Animale	
Mr Ibrahim I. MAÏGA	Bactériologie – Virologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie/ Virologie
Mr Cheick Bougadari TRAORE	Anatomie pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie-Moléculaire
Médicale	
Mr Mouctar DIALLO	Biologie/ Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie-Moléculaire
Médicale	
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie - Mycologie
Mr Bakary Maïga	Immunologie

5. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOKO	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Djbril SANGARE	Entomologie-Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie
Médicale	
Mr Moussa FANE	Parasitologie /Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAÏGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie- Chef de D.E.R.
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies infectieuses
Mme Mariam SYLLA	Pédiatrie

3. MAITRES DE CONFEERENCES

Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Sahare FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Soungalo Dao	Maladies infectieuses

4- MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	Médecine interne
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa A. CISSE	Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEUR

Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique Chef de D.E.R
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Drissa DIALLO	Pharmacognosie
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît Yaranga KOUMARE	Chimie analytique
Mr Ababacar I. MAÏGA	Toxicologie

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
--------------	-----------

Mr Saibou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière
Mr Sékou BAH	Pharmacologie

D.E.R. SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
--------------------	----------------

2. MAÎTRE DE CONFERENCES AGREGES

Mr Moussa A. MAÏGA	Santé Publique
--------------------	----------------

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique

4. MAÎTRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique

5. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

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

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr. Babacar FAYE
Pr. Mounirou CISS
Pr Amadou Papa DIOP
Pr. Lamine GAYE

Bromatologie
Pharmacodynamie
Hydrologie
Biochimie.
Physiologie

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH le tout puissant, le très miséricordieux et à son prophète (paix et salut sur lui); pour m'avoir donné la santé et le courage de mener à bien ce travail.

A mon Père, feu

Beïdari COULIBALY

in memorium

J'aurais voulu partager avec toi les joies de ce moment solennel de ma vie. Mais le destin en a décidé autrement..

Papa, grâce à ta sagesse et à ta qualité d'homme modèle, tu as cultivé en nous le sens du respect, de l'honneur, de la dignité, de l'amour et de l'endurance dans le travail. Ton souci a toujours été de nous inculquer l'amour du travail bien fait et le sens du devoir.

Trouves ici cher père la récompense de tes immenses sacrifices.

Puisse la terre te soit légère.

A ma mère, feu

Sadio TAMBOURA

in memorium

J'aurais voulu partager avec toi les joies de ce moment solennel de ma vie. Mais le destin en a décidé autrement..

Maman, toute l'affection et tout l'amour que je te porte demeurent toujours en moi. Merci de m'avoir soutenu et aidé à surmonter toutes les difficultés de la vie. Ton souci a toujours été de nous inculquer l'amour du travail bien fait et le sens du devoir.

Puisse la terre te soit légère. Amen!

A mes sœurs :

Maïmouna DIAKITE et

Binta COULIBALY

Je voudrais que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez consentis à mon égard. Merci pour votre soutien financier et moral qui ne m'ont jamais fait défaut durant mes études. Je vous remercie infiniment.

A mes frères : Bocar,

Abdoulaye, Boubou et

Madou et Bouréma

Grande que puisse être une contribution, elle ne serait à la hauteur de vos sacrifices, vos prières et votre soutien moral pour moi.

Je prie Dieu, le tout puissant, de vous protéger et de vous procurer

| *santé, bonheur et longue vie... . Amen!*

REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements :

A mes cousins :

*Issa DIAKITE,
Dramane DIAKITE,
Djibril DIAKITE et
Oumar DIAKITE*

Vous m'avez toujours considéré comme votre propre frère. Puisse Dieu le tout puissant vous garde longtemps parmi nous pour goûter aux fruits de ce que vous avez semé. Amen !

*A la famille SAMAKE
a SEVARE*

Vous m'avez toujours pris comme votre propre fils. Votre soutien sans faille et votre désir de me voir réussir m'ont aidé tout le long de mon parcours. Je vous reste reconnaissant. Acceptez que cet ouvrage soit le votre.

A mes chers amis

N'ait été votre apport matériel, financier et moral, ce travail n'aurait pas vu le jour. Sachez que ce travail est le vôtre. Chers amis merci pour tout le service rendu. Puisse Allah le tout puissant nous garder longtemps ensemble et couronner vos entreprises de succès et de paix. Amen !

*Au Dr
Téguété I. et sa famille*

Mes sincères remerciements pour votre soutien sans faille. Puisse Dieu vous donner santé et succès dans vos entreprises.

*Au Dr. TOURE
Moustapha,*

Aucune phrase ne saurait exprimer le fond de mon cœur et toute la considération que j'ai pour vous. Je ne saurais assez vous remercier pour m'avoir conduit par vos conseils tout au long de cette thèse. J'espère ne jamais vous décevoir.

*A tous mes tontons
et toutes mes tantes*

Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Trouvez ici toute ma reconnaissance et mon profond respect.

<i>A tous mes cousins et toutes cousines</i>	<i>Vous m'avez considéré comme votre frère, Votre esprit solidaire et votre admiration pour moi m'ont toujours exhorté à plus de persévérance afin de vous donner un bon exemple, je vous souhaite bon courage et plein de succès dans la vie. Ce travail est aussi le vôtre; que la paix et l'entente règnent toujours entre nous.</i>
<i>A toutes mes nièces et tous mes neveux</i>	<i>Vous m'avez tous considéré comme votre propre père. Merci pour tout le respect à mon égard. Recevez à travers ce modeste travail qui est du reste le votre tous mes sentiments de fraternité</i>
<i>A tous mes amis du quartier</i> <i>A toutes les sages-femmes du CSRéfCIV</i>	<i>Vous avez toujours su me soutenir, merci. Ce travail est le vôtre.</i> <i>Merci pour votre soutien et pour votre formation a notre début dans le service. Ce travail est aussi le votre.</i>
<i>A tous les anesthésistes du C.S. RéfCIV</i>	<i>Merci pour votre soutien moral et votre collaboration sans faille.</i> <i>Merci pour vos conseils. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs. Acceptez que cet ouvrage soit le vôtre.</i>
<i>A l'administration et tous le personnel du CSRéfCIV</i>	<i>Recevez par ce modeste travail toute ma reconnaissance et ma profonde gratitude.</i>
<i>A tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique du CSRéfCIV</i>	<i>Vous avez rendu mon séjour au service très agréable et enrichissant, merci pour tous ces moments passés ensemble et de votre soutien.</i> <i>Je n'oublierai jamais les instants passés avec vous.</i>

*A mes condisciples du
service de G-O du
CSRefCIV*

*Pendant notre cursus médical vous étiez toujours là pour me
réconforter et me soutenir dans les moments les plus durs.
Merci pour votre aide et votre sympathie.*

A mes aînés

*Vous m'avez donné le courage et la force d'affronter et de poursuivre
ce travail
vis remerciements. Ce travail est aussi le vôtre.*

*A tous ceux de près ou
de loin qui ont
participé à la
confection de cet
ouvrage et qui ne
verront pas leur nom
dans ledit document.*

*Merci pour votre soutien qu'il soit matériel, financier et moral ces
travaux sont aussi le vôtre. Merci !merci !*

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITE,

- *Professeur titulaire en gynécologie obstétrique à la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako*

Secrétaire général du syndicat des personnels socio sanitaires du Mali

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations.

Nous avons admiré vos immenses qualités scientifiques, humaines et pédagogiques.

Nous avons apprécié votre rigueur et votre dévouement dans le travail bien fait.

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité afin que nous puissions bénéficier de votre expérience

Veillez agréer, cher maître, l'expression de notre profond respect.

Vos qualités exceptionnelles de formateur, jointes à votre modestie font de vous un homme de référence.

A notre Maître et juge de thèse

Docteur Soumaré Modibo Dianguinè

- *Spécialiste en gynécologie obstétrique*
- *Chef de service de Gynécologie obstétrique du Centre de Santé de
Référence de la Commune I du District de Bamako*
- *à la Faculté de*

Nous avons été impressionné par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail malgré vos occupations. Cher maître, votre dynamisme, votre disponibilité et votre rigueur font de vous un maître admiré et respecté .

Recevez ici cher Maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et co-directeur de thèse

Docteur Ibrahima TEGUETE

Gynécologue obstétricien ;

- *Maître Assistant à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.*
- *Secrétaire Général Adjoint de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO).*

Votre souci constant du travail bien fait, votre art de transmettre le savoir et votre attachement à la formation correcte de vos élèves font de vous un maître de référence. Votre caractère sociable fait de vous un homme exceptionnel toujours à l'écoute des autres.

Vous nous avez toujours considérés comme des jeunes frères. Nous avons beaucoup appris à vos côtés, Merci pour la qualité de votre encadrement.

Recevez ici l'expression de toute notre profonde gratitude.

Que Dieu vous assiste dans toute votre vie.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Amadou Ingré DOLO

- *Professeur titulaire de Gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako ;*
- *Chef du service de Gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré ;*
- *Président du Réseau National de Lutte contre la Mortalité Maternelle ;*
- *Père fondateur de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SOMAGO) ;*
- *Point Focal de la VISION 2010 au Mali.*

Honorable maître,

Merci de nous avoir accueilli dans votre service.

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

Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, d'humilité et du travail bien fait. Vous nous avez appris que le succès est au bout de l'effort

Honorable maître, c'est aujourd'hui une fierté pour nous d'avoir été à votre école

Puisse le seigneur vous accorder santé et longévité afin de rendre meilleure l'école malienne de gynécologie obstétrique

Recevez ici cher maître, toute notre gratitude et l'expression de notre profond respect.

PLAN

I. Introduction

II. Généralités

III. Méthodologie

IV. Résultats

V. Discussion

VI. Conclusion et Recommandations

Liste des abréviations

AG : anesthésie générale

ATCD : antécédent

BPN : bilan prénatal

BDCF : bruits du cœur foetal

BGR : bassin généralement rétréci

CHU : centre hospitalier universitaire

CSCOM : centre de santé communautaire

CPN : consultation prénatale

CPON : consultation post-natale

DFP : disproportion foeto-pelvienne

DDR : date des dernières règles

FVV : fistule vésico-vaginale

GIE : groupement d'intérêt économique

HGT : hôpital Gabriel Touré

HRP : hématome rétro-placentaire

HNPG : hôpital national du Point G

HTA : hypertension artérielle

ICor : intervalle de confiance de l'odds ratio

INPS : institut nationale de prévoyance sociale

IMSO : incision médiane sous ombilicale

LCR : liquide céphalo-rachidien

L1, L2 : 1,2^{ème} vertèbre lombaire

OMS : organisation mondiale de santé

ORL : oto-rhino-laryngologie

OR : odds ratio

ONG : organisation non gouvernementale

P : probabilité

PF : planification familiale

PEV : programme élargi de vaccination

PDSC : plan de développement socio-sanitaire de la commune

RPM : rupture prématurée des membranes

RCF : rythme cardiaque foetale

SA : semaine d'aménorrhée

SAA : soins après avortement

SFA : souffrance foetale aigue

SFC : souffrance foetale chronique

SP : sulfadoxine pyrimétamine

S1, S2 : 1 et 2^{ème} vertèbres sacrées

USA: United States of America

TABLE DES MATIERES

	Pages
I.INTRODUCTION-OBJECTIFS.....	
Objectif	
général.....	
....	
Objectifs Spécifiques.....	
II. GENERALITES.....	
II.1.Définition	
II.2.Historique.....	
II.3.L'anesthésie en vue d'une césarienne.....	
II.4. Les indications de la césarienne.....	
II.5.Technique de la césarienne	
II.6 suites post-césarienne	
Suites de couches physiologiques.....	
Suites de couches pathologiques.....	
III. METHODOLOGIE.....	
III.1.Cadre d'étude.....	
III.2.Type d'étude.....	
III.3. Période de l'étude.....	
III.4. Population d'étude.....	
III.5.Echantillonnage	
III.5.1. Critères d'inclusion.....	
III.5.2. Critères de non inclusion.....	
III.5.4.Technique d'échantillonnage.....	
III.6. Déroulement de l'étude.....	

III.7. Collecte des données.....	
III.7.1. Support.....	
III.7.2. Technique de collecte des données	
III.8.Variables.....	
III.9. Plan d’analyse et de traitement des données	
III.10.Aspects éthiques.....	
III.11.Définitions opératoires.....	
IV. RESULTATS	
IV.1. Les taux de césarienne.	
IV.2.Caractéristiques socio-démographiques :.....	
IV.2.1.Age.....	
IV.2.2. Statut matrimonial.....	
IV.2.3. Profession de la parturiente.....	IV.2.4.Niveau d’instruction
IV.2.4.Niveau d’instruction	IV.2.Mode d’admission
IV.3.Antécédents obstétricaux.....	
IV.4.Auteur C.P.N.....	
IV.5. Pathologie au cours de la grossesse.....	
IV.6.Examen clinique à l’admission.....	
IV.7.Paramètres de la césarienne.....	
IV.8.Etat du nouveau-né à la naissance.....	
IV.9.Complications post-césarienne.....	
IV.10.Decès maternel post-césarienne.....	
IV.11.Causes maternel.....	de décès

IV.12.Delai du décès maternel.....	
IV.12.Consultation post natale.....	
IV.13.Complications observées au cours de la CPON.....	
V. Discussions	
V.1. 5.1. Complications post césarienne :.....	
Les infections :	
Les hémorragies :	
Anémie du post-césarienne :.....	
5. 2. Facteurs de risque	
Référence en urgence :	
La non réalisation des consultations prénatales :	
Rupture prématuré des membranes	
La métrorragie :.....	
Césarienne en urgence :	
VI. Conclusion et recommandations :	
VI.1.Conclusion.....	
VI.2.Recommandations	
Références	

I. INTRODUCTION

« Aucun accouchement ne se présente mathématiquement sans risque » disait COLETTE C. citée par ROSENAU

Ce risque qui est le souci majeur de chaque obstétricien explique les recherches continues afin de réaliser les conditions les meilleures pour une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement.

La césarienne, intervention chirurgicale qui permet l'extraction du fœtus par la voie abdominale lorsque la voie naturelle s'avère impossible ou dangereuse pour la mère et /ou le fœtus, vise à réduire le risque maternel et

foetal [111]. La fréquence de la césarienne est en augmentation régulière depuis le début du siècle.

Les taux de césariennes varient énormément d'un pays à l'autre [19] et aussi dans le même pays. Cependant ils restent globalement faibles dans la plupart des pays en développement comme le notre [19].

On a relevé à Bamako, Abidjan, Ouagadougou et Niamey respectivement 1,6%, 1,5%, 2,7% et 2,1% entre 1994 et 1996 [19].

Si la césarienne constitue un mode d'accouchement sécurisant dans les pays développés, où les conditions opératoires et la gestion des suites opératoires sont meilleures, elle reste redoutée et redoutable encore dans nombreux pays en voie de développement, où la pauvreté et l'insuffisance du personnel de santé sont caractéristiques. Ainsi les suites sont grevées de morbidité et de mortalité maternelle.

La grossesse est considérée comme un événement heureux pour le couple et la famille. Elle crée un climat de stress, d'angoisse, de crainte et de mauvais sort si elle doit avoir comme issue la césarienne [116]. Cette dernière a une mauvaise réputation pour la plupart des femmes de notre pays. Son coût est élevé ; limitant ainsi son accessibilité. Ce qui a motivé l'institution de la gratuité de la césarienne par le gouvernement de notre pays le 23 juin 2005 afin de rendre l'intervention accessible à tous et diminuer le taux de mortalité et de morbidité maternelles et périnatales.

Cependant malgré une certaine sécurité de cette opération grâce aux progrès de l'anesthésie réanimation et la possibilité d'une antibiothérapie, les suites de couches post-césariennes sont émaillées de complications variables.

Si l'avènement de l'antibiothérapie et de l'asepsie a permis de réduire ces complications qui sont essentiellement les infections, celles-ci sont encore fréquentes dans les pays en voie de développement comme le Mali [117].

Ainsi la période des suites de couches est une période qui nécessite une évaluation dès l'accouchement, des différents facteurs de risque maternels, infectieux, hémorragiques ou thromboemboliques et l'instauration de

mesures de surveillance. Ces suites de couches post-césariennes prolongent souvent le séjour hospitalier et augmentent le coût de la prise en charge.

Devant ces constatations, il nous a paru important d'apporter notre contribution à l'étude des suites de couches post césarienne en 2006 dans le district sanitaire de la commune IV de Bamako.

Pour ce faire nous nous sommes fixés les objectifs ci après :

Objectifs :

Objectif général :

Etudier les suites de couches post-césariennes dans le service de gynécologie- obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV.

Objectifs spécifiques :

-Déterminer le taux de complications dans les suites de couches chez les femmes césarisées.

-Préciser les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui ont présenté des complications en post-césarienne.

-Identifier les facteurs de risque de survenue de complications dans les suites de couches post-césariennes.

II. GENERALITES

1- DEFINITIONS :

1-1 Césarienne :

La césarienne est une intervention chirurgicale qui permet d'extraire le fœtus ses annexes de la cavité utérine après ouverture chirurgicale de la paroi abdominale et incision de l'utérus. [87]

1-2- les suites de couches :

C'est la période entre l'accouchement et le retour des couches c'est-à-dire les premières règles normales. Elle est marquée par la disparition progressive des modifications de l'organisme liées à l'état grévide. Elle dure en moyenne 40 jours [87].

Les suites de couche :

Deux heures après l'accouchement, débute la période des suites de couches au cours de laquelle les transformations physiologiques de l'organisme maternel survenues pendant l'accouchement vont disparaître et permettre à la mère de retrouver son état non grévide. Cette période dure 6 semaines en moyenne et se termine par le retour des menstruations (retour de couches) [123].

Au cours de cette période surviennent des bouleversements physiques et psychiques, s'installe la lactation avec la possibilité de complications infectieuses, mammaires, thromboemboliques, des troubles physiques et psychiques. [123]

2. COMPLICATIONS DE LA CESARIENNE

2.1. Historique :

Oivier PARANT, Mars 1995

Opération obstétricale très ancienne dont l'origine reste controversée et n'ayant bénéficié que de peu d'innovation technique à travers les temps - Jusqu'à la fin du 19^{ème} siècle, la survie maternelle après Césarienne était exceptionnelle. La césarienne était une intervention d'exception pratiquée devant une dystocie pelvienne insurmontable [11]

- En effet, au 18-19^{ème} siècle, l'utérus n'était pas suturé et l'absence totale d'asepsie aboutissait à une mortalité maternelle proche de 80 % des cas ! (50 à 80 % selon les auteurs). Le risque était majoré si l'intervention était faite en milieu hospitalier [123]!!

A cette époque la mortalité après accouchement par voie basse variait entre 20 et 40 %

- 1^{ère} suture utérine en 1879

- 1876, PORRO pratique l'hystérectomie en bloc après la Césarienne pour diminuer le risque infectieux (péritonite)

- de 1876 à 1901, 1907 interventions de PORRO furent pratiquées avec une mortalité de 25 % (22 % pour l'enfant).

A cette époque PINARD signale une mortalité après césarienne de 44,5%

. Puis amélioration progressive du pronostic maternel [51]:

. Ère de l'Antisepsie puis de l'Asepsie

. Progrès de technique opératoire

(Diminution des interventions de Porro, suture utérine en 1882, Pfannenstiel 1908,

Césarienne segmentaire 1921 (BRINDAU)...)

. Anesthésie et transfusions sanguines

. Antibiotiques

. Lutte contre les maladies thrombo-emboliques.

De telle sorte que les indications de la césarienne n'ont cessé de s'accroître.

Réputée facile, c'est une intervention banale à force d'être fréquente.

Intervention chirurgicale essentielle de l'obstétrique, environ 100 000 césariennes sont pratiquées chaque année en France.

2. 2. MORTALITE ET MORBIDITE DE LA CESARIENNE

A- Mortalité maternelle : [18 ; 44 ; 123 ;]

Diminution considérable du fait des progrès techniques, de l'antibiothérapie et de la réanimation :

Mortalité globale estimée en France : ...2 / 1000 (1 à 3 ‰) Cette mortalité est nettement supérieure à celle de l'accouchement par voie basse avec un Risque relatif voisin de 6 (4 à 10 selon études). La mortalité est le plus souvent imputable à la pathologie qui a nécessité l'intervention. La responsabilité directe de l'intervention ne semble être en cause que dans 1,6/10 000 (DAVIS, 1986 Massachusetts) soit environ le double de la mortalité maternelle après accouchement par voie basse [123].

Une étude Australienne (BROE, 1989) retrouve des résultats similaires avec 2 morts maternelles sur 9584 césariennes, soit une mortalité de 0,2 ‰. Dans cette étude le Ratio par rapport à l'accouchement par voie basse est de 3,2 et les 2 morts étaient liées à une embolie de Liquide Amniotique [114].

Etiologie de morts maternelles :

- états infectieux sévères
- complications hémorragiques
- état pathologique maternel préexistant
(Cardiopathie décompensée, maladies gravidiques...)

B- Morbidité maternelle :

1. Complications per-opératoire

Concernent environ 4,6% des césariennes [105] et sont représentées par :

- Hémorragie per-opératoire
- Plaies urinaires
- Plaies digestives

2. Complications post-opératoires

Le taux de morbidité pos-opératoires varie considérablement d'un auteur à l'autre (10-42 %) selon qu'ils prennent en compte (ou non) les incidents

mineurs des suites de couche. Elles touchent grossièrement **1 patiente sur 3** [104 ; 44]

(RACINET : 33 % /ERY : 34 %) et sont dominées par les problèmes infectieux et thrombo-emboliques. Même si la complication n'est pas toujours grave, elle augmente la durée de l'hospitalisation et le coût de l'accouchement. Il est classique de dire que la patiente césarisée cumule les risques de l'accouchement et de l'opérée abdominale [105].

- complications infectieuses ; 20 % des complications
 - . Endométrite pouvant entraîner une infection annexielle voire une paramétrites et / ou péritonite ou une septicémie.
 - . Infection urinaire (favorisée par le sondage vésical)
 - . Abscess de paroi (4 à 8 % des césariennes
 - . Infection pulmonaire
- complications thromboemboliques 0,5 à 1 % des complications
 - . Bien que rares, elles sont graves car le pronostic vital est engagé
 - . Leur fréquence a considérablement diminué avec le lever précoce et la large diffusion des Héparines de bas poids moléculaire
 - . Ratio = 4 par rapport aux accouchements par Voie Basse
 - . Membres inférieurs /Thrombo-embolique ovarienne
- complications hémorragiques post-opératoires environ 4 % (et anémie post-opératoire)
- complications digestives post-opératoires
- complications non fibrinocruoriques
- autres complications non spécifiques des suites de couche
 - . Troubles psychiatriques
 - . Problèmes d'allaitement ...

3. Complications à distance

- problèmes particuliers liés à la cicatrice utérine et à l'avenir gynécologique et obstétrical des patientes césarisées ne sera pas envisagé [106]

- complication « digestives » à distance

- fistules uro-génitales

C- Morbidité néonatale : non envisagé

2. 3. COMPLICATIONS PER-OPERATOIRES

A- Complications hémorragiques :

Plummer (1988) estime le volume des pertes sanguines au cours d'une césarienne non compliquée entre 500 à 1000 ml !

L'Hémorragie per-opératoire complique environ 10 % des césariennes.

L'Hémorragie peut précéder la décision de césarienne, être constatée au cours ou au décours de celle-ci. Le diagnostic précis de l'origine de l'hémorragie doit être déterminé pour choisir le traitement adéquat. [53]

Examen des voies génitales basses sous valves +++ (indispensable en cas d'hémorragie persistante post-opératoire) surtout si la césarienne a succédé à des tentatives infructueuses d'extraction fœtale par voie basse [53].

1. étiologies

+ Facteurs généraux : troubles de la coagulation et de l'hémostase

- congénitaux (rare) Willebrand/ déficit en facteur XI...
- Acquis (le plus souvent) ++

. Conséquences des TAC

. Déficit hépatique (hépatite Aigue, stéatose G Aigue...)

. Coagulopathie acquise : septicémie à Gramm. -, rétention de fœtus mort, embolie amniotique, HRP, Hémorragie importante mal contrôlée

. Anomalies plaquettaires, hémopathies...

+ Facteurs locaux :

- A part : Placenta prævia antérieur
- Troubles de la placentation : **placenta accreta**

Très rare : 0,5 à 1 ‰

2^{ème} cause d'hystérectomie d'hémostase pour hémorragie obstétricale. Selon le degré de fusion utéro-placentaire soudure, on distingue :

- placenta accreta vrai : simple soudure à la paroi utérine
(Pas d'interposition de caduque)
- placenta increta : pénétration des villosités au sein même de la musculuse (invasion Partielle du myomètre)
- placenta percreta : la pénétration peut aller jusqu'à la séreuse péritonéale et même l'effondrer...

(Ex : placenta prævia percreta avec envahissement vésical)

= dans tous les cas, il n'existe aucun plan de clivage

Complice soit une insertion normale (corps) soit une insertion basse 'SI) du placenta.

Clark et Phelan 1985, rapportent 25 % d'hystérectomie d'hémostase chez les patientes césarisées pour placenta prævia sur utérus mono ou bi cicatriciel [105]!

- **Rupture utérine**

Elle peut ou non intéresser les pédicules vasculaires latéraux peut s'étendre aux organes de voisinage : dôme vaginal, Vessie (adhérence). Elle peut être intra ou sous péritonéale [106]

- **Traumatismes opératoires hémorragiques**

(Extension de l'incision d'hystérotomie)

Ces traumatismes surviennent surtout lors d'extractions laborieuses et sur utérus cicatriciel ++

Certains auteurs conseillent de compléter l'hystérotomie aux ciseaux sur utérus cicatriciel plutôt qu'aux doigts (diminuent les risques de déchirures) [105 ; 16 ; 95]

a) «Déchirure des bords »

Elle peut être +/- étendue, parfois circulaire, subtotale

(<=> amorce d'hystérectomie, parfois curviligne ascendante

. Artère utérine Exceptionnel

Repérage du vaisseau difficile +++ (constitution rapide d'un hématome du Ligament Large avec rétraction vasculaire)

. Artère cervico-vaginale (le plus souvent)

En contact étroit avec le segment inférieur

La blessure provoque un saignement en jet à gros débit hémostase facile (en règle)

b) Déchirure du col : (en général lors d'une incision verticale)

Réparation difficile (profondeur)

La déchirure peut gagner la face postérieure de la vessie en cas d'adhérences vésico-segmento-cervicales

Importance du bilan lésionnel ++ (ne pas méconnaître une plaie vésicale) faire test au bleu au moindre doute.

- **Atonie utérine réfractaire**

L'inertie utérine complique classiquement 2 à 5 % des Accouchements. Les facteurs de risque sont bien connus :

- . Multiparité (dégénérescence fibreuse du myomètre)

- . Surdistention utérine (grossesse multiples, hydramnios, macrosomie)

- . Travail prolongé avec épuisement musculaire

- . Utérus fibromateux ou malformé (contractilité diminuée)

- . Iatrogène (Mimétiques, Fluothane...)

Souvent manifestation post-opératoire

Souvent latente (surtout après AG)

Importance de la surveillance post-opératoire +++

2. Moyens du traitement

- Traitement médical (Anesthésiste réanimateur) =

- correction des désordres de la coagulation connus avant la chirurgie

- maintenir une hémodynamique correcte

- prévenir l'installation d'une coagulopathie (dont le traitement curatif est plus difficile)

- Procédés conservateurs =

- Compression de l'Aorte

L'aide comprime l'aorte en avant du promontoire Dangereux

A ne pas prolonger mais permettre une économie de sang non négligeable dans les hémorragies importantes

- Révision Utérine (elle est systématique) + Massage bimanuel (utérus ouvert). [105]

Après hystérorraphie, massage du corps utérin saisi à 2 mains.

- Administration de produits ocytociques (inertie) voie IV ou Intra murale

- **Syntocinon** IV, IM, Intramyométrial

5 UI IVD associé à une perfusion IV (10 UI/500) ++

10 UI Intramyométrial direct pour certains

L'injection IM a un effet plus retardé

La plupart des auteurs conseillent de ne pas dépasser 60 à 80 unités

. Risque théorique d'intoxication à l'eau (effet ADH-like) et

. Saturation des récepteurs myométriaux

- **Methergin** (méthylergométrine) dérivé de l'ergot de seigle 0,2 mg (1 ampoule) injecté en intra-mural (ou en IM) délai d'action 2 à 5 minutes durée d'action 4 à 6 heures

ATTENTION : prudence avec le méthergin (effets secondaires) contre-indiqué si HTA ou pathologie cardiaque.

- Prostaglandines

- PGF 2a (Dinoprost, Prostin F2) le plus utilisé biblio perfusion IV (4 à 40 ug/min),

IM, Intramyométrial 84 à 94 % de succès selon les auteurs

- PGE 2 et analogues synthétiques (sulprostone NALADOR 500)

1 ampoule de 500 ug dans 250 ml de NaCl 9 % à dose de 60 gttes/mn (sans Dépasser 80 gouttes = 240 ml/h).

Ne pas dépasser 1500 ug au total (3 ampoules)

Efficacité atteinte en 30 min.

- Ligatures vasculaires = - Artère utérine
- Artère hypogastrique

+ Permet un sauvetage maternel tout en conservant l'utérus.

Les données actuelles ne retrouvent peu ou pas d'incidence sur :

- . Le déroulement ultérieur des cycles menstruels
- . L'obtention et l'évolution de nouvelles grossesses

(Préservation de l'avenir obstétrical)

Probablement en raison de l'importance des circulations collatérales.

+ Bases anatomiques bien codifiées par Negura (1988)

- le corps utérin est irrigué essentiellement par l'artère utérine en aval de sa grosse (la ligature bilatérale des branches ascendantes réduit le flux sanguin utérin de 90 %

- la région cervico-segmentaire, le vagin, les régions para utérines et hypogastrique : artère vaginale longue et cervico-vaginale.

Ainsi :

- les hémorragies graves d'origine utérine corporelle relèvent de la ligature en 1^{ère} intention des branches ascendantes de l'utérine
- les hémorragies graves d'origine cervico-segmentaire relèvent de la ligature des hypogastriques.

a) ligature de l'artère utérine (proposée par Waters en 1952)

+ O'Leary (1986) sur 200 femmes ayant eu une ligature bilatérale des utérines à la suite d'une hémorragie importante retrouve 95 % d'efficacité.

L'indication majeure était l'atonie utérine [124].

+ Complication <> 1 % (faible – inexpérience de l'opérateur

+ Technique :

. Exposition du Ligament large

. Ligature au fil résorbable par un point simple chargeant l'artère utérine au début de son trajet ascendant au contact du bord latéral de l'utérus en regard de l'incision d'hystérotomie (" low ligature")

. Certains auteurs recommandent de prendre 1 à 2 cm de la paroi utérine avec l'artère utérine quand on réalise la suture.

. Aiguille introduite d'avant en arrière, puis dirigée d'arrière en avant dans un espace avasculaire du ligament large [105]

. Du fait d'éventuelles anastomoses entre artère ovarienne et utérine, une seconde ligature haute est souvent placée au niveau des ligaments utéro-ovariens en évitant de compromettre la vascularisation tubaire (« high ligature »)

Tsirulnikow suggère de ligaturer non seulement les pédicules utérins mais aussi les ligaments ronds et utéro-ovariens bilatéral [105]

. Cette ligature doit être bilatérale.

b) ligature des artères hypogastriques :

+ recommandée dans le but d'éviter l'hystérectomie

+ la ligature bilatérale des hypogastriques ne réduit que de 50 % la vascularisation de ces régions (importance des anastomoses vasculaires).

Cependant, en diminuant la pression sanguine distale (de 85 % environ), cette ligature supprime les à-coups systoliques et transforme le système artériel en système veineux, rendant l'hémostase complémentaire plus facile. Elle est efficace dans près de 50 % des cas dans les hémorragies secondaires à une atonie utérine ou un placenta accreta (beaucoup moins efficace pour les déchirures du ligament large et du dôme vaginal) [105 ; 11]

+ Technique :

. +/- agrandissement de la voie d'abord [105Racinet]

. Abord du trépied iliaque droit, en réclinant l'utérus vers le bas

. Repérer l'uretère +++ (adhérent au péritoine pariétal), isolé sur lac et récliné en dehors

. Isolement de l'artère sur 2 cm depuis son origine (au dessus de l'émergence de l'artère fessière)

. Risque de lésion de la veine iliaque interne accolée à l'artère en dehors

. Double ligature sans section, au fil résorbable

. A gauche, difficulté à cause de l'insertion +/- basse du méso sigmoïde.

. L'uretère est récliné en dedans

. Utiliser un dissecteur à angle droit /aspiration

+ Risques : il existe 4 pièges classiques [105 ; 106]

- ligature de l'artère iliaque interne (ou externe ! ---> Ischémie des membres inférieur.

(Isolement prudent

(Palpation des pouls avant et après ligature

- Déchirure de la veine iliaque interne (ou externe)

Réparation difficile / très hémorragique ++

(Le dissecteur doit passer contre l'artère de dehors en dedans

(Soulever l'artère à l'aide d'une pince de Babcock

- Plaie urétérale

(Isolement sur l'uretère sur lac

- Hématome rétro péritonéal si mauvaise hémostase,

(Hémostase soigneuse +/- clips hémostatiques

+ En raison du taux de succès ne dépassant pas 50 % (dans les différentes études) et du risque potentiel de complications sévères, cette technique doit être réservée aux patientes à parité basse désirant d'autres grossesses et après échec de la ligature des utérines. Sinon préférer l'hystérectomie [105].

- Hystérectomie d'hémostase =

+ Contre-indication ou échec des ligatures vasculaires la technique ne sera pas détaillée...il agit en général d'une hystérectomie subtotale ++ [104]

(Sauf si la lésion responsable a une topographie cervico-segmentaire)

+ 3 principes :

- Ne jamais retarder son exécution (troubles de la coagulation) sur une large série américaine [(Phelan)], la déperdition moyenne de sang avant décision d'hystérectomie est évaluée à 2 litres

- toutes les ligatures doivent être appuyées, très serrées et doublées

- aussi électives que possible (diminution de l'œdème en 48 heures !)

+ Harika, dans une publication très récente souligne l'intérêt de la ligature bilatérale des hypogastriques en association avec l'hystérectomie pour diminuer les pertes sanguines (en cas d'hémorragie massive) ou pour réduire le risque d'hématome sous-péritonéal (si troubles de l'hémostase) [95]

NB : l'hystérectomie d'hémostase dans les hémorragies graves des ligaments larges (rôle de la vaginale longue) est illusoire et relève de la faute. L'hémostase de la vaginale longue pouvant être obtenue par voie haute ou basse [105].

L'hystérectomie doit être réservée :

- aux différentes variétés de placenta accreta

- et aux rares cas de ruptures utérines négligées infectées

- Embolisation artérielle =

Méthode élégante et peu invasive mais nécessitant une collaboration avec les radiologues, et des moyens lourds (plateau technique)

Impossible si hémodynamique précaire (durée moyenne > 2 heures !) Non faite à Toulouse

Technique :

. Cathétérisme sélectif par Seldinger rétrograde sous contrôle Radiologique

. Injection de vasopressine ou de matériel d'Embolisation

Le petit nombre de cas réalisés ne permet pas une comparaison valable avec les moyens chirurgicaux classiques.

. Indications

- Atonie utérine :

Phelan propose une approche graduelle

- Traitement médical toujours (réanimation)
- compression, massages (après RU)
- traitement ocytotique : perfusion d'ocytocine
 - Methergin
 - prostaglandines
- ligature des utérines ++ (voire des utéro-ovariens et des ronds)
- ligature des hypogastriques
- hystérectomie d'hémostase (exceptionnelle dans cette indication)
- Traumatismes opératoires et ruptures utérines (dépend du siège des lésions, des difficultés de réparation, de l'âge, de la parité, du désir de grossesse...)
- pas d'hémostase à l'aveugle +++ [106]
- Tanponement ferme (5 minutes « montre en main »)
- Bilan lésionnel ++ (exposition, écarteurs, traction sur utérus après luxation...)
- Ne pas méconnaître une plaie vésicale (test au bleu au moindre doute)
- sutures +/- ligatures vasculaires
 - +/- ligature des trompes (si atteindre corporeale)
- Parfois nécessité de compléter la réparation par voie vaginale !
- hystérectomie parfois nécessaire
- Placenta accreta
 - éviter les tentatives « énergiques » de clivage : risque de dilacération du myomètre voire de véritables ruptures utérines...
 - traitement de choix : Hystérectomie d'hémostase +++
 - . A pratiquer sans attendre, dès le diagnostic de Placenta Accreta posé.
 - . Dans ce cas, une hystérectomie totale sera parfois nécessaire pour contrôler l'hémorragie (surtout si placenta prævia !)
 - cas particuliers : Placenta. Accreta focal chez une patiente jeune avec désir important de grossesse ultérieure. Certains auteurs préconisent [53]:
 - . Excision du site d'invasion suture (Clark)

- . Laisser le placenta in situ sous couvert de ligatures vasculaires préventives et curetage utérin à prévoir à distance après involution utérine

B- Plaies urinaires :

Elles sont plus fréquentes que les plaies digestives intéressent surtout le dôme vésical ; plus rarement les uretères (surtout gauche) [53]

1. plaies vésicales

- Fréquence variable

La fréquence semble majorée depuis que l'on pratique des incisions transversales basses par rapport aux anciennes séries.

Reste une complication rare évaluée à 2,5 ‰

La fréquence est majorée si une césarienne hystérectomie est pratiquée et on retrouve des taux de 5,2 % (Mickail) – 4,1 % (Barchy) [53]

- **circonstances** =

- . Pénétration abdominale
- . Décollement vésico-utérin
- . Rupture utérine et déchirures opératoires (Surtout si utérus cicatriciel)

- **diagnostic** =

- . Il est évidente si pénétration directe dans la vessie
- . Parfois non évident :
- . Il est conseillé de vérifier l'intégrité vésicale (épreuve au bleu) si
 - Pénétration difficile dans l'abdomen
 - Difficulté au décollement vésical
 - Champ hémorragique gênant l'exploration

- **réparation** =

- . En général facile si le diagnostic est fait (dôme vésical) :
 - Suture soigneuse en un plan extra muqueux (ou 2 plans)
 - Au fil résorbable
 - Réparation effectuée après extraction fœtale et hystérogaphie

. Parfois plus difficile ; on peut s'aider de sondes urétérales pour repérer les trajets urétéraux

. Drainage vésical post-opératoire indispensable

Principe : éviter la Surdistention vésicale qui expose au risque de lâchage des sutures

Le cathétérisme sus-pubien n'a pas fait preuve de sa supériorité par rapport au simple sondage urétral

Durée de drainage : consensus dans la littérature pour 7 à 10 jours (en veillant à la perméabilité constante de la sonde)

- les suites sont en général excellentes, pas de contrôle radiologique systématique Vermesh, 1985 rapporte un cas d'endométriose vésicale après plaie vésicale (diagnostic difficile.= fistule vésico-utérine)

- les fistules vésicales (vésico-vaginales ++ ou vésico-utérine) sont prévenues par le diagnostic et la réparation des plaies vésicales.

- **Prévention** =

. Sondage vésical préopératoire systématique

. Pénétration prudente dans la cavité abdominale

(Surtout en cas de césarienne itérative)

Boutonnière très discrète, le plus haut possible vers l'ombilic

Vessie pouvant remonter jusqu'à mi-hauteur de la distance ombilico-pubienne.

. Prudence si Césarienne antérieure

. Césarienne faite en urgence...

2. Plaies urétérales [106]

- Fréquence : rares, elles sont rapportées de manière sporadique

EISENKOP et al rapportent 7 plaies urétérales / 7527 césariennes (1982)

soit <0,1 %

5 fois lors d'une tentative de contrôle d'un saignement lié à l'extension de l'hystérotomie

2 fois, non diagnostiquée en per-opératoire. Le diagnostic a été porté dans les 48 heures post-opératoires par UIV. Les patientes ont été réopérées (urétéro-neocystostomie) et les suites furent simples

La fréquence est majorée si une hystérectomie est pratiquée :

BARCLAY (1970) rapporte 4 cas sur 1000 Césariennes-hystérectomies soit 0,4 %

MICKAL (1969) retrouve 0,2 % de lésions sur une grande série

L'uretère gauche est le plus souvent exposé (à cause de la dextro-rotation de l'utérus gravide)

- Problème du diagnostic per-opératoire +++

Peuvent passer inaperçues, le diagnostic sera fait en post-opératoire (certains auteurs estiment que 1/3 seulement des blessures urétérales sont reconnues en per-opératoire !)

Importance de s'assurer de l'intégrité de l'appareil urinaire avant fermeture Et de ne pas refermer en cas de doute

Moyens du diagnostic =

- . Injection IV de colorant (indigocarmin)
- . Injection directement dans l'uretère (0,5 ml de bleu de méthylène) avec aiguille de faible gauge (O'LEARY)
- . Cathétérisme urétéral rétrograde après cystotomie
- . UIV sur table

- **Réparation** : [106]

. Plus difficile que les plaies vésicales (éventuel appel de l'Urologue)

. Elle s'effectue après préparation des berges par :

- points séparés extra-muqueux
- au fil résorbable, 3/0 ou 4/0
- sur sonde urétérale (simple ou JJ)

. La sonde urétérale est laissée 7 à 10 jours

. La sonde vésicale pouvant être retirée normalement

- **Circonstances :**

- . Réparation des déchirures par extension de l'hystérotomie
(Vers le vagin ou le ligament de large) surtout si hémorragique ++
- . Réparation des ruptures utérines
- . Lors d'une Césarienne-hystérectomie les circonstances sont celles d'une hystérectomie Sur utérus non gravide
 - ligature du ligament lombo-ovarien
 - ligature du pédicule utérin
 - fermeture des angles vaginaux (si hystérectomie totale)

- **Prévention :**

- Repérer et isoler l'uretère au moindre doute au besoin par sonde urétérale (Cystoscopie/cystotomie)
 - en cas de plaie vasculaire :
 - pas d'hémostase à l'aveugle +++
 - tamponnement ferme (5 minutes « montre en main »)
- Abord du vaisseau lésé, après repérage de l'uretère
- prudence en cas d'hystérectomie :
 - bien refouler la vessie ++
 - isoler l'uretère au moindre doute
 - attention lors de la repéritonisation
 - hystérectomie subtotale le plus souvent

- **Diagnostic tardif :**

Le diagnostic est parfois fait en post-opératoire (parfois tardivement)

Devant : Douleur lombaire unilatérale

- . Fièvre ou iléus inexplicquée
- . Oligurie (lésion bilatérale)
- . Symptomatologie évoquant une fistule
(Incontinence, hématurie menstruelle)

PHELAN résume les indications de l'UIV en post-opératoire [95]:

- . Douleur lombaire ou de l'angle costo-vertébral
- . Fièvre ou iléus inexpliqué
- . Oligurie (en l'absence d'hypovolémie)
- . Écoulement de liquide clair par le vagin
- . Masse abdominale ou lombaire (urinome pseudo-kystique)

L'UIV sera complétée par une U.P.R. en cas de doute

La conduite à tenir est controversée en ce qui concerne le moment de la reprise chirurgicale. Classiquement :

- si diagnostic dans les 72 heures --> réintervention immédiate
- si diagnostic au delà de 72 heures --> dérivation urinaire (néphrostomie) et réparation urétérale 4 à 6 semaines après (œdème post-opératoire ++)

Mais plusieurs auteurs (BELAND (1977), KAMHOIZ) rapportent de bons résultats après réparation immédiate.

C. Plaies digestives : [85 ; 40 ; 129]

- Accident rare, estimé à < 0,1 %

HOKEGARD 1984 rapporte un cas sur 1319 césarienne soit 0 ; 75 %)

- Facteurs de risque/ circonstances :
 - . Antécédent de laparotomie et césariennes itératives
 - . Antécédent d'infection pelvienne (adhérences ?)
 - . Surtout si césarienne faite en urgence

Le risque est lié à la présence d'adhérences à la paroi lors de l'ouverture péritonéale et plus rarement à l'utérus ou à la vessie lors de la libération de celles-ci

- Prévention :

Ouverture péritonéale prudente, très progressive, en palpant soigneusement entre pouce et index l'épaisseur du péritoine [85]

- il faut connaître certains principes de chirurgie générale sans pour autant se substituer au chirurgien qualifié
- le Diagnostic est en général évident

Plaie du colon (parfois sigmoïde si hystérectomie)

1. Plaies du grêle (totalement imprévisibles)

- Toute adhérence qui ne gêne pas l'hystérotomie ne doit pas être réséquée avant l'extraction fœtale (ensuite, on ne pratiquera ces adhésiolyèses qu'en l'absence de risque d'effraction intestinale) [40]

- La suture du grêle consiste à refermer une brèche dans la lumière intestinale, 3 soucis doivent être présents à l'esprit :

. Obtention d'une suture étanche

. Suture de tissus sains exclusivement

(Réséquer d'éventuels tissus contus et cyanosés)

. Absence de rétrécissement de la lumière intestinale

(Refermer transversalement toute incision longitudinale)

- technique (en cas de plaie du grêle)

. Isoler l'anse atteinte entre 2 champs imbibés d'antiseptique et fixés par une pince atraumatique (ou champs digestifs)

. Terminer extraction fœtale et hystérorraphie

. La réparation pourra alors être faite

. Inventaire de l'intestin (dévider en entier, examen de chaque face)

. 1^{er} cas : brèche séreuse simple

-> suture par points séparés séro-musculaires au Vicryl 3/0 (aiguille ronde)

. 2^{ème} cas : Plaie opératoire nette (bords ni contus, ni ecchymotiques)

-> Enterorraphie simple points séparés extra-muqueux, 1 plan Vicryl 3/0 (aiguille ronde)

. 3^{ème} cas : Plaie intéressant le bord mésentérique de l'intestin. Il existe un hématome à la base du mésentère dans lequel se confond la plaie intestinale ce qui peut gêner l'inventaire de la lésion.

-> Faire l'hémostase

Si ischémie de la paroi intestinale en regard : résection sinon entéropathie simple.

. 4^{ème} cas : Plaie contuse, ecchymotique, multiple ou étendue

-> Ne pas hésiter à aviser et réséquer (champ, hémostase du méso, résection, anastomose T-T, fermeture du défaut mésentérique)

. Lavage soigneux de la cavité abdominale

. Antibioprophylaxie

. Sonde naso-gastrique, en aspiration douce jusqu'à reprise du transit (2 à 3 jours en général)

. Fermeture sans drainage (en général)

2. Plaies du colon ou du recto sigmoïde [40]

- elles sont exceptionnelles liées à la libération d'adhérences du fond utérin et de l'annexe gauche ou lors de césarienne-hystérectomie

- l'absence de préparation digestive habituelle oblige à des techniques prudentes (risque infectieux)

- les principes de base restent valables :

. Conditions d'étanchéité

. Suture non ischémique (paroi plus mince et plus fragile que le grêle)

- éventuel appel du chirurgien digestif

- le principal problème à discuter : dérivation transitoire ?

+ Plaie étendue avec contamination fécale

->dérivation transitoire (par colostomie)

Selon le niveau de la blessure, le colon peut être mobilisé et la zone blessée extériorisée comme colostomie sinon réparation de la zone blessée et colostomie transverse d'amont

+ Drainage efficace

- Antibioprophylaxie indispensable

- Sonde naso-gastrique

2. 4. COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

A. Complications hémorragiques [53] :

Concerne 4 % des césariennes environ

- en cas d'hémorragie génitale :

Les deux principales étiologies à rechercher :

- lésions traumatiques basses (surtout si tentatives infructueuses d'extraction avant décision de césarienne)

- atonie utérine secondaire ou récidivante

La conduite à tenir diffère peu la prise en charge des hémorragies génitales après accouchement par voie basse

- examen des voies génitales basses sous valves et éventuelle réparation

- si l'atonie persiste (à côté de la réanimation médicale)

+ Révision utérine à 2 doigts parfois possible

+ Massage utérin (globe de sécurité)

Compression utérine entre main vaginale et main abdominale

Contre-indication formelle des Révisions utérines instrumentales +++

(Même curette mousse)

Contre-indication aux manœuvres de traction sur le col +++

+ Traitement médical utérotonique

+ Reprise chirurgicale pour ligatures vasculaires ou hystérectomie d'hémostase

+ place de l'Embolisation artérielle sélective à discuter.

- Hématome du paroi +++ --> drainage efficace
- Hématome du Ligament Large :

(Saignement de la tranche d'hystérotomie par hémostase insuffisante)

. En général circonscrit par la péritonisation

. Parfois nécessite de réintervention pour complément d'hémostase

- Hémorragie secondaire (rare) à distance de la césarienne 10-15 jours par lâchage secondaire de la suture avec nécrose du myomètre nécessitant reprise chirurgicale.

B. Complications digestives

1. Ileus post-opératoire fonctionnel banal [95]

Phelan rappelle les principaux signes de l'iléus post-césarien :

- . Nausées et /ou vomissements
- . Distension abdominale
- . Absence de Gaz
- . Bruits intestinaux absents ou minimes
- . Distension colique à l'ASP

L'estomac et le sigmoïde sont les derniers à reprendre leur péristaltisme (max : 3 – 4 jours). A l'opposé, le grêle retrouve rapidement sa fonction et commence à absorber eau, électrolytes, glucose, acides aminés en 1 à 2 jours

Les troubles du transit post-opératoire, sont rares et souvent associés à une collection hématique ou infectée sous-péritonéal qu'il faut rechercher et évacuer.

L'anesthésie, la douleur post-opératoire, ainsi que les antalgiques peuvent également participer à l'iléus post-opératoire

Penser à l'ASP (compresse oubliée)

GRENOM, 1979 analysant 214 cas de césariennes (tours) insiste sur le rôle de l'alimentation précoce qui :

- . Favorise la reprise du transit intestinal

Diminue en intensité et en durée la phase de catabolisme post-opératoire

- . Apporte confort et effet psychologique bénéfique.

2. Pseudo-obstruction colique = Syndrome d'Ogilvie (1948)

- Un cas similaire fut rapporté par Murphy en 1896

- synonymes = iléus paralytique du colon, iléus adynamique

Iléus colique, obstruction idiopathique du colon iléus spastique, colectasie idiopathique aigue **Pseudo-obstruction** colique

Obstruction fonctionnelle du colon

- Dilatation colique aigue sans obstacle d'aval réalisant un tableau d'O.I.A. et survenant en général chez des patients âgés ayant une pathologie associée contemporaine.

- Risque majeur (en l'absence de traitement) : perforation caecale avec péritonite stercorale (mortalité)

- rarement isolé : survient à l'occasion d'un processus pathologique (88 à 95 % des cas) – exceptionnel après une césarienne

Âge moyen = 60 ans chez l'homme / 56 ans chez la femme

- chez la femme, la césarienne apparaît comme l'intervention chirurgicale le plus fréquemment associée :

- 41 cas décrits dans la littérature après césarienne

Avec 17 perforations caecales

(Beaucoup plus rarement après accouchement normal)

- Etiopathogénie = [129]

Encore inexplicée (plusieurs hypothèses) travaux récents mettent en évidence le rôle du Système Nerveux neurovégétatif autonome du colon comme responsable de l'obstacle fonctionnel à l'origine de la dilatation (déséquilibre entre système para et ortho-sympathique)

Localisation élective de la perforation au niveau du caecum

. Loi de Laplace (diamètre supérieur puis cercle vicieux...)

. Fragilité congénitale du caecum pour certains

. Continence de la valvule de Bauhin pour d'autres

- Clinique =

Tableau d'Occlusion Intestinale Aigu basse, en général atypique installation en quelques jours le plus souvent dans les 3 cas rapportés par Weber et Dallenbach (1993), les premiers signes sont apparus dès le lendemain de l'intervention distension abdominale importante, avec paroi souple

Signes d'occlusion +/- A Matières 51 %

A Gaz 41 %

Douleur 83 %

Nausées-vomissements > 50 %

Bruits normaux ou augmentés

Etat général conservé – train fébrile +/- (fièvre dans la perforation caecale)

Douleur de la FID (imminence de perforation caecale ?)

Le premier cas de perforation caecale après colectasie idiopathique publié (ROBERTSON, 1958) fut observé après une césarienne.

C. Embolies non fibrinocruoriques [86 ; 115] :

1. Embolies gazeuses

Certains cas d'embolie gazeuse ont été rapportés au cours de la césarienne (autrefois classique dans les avortements clandestins)

KAWAHITO, 1994, rapporte 3 cas d'embolies gazeuses au cours d'une césarienne diagnostiques devant une désaturation brutale avec hypoxémie sévère

Il insiste sur l'intérêt du monitoring de la saturation artérielle pendant la césarienne

MATTHEWS, 1990 prouve par étude doppler, que l'embolie gazeuse survient entre le moment de l'hystérotomie et la délivrance.

Elle apparaît moins fréquente au cours des anesthésies générales que lors anesthésie régionales

Les facteurs prédisposant retrouvés

. Membranes rompues

. Intervalle entre hystérotomie et délivrance allongée

Ces accidents relèvent d'une prise en charge en réanimation avec oxygénothérapie hyperbare.

2. Embolies de liquide amniotique [86 ; 115]

Complication de la dernière phase du travail ou de la délivrance, rare et souvent mortelle.

Quelques cas ont été décrits au cours d'une césarienne.

Fréquence difficile à évaluer : estimée 1/ 3000 à 1/ 42 000 selon les auteurs

Récemment, NOBLE, 1993 rapporte un cas d'embolie amniotique survenu au cours d'une césarienne sous péridurale et diagnostiqué devant un collapsus aigu avec désaturation maternelle lors de l'extraction fœtale. Séquelles neurologiques maternelles +++

Sur le plan physiopathologique, 3 voies de pénétration du LA ont été décrites (à l'origine de l'embolie de L.A) :

- veines endocervicales déchirées
- zone de désinsertion placentaire ou rupture haute des membranes
- brèche utérine traumatique ou chirurgicale

Facteurs prédisposant [86]

- . Âge maternel avancé (âge moyen = 31 ans)
- . Multiparité
- . Macrosomie fœtale
- . Longueur et difficulté du travail (surtout si utilisation d'ocytociques)
- . Extraction, lésions des parties molles (hystérotomie...)
- . Rupture haute des membranes, Insertions basses du placenta

Une étude Malaisienne (RAVINDRAN, 1994) rétrospective sur les morts maternelles par embolie (fibrinocruoriques ou de liquide amniotique) montre que 6,7 % des morts maternelles (toutes causes confondues) sont liées à une embolie de la (VS 9,9 % pour les embolie fibrinocruoriques) 11 cas sur 37 morts par embolie étaient associés à la césarienne.

Une étude Australienne rétrospective sur 21 ans, (RATTEN, 1988) retrouve des chiffres semblables avec 4,5 % des morts maternelles liées à l'embolie de L.A (soit 54 cas /1193 décès). Seulement 2 cas d'embolie de L.A sont survenus lors d'une césarienne (pour placenta prævia)

2 phases caractéristiques dans cette maladie (HEIDENREICH ...)

- choc cardiorespiratoire aigu (hypotension brutale avec hypoxémie
- CIVD sévère avec syndrome hémorragique (il peut exister des prodromes)

Malgré les progrès de la réanimation, il s'agit d'une pathologie grave avec une mortalité maternelle estimée entre 60 et 86 % selon les études.

Le diagnostic doit être évoqué devant tout collapsus brutal maternel (diagnostic différentiel des états de choc maternels) diagnostic de présomption = cellules squameuses et autres débris présumés d'origine fœtale retrouvés dans la sang veineux central de la symptomatique.

Le diagnostic de certitude est souvent fait sur l'autopsie (éléments cellulaires fœtaux dans la circulation pulmonaire)

Prise en charge :

- dans ce cas le traitement obstétrical est déjà effectué
- le traitement repose essentiellement sur la réanimation cardio-pulmonaire et la correction des troubles de l'hémostase.

2. 5. COMPLICATIONS A DISTANCE

A. Cicatrice utérine et avenir obstétrical [124] :

Les problèmes particuliers liés à la cicatrice utérine et à l'avenir gynéco obstétrical des patientes césarisées ne seront pas envisagés

B. Complications « digestives » à distance [123] :

1. Eventrations :

Exceptionnelles après incision de Mouchel ou de Pfannenstiel. Elles sont par contre classiques après laparotomie médiane sous-ombilicale. Certains auteurs recommandent de suturer l'aponévrose par points séparés rapprochés de fils non résorbables et en cas de césarienne itérative ; avivement des plans aponévrotiques avant suture.

2. Adhérences et occlusions sur bride

Elles semblent plutôt être le fait des césariennes corporéales ou segmento-corporéales. La cicatrice utérine, mal péritonisée, est à l'origine d'adhérences intestinales (surtout si une myomectomie complémentaire est réalisée)

C. Fistules urogénitales [27] :

La survenue des fistules uro-génitales est directement reliée aux difficultés techniques rencontrées lors de l'intervention et inversement proportionnelles à l'expérience du chirurgien.

La non-reconnaissance per-opératoire de la blessure urinaire (ou digestive) est le principal facteur pathogénique.

1. Les fistules vésicales (vésico-vaginales et vésico-utérine) [27]

- incidence des fistules vésico-vaginales post-césarienne = 0,04 % (elle est de 0,3 à 0,9 % après césarienne-hystérectomie)

- elles résultent d'une plaie vésicale non diagnostiquée (clampage agressif, suture...)

- diagnostic =

. Incontinence urinaire typique :

Pertes urinaires vaginales permanentes avec mictions normales conservées

. Infections urinaires fréquentes

. Le diagnostic est parfois difficile dans les petites fistules avec pertes intermittentes (changements de position ou réplétion vésicale...)

En cas de fistule vésico-utérine :

. Fuites urinaires de mêmes caractéristiques mais inconstantes (écoulement urinaire par

L'orifice externe du col)

. Infections urinaires idem (parfois rythmées par les règles)

. Méno-urie (classique) = hématurie cataméniale.

+/- importante (urines rosées <--> aménorrhée + méno-urie)

. Stérilité

. Aménorrhée parfois problème de diagnostic différentiel avec endométriose.

En fait symptomatologie variable en fonction du sens de la communication (sens unique, double sens, latentes) au maximum trépied du syndrome de Youssef :

Aménorrhée + Méno-urie + continence

Le diagnostic se fait en démontrant la présence d'une communication entre les 2 organes :

- remplissage vésical par colorants (bleu de méthylène dilué, lait stérile, rouge Congo dilué)

+/- injection IV de colorants (indigocarmin 5 ml IV)

- technique des 3 tampons permettent de différencier les fistules urétro-vaginales, vésico-vaginales, et urétéro-vaginales

- cystoscopie gazeuse (CO2) en position genu-pectorale avec vagin partiellement rempli de liquide : bullage ? ...

- UIV est essentielle pour évaluer le haut appareil du fait de l'association possible avec les fistules urétérales. +++

- HSG en cas de négativité des différents examens

- Réparation : la date de l'intervention est discutée au cas par cas (cause, localisation et importance de la fistule)

Classiquement on conseillait d'attendre 6 mois avant de proposer un geste chirurgical

En pratique, le geste est souvent proposé plus précocement après 6 à 8 semaines (surtout pour les petites fistules non compliquées post-hystérectomie..) l'intervention peut se faire par voie basse et /ou haute.

2. Les fistules urétérales (urétéro-vaginales et urétéro-utérine) [27]

- fréquence < aux fistules vésicales.

Seulement 30 cas de fistules urétéro-utérines ont été décrits dans la littérature [115]

Après césarienne-hystérectomie on retrouve 0,7 % de fistules urétéro-vaginales ; les cas après césarienne simple sont sporadiques

- les circonstances des blessures urétérales ont déjà été évoquées atteinte préférentielle de l'uretère gauche (dextro-rotation utérine)

- Diagnostic = outre les différents tests cliniques, il repose sur certains examens mettant en évidence la communication :

. UIV ++ (visualisation de la fistule / dilatation urétérale)

. Urétéro-pyélographie rétrograde ++ (visualise la fistule) intérêt pour décider du type de chirurgie en fonction de l'uretère sain d'aval

. (HSG pas essentiel)

- Le traitement est chirurgical +++, en général différé de quelques semaines (délai pendant lequel les urines seront dérivées (néphrostomie) si dilatation importante).

+ anastomose urétéro-urétérale si bon moignon d'aval (rare)

+ Réimplantation urétéro-vésicale avec trajet anti-reflux ++

Cas particuliers :

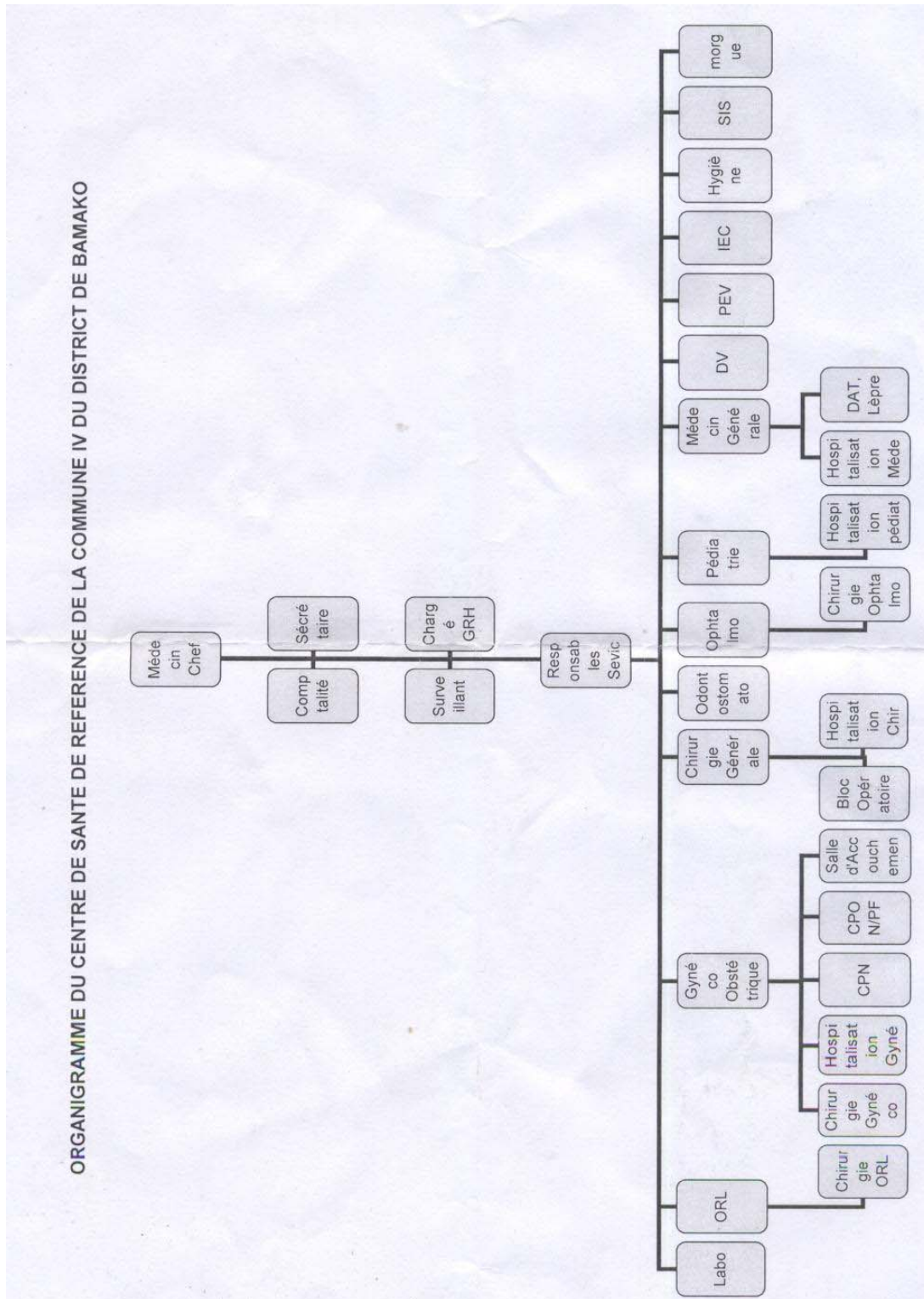
. Néphrectomie si rein détruit

. Dérivation par pyélostomie d'une pyélonéphrite obstructive.

III. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

L'étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la commune IV du district de Bamako du 01 Janvier 2006 au 31 Décembre 2006 soit une période d'une année. Dont l'organigramme est représenté par la figure N°I page N° 34



5-1- La maternité

Elle dispose de deux blocs séparés par une allée.

Le premier comporte :

- à l'entrée, à droite la salle d'accouchement, équipée de trois tables d'accouchements,
- à gauche la salle de suite de couches, juxtaposée par le bureau de la sage-femme maîtresse, qui fait face à la salle de garde des sages femmes.
- Au milieu à droite le bureau du major du bloc, juxtaposée par la salle de réveil et faisant face à la salle de préparation des opérateurs. Dans cette salle il ya l'autoclave avec une capacité de stérilisation de huit (8) paires de blouses, quinze (15) grands champs et dix (10) petits champs Au avec une durée de stérilisation de 45mns

Fond les deux blocs opératoires, septiques et aseptiques, séparés par la salle de stérilisation des instruments contenant la poupinelle Titanox avec une capacité de stérilisation de trois (3) boites de césariennes. La durée de stérilisation étant d'une (1) heure

La gestion du bloc opératoire est assurée par le major du bloc.

Le nettoyage du bloc après chaque intervention est assuré par deux manœuvres avec des désinfectants et de l'eau.

Le pansement des opérées est assuré par un infirmier du premier cycle et Trois aides soignantes.

Le lavage et stérilisation des instruments sont assurés par les aides de blocs.

Le second est composé de 8 salles dont 7 pour l'hospitalisation et une servant de bureau à la sage-femme maîtresse. 5 des 7 salles d'hospitalisation sont équipées de 4 lits chacune, les deux autres de deux lits avec douche interne servant de VIP.

Ces différents services sont tenus par un personnel (tableau N°I).

2- Le personnel de la maternité et du CS.Réf. C.IV

QUALIFICATION	NOMBRE	
	REQUIS (PDDSS P 68)	EXISTANT
Médecins généralistes	2	4
Médecins Généralistes à compétence anesthésiste	ND	2
Dont à compétence chirurgicale	2	0
Pharmacien	1	0
Médecin santé publique	1	1
Gynécologue	0	1
Ophthalmologue	0	1
Chirurgiens	0	1
Infirmiers Diplômés d'Etat	4	9
Techniciens de laboratoire	1	1
Infirmiers de premier cycle	4	12
Sages Femmes	2	17
Infirmières Obstétriciennes	2	4
Assistant médical spécialisé en soins dentaires	0	1
Assistant Médical spécialisé en ophtalmologie	0	3
Assistant Médical spécialisé en ORL	0	2
Assistant Médical spécialisé en biologie	0	2
Assistant Médical spécialisé en santé publique	0	3
Techniciens sanitaires	1	4
Laborantins	0	2
Comptables	1	2
Secrétaire Administratif	1	1
Gardiens	0	4
Chauffeurs	0	3
Manœuvres – Aides soignants	4	14
TOTAL	26	94

Tableau N° I : Personnel du CSREF C IV (à la date du 28 février 2006)

A ce personnel s'ajoute un nombre variable d'internes, selon les périodes qui jouent un rôle important dans le fonctionnement du CS.Réf. Leur nombre était estimé à 27 en décembre 2006

2. Type d'étude :

Pour la réalisation de ce travail, nous avons choisi une étude prospective, Transversale.

3. Période d'étude :

Elle s'étendait du 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2006 soit un an.

4. Population d'étude :

Elle a concerné l'ensemble des accouchements réalisés dans le service pendant la période d'étude.

Dans cette population, en 2005, il a été réalisé à la maternité du Centre de Santé de Référence de la commune IV, 592 césariennes pour un nombre total d'accouchement de 3086, soit un taux de césarienne de 19,2% pour notre maternité.

Les indications de césarienne ont été dominées par :

- Les dystocies mécaniques : 27,6%
- Les souffrances fœtales aiguës : 18,2%
- Les indications liées à l'état génital (utérus cicatriciels, cures de prolapsus génitales, syndrome de pré rupture etc.) : 17,3%

5. Echantillon :

5.1. Critère d'inclusion :

Il s'agissait de toutes les gestantes admises pour césarienne d'urgence ou programmée dans le service durant la période d'étude.

5.2. Critère de non inclusion :

- Césariennes post mortem ;
- Césariennes effectuées hors du service, adressées pour des complications post-opératoires.

5.3. Taille de l'échantillon :

On a procédé à un recensement exhaustif de tous les cas répondant aux critères d'inclusion ci-dessus cités.

6. Déroulement de l'étude :

Pour le déroulement de l'enquête, les objectifs de l'étude ont été expliqués aux parturientes, leur consentement éclairé a été obtenu.

Le rythme de l'examen a été expliqué à toutes les parturientes : Jo, J1, J2, J3....

Les variables étudiées à chaque examen et entre vue:

J0-J3 :Q165 ; Q166 ; Q167 ; Q175 ; Q178 ; Q178

J4-J8 :Q168 ; Q169 ; Q170 ; Q171 ; Q172 ; Q176

7. Collecte des données :

7.1. Support :

Les données ont été recueillies à partir des dossiers obstétricaux, des registres de salle d'accouchement, des registres de compte rendu-opératoire du service de gynécologie et d'obstétrique et du registre des anesthésistes.

7.2. Technique :

Pour chaque césarienne, les informations quantitatives sont dans le dossier obstétrical. Les variables relatives à l'identité de la parturiente, son profil sociodémographique, le mode d'admission, les antécédents obstétricaux, Les paramètres de l'examen clinique à l'admission, les paramètres de la césarienne, les complications post-césarienne, l'état du nouveau né à la naissance et la mortalité maternelle.

8. Variables :

Plusieurs variables ont été mesurées et recodées dans le tableau N°II ci-dessous :

Tableau II. Principales variables étudiées

Variabiles	Type	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative discontinue	En année	Interrogatoire
Parité	Quantitative discontinue	-	Interrogatoire
Complication de la grossesse	Groupes de variables logiques	1= oui 2= non	.examen du carnet de CPN .examen de la fiche opérationnelle de suivi .examen physique
Terme de la grossesse	Quantitative discontinue	En semaine d'aménorrhée ou en mois	Interrogatoire (DDR) ou échographie précoce
Complications de la césarienne	Groupes de variables logiques	1= oui 2= non	.examen du compte rendu-opérateur .examen physique
Température	Quantitative continue	En degré Celsius	Température axillaire lue sur un thermomètre à mercure augmentée de 0,5°C
Complications post césarienne	Qualitative nominative	1= Court terme 2= long terme	Interrogatoire Examen physique
Période de décès maternelle	Qualitative nominative	1= Sur la table d'opération 2= Dans les 24heures de la césarienne 3= Après 24heures de la césarienne 4= Pendant les 6semaines de la césarienne	.Examen en salle d'opération .Surveillance du post partum immédiat .Surveillance quotidienne en hospitalisation .Examen systématique après 6 semaines de la césarienne ..Interrogatoire
La cause de décès	Qualitative nominative	1= Hémorragie 2= Infections 3= Cardiaque/Respiratoire 4= Anesthésologiques 5= Autres	. Examen physique+ Autopsie verbale+ examen complémentaire

Tests statistiques :

.Les tests statistiques étaient celui de Khi² ;l'Odds ratio et son intervalle de confiance.

.Le seuil de significativité a été fixé à 5%

8. Plan d'analyse et traitement des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi Info version 2003

Nous avons estimé :

Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

Pour l'étude des facteurs de risque :

Une analyse uni variée du risque de la morbidité et de la mortalité maternelle post césarienne a été faite en fonction des caractéristiques sociodémographiques, du mode d'admission, des antécédents obstétricaux des paramètres de l'examen clinique à l'admission, des paramètres de la césarienne, a été réalisée.

Pour les associations entre variables qualitatives, nous avons utilisé le test du khi² de Pearson, l'Odds ratio et son intervalle de confiance pour l'estimation du risque de survenue de complications dans le post césarienne.

Une analyse multi variée selon le mode de régression logistique «Conditionnl forward »a été réalisé. Ont été inclus dans le modèle les facteurs retenus par l'analyse uni variée et ou ceux retrouvés dans la littérature comme associés aux complications post césariennes.

L'expression du risque a été faite par l'Odds ratio et sa significativité étudiée par l'intervalle de confiance de l'Odds ratio.

9. Aspect éthique :

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figurent sur dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la gynécologie et d'obstétrique avec la morbidité et la mortalité maternelle post césarienne. Ceci afin de fournir aux décideurs locaux un certains nombre d'éléments utiles pour agir en vue de réduire la survenue de complications dans le post césarienne, ou bien les orienter vers certains axes à explorer de façon plus poussée.

8. Les difficultés rencontrées :

Comme tout travail, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés parmi lesquelles :

-La perte de certains carnets de CPN, certaines évacuations qui se faisaient sans partogramme ou sans fiche d'évacuation.

Mais ces problèmes n'ont pas eu d'incidents sur nos résultats.

10- Définitions opérationnelles :

La définition de certains concepts est utile à l'étude de la césarienne, car ils permettent de standardiser la collecte des données et la comparabilité entre les pays.

➤ Naissance vivante :

C'est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception, pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché [5].

➤ **Venue d'elle-même :**

Gestantes ou parturientes ou accouchées admises directement dans le service sans passer par un autre centre.

➤ **Référée :**

Toutes gestantes adressée par une structure de santé sans notion d'urgence.

➤ **Evacuée :**

Toute gestante adressée par une structure de santé dans un contexte d'urgence.

➤ **Age obstétrical élevé :**

Toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35ans à l'admission.

➤ **L'adolescente :**

Toute gestante dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans à l'admission

➤ **HTA :**

Les tensions artérielles systoliques supérieure ou égale à 140 mm Hg et ou diastoliques supérieure ou égale à 90 mm Hg.

➤ **RPM :**

Il s'agit des ruptures des membranes survenant avant tout début de travail.

.

➤ **CPON :** consultation post-natale : consultation à la fin des suites de couches (40jours de l'accouchement).

➤ **Hémorragie per opératoire :** toute perte sanguine au cours de césarienne supérieur à 1000cc

➤ **Facteurs de risque :** un caractère que possède un groupe d'individu et dont la présence l'expose d'avantage qu'un autre groupe d'individu comparable mais

- Risque : probabilité pour un individu d'être atteint ou d'être tué par un phénomène morbide, par un handicap ou par un accident.
- Taux de mortalité périnatale :

C'est le rapport du nombre de mort-nés plus le nombre de nouveau-nés décédés dans la première semaine de vie sur le nombre de naissances totales. On l'exprime en : pour 1000 naissances.

$$\text{Ce taux} = \frac{\text{Nombre de mort-nés +décès (j0-j7)}}{\text{Nombre de naissances totales}} \times 1000$$

- Taux de mortinatalité :

C'est le rapport des enfants mort-nés sur le nombre total de naissance. On l'exprime en : pour 1000 naissances totales.

$$\text{Ce taux} = \frac{\text{Nombre de mort-nés}}{\text{Nombre de naissance totale.}} \times 1000$$

- Taux de mortalité néonatale précoce :

C'est le rapport entre le nombre de décès survenus au cours de la première semaine vie et le nombre de naissance vivante observée dans la même période. Elle s'exprime en : pour 1000 naissances vivantes.

$$\text{Ce taux} = \frac{\text{Nombre de mort-nés (J0-J7)}}{\text{Nombre de naissances}} \times 1000$$

RESULTATS

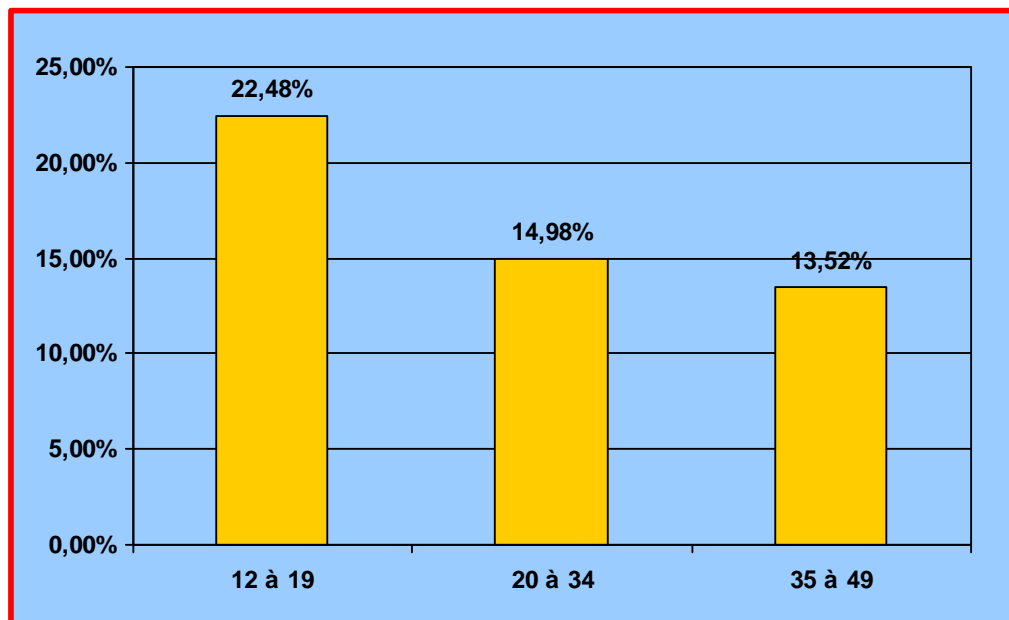
1. Fréquence :

Du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2006 il a été réalisé à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV, 610 césariennes pour un nombre total d'accouchements de 3686 soit un taux de césarienne de 16,55%.

2. les *Caractères sociodémographiques des patientes ayant présenté une complication dans la post-césarienne :*

2.1. L'âge :

Graphique N°I : la relation entre les complications post césariennes et l'âge des patientes :



$$\text{Khi} = 12,11 \quad \text{ddl} = 2 \quad \text{p} = 0,00234652$$

Selon les résultats présentés dans le graphique N°I il existe une différence hautement significative entre les taux de césariennes compliquées selon les tranches d'âge ($P < 0,01$).

La fréquence la plus élevée est observée pour les tranches d'âge 12-19ans

2.2. Le Statut matrimonial

Tableau N°III : La Relation entre les complications post césariennes et le statut Matrimonial

Statut matrimonial	Suites de couches Complicées	Suites de couches Simples	Total
Mariées	74(74%)	446(87,45)	520(85,24%)
Célibataires	26(26%)	62(12,15%)	88(14,4%)
Divorcées	0(0%)	2(0,39%)	2(0,3%)
Total	100(100%)	510(100%)	610(100%)

Khi =13,27 ddl =2 p = 0,00131186

Il n'y a pas d'association significative entre la survenue de complications post césarienne et le statut matrimonial dans notre étude (P > 0,005).

2. 3. Le niveau d'étude

Tableau N°IV: La Relation entre les complications post césariennes et le niveau d'étude :

Niveau d'étude	Suites de couches Complicquées	Suites de couches Simples	Total
Aucune étude	71(71%)	300(58,82%)	371(60,8%)
Etudes fondamentales	20(20%)	127(24,90%)	147(24,1%)
Etudes secondaires	4(4%)	38(7,45%)	42(6,9%)
Etudes supérieures	3(3%)	30(5,88%)	33(5,4%)
Etudes coraniques	2(2%)	15(2,94%)	17(2,78%)
Total	100(100%)	510(100%)	610(100%)

$\text{Khi}^2 = 5,87$ ddl = 4 p = 0,002092

Il y a une forte association entre le niveau d'étude et la survenue de complications post césarienne ($P < 0,01$).

En effet les non scolarisées sont plus représentées parmi celles qui ont eu des suites de césarienne compliquées (71, % VS 58,8%).

2.4 La profession de la parturiente

Tableau N°V : La Relation entre les complications post césariennes et la profession des parturientes.

Profession	Suites de couches Complicquées	Suites de couches simples	Total
Ménagère	66(66%)	319(62,54%)	385(63,1%)
Fonctionnaire	3(3%)	18(3,52%)	21(3,4%)
Vendeuse/commerçante	11(11%)	62(12,15%)	73(12%)
Coiffeuse	1(1%)	16(3,13%)	17(2,8%)
Aide-ménagère	7(7%)	11(2,15%)	18(3%)
Couturière	0(0%)	4(0,78%)	4(0,7%)
Teinturière	2(2%)	6(1,17%)	8(1,3%)
Etudiante/élève	9(9%)	57(11,17%)	66(10,8%)
Autres	1(1%)	17(3,33)	18(3%)
Total	100(100%)	510(100%)	610

$\text{Khi} = 11,46 \quad \text{ddl} = 8 \quad \text{p} = 0,17692870$

Il existe une différence hautement significative entre les césariennes dont les suites sont compliquées et celles dont les suites sont simples dans leur répartition en fonction de la profession ($P < 0,01$).

Les ménagères sont plus représentées dans le groupe des complications soit 66%.

3. Le mode d'admission :

Tableau N° VI : La Relation entre les complications post césariennes et le mode d'admission :

Mode d'admission	Suites de couches	Suites de couches	Total
	Complicquées	Simple	
Venue d'elle-même	22(22%)	169(33,13%)	191(31,3%)
Référées	35(35%)	272(53,33%)	307(50,3%)
Référées en urgence	43(43%)	69(13,52%)	112(18,4%)
Total	100(100%)	510(100%)	610

Khi =48,44 ddl = 2 p = 0,000000

Le tableau N°VI permet de constater que l'admission en urgence est la modalité d'admission la plus représentée dans le groupe des césariennes compliquées (P<0,01).

4.1. Tableau N°VII : La Relation entre les complications post césariennes et les antécédents obstétricaux :

ATCD Obstétricaux	Suites de couches Complicquée	Suites de couches Simples	OR	IC or	Kh ²	P
ATCD césarienne	38(38%)	180(35,29%)	1,12	0,7-1,79	0,27	0,605
Gestité						
Primigeste	44(44%)	164(32,15%)			6,31	0,028
Multi geste	43(43%)	308(60,39)				
Grande	13(13%)	38(7,45)				
Multigeste						
Parité						
Primipare	60(60%)	189(37,05%)			0,87	0,41
Multi pare	32(32%)	296(58,03%)				
Grande	8(8%)	25(4,90%)				
multiparte						
CPN non faites	58(58%)	170(33,33%)	2,76	1,74-4,38	21,73	0,0000

Les antécédents obstétricaux associés aux complications post-césariennes sont : antécédents de césarienne, la Primiparité et la non réalisation des C.P.N.

4.2. La Relation entre les complications post césariennes et l'auteur de la CPN

Tableau N° VIII : La Relation entre les complications post césariennes et auteur de la CPN :

Auteurs CPN	Suites de couches Complicquées	Suites de couches simples
Sage femme	16(16%)	194(38,03%)
Médecin généraliste	10(10%)	73(14,31)
Gynécologue	4(4%)	54(10,58%)
Obstétricien		
Autres	28(28%)	19(3,72%)

Khi² :86,69

P : 0,000000

Selon les résultats présentés par le tableau N°VIII : il existe une différence hautement significative entre la survenue de complications post césarienne et l'auteur de la CPN ($P < 0,01$). Il ya relativement moins d'agents qualifiés comme auteur de la CPN pour les césariennes compliquées.

4.3. La Relation entre les complications post césariennes et le type de pathologie au cours de la grossesse :

Tableau N°IX : Relation entre complications post césarienne et type de pathologie au cours de la grossesse

Pathologie au cours de la grossesse	Suites de couches Compliquées	Suites de couches simples	OR	IC or	Kh²	P
Infection urinaire	16(16%)	39(7,64%)	1,92	1,22-3,04	7,11	0,0076
Infections vaginales	27(27%)	49(9,60%)	2,60	1,79-3,76	23,19	0,0000
Anémie	11(11%)	30(5,88%)	1,72	1,00-2,94	3,49	0,0061
Métrorragies	23(23%)	30(5,88)	3,14	2,17-4,55	30,88	0,0000
HTA	8(8%)	14(2,74%)	2,32	1,30-4,17	6,64	0,0099

Il y a une association significative entre la survenue de complications post césarienne et la présence de pathologie au cours de la grossesse (P<0,01)

5. L'Examen clinique à l'admission :

5.1. La Relation entre les complications post césariennes et l'examen clinique à l'admission :

Tableau N°X : La Relation entre les complications post césariennes et l'examen clinique à l'admission :

Examen clinique	Suites de couches Complicquées	Suites de couches simples	OR	IC or	Kh²	P
Conscience Altérée	7(7%)	13(2,54%)	2,22	1,19-4,15	5,22	0,222
HTA	8(8%)	14(2,74%)	2,32	1,30-4,17	6,64	0,0099
Fièvre	50(50%)	113(22,15%)	2,72	1,92-3,85	32,51	0,0000
IMC						
26_41	(40/100)	(122/510)	1,84	1,29-2,64	11,08	0,0008
18_25	18/100	(40/510)				
Membranes rompues	79(79%)	288(510)	2,49	1,58-3,92	17,71	0,0000
Liquide anormal	55(55%)	281(55,09%)	1,00	0,63-1,57	0,00	0,98
Métrorragie	23(23%)	30(5,88%)	3,14	2,17-4,55	30,88	0,0000

Tous les items étudiés ici à l'examen d'admission sont associés à la survenue de complications post-césarienne sauf l'altération de la conscience.

5.2. Les Facteurs de risques de complications post césarienne

Tableau N°XI : Les Facteurs de risques de complications post césariennes :

Facteurs de risques	Suites de couches Compliquées	Suites de couches simples	OR	IC or	Kh²	P
RPM	79(79%)	288(56,47%)	2,49	1,58-3,92	17,71	0,0000
Travail prolongé	39(39%)	53(8,68%)	3,60	2,57-5,03	53,43	0,0000
Métrorragie	23(23%)	30(5,88%)	3,14	2,17-4,55	30,88	0,0000
Anémie	11(11%)	30(3,27)	1,72	1,00-2,94	3,49	0,0061
Durée césarienne prolongée	27(7%)	16(1,17%)	4,88	3,56-6,68	72,66	0,0000
Césarienne en urgence	94(100%)	411	3,26	1,47-7,24	10,55	0,0011

Tous les facteurs étudiés ici comme facteurs de risques sont associés aux complications post-césariennes (P<0,01).

6. Les paramètres de la césarienne :

6.1. Etude des facteurs de risque selon les paramètres de la césarienne

Tableau N°XII : Etude des facteurs de risque selon les paramètres de la césarienne :

Paramètre de la césarienne	Suites de couches Complicquées	Suites de couches simples	OR	IC or	Kh²	P
Type de césarienne						
Urgence	94(94%)	411(81,37%)	3,26	1,47-7,24	10,55	0,0011
Programmée	6(6%)	99(99%)				
Type d'anesthésie						
AG	100(100%)	415(81,37%)	-	-	22,06	0,0000
Locorégionale	0(0%)	95(18,62%)				
Type d'incision						
IMSO	90(90%)	413(80,98)	1,91	1,03-3,56	4,70	0,0301
Transversal	10(10%)	97(19,01)				
Durée du travail						
> 12 Heures	46(46%)	76(14,90%)	3,41	2,43-4,79	50,53	0,0000
< 12 Heures	54(54%)	434(85,09)				
Perte sanguine						
>1000cc	41(41%)	8(22,15)	7,96	6,07-10,4	176	0,0000
<1000cc	59(59%)	502(71,37)				
Durée de césarienne						
>60 Minutes	29(29%)	19(26,66)	4,78	3,49-6,56	73,67	0,0000
< 60 Minutes	71(71%)	491(73,33%)				

Certains paramètres de la césarienne ont été associés de façon significative aux complications post césariennes, En effet 100% de nos cas de complications ont subi une anesthésie générale (P < 0,01).

7. La Durée d'hospitalisation :

Tableau No XIII : La répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation :

Durée Hospitalisation	Suites de couches Complicquées	Suites de couches Simples
< 7 jours	19(19%)	510(100%)
7 _15 jours	67(67%)	0(0,00%)
> 15 jours	14(14%)	0(0,00%)
Total	100(100%)	510(100%)

Khi² : 476,35

P : 0,0000

Comme on pouvait s'y attendre, la survenue de complication prolonge la durée d'hospitalisation : 67% des cas compliqués restent à l'hôpital 7jours ou plus. En dehors de complication la durée d'hospitalisation est inferieure à 7jours avec un mode 4 jours.

8. La Répartition des patientes selon le type de complication post césariennes :

Tableau N° XIV : La Répartition des patientes selon le type de complications post-césarienne :

Type de Complications	Effectifs	Pourcentage
Complications Directes	81	81%
Hémorragie	13	13
Infections	60	60
HTA	8	8
Complications Indirectes	19	19%
Anémie	14	14
Paludisme	5	5
Total	100	100

Les complications infectieuses ont dominé les complications dans les suites de couches post césarienne soit 60% des cas

Le taux de césariennes immédiatement compliquées est 16,39%(100/610)

$$\text{Létalité} = \frac{\text{Nbre de cas de décès/hémorragie}}{\text{Nbre total de cas d'hémorragie post-césarienne}} = \frac{3}{13} : 0,23$$

La létalité de l'hémorragie est de 23%

9. La Répartition des patientes en fonction des causes de décès maternel :

-Hémorragie : 3cas soit 0,49%

10. La Répartition des complications en fonction du délai de survenue du décès maternel :

Les 3 cas de décès ont été enregistrés dans les 24 heures soit 0,49%

11. La Consultation post natale :

-Sur 610 césariennes seulement 339 sont venues à la CPON

-CPON fait : 55,57%

-CPON non fait : 44,43%

12. La Relation entre complications post césarienne et l'état des nouveau-nées à la naissance

Tableau No XV : La Relation entre les complications post césariennes et l'état des nouveau-nées à la naissance :

Etat nouveau-nées	Suites de couches	
	Complicquées	Simple
Vivant	33(33%)	553(78,93%)
Mort Apparente	34(34%)	42(0,31%)
Décédé	43(43%)	23(0,47%)
Total	100(100%)	507(79,71%)

Khi² : 210,43

P : 0,0000

Les facteurs entraînant les complications post-césariennes tuent aussi le nouveau-né

13. La Réparation des patientes en fonction de la consultation post natale :

-Sur 610 césariennes seulement 339 sont venues à la CPON

-CPON fait : 55,57%

-CPON non fait : 44,43%

14. La Répartition des Patientes en fonction du type de pathologie à la consultation post-natale :

Tableau N°XVI : La Répartition des Patientes en fonction du type de pathologie à la consultation post-natale :

Type de pathologie	Effectifs	Pourcentage
Suppuration pariétale	6	1,76
HTA	1	0,29
Abcès sous Aponévrotique	2	0,58
Total	9	2,63

Les infections ont dominées les complications à long terme.

Le taux de césariennes compliquées dans les suites de couches tardives est de est 2,63%(9/339)

Le taux global de césariennes compliquées est 19,02%.

V. Discussion

Au cours de notre étude nous avons colligé 610 césariennes sur un nombre total d'accouchement de 3686 soit un taux de césarienne de 16,55% et parmi ces 610 césariennes nous avons observé 100/610 complications dans les suites de couches immédiates soit 16,39% et 09/339 cas de complications dans les 40 jours de la césarienne soit 2,63% .Une fréquence globale de complication post césarienne de 19,02%(109/610).

Les résultats que nous avons obtenus ont été commentés et discutés à la lumière de la littérature.

5.1. Complications post césarienne :

Morbidité maternelle post-césarienne : notre taux de morbidité post-césarienne est essentiellement constitué d'infections, d'hémorragie et d'anémie.

Les infections : elles ont représenté 11,14% de l'ensemble des nos césariennes, dominé par l'endométrite et la suppuration pariétale.

Ces taux s'expliquent part le fait que la rupture prématurée des membranes, la prolongation de la durée du travail ; associé à des toucher vaginaux répétés multipliaient le risque respectivement par: 2,49 et 3,26 avec $P < 0,01$. A cela s'ajoute le caractère urgent de la césarienne, l'hémorragie per-opératoire et la prolongation de la durée de césarienne avec $P < 0,01$.Car plus de 94% de nos césariennes ont été réalisé dans un contexte d'urgence

Dans nos revues de littérature, le taux de morbidité maternel lié à l'infection varie en fonction de : du milieu d'étude, de la population d'étude, de la taille de l'échantillon

Diallo AK [35] a trouvé 12,9% à Bamako au Mali en 2005 CHU PonitG

Tégueté I. [120] a trouvé 15,4% à Bamako au Mali en 1996 Hôpital National du PointG

Mbiye K. [81] a trouvé 89,14% à Bangui en République Centrafricaine en 1989 au centre National Hospitalier Universitaire de Bangui.

Hémorragie: elle est due le plus souvent à une atonie utérine, à une prolongation de la durée de césarienne ou à une difficulté d'hémostase par lésions vasculaires.

Notre taux de complication hémorragique per-opératoire est parmi les plus faibles comparé à ceux de la littérature.

khlass K.[65] à Tunis en 1989 a trouvé 14% au CHU Habib Thameur

Boulangier J.Ch [18] à Paris en 1986 a trouvé 10% à l'hôpital Notre Dame

Tégueté I.[120] à Bamako en 1996 a trouvé 12,6% à l'hôpital du PointG

Anémie du post-césarienne :

Elle constitue une des principales complications post opératoires. Elle vient en 2^e position après la morbidité infectieuse. Nous relevons 14 cas d'anémie soit 2,29% de l'ensemble de notre série.

La Morbidité maternelle liée à l'anémie est très variée dans la littérature l'anémie constatée en post opératoire est le plus souvent liée soit à une anémie chronique; soit aux pertes sanguines anormalement élevées (supérieur à 1000cc) au cours de l'intervention.

La fréquence de la morbidité maternelle post césarienne liée à l'anémie est plus élevée dans les pays en voie de développement que développés.

Najah [92] Tunisie en 1985 a trouvé 1,7% Hôpital Charles Nicole

Poulain P [101] à Paris en 1991 a trouvé 0,7% milieu hospitalier

Diallo AK [35] à Bamako en 2005 a trouvé 13,14% au CHU PointG

Cela est dû le plus souvent aux mauvaises conditions socio-économiques et à une alimentation mal équilibrée chez la plupart des femmes enceintes de ces pays en voie de développement.

5. 2. Facteurs de risque

Dans notre étude, une multitude de facteurs de risque pour la survenue de complication dans les suites de couches post-césarienne ont été identifiés; ils peuvent être classés en :

-Facteurs de risque liés au mode d'admission :

-Facteurs de risque liés aux antécédents obstétricaux :

-Facteurs de risque liés aux paramètres de l'examen clinique à l'admission :

-Facteurs de risque liés aux paramètres de la césarienne :

5.2.1. Référence en urgence :

Dans notre étude l'évacuation est associée de façon significative aux complications dans le post césarienne avec ($P < 0,001$).

La fréquence des évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique est variable en fonction des pays de la zone et des saisons. Les évacuations sont le fait d'une centralisation des structures sanitaires et du personnel qualifié et équipé dans les grandes villes [40]. La fréquence relativement élevée des évacuations s'explique par le fait qu'il n'y a que peu ou pas de structures intermédiaires pouvant prendre en charge certaines complications obstétricales [41]. En effet malgré l'instauration du système de Référence/Evacuation en 1994 au Mali avec la périnatalité comme porte d'entrée dans les cercles. Les centres de santé ne sont pas toujours équipés en personnel ou en structure permettant une prise en charge adéquate des patientes.

Le faible taux d'évacuation retrouvé par Diarra Nama [38] (7,9%) concerne un district sanitaire de la Côte d'Ivoire où la distance moyenne entre l'hôpital de référence et les infrastructures périphériques est de 60km avec un réseau routier de 2357km de terre difficilement praticable en saison de pluie. Le service est doté d'un seul gynécologue obstétricien aidé de quatre sages femmes. La plupart des patientes évacuées sont plutôt adressées au Centre Hospitalier Régional de Yamoussoukro.

Takpara I. au Bénin [119] avait un taux d'évacuation de 66%.

Mortalité Maternelle

Nous déplorons trois (3) cas de décès maternel post césarienne soit 0,49 %. IL s'agit de patientes décédées dans un contexte d'hémorragie (trois cas). Durant la même période d'étude nous avons noté huit (08) cas de décès maternel

après un accouchement par les voies maternelles ce qui fait un taux de décès maternel de 0,21 %.

Le taux de décès maternel après césarienne est plus élevé que celui après un accouchement par les voies maternelles dans notre série.

Cette tendance fut notée par la plupart de nos revue De littérature = Diallo Ak au Mali en 2005 ; Racine c. Favier en 1982 à paris ; Teketé I – au Mali en 1996, et yahoui H, en Tunis en 1992.

En effet Diallo F.B. et celle (10) dans leur étude ont rapporté 3,45 % de décès après césarienne contre 0,29% après un accouchement part les voies maternelles en guinée Conakry en 1998 Erny R. (44) entre 1970- 1981 a trouvé un taux de décès maternel de 3,80% après césarienne contre 0.86% après un accouchement par les voies maternelles.

Evrard Z. R (45) a note 6,90% après une césarienne entre 0,24% après un accouchement par voie basse entre 1965- 1975

Cependant, l'Hémorragie est la première cause de décès maternel Post-Césarine dans notre Série avec 0,23%.

5. 2.2.La non réalisation des consultations prénatales :

La CPN est un des piliers de la maternité à moindre risque. Malheureusement sa mise en œuvre reste encore déficitaire dans la plupart de nos pays.

Dans ce travail la non fréquentation des centres de CPN augmente le risque de survenu de complications dans les suites de césarienne de [1,2 – 3,2], et $P < 0,01$.

Par contre, lorsque les gestantes fréquentent les centres de CPN et qu'elles bénéficient de soins appropriés, elles sont protégées contre de nombreux évènements non désirés. C'est ainsi que la supplémentation en fer et acide folique, la chimio prophylaxie anti-palustre qui préviennent certaines pathologies pendant la grossesse qui sont l'anémie et paludisme .Le rationnel est que ces attitudes constituent une réponse adéquate à deux problèmes majeurs de santé publique dans notre pays que sont l'anémie et le paludisme,

qui sont également pourvoyeurs de complications dans les suites de césarienne comme démontré par les travaux de **Diarra F.L.[37]** en 2001 à l'hôpital Gabriel Touré. Les bénéfices tirés de ces actions de prévention auraient pu être mieux si les CPN étaient réalisées conformément aux recommandations des Politiques Normes et Procédures en Santé de la Reproduction.

Malheureusement, dans notre pays, les consultations prénatales, axe fondamental de la lutte pour la réduction de la mortalité et morbidité maternel posent de sérieux problèmes liés largement à des obstacles socioculturels, à la qualité de la prise en charge de la grossesse, d'orientation, d'accessibilité aux soins mais aussi de l'insuffisance du plateau technique en ressources humaines et matérielles.

La majeure partie de nos revues de littérature sont du même avis (Diallo A.K.[35] en 2005 au Mali, Takpara I.[119] en 1994 au Bénin et Yahiaoui H.[131] en 1992 au Tunis).

5.2.3. Rupture prématuré des membranes : Dans notre étude 79% des femmes qui ont présentées une complication dans les suites de césarienne avaient fait une RPM. Les risques de celles-ci étaient multipliés par 2,49 avec une différence hautement significative ($P < 0,01$). Nous remarquons que plus, le délai de la rupture des membranes est long, plus le risque d'infection amniotique est grand et plus grand est le risque de complications post césarienne. Cette rupture prématurée des membranes a été observée chez les parturientes dont le travail a été également long favorisant les complications post opératoires. Plus le délai du travail est long, plus, la parturiente est exténuée, plus le nombre d'examen gynécologique est élevé et plus grand est le risque d'ascension des germes du vagin vers la cavité utérine. La plus part des nos revues de littératures ont trouvé des résultats similaires : Téguté I. [120] à L'Hôpital du Point G en 1996, Diaby M. [33] au CS réf CI en 2006 et Abbassi H. [I] à Casablanca au Maroc en 2000) $P < 0,01$.

5.2.4. La métrorragie : à l'admission ou en tant que motif d'évacuation. Celle-ci étaient associée aux complications dont elle multipliait le risque par 2,77 ($P < 0,01$). Nos résultats convergent vers nos revues de littératures (Diallo A.K. [35] au Mali à l'H.G.T. et à l'H.P.G. en 2005 avec un OR : 3 et $P < 0,001$)

5.2.5. Césarienne en urgence : Le caractère urgent de la césarienne multipliait le risque de complications post césarienne par 3,26 ($P < 0,0011$). Notre taux élevé de complications post césarienne dans la série des césariennes en urgence s'expliqué par le fait que ces césariennes se font dans les conditions d'extrêmes urgences ou les règles d'asepsies et d'antisepsie ne sont pas toujours au premier plan, c'est la parturiente et son fœtus qui le sont surtout. Cette série des césariennes en urgence est essentiellement constituée de parturientes évacuées et référées donc un risque accru de complications dans les suites de césarienne.

Etude des suites de couches post-césarienne au CSRef CIV

Dans nos revues de littératures tous les auteurs partagent cette affirmation (Diallo A.K. [35] à l'H.G.T.et l'HPG en 2005 ; Takpara I. [119] au Benin en 1994, Diallo C.H. [36] à l'H.G.T.en 1990).

VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

6.1. CONCLUSION

Il s'agit d'une étude prospective longitudinale avec collecte des données dans la maternité du Centre de Santé de Référence de la commune IV du District de Bamako; qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2006.

Pendant cette période 610 césariennes ont été réalisées dans le service contre 3686 accouchements soit une fréquence de 16.55% et 16.39% de ces césariennes ont été compliquées (100/610) à court terme, 09/339 à long terme soit 2,63% et un taux de complication globale de 19,02%

Les deux premières complications sont respectivement l'infection 60% et l'anémie 14%.

Trois (3) cas de décès ont été enregistrés soit un taux de décès maternel 0.49%.

Un peu moins de la moitié de nos patientes ne sont pas venues à la consultation post natale; avec un taux de complication en consultation post natale de 2,63%

Selon une analyse multi variée ;les facteurs de risque de ses complications sont :la grande multiparité, la non réalisation de la CPN, la durée prolongée du travail d'accouchement ;la rupture prématurée des membranes ,la métrorragie, le caractère urgent de la césarienne et l'anesthésie générale.

Après une analyse bi variée le facteur de risque le plus important pour la survenue de complication est la césarienne en urgence.

6.1. RECOMMANDATIONS :

Nous recommandons :

Aux autorités sanitaires

- Amélioration des conditions de référence et d'évacuation.
- La mise à la disposition constante du sang et produits dérivés pour la prise en charge des cas d'hémorragies.
- L'instauration dans le kit césarienne des matériels pour l'anesthésie loco régionale.

Aux Personnels Socio sanitaire :

- Collaboration avec les services de réanimation et de néo-natologie.

A la population :

- La fréquentation des centres de consultation prénatale dès les premières semaines de la grossesse pour le dépistage précoce des grossesses à risque.
- De mieux planifier les grossesses.
- Accoucher en milieu hospitalier.

Référence :

1-Abbassi H.

Complications maternelles des césariennes : analyse rétrospective de 3231 interventions à la maternité universitaire de Casablanca Maroc. Cahier de santé 200, 10, 419- 23.

2 – Abduhai .M. Ali Adel T Abu – Heija

Obstetric and parental out come of women Para 5 inclining one lower segment caesarean section. Complications maternelles des césariennes / analyse rétrospective de 3231 interventions à la maternité universitaire de CASSABLANCA MAROC. Cahier de santé 200, 10 / 419 – 23.

3-Albrecht H.

Indication excessive de césarienne-triangle, 1991(31)2 PP141- 148

4-Albright GA, Fergusson JE, Joyce M, Stevenson DK.

Anesthesia in obstetrics: maternal, fetal and neonatal aspects. Second edition. New York: Ed. Butterworth's 1986: 325-63.

5-Anne Françoise PAUCHET et Coll

Soins infirmiers fiches techniques

3eme édition 2001

6–Anoma M.

Les césariennes : Réflexion à propos de 4000 cas opères au CHU de Cocody 1^{er} Janvier 1975 au 31 décembre 1979.

Theses de medicine, Abidjan 1980 n° 283 / 51P

7 –Atkinson MW. Owen J.

Department of and gynaecology, university of Alabama: the effect of manual removal of the placenta on post- caesarean andometRICTIS janvier 1996, NO 87 (1): 99 – 102

8 –Ayoubi J.M. Fanchin R. Meddoun M. H Fernandez and J.C Pons

Conservative treatment of complicated caesarean scarpregnacy. From the department of obstetrics and gynaecology, centre hospitaty university of Grenoble, and the hospital Antoine Beclere, France.

Acta obstetric gynéco Scand 2001 ; 80 : 469 -470 . @ Acta obstetric gynéco scand 2001.

9-Baggish M S, Hooper S.

Aspiration as a cause of maternal death. Obstet Gynecol 1974 ; 43 : 327

10-Bangoura S., Diallo F. B. Diallo M.S.Diallo A.B.Camara Y.

Césarienne : facteur de réduction de morbidité et mortalité feoto-maternelle au centre hospitalier universitaire Ignace Deen de Conakry(Guinée)

Médecine d’Afrique noire : 1998, P : 45 (6)

11-Barrat J.

Histoire de la césarienne, son implication dans la conduite obstétricale actuelle. Rev Fr Gynécol Obstet 1988 ; 83 : 225-30.

12-Barrier J, Elhaik S.

La césarienne : ses indications actuelles sont-elles trop nombreuses ? Rev Fr Gynécol Obstét 1979; 74 : 335-47.

13-Bassel GM.

Anesthésia for cesarean section. Clin Obstet Gyncol 1985 ; 28 : 722-34.

14–Bergholt Th Jens Stenderup Agnete Vedsted – Jakobsonr, Peter Helm 1 and Carsten Lenstrup.

Intraoperative surgical complication during caesarean section : and observational study of the incidence and risk factors.

From the department of obstetrics and gynecology in gentofte, herlev and Glostrup, univerty of Copenhagen, Denmark Act obstetric genecology scand 2003;82:251-156

15- Bodiagina V.

Precis d'obstetrique

Edition 1996 : 43 – 5

16 – Boisselier.Ph,

Indication de la césarienne itérative sur utérus cicatriciel à la Clinique Ste ANNE CHATELLERAUT. Deuxième journée d'obstétrique du collège de gynécologie de Bordeaux et du sud ouest. 18 Novembre 1995 Bordeaux

17 – Boubli L, C D' Ecole , C. Chau ; D Vardon , L . Piechon, V. Robert, M Kontostolis.

Césariennes : aspect technique, taux idéal taux réaliste 1999 .

Maternité hôpital nord Marseille.

[http:// www.lesjta.com-article.php? Ar-id=329.](http://www.lesjta.com-article.php?Ar-id=329)

18-Boulangier J Ch, Vits M, Verhoest P.

Les complications maternelles des césariennes. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1986 ; 15 : 327-32.

19- Bouvier colle M.H. et Al:

Mortalité maternelle en Afrique de l'ouest. Résultat d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis, Kaolak. INSERM – unité 149, ministère des affaires étrangères : coopération et francophonie 1993 : 116p.

20-Caron CS.

Complications maternelles des césariennes : résultats d'une étude multicentrique. Thèse médecine 1986, Marseille.

21- Chuong CJ, Lee CY, Chuong MC.

Does 24-hour supervisory staff coverage in the labour and delivery area change the emergency caesarean section rate ? British J Obstet Gynecol 1986 ; 93 : 983-42.

22. Ciraru-Vigneron N, Guyen Tonlung RM, Elhaik S.

Evolution des indications de césariennes. Comparaison entre 1971-1976 et 1976-1979 à la Maternité de l'hôpital Louis-Mourier. Revue de la littérature J Gynécol Obstét Biol Reprod 1985 ; 14 : 375-84.

23-Cissé B.

Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des complications post-opératoires dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de référence de la commune 5 .Thèse de Med 2001 Bamako N° 27.

24-. Cisse C.T NGomp. M ; Guisse A ? Faye E.O Moreau JC.

Réfection sur l'évolution du taux de césarienne en milieu Africain : exemple du CHU de Dakar entre 1992 et 2001 .

Gynécologie obstétrique et fertilité 2004, vol 32, n°3 ; PP 210- 217.

25-Coulibaly I.

Césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako de 1992 à 1996 (à propos de 3314 cas)
Thèse de médecine :Bamako,1998 No 85.

26 –Coulibaly M . B

Profil épidémiologique de l'enfant né par césarienne dans le service de gynéco-obstétrique du centre de référence de la commune V du District de Bamako à propos de 200 cas, thèse médecine 2001 ; N° 40

27.Crimail-Ph et Coll

Fistules vésico-utérine après césarienne .J-Gynecol-obstet-Biol-Reprod 199 ;21 :112-8

28Darbois Y, Magnin G, Faguer C.

L'anesthésie péridurale en obstétrique. Expérience des 500 premières observations. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1977 ; 6 : 1007-26.

29 -Darj E. Nordstrom ML

The Misgav Ladach method for caesarean section compared to the Pfannenstiel méthode.

Act obstetric gynaecology Scand 1989; 78: 37 – 41.

30- Datta S, Alper MH.

Anesthesia for cesarean section. Anesthesiology 1980 ; 53: 142-60.

31-De Grandi P, Kaser O. Les opérations césariennes. Traité d'obstétrique, Tome 2. Paris : Edition Masson 1985 : 665-705.

32–Desjardins C ? Diallo HO ET Coll.

Département d'obstétrique gynécologique, Hôpital, Notre Dame, Université de Montréal, Quebec ,Canada :

Etude rétrospective de l'endométrite post-césarienne 1996,n° 25 (4) : 419-23.

33-Diaby M.

Etude de la césarienne à la maternité du centre de référence de la commune 1
Du district de Bamako

Thèse de médecine Bamako 2006 No : 286 P67-68-69

34– Diakite Y.

Les endométrites post-césariennes à propos de 32 cas dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU Gabriel Toure .

These de medicine : Bamako 2002 n° 18 : 57 .

35_Diallo A.K.

Facteurs de risque des complications Maternelles post-césarienne à l'hôpital Gabriel Touré et à l'hôpital du Point G

Thèse de médecine Bamako 2005 .No 224 P.

36–Diallo C.H

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

Thèse de médecine Bamako ; n° 37.

37-Diarra FL :

Etude de l'anesthésie dans les césariennes en urgence de l'hôpital Gabriel
Touré Thèse de médecine 2001, N° 91.

38-Dommergues M, Madelenat P.

Césarienne. Technique, indications, complications. La revue du praticien
1985 ; 35 : 1343-62.

39-Douglas GR, Stromme WB.

Cesarean section. Third edition. New York : Appleton century crafts 1976 :
619-70.

40. -Dumont-M

A propos de la dilatation aigue idiopathique du colon droit ou syndrome
d'Ogilvie. Rev. Fr-Gynecol-Obstet. 1990 Dec ; 85(12) :709-10

41-Dumont M, Morel P.

Histoire de l'obstétrique et de la Gynécologie. Lyon : Simep édition 1968 :
18-82.

42-Dunn PM. Cesarean section and the prevention of respiratory distress
syndrom of the newborn. 3rd European congress of perinatal medecine.,
Lausane : Sistek Eds 1979 : 38-45.

43-Elferink-Stinkens PM, Brand R, Van Hemel OJ.

Trends in cesarean section rates among high-and medium-risk pregnancies int
The Netherlands 1983-1992. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995 ; 59 :
159-67.

44- Erny .R Gammiere M. et Martin A.

Complication des césariennes. Mise à jour en gynécologie et obstétrique,
Paris, Vigot Edit 195 – 217 , 1981 .

45– Evrard J. R et Gols E.M.

Caesarean section and maternal mortality in Rhode Island . Incidence and risk factors 1965 – 1975 obstetric. Gynaecology ; 50, 594 – 597, 1977.

46 – Fabrice P.

La césarienne : assurance anti-procès

Maternité du Beffroi GHU de Tours . Deuxième journée d'obstétrique du collège gynécologie de Bordeaux et du Sud Ouest .

18 Novembre 1995 Bordeaux .

[http : // www. Gyneweb.fr/sources/obstétrique /bx/95/proces.htm](http://www.Gyneweb.fr/sources/obstétrique/bx/95/proces.htm)

47. Fanning-J;Cross-CB

Post-cesarean section cecal volvulus.Am-j; Obstet-Gynecol.1988 May; 158(5):1200-2

48- Farmer RM, Kirschbaum T, Potter D, Strong TH, Medearis AL.

Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1991 ; 165 : 996-1001.

49- Fejgin MD, Markov S, Goshen S, Segal J, Arbel Y, Lang R.

Antibiotic for cesarean section : the case for " true " prophylaxis. Int J Obstet Gynecol 1993 ; 43 : 257-61.

50_Franchi M. Et al :

A randomized clinical trial of two surgical techniques for caesarean section

51- Francome C, Savage W

Caesareans section in Britain and the united states 12% and 24% : is either the right rate ? Social science and medicine: 1993 (37) 10; PP. 1199- 1218

52- Fournn L, Alihounou E, Seguin L, Ducic S.

Incidence et facteurs associés a la césarienne primaire au Bénin (Afrique).

Revue d'épidémiologie et de santé publique, 1994, 42/1, PP, 5-12.

53. Gabriel-R,et coll

Hémorragie de la délivrance.Mise en jour en gynécologie et obstétrique-1994 ; 2P; 88-90

54-Gordah.N.

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

55_ Hamza. J Poupard M, Jorrot J.C Toubas F.Saint Maurice C.

Césarienne en urgence : place de l'anesthésie locorégional.

Cahiers d'anesthésiologie : 1994, vol 42, NO 6, 739-749.

56-Henry M, Seebacher J. L'anesthésie péridurale. La revue du praticien 1987 ; 37 : 1779-85.

57-Hershey DW, Quilligan EJ. Extra-abdominal uterine exteriorization at cesarean section. Obstet Gynecol 1978 ; 52 : 189-92.

58- Hodonou A.K.S, Schmidt H, Vovor M.

Les complications post-opératoires des césariennes au CHU de Lomé, Actes du congrès COAC (WACS), 1983-148-152.

59-Houtzager HL. Cesarean section until the end of the 16th century. Europ J Rep Biol 1982 ; 13 : 57-8.

60-Irion O ; Luzuy F, Beguin F.

Non closure of the visceral and parietal peritonea at caesarean section : a randomised controlled trial.

Br J Obstetric gynaecology 1996; 103: 690-4.

61-José M Belizan et al. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. BMJ 1999; 319: 1397-402.

62-Kamina P. Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris : Maloine 1986 : 383-99.

63-Keita Y.

Etude de la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV Du district de Bamako

Thèse de médecine Bamako 2006 No :287 P67-68-69

64- Khawaja M, PHD, Rozzer jurdi, MS, and Tamar Kabakian Khasholian, PHD.

Rising Trends in caesarean section rates in Egypt birth 31 : 1 March 2004

@Blackwell publishing, Inc.

65-Khlass K. Etude analytique des indications de la césarienne et pronostic materno-fœtal à propos de 277 cas de césariennes pratiquées à la maternité du nouveau CHU Habib Thameur (du 4 Avril 1987 au 31 Janvier 1989). Thèse médecine 1989, Tunis.

66- Kozinszky Zoltan, Hajmalka orvos, Tonde Zoboki Marta Katona, Kornelia Wayda, Ittila Pal and Laszlo Kovascs

Risk factors for caesarean section of precipitous women aged aver 35 years.

Act obstetric genecology Scand 2002 ; 81; 313-316. C Act obstetric

genecology Scand 81 2002.

67-Klouz Mourad. Les indications de césariennes à la maternité de l'hôpital militaire de Tunis à propos de 150 cas. Thèse médecine 1998, Tunis.

68- LANKOANDE J. ET coll.

Morbidité et mortalité maternelle post césarienne en milieu Africain.à Propos de 583 cas de GEU ; de césarienne ; de rupture utérine au centre hospitalier national de Ouagadougou. REV. FR GYNECOL. Obstet. 1999, 94,6.

69- Lansac J./G.Body avec la collaboration de CH. Berger, M. Berland/ A.Fournie F. Gold/ B. Jacquetin / G. Magnin / F. Puech/ J.M Thoulon.

Pratique de l'accouchement.

Obstétrique pour le praticien Masson 3ème édition 395-6

70-Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris : Simep 1990 : 335.

71-Lansac J, Body G. Magnin.Pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique. Paris, édition Masson, 358 Pages.

72-Lansac J. Obstétrique pour le praticien. 4eme edition Masson, paris, 2003.

73-Largueche S, Merieh S, El Ariane F. A propos de 2 cas de fistule utéro- pariétale post-césarienne. La Tunisie Médicale 1985 ; 42 : 391-6.

74_ Liabsuetrakul T. P. Iunbigana, V. Chongsuvivatwarg , K. Boonsom and P Wannaro

Current status of profit lactic use of antimicrobial agent for caesarean section in Thailand.

J. Obstet Gynécol. RES.VOL.28, NO 5 : 262-268 octobre 2002.

75- Liondas S. Anesthésie générale pour césarienne. Mythes et réalités. Ann Fr Anesth Réanim 1985 ; 4 : 321-3.

76– Longombe A.O; Wood P.D ; Dix R.

Caesarean section : indications and risks in rural Zaire. J.Gyneco- Obst, 1990, (33) PP 199-202 (38).

77-Maaike A.P.C. et al. : Maternal consequences of cesarean section. A retrospective study of intra operative maternal complications of cesarean section during a 10 year period. European journal of obstetrics and gynecology and reproductive biology 1997,74 : 1-6.

78-Magnin P. La césarienne en médecine humaine. Rev Fr Gynécol Obstét 1979 ; 74 : 83-96.

79- Mandelbrot Laurent

La place de la césarienne : Modalité d'accouchement : quels éléments de décision ? Service de gynécologie obstétrique Port Royal (Paris)

Revue critique de l'actualité scientifique internationale sur le VIH et les virus de l'hépatite. N ° 81 –F – Maroc

80- Massimo Franci1 ; Fabio Gezzi, luigi Raio Edoardo Di Naro,

Massimiliano Miglierina, Massimo Agosti and Pierfrancesco Bolis

Joel Cohen or pfannesnstiel incision at caesarean delivery : does it make a difference?

From the department of obstetrics and Gynaecology university of Berne, Switzerland, Department of obstetric and neonatology, del Ponte Hospital, Averse, Italy Act obstetric Gynoecia Scand 2002;

81 : 1040 – 1046. @actaobstet gynaecology Scand 2002.

81- Mbiyé Kamuma, Sepou A. Ferre J. :

Les indications opératoires de césariennes pratiquées au Centre Nationale Hospitalier et Universiataire de Bangui 1983-1986 médecine d'Afrique noire ; 1989(36) ; PP. 42-46.

82-Meehan FP. Cesarean section-post, present and what of the future? J of Obstet and Gynecol 1988; 8: 201-5.

83- Melchior J. Bernard N. Raoust I.

Révolution des indications de césarienne. CNGOG.

MISE 0 JOUR EN GYN2CO-Obst. Vigot ed. 1988 (13) ; 251-265.

84- Merchaoui J. Fekih M.A, Sfar R

Facteurs influençant la durée d'hospitalisation après une césarienne : étude statistique sur 645 césariennes. Revus Française Gynécol. Obstet 1992 vol 87, n° P. 17-20.

85. Mercier-v ; Samama-G

Colectasie droite aigue après césarienne traité par colectomie droite.Presse-Med.1986 Oct ; Vol 152 :1199-1200

86-Merger R, Levy J, Melchior J. Intervention par voie haute : césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. Masson 1979 : 618-27.

87- Merger R, Levy J, Melchion J.

Précis d'obstétrique.

Masson Paris, 5eme edition, 1985. 755 P.

88-Mestiri A (née Ghazouani). Evolution des indications de la césarienne à la Maternité du CHU de Monastir (à propos de 805 cas de 1986 à 1988). Thèse médecine 1990, Tunis.

89-Misgav Ladach

Moreira P. MOREAU J.C, Faye M.-E, KAS; Gueyes M. Koné, Faye E-O, Ding T. DIADHIOU F.

Comparaison de deux techniques de césarienne Misgav Ladach.

2002 vol 31, 106, PP.572-576

90- Moreira P. et Al

Césarienne classique et césarienne selon Misgav Ladach : clinique gynécologique the obstétrical CHU le Dantec

Dakar, 2000(16)

91- Muriel Kom Mogto

Evaluation de la qualité des services au bloc opératoire du service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE de Bamako de Janvier à Juin.

Thèse de médecine : Bamako, 2005 n°56

92-Najah S. Les césariennes : Indications, pronostic maternel et fœtal. Etude de 1775 observations (1978-1982) à la maternité de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis. Thèse médecine 1985 n°92, Tunis.

93- Papernik E, Cabrol D ; Pons J C

Obstétrique Flammarion Paris, 1995, 1584 P°.

94- Perlemuter L, Waligora J

Cahier d'anatomie

Masson 3ème édition, 1996 : 286.

95-Phelan JP, Clark SL. Cesarean delivery: the transperitoneal approach. New York : Elsevier, ed 1988 : 201-18.

96-Pierre KAmina :

Anatomie gynécologique et obstétricale 4^{ème} édition 1984.

97-PICAUD A.N Lomé –NZE Kouvahe V, Faye A et Coll :

Les indications de la césarienne et leur évolution au centre hospitalier de libreville ; rev ; fr gynecol obst, 1990, (85) 6, P 393-398.

98-Plan développement socio sanitaire de la commune I (2001-2006)

Bamako, septembre 2001, 54 pages.

99-Poidevin L.O. The value of hystero-graphy in the prediction of cesarean section wound defects. Am J Obstet Gynecol 1961 ; 81 : 67-71.

100. Pontonnier A, Berland M, Daudet M. L'extension des indications de la césarienne au cours des dix dernières années est-elle justifiée ? Rev Fr Gynécol Obstét 1979 ; 74 : 81-96.

101. Poulain P, Palaric JC, Jacquemard F et al. Les césariennes. Editions techniques Encycl Méd Chirurg (Paris-France), Obstétrique, 5-102-A10, 1991: 15.

102. Pritchard JA, Mac Donald PC, Gant NF. Cesarean section and cesarean hysterectomy. Seventeenth edition. New York: Appleton-Century-Crofts: 1081-101.

103. Qublan Hussein, Ahmad Alghouveri, Mohousmad Al Taani, Sani Abu-Khait, areej Abu-Salem and Ahmad Merhey

Cesarean section rate: the effect of age and parity departments of obstetrics and gynecology. J. Obstet. Gynaecol. RES. VOL.28 NO 1 ; 22-25 February 2002.

104– Racinet, Favier. M

La césarienne, Indication, technique, Complication, Masson, Paris, 1984 : 140-3.

105- Racinet C, Favier. M

Césarienne : complication maternelle

Pratique médicale édition 1982 : 31.

106. Racinet-CI ; Bouzid-F.

Césariennes .Encycl.Med.Chir.(Paris France)_Techniques chirurgicales.Urologie-Gynécologie,41-900,1994

107_ Raudrant* D. , F. Vaudoyer* , F Golfier* F Champion*

L'accouchement du siège : A terme place de la césarienne systématique.
Service de gynécologie obstétrique hôpital Hôtel Dieu, XIVème JTA journée de technique avancée en gynécologie et obstétrique pma et pédiatrie janvier 1999.

108– Rudigoz R.C, Chardon C, Gaucherand P, Audra P, Clément H.J, caffin JP , cortey C, PUTTET G , Leclercq O

La césarienne en 1988. Problèmes obstétricaux posés par l'utérus cicatriciel, fréquence et indication des césariennes. Complication thrombo- emboliques après césarienne. Place de la césarienne avant 32 semaines.

Revue Française de gynécologie obstétrique, 1990, vol 85, n)2, PP 105- 120.

109- Salam A

Les aspects démographiques et obstétricaux des complications infectieuses post-césariennes dans le service de gynécologie obstétrique de l'H.G.T.

THESE DE Médecine: 1995, N° 42

110. Saltutti-C;et coll

ureterouterine fistula as a complication of cesarean section.J.Urol 1994 Oct;152:1199-1200

111 – Schzndel Morika, Peter Birner, Mikaela reingrabner Elmar A. Joura Peter Huslein and Langer

Elective caesarean section V S. Spontaneous delivery: a comparative study of birth experience.

From the department of obstetric. And gynaecology, university of Vienna, Austria.

Act obstetric gynaecology Scand 2003; 82; 834-840.

112-Segal S, Datta S. Epidural analgesia and frequency of cesarean section.

Am J Obstet Gynecol 1994 ; 171 : 1396-97, 1401-10.

113- serment H

Complication maternelles des césariennes à l'hôpital de la conception,
MASEILLE

Pratique médicale 1982 : 31.

**114- sperling L.S, Henriksen T.B , Ulrichsen. H Hedegard M , Moller H,
Hansen V, OVLISEN B . SECHER N.J.**

Indication for caesarean section in singleton pregnancies in two Danish
countries with different caesarean section rate. Act obstetric et gynaecological
scandinarca. 1994 (73) 2, PP129 -135.

115. Sperling L.S. Schantz-AL ;Toftager-Larsen-K;Ovlisen-B

Non-obstructive cecal dilatation and perforation after cesarean section.Acta-
obstet-Gynecol-Scand.1990;69(5):437-9

116 – Stark M, Cavkin, Kupfers, Tain, Finkel AR.

Evaluation of combination of procedures of caesarean Into J. Gynaecology-
Obstetric 1995, 48: 273-6.

117- Stringer J, Réveillez D.J, Goldenberg RL.

Livraison césarienne prophylactique pour la prévention de transmission du
virus de l'immunodéficience Humaine prénatale :

Les cas pour retenu.

J EST Assoc 1999 ; 281 1946-1949.

118-Sureau C :

Fait on trop de césarienne ?

Prat. 1990; (40) 24; PP – 2270-2272.

119–takpara I , Alihonoue, Perrrinr, Koalaga A .

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

J. Soc. Biol. CHU Benin, 1994, 11 2. PP. 43-46.

120-Teguété I.

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital
de Point G. de 1991 à 1993.

Etude des suites de couches post-césarienne au CSRef CIV

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

Thèse de médecine : Bamako, 1996 ; 17 (37) .

121-Thiéro M :

Evacuation sanitaire d'urgence en obstétrique à l'hôpital Gabriel Touré. A propos de 160 cas. Thèse de médecine : Bamako, 1995, N°17.

122- thoulon Puech –Boog

Obstétrique vol 2 P. 821.

123-Thoulon JM. Les césariennes. Encycl Méd Chir (Paris-France), Obstétrique, 5-102-A10, 10-1979.

124-Thoulon JM, Raudrant D. Les césariennes. Encycl Méd. Chirurg (Paris-France), Techniques Chirurgicales Uro-Gynéco, 4.2.11, 41900.

125_Tissot Guerra F. Moussy L.Agniel F.et AL.

Infection hospitalière en maternité ; trois (3) années de surveillance portant sur 9204 accouchements dont 1333

126-Tovell HMM, Dank LD. Operative surgery. New York: "Harper and Row " editions 1978: 7-19.

127-Unal D, Millet V, Lacroze V. Césarienne et adaptation respiratoire néonatale. Médecine au féminin 1996 ; 11 : 24-5.

128-Vokaer R. ; Barrat J. ; Bossart H. : La grossesses et l'accouchement dystocique.Traité d'obstétrique, tome2.Paris : Masson 1985 :312P

129-Weber V.E.: post mortem cesarean section: review of the litterature and case reports.Am J.Obstet gynecol 1971; 110: 158-65

130-Weiss V. : Anesthésie pour césarienne.Etude rétrospective sur 5 années.Gynecol obstet Biol.Reprod 1974 ;3 :83-91.

131-Yahiaoui H.:

Evaluation d u risque obstetrical et neonatal au service de gynecologie obstetrique de l'hopital Charles Nicolle par une enquête en post partum immediat.Thèse de Medecine 1992, Tunis.

Fiche signalétique:

Nom: Coulibaly

Prénom : Bilali

Titre : Etude des suites de couches post-césarienne au centre de santé référence de la commune IV du district de Bamako

Année universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

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

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique, chirurgie, anesthésie-réanimation.

Résumé :

Objectifs :

-Déterminer le taux de complications dans les suites de couches chez les femmes césarisées.

-Préciser les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui ont présenté des complications en post-césarienne.

-Identifier les facteurs de risque de survenue de complications dans les suites de couches post-césariennes

Méthodologie.

Etude prospective et longitudinale du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2006.

Résultats : Au total, 610 Césariennes ont été réalisé pour un nombre total d'accouchements 3686. Le taux de césarienne est de 16.55% ; le taux de complications dans les suites de couches post-césarienne est de 16.39%

Le profil des femmes ayant présenter une suite de césarienne compliquée a été établi : la plupart des femmes ayant présenter une suite de césarienne compliquée sont référées en urgences (43%), elles sont ménagères (66%), primipares (60%), l'âge < = 19 ans (37,8%), analphabète (71%).

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés à l'analyse uni variée. L'analyse multivariée a retrouvé six facteurs : la rupture prématurée des membranes (OR=2,49), le travail prolongé (OR=3,60), la métrorragie à d'admission (OR=3,14), la césarienne en urgence (OR=3,26), la prolongation de la durée de césarienne (OR=4,88) et l'hémorragie per-opératoire (OR=7,96) exposent à la survenue de complications dans le post-césarienne. Les principales complications ont été : l'infection (9,83%) ; l'anémie (2,29%) et l'hémorragie (2,13%).

Nous avons noté 3 cas de décès maternel dans le post-césarienne soit (0,49%) de l'ensemble de nos césariennes, La létalité de l'hémorragie a été de 23%.

Les stratégies de réduction des complications dans les suites de couches post-césariennes doivent améliorer la prise en charge des grossesses pathologiques et des grossesses à risque et ses complications, la gestion du travail d'accouchement, la réalisation des CPN de qualité, une bonne planification des grossesses et par une formation continue des personnels.

Mots clés : Suites de couches ; post-césarienne ; Facteurs de risque, Complications.

Fiche d'enquête

Date :/...../.....

N° d'ordre :

I. caractéristiques socio-démographiques :

Q-1 Nom :

Q-2 Prénom :

Q-3 Profession :

Ménagère=1, fonctionnaire=2, vendeuse/commerçant=3, coiffeuse=4 Autre

préciser.....

Q-4 Age.....

Q5 Résidence :

Q-6 Statut matrimonial :

Mariée=1, divorcée=2, Célibataire=2, Veuve=4, concubinage=5

Q-7 Niveau d'étude :

Aucune étude=1, Niveau fondamental=2, niveau secondaire=3, niveau supérieur=4

medersa=5 Autres=6 préciser.....

Q-8 Ethnie

Bamabara=1, Peulh=2, Soninké=3, Malinké=4, Sénoufo=6, Minianka=7, Bobo=9,

Khasonké=10, maure=11, autres=12

Autres préciser :

Q-9 Profession du mari :

Paysan=1, vendeur/commerçant=2, fonctionnaire=3, mécanicien=4, menuisier=5,

manœuvre=6 ouvrier=7, chauffeur=9 autres=10 préciser

.....

II. circonstance de l'admission :

Q-10 mode d'admission : venue d'elle-même=1, référée=2, évacuée=3

Q-11 motifs : CUD=1, utérus cicatriciel=2, siège sur bassin limite=3, BGR=4, HU

excessive=5, dilatation stationnaire=6, SFA=7, présentation transverse=8, éclampsie=9,

HTA=10, refus de pousser=11, hémorragie=12, PP=13, HRP=14

Autres=15.....

Q-12 Adressée par : elle-même=1, medecin=2, Stage femme=3, matrone=4

Q-13 Si évacuée/référée, provenance : CSCOM=1, CSrefCI=2, CII=3, CIII=4,

CIV=5

CV=6, CVI=7, autres=8 préciser

Q- Localité

III- Antécédents :

A- Médicaux :

Q-14HTA = oui=1 non=2, Q17 Cardiopathie= oui=1 non=2,

Q-15Néphropathie oui=1 non=2, Q-18Diabète= oui=1 non=2,

Q-16asthme= oui=1 non=2 Q-20Drépanocytose= oui=1

non=2

Q-21 si drépanocytose préciser la forme : SS=1, AS=2, SC=3

Q-22 Autres oui=1 non=2 si oui préciser

.....

B- Chirurgicaux :

Q-23-Césarienne oui=1 non=2,

si oui préciser

l'indication.....

Q- 24 Myomectomie oui=1 non=2

Q-25 cure de fistule recto-vaginale oui=1 non=2,

Q-26 Autres oui=1 non=2 si oui préciser

.....

C- Obstétricaux :

Q-27 gestité :

.....

Q-28 parité :

.....

Q-29 Nombre d'enfant vivants :

.....

Q-30 Nombre d'enfants décédés :

.....

Q-31 Nombre d'avortement :

.....

Q-32

IIG.....

IV- Consultation prénatales :

Q-33 Nombre de CPN

Q-34 Auteur de la CPN

Infirmière=1, Stage femme=2, Médecin généraliste=3, Obstétricien=4, Matrone=5,

Autres=6,

préciser

Etude des suites de couches post-césarienne au CSRef CIV

Q-35 pathologies au cours de la grossesse : oui=0 non=1.

Si oui lesquelles :

Q-36 Infections urinaires oui=1 non=2

Q-37 infection génitales : oui=1 non=2

Q-38 Anémie oui=1 non=2

Q-39 Métrorragies oui=1 non=2

Q-40 Retro virose oui=1 non=2

Q-41 HTA/prééclampsie oui=1 non=2

Q- Autres préciser

.....

Q-42 Traitement au cours de la grossesse

Fer + SO=2, antibiotiques=3, antispasmodique=4, antipaludéen (curatif)=5, ARV=6

transfusion=7, fer SP + antipaludéen=8, fer+Sp+antispasmodique=9

Si autre (a préciser)=10

V- Examens à l'admission :

V-1 Examen général :

Q-43 Etat de conscience bonne=1, altérée=2

Q-44 muqueuses bien colorées=1 pales=2 ictérique=3

Q-45 TAS

Q-46 TAD.....

Q-47 Température

Q-48 Pouls.....

Q-49 Poids en Kg :

Q-50 Taille

V-2 Examen obstétrical :

Q-51 HU Q-52 CU oui=1 non=2,

Q-53 BDCF/mn

Q-54 MAF oui=1 non=2

Q-55 Présentation : sommet=1, front=2, face=3, siège=4, transverse=5

Q-56 Travail oui=1 non=2

Q-57 Métrorragies oui=1 non=2

Q-58 PDE intact=1 rompue=2

Q-59 Si Rompue prématuré=1 durée :..... précoce=2

tempestive=3

Q-60 Aspect du LA : clair=1, teinté=2, méconial=3

Etude des suites de couches post-césarienne au CSRef CIV

Q-61 Facteurs de risque oui=1 non=2

Q-62 Si oui lesquels :

Utérus cicatriciel=1, BGR=2, Bassin asymétrique=3, RPM=4, HU excessive=5,

Anémie=6, HTA=7, grossesse gémellaire=8,

Autres=9 Si autres préciser

VI- Césarienne :

Q-63 En urgence : oui=1 non=2

Q-64 Prophylactique oui=1 non=2

Q-65 Programmée : oui=1 non=2

Q-66 Type anesthésie Péridurale=1, AG=2, Rachianesthésie=3

A-67 Incision : IMSO=1, Pfannenstiel=2, Joel-Cohen=3

A-Indications :

Q- 67 dystocies mécaniques BGR=1, bassin asymétrique=2, BTR=3, bassin limite=4 échec

épreuve de travail=5, DFP=6, présentation transversale=7, présentation de face variété

mento pubienne=8, présentation du front variété bregmatique frontal=9, présentation de

face menton sacrée=10, présentation de siège=11, échec d'une extraction

instrumentale=12, Bassin immature=13

Q-68 causes maternelles générale Eclampsie=1, diabète et Grossesse=2 help syndrome=3 HTA=4 Toxémie sur grossesse=5 HRP=6 Cardiopathie+grossesse=8

Q-69 causes ovulaires Procidence du cordon=1 hydramnios=2

oligoamnios=3

placenta praevia=4

Q-70 causes fœtales gros fœtus=1 souffrance fœtale aigüe=2 grossesse

multiple=3 malformation fœtale=4

Q-71 dystocies dynamiques dystocie du col (œdème, sténose du col)=1,

dilatation stationnaire=2

Q- 71 causes infectieuses chorioamniotite=1 RPM=2,

syndrome de pré rupture=3 Utérus bi cicatriciel=4 Utérus tri cicatriciel=5

prématurité

Q- 72 Autres =.....

Q- 73 Durée du travail :

VII- Interventions associées :

Q-74 Hystérectomie oui=1 non=2

Etude des suites de couches post-césarienne au CSRef CIV

Q-75 si oui motifs : rupture utérine = 1, Hémorragie = 2, chorioamniotite sévère=3

autre préciser

Q-76 LRT oui=1 non=2

Q-77 Kystectomie oui=1 non=2

Q-78 Autre (à préciser)=2

Traitement reçu en per-opérateur :

Q-79 Antibiotiques oui=1 non=2

Q-80 ocytotique oui=1 non=2

Q-81 Transfusion oui=1 non=2

Q-82 autres

Q-83 produits anesthésiques :

Q-84 pertes sanguines :

Q-85 durée de l'intervention :

Q-86 score ASA :

Q-87 Etat du nouveau-né : mort-né=1, vivant=2

Q-88 Score d'APGAR : à la 1^{ère} mn :

Q-89 Score d'APGAR à la 5^{ème} mn :

Q-90 Poids à la naissance en grammes

Q-91 Malformation : oui=1 non=2

Q-92 nné référé à la pédiatrie : oui=1 non=2

Q-93 motif : détresse respiratoire=1, SFA=2, Prématuré=3 ; hypotrophie=4

VII- suites de couches :

Sécrétion lactée :

Q-94 Montée laiteuse effectuée : à 48 heures=1 plus de 48 heures=2

Utérus

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	10
HU										

Aspect des lochies : sanglantes=1, séro-sanguinolentes=2, sérieuse=3

Q-95 J0-J3 :

Q-96 J4-J8 :

Q-97 J9-J15 :

Quantité des lochies : minime=1, moyenne=2, abondante=3, taries=4

Etude des suites de couches post-césarienne au CSRef CIV

Q-98 J0-J3 :

Q-99 J4-J8 :

Q-100 J9-J15 :

Q-101 Odeur : non fétide=1, fétide=2

Q-102 J0-J3 :

Q-103 J4-J8 :

Q-104 J9-J15 :

Suites de couches

Q-105 Simples : oui=1 non=2

Q-106 Compliquées :

Q-107 Suppuration pariétale isolée, oui=1 non=2

Q-108 Endométrite isolée, oui=1 non=2

Q-109 Péritonite oui=1 non=2

Q-110 Eviscération=6 oui=1 non=2

Q-112 Infection urinaire oui=1 non=2

Q-113 Thrombophlébite oui=1 non=2

Q-114 Anémie oui=1 non=2

Q-115 occlusion intestinale oui=1 non=2

Q-116 Iléus paralytique oui=1 non=2

Q-117 Autres (à préciser)=.....

Q-118 Durée d'hospitalisation :

Q-119 Traitements reçus Post-opératoire oui=1 non=2

Si oui lesquels :

Q-120 Antibiotiques : oui=1 non=2

préciser type, dose

Durée

Q-121 ocytociques oui=1 non=2

Q-122 antipaludéens oui=1 non=2

Q-123 Transfusion oui=1 non=2

Q-124 Antalgiques oui=1 non=2

Q-125 Autres

Q-126 Décès maternel : oui=1 non=2

Q-127 Causes : hémorragie=1, endométrite=2, pelvipéritonite=3,
éclampsie=4

accès palustre=5 cause inconnue=6

Etude des suites de couches post-césarienne au CSRef CIV

Autres (à préciser)=7

Q-128 Date du décès : décès sur table=1, inf à 24H=2, 24 – 48H=3, 3-7jour=4
supérieur à 7jours=5

VIII Q-129 Consultation du post-partum : oui=1 non=2

Q-130 plaintes : fièvre=1, céphalées=2, douleur mammaires=3, douleurs
pelviennes=4, asthmie=5 autres à préciser=6

Q-131 Retour des couches oui=1 aménorrhée=2 écoulement utérin=3

Etat de la mère

Q-132 bien portante : oui=1 non=2

Q-133 malade : HTA=1, métrorragies=2, endométrite=3, paludisme=4,
dysenterie=5, autre=6 (préciser).....

Q-134 décédée : oui=1 non=2

Q-135 Si oui date :

Q-136 Cause hémorragie=1, endométrite=2, pelvipéritonite=3,
éclampsie=4,
cause inconnue=5

Autre préciser=6

Q-137 état de l'enfant : vivant=1 décédé=2

Q-138 si décès a quel âge J0-J7=1 J8-J28=2 supérieur à J28

Q-139 cause : SFA=1 Pré maturité=2, Souffrance cérébrale=3,
INN=4,
cardopathie=5

Autre préciser=6

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui se 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.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !