

MI NISTERE DE L'ENSEIGNEMENT
SU PERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

UN peuple - Un But - Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE *ET*
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2019-2020

N°.....

THESE

**PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DES CESARIENNES
D'URGENCE DANS L'UNITE DE GYNECO-OBSTETRIQUE
DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE VI DU DISTRICT DE BAMAKO.**

Présentée et soutenue publiquement le/...../2020 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par M. Bakary Diakité

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat).**

Jury

Président : Pr Broulaye SAMAKE

Membre : Dr Soumana Oumar TRAORE

Co-Directeur: Dr Amadou BOCOUM

Directeur : Pr Niani MOUNKORO

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A Mon père Samba Diakité et ma mère Sitan Diakité : vous qui m'avez aidé à être ce que je suis ; vous avez consacré le meilleur de vous-mêmes à l'éducation et à l'épanouissement de vos enfants. Vos sages conseils, vos bénédictions, votre assistance continuelle et votre affection nous accompagneront toujours pour guider nos pas dans la vie. Votre soutien tant moral qu'affectif, matériel et financier a contribué à la finalisation de ce travail.

C'est avec le cœur plein de joie que je vous dédie ce travail qui est également le vôtre. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Que DIEU vous accorde encore longue vie et bonne santé auprès de nous. Nous sommes fiers de vous et cela pour toujours.

Les mots me manquent pour vous qualifier et vous témoigner ma profonde gratitude.

A mes frères et sœurs: Lansseni, Chaka, Lassine, Dramane, Fanta ,Oumou

Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix et j'espère et souhaite qu'elle reste toujours un lien sacré pour nous. Que Dieu renforce nos liens. Votre soutien

et votre amour ne m'ont jamais fait défaut. Ce travail est le vôtre. Courage et persévérance. Aux familles : Arriré a Attbougou 759logement, Diakité ; Coulibaly a Niamana .

L'amour familial que vous avez entretenu à mon égard a été un atout favorable pour l'accomplissement de ce travail. Soyez-en infiniment remercier

Vous resterez toujours pour moi l'image de cette entente ; de l'amour, de l'union; de l'entraide et de la solidarité que les parents nous ont inculqué. Que Dieu veille sur votre famille, Amen !

A mes tantes et oncles ce travail est le fruit de vos multiples sacrifices et vos bénédictions.

Trouvez ici l'expression de mes reconnaissances et du respect à votre égard.

A ma femme Mariam Ibrahim Koinana

Merci de votre tendresse et surtout de votre patience au cours de la réalisation de cet ouvrage. Ce travail est le vôtre, nous prions le puissant Allah qu'il soit le bonheur et le salut pour nous tous.

Je rend grâce à Dieu

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

Remerciements

S'adressent à

A Tous mes maîtres de la FMPOS de l'université de Bamako dont l'enseignement a contribué à ma formation de médecin. A tous les médecins du centre de santé de référence de la commune CVI:

Médecin chef Dr Samaké Alou, Docteur Keita Mamadou, Docteur Haïdara Dramane, Docteur Diassana Mama, Docteur Diassana Boubacar.

Merci pour votre enseignement de qualité qui a contribué à ma formation de Médecin.

Aux Familles : Diakité, Bakayoko, Arriré, Maïga à Bamako.

Vos conseils ne m'ont jamais fait défaut. Trouvez ici l'expression de tout mon respect.

A Mes amis d'enfance : Fousseïni Diakité; Niénakoro Bakayoko; Yéhya Maïga; Mohamed Maïga; Souleymane Diakité; Abdoulaye Timbiné.

En souvenir des bons rapports d'amitié.

A mes Amis et camarades de la FMPOS:

Dr Sylla Mohamed; Dr Sissoko Fousseïni; Dr Dicko Oumar;

Lamine Diallo; Dr Doumbia Oumar; Dr Doumbia Awa; Moussa Diakité.

Trouvez ici l'expression de mes sentiments d'amitié et de camaraderie.

A Tout le personnel de CSREF CVI:

A tous les faisant fonction d'internes au CS Réf CVI

Trouvez l'expression de ma profonde reconnaissance.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Pr Broulaye SAMAKE

- Maître de conférences agrégé en Anesthésie-Réanimation ;
- Chef du service d'Anesthésie-Réanimation du CHU Gabriel Toure ;
- Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU Mali) ;
- Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation de l'Afrique Noire Francophone (SARANF) ;
- Membre de la Société Française d'Anesthésie-Réanimation (SFAR).

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maître respecté et admiré.

Vous êtes un modèle pour nous étudiants de cette faculté.

Veillez agréer, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre attachement indéfectible.

A NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JUGE

Dr Soumana Oumar TRAORE

- Gynécologue-Obstétricien ;
- Praticien hospitalier au centre de santé de référence de la commune V ;
- Maître-assistant à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako ;
- Attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée le gouverneur du district de Bamako ;
- Certifié en PGI (Programme GESTA International) de la société des Gynécologues et Obstétriciens du Canada (SOGC) ;
- Leader d'option locale de la Surveillance des Décès Maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.

Cher Maître

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury, nous admirons vos qualités scientifiques, humaines ainsi que la courtoisie et la sympathie qui témoignent de votre grande disponibilité. Veuillez recevoir ici,

cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE :

Dr Amadou BOCOUM

- Maître-assistant en Gynécologie et Obstétrique à la FMOS ;
- Praticien hospitalier au service de gynécologie et obstétrique du CHU Gabriel Touré ;
- Titulaire d'un diplôme inter universitaire d'échographie en gynécologie et obstétrique en France ;
- Titulaire d'un diplôme universitaire de coelioscopie en gynécologie en France ;
- Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée en chirurgie gynécologique et obstétrique en France ;
- Membre de la SOMAGO et la SAGO.

Cher Maître

Votre abord facile, votre générosité, votre calme et votre sourire ont tout le temps suscité notre admiration. Votre amour pour le travail bien fait, votre disponibilité permanente et votre rigueur scientifique font de vous un maître exemplaire.

Recevez cher maître nos sincères remerciements et notre attachement.

Puisse Dieu vous bénir d'avantage et fasse prospérer vos souhaits.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE :

Professeur Niani MOUNKORO

- Maître de conférences de gynécologie obstétrique ;
- Chef de département de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré ;
- Point focal d'initiative francophone de la réduction de la mortalité maternelle par avortement à risque ;
- Chevalier de l'ordre du mérite de la santé du Mali ;
- Officier du mérite de la santé.

Cher maître

Plus qu'un professeur nous avons retrouvé en vous un père, votre amour pour le travail bien fait, votre amour pour la personne humaine force l'admiration. A tout ce que nous avons reçu de vous en tant que père enseignant homme sage, à toutes les paroles de sagesse que nous avons le plaisir de recevoir à chaque fois, nous disons Merci. Que DIEU vous bénisse davantage, que sa plénitude demeure en vous.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AG: Anesthésie Générale

ALR: Anesthésie Loco-Régionale

ATCD: Antécédent

B.C.F: Bruits du Cœur Fœtal

BGR: Bassin Généralement Rétréci

CPN: Consultation Prénatale

C.S.Com: Centre de Santé Communautaire

CHU: Centre Hospitalo-Universitaire

CS Réf: Centre de Santé de Référence

CIVD: Coagulation Intra Vasculaire Disséminé

DFP: Disproportion Foeto-Pelvienne

DES: Diplôme d'Etudes Spéciales

EMC: Encyclopédie Médico Chirurgicale

EDSM: Enquête Démographique et de Santé du Mali

FMOS: Faculté de Médecine, et d'Odonto Stomatologie

FVV: Fistule Vésico-Vaginale

Gr: gramme

HRP: Hématome Rétro-Placentaire

HTA: Hypertension Artérielle

HGT: Hôpital Gabriel Touré

HNPG: Hôpital National du Point G

HU: Hauteur Utérine

IMSO: Incision Médiane Sous Ombilicale

IIG: Intervalle Inter Génésique

LDT: Ligature Des Trompes

MAF: Mouvements Actifs du Fœtus

Mn: minute

Nbre : Nombre

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PEV: Programme élargie de vaccination

PP: Placenta Praevia

Rev: Revue

RPM: Rupture Prématurée des Membranes

RU: Rupture Utérine

SA: Semaines d'Aménorrhée

SFA: Souffrance Fœtale Aigue

SIS: Système d'Information Sanitaire

%: pourcentage

Table des matières

I INTRODUCTION :	17
II OBJECTIF:	21
III GENERALITES :	22
IV- METHODOLOGIE :	44
V-RESULTATS :	50
VI COMMENTAIRE ET DISCUSSION :	74
VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	80
VIII REFEREBNCES :	83
ANNEXES	89
FICHE D'ENQUETE	90
FICHE SIGNALITIQUE	95

Liste des tableaux

Tableau I: Répartition des parturientes selon la tranche d'âge.	50
Tableau II: répartition des parturientes selon la profession	50
Tableau III: Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction ..	51
Tableau IV: Répartition des parturientes selon le motif d'admission.....	53
Tableau V: Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux	54
Tableau VI: Répartition des parturientes selon leurs antécédents chirurgicaux.	55
Tableau VII: Répartition des parturientes selon le nombre consultation prénatale(CPN) réalisé.....	56
Tableau VIII: Répartition des parturientes selon le lieu de CPN.....	57
Tableau IX: Répartition des parturientes selon l'auteur de la CPN.....	57
Tableau X: Répartition des parturientes selon l'état des BDCF à l'admission.....	57
Tableau XI: Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel à l'admission.....	58
Tableau XII Répartition des parturientes selon le délai entre la rupture des membranes et la césarienne.....	60
Tableau XIII : Répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne.....	61
Tableau XIV Répartition des parturientes en fonction du délai d'attente entre la décision et la réalisation de la césarienne.....	62
Tableau XV: Répartition des parturientes selon le type d'anesthésie....	62
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la technique d'incision cutanée.	63

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le geste associé en per opératoire.	64
Tableau XVIII: Répartition des nouveaux nés selon le score d’Apgar à la première minute	64
Tableau XIX: Répartition des nouveaux nés selon le score d’Apgar à la 5eme minute.....	65
Tableau XX: Répartition des nouveau- nés en fonction du poids foetal à la naissance	66
Tableau XXI: Répartition des nouveau- nés selon le motif de transfert en Néonatalogie.....	66
Tableau XXII : Répartition des parturientes selon les complications per opératoires.....	67
Tableau XXIII: Répartition des parturientes selon les complications post opératoires.....	67
Tableau XXIV: Répartition des parturientes selon les complications anesthésiques	68
Tableau XXV: Répartition des parturientes selon la durée de séjours post opératoire.	68
Tableau XXVI : Relation entre les complications post opératoires la qualification de l’operateur.....	69
Tableau XXVII : Relation entre les complications post opératoires et le mode d’admission.....	71
Tableau XXVIII: Relation entre les complications post opératoire et le types d’anesthésie	72

Liste des figures

Figure 1: Utérus gravide : d'après Kamina P [33] : Base anatomique de la césarienne segmentaire	27
Figure 2: Différents types d'incision cutanée [17] : la césarienne selon la technique de Misgav Ladach	32
Figure 3: Fréquence des accouchements	50
Figure 4: Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial	Erreur ! Signet non défini.
Figure 5: Répartition des parturientes selon le mode d'admission	54
Figure 6: Répartition des parturientes selon la gestité	55
Figure 7: Répartition des parturientes selon la parité.....	56
Figure 8: Répartition des parturientes selon le type de présentation du foetus.....	59
Figure 9: Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'entrée.	59
Figure 10: Répartition des parturientes selon le type d'extraction.	63
Figure 11: Répartition des nouveaux nés selon la notion de transfert en Néonatalogie.....	65

I-INTRODUCTION

I INTRODUCTION :

La césarienne est définie comme un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après ouverture de la cavité abdominale, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale [1].

La césarienne d'urgence est réalisée lorsque le pronostic maternel ou fœtal est engagé ; avant le début du travail ou au cours du travail d'accouchement. Elle est un moyen efficace pour réduire la mortalité maternelle et périnatale dans de nombreuses situations obstétricales. La césarienne comporte un risque de complications maternelles et périnatales quatre fois plus élevé qu'un accouchement normal [2]

Le but ultime d'une césarienne d'urgence est de sauver la vie de la patiente pour laquelle une indication est posée et/ou celle du fœtus.

Dans la plupart des pays développés, la proportion des naissances par césarienne a généralement augmenté au cours des dernières décennies.

Sur le continent Américain, 40% des naissances en Amérique du Nord et 30% des naissances en Amérique du Sud ont été réalisées par césarienne en 2016. [3]

En France une étude réalisée au CHU de Marseille en 2016 a montré que 72,10% des césariennes étaient réalisées en urgence. [4]

Dans une étude menée au CHU Cocody à Abidjan en Côte d'Ivoire en 2012 [5], le taux de césarienne en urgence était de 83% des cas.

En Algérie une étude réalisée dans l'établissement hospitalo-universitaire spécialisé Mère-Enfant à Tlemcen en 2016 [6] a rapporté que la césarienne d'urgence constitue 38,71% des césariennes réalisées.

Au Maroc, à la maternité de Souissi de Rabat en 2014 [22] la césarienne d'urgence constituait 82,40% des césariennes réalisées.

Au Mali selon certains auteurs ; le taux de césarienne en urgence était respectivement de 87,10% en 2010 et 78,51% en 2015 [34 ; 7]

Les indications de la césarienne ont beaucoup évolué grâce à l'amélioration des moyens de surveillance de la grossesse et de l'accouchement. Elles varient non

seulement entre les pays, mais aussi d'un hôpital à un autre et d'une équipe à une autre au sein du même hôpital. C'est un acte résultant d'une démarche intellectuelle propre à chaque obstétricien et non d'un consensus universellement adopté. Deux éléments rentrent en jeu dans la décision d'une indication de la césarienne : les raisons médicales, qui conduisent à terminer plus souvent la grossesse chirurgicalement dans l'intérêt de la mère et du fœtus, et la meilleure surveillance biophysique de l'état fœtal. Ces deux facteurs concourent à l'augmentation, souvent scientifiquement non argumentée du taux de césarienne.

Il est établi qu'une forte proportion des complications obstétricales vitales de la grossesse et de l'accouchement ne peut être ni prévue ou prévenue par les consultations prénatales, ni prise en charge correctement dans un centre de santé de 1^{er} niveau. Lorsque ces complications surviennent le décès ne peut être évité que par une prise en charge urgente de ces patientes dans une structure de 3^{ème} référence dotée d'un plateau technique humain et matériel lui permettant de prodiguer des soins obstétricaux d'urgence (SOU).

De nos jours des parturientes qui devraient normalement bénéficier d'une césarienne programmée sont retenues encore dans nos salles de travail où elles sont soumises à de rudes épreuves du travail d'accouchement par du personnel non qualifié avec un pronostic materno-fœtal et ou néonatal incertain voire catastrophique.

C'est dans cette optique que les autorités sanitaires du Mali ont mis en place un système de référence/évacuation pour améliorer la couverture des besoins obstétricaux en prenant en compte les aspects techniques, des moyens de communication logistique et financiers pour faciliter l'accès aux soins des populations [8]. Le CSRéf de la CVI est une structure de 2^{ème} référence qui reçoit les patientes venues d'elles-mêmes ou évacuées des CSCom environnants avec souvent des complications obstétricales mettant en jeu le pronostic materno-fœtal immédiat. Nous avons initié ce travail pour étudier les césariennes pratiquées en d'urgence au CSRéf de la commune VI du district de Bamako :

II-OBJECTIFS

II OBJECTIF:

1. OBJECTIF GENERAL

Etudier la césarienne d'urgence au centre de santé de référence de la commune CVI.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- ✓ Déterminer la fréquence des césariennes d'urgence au centre de santé de référence de la commune VI ;
- ✓ Déterminer le profil sociodémographique des parturientes. ;
- ✓ Préciser les indications de la césarienne d'urgence dans notre service ;
- ✓ Déterminer le pronostic maternel et périnatal.

III- GENERALITES

III GENERALITES :

3-1 Définitions

La césarienne dérivée du mot latin caedere (couper) est, selon Merger [1], l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale après coeliotomie.

La césarienne d'urgence est définie comme l'ensemble des césariennes réalisées au cours du travail d'accouchement ou avant le début du travail d'accouchement, lorsque le pronostic maternel ou fœtal est engagé [1].

3-2Epidémiologie

3-2-1 Fréquence

Intervention meurtrière au début, énigmatique par la suite, la césarienne est de nos jours couramment pratiquée. Ces indications se

Sont considérablement élargies. Ceci a eu pour conséquence l'augmentation de la fréquence des césariennes. Selon le Professeur Albrecht H en 1970 [9] 5 à 6% des accouchements aux USA et 7% des accouchements en Allemagne se faisaient par césarienne [9].

En 1997, ces taux ont atteint respectivement 25% aux USA et 16% en Allemagne Fédérale [9].

Sureau [10], a rapporté que 40% des accouchements au Brésil se font par césarienne. Ce taux atteint 80% dans certaines régions de ce pays.

A l'hôpital du collège universitaire Galway en Irlande, les taux de césarienne sont passés de 6,06% en 1973 pour atteindre 10,18% en 1987 Bolaji II [11]. Ces taux varient donc d'un pays à un autre mais aussi d'un hôpital à un autre dans le même pays. C'est ainsi que Sterling et al [12] ont relevé dans deux régions du Danemark des taux de 8,3% et 15,2% des césariennes d'urgence.

3-2-2 Historique : légende sur l'origine de la césarienne .L'histoire de la césarienne est assez polymorphe tant dans l'origine du mot que dans l'évolution de l'intervention.

Le fait que l'intervention soit ancienne, et même très ancienne lui confère un caractère légendaire souvent mythique. Les noms d'INDR, de Bouddha, Dionysos, Jules Cesar, Eclape (la liste ne saurait Être exhaustive) lui sont rattachés. Ce mode

de naissance étant synonyme de puissance, de divinité ou de royauté. L'association de l'intervention à cette mythologie, crée un terrain de discussion quant à l'origine du mot, bien qu'elle dériverait sémantiquement du latin

« Caedere » qui signifie coupé.

Malgré le rapprochement qu'on puisse faire entre son nom et la césarienne, Jules César ne serait pas né de cette façon, sa maman ayant survécu plusieurs années après sa naissance, chose quasi- impossible à cette époque où la mortalité des mères était de 100% après cette intervention.

Après cette période légendaire, la seconde étape de la césarienne dura environ trois siècles, de 1500 à 1800, durant lesquels, elle apparaît comme un véritable pis-aller, à cause de l'incertitude qui la caractérisait alors. Les faits marquants cette période sont :

- 1500 : Jacob Nüfer, châtreur de porc suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectua et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme ;
- 1581 : François Rousset publia le « Traité nouveau d'hystérotocotomie ou enfantement césarin » qui est I
- le premier traité sur la césarienne en France ;
- 1596 : Marcurio dans « La comare O rioglitrice » préconise la césarienne en cas de bassin « barré » ;
- 1721 : Mauriceau, comme Ambroise Pare dans un second temps, condamne la césarienne en ces termes : « Cette pernicieuse pratique empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi-certaine de la femme ;
- Baudelocque fut un grand partisan de la césarienne à l'époque (seconde moitié du XVIIIe siècle) ;
- 1769 : première suture utérine par Lebas au fil de soie ;
- 1788 : Introduction de l'incision transversale de la paroi et de l'utérus par Lauerjat ;
- 1826 : Césarienne sous péritonéale par Baudelocque ;

- 1876 : Introduction de l'extériorisation systématique de l'utérus suivie de l'hystérectomie en bloc après la césarienne par Porro qui pensait ainsi lutter contre la péritonite responsable de la plupart des décès. La mortalité maternelle était de 25%, et de 22% pour l'enfant, sur une série de 1907 interventions de Porro effectuées entre 1876 et 1901. La troisième étape de la césarienne, celle de sa modernisation, s'étale sur environ un siècle. Elle n'aurait pas vu le jour sans l'avènement de l'asepsie et de l'antisepsie qui ont suscité de grands espoirs.

De nouvelles acquisitions techniques ont réussi à conférer à l'intervention une relative bénignité :

- Suture du péritoine viscéral
Introduite par l'américain Engnam, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences ;
- Suture systématique de l'utérus par les allemands Kehrer et Sanger en 1882 ;
- Extériorisation temporaire de l'utérus par Portes ;
- Frank en 1907, imagina l'incision segmentaire inférieure et sa périodisation secondaire par le péritoine préalablement décollé. Ce fut-là « une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne » selon Schokaert. Mais sa diffusion fut extrêmement longue car l'habitude est toujours difficile à vaincre ;
 - 1908 : Pfannenstiel proposa l'incision pariétale transversale qui avait déjà été évoquée par certains avant lui ;
 - 1928 : Découverte de la Pénicilline G par Sir Alexander Flemming ;
 - Misgav Ladach : décrit par Michael Stark en 1994.

3-3-Rappels anatomiques

Deux éléments sont importants à signaler. Il s'agit :

- De l'utérus gravide ;
- Et de la filière pelvis génitale.

3-3-1- L'utérus gravide

Au cours de la grossesse, l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa

morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Si toutes ces modifications sont nécessaires, au bon déroulement soit de la grossesse ou de l'accouchement, cependant elles ont un intérêt particulier dans la césarienne : c'est la modification morphologique avec l'apparition au dernier trimestre de la grossesse du segment inférieur qui constitue avec le corps et le col les trois parties de l'utérus gravide. Sauf cas particuliers, tous les auteurs sont unanimes que l'incision de césarienne doit porter sur le segment inférieur. « Ce n'est pas une entité anatomique définie » selon Lacomme. Son origine, ses limites, sa structure faisant l'objet de discussion entre les auteurs, nous nous limiterons à rappeler ses rapports dont la méconnaissance pourrait favoriser la survenue de complications peropératoires.

- En avant :

Le péritoine vésico-utérin épaissi par l'inhibition gravidique et facilement décollable.

La vessie, qui, même vide reste au-dessus du pubis. Elle est décollable et peut être refoulée vers le bas.

- Latéralement : la gaine hypogastrique contenant les vaisseaux utérins, croisés par l'uretère.
- En arrière : c'est le cul-de-sac du Douglas, séparant le segment inférieur du rectum et du promontoire.

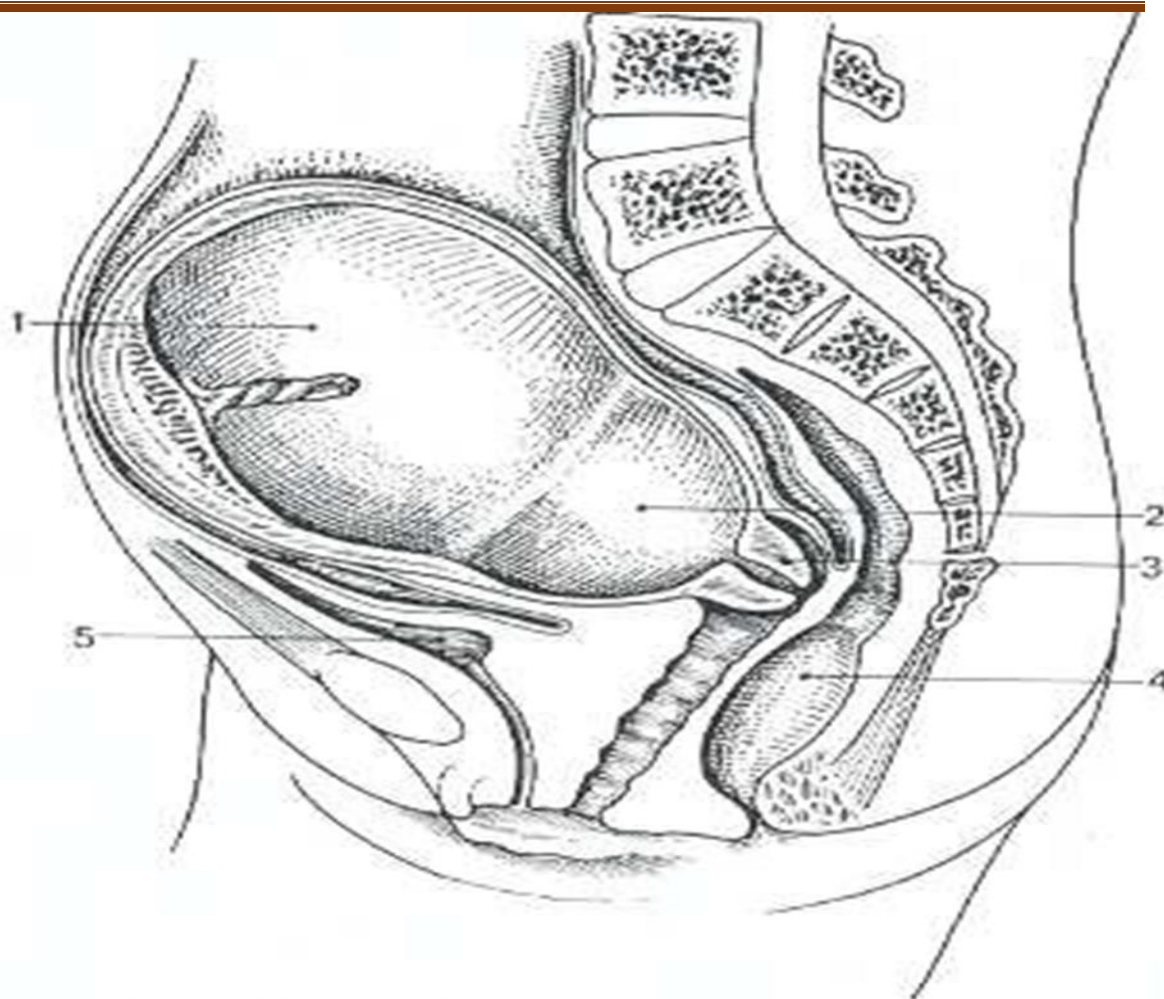


Fig. 319. — Les trois segments de l'utérus gravide. 1 corps — 2 segment inférieur — 3 col — 4 rectum — 5 vessie.

Figure 1: Utérus gravide [31] :

3-3-2- Le canal Pelvi-génital

Il comprend deux éléments :

- Le bassin ;
- Le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée.

3-3-2-1- Le bassin

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs ; constitué par les deux os iliaques en avant et latéralement, et par le rectum et le coccyx en arrière. Il est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi

son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison, nous ne décrirons ici qu'elle petit bassin. Celui-ci est formé de deux orifices supérieur et inférieur, séparés par une excavation.

3-3-2-2- L'orifice supérieur

C'est le détroit supérieur : c'est le plan d'engagement du fœtus, séparant le petit bassin du grand bassin.

Il est formé par :

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

▪ Diamètres du détroit supérieur

- Diamètres antéropostérieurs :

. Promonto-suspubien : 11 cm ;

. Promonto-retropubien : 10,5cm ;

. Promonto-sous-pubien : 12cm,

- Diamètres obliques :

Allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12cm. ils sont importants dans le bassin asymétrique.

- Diamètres transversaux :

Le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus. Il mesure 13 cm.

- Diamètres sacro-cotyloïdiens :

Allant du promontoire à la région acétabulaire mesurent chacun 9 cm. ils sont très importants dans le bassin asymétrique.

3-3-2-3- L'excavation pelvienne

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

- En avant : la face postérieure de la symphyse pubienne et des corps du pubis ;

- En arrière : la face antérieure du sacrum et du coccyx ;
- Latéralement : la face quadrilatère des os iliaques. L'excavation est le lieu de descente et de rotation du fœtus.

3-3-2-4- L'orifice inférieur ou (déroit inférieur)

Constitue le plan de dégagement du fœtus. Il est limité par :

- En avant : le bord inférieur de la symphyse pubienne
- En arrière : le coccyx latéralement, d'avant en arrière :
- Le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et celui des tubérosités ischiatiques ;
- Le bord inférieur des Ligaments sacro sciatiques ;
- Diamètre du déroit inférieur ;
- Le diamètre sous-coccy-sous pubien : 9,5 cm mais peut atteindre 11 à 12 cm en rétropulsion ;
- Le diamètre sous-sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11 cm.

Nous rappelons que les modifications, surtout la diminution prononcée, isolée ou globale des diamètres en particulier au déroit supérieur, constituent des obstacles à la progression du mobile fœtal.

3-3-2-5- Le diaphragme Pelvi-génital

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

C'est le périnée anatomique.

Il se divise en :

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

3-4. Quelques techniques d'incision

3-4-1- L'incision Pfannenstiel : c'est l'incision sus-pubienne transversale dont la Longueur de l'incision est de 12-14 cm à 3cm au-dessus du bord supérieur du

Pubis au-dessous de la limite supérieure de la pilosité.

3-4-2- L'incision de Küstner : c'est l'incision cutanée de Pfannenstiel suivit de laparotomie médiane.

3-4-3- l'incision de Mouchel : l'incision est totalement transversale de tous les plans inclus les muscles.

La suture en un plan de l'hystérotomie transversale a récemment été réévaluée et a démontré sa fiabilité [13 ; 14].

Se basant sur ces différentes constatations Michael Stark de l'Hôpital Misgav Ladach de Jérusalem a modifié et rationalisé ces nouvelles stratégies en mettant au point une procédure limitant les attritions tissulaires éliminant les étapes opératoires superflues et simplifiant le plus possible l'intervention.

3-5. Description de la technique de Misgav Ladach et de la césarienne classique dite traditionnelle [15]

3-5-1- Technique de Misgav Ladach

Michael Stark a inventé une technique qu'il a modestement appelé méthode de Misgav-Ladach [16] (nom de l'hôpital où l'expérience fut réalisée). Cette technique implique une ouverture utérine segmentaire transversale après incision pariétale selon la technique de Joël-cohen modifiée qui consiste à faire une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 3 cm au-dessous de la ligne inter iliaque unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures : l'opérateur étant à droite de la patiente. L'incision est approfondie au centre avec le scalpel jusqu'au contact de l'aponévrose des muscles grands droits de l'abdomen que l'on ouvre transversalement sur deux centimètres à ce moment et au moyen des index. L'aponévrose est étirée cranialement et caudalement afin de réaliser l'exposition pour la prochaine étape et de mettre en évidence la ligne blanche. L'opérateur et l'assistant vont introduire de part et d'autre l'index et le médius d'une main sous le muscle grand droit, puis étirer transversalement de façon bilatérale les muscles, l'aponévrose et le tissu sous cutané jusqu'à obtenir le jour nécessaire à l'extraction. Si plus de force est requise, l'index et le médius de

l'autre main sont placés sur les deux doigts de la 1ère main et non pas à côté.

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

Un écarteur de paroi est mis en place afin d'optimiser l'accès au segment inférieur de l'utérus. Une simple valve sus pubienne peut être utilisée à cet effet. On effectue au scalpel à 2 cm au-dessus du repli vésico-utérin, une courte incision transversale du segment inférieur jusqu'à voir bomber les membranes amniochoriales. Aucun décollement vésico-utérin n'est nécessaire puis au moyen de ses deux index l'opérateur va étirer latéralement les fibres musculaires lisses pour obtenir l'hystérotomie transversale.

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

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

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

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

Progressant vers l'angle du côté de l'assistant, l'opérateur tend le surjet de sa main gauche. Lorsqu'il atteint cet angle, l'assistant soulève la dernière pince de

Kocher pendant que le nœud bloquant le surjet, est fait sous l'aponévrose.

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

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

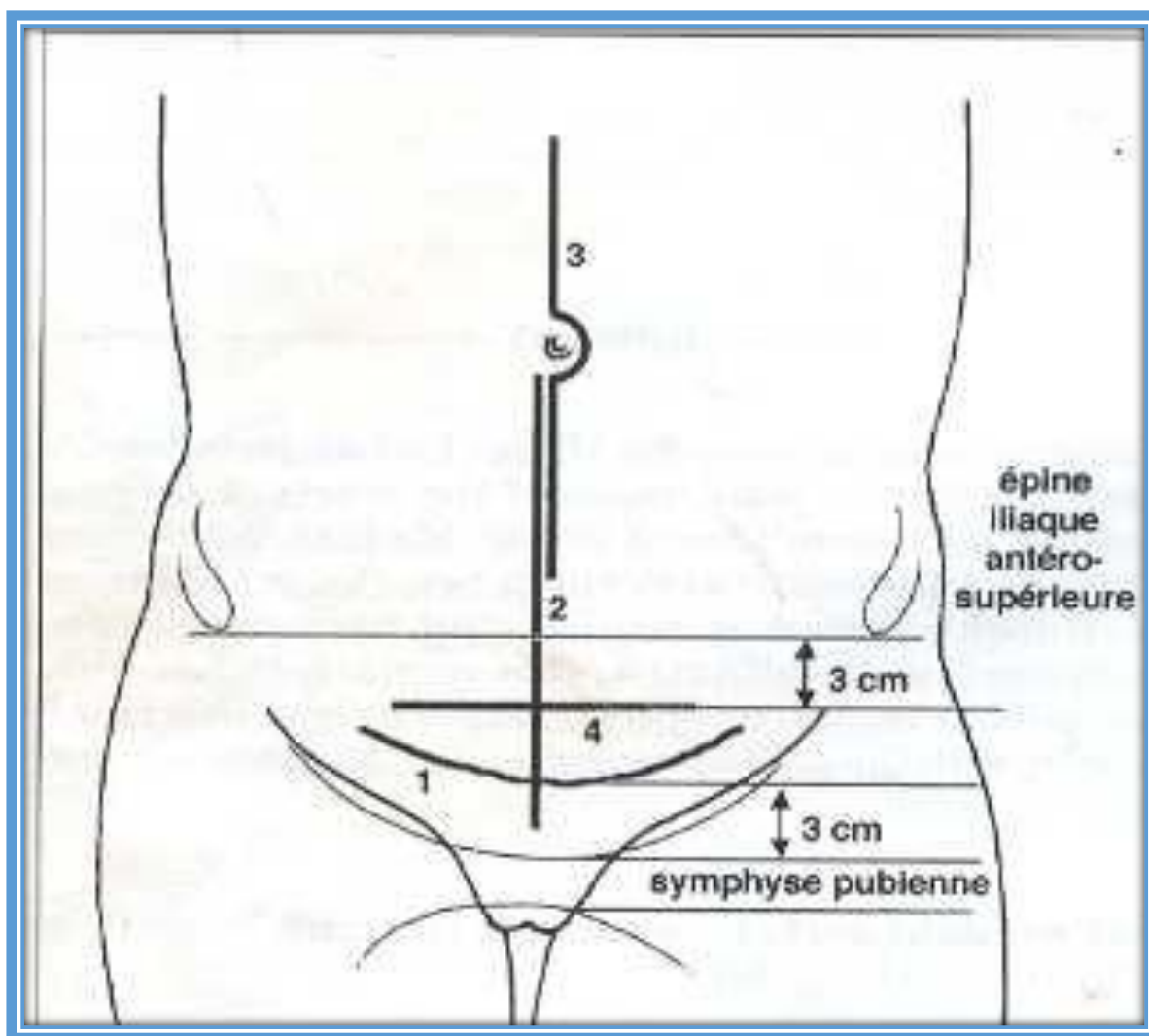


Figure 2: Différents types d'incision cutanée [16]

1. incision Pfannenstiel ; 2. Laparotomie médiane sous ombilicale ; 3. Laparotomie médiane sus et sous ombilicale ; 4. Joël-Cohen.

3-5-2- Césarienne classique traditionnelle

Contrairement à la technique de Misgav Ladach la technique classique consiste à faire une incision sous ombilicale (avec ou sans la technique de Rapin Küstner)

qui commence à 20-25 mm au-dessus du bord supérieur du pubis et menée franchement jusqu'à un travers de doigt de l'anneau ombilical. L'incision de l'aponévrose est ensuite menée verticalement de bas en haut en débordant les limites de l'incision cutanée.

Après décollement du péritoine vésico-utérin, on réalise une hystérotomie transversale arciforme, et l'hystérorraphie, se fait en surjet ou par des points séparés au fil résorbable.

Une périodisation complète est effectuée. L'aponévrose est suturée en surjet par un fil résorbable et un fil à peau en points séparés ou en surjet est mis sur la peau. Cette césarienne classique se fait en dix temps [1]:

- Premier temps : Mise en place des champs, céliotomie sous ombilicale ou transversale (Pfannenstiel). L'incision de Pfannenstiel offre un double avantage d'être esthétique et d'une grande solidité de la cicatrice rendant la survenue d'éventration exceptionnelle[36]
- Deuxième temps : Protection de la grande cavité par des champs abdominaux. Mise en place des valves.
- Troisième temps : Incision aux ciseaux du péritoine segmentaire dont le décollement est facile.
- Quatrième temps : Incision transversale ou longitudinale du segment inférieur l'un et l'autre procédé ayant leurs adeptes, bien que le premier semble être le plus usité selon la littérature.
- Cinquième temps : Extraction de l'enfant, dans la présentation céphalique, plusieurs techniques sont décrites souvent question d'école. Dans les autres présentations, la plupart des auteurs conseillent, d'abord de rechercher un pied.
- Sixième temps : C'est la délivrance par expression du fond utérin, mais peut-être manuelle.
- Septième temps : Suture du segment inférieur qui se fait en un plan avec des points totaux en X sur les extrémités et des points séparés extra muqueux sur les berges.

- Huitième temps : Suture du péritoine pré segmentaire avec du Vicryl fin non serré.
- Neuvième temps : On enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valve pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.
- Dixième temps : Fermeture plan par plan de la paroi.

3-6. Indications de Césarienne

Comme nous l'avons déjà signalé, les indications de la césarienne sont actuellement très nombreuses. Cet élargissement des indications est dû à plusieurs facteurs : le souci qu'ont les obstétriciens de faire baisser par tous les moyens la mortalité périnatale, l'amélioration des moyens techniques, de surveillance de la grossesse et de l'accouchement, mais aussi la convenance personnelle comme le disait Eastman cité dans l'EMC « j'ai plus souvent regretté de n'avoir pas effectué une césarienne que d'avoir posé une indication abusive » [17].

3-6-1- Les dystocies mécaniques

3-6-1-1- Les disproportions foeto-pelviennes

Cette notion renferme en réalité deux entités nosologiques distinctes : il s'agit soit d'une étroitesse du canal Pelvi-génital, soit d'un excès de volume du fœtus ; l'une ou l'autre constituant une entrave à la progression du mobile fœtal [18, 19]. La pelvimétrie associée à l'échographie permet la réalisation du diagramme de MAGNIN, très important dans le pronostic de la traversée de la filière pelvienne. Les principales étiologies des dystocies qui en résultent sont :

- Bassin ostéomalacie : l'ostéomalacie réalise une déminéralisation osseuse diffuse. Le bassin atteint est déformé avec enfoncement du sacrum entre les deux os iliaques ;
- Bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise ;
- Bassin traumatique avec gros cal ;
- Bassin généralement rétréci : tous les diamètres sont réduits.

Le bassin est complètement exploré à l'examen clinique au toucher vaginal ;

- Bassin « limite » : au toucher vaginal, le promontoire est atteint. Dans la

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

- Excès de volume fœtal : il peut être global c'est le gros fœtus dont le poids est supérieur à 4 kg ou isolé, le cas le plus fréquent étant l'hydrocéphalie.

3-6-1-2- Les obstacles prævia :

- Kystes de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolabant dans le Douglas ;
- Placenta prævia recouvrant.

3-6-1-3- Les présentations dystociques :

- La présentation de l'épaule : c'est la présentation transversale où la tête se trouve dans un flanc ;
- La présentation du front : la variété frontale est la plus dystocique. Les repères sont : les yeux, le nez ;
- La présentation de la face : le repère est le menton. C'est la variété mento-sacrée qui est la plus dystocique [18] ;
- La mauvaise flexion de la tête dans la présentation du sommet ;
- La présentation du siège : dans la grande majorité des cas, ne conduit à la césarienne que lorsqu'ils s'y associent d'autres facteurs.

Longtemps considéré comme une présentation eutocique, le siège est aujourd'hui considéré par certains auteurs comme « potentiellement dystocique » [18].

3-6-2- Les dystocies dynamiques

Les dystocies dynamiques pures sont actuellement rares du fait de la meilleure connaissance de leur physiopathologie et de la thérapeutique adéquate qu'on y appose. Il faut cependant avoir à l'esprit que l'arrêt de la dilatation au cours du travail peut être la traduction d'une dystocie mécanique parfois difficile à cerner.

3-6-2-1- Les indications liées à l'état génital

3-6-2-1-1- La présence d'une cicatrice utérine

Elle pose le problème de la solidité et de la résistance de la cicatrice utérine qui est variable suivant le moment où la suture utérine a été effectuée, ou selon qu'elle soit isthmique ou corpo- réale.

L'idée première « Once's a cesarean, always a cesarean » est considérée actuellement par la plupart des auteurs comme caduque. Un antécédent de césarienne conduit à une nouvelle césarienne lorsque

Cause persiste. Parfois après vérification de l'état de la cicatrice par l'hystérosalpingographie lorsque celle-ci est suspecte, on tentera l'épreuve sur cicatrice. Cette épreuve doit être abandonnée en cas d'apparition de souffrance fœtale, de signes de pré rupture, d'arrêt de la dilatation ou de baisse brutale de la pression intra cavitaire au cathétérisme intra-utérin.

Les utérus bi cicatriciels ou plus requièrent la césarienne. Les cicatrices des sutures utérines pratiquées en dehors de la grossesse (myomectomie, hystéro plastique etc.) sont en général de bonne qualité, mais les circonstances dans lesquelles elles sont effectuées imposent parfois la césarienne prophylactique.

3-6-2-1-2- Les malformations génitales

Elles peuvent conduire ou pas à la césarienne selon le contexte, mais il faut savoir que c'est souvent au cours d'une césarienne pour dystocie dynamique ou mécanique qu'elles sont découvertes.

3-6-2-1-3- Pré rupture et rupture

Ce sont des urgences extrêmes.

3-6-2-1-4- Existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparée

On peut citer entre autres :

- Les antécédents de déchirures compliquées du périnée ;
- Les fistules vésico-vaginales ou recto vaginales ;
- Les prolapsus génitaux.

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

3-6-2-2- Indications liées aux annexes fœtales

- Le placenta prævia conduit à la césarienne dans deux circonstances : soit parce qu'il est recouvrant, soit parce qu'il est hémorragique.

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

- Procidence du cordon battant ;

Rupture prématurée des membranes : elle n'est pas toujours individualisée comme indication de césarienne. Elle y conduit cependant en fonction du terme de la grossesse, de la présence ou non d'infections et surtout en cas de détérioration de l'état du fœtus. Sa fréquence est d'environ 10% dans la littérature.

3-6-2-3- Pathologies gravidiques

3-6-2-3-1- Maladies préexistantes aggravées :

- L'HTA (2 à 9% selon la littérature) : elle impose la césarienne en urgence lors des accidents aigus qui mettent en jeu la vie du fœtus et de sa mère : éclampsie, hématome rétro placentaire. Par ailleurs, la gravité de l'atteinte maternelle (uricémie supérieure à 60 mg/l) et l'hypotrophie fœtale sévère peuvent imposer la césarienne.

- Cardiopathie : la césarienne reste une intervention dangereuse chez une femme cardiaque et les indications autres qu'obstétricales doivent être prises en coopération étroite avec le cardiologue.

- Diabète : l'intervention est décidée aux alentours de la 37^{ème} SA, dans un but de sauvegarder la vie du fœtus.

3-6-2-3-2- Autres affections

- Les antécédents cérébraux vasculaires ou tumoraux ;
- Les hémopathies malignes (maladie de Hodgkin) ;
- Les cancers du côlon constituant un obstacle prævia ;
- Les cancers du sein évolués ;
- L'ictère avec souffrance fœtale ;
- Troubles respiratoires avec hypoventilation.

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

L'allo immunisation materno-fœtale : la césarienne est indiquée dans les cas d'atteinte grave, dans ces cas l'accouchement est le plus souvent prématuré. Le diagramme de LILLEY est d'un grand apport.

3-6-2-4- La souffrance fœtale

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

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

La souffrance fœtale aiguë survient au cours du travail, peut compliquer une souffrance fœtale chronique : elle est redoutable ; ou être la résultante d'une mauvaise conduite du travail.

Le diagnostic de souffrance fœtale se fait par l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et par la mesure du potentiel hydrogène (pH).

3-6-2-5- Autres indications fœtales

3-6-2-5-1- Malformations fœtales

Elles n'imposent la césarienne que lorsqu'elles sont compatibles avec la vie (curable chirurgicalement) et lorsque la voie basse menace la vie du fœtus.

3-6-2-5-2- La prématurité

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

3-6-2-5-3- Grossesses multiples :

- Grossesse gémellaire : c'est la dystocie le plus souvent dynamique du premier jumeau qui conduit à la césarienne ; les télescopages entre les jumeaux et les mauvaises présentations du deuxième jumeau risquant d'entraîner des traumatismes en cas de manœuvre de version, imposent aussi la césarienne.

- Les grossesses multiples (plus de deux fœtus)

Dans la majorité des cas la femme accouche par césarienne.

- Mort habituelle du fœtus : lorsqu'elle survient régulièrement à la même date,

il faut pratiquer la césarienne une semaine au paravent.

- Enfant précieux : sans hiérarchisation de la valeur des enfants, cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.
- La faible fécondité, les naissances programmées, l'existence de pathologies maternelles limitant les possibilités de grossesse exigent de minimiser les traumatismes obstétricaux dans leur répercussion fœtale en terminant la grossesse par une césarienne.
- La césarienne post-mortem

Elle repose sur certains principes édictés par DUMONT :

- Grossesse d'au moins 28-29 SA ;
- BDCF présents avant l'intervention ;
- Le délai est d'au plus 20 min après le décès maternel ;
- La réanimation maternelle doit être poursuivie jusqu'à la fin de l'intervention.

3-6-2-6- La césarienne vaginale

Elle s'effectue exclusivement sur les prématurés pour lever l'obstacle cervical chez les femmes menacées par une pathologie grave et surtout en l'absence d'une dystocie mécanique.

3-7 L'Anesthésie en vue d'une césarienne

L'anesthésie pour une césarienne classique peut être obtenue de deux manières :

- anesthésie générale
- anesthésie locorégionale

3-7-1 l'anesthésie générale

Les indications :

- césariennes en urgence
- les hypovolémies
- Les trouble de la coagulations

Avantage

- induction rapide
- contrôle plus facile des problèmes hémodynamique
- fiabilité

Accidents et incidents [36]

- inhalation de liquide gastrique
- Lae passage placentaire des drogues anesthésique

3-7-2 Anesthésie locorégionale

3-7-2-1 l'anesthésie péridurales

Indications : Elle est indiquée surtout aux césariennes programmées.

Contre-indication

- Refus de la patiente.
- Trouble de la coagulation.
- Infection cutanée.
- Etat fébrile.
- Maladie neurologique évolutive.

Avantages

- Elle diminue le risque d'inhalation bronchique.
- Elle n'a que peu d'effet secondaire sur le nouveau-né.
- Elle permet la conservation de l'état de conscience de la mère.

Accidents et Incidents

- L'hypotension artérielle.
- Les conduisions et les dépressions cardio-vasculaires.
- Une rachianesthésie.

3-7-2-2 la rachianesthésie [39,40]

Les indications :

- Elle est préférentiellement indiquée dans les césariennes programmées.
- Les avis sont partagés quant à la place de cette technique dans les césariennes d'urgences.

Les contre-indications

Elles sont les mêmes que anesthésie péridurales.

Accidents et Incidents

- Hypotension artérielle.

-L'extension en hauteur de la rachianesthésie.

-Les céphalées

3-8 Les complications de la césarienne

3-8-1- Complications maternelles

- Les complications peropératoires
 - L'hémorragie : elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :
 - Soit généraux : troubles de la coagulation et de l'hémostase,
 - Soit locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, lésion traumatique) ;
 - Lésions intestinales : elles sont le plus souvent iatrogènes. Elles sont rares, survenant en cas d'adhérences à la paroi plus rarement à l'utérus. Il s'agit de plaie des anses grêles ou coliques qui doivent bien sûr être réparées. Ce qui nécessite un minimum de notion de chirurgie digestive.
 - Lésions urinaires : essentiellement les plaies vésicales et les traumatismes urétéraux.
 - La mort maternelle au cours de l'intervention.
- Complications anesthésiologique : hypoxie, asphyxie, arrêt cardiaque à l'induction etc.
 - Le choc ;
 - L'hystérectomie d'hémostase.
- Complications postopératoires
 - Les complications infectieuses

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

Les principales complications infectieuses sont : l'infection urinaire, l'endométrite, le sepsis et les infections graves, les suppurations et abcès de paroi.

- L'hémorragie postopératoire : plusieurs sources existent :
- Hématome de paroi, justiciable de drainage, type Redon,
- Saignement des berges d'hystérotomie par hémostase insuffisante,
- Exceptionnellement, l'hémorragie vers J 10- J15 postopératoire par lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

Complications digestives : iléus postopératoire fonctionnel, perforation par ulcère aigu du premier duodénum, perforation spontanée du cæcum, volvulus intestinaux.

Maladie thromboembolique : prévenue par le levé précoce, voir l'héparinothérapie dans les cas à risque.

Complications diverses : troubles psychiatriques, fistule vésico-vaginales, embolie gazeuse, embolie amniotique.

3-8-2- Complications fœtales

S'agit essentiellement de la souffrance fœtale aiguë le plus généralement par l'administration des produits anesthésiologiques.

On note également des cas de blessure et de fracture chez le fœtus, de même que le décès fœtal.

IV-METHODOLOGIE

IV- METHODOLOGIE :

4-1-Cadre d'étude : Notre étude s'est déroulée dans l'unité de gynéco-obstétrique du CS Réf CVI.

4-1-1-Description du service de gynéco-obstétrique :

Le service de gynécologie obstétrique comprend :

-Une unité de consultation gynécologique et obstétrique assurée par les gynécologues obstétriciens.

-Un bloc opératoire.

-Une unité d'anesthésie

-Une unité de néonatalogie.

-Une unité de consultations prénatales.

-Une unité de planning familial et post-natal.

-Une unité d'hospitalisation postopératoire.

-Une salle d'accouchement.

- Une salle de stérilisation des matériels chirurgicaux

4-1-2-Fonctionnement du service : notre service fonctionne 24h/24h par une équipe de permanence et une équipe de garde.

La Permanence et la garde sont assurée par une équipe composée de :

-Un médecin.

-Des étudiants en médecine faisant fonction d'interne.

- Une sage-femme.

- Une aide-soignante.

- Une infirmière obstétricienne

- Un assistant médical en anesthésie réanimation

- Un chauffeur d'ambulance.

Un garçon de salle au niveau du bloc opératoire, une fille de salle au niveau de la salle d'accouchement.

Au niveau organisationnel du service de garde :

L'équipe dispose de:

-Six tables d'accouchements.

-Deux salles d'opération fonctionnelles dont une salle pour les urgences.

-Muni banque de sang.

-Des kits d'urgence permettant une prise en charge rapide des urgences obstétricales.

Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service de gynécologie obstétrique dirigé par le chef de service ou par un autre médecin. Au cours du staff, l'équipe de garde fait le compte-rendu des activités et des événements qui se sont déroulés les 24 heures durant. Il y a 5 jours de consultations des malades externes, 3 jours pour le programme opératoire; la consultation d'urgence est assurée 24heures sur 24, 1jour pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

4-2-Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale réalisée au CS Réf CVI.

4-3-Période d'étude

Notre étude a couvert la période allant de Janvier 2019 à décembre 2019 soit 12 mois.

4-4-Population d'étude :

Il s'agit de toutes les parturientes admises en salle de travail pendant la période d'étude.

4-5-Echantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif portant sur les parturientes admises en salle d'accouchement qui ont subi une césarienne d'urgence.

4-5-1-Critères d'inclusion :

Toutes les parturientes admises dans le service et qui ont subi une césarienne d'urgence quel que soit l'âge gestationnel.

4-5-2- Critères de non inclusion

Toutes les parturientes qui ont subi une césarienne programmée et les dossiers non exploitables pour les variables d'étude.

4-6- Collecte des données :

Les données ont été recueillies sur une fiche d'enquête remplie à partir de:

- ✓ Dossiers des malades ;
- ✓ Registre d'accouchement ;
- ✓ Registre de transfert,
- ✓ Registres de césariennes ;
- ✓ Registre de référence de Nouveau-né ;
- ✓ Registre de compte rendu opératoire ;
- ✓ Registre de décès périnatal

4-8- Variables :

Les variables étudiées ont été:

❖ Les variables quantitatives sont :

- Pression artérielle ;
- Température ;
- Hauteur utérine ;
- Contractions utérines ;
- Bruits du cœur fœtal ;
- Dilatation cervicale

Les paramètres du nouveau-né (sexe ; poids taille ; périmètre crânien ; périmètre thoracique ; APGAR).

❖ Les variables qualitatives :

- Antécédent obstétricaux
- Le motif de transfert
- Type de présentation
- Etat des membranes à l'admission ;
- Examen du bassin ;
- Indication de la césarienne ;
- Le type de césarienne;

- Les complications per opératoires maternelles (hémorragie, trait de refend, lésions vésicales) ;
- Les complications post opératoires maternelles (infections, hémorragie, décès) ;
- Les complications anesthésiologiques ;
- Les complications fœtales (lésions traumatiques ; lésions fonctionnelles) ;
- Le devenir du nouveau-né ;

Les échelles de mesure sont déterminées dans la fiche d'enquête.

4-9-Saisie et analyse des données :

Ces données ont été saisies puis analysées à l'aide du logiciel Epi info version 6 conformément à la formule applicable à l'étude.

Les tests statistiques utilisés pour la comparaison sont le khi² de Student et le test exact de Fisher

Les différences ont été considérées comme statistiquement significatives pour $p < 0.05$

4-10- Définitions opératoires :

- **Patiente** : gestante ou parturiente
- **Primigeste** : 1 grossesse
- **Paucigeste** : 2 à 3 grossesses
- **Multigeste** : 4 à 5 grossesses
- **Grandes multigeste** : ≥ 6 grossesses
- **Primipare** : 1 accouchement
- **Paucipare** : 2 à 3 accouchements
- **Multipare** : 4 à 5 accouchements
- **Grande multipare** : ≥ 6 accouchements
- **Auto référence** : patiente venue d'elle-même.

- **Référence** : c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adoptée sans la notion d'une urgence.
 - **Evacuation** : c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une hospitalisation.
 - **Phase active du travail d'accouchement** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale ≥ 4 cm.
 - **Phase de latence** : c'est le travail d'accouchement avec dilatation cervicale ≤ 3 cm.
 - **Césarienne prophylactique** : césarienne programmée, lors des CPN et faite avant début du travail d'accouchement.
- Césarienne en urgence**: césarienne réalisée pendant le travail d'accouchement.
- Apgar morbide** : nouveau-né ayant un Apgar à la 1ère minute entre 1 et 3.
- Score infectieux** : ensemble de paramètres côtés de 0 à 2 qui permettent d'évaluer le risque infectieux en cas de césarienne. Voir annexes.

V- RESULTATS

V-RESULTATS :

1-Frequence

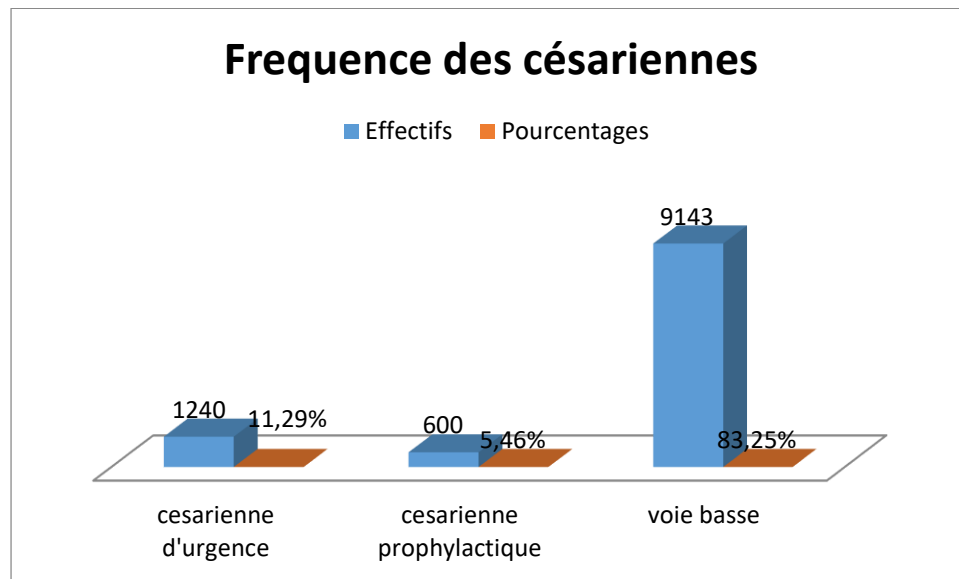


Figure 3: Fréquence des accouchements

2-Données sociodémographiques :

Tableau I: Répartition des parturientes selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge	Effectifs	Pourcentage
14- 19	234	18,90
20-34	915	73,80
≥ 35	91	7,30
Total	1240	100,0

L'âge moyen des patientes était de 26,24 ans avec des extrêmes de 14 ans et 50 ans

Tableau II: répartition des parturientes selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentage
Femme au foyer	857	69,11
Commerçante	126	10,20
Elève / Etudiant	105	8,46
Coiffeuse	83	6,70
Secrétaire/employée de bureau	69	5,56
Total	1240	100,0

Tableau III: Répartition des parturientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Pourcentages
Non scolarisées	642	51,77
Primaire	356	28,70
Secondaire	174	14,03
Supérieure	68	5,48
TOTAL	1240	100



Figure 4: Répartition des parturientes selon leur statut matrimonial

Les mariées étaient dominantes avec 97,60%

Tableau IV: Répartition des parturientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectifs	Pourcentages
CUD	334	26,93
Hémorragie du 3eme trimestre	142	11,45
Utérus cicatriciel	132	10,64
Procidence du cordon	125	10,08
Anémie	8	0,64
HTA	101	8,14
Dystocie mécanique	91	7,33
Présentation dystocique	56	4,51
RPM	37	2,99
SFA	22	1,78
Manque d'effort expulsif	21	1,69
Défaut d'engagement	16	1,29
HU excessive	13	1,04
Dilatation stationnaire	12	0,96
Grande multiparité	9	0,72
Autres motifs	121	9,75
TOTAL	1240	100

NB : Autre motifs = syndrome de pré rupture 28 (2,25%) ; Bloc non fonctionnel 25 (2,016%); primipare âgée 68 (5,48%)

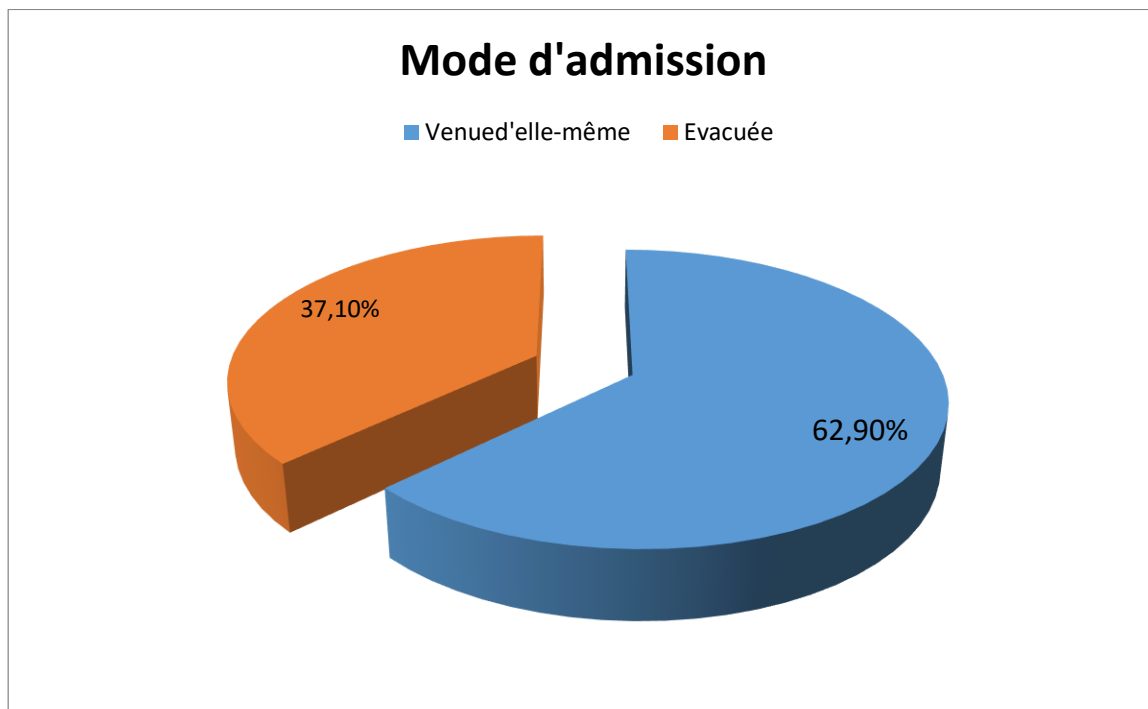


Figure 5: Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Tableau V: Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectifs	Pourcentage
Aucun	1157	93,31
HTA	44	3,55
Asthme	11	0,89
Diabète	9	0,73
HIV/sida	9	0,73
Cardiopathie	1	0,08
Drépanocytose	4	0,32
Autres	5	0,40
Total	1240	100

NB : Autres=hépatite 3 (0,24%) ; néphropathie 2 (0,16%)

Tableau VI: Répartition des parturientes selon leurs antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	effectifs	Pourcentage
Aucun	705	56,85
Césarienne	451	36,37
Rupture utérine	27	2,18
Salpingectomie	27	2,18
Cure de prolapsus	12	0,97
Kystectomie	10	0,80
GEU	5	0,40
Appendicectomie	3	0,24
Total	1240	100

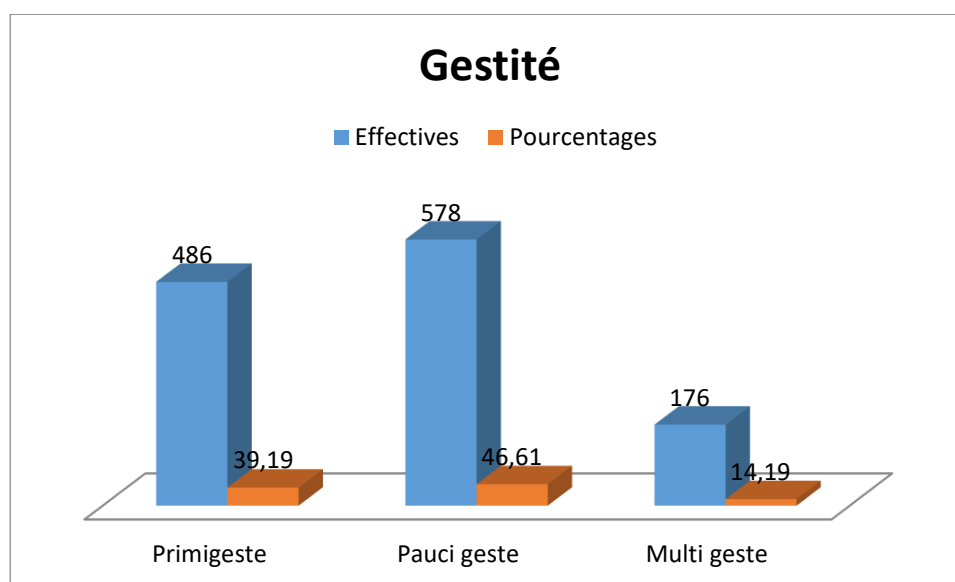


Figure 6: Répartition des parturientes selon la gestité

La gestité moyenne était de 6,12 avec des extrêmes de 1 et 12

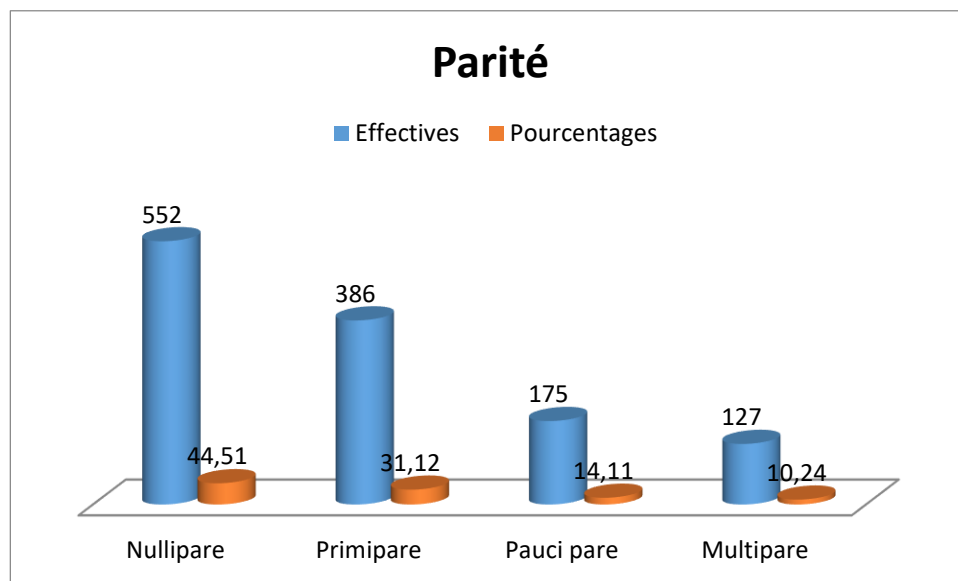


Figure 7: Répartition des parturientes selon la parité.

La parité moyenne était de 4,16 avec des extrêmes de 1 et 12

Tableau VII: Répartition des parturientes selon le nombre consultation prénatale (CPN) réalisé

CPN	Effectifs	Pourcentage
0	75	6,04
1-3	527	42,50
≥4	638	51,45
Total	1240	100,0

La moyenne de CPN réalisée était de 2,5 avec des extrêmes de 1 et 6

Tableau VIII: Répartition des parturientes selon le lieu de CPN.

Lieu de la CPN	Effectifs	Pourcentage
CSCom	673	54,27
CS Réf	404	32,58
Cabinet médical	153	12,34
Hôpital	10	0,81
Total	1240	100

La majorité de nos patients ont fait leur CPN dans les CSCOM soit 54,19% des cas

Tableau IX: Répartition des parturientes selon l'auteur de la CPN.

Auteur de la CPN	Effectifs	Pourcentage
Sage-femme	827	66,69
Médecin gynécologue	193	15,56
Médecin généraliste	101	8,15
Infirmière	44	3,55
Total	1165	100

3-Aspect clinique :

Tableau X: Répartition des parturientes selon l'état des BDCF à l'admission.

Etat des BDCF	Effectifs	Pourcentages
Absent	39	3,14
≤ 120	56	4,51
120-160	1098	88,54
≥160	47	3,79
Total	1240	100

Tableau XI: Répartition des parturientes selon âge gestationnel à l'admission

Age gestationnel	Effectifs	Pourcentages
28-36SA	235	18,94
37-42SA	940	75,80
≥42SA	65	5,24
TOTAL	1240	100

L'âge gestationnel moyen était de 38,6 SA avec des extrêmes de 28 et 44 SA

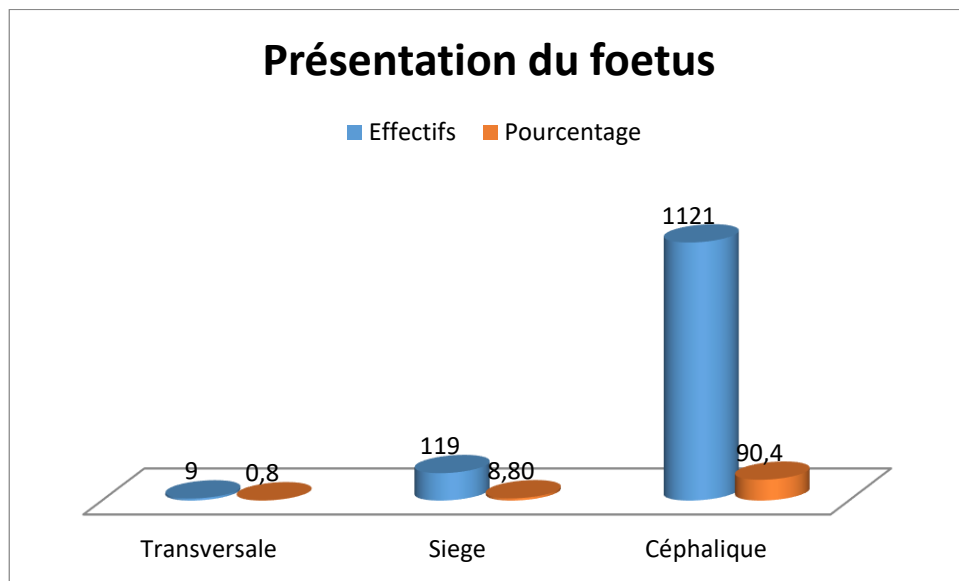


Figure 8: Répartition des parturientes selon le type de présentation du fœtus.

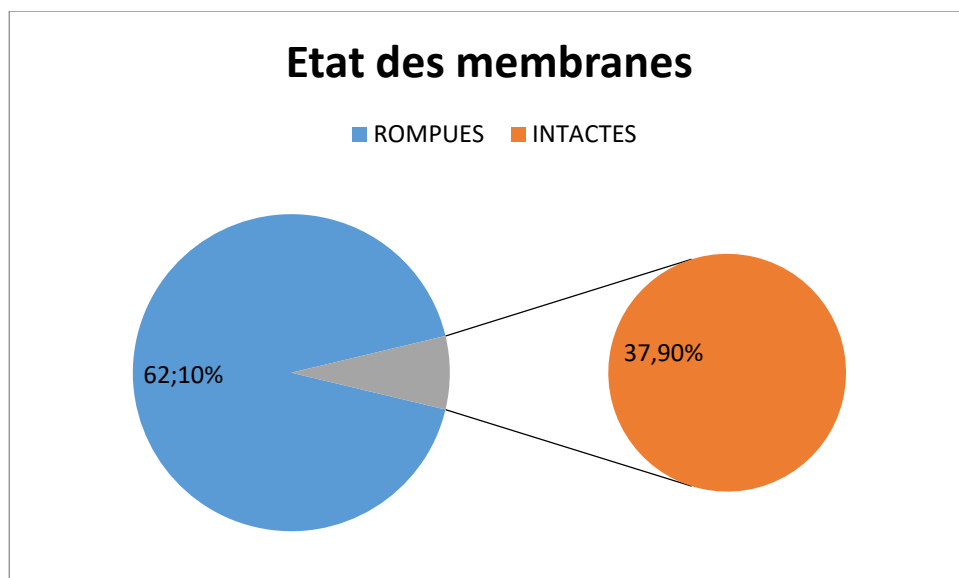


Figure 9: Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'entrée.

Tableau XII Répartition des parturientes selon le délai entre la rupture des membranes et la césarienne

Délai entre la rupture des membranes et la césarienne	Effectifs	Pourcentages
≤ 9H	813	65,56
10-19H	152	12,25
20-29H	81	6,53
30-39H	103	8,30
≥ 40H	91	7,33
TOTAL	1240	100

Le délai moyen entre la rupture des membranes et la césarienne était de 6heures avec extrêmes de 3 et 42heures

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne

	Indication de la césarienne	Effectif	Pourcentage
Indications Maternelles	Défaut d'engagement	162	13,06
	Utérus cicatriciel sur bassin limite	137	11,04
	Utérus multi cicatriciel	116	9,35
	Dilatation stationnaire	110	8,87
	Pré éclampsie	75	6,04
	BGR	72	5,80
	Syndrome de pré rupture	51	4,11
	Echec de l'épreuve de travail	30	2,41
Indications liées aux annexes du fœtus	Eclampsie	2	0,16
	Placenta prævia	82	6,61
Indications fœtales	HRP	53	4,27
	Présentation vicieuse	145	11,69
	SFA	106	8,54
	Dépassement de terme	55	4,43
	Macrosomie	44	3,54
	Total	1240	100

Tableau XIV Répartition des parturientes en fonction du délai entre l'indication de la césarienne et sa réalisation

Délai entre l'indication de la césarienne et sa réalisation	Effectifs	Pourcentages
≤ 20mn	245	19,75
20- 40mn	765	61,69
40-60mn	195	16,19
≥ 60mn	35	2,82
TOTAL	1240	100

Le délai moyen entre la décision et la réalisation de la césarienne était 29,16 mn avec des extrêmes de 15 mn et 75 mn.

Tableau XV: Répartition des parturientes selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Effectifs	Pourcentage
Anesthésie locorégionale	1177	94,92
Anesthésie générale	33	2,66
Anesthésie locorégionale convertie en Anesthésie générale	30	2,42
Total	1240	100

NB : Nous avons enregistré 1cas de décès maternel lieu à l'anesthésie locorégionale.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la technique d'incision cutanée.

Technique d'incision cutanée	Effectifs	Pourcentage
Incision de Joël Cohen	1228	99,00
IMSO	10	1,00
Total	1240	100,0

La technique de Joël Cohen était la plus utilisée avec une fréquence de 99,00%

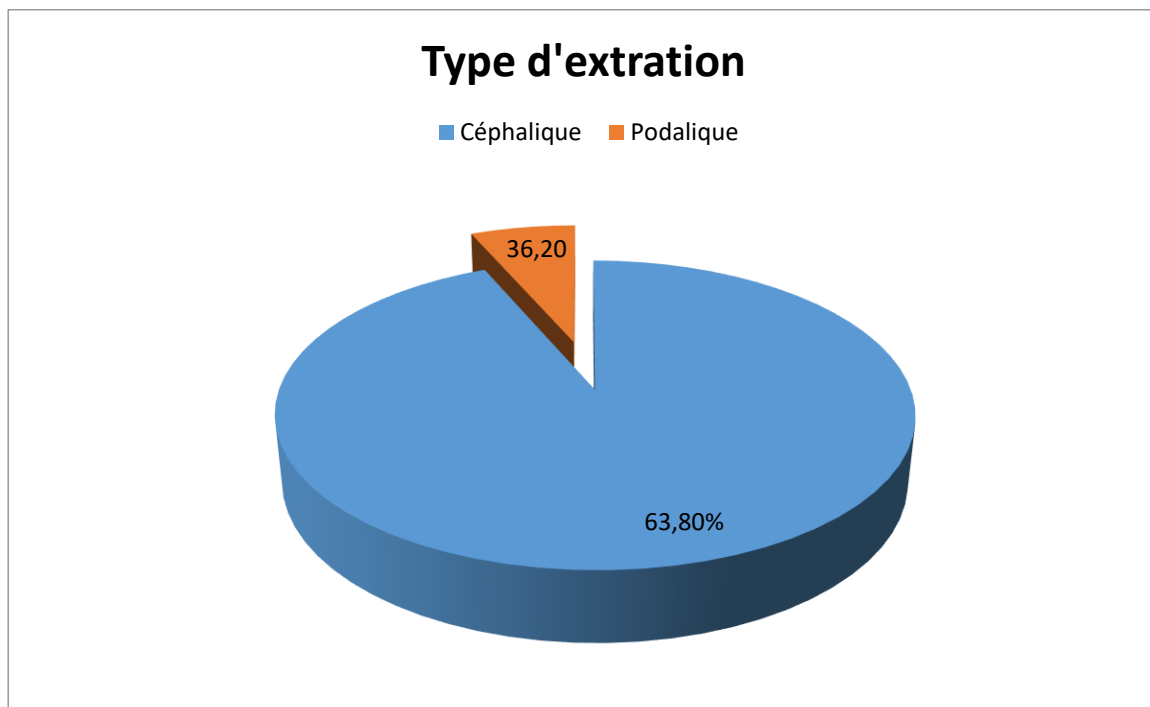


Figure 10: Répartition des parturientes selon le type d'extraction.

L'extraction céphalique était la plus dominante soit 93,60% des cas

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon le geste associé en per opératoire.

Geste associé en per opératoire	Effectifs	Pourcentage
Aucun	1198	96,60
LRT	42	3,40
Total	1240	100,0

Les parturientes ayant bénéficiée d'une ligature et résection des trompes ont représentée 3,40%

Tableau XVIII: Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la première minute

Apgar à la 1 ^{ère} minute	Effectifs	Pourcentages
0	34	2,74
1-4	45	3,62
5-7	89	7,17
≥8	1072	86,45
TOTAL	1240	100

Dans notre étude 86,45% du nouveau-né ont un APGAR supérieure ou égale à 8 à la 1ere minute

Tableau XIX: Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la 5eme minute.

Apgar a la 5 ^{ème} Minute	Effectifs	Pourcentage
0	27	2,23
1-4	52	4,19
5-7	158	12,74
≥ 8	969	78,14
TOTAL	1206	100

Les nouveau- nés qui avait un Apgar supérieure ou égal à 8 ont représenté 78,14% des cas.

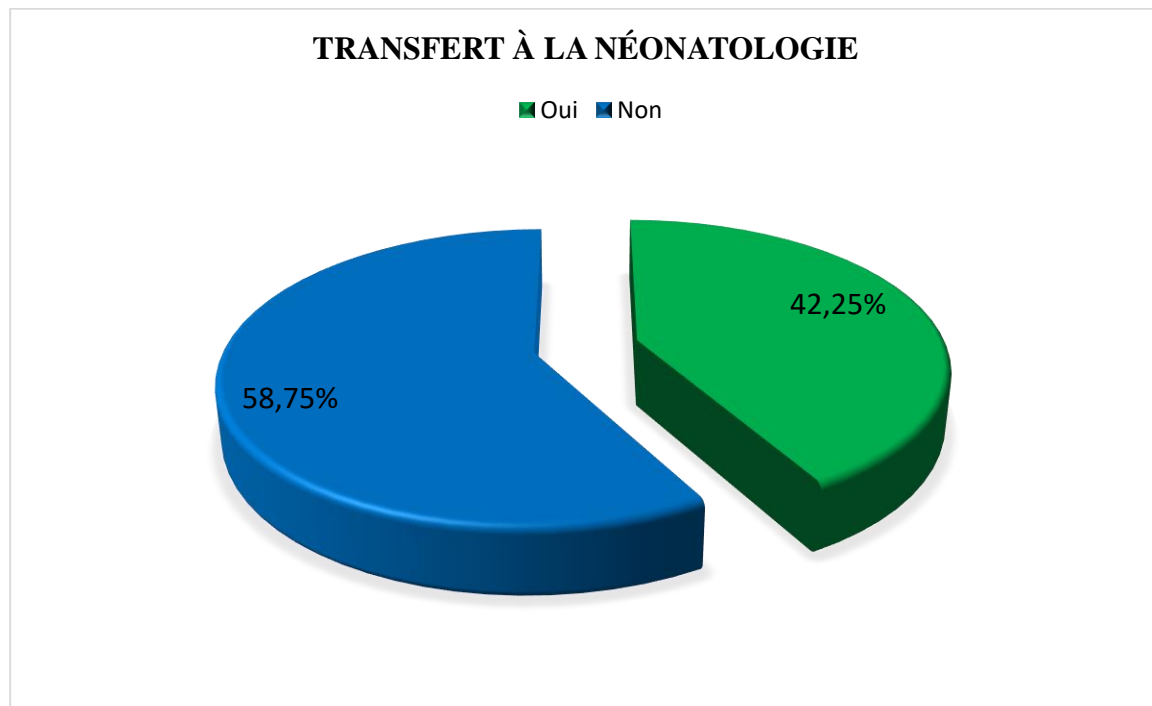


Figure 11: Répartition des nouveaux nés selon la notion de transfert en Néonatalogie

Le transfert à la néonatalogie a concerné 42,25% des nouveau-nés

Tableau XX: Répartition des nouveau- nés en fonction du poids fœtal à la naissance

Poids fœtal à la naissance	Effectif	Pourcentage
<2500g	175	14,11
2500-4000g	909	73,30
≥4000g	156	12,58
TOTAL	1240	100

Le poids moyen à la naissance était 3181,36g avec des extrêmes de 1600 et 4900g

Tableau XXI: Répartition des nouveau- nés selon le motif de transfert en Néonatalogie.

Motif de transfert à la néonatalogie	Effectif	Pourcentage
Macrosomie fœtale	156	29,77
Prématurité	124	23,66
Anoxie périnatale	105	20,03
Malformation fœtale	32	6,10
RPM	45	8,58
Autres	62	11,83
TOTAL	524	100

NB : Autres= hypotrophie fœtale 47(8,96%) ; détresse respiratoire 15 (2,86%)

Le principal motif de transfert des nouveau-nés en néonatalogie était la macrosomie soit 29,77% des cas

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon les complications per opératoires

Complications per opératoires	Effectif	Pourcentage
Aucune	1149	92,66
Hémorragie	75	6,04
Lésions vésicales	15	1,20
Lésions intestinales	1	0,08
TOTAL	1240	100

NB : Nous avons enregistré 2cas de décès maternel lieu à hémorragie.

Tableau XXIII: Répartition des parturientes selon les complications post opératoires.

Complications post opératoires	Effectifs	Pourcentage
Aucune	977	78,79
Suppuration pariétale	118	9,51
Hémorragie du post partum	85	6,85
Endométrite	50	4,03
Hématome pariétal	10	0,80
Total	1240	100,0

Tableau XXIV: Répartition des parturientes selon les complications anesthésiques

Complications anesthésiques	Effectifs	Pourcentage
Aucune	1225	98,79
Hypotension	10	0,80
Vomissement	5	0,40
Total	1240	100,0

Tableau XXV: Répartition des parturientes selon la durée de séjours post opératoire.

Durée de séjour post opératoire en jours	Effectifs	Pourcentages
< à 4	1033	83,30
5-8	36	2,90
9-13	46	3,70
≥ à 13	125	10,08
TOTAL	1240	100

La durée de séjours moyenne était de 2jours avec extrêmes 1 et 45jours

Tableau XXVI : Relation entre les complications post opératoires la qualification de l'opérateur

Qualification de l'opérateur	Complications post opératoires					Total
	Aucune	Endométrite	hématome pariétale	hémorragie post opératoire	Suppuration pariétale	
DES	104 (8,30)	2(0,16%)	0(0,00%)	4(0,32%)	15(1,20%)	125
Médecin généraliste	747 (60,24%)	42(3,38%)	8(0,64%)	70(5,64)	87(7,01%)	954
Médecin spécialiste	124(10%)	7(0,56)	3(0,24)	11(0,88)	16(1,29)	161
Total	975	51	11	85	118	1240

Test exact de Fischer : 475,23

Différence statistiquement significative avec $p=0,000$

Tableau XXVII: Relation entre les complications per opératoires et la qualification de l'opérateur

Qualification de l'opérateur	Complications per opératoires				Total
	Aucune	Plaie vésicale	Hémorragie par lésions	Lésion intestinale	
DES	112(9,03)	2(0,16)	11(0,88)	0(0,00)	125
Médecin généraliste	885(71,37)	13(1,04)	55(4,43)	1(0,08)	954
Médecin spécialiste	152(12,25)	0(0,00)	9(0,72)	0(0,00)	161
Total	1149	15	75	1	1240

Test exact de Fischer=457,25

La différence est statistiquement significative avec $p=0,00005$

Tableau XXVII : Relation entre les complications post opératoires et le mode d'admission

Complications post opératoires	Mode d'admission		Total
	Evacuée	Venus d'elle-même	
Aucune	208(16,77%)	767(61,85%)	975
Endométrite	49(3,95%)	2(0,16%)	51
hématome pariétale	11(0,88%)	0(0,00%)	11
hémorragie post opératoire	85(6,85%)	0(0,00%)	85
Suppuration pariétale	107(8,62%)	11(0,88%)	118
Total	460	780	1240

Test exact de Fisher= 524,026

p= 0,000

La différence est statistiquement significative avec p=0,000

Tableau XXVIII: Relation entre les complications post opératoire et le types d'anesthésie

Type d'anesthésie	Aucune	Complications post opératoires				Total
		Endomét rite	hémato me pariétal e	hémorra gie post opératoire e	Supp. Pariétale	
ALR	908(73,22)	45(3,62)	8(0,60)	78(6,29)	99(7,98)	1138
AG	52(4,219)	1(0,08)	0(0,0)	3(0,24)	7(0,56)	63
AG +ALR	15(1,20%)	5(0,40%)	3(0,24)	4(0,32%)	12(0,96)	39
Total	975	51	11	85	118	1240

Test exact de Fischer =1,84

Pas de différence statistiquement significative avec $p=0,86$

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI COMMENTAIRE ET DISCUSSION :

1-Approche Méthodologique :

Nous avons mené une étude transversale et rétrospective à visée descriptive dans le service de gynécologie obstétrique du CS Réf de la commune VI du district de Bamako. Cette étude nous a permis d'avoir un aperçu des données concernant la césarienne d'urgence.

Les difficultés rencontrées ont été :

- Certains dossiers été incomplet ne permettant une exploitation par rapport à toutes les variables de l'étude.
- Certaines patientes se sont plus revenues pour la consultation post opératoire ce qui a constitué un biais dans la recherche des complications post opératoires tardives.

Nous avons eu l'accompagnement des autres collègues pour la collecte des données

2- Fréquence :

Durant notre période d'étude nous avons enregistré 10983 accouchements parmi lesquels 1840 césariennes dont 1240 ont été réalisées en urgence soit 66,31% des cas.

Konaté A L [20] dans son étude réalisée au CS Réf de Kati, avait trouvé une fréquence de 56,90% des césariennes d'urgence, et Diawoye O [21] avait rapporté quant à lui 87,3% de césarienne d'urgence au CSRéf de Markala.

Sarra A [22] en 2014 au Maroc avait rapporté une fréquence de 82,4 % de césarienne d'urgence.

Notre taux élevé de césarienne peut s'expliquer par le fait que le CSRéf de la commune VI reçoit beaucoup d'évacuations comme le montre notre étude (37,10%,) mais aussi des évacuations tardives pour lesquelles une fois admise la césarienne s'impose.

3-Caractéristiques socio démographiques :

Dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-29ans soit 49,40% avec des extrêmes de 14ans et 50 ans. L'âge moyen de nos patientes était de 26,24 ans ce taux est similaire à ceux de Konaté AL [20] et Sarra A [22] ont trouvé respectivement que la tranche d'âge de 20-35 ans, soit (49%) était la plus représentée. Ceci s'explique par le fait que cette tranche d'âge correspond à l'âge optimal pour la reproduction.

Dans notre étude 69,00% des patientes étaient des femmes au foyer. Ce taux est inférieur à celui de Diawoye O [21] qui a rapporté 94,1% de femmes au foyer. Ce constat pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali selon (l'EDSM VI) [33], plus de 66% des femmes ne sont pas scolarisées, donc s'occupent surtout des ménages

Les femmes mariées représentaient 97,60% des cas Daou BD [23] qui a rapporté une fréquence de 94,10% des femmes mariées dans son étude

Les non scolarisés représentaient 51,77% des cas et 66% des femmes selon (EDSM VI) [33] n'ont pas été scolarisées. Ce taux est inférieur à celui de Daou BD [23] qui a rapporté 77,70% des cas. Cette augmentation de taux s'explique par effort fourni par le gouvernement pour la sensibilisation des parents par rapport à l'éducation des filles

3-Antécédent :

L'hypertension artérielle était l'antécédent médical le plus retrouvé avec 3,55% des cas. Konate AL [20] et Coumare MS [24] ont trouvé respectivement une fréquence de 1% et 1,77% d'antécédent d'hypertension artérielle.

L'antécédent de césarienne a été trouvé chez 81,40% des cas. Coumare MS [24] a trouvé 29,30% d'utérus cicatriciel. La cicatrice utérine constitue un facteur de risque pour la rupture utérine et l'indication de la précédente césarienne peut constituer un recours à la césarienne d'urgence si la patiente n'a pas bénéficié de soins prénatals adéquats.

La parité moyenne était de 5 avec les extrêmes de 2 et 12.

Les nullipares représentaient 44,50% des cas, qui est similaire à celui de Konaté AL [20] et de Sarra A [22] ont retrouvé dans leurs études 41,60% de nullipares. Cette fréquence élevée des césariennes d'urgence chez les nullipares s'explique par le taux élevé de mariage précoce 70% selon (EDSMVI) [33] et refus de pousser au cours du travail d'accouchement.

Cela s'explique par la proximité des CScom à leur localité par rapport au CS Réf.

4-Aspect clinique :

La contraction utérine douloureuse était le principal motif d'admission avec une fréquence de 26,93% et la majeure partie d'entre-elles était évacuée soit 37,10%. Près de la moitié de nos parturientes (62,2%) avaient la poche des eaux rompue avec un liquide amniotique clair dans 7% des cas. Coulibaly A [27] et Bah MA [27] ont rapporté respectivement dans leurs études 47% et 54,50%. L'ouverture prolongée de l'œuf avant l'accouchement comporte un risque septique et expose, en cas de césarienne à une morbidité accrue justifiable pour de nombreux auteurs d'une antibioprophylaxie.

Le délai entre la rupture des membranes et la réalisation des césariennes était inférieure à 9 heures chez 65,56% de nos patientes. Ce taux est supérieur à celui de Traore AI [30] et Imane T [28] qui ont respectivement trouvé 54,23% et 48,21% des cas de rupture des membranes inférieure à 9 heures.

5- La prise en charge :

Les indications de la césarienne ont été dominées par le défaut d'engagement soit 13,06% suivi de l'utérus cicatriciel sur bassin limite (11,04%) et la souffrance fœtale aiguë 8,54% des cas. Diawoye O [21] dans son étude a rapporté que les indications de césarienne d'urgence étaient dominées par la souffrance fœtale aiguë (29,50%), suivie de l'HRP (6,60%) et le bassin limite sur utérus cicatriciel (15,90%). Coulibaly A [27] dans son étude sur données sociodémographiques des femmes césarisées à la commune V de Bamako a trouvé 31,4% de souffrance fœtale suivie du bassin limite sur l'utérus cicatriciel (26,80%) et le BGR dans 15,20% des cas. Coulibaly A [27] au Burkina Faso a

trouvé que 26,3% des indications de césarienne d'urgence étaient liées à la souffrance fœtale aigue suivie de la DFP dans 19,70% et la présentation vicieuse dans 11% des cas. Imane T [28] au CHU Mohamed VI a rapporté la souffrance fœtale aigue était la première cause de césarienne d'urgence dans 22,68% des cas suivie de l'utérus cicatriciel sur bassin limite dans 22,30%. La césarienne participe à la diminution de la morbidité et de la mortalité néo-natale. La morbidité est souvent liée à l'indication même de la césarienne, surtout quand il s'agit de souffrance fœtale au cours du travail ou lorsque la femme est porteuse d'une pathologie pouvant avoir un retentissement fœtal. La césarienne est efficace pour sauver la vie de mères et de nouveau-nés, mais uniquement lorsqu'elle est justifiée par une indication médicale (OMS) [35].

La priorité ne devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin(OMS) [35].

.Dans ce cas le fœtus est exposé à un risque potentiel de morbidité, la césarienne ayant pour objectif de limiter cette dernière. Les indications des césariennes d'urgence sont en rapport avec les problématiques des références /évacuations, mais aussi à l'absence des moyens de surveillances de l'état fœtal dans beaucoup de structures de prise en charge à la périphérie.

L'anesthésie locorégionale était la plus pratiquée dans notre étude avec une fréquence de 94,2% des cas. Dans l'étude de Yaich P [5] l'anesthésie locorégionale était le type d'anesthésie le plus pratiqué 79,4% des cas, mais par contre Konaté AL [20] a trouvé dans son étude que l'anesthésie générale était plus pratiquée avec 89,1% des cas. Cela s'explique par le fait que la majorité des femmes recommande anesthésie locorégionale lors de la consultation pré anesthésique.

6- Pronostic maternel et néonatal :

Quel que soit l'amélioration apportée par les progrès techniques, de l'asepsie, de l'antibiothérapie et par la maîtrise de la pratique de césarienne, la morbidité et la mortalité maternelle et néo-natale ne sont jamais nulles.

Dans notre contexte l'importance de la morbidité et de la mortalité maternelle traduit une déficience dans notre système « d'évacuation » obstétricale, dans sa forme actuelle les parturientes sont souvent évacuées dans les mauvaises conditions et de façon tardive.

En dehors du mode d'admission, nous avons dégagé certains facteurs de pronostique explicites plus hauts en l'occurrence : la rupture des membranes supérieure à 12 heures, et la pauvreté des patientes.

Dans notre échantillon, les suites opératoires ont été simples dans 92,66% et compliquées dans 7,44% .comparé aux données de la littérature, notre taux est inférieur à celui de Tissot et Coll [37], Haddad H[38] qui ont trouvé respectivement 13% et 19,20% de complications post-césarienne.

Dans notre série, les complications per opératoires ont été dominées par l'hémorragie (6,04%) les lésions vésicales (1,20%) et les lésions intestinales (1,20%). Nous avons trouvé une relation entre les complications per opératoires et la qualification de l'opérateur avec une différence significative $p=0,000$

Nous avons enregistré 3cas de décès maternel : 2cas par hémorragie du post partum et 1cas choc anaphylactique par indiction des produits anesthésique.

Les complications liées à anesthésie ont été dominées par arrêt cardiaque (0,40%).

Coulibaly AK [29] et Coumare MS [24] ont rapporté respectivement 6,14% et 3% de complications hémorragiques per césarienne.

Les complications post opératoires ont été dominées par suppuration pariétale (9,51%). Ce taux est inférieur à celui de Bocoum A [32] qui a rapporté (32,05%) des cas dans son étude. Dans notre étude nous avons trouvé une relation entre la qualification de l'opérateur et les complications post opératoires avec une différence statistiquement significative $p=0,000$

Dans notre étude nous avons enregistré 61 cas de décès périnatal et 3 cas de décès maternel

Dans l'étude Sarra A [22], 2 cas de décès du nouveau-né ont été enregistrés, soit un taux de 0,60%.

L'Apgar des nouveaux nés à la première minute était compris entre 5-7 chez 7,17% des nouveaux nés et nous avons enregistré 4,91% de mort-nés.

Les nouveaux nés avaient un APGAR supérieur à 8 à la 5^{ème} minute dans 78,40% des cas

Le poids moyen des nouveaux nés était de 3181,36g avec les extrêmes de 1600g et 4900g

Le taux de transfert des nouveaux nés à la néonatalogie était de 42,25% et les motifs de transfert ont été dominés par la macrosomie soit 29,99% des cas.

Diawoye O [21] et Konaté AL [20] ont rapporté 22,15% et 18,25% comme taux de transfert de nouveau-né à la néonatalogie.

La durée d'hospitalisation était inférieure ou égale 4 jours chez 83,30% des patientes et 10,08% des patientes ont séjourné plus de 13 jours à cause des complications liées à la césarienne et/ou à la pathologie associée.

Traoré AI [30] a apporté une durée d'hospitalisation inférieure à 4 jours dans 96,67% des cas. En dehors des cas de complications per ou post-opératoire et/ou de la pathologie médicale associée à la césarienne, la durée de séjour post-césarienne est le plus souvent ne dépassant généralement pas les 4 jours.

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1-CONCLUSION

La fréquence de la césarienne d'urgence au CS Réf de la commune VI est élevée et les indications sont dominées par les dystocies et la souffrance fœtale. La majorité des patientes opérées en urgence étaient des patientes évacuées. Les

complications infectieuses ainsi que la morbi-mortalité étaient plus élevées chez les évacuées.

Le pronostic foetal et néonatal était marqué par un taux élevé de mort-né et un taux élevé de transfert à la néonatalogie.

2-RECOMMANDATIONS :

Au terme de cette étude, quelques recommandations nous paraissent nécessaires dans le cadre de la réduction de la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales après une césarienne.

A l'endroit des Autorités politiques et sanitaires :

- Former le personnel médical en matière de consultation prénatale recentrée (dépistage et prise en charge des facteurs de risque par la référence précoce).
- Mettre en application la politique nationale d'approvisionnement en produit sanguin déjà adoptée en conseil de Ministres.

A l'endroit des prestataires sanitaires :

- Mettre en pratique la consultation prénatale recentrée.
- Assurer une meilleure tenue des supports par la documentation des actes médicaux posés.

Renforcer le système de référence/évacuation

A l'endroit de la population :

- Fréquenter régulièrement les services de soins prénatals.
- Respecter les conseils donnés par le personnel soignant.

REFERENCES

VIII REFEREBNCES:

- 1-Merger R, Levy K, Melchior J.** Précis d'obstétrique. 6ème édition, Masson, paris, 1989, 533p
- 2-Macara LM, Murphy KM.** The contrihution of dystocia to the cesarean section rate. Am J Obstet Gynecol; 1994;171(8): 71-7.
- 3-Betran AP, Torlorni MR et Zkong JJ.** Gulmezoglu am who working group on coesarean section. Who stateman on coesarean section rates BJOG int J Obstet Gynaecol; 2016 APR 123(5) :667-70
- 4-Cecilia B.** Césarienne en urgence versus césarienne programme : morbidité opératoire et post opératoire précoce comparé. Thèse de médecine. Université de Marseille; 2018, 125p, N°289
- 5- Yaich P.** Pronostic materno-fœtal au CHU de Cocody d'Abidjan. Thèse médecine. Université de Cocody; 2012, 62p, N°61
- 6-Messaoud M, Taleb BN, Merah S.** « Les Césariennes » établissement hospitalo-universitaire Spécialisé mère et enfant- Tlemcen. Thèse Médecine; 2017, 45p.
- 7- Korenzo M.** Etude de la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de la commune II. Thèse de médecine. Université de Bamako; 2015, 71p, N°01.
- 8- Tangara I.** La référence /évacuation dans le contexte de la gratuité de la césarienne. Thèse de Médecine. Université de Bamako; 2012, 45p, N° 585.
- 9-Albrech H.** Indication excessive de césarienne. Triangle 1991 ; 31(2) :141-148
- 10-Sureau C.** Fait-on trop de césariennes ? Rev. Prat. 1990; 24(40): 2270-2272
- 11- Bolaji II, Mehan FQ.** Caesarean section survey in Galway 1973; 48(1):1-8
- 12-Sperling LS , Henriksen TB, Ulrichsen H, Hedegard M, Moller H, Hansen V, et coll.** Indication for cesarean section in singleton pregnancies in two danish countries with different cesarean section rates. Acta Obstét et Gynecol Scandinav 1994 ;70(12) :129-15

- 13- Jeselman RO, Wittingen I, Vander Kolk KJ.** Continuous nonlocking single-layer repair of the low-transverse uterine incision. *J Reperd Med* 1993; 38(7):393-96.
- 14-Tucker MJ, Hant JC, Hodgkins P, Owen SJ, Winckler CL.** Trial of labor after one-or two. Lager closine of low transverse uterine incision *Am J Obstet Gynecol* 1993 ; 168 :545-546
- 15- Riethmuller D, Schaal P, Racinet C, Maillet R.** La césarienne selon la méthode de Misgav ladach. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1999 :94(6) :497-499
- 16-Stark M.** Technique of cesarean section :The Misgav Ladach Method. In :Popkin DR Peddle LJ .Women's health today perspectives on current research and clinical practice Carrforth, The Partetnon publisching Group,1994 ,81-85
- 17-Thoulon JM.** Les césariennes. *Encyl. Méd. Chir. Paris ; Obstétrique ;1979,* 5102 .A-10 ; 10-1979
- 18-Racinet OP, Favier RM.** La césarienne. Masson; Paris,1984; 125:245-457.
- 19-Vokaer R, Barram J, Bossarm H.** Disproportion foeto-pelvienne. La grossesse et l'accouchement. *Dystocique Traité d'obstétrique II,* 1985; 473 :427-457.
- 20- Konaté AL.** Césarienne d'urgence au centre de sante de référence Major Moussa Diakité de Kati thèse médecine. Université de Bamako; 2020,59p, N°122.
- 21 Diawoye O.** césarienne au centre de sante de référence de Markala. Thèse médecine. Université de Bamako; 2018,64p.N°164
- 22-Sarra A.** Pronostic materno-foetal des césariennes programmées et des césariennes urgentes. Thèse de médecine. Université Mohamed V-Souissi Maroc ; 2014, 49p, N°35.
- 23-Daou BD.** Evaluation de la qualité de césarienne dans le centre de sante de référence de San à propos de 287 cas. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2012,68p, N°57

24- Coumare MS. Césarienne d'urgence versus césariennes prophylactique; pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de Dioila. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2019,88p, N°125.

25- Bah MA. Etude de la césarienne au centre de santé de référence de Kita. Thèse de médecine. Université de Bamako ; 2010,78p, N°400.

26-Coulibaly AS. Données sociodémographiques des femmes césarisées au Cs réf de la CV du district de Bamako. Thèse de Médecine. Université de Bamako;2014,49p, N°58.

27-Coulibaly A. Analyse des indications de césarienne chez les femmes à faible risque au CHUYO. Thèse de médecine. Université de Ouagadougou ; 2013,65p, N°831.

28- Imane T. Les indications de la césarienne. Expérience du service de gynéco-obstétrique B au sein du CHU Mohamed VI à Marrakech. Thèse médecine. Université Cadi Ayaad de Maroc; 2012,75p, N°31.

29- Coulibaly AK. La césarienne au centre de santé de référence de Koutiala : Indication et pronostics fœto-maternel. Thèse de médecine. Université de Bamako; 2008,92p, N°216.

30-Traore AI. Césarienne prophylactique dans le service de gynécologie obstétrique du CS Réf de la commune V du district de Bamako. Thèse de médecine. Université de Bamako; 2009, 113p, N°264.

31-Kamina P .Base anatomique de la césarienne segmentaire .Anatomia clinica, I, 1978 ; 2453 :509P.

32-Traoré Y, Tegueté I, Bocoum A, Dao SZ, Traoré MS, Mounkoro N.Infectious complications after cesarean delivery .Trends of incidence,risk factors, and prognosis in a third health level center in africa.case of Gabriel Touré Teaching Hospital. Open journal of obstetries and gynecology ; 2018, 10-19.

33-Institut National de la statistique (INSTAT) Cellule de la panification et de la statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête démographique et de santé

2018 (EDSVI).2001.Bamako, Mali et Rockville,Maryland,USA :INSTAT,
CPS/SS-DS-PF et ICF

<https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR358/FR358.pdf>. Consulté le
08.04.2020 à 15h45; 2-5p

34-Camara K. Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique :
Pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de la commune V du
district de Bamako. Thèse médecine. Université de Bamako;2010,75p, N°367.

35-OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Déclaration de taux sur
césarienne ; 2014 ,1-8p.

36-Albright GA, Fergusson JE, Joyce M, Stevenson DK.Anesthesia in
obstetrics : maternal, fetal and neonatal aspects. Second edition New York
ed.Butterworth 1986 : 325-63

**37-Tssot GF, Mouy L, Aagniel F, Andre A, Reverdy ME, Miellet CC, Udra
P, Putet C, Sepetjan M, Dargent D.** Infection hospitalière en maternité : trois
années de surveillances portant sur 9204 accouchement dont 1333 césariennes.
J.gynecol. obstet. Biol.Reprod 1990 : 19(1) :19-24.

38-Haddad H, Lundy L. changing indications for caesarean section: Gynecol.
Obstet. 1978 ; 51 :133-137.

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

40-Datta S, Alper MH. Anesthesia for cesarean section.Anesthesiology 1980 ;
53 : 142-60.

ANNEXES

FICHE D'ENQUÊTE

IDENTITÉ

Q00 Numéro du dossier /...../ Q01 Nom.....

Q02 Prénom.....

Q03 Age /.... /

Q04 Residence /..... /

Q05 Ethnie.....

Q06 Profession/.../ 1= sans profession, 2=commerçante,
3=étudiant/élève, 4=fonctionnaire (à préciser.....)

5=autre à préciser (.....)

Q07 Statut matrimonial /.... / 1=mariée, 2=célibataire

Q08 Nombre de coépouse /...../

ANTECEDENTS

Q09 Antécédents obstétricaux

Q09A Gestité /.../ ; Parité /.... / ; Vivant /.... / ; Avortement /.../ ;

Décédé /.../

Q09B Césarienne /...../ 1=oui ; 2=non

Q09C Grossesse pathologique /.... / 1=oui préciser ; 2= non Q10 Antécédents

Chirurgicaux personnels :

Q10A GEU /.... / 1=oui ; 2=non

Q10B Appendicite /...../ 1=oui ; 2=non

Q10C Césarienne / / 1=oui ; 2=non

Q10D Autres /...../ 1=oui à préciser ; 2=non

Q11 Antécédents médicaux personnels

Q11A HTA /...../ 1=oui ; 2=non

Q11B Diabète /...../ 1=oui ; 2= non

Q11C Drépanocytose /...../ 1= oui ; 2= non

Q11D Asthme/ / 1=oui ; 2=non

Q11E Autres /...../ 1=oui à Préciser.....

Q11F Mode de vie /...../ 1=thé ,2=café, 3=lipton

SUIVI DE LA GROSSESSE

Q12 CPN / / 1 = oui 2 = non

Q13 Nombre de CPN /.... / 1 =Aucune ,2=1-3 ; 3 =2,4=3 ,5=4 Q14 Lieu /.../
1=inconnue, 2=cscom, 3=csref, 4=Hôpital, 5=autres à
préciser.....

Q15 L auteur /... / 1=Matrone 2=Infirmière 3=sage -femme
4=Médecin

Pathologies survenues au cours de la grossesse

Q16 Métrorragies / / 1=oui 2=non

Q17 Anémie / / 1=oui 2=non

Q18 Infections urinaire / / 1=oui 2=non

Q19 Paludisme /... / 1=oui 2=non

Q20 Autres /... / 1=oui à préciser 2=non

ADMISSION

Q21 Date d arrivée/.../.../.../ ; Heure d arrivée

Q22 Provenance/...../

Q23 Mode d'admission/.../ 1=évacuée 2=venue d elle même

Q24 Motif d évacuation.....

Q25 Traitement reçu avant évacuation / / 1= si oui à préciser
2=non

EXAMEN CLINIQUE

Q26 Etat de conscience / / 1=bon, 2=altéré,

Q27 TA/.../... / en mm hg

Q28 Température //

Q29 Poids / / en kilogrammes

Q30 Taille/ / en centimètre

Q31 Etat des muqueuses .../...../

Q32 Histoire de la grossesse /

Q33 HU /..... / En centimètre

Q34 CU / / 1=oui 2=non

Q35 BDCF/...../en bat/min 1=110-150 ; 2<110,3>150 Q36 Présentation :

Nature/.../1=sommet 2=front 3=face 4=siège 5=transversale Q37 Etat du col :

Q37A position 1=postérieur 2=médian 3= antérieur

Q37B Longueur /...../ 1=long, 2=mi long, 3=court

Q37C Dilatation// 1<4cm 2> 4cm

Q37D Hauteur /..... / 1= -3,2= -2,3= -1,4=+1,5=+2,6=+3

Q38Etat des membranes / .../ 1 =intactes 2=rompues

Q38A Si rompues ; la durée de rupture Date /// en heure/...../

Q38B Couleur du Liquide Amniotique / .../1=clair ,2=teinté de méconium
4=teinté de sang

Q39Bassin 1=normal, 2=BGR ,3=bassin limite, 4=bassin asymétrique,
5=bassin immature ,6=bassin aplati, 7=bassin transversalement rétréci

INDICATION :

Q40 Temps écoulé entre admission et délai à la prise de la césarienne/...../

Q41 Indication //,1=SFA , 2=syndrome de pré rupture utérine,
3=BGR, 4=HRP , 5=PP , 6=Utérus cicatriciel sur bassin limite 7=Utérus bi
cicatriciel, 8=Utérus tri cicatriciel et plus , 9=présentation transversale ,
10=présentation du front , 11=présentation de la face variété postérieure , 12=pré
éclampsie sévère, 13=grossesse gémellaire avec présentation de J1 en
transversale, 14=Macrosomie fœtale , 15=Echec de l'épreuve de travail ,
16=Dystocie dynamique sur utérus cicatriciel,17=Rupture utérine

Exécution de la césarienne

Q42 Délai d'exécution/ / en Heure

Q43 Qualité de l'opérateur/.../ 1=Médecin Généraliste 2=Médecin en spécialisation, 3=Spécialiste ,4=Etudiant faisant fonction d'Interne

Q44 Type d'anesthésies/..... / 1=Générale ,2=péridurale ,3=Rachi,

COMPTE RENDU OPERATION

Q45 Intervention retardé 1=ooui (précisé le motif ayant retardé/...../ /
2=non

Q46 Technique :

Q46A Technique d'incision cutanée /..... /

1=IMSO, 2=Incision pfanennstiel, 3=Incision selon Joël Cohen Q46 B

Hystérotomie :

1=segmentaire transversale 2=segmentaire verticale

3=corporéale

Q46C Extraction /...../ 1=céphalique, 2=podalique

Q46D Délivrance /..... / 1=artificielle, 2=active

Q47 Gestes associés à la césarienne//

1=LRT, 2=Autres si oui à préciser /...../,3=non

Q48 Complication anesthésique /.../ 1= si oui à préciser//, 2=non

Q49 Saignement per opératoire/...../1=minime 2=moyen

3=abondant

Q50 Incidents accidents per opératoire /.... / /1=si oui à préciser /...../ / 2=non

NOUVEAU NE

Q51 Nombre d'enfant /.... /

Q52 APGAR : J1 1ère minute /... /, 5è minute /... / J2 1ère minute / ... / ,5è minute/... /

Q53 Réanimé /.... / 0=non ,1=ooui (préciser la durée)

Q54 Taille J1/...../, J2/..... /

Q55 Poids J1 /..... / J2/..... / en gramme

Q56 P C /...../, PT /...../

Q57 Traitement reçu.../...../ 1= si oui à préciser /..... /

2=non

Q58 Nouveau-né référé/..../ 1=Si oui pourquoi / / ,2=non

SUITES POST OPERATOIRES

Q59 Suites opératoires/...../ 1= simples ,2= compliquées (préciser le type de complication) /.....

Q60 score infectieux /...../

Q61 TRANSFUSION /..... / 1=oui (préciser le taux d'hémoglobine /.....

/) 2=non

Q62Durée d'hospitalisation /..... / En jour

Q63 Devenir / / 1=exact 2=référée 3=décédée

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Diakité

Prénoms : Bakary

Email : diakibaco@91.com

Tel : (00223)77645357 (00223) 66279664

Titre de thèse : pronostic materno-fœtal des césariennes d'urgence Service de Gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune VI du district de Bamako.

Année universitaire : 2019-2020

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de la faculté de pharmacie : FMOS et FAPH.

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

Résumé :

Introduction :

La césarienne d'urgence est réalisée pendant le travail d'accouchement, elle est un moyen efficace pour réduire la mortalité maternelle et périnatale dans de nombreuses situations obstétricales.

L'objectif de cette étude est de déterminer la fréquence de la césarienne d'urgence et d'évaluer les pronostics maternels et périnataux de cette pratique au csref CVI de Bamako

Matériels et Méthodes : C'est une étude rétrospective ; transversale ; descriptive et analytique de 12 mois allant du 1er janvier 2018 au 31 Décembre 2019.

. Les données collectées ont été saisies et analysées à l'aide de logiciel EPI INFO 7.2.2.6. Le test de Khi 2 de Karl Pearson et le test de Fisher ont été les tests statistiques utilisés pour la comparaison significative si $p \leq 0,05$.

Résultats : La césarienne d'urgence a représenté 66,57% de l'ensemble des césariennes. Les indications les plus fréquentes ont été : Les indications maternelle soit une fréquence de 54,67% Et les indications liées au annexes fœtal soit une fréquence de 26,41%. Les complications post opératoires étaient dominées par les suppurations pariétales 9,51% suivis des endométrites avec 4,03%. Le taux de décès néo-natal a été de 4,91%.

Nous avons trouvé une relation la qualification de l'opérateur et les complications per opératoires avec une différence statistiquement significative $P=0,00005$. Il y a également un lien entre les complications post opératoires et le mode d'admission avec un test exact de Fischer statistiquement significative $P=0,0000$.

Conclusion : l'analyse bi variée de nos résultats nous permet de conclure que le pronostic materno-fœtal des césarienne d'urgence sont satisfaisant

Mots clés : césarienne ; pronostic materno-fœtal ; urgence

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

JE LE JURE !