

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES, ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO (USTTB)



Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2013/2014

N°

TITRE

ETUDE DE LA CESARIENNE A LA MATERNITE
DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA
COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 06/01 /2015 devant la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie (FMOS)

PAR : Mr MOHAMED KORENZO

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président :

Pr Salif Diakité

Membre:

Dr Mamadou Salia Traoré

Co-Directeur:

Dr Mamadou Haidara

Directrice de thèse: Pr Sy Assitan Sow

DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS

Je dédie ce travail :

A **ALLAH** ; le tout puissant, le clément et le très miséricordieux. Nous implorons votre pardon et prions pour que vous nous assistiez dans nos actes quotidiens, que vous nous montriez le droit chemin et en nous éloignant du mal. Tu nous avais déjà dit ceci qui reste gravé en nous: « ... Fa-inna ma'al' osri yosran. Inna ma' al' osri yosran... sourate 94 verset 5 et 6 »

(A coté de la difficulté certes est la facilité

A coté de la difficulté certes est la facilité)

Gloire à Dieu, l'omniscient, le maître des maîtres qui nous a permis de mener à bien ce travail et de voir ce grand jour. Que votre volonté soit faite.

Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui) ; que la paix et la bénédiction de Dieu soient sur toi et tous les membres de ta famille ainsi que tes fidèles compagnons.

A la mémoire de mes grands pères maternel et paternel :

Je n'ai pas eu cette possibilité de partager des moments de vie et de joie avec vous. Que vos âmes reposent en paix.

Recevez ce fruit que vous attendiez tant.

A feu mon père Moussa dit Moriéré Korenzo

Tu as consacré le meilleur de toi-même à notre éducation pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

J'aurai bien voulu te voir dans cette foule aujourd'hui, mais Dieu le tout puissant l'a voulu autrement.

Père, dors en paix, que le tout puissant par sa grâce t'accueille dans son paradis et que le messenger de Dieu t'apporte la lumière de ce grand événement

A ma mère Feue Fatoumata Samanta, mère, tu nous as quittés, mes frères et moi si jeunes, mais la vie est ainsi faite. Tu seras toujours présente dans notre cœur. Ce travail est aussi le tien. Dors en paix, que la terre te soit légère.

A ma tante Fatoumata Famanta, merci pour ton soutien tant moral que financier, merci de croire en moi, ce travail est aussi le tien.

A mes oncles et tantes : Je n'ai pas cité de nom pour ne pas en oublier. Je vous remercie pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos d'âmes de ceux qui ne sont pas parmi nous.

A mes frères et sœurs : Ousmane, Moussa, Sekou, Siné, Fouba, Maré, Mory , Aboubacar, Mariam, Bayon, LouKmane, Taba et Tidiane Korenzo

Vous m'avez toujours compris, conseillé, encouragé et entouré d'affection. Ce travail est le fruit d'un effort collectif auquel vous avez tous contribué de loin et de près. Que ce travail soit pour vous tous l'expression de mon attachement fraternel.

A mon ami Sana Traoré : si l'amitié était héréditaire nos enfants, en auraient fait une très belle facture. L'enfance est une étape très importante dans la vie de l'homme. J'espère que la conduite sociale dont nous avons reçue de nos parents, nous servira de meilleur guide dans notre vie adulte en espérant que nous en fassions bon usage au service de la société.

A mon épouse Fatoumata dite Tata: ma compagne de tout les temps ; toi qui a accepté de m'épouser dans les moments les plus durs de ma vie alors que mon avenir n'était pas encore certain, je t'en serai toujours reconnaissant. Puisse Dieu nous accorder longue vie conjugale pleine de santé.

A la famille Nioumanta de Faladié : Vous m'avez éduqué et entretenu. Ainsi j'ai appris de vous la dignité, la modestie, l'humilité, la générosité surtout le respect de soi, et l'amour du prochain, qualités que j'ai bénéficiées tout au long de mes études universitaires. L'occasion m'offre d'exprimer ma reconnaissance et entière soumission, humblement je vous présente mes excuses pour tout le mal commis durant mes études et demande vos bénédictions.

Au personnel du service de Gynécologie et d'Obstétrique de CSRéf CII

Tous les Thésards du CSRéf CII Votre soutien et votre amour ne m'ont jamais manqué. Ce travail est le vôtre.

REMERCIEMENTS

Aux gynécologues obstétriciens du CS Réf comII : Dr Sakoba Konaté, Dr Seydou Z Dao, Dr Mamadou Keita. La rigueur et la qualité scientifique de votre enseignement ; votre disponibilité constante ainsi que les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.

Aux sages femmes du CS Réf CII

Merci de votre franche collaboration pour la réalisation de ce travail. Votre aide, votre conseil et votre soutien ont été considérables.

Aux médecins généralistes et thésards du centre de santé de référence de la commune II □ Dr Ibrahim Fomba, Dr Salif Diabaté, Dr Daouda Traoré, Dr Adama k Diarra, Dr Kassoum Sidibé, Dr Idriss Sinclair Fouelefak, Dr Boubacar Kassambara, Dr Mohamed Samaké, Amidou Koita, Mohamed Traoré, Ibrahim Cissé, Daouda Koné, Chata Traoré, Moussa Tangara, Ibrahim Sacko, Mohamed Sacko, Flakoro Niaré, Kalilou Koné, Noumakan Camara

Merci mes chers pour votre soutien et votre encouragement. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs.

HOMMAGES
AUX
HOMMAGES
MEMBRES
AUX
DU JURY
MEMBRES
DU JURY

Hommages aux membres du jury

A notre Maître Président du jury

Professeur Salif Diakité

Professeur titulaire honoraire de gynécologie obstétrique

Honorable Maître, c'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury.

Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité, et surtout votre sens élevé du devoir nous imposent l'estime et l'admiration.

Trouvez ici, cher maître l'expression de notre profond respect et de nos sincères remerciements.

A notre Maitre et juge

Dr Mamadou Salia Traoré

Gynécologue Obstétricien au CHU du Point G

Cher Maître,

C'est un grand plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré votre emploi du temps chargé.

Votre disponibilité, votre dynamisme, votre souci pour le travail bien fait alliés à vos qualités humaines font de vous un maître admiré et admirable.

Veillez croire à l'expression de nos sentiments les plus respectueux

A notre Maitre et co-directeur de thèse

Docteur Mamadou Haidara

Gynécologue obstétricien

**Chef du service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence
de Kalaban-coro**

Cher Maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Homme de principe, d'humanisme, votre simplicité, votre souci de transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés.

A vos cotés nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre.

Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour tout le soutien et la confiance que vous avez eu à notre égard.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A notre Maitre et Directrice de thèse

Professeur SY Assitan SOW

Professeur titulaire honoraire de Gynécologie-Obstétrique

**Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique
(SOMAGO)**

Chevalier de l'ordre national du mérite du Mali.

Chère maître,

C'est avec abnégation que vous avez décidé de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

La clarté de votre enseignement, votre dextérité, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines exceptionnelles font de vous une praticienne hors paire.

Votre disponibilité et votre souci du travail bien fait méritent l'admiration.

Veillez accepter, chère maître l'expression de notre profonde gratitude. Que

Dieu vous garde longtemps encore auprès de nous. AMEN !!!

SOMMAIRE

I. Introduction.....	14
Objectifs.....	15
II. Généralités.....	16-59
III. Méthodologie.....	60-66
IV. Résultats.....	68-91
V. Commentaires et Discussion.....	93-100
VI. Conclusion et Recommandations.....	102-103
VIII. Références bibliographiques.....	105-109
VII. Annexes.....	110

LISTES DES ABREVIATIONS

1. **AG** : Anesthésie générale
2. **ATCD** : Antécédent
3. **BPN** : bilan prénatal
4. **BDCF**: Bruit du cœur fœtal
5. **BGR**: Bassin généralement rétréci
6. **DES** : Diplôme d'études spécialisées
7. **CHU** : Centre hospitalier universitaire
8. **CSCOM** : Centre de santé communautaire
9. **CSRéf CII** : Centre de santé de référence de la commune II
10. **CPN** : Consultation prénatale
11. **DLG** : Décubitus latéral gauche.
12. **DFP** : Disproportion fœto-pelvienne
13. **D1, D2** : 1^{er}, 2^{ème} vertèbre dorsal
14. **DDR** : Date des dernières règles
15. **FVV** : Fistule vesico-vaginal
16. **GIE** : Groupement d'intérêt économique
17. **HGT** : Hôpital Gabriel Touré
18. **HTA** : Hypertension artérielle
19. **HU** : Hauteur utérine
20. **HRP** : Hématome rétro placentaire
21. **HPG** : Hôpital du Point « G »
22. **HNPG**: Hôpital National du Point « G »
23. **IIG** : intervalle intergénéral
24. **INPS** : Institut national de prévoyance sociale
25. **IMSO** : Incision médiane sous ombilicale
26. **J1** : Premier jumeau
27. **LCR** : liquide céphalo-rachidien
28. **LRT**: ligature et résection des trompes

- 29. **L1,L2** : 1^{er} ,2^{ème} vertèbre lombaire
- 30. **NB** : Nota benné
- 31. **OMS**: Organisation mondiale de la santé
- 32. **ORL** : Oto-rhino-laryngologie
- 33. **ONG** : Organisation non gouvernementale
- 34. **PF** : Planification familiale
- 35. **PEV** : programme élargi de vaccination
- 36. **PDSC** : Plan de développement socio-sanitaire de la commune
- 37. **RPM** : Rupture prématurée des membranes
- 38. **RCF** : Rythme cardiaque fœtal
- 39. **SP** : sulfadoxine Pyriméthamine
- 40. **S1,S2** : 1^{ère}, 2^{ème} vertèbre sacrée
- 41. **SFA**: Souffrance fœtale aigue
- 42. **SFC**: Souffrance fœtale chronique
- 43. **MOMA** :(morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest)
- 44. **SA**: Semaine d'aménorrhée
- 45. **USA**: United States of America

I INTRODUCTION

I.INTRODUCTION

La société traditionnelle Malienne considère la grossesse et l'accouchement comme « La guerre des femmes » pour souligner le risque mortel que courent la femme et/ou le fœtus pendant la grossesse et l'accouchement.

La césarienne réalise un accouchement artificiel par extraction du fœtus par voie abdominale en générale ou rarement par voie vaginale chaque fois que l'accouchement par les voies naturelles comporte un risque maternel ou fœtal. Elle permet d'améliorer le pronostic maternel et fœtal.[1]

L'émergence des problèmes médico-légaux et surtout le souci constant pour l'obstétricien d'assister la naissance d'un nouveau-né sain avec une mère bien portante ont contribué à l'augmentation de la fréquence de la césarienne. Toutefois ses indications doivent avoir des bases scientifiques solides car la césarienne elle-même n'est pas dénuée de risque même dans les pays développés.

Un fait important est l'existence d'une grande disparité en ce qui concerne l'efficacité de cette intervention à travers le monde. Beaucoup de facteurs (cliniques, socio-économiques) interviennent dans le pronostic final de la césarienne comme le démontrent les travaux de Marchoux [2] et de Traoré A I. [3]

Les taux de césarienne rapportés par la littérature sont : 17- 23 % en France, 15,8% en Grande Bretagne, 35,43% aux Etats-Unis [3]

En Afrique la fréquence est de : 2,3% au Burkina Faso, 3,32% au Sénégal 2,1% au Benin [4] et 2,4% au Mali. [5]

Dans de nombreux pays africains particulièrement au Mali, la faible couverture sanitaire et le faible taux de surveillance prénatale n'améliorent guère le pronostic maternel et fœtal.

Il nous a alors semblé utile dans ce travail d'étudier la césarienne au CSRefCII du district de Bamako avec les objectifs suivants

Objectifs

1. Objectif général

Etudier la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la césarienne au CSRéf CII du district de Bamako.
- Définir les caractéristiques sociodémographique et clinique des patientes ayant bénéficié de césarienne dans le service.
- Identifier les indications de césarienne dans le service.
- Etablir le pronostic materno-fœtal des patientes dans le service.

II GENERALITES

II- GENERALITES

1- DEFINITION

La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus après ouverture de l'utérus, abordée généralement par voie abdominale, exceptionnellement par voie vaginale. Cette définition exclut l'extraction d'un fœtus de la cavité abdominale après rupture de l'utérus ou en cas de grossesse abdominale [6].

2. EPIDEMIOLOGIE

La pensée constante de l'accoucheur de faire naître l'enfant dans le meilleur état possible et sans préjudice maternel, contribue à une hausse de la fréquence de la césarienne tant dans les pays développés que dans les pays en développement.

Le taux de césariennes en France est passé d'environ 10 % en 1981, à 20 % en 2005. Ainsi, le taux de césariennes atteint 29 % aux Etats-Unis, 36 % en Italie, 26 % en Allemagne, 21 % en Angleterre et en Irlande, 20 % au Danemark, etc. [7]

En Iran, le taux de césarienne s'élève à 26.8% pour les primipares et à 25.5% pour les multipares en hôpitaux publics et respectivement 87.4 à 78.5% en hôpitaux privés [8]. Au Bénin la fréquence était de 8,63% en 1989 contre 10,93% en 1999 [9]. Au centre hospitalier universitaire IGNACE DEEN de Conakry, il a été rapporté 3,61% en 1984 ; 4% en 1996 ; 7,23% en 1987 ; 16,87% en 1992 et enfin 17,5% selon une dernière étude en 1998 [10].

Au CHU du POINT « G », les fréquences ont varié de 13,80% en 1988 à 20,88% en 1991 pour atteindre 24,05 % selon une étude réalisée par Tégouété. I [11] en 1996 contre 23,1% par Koné A.I. [12] en 2005.

A la maternité de l'Hôpital Régional de Kayes, une étude réalisée par Cissé B. en 2001 rapporta 7,5 % [9].

Au service de gynéco-obstétrique du CSRéf de la commune V, Cissé B. en 2001 a rapporté 8% de césarienne. [13]

A la maternité de l'Hôpital Régional de Mopti, Guirou B a rapporté 37,8%. [14]

A la maternité de l'Hôpital Régional de Sikasso, Dembélé M en 2005 a rapporté 5,4% [15].

3. HISTORIQUE

3-1 Terminologie

L'origine du mot " césarienne " a été l'objet de controverses. Selon la légende (interprétation d'un texte de Pline l'ancien) (23-75 après J.C), ce mot provient du nom du premier des césars : Julius César, en raison de l'opération à laquelle il aurait dû sa naissance [16]. Cependant, selon Friedrich Osiander, Aurélia, la mère de Julius César a survécu de nombreuses années après son accouchement [17] ; or une telle opération à cette époque, couronnée d'un tel succès est invraisemblable.

L'étymologie même du mot César n'est pas claire :

- Pour certains, il s'agirait d'un mot d'origine punique désignant la grande puissance d'un animal tel que l'éléphant.
- Pour d'autres, le nom de "césar " serait dérivé de l'adjectif " Caesius " qui signifie " gris bleu " et aurait été attribué à l'un des césars en raison de la couleur de ses yeux.
- Enfin, considéré comme dérivant du mot " Kesara " qui signifie longue chevelure, le nom de César aurait ses origines dans la notion très ancienne selon laquelle une chevelure abondante était considérée comme un signe de mérite royal.

L'hypothèse la plus probable, semble être celle de Pundel qui rattache le mot " Césarienne " au verbe caedère" qui signifie couper [6]. Quoi qu'il en soit, le terme de " césarienne " a été utilisé pour la première fois par François Rousset

dans un ouvrage publié à Paris en 1581 et intitulé "Enfantement césarien" se référant lui aussi aux circonstances que la tradition prêtait à la naissance de César.

3-2 Histoire de la césarienne

L'histoire de l'opération césarienne peut être divisée en quatre périodes :

-De l'antiquité au moyen âge : césarienne post mortem

Pompilius, roi légendaire de Rome (715-673 avant J.C.) avait codifié la césarienne post mortem dans la " lex régia " (loi royale), interdisant l'inhumation d'une femme enceinte avant que l'enfant n'ait été extrait.

-Du XVI^{ème} siècle au XIX^{ème} siècle: césarienne sur femmes vivantes

- En 1500 Jacob NUFER, éleveur de porc, Suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme.
- En 1581 : François ROUSSET publia le premier traité de la césarienne en France qu'il a intitulé « Enfantement césarien »
- 1721 : MAURICEAU, comme AMBROISE PARE condamne la césarienne en ces termes « cette pernicieuse pratique empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi fatale de la femme.
- La première suture utérine au fil de soie fut réalisée par LEBAS en 1769
- PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains anciens.

-Du XIX^{ème} siècle au début du XX^{ème} siècle: avènement de l'asepsie chirurgicale

La notion d'asepsie est apparue à la fin du XIX^{ème} siècle et au début du XX^{ème} siècle à partir de l'école de Vienne et de l'école Pasteurienne.

L'infection peut être d'origine :

- exogène d'où l'utilité de l'asepsie opératoire
- ou endogène d'où l'intérêt de la prévention de l'infection ovulaire [18].

-Période moderne.

C'est d'abord l'avènement de l'antibiothérapie, la pénicilline en 1940 puis les autres antibiotiques. Ensuite, les progrès remarquables dans le domaine de l'anesthésie réanimation mais aussi de la transfusion. Puis, la découverte des ocytociques. Enfin, les connaissances sur la vitalité du fœtus in utero se sont beaucoup développées. Tous ces facteurs ont conduit à une augmentation parfois considérable du nombre de césarienne.

4. RAPPEL ANATOMIQUE

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

- L'utérus gravide
- La filière pelvi-génitale

4.1 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.

L'utérus gravide à terme est un muscle creux de forme ovoïde faisant environ 30 à 32cm de long sur 20 à 25cm de large. On lui décrit 3 parties :

- ☐ Le corps.
- ☐ Le col, il subit des modifications liées à l'imbibition gravidique ; le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse.
- ☐ Le segment inférieur, situé entre le col et le corps et formé de la séreuse péritonéale, de la musculuse utérine et de la muqueuse caduque de l'utérus.

C'est au niveau du segment inférieur que doit se faire l'incision antérieure de l'utérus lors de la césarienne (figure I).

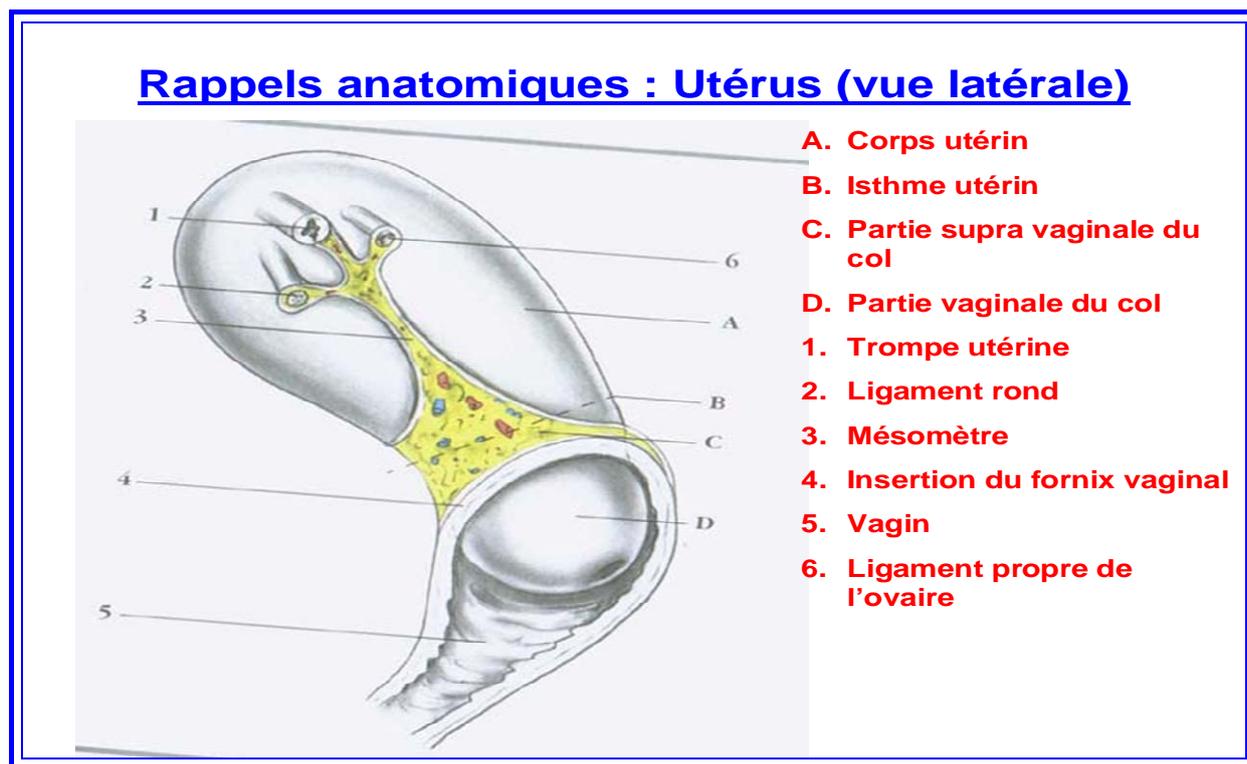


Figure I: (Tirée de KAMINA P. [19])

4.1.1 Le corps utérin

Organe de la gestation, le corps utérin présente des modifications importantes. Sa richesse musculaire fait de lui l'organe moteur dont la force intervient pour faire progresser le mobile fœtal au cours de l'accouchement.

Situation du fundus utérin

- En début de grossesse, il est pelvien
- A la fin du 2ème mois, il déborde le bord supérieur du pubis
- A la fin du 3ème mois, il est à environ 8cm, soit 3 travers de doigt au-dessus du pubis, il devient nettement palpable.
- A partir de ce stade, il s'éloigne chaque mois du pubis d'environ 4cm :
 - à 4 mois ½, il répond à l'ombilic
 - et à terme, il est à 32cm du pubis.

Les dimensions sont en moyenne

- Pour la longueur :
 - à la fin du 3ème mois : de 10 à 13cm
 - à la fin du 6ème mois : de 17 à 18cm
 - et à terme : de 31cm
- Pour la largeur :
 - à la fin du 3ème mois : de 8 à 10cm
 - à la fin du 6ème mois : de 18cm
 - et à terme : de 23cm

Forme

- Au cours du 1er mois, l'utérus peut avoir un développement asymétrique.
- Mais au 2ème mois, il est sphérique, semblable à une " orange ".
- Au 3ème mois, à un " pamplemousse ".
- Après le 5ème mois, il devient cylindrique, puis ovoïde à grosse extrémité supérieure.

En fait, la forme n'est pas toujours régulière surtout en fin de grossesse, où elle dépend de la présentation et de la parité qui diminue la tonicité de la paroi utérine. Il est asymétrique ou étalé transversalement dans certaines malformations (utérus cordiforme).

Direction

- Au début de la grossesse, l'utérus habituellement antéversé, peut tomber en rétroversion.
- Mais quelle que soit sa direction, il se redresse spontanément dans le courant du 2ème ou 3ème mois.
- A terme :

- Sa direction sagittale dépend de l'état de tonicité de la paroi abdominale.
- Dans le plan frontal, l'utérus, légèrement incliné vers la droite,

présente un mouvement de torsion vers la droite. Cette dextrorotation varie en fonction du degré d'engagement de la présentation et de tonicité de la paroi. Son importance peut entraîner une dysaxie.

Épaisseur de la paroi

- Au début de la grossesse, la paroi utérine s'hypertrophie et son épaisseur vers le 4ème mois est de 3cm.
- Puis, elle s'amincit progressivement en raison de l'arrêt de l'augmentation de la masse musculaire, alors que la cavité utérine s'accroît.
- Au voisinage du terme, son épaisseur est d'environ 10 mm sur les faces latérales et de 4 mm au niveau du fundus.

Consistance

Elle est élastique et souple. Parfois, sa mollesse rend difficile la délimitation du fundus par le palper. Au cours du palper, il arrive qu'elle devienne dure sous l'influence d'une contraction.

Poids

L'utérus pèse environ :

- à 2 mois ½ : 200g
- à 5 mois : 700g
- à 7 mois ½ : 950g
- et à terme 800 à 1200g.

Capacité

A terme, elle est de 4 à 5l.

4.1.2 Le segment inférieur

Le segment inférieur est la partie basse, amincie, de l'utérus gravide à terme, situé entre le corps et le col utérin. C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse ; il disparaît après elle. Sa minceur, sa faible vascularisation en font une région de choix pour l'hystérotomie lors des césariennes, mais aussi pour les ruptures utérines. Par ailleurs, il correspond à la zone d'insertion du placenta prævia.

Forme

C'est une calotte sphérique dont la convexité donne insertion au col. La paroi antérieure est plus longue et plus bombée.

Limites

- La limite inférieure : correspond, avant le travail, à l'orifice interne du col
- La limite supérieure : moins nette, correspond au changement d'épaisseur de la paroi utérine et siège à environ 2cm au-dessous de la zone d'adhérence intime du péritoine. Elle est parfois marquée par l'existence d'une grosse veine transversale, la veine coronaire de l'utérus.

Dimensions

A terme, le segment inférieur mesure environ :

7 à 10 cm de hauteur

9 à 12cm de largeur

3cm d'épaisseur.

Les dimensions varient selon la présentation et le degré d'engagement. Sa minceur permet parfois de sentir le fœtus.

Formation

Le segment inférieur se constitue aux dépens de l'isthme utérin et de la partie supra vaginale du col, comme le confirme la présence, au niveau du col, de cicatrices de césariennes segmentaires. Son début est variable et sa formation est

progressive. Il acquiert une définition nette vers le 6e mois chez la primipare. Chez la multipare, son développement est plus tardif.

4.1.3 Le col utérin

Organe de la parturition, le col utérin se modifie essentiellement pendant le travail.

Situation – Direction

A partir du 3ème mois, le col se porte progressivement en haut et en arrière. Il est parfois difficilement accessible au toucher vaginal.

Aspect – Dimensions

Pendant la grossesse, ses dimensions sont stables. Il est rose violacé.

Pendant le travail, sous l'effet des contractions utérines, il va successivement s'effacer puis se dilater :

Par le phénomène d'effacement, l'orifice interne perd sa tonicité et le canal cervical s'évasant progressivement, s'incorpore à la cavité utérine.

La dilatation se caractérise par l'ouverture de l'orifice externe " comme le diaphragme d'un appareil photographique ".

Si la succession des deux phénomènes est de règle chez la primipare, il n'en est pas de même chez la multipare, dont l'effacement et la dilatation du col évoluent souvent de pair.

Consistance

Le col se ramollit au bout de quelques semaines de grossesse. Il devient mou comme la lèvre (Tarnier). Au cours des dernières semaines de grossesse le col devient très mou sur toute sa hauteur : on dit qu'il " mûrit

Etat des orifices du col utérin

L'orifice externe :

Chez la primipare, reste, en général, fermé jusqu'au début du travail.

Chez la multipare, au contraire, il reste souvent perméable : c'est le col déhiscent de la multipare.

L'orifice interne : reste fermé jusqu'au début du travail

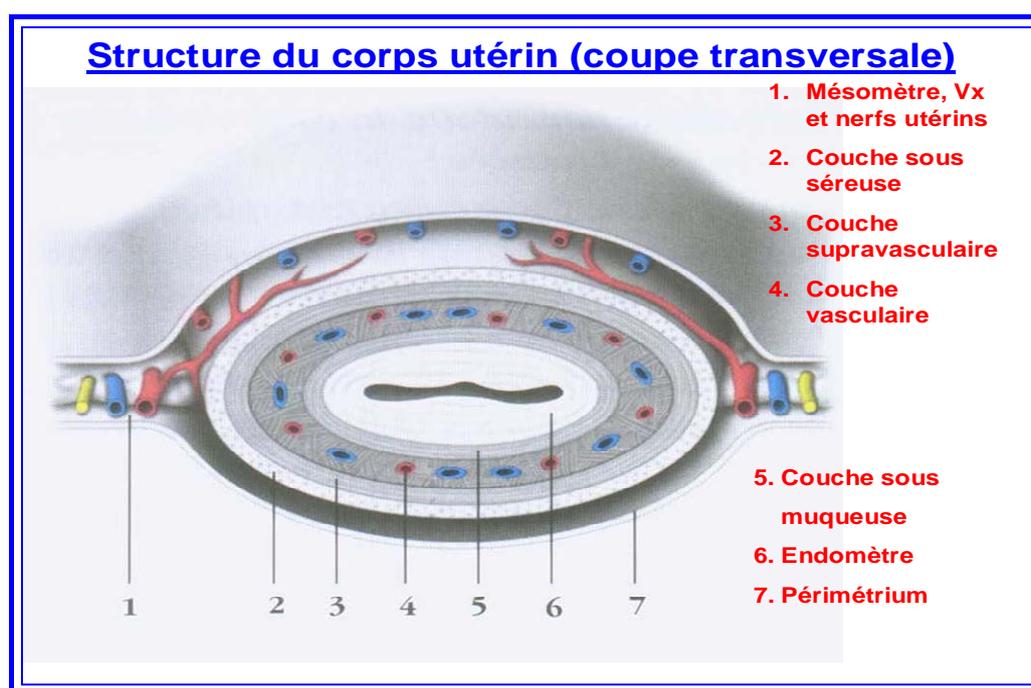


FIGURE II: (Tirée de KAMINA P. [19])

4- 2- Rapports anatomiques de l'utérus gravide

4-2-1. Les rapports anatomiques du corps utérin

L'utérus à terme est en rapport avec :

En avant

La paroi abdominale antérieure : qui s'amincit et la ligne blanche s'élargit particulièrement dans la région ombilicale. La minceur de cette région doit inciter le chirurgien à la prudence lorsqu'il incise la paroi abdominale.

Parfois, le grand omentum, plus rarement, des anses grêles s'interposent (Figure III).

En arrière

La colonne rachidienne flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte abdominale. Le contact de l'utérus avec le rachis se fait jusqu'à la hauteur de la 3^{ème} vertèbre lombaire et répond à la partie inférieure du duodéno-pancréas et à quelques anses intestinales.

En haut

Le grand omentum et le colon transverse qu'il refoule plus ou moins :

En arrière : l'estomac ;

A droite : le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire ;

plus bas, sur les bords latéraux se trouvent reportés les trompes utérines, les ligaments ronds et propres de l'ovaire.

A droite

Le colon ascendant, le cæcum et l'appendice vermiforme. Lorsque le cæcum est libre, il ascensionne avec l'appendice au-dessus de la crête iliaque. Dans 88 % des cas, l'appendice est au-dessus de la crête iliaque après 7 mois de grossesse.

Les annexes droites, placées dans un plan postérieur, sont cachées par l'utérus.

A gauche

Les anses grêles et le colon sigmoïde qui recouvrent l'annexe gauche. Il n'est pas rare, en fin de grossesse, que les anses grêles et le colon sigmoïde tendent à déborder en avant.

Le ligament rond gauche est visible dans la totalité de son trajet (Figure III).

4-2-2 Les rapports anatomiques du segment inférieur

La face antérieure

La vessie est le rapport essentiel (figure IV). Elle ascensionne généralement en fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et devient supra pubienne. Suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur. Les adhérences vésicales après césarienne favorisent l'ascension plus ou moins haute de la vessie. D'où la prudence à l'incision de la paroi abdominale, lorsque la présentation est fixée au détroit supérieur et lorsqu'il s'agit d'un utérus cicatriciel.

La partie supérieure de la face antérieure du segment inférieur est recouverte par le péritoine vésical peu adhérent (en raison de l'imbibition gravidique du tissu cellulaire sous péritonéal). Elle répond à la vessie dont elle est séparée par le cul de sac vésico-utérin (et sa profondeur dépend de la situation abdominale ou pelvienne de la vessie).

La partie inférieure de la face antérieure du segment inférieur répond au septum vésico-utérin (qui la sépare de la base vésicale). Ce septum constitue un plan de clivage exsangué.

La face postérieure

Recouverte du péritoine, elle répond, par l'intermédiaire du cul de sac recto-utérin devenu plus profond, au rectum.

Les faces latérales

Elles sont en rapport avec les paramètres contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien (Figure V). L'uretère est appliqué sur les faces latérales du segment inférieur immédiatement au-dessus du fornix vaginal. La direction des uretères est déterminée à terme par une ligne allant de la bifurcation iliaque à l'épine du pubis. Par ailleurs, du fait de la dextrorotation de l'utérus, l'uretère gauche chemine pendant un court trajet sur la face antéro-latérale gauche du segment inférieur. C'est à ce niveau qu'il a pu parfois être blessé au cours de césariennes segmentaires transversales. En fait, le décollement segmento-vésical et le refoulement de

la vessie entraînent en bas l'uretère qui se trouve ainsi éloigné de l'incision segmentaire.

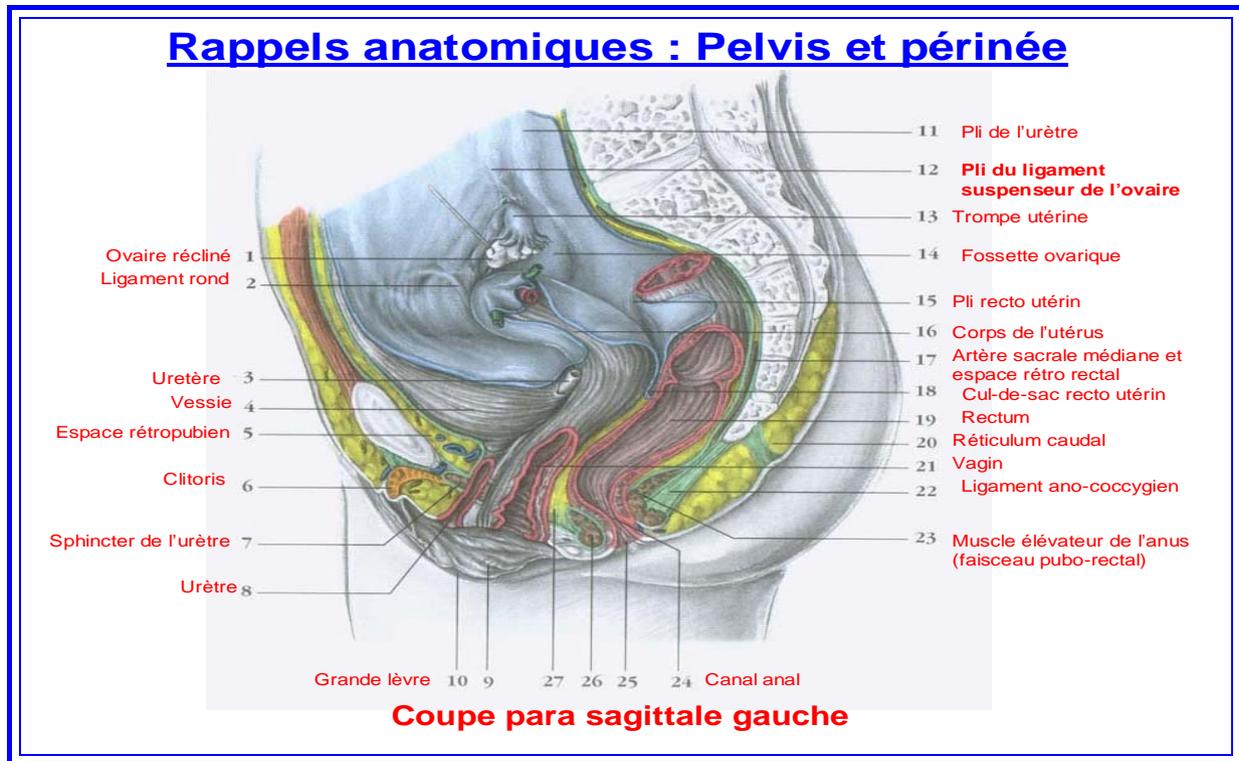


Figure III: (Tirée de KAMINA P. ([19]))

4-3- Vascularisation de l'utérus gravide

4-3-1. Les artères

a. L'artère utérine

- ❖ Au niveau de l'utérus gravide, l'artère utérine s'étire, déroule ses spires et augmente sa longueur qui triple ou même quadruple, alors que son calibre augmente très peu et ne double jamais. Elle est représentée sur la figure VI. Du point de vue histologique, les modifications essentielles consistent dans l'accroissement considérable de la tunique (Rouvière).
- ❖ Les branches externes : conservent leur disposition hélicine même dans l'utérus à terme. Elles forment de nombreuses anastomoses surtout en regard de l'aire placentaire (Figure IV).

b. L'artère ovarienne

L'augmentation de calibre de l'artère ovarienne croît de son origine à sa terminaison pour atteindre dans la région infra-annexielle un calibre égal à celui de l'artère utérine et s'anastomoser à plein canal. Elle double et même triple de diamètre pendant la grossesse.

c. L'artère funiculaire

Elle est, pour l'utérus gravide, d'une importance fonctionnelle négligeable.

4-3-2. Les veines utérines

Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que celle des artères. Il n'y a pas, dans le corps utérin gravide, de zone de vascularisation veineuse minima. Dans la paroi du segment inférieur et dans celle du col, cheminent de nombreuses veines de calibre inférieur à celles du corps (Figure IV).

4-3-3- Les lymphatiques

Ils s'hypertrophient également au cours de la grossesse.



Figure IV:(Tirée de KAMINA P. [19])

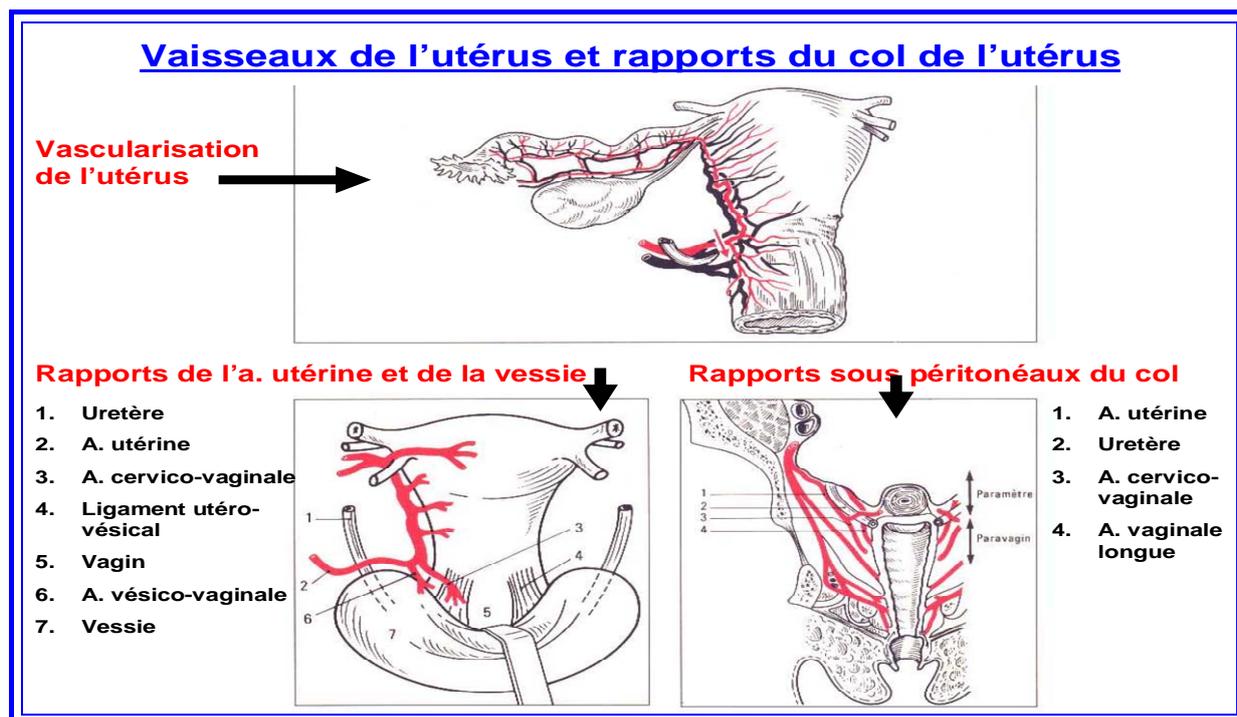


Figure V: (Tirée de KAMINA P. [19])

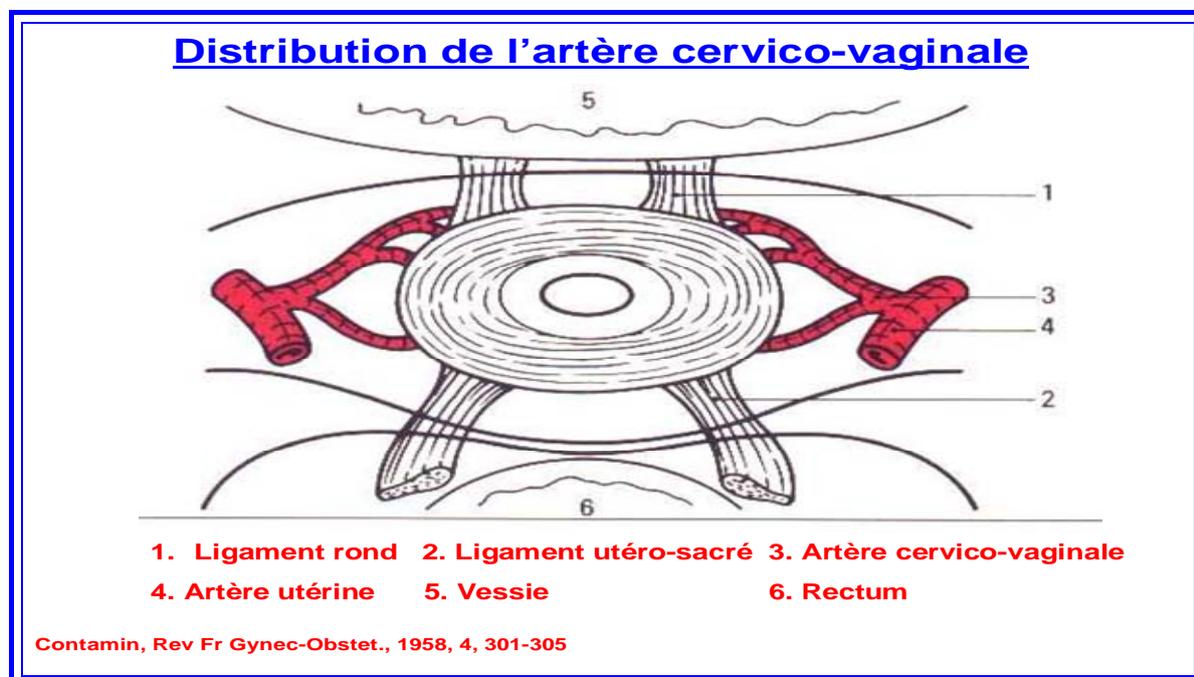


Figure VI: (Tirée de KAMINA P. [19])

5. INDICATIONS

➔ **Classification des indications selon l'entrée en travail [20]**

Il faut distinguer :

* les indications portées en consultation prénatale avant toute entrée en travail,

* les indications portées en salle de naissance devant :

- ☐ Un tableau d'urgence ;
- ☐ Un problème pathologique actuel ;
- ☐ Une évolution anormale du travail ;

Il faut savoir que dans 50 à 70% des cas la césarienne est décidée du fait d'indications multiples ou associées.

a-Césarienne programmée ou prophylactique:

L'indication est portée en consultation au cours des visites prénatales qu'il s'agisse :

- ☐ D'un bassin chirurgical ;
- ☐ D'un obstacle prævia connu (placenta recouvrant, fibrome, kyste ovarien, rein pelvien, tumeur sacrée ou hémi utérus prævia) ;
- ☐ D'une anomalie ou lésion de l'appareil génital : cicatrice utérine de mauvaise qualité, cancer du col, anomalie du vagin (diaphragme) d'une anomalie du périnée (fistule, déchirure compliquée ou prolapsus réparé) ;
- ☐ D'une cause maternelle : hypertension artérielle, cardiopathie, accident vasculaire cérébral, insuffisance respiratoire ;
- ☐ D'une cause annexielle: le placenta prævia ;
 - ☐ D'une cause fœtale: souffrance fœtale chronique dans le cadre d'une hypertension artérielle, d'une allo-immunisation, d'un diabète, d'une grossesse multiple, d'une présentation dystocique (siège, transverse), d'une malformation

foetale viable. Avant de décider de l'intervention, il convient dans ce cas de s'assurer de l'absence de malformations fœtales non viables par l'échographie, voire le caryotype obtenu par ponction du sang du cordon.

L'intervention programmée est faite dans le courant de la 39^{ème} semaine lorsque la maturité pulmonaire fœtale est assurée et en évitant de faire la césarienne dans un contexte d'urgence chez une femme en début de travail, dont on sait qu'elle ne peut pas accoucher par voie basse.

La césarienne est dite : « systématique » s'il s'agit d'une première intervention et « itérative » chez une femme déjà césarisée.

b-Indications de césarienne portée en salle de naissance ou césarienne d'urgence

Elles sont au nombre de trois :

☐ **Maternelle:** la pré rupture est reconnue devant l'hypertonie avec mauvais relâchement entre les contractions, apparition de douleur segmentaire et/ou de saignements survenant dans un contexte évocateur (utérus cicatriciel, stagnation du travail). Ces signes doivent inciter à césariser avant l'apparition de l'anneau de rétraction de Bandl Formel (utérus en sablier) et la rupture vraie qui nécessite bien sur une intervention d'extrême urgence.

☐ **Annexielle:** l'hémorragie est due à un placenta prævia recouvrant ou persistant après amniotomie, un hématome retroplacentaire avec enfant vivant, la rupture d'un vaisseau prævia (syndrome de Benkiser).

La procidence du cordon reste une indication indiscutable de césarienne d'extrême urgence sauf si l'enfant est mort ou la tête est engagée à la partie basse (il est plus rapide de faire un forceps) ou si c'est une présentation du siège à dilatation complète sans anomalie du rythme cardiaque foetal.

La responsabilité de la souffrance foetale aiguë avant l'entrée ou en tout début de travail dans le taux de césarienne a augmenté avec l'avènement de la cardio-

tocographie. Actuellement, elle représente moins de 10% des indications de césarienne du fait d'une meilleure connaissance de l'interprétation des tracés et de l'étude du PH.

La mort fœtale n'est pas une indication de césarienne, l'accouchement doit se faire par voie basse après maturation cervicale par les prostaglandines.

▣ **Un problème pathologique découvert à l'entrée en salle de travail**

Cet examen à l'entrée en salle de naissance est essentiel, car un problème a pu échapper à la consultation ou bien il a pu apparaître depuis la dernière visite.

◆ **Une pathologie maternelle**

Il peut s'agir d'une hypertension, d'une cardiopathie, d'un diabète mal contrôlé par le traitement médical, d'une anémie ou encore d'un ictère.

Les vulvo-vaginites herpétiques imposent la césarienne si l'irruption a eu lieu dans le dernier mois de la grossesse, si le prélèvement est positif à cette date, si les membranes sont intactes ou la rupture inférieure à 4 heures.

◆ **Une cause fœtale**

- **Présentation dystocique**

* **Le siège** est une présentation potentiellement dystocique surtout dans sa variété du siège complet.

Les indications de la césarienne prophylactique en présentation du siège sont : - une anomalie du volume fœtal :

✚ poids \geq 4 000g,

✚ Le bi pariétal \geq 100 mm ;

-une anomalie même modérée du bassin ;

-une déflexion primitive de la tête, dans ce type de présentation on tiendra compte des facteurs associés : âge maternel, prématurité, hypotrophie, pathologie maternelle.

- * **La présentation transversale ou de l'épaule** impose la césarienne.
- * **La présentation du front** est aussi une indication formelle de la césarienne.
- * **La présentation de la face** impose la césarienne si la rotation du menton se fait vers l'arrière.

-Une pathologie fœtale:

Une souffrance fœtale chronique, une dysgravidie, une allo immunisation ou un diabète doivent faire poser l'indication de césarienne. Il en est de même chaque fois que le retentissement sur le fœtus rend la voie basse périlleuse.

Toute présentation dystocique ou anomalie de travail présentant un risque pour le fœtus, impose la césarienne. Cependant :

- ° Entre 26 et 28 semaines, elle ne doit être faite que pour une indication d'ordre maternel. La voie basse est préférable à ce terme, surtout si le poids du fœtus est estimé à 800g ou moins. Ses chances de survie sont minimales ;
- ° Entre 28 et 32 semaines, l'indication systématique de la césarienne est discutable, y compris pour les sièges, à condition d'une appréciation raisonnable des données obstétricales et d'un monitoring rigoureux.
- ° Après 32 semaines il faut accepter la voie basse quelque soit la présentation si les conditions sont bonnes.

-Grossesses multiples:

La césarienne est indiquée dans les grossesses multiples de trois fœtus et plus et dans les jumeaux si le premier jumeau est en siège ou s'il existe une cause de dystocie surajoutée.

- **La dystocie mécanique:** reste l'indication de 40% des césariennes.
- **L'échec de l'épreuve de travail:** qui est une tentative d'accouchement par voie basse sur un bassin limite.
- **Parfois la disproportion fœto-maternelle:** est le fait d'un excès de volume fœtal chez une patiente ayant un bassin anormal.

- **La dystocie dynamique:** est la cause de 6 à 18% des césariennes.

La fréquence de cette indication tend à baisser du fait de l'utilisation judicieuse des ocytociques et de la péridurale. Si les contractions utérines sont de bonne qualité, bien évaluées (tocographie interne) et l'analgésie correcte, il faut poser la question d'une disproportion fœto-pelvienne mal évaluée.

- **La souffrance fœtale aiguë:** en cours du travail est appréciée par la clinique (liquide teinté, ralentissement des bruits du cœur), surveillance électronique du travail, la pH-métrie. Elle est bien sûre une indication de la césarienne, en dehors d'une possibilité immédiate d'extraction par voie basse.

NB : Il ya d'autre classification de césarienne telle que la classification analytique, schéma proposé par SOERGEL et repris par SCHOLTS [1]

6. L'ANESTHESIE EN VUE D'UNE CESARIENNE

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

- une anesthésie générale ou
- une anesthésie locorégionale

6-1. L'anesthésie générale

➤ Les indications

Ce sont :

- les césariennes en urgence
- les hypovolémies
- les troubles de la coagulation.

Elle peut compléter une anesthésie loco-régionale incomplète ou inefficace.

➤ Avantages

- Induction rapide,
- Contrôle plus facile des problèmes hémodynamiques,
- Fiabilité.

➤ **Incidents et accidents [21]**

- Inhalation de liquide gastrique qui peut être gravissime et mortelle. C'est la première cause de mortalité en anesthésie obstétricale. Ce risque est toujours présent en raison de la grande fréquence du relâchement du sphincter œsophagien.
- Les effets circulatoires de l'anesthésie générale sont moins importants que ceux observés sous anesthésie rachidienne.
- Le passage placentaire des drogues anesthésiques peut entraîner des dépressions respiratoires chez l'enfant surtout si le temps d'extraction est prolongé.

6-2. L'anesthésie loco-régionale

Son intérêt est de paralyser les troncs sympathiques et parasympathiques de la région génitale mais aussi les nerfs de la peau et des muscles du périnée tout en gardant la femme consciente.

a. L'anesthésie péridurale

 **Indications :**

Elle est indiquée surtout aux césariennes programmées.

 **Contres indications :**

- ✓ Refus de la patiente.
- ✓ Troubles de la coagulation.
- ✓ Infection cutanée.
- ✓ Etat fébrile.
- ✓ Maladie neurologique évolutive.
- ✓ Anomalie de la colonne vertébrale.

 **Avantages :**

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

 **Incidents et accidents [21]**

- ❖ L'hypotension artérielle : elle est progressive, par blocage sympathique, aggravée par la compression aorto-cave.
- ❖ Les convulsions et les dépressions cardio-vasculaires : elles surviennent lors des injections massives accidentelles d'anesthésiques locaux.
- ❖ Une rachianesthésie : elle peut survenir lors d'une ponction intra-durale méconnue et provoquer un collapsus cardio-vasculaire, une apnée et une perte de connaissance.

b. La rachianesthésie [23,22]

✚ Les indications :

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

✚ Les contres indications :

Elles sont les mêmes que pour l'anesthésie péridurale.

✚ Incidents et accidents :

- L'hypotension artérielle : contrairement à celle de l'anesthésie péridurale, elle est brutale et profonde.
- L'extension en hauteur de la rachianesthésie: favorisée par la position de Trendelenburg, elle peut ainsi entraîner une dépression respiratoire.
- Les céphalées : elles sont gênantes et parfois invalidantes.

7. TECHNIQUES CHIRURGICALES DE L'INTERVENTION CESARIENNE

La césarienne est une intervention apparemment facile, ce qui conduit assez souvent à l'abus, trop de personnes s'y adonnent : les uns insuffisamment formés en chirurgie, les autres encore moins en obstétrique, alors que dans le contexte même de l'obstétrique moderne, effectuer une césarienne requiert une bonne connaissance de l'obstétrique et de la chirurgie, sécurisées par une anesthésie et une réanimation efficace avec un plateau de néonatalogie de pointe.

Vu la diversité des techniques depuis les débuts de l'intervention jusqu'à nos jours, ne seront décrites ici que la césarienne segmentaire classique et la césarienne selon MISGAV LADACH. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général.

7-1. la césarienne segmentaire [classique][20]

- **Premier temps** : mise en place des champs ; cœliotomie sous ombilicale médiane ou transverse (Pfannenstiel). L'incision de Pfannenstiel offre le double avantage d'être esthétique et d'une grande solidité de la cicatrice rendant la survenue d'éventration exceptionnelle [24]. (Figure XIV).
- **Deuxième temps** : protection de la grande cavité par des champs abdominaux, mise en place des valves.
- **Troisième temps** : incision transversale aux ciseaux du péritoine presegmentaire dont le décollement est facile.
- **Quatrième temps** : incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ; l'une ou l'autre ayant leurs adeptes bien que la première semble être usitée selon la littérature.
- **Cinquième temps** : extraction du fœtus. C'est la phase la plus redoutée des jeunes opérateurs. Des manœuvres inadaptées peuvent entraîner une extension de l'hystérotomie transversale vers les pédicules utérins. Dans la présentation céphalique plusieurs techniques sont décrites. Dans les autres présentations la plupart des auteurs conseillent d'abord de chercher un ou les pieds (grande extraction).
- **Sixième temps** : c'est la délivrance par expression du fond utérin, ou délivrance manuelle par l'orifice de l'hystérotomie. La délivrance est suivie d'une révision utérine systématique, on assiste alors à la constitution spontanée du globe utérin avant la réparation de la brèche utérine.

- **Septième temps** :suture du segment inférieur en un plan avec des points séparés croisés en x sur les extrémités et les points séparés extra muqueux sur les berges.
- **Huitième temps** :suture du péritoine vésico-utérin par un simple surjet non serré.
- **Neuvième temps** :on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.
- **Dixième temps** : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

***Avantages de la césarienne segmentaire :**

- Incision autonome du péritoine viscéral possible permettant une bonne protection de la suture.
- Incision de la partie non contractile de l'utérus donc moins de risque de rupture.
- La cicatrice est d'excellente qualité.

7-2 La césarienne segmentaire selon la technique de MISGAV LADACH

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

- Ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 4 cm au dessus de la symphyse pubienne
- Ouverture transversale du péritoine pariétal.

- Pas de champs abdominaux.
- Hystérotomie segmentaire transverse.
- Extraction fœtale et délivrance extemporanée suivie d'une révision utérine
- Hystérorraphie en un plan par un surjet continu.
- Pas de péritonisation.
- Suture de l'aponévrose par un surjet continu.
- Rapprochement cutané par quelques points de BLAIR-DONATI très espacés.

Avantage de la technique de MISGAV LADACH:

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

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

La césarienne selon Misgav Ladach est la plus pratiquée dans notre service.

Technique classique de la césarienne

① Voies d'abord

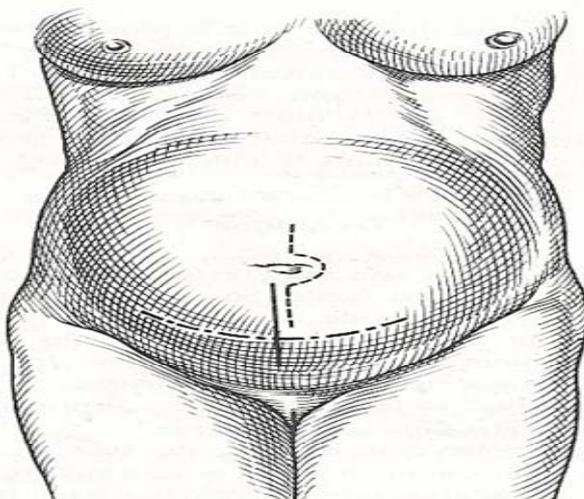


Figure XIII : (Tirée de KAMINA P. [19])

Technique classique de la césarienne

① Voies d'abord : Incision de Pfannenstiel

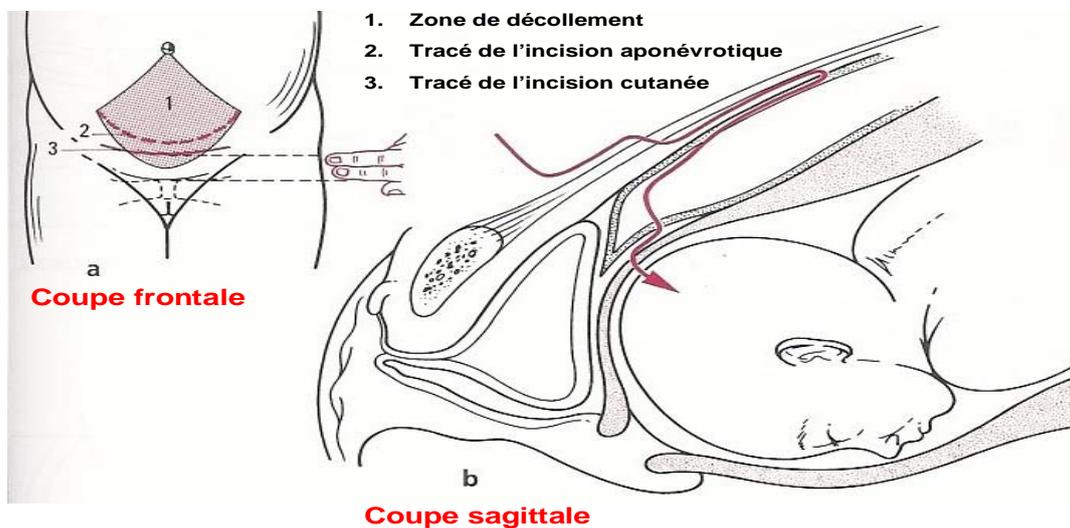


Figure XIV: (Tirée de KAMINA P. [19])

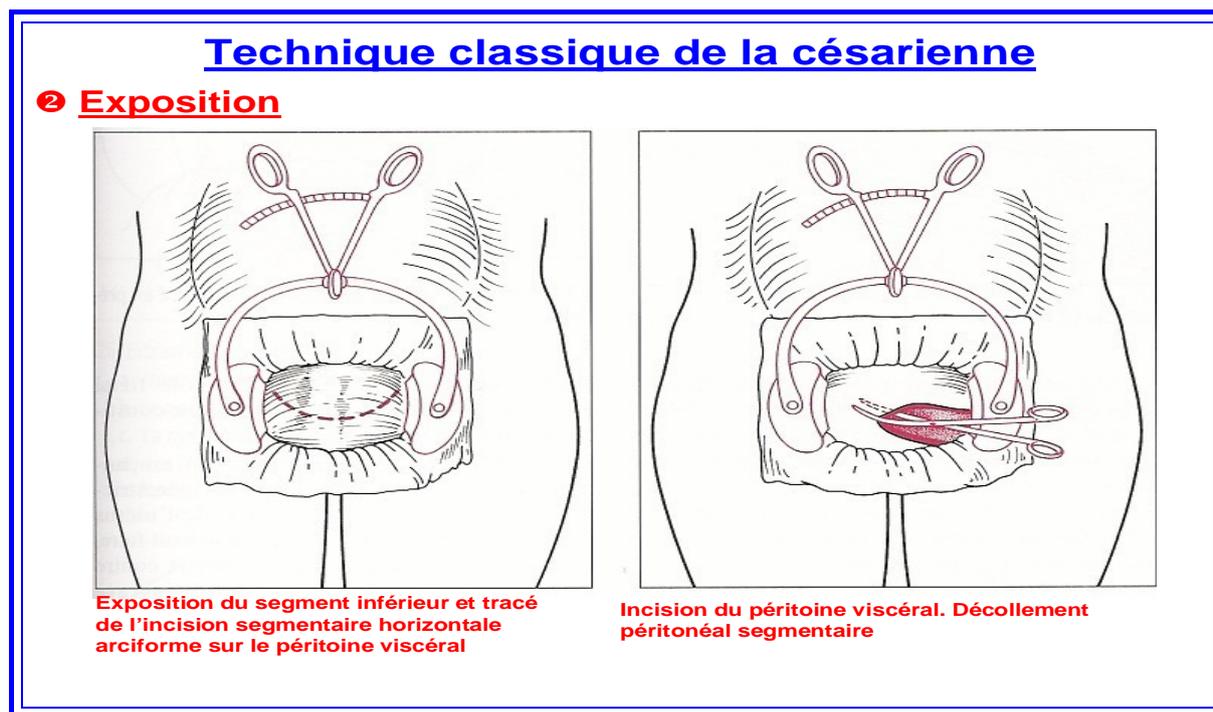


Figure XV: (Tirée de KAMINA P. [19])

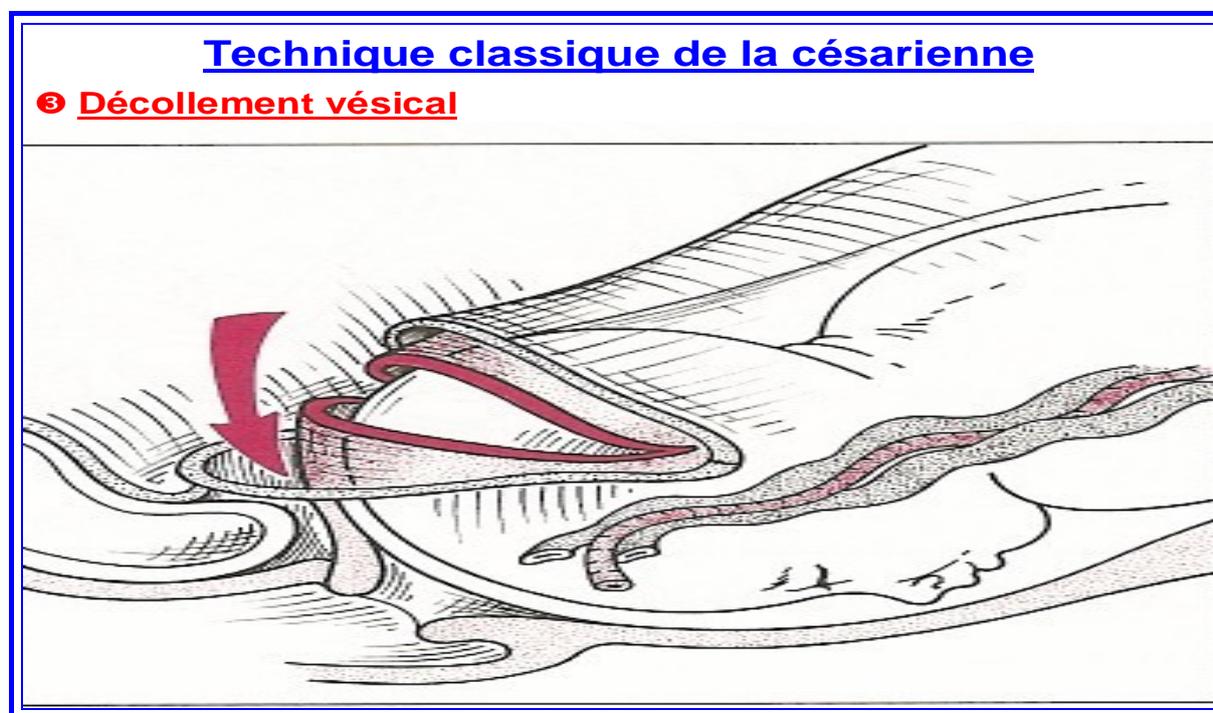


Figure XVI: (Tirée de KAMINA P. [19])

Technique classique de la césarienne

③ Décollement vésical

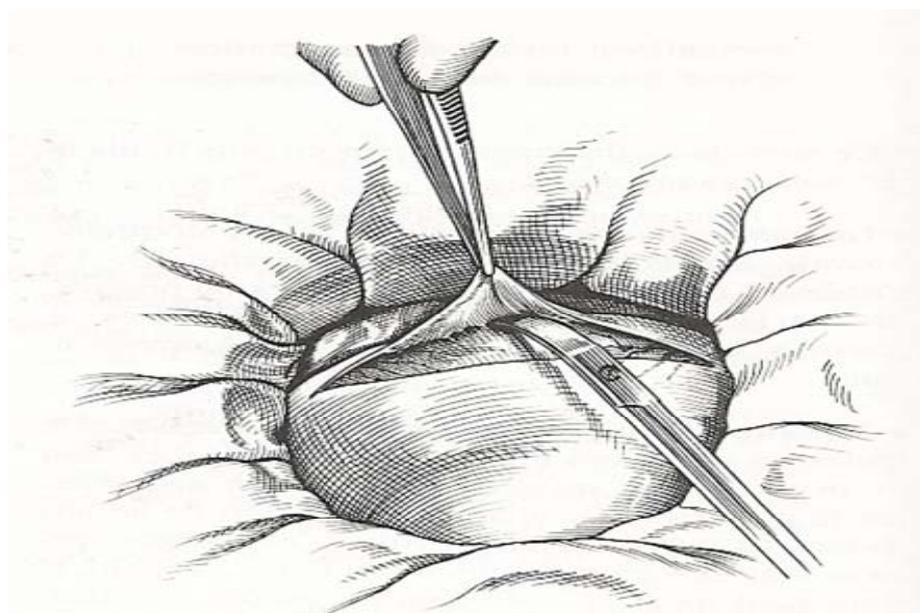


Figure XVII:(Tirée de KAMINA P. [19])

Technique classique de la césarienne

④ Incision du segment inférieur

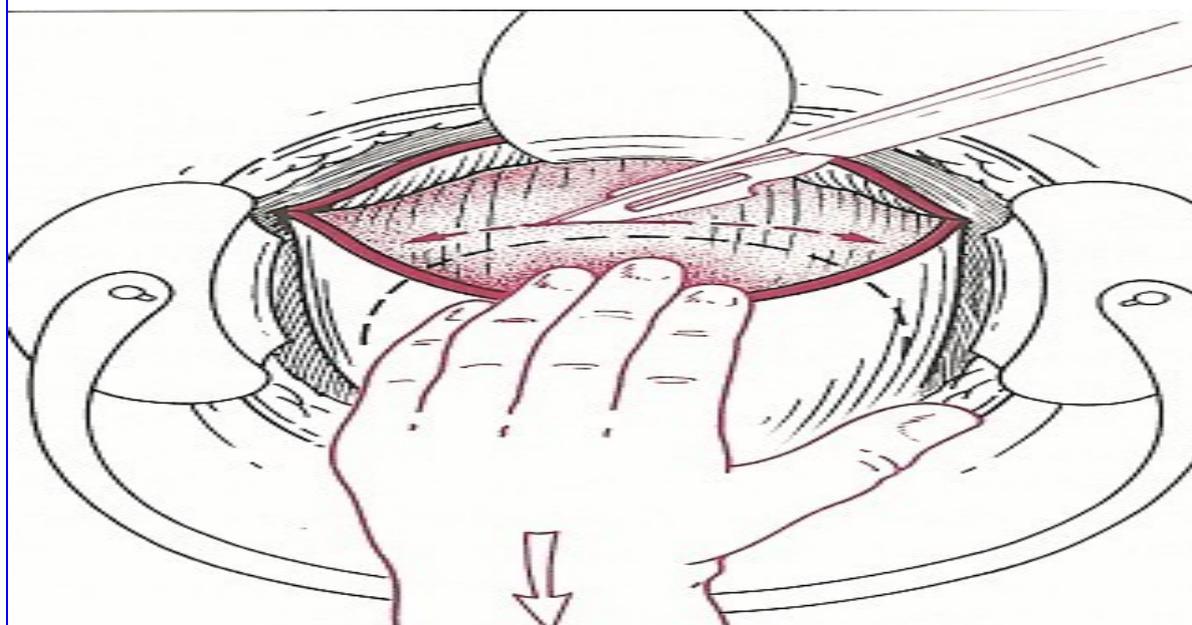


Figure XVIII:(Tirée de KAMINA P. [19])

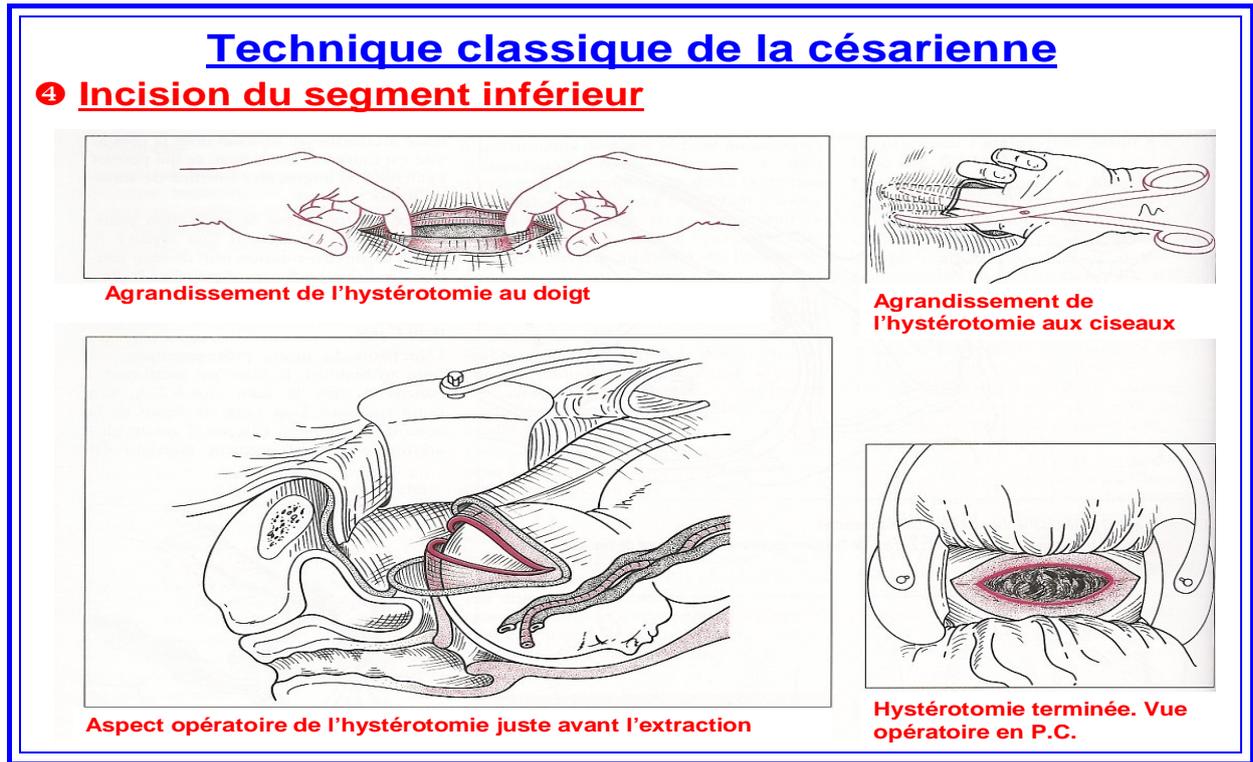


Figure XIX : (Tirée de KAMINA P. [19])

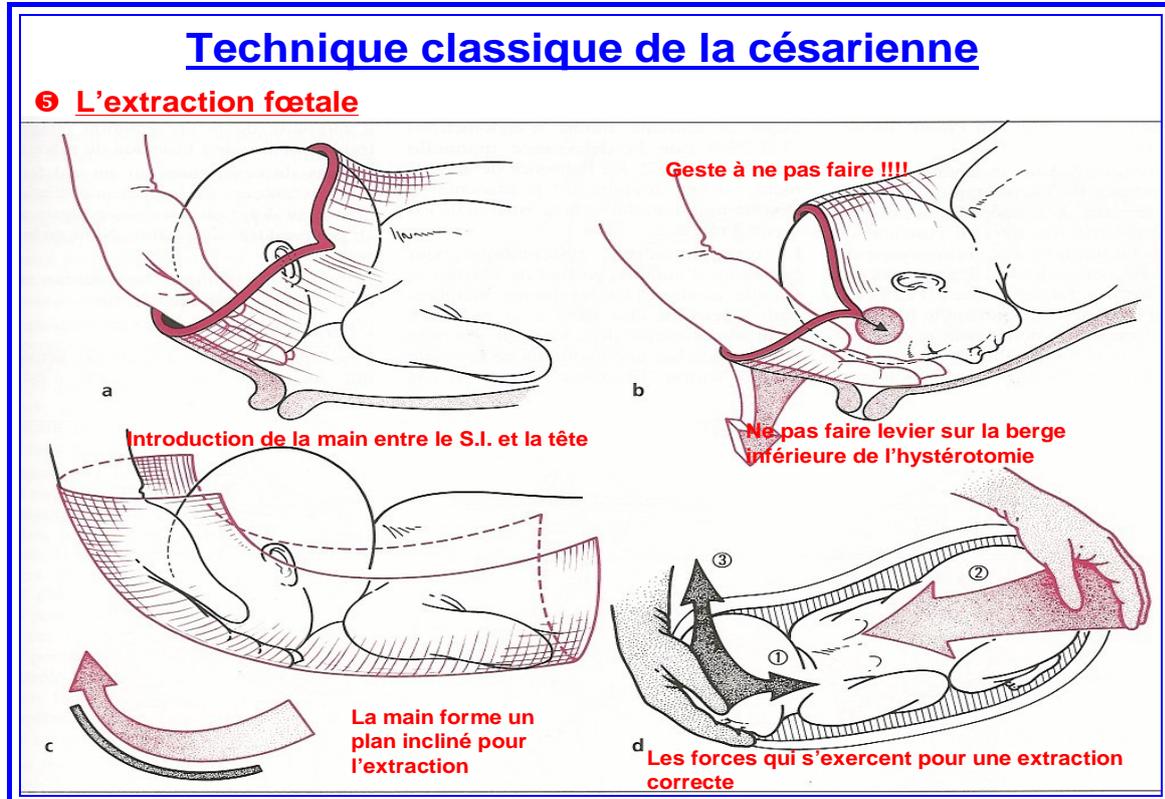


Figure XX : (Tirée de KAMINA P. [19])

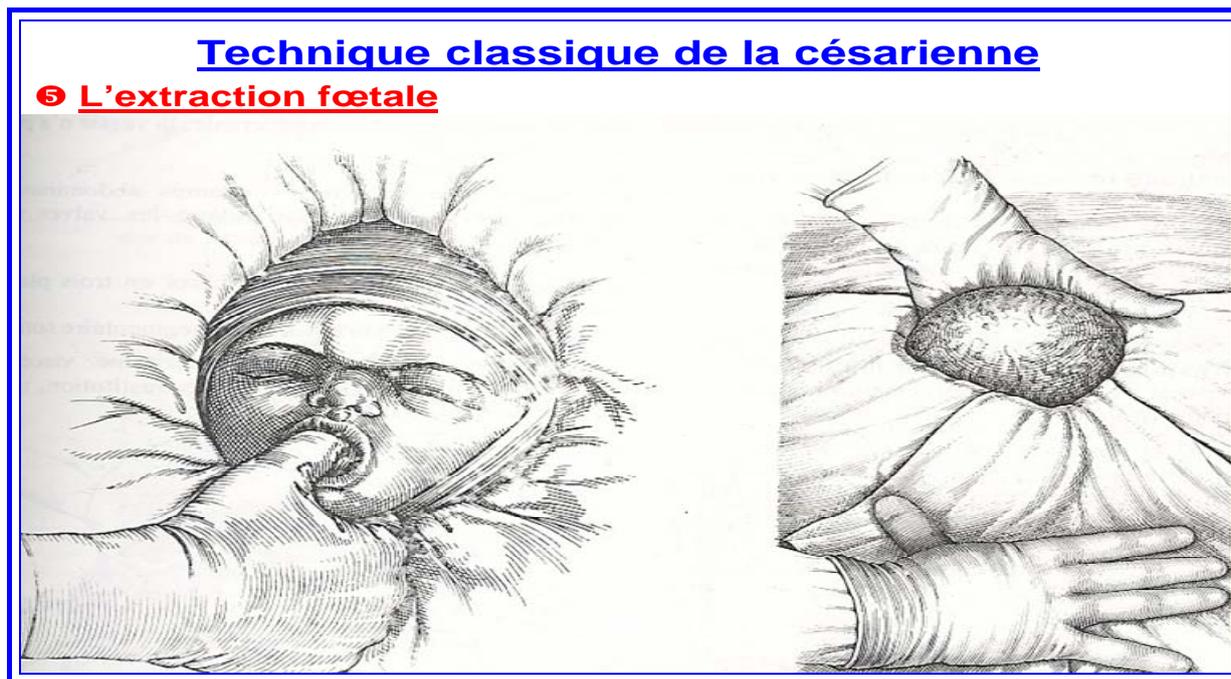


Figure XXI:(Tirée de KAMINA P. [19])

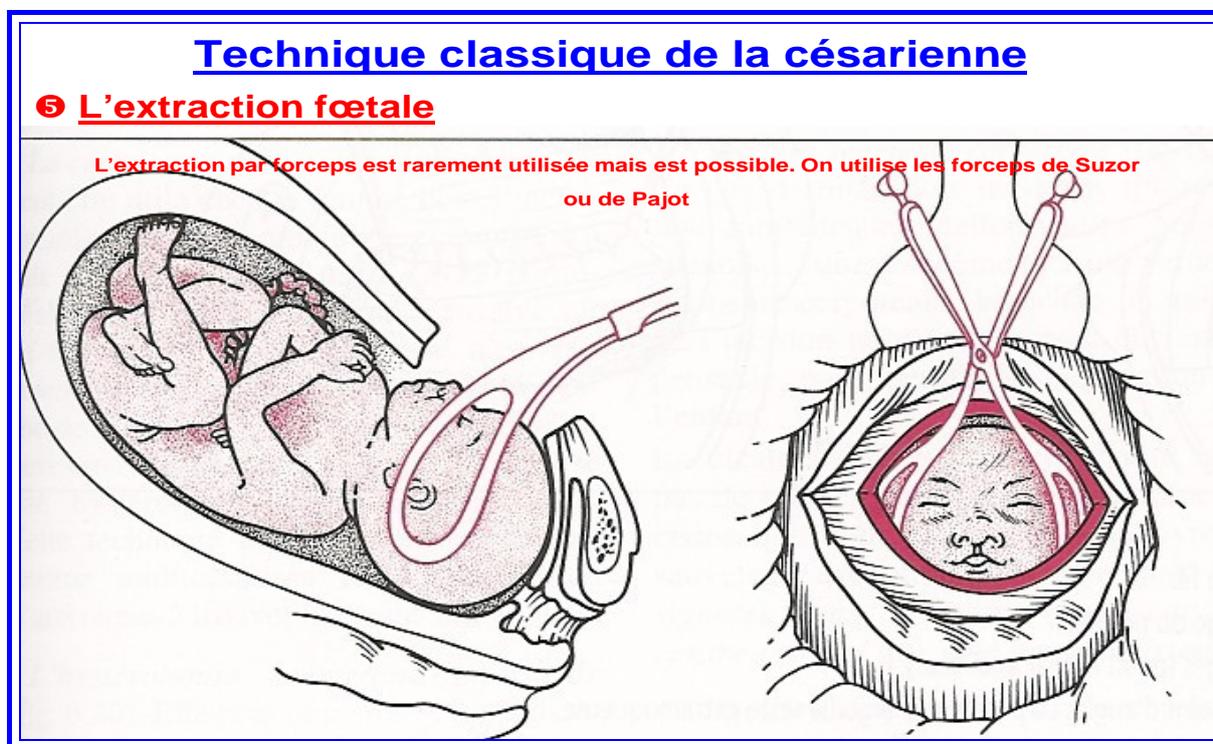


Figure XXII: (Tirée de KAMINA P. [19])

7-3. Interventions associées à la césarienne

On peut citer :

❖ L'hystérectomie d'hémostase

C'est la principale intervention devant une hémorragie incœrcible ou une rupture utérine non suturable.

❖ Hystérectomie pour utérus myomateux ou une lésion maligne.

❖ Une myomectomie

❖ Une Kystectomie de l'ovaire

❖ Une ligature des trompes.

8. LES COMPLICATIONS

Bien que le pronostic de la césarienne soit actuellement bon parce qu'ayant bénéficié des progrès techniques, de l'asepsie, de l'antibiothérapie etc. La mortalité n'est pas et ne sera jamais nulle car les indications comme le placenta prævia hémorragique, les infections sévères du liquide amniotique et l'éclampsie existeront toujours, toujours redoutables. Les complications sont en effet nombreuses et peuvent être per ou post opératoires.

8-1. Les complications per opératoires

➤ **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, placenta acreta).

➤ **Les 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 s'être être réparées, ce qui nécessite le minimum de notions de chirurgie digestive.

➤ **Lésions urinaires:**

Essentiellement les lésions vésicales et les traumatismes urétéraux rares.

➤ **Complications anesthésiologiques:**

Hypoxie, asphyxie, arrêt cardiaque à l'induction, la mort maternelle au cours de l'intervention etc....

8-2. Les complications post opératoires

➤ **Les complications infectieuses :**

Elles sont les plus nombreuses, 30 à 40% des césariennes selon la littérature. Cette fréquence trouve son explication dans cette phase 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, les suppurations et abcès de paroi.

➤ **L'hémorragie post-opératoire:**

Plusieurs sources existent :

- Hématome de paroi, justiciable de drainage, type Redon.
- Saignement des berges d'hystérotomie par hémostase insuffisante
- Exceptionnellement, l'hémorragie vers J10-15 post opératoire par lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

➤ **Les complications digestives:**

Iléus paralytique post-opératoire fonctionnel, les vomissements, la diarrhée, les sub-occlusions voire les volvulus du colon.

➤ **La maladie thromboembolique:**

Elle est prévenue par le lever précoce, voire l'héparinothérapie dans les cas à risque (phlébites, antécédent de maladies thrombo-emboliques).

➤ **Les complications diverses:**

Troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésico-vaginales, embolie gazeuse, embolie amniotique. Par ailleurs des complications peuvent s'observer chez le nouveau-né surtout liées aux drogues anesthésiques (dépression du nouveau-né, détresse respiratoire) ou d'ordre infectieuse voire la mortalité du nouveau-né.



METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Situation géographique et service :

La commune II couvre une superficie de 17 km² soit environ 7 % de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est limitée :

Au Nord par le pied de la colline du Point « G » ;

Au Sud par le fleuve Niger ;

A l'Est par le marigot de Korofina ;

A l'Ouest par le boulevard du peuple.

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Medine, Missira, Niarela, Quinzambougou, TSF, Zone industrielle, N'Gomi). Le centre de santé de référence se trouve à Missira.

Description du cadre d'étude :

Le service de gynécologie obstétrique occupe le rez-de-chaussée.

Il comporte :

- une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchements ;
- un bloc opératoire qui est fonctionnel 24h/24.

NB : Le bloc a été ouvert depuis le 29 décembre 2006.

- un bureau pour la sage femme maîtresse qui sert en même temps de salle de garde pour les sages femmes, les infirmières et les aides soignantes ;
- une toilette externe pour le personnel ;
- une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- une unité de planning familial (PF)

- Une unité de consultation post natale ;
- Une unité PTME (Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH) ;
- Une salle d'échographie ;
- Une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque ;
- 18 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation.

Le personnel comprend :

- Trois spécialistes en gynécologie obstétrique dont un est le chef de l'unité de gynécologie et obstétrique ;
- des médecins en spécialisation en gynéco-obstétrique de nombre variable ;
- des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- 18 sage-femmes dont l'une est la sage-femme maîtresse ;
- (4) infirmières obstétriciennes ;
- (20) aides-soignantes ;
- (4) chauffeurs ;
- (5) manœuvres.

Fonctionnement :

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens (5jours sur 7).

Un staff se tient tous les jours ouvrables pour discuter de la prise en charge des dossiers des entrantes et des événements survenus lors de la garde. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt quatre heures sur vingt quatre. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, d'un DES, d'un médecin généraliste, de deux faisant fonction d'interne, d'un anesthésiste réanimateur, d'une aide de bloc, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante,

d'un chauffeur, de deux manœuvres et d'un gardien. Elle est chargée de prendre en charge toutes les urgences gynéco-obstétricales au cours des gardes.

La visite des patientes hospitalisées est quotidienne et est dirigée par un gynécologue obstétricien.

2- Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive et analytique allant du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2012.

3-Population d'étude

Elle a concerné toutes les gestantes reçues en salle de travail du CSREF CII du district de Bamako pendant la période d'étude.

4-Critères d'inclusion

Il s'agissait de toutes les gestantes ayant bénéficié de la césarienne (urgence ou programmée) au Csréf CII du district de Bamako pendant la période d'étude.

5-Critères de non inclusion

- Césariennes post mortem.
- Césariennes effectuées dans d'autres structures de santé et adressées pour des complications post opératoires.
- Les ruptures utérines.
- Les indications posées dans notre centre mais dont la césarienne a été réalisée dans d'autres structures.

6-Variables

Les variables étudiées ont été :

- L'âge, l'ethnie, la profession, le statut matrimonial,
- Les antécédents gynéco-obstétricaux, médicaux, et chirurgicaux,

- Le suivi de la grossesse,
- Le terme de la grossesse,
- La provenance des patientes,
- Le lieu de l'accouchement,
- Le poids des nouveau-nés à la naissance,
- Les causes de l'hémorragie,
- Les paramètres de l'hémorragie,
- La prise en charge obstétricale, médicale et chirurgicale,
- Le pronostic maternel et fœtal.

7-Plan de collecte des données

Le support des données a été :

- Les registres d'accouchement ;
- Les carnets de CPN ;
- Les registres de consultation prénatale ;
- Les registres de compte rendu opératoire ;
- Les dossiers obstétricaux ;

Une fiche d'enquête individuelle a été remplie sur la base des renseignements contenus dans les supports sus-cités.

8- Plan d'analyse des données

La saisie des données a été faite à l'aide des logiciels Microsoft Word et Microsoft Excel 2007.

L'analyse des données a été faite à l'aide d'Epi-info version 6.1

9- Définitions opérationnelles

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

- **L'accouchement** : C'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 28 SA.[1]
- **Mort-né** : on entend par mort-né tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance.
- **Age obstétrical élevé** : toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35ans à l'admission.
- **L'adolescente** : toute gestante dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans à l'admission
- **RPM** : il s'agit des ruptures des membranes survenant avant tout début de travail.
- **Durée d'évacuation** : temps écoulé entre l'heure de prise de décision d'évacuation et l'heure d'admission dans notre service.
- **Venue d'elle-même**: patiente admise directement dans le service sans passer par un autre centre de santé.
- **Référence**: mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée sans notion d'urgence.
- **Evacuation**: la référence dans un contexte d'urgence.
- **Gestité** : elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une femme
- **Primigeste** : c'est une femme qui a contractée une seule grossesse
- **Paucigeste** : c'est une femme qui a contractée 2 ou 3 grossesses
- **Multigeste** : c'est une femme qui a contractée entre 4 ou 5 grossesses
- **Grande multigeste** : lorsque le nombre de grossesse est ≥ 6 .
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement
- **Primipare** : c'est une femme qui a accouchée 1 fois
- **Paucipare** : c'est une femme qui a accouchée 2 ou 3 fois

- **Multipare** : c'est une femme qui a accouchée 4 ou 5 fois
- **Grande multipare** : lorsque le nombre d'accouchement est ≥ 6 .

IV RESULTATS

IV- RESULTATS

I. Résultats descriptifs

A. Fréquence

Du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2012 ont été réalisées au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako 554 césariennes sur un nombre total de 3561 accouchements, soit une fréquence de 15,56%.

B. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

➤ Age

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge

Age	Effectif	Fréquence (%)
<19	122	22,0
[20-24]	126	22,7
[25-29]	182	32,9
[30-34]	83	15,0
[35-39]	38	6,9
[40-45]	1	0,5
Total	554	100,0

La tranche d'âge [25-29] était la plus représentée avec 32,9%.

➤ **Provenance****Tableau II** : Répartition des patientes selon la provenance

Provenance	Effectif	Fréquence (%)
Commune I	129	23,3
Commune II	370	66,8
Commune III	37	6,7
Commune IV	10	1,8
Commune V	5	0,9
Commune VI	3	0,5
Total	554	100,0

Les patientes qui résident en commune II étaient plus représentées avec 66,8%.

➤ **Ethnie****Tableau III** : Répartition des patientes selon les ethnies

Ethnie	Effectif	Fréquence (%)
Bambara	205	37,0
Dogon	72	13,0
Sarakolé	68	12,3
Peulh	56	10,1
Malinké	36	6,5
Bozo	24	4,3
Sonrhāi	15	2,7
Minianka	13	2,3
Senoufo	5	0,9
Autres	60	10,8
Total	554	100,0

Les Bambara étaient les plus représentées avec 37%.

➤ **Statut matrimonial****Tableau IV** : Répartition des patientes selon le statut matrimonial.

Statut Matrimonial	Effectif	Fréquence (%)
Mariée	488	88,1
Célibataire	66	11,9
Total	554	100,0

Les femmes mariées étaient majoritaires soit 88,1%.

➤ **Niveau d'instruction****Tableau V** : Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Effectif	Fréquence (%)
Analphabète	298	53,8
Primaire	160	28,9
Secondaire	59	10,6
Supérieur	37	6,7
Total	554	100,0

Les femmes analphabètes étaient les plus représentées avec 53,8%.

➤ **Profession :****Graphique VI :** Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence(%)
Femmes au foyer	412	74,3
Elève/Etudiante	68	12,2
Commerçante	57	10,2
Enseignante	10	2,0
Coiffeuse	5	1,0
Policière	2	0,3
Total	554	100,0

Les femmes au foyer étaient plus représentées soit 74,3%.

➤ **Mode d'admission :****Tableau VII :** la répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Fréquence(%)
Evacuée	74	13,4
Référée	101	18,2
Auto référée	379	68,4
Total	554	100,0

Les femmes auto référées étaient majoritaires avec 68,4%.

➤ **Le motif de référence/évacuation des femmes césarisées :**

Tableau VIII : Répartition des patientes en fonction du motif de référence/évacuation

Motif d'admission	Effectif	Fréquence(%)
Présentation vicieuse	12	6,9
Métrorragie/grossesse	18	10,3
Utérus cicatriciel	15	8,6
SFA	20	11,4
HTA	10	5,7
Dilatation stationnaire	43	24,6
Problème de bassin	20	11,4
RPM	16	9,1
Présentation de siège de J1	10	5,7
Autres	11	6,3
Total	175	100,0

Les patientes évacuées pour dilatation stationnaire étaient les plus représentées soit 24,6%.

Autres : Primigeste âgée, HU excessive et CPN=0

➤ **Antécédents personnels médicaux**

Tableau IX : Répartition des patientes selon les antécédents personnels médicaux

ATCD personnel	Effectif	Fréquence(%)
HTA	7	1,3
Asthme	10	1,8
Drépanocytose	5	0,9
HIV	3	0,5
Aucun	529	95,5
Total	554	100,0

L'asthme était l'antécédent personnel médical le plus représenté soit 1,8%.

➤ **Antécédents chirurgicaux**

Tableau X : Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

ATCD chirurgical	Effectif	Fréquence(%)
Cure de prolapsus	2	0,4
Césarienne	176	31,8
Aucun	376	67,9
Total	554	100,0

L'antécédent chirurgical le plus représenté était la césarienne soit 31,8%

➤ **Gestité****Tableau XI** : Répartition des patientes selon la Gestité

Gestité	Effectif	Fréquence(%)
Primigeste	195	35,2
Paucigeste	226	40,8
Multigeste	99	17,9
Grande multigeste	34	6,1
Total	554	100,0

Les pauci gestes étaient les plus représentées avec 40,8%.

➤ **Parité****Tableau XII** : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Effectif	Fréquence(%)
Primipare	221	39,9
Paucipare	215	38,8
Multipare	84	15,2
Grande multipare	34	6,1
Total	554	100,0

Les primipares étaient les plus représentées soit 39,9%

➤ **Intervalle intergénéscique**

Tableau XIII : Répartition des patientes selon l'intervalle intergénéscique

Intervalle intergénéscique	Effectif	Fréquence(%)
Primigestes	209	37,7
≥2ans	317	57,2
<2ans	28	5,1
Total	554	100,0

Les femmes qui avaient un intervalle intergénéscique supérieur ou égal à deux ans étaient les plus représentées avec 57,2%.

➤ **Consultation prénatale**

Tableau XIV : Répartition des patientes en fonction du nombre de consultation prénatale

Consultation prénatale	Effectif	Fréquence(%)
0	41	7,4
1-3	199	35,9
≥4	314	56,7
Total	554	100,0

La majorité des patientes avaient fait au moins 4 CPN soit 56,7%.

➤ **Auteurs des CPN**

Tableau XV : Répartition des patientes selon les auteurs des CPN

Prestataire des CPN	Effectif	Fréquence(%)
Infirmière obstétricienne	14	2,5
Sage femme	245	44,2
Médecin généraliste	61	11
Gynécologue obstétricien	193	34,8
Grossesse non suivie	41	7,4
Total	554	100,0

Le suivi de la plupart des patientes a été effectué par des sages femmes soit 44,2%.

➤ **Taille**

La plupart de nos patientes avaient une taille ≥ 150 cm soit 90,4%.

➤ **Poids**

La plupart de nos patientes avaient un poids ≥ 45 kg soit 95%.

➤ **Indice de masse corporelle**

La plupart de nos patientes avaient un indice de masse corporelle < 30 soit 82,3%.

➤ **Conjonctives**

La plupart de nos patientes avaient des conjonctives bien colorées soit 95,5%.

➤ **La tension artérielle**

La plupart de nos patientes avaient une tension artérielle normale soit 98,7%.

➤ **Lieu des consultations prénatales**

Tableau XVI : Répartition des patientes en fonction du lieu des CPN

Lieu des CPN	Effectif	Fréquence(%)
CSREF CII	339	61,2
CSCOM	143	25,8
Structures privées	31	5,6
Autres	41	7,4
Total	554	100,0

La plupart des patientes étaient suivies dans notre service soit 61,2%.

Autres: Absence de CPN

➤ **L'âge de la grossesse**

Tableau XVII : Répartition des patientes selon le terme de la grossesse

Age de la grossesse	Effectif	Fréquence(%)
[28SA-36SA]	2	0,4
[37SA-41SA]	544	98,2
≥42SA	8	1,4
Total	554	100,0

La tranche d'âge [37SA-41SA] était la plus représentée avec 98,2%.

➤ **Type de présentation**

Tableau XVIII : Répartition des patientes selon le type de présentation

Présentation	Effectif	Fréquence(%)
Sommet	504	91,0
Front	9	1,6
Epaule	15	2,7
Siège	26	4,7
Total	554	100,0

La présentation du sommet prédominait dans notre étude soit 91%.

➤ **Etat du bassin**

Tableau XIX : Répartition des patientes en fonction de l'état du bassin

Etat du Bassin	Effectif	Fréquence(%)
Normal	428	77,26
Limite	51	9,21
Rétréci	73	13,17
Asymétrique	2	0,36
Total	554	100,00

Le bassin était normal chez 77,26% de nos patientes ; limite chez 9,21% ; généralement rétréci chez 13,17% et asymétrique chez 0,36%.

➤ Indication de la césarienne

Tableau XX : Répartition des patientes en fonction de l'indication de la césarienne

Indications		Nombre	Fréquence(%)	Total		
Dystocie Mécanique	DFP 25,64%	Bassin limite	51	9,21	25,64	
		BGR	73	13,18		
		Bassin asymétrique	2	0,36		
		Macrosomie	16	2,89		
	Présentation dystocique 9,03%	Epaule	15	2,71		9,03
		Front	9	1,63		
	Siège/Primigeste	26	4,69			
Indications liées à l'état génital	Utérus multicatriciel		105	18,95	30,32	
	Dilatation stationnaire		56	10,11		
	Syndrome de pré rupture		3	0,54		
	Cure de prolapsus		2	0,36		
	Condylome vulvaire		2	0,36		
Indications liées aux annexes fœtales	Placenta prævia		17	3,07	6,50	
	HRP grade II de sher		6	1,08		
	Procidence du cordon battant		11	1,99		
	RPM sur siège		2	0,36		
Pathologies associées	Drépanocytose forme majeure		1	0,18	0,18	
Souffrance fœtale	SFA		120	21,66	21,66	
Autres indications	Grossesse gémellaire (J1 en siège)		15	2,71	6,67	
	Primigeste âgée		4	0,72		
	Dépassement de terme/utérus cicat		8	1,44		
	ATCD de mort fœtale		4	0,72		
	IIG court/utérus cicatriciel		6	1,08		

Les dystocies mécaniques ont représenté l'essentiel de nos indications de césarienne avec 34,67%.

➤ **Indication de césarienne prophylactique**

Tableau XXI Répartition des patientes selon l'indication de césarienne prophylactique

Indications	Effectifs	Pourcentage
Utérus multicicatriciel	33	27,7
Utérus cicatriciel sur bassin limite	28	23,5
BGR	30	25,2
Siege chez une Primigeste	5	4,2
ATCD de cure de prolapsus	2	1,7
IIG court sur utérus cicatriciel	3	2,5
Dépassement de terme sur utérus cicatriciel	5	4,2
Macrosomie fœtale	4	3,4
Condylome vulvaire géant	2	1,7
Drépanocytose forme majeure	1	0,8
Asymétrie sévère du bassin	2	1,7
ATCD obstétrical chargé	4	3,4
Total	119	100,0

L'utérus multicicatriciel était l'indication de césarienne prophylactique la plus représentée avec 27,7%

➤ **Indication de césarienne d'urgence**

Tableau XXII Répartition des patientes selon l'indication de césarienne d'urgence

Indications	Effectifs	Pourcentage(%)
Utérus multicicatriciel en travail	72	16,6
Utérus cicatriciel sur bassin limite	23	5,3
BGR en travail	43	9,9
Siège chez une Primigeste en travail	21	4,8
IIG court sur utérus cicatriciel	3	0,7
Dépassement de terme sur utérus cicatriciel	3	0,7
Macrosomie fœtale	12	2,8
Présentation de l'épaule	15	3,4
Présentation du front	9	2,1
Dilatation stationnaire	56	12,8
Syndrome de pré rupture	3	0,7
Placenta prævia hémorragique	17	3,9
HRP grade II de sher	6	1,4
Procidence du cordon battant	11	2,5
RPM sur présentation de siège	2	0,5
SFA	120	27,6
Présentation de siège de J1	15	3,4
Primipare âgée	4	0,9
Total	435	100,0

La SFA était l'indication de césarienne d'urgence la plus représentée avec 27,6%.

➤ **Type de césarienne**

Tableau XXIII : Répartition des patientes en fonction du type de césarienne

Type de césarienne	Effectif	Fréquence(%)
Urgence	435	78,51
Programmée	119	21,49
Total	554	100,0

La césarienne d'urgence était la plus représentée avec 78,51%.

➤ **Type d'incision cutanée**

Tableau XXIV : Répartition des patientes en fonction du type d'incision cutanée

Incision cutanée	Effectif	Fréquence(%)
Pfannenstiel	518	93,5
Médiane sous ombilicale	32	5,8
Médiane sous et sus ombilicale	4	0,7
Total	554	100,0

L'incision de type Pfannenstiel était la plus représentée avec 93,50%.

➤ **Type d'hystérotomie**

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction du type d'hystérotomie

Hystérotomie	Effectif	Fréquence(%)
Segmentaire transversale	550	99,3
Corporeale	4	0,7
Total	554	100,0

L'hystérotomie segmentaire transversale était la plus représentée avec 99,3%.

➤ **Gestes associés à la césarienne**

Tableau XXVI : Répartition des patientes en fonction des gestes associés à la césarienne

Gestes Associés	Effectif	Fréquence(%)
LRT	24	4,3
Kystectomie	2	0,4
Suture de la vessie	1	0,2
Aucun	527	95,2
Total	554	100,0

La LRT était le geste associé à la césarienne le plus représenté avec 4,3%.

➤ **Qualification de l'opérateur**

Tableau XXVII : Répartition des patientes en fonction de la qualification de l'opérateur

Qualification de l'opérateur	Effectif	Fréquence(%)
Gynécologue-obstétricien	187	33,7
DES	114	20,6
Médecin généraliste à compétence chirur.	253	45,7
Total	554	100,0

Les médecins en spécialisation en gynéco-obstétrique et les gynécologues obstétriciens ont effectué 54,3% des césariennes contre 45,7% par des généralistes à compétence chirurgicale.

➤ **Type d'anesthésie**

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction du type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Effectif	Fréquence(%)
Anesthésie générale	268	48,4
Rachi anesthésie	286	51,6
Total	554	100,0

La rachi anesthésie était le type d'anesthésie le plus représenté soit 51,6%.

➤ **Durée d'intervention**

La durée moyenne de l'intervention était de 30 minutes

C-PRONOSTIC**1. Le pronostic fœtal**➤ **Le sexe****Tableau XXIX** : Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe

Sexe	Effectif	Fréquence(%)
Masculin	346	61
Féminin	223	39
Total	569	100

Le sexe masculin était le plus représenté avec 61%.

NB: Nous avons enregistré 30 jumeaux, ce qui explique les 569 nouveau-nés.

➤ **Poids de naissance****Tableau XXX** : Répartition des nouveau-nés en fonction du poids de naissance.

Poids des nouveau-nés	Effectif	Fréquence(%)
[500-2499]	5	1
[2500-3999]	546	96
≥4000	18	3
Total	569	100

Les nouveau-nés qui avaient un poids de naissance normal étaient les plus représentés avec 96%.

➤ **Complications néonatales**

Tableau XXXI : Répartition des nouveau-nés en fonction des complications néonatales

Complications néonatales	Effectif	Fréquence(%)
Aucune	419	73,6
Prématurité	5	0,9
Mort néonatale précoce	2	0,4
Souffrance néonatale	143	25,1
Total	569	100,0

La souffrance néonatale était la complication néonatale la plus représentée avec 25,1%.

NB : Parmi les 143 souffrances néonatales adressées en néonatalogie, il ya eu 15 cas de décès.

➤ **Apgar à la 1^{ère} minute**

Tableau XXXII : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 1^{ère} minute

Apgar 1 ^{ère} minute	Effectif	Fréquence(%)
[4-7]	143	25,1
≥8	426	74,9
Total	569	100,0

L'Apgar supérieur à 7 à la 1^{ère} minute était le plus représenté soit 74,9%.

➤ **Apgar à la 5^{ème} minute**

Tableau XXXIII : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 5^{ème} minute

Apgar 5 ^{ème} minute	Effectif	Fréquence
8-9	120	21,08
10	349	78,92
Total	569	100,00

Le score d'Apgar 10/10 à la 5^{ème} minute était la plus représenté avec 78,92%.

2. Le pronostic maternel

➤ **Complication per opératoire**

Nous n'avons rencontré qu'une seule complication en per opératoire: la lésion vésicale.

➤ **Complication post opératoire**

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon les complications post-césariennes

Complications	Effectif	Fréquence(%)
Anémie	6	1,08
Suppuration pariétale	10	1,81
Endométrite	8	1,44
Décès maternel	2	0,36
Aucune	528	95,31
Total	554	100,00

La suppuration pariétale était la complication maternelle la plus représentée avec 1,81%.

➤ **Durée d'hospitalisation**

Tableau XXXV : Répartition des césariées en fonction de la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Effectif	Fréquence(%)
3jours	529	95,5
>3jours	25	4,5
Total	554	100,0

Les patientes exécutées au troisième jour après la césarienne étaient les plus représentées avec 95,5%.

II. Résultats analytiques

Tableau XXXV: Relation entre l'âge des patientes et l'indication de la césarienne

Indications	Classe d'âge	<19	20-34	35-45	P
Utérus cicatriciel/Bassin limite		0	43	8	0,000050
BGR		63	9	1	10 ⁻⁸
Macrosomie		0	15	1	10 ⁻⁸
Présentation de l'épaule		1	12	2	0,2589
Présentation du front		5	3	1	0,03576
Siège/Primigeste		21	5	0	10 ⁻⁸
Utérus multi cicatriciel		5	95	1	10 ⁻⁷
Dilatation stationnaire		26	25	0	–
Placenta prævia		0	13	3	0,02625
HRP		0	4	2	–
Procidence du cordon battant		3	8	0	0,6267
SFA		50	70	0	10 ⁻⁸
Présentation de siège de J1		1	10	4	0,0064

Dans notre étude le lien entre la classe d'âge et l'indication de la césarienne pour utérus cicatriciel sur bassin limite, BGR, macrosomie, présentation du front, siège chez une Primigeste, utérus multi cicatriciel, placenta prævia, SFA et siège de J1 était statistiquement significatif avec p respectivement 0,000050; 10⁻⁸; 10⁻⁸; 0,03576; 10⁻⁸; 10⁻⁷; 0,02625; 10⁻⁸ et 0,0064.

Tableau XXXVI : Relation entre la profession et l'indication de la césarienne

Profession Indications	Femmes au foyer	Elève ou Etudiante	Commerçante	Enseignante	P
Utérus cicatriciel/ Bassin limite	45	3	2	1	0,1403
BGR	52	15	0	1	0,0029
Macrosomie	10	0	4	0	0,1083
Présentation de l'épaule	13	2	0	0	0,5393
Présentation du front	6	1	1	1	–
Siège/Primigeste	18	6	1	1	0,2248
Utérus multi cicatriciel	85	2	14	3	0,0028
Dilatation stationnaire	41	8	5	2	0,7103
Placenta prævia	15	0	2	0	–
HRP	4	1	1	0	–
Procidence du cordon battant	9	1	1	0	–
SFA	54	28	37	1	10 ⁻⁸
Présentation de siège de J1	14	1	2	0	–

Dans notre étude, le lien entre la profession et l'indication pour le BGR, l'utérus multi cicatriciel et la SFA était statistiquement significatif avec p respectivement 0,0029 ; 0,0028 et 10⁻⁸.

Tableau XXXVII : Relation entre la parité et l'indication de la césarienne

Indications	Parité	Primipare	Paucipare	Multipare	Grande multipare	P
Utérus cicatriciel/Bassin limite		0	51	0	0	10^{-8}
BGR		53	20	0	0	10^{-8}
Macrosomie		2	7	2	5	—
Présentation de l'épaule		2	4	3	6	—
Présentation du front		3	5	1	0	—
Siège/Primigeste		26	0	0	0	—
Utérus multi cicatriciel		0	46	53	6	10^{-8}
Dilatation stationnaire		30	24	3	0	0,0130
Placenta prævia		4	5	6	2	—
HRP		2	3	2	0	—
Procidence du cordon battant		6	3	1	1	—
SFA		78	34	3	5	10^{-8}
Présentation de siège de J1		2	4	2	6	—

Dans notre étude le lien entre la parité et l'indication de la césarienne pour utérus cicatriciel sur bassin limite, BGR, utérus multicicatriciel, dilatation stationnaire et la SFA était statistiquement significatif avec p respectivement 10^{-8} , 10^{-8} , 10^{-8} , 0,0130 et 10^{-8} .

V
COMMENTAIRES
ET
DISCUSSION

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Notre étude s'est bien déroulée; cependant nous avons rencontré quelques difficultés à savoir :

L'Insuffisance des informations relatives aux malades :(les Fiches de références pauvres en renseignements; les Partogrammes mal conçus et pauvres en renseignements; les carnets de CPN et de fiches personnelles pauvres en renseignements);

Les résultats que nous avons obtenus entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2012, ont été commentés et discutés à la lumière de la littérature.

1. Fréquence :

Du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2012, nous avons effectué au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, 554 césariennes sur un nombre total de 3561 accouchements, soit une fréquence de 15,56%. Les comparaisons sont par ailleurs délicates du fait des diverses approches méthodologiques qu'il s'agisse d'une étude en population (taux national ou taux d'un district sanitaire.) C'est ainsi que l'enquête MOMA réalisée de décembre 1994 à juin 1996 dans 7 districts sanitaires de la sous région (Bamako, Nouakchott, Ouagadougou, Abidjan, Kaolack, Niamey, Saint Louis) a rapporté des taux inférieurs aux normes fixées par l'OMS (5 à 15%) pour la prise en charge optimale des urgences obstétricales. Le même constat s'est révélé dans certains pays pauvres comme le Mali, la Bolivie, le Guatemala, Haïti où les taux nationaux sont respectivement de 0,8% ; 4,9%; 4,9% ; 1,6%. Au cours de notre étude, nous avons enregistré un taux global de césarienne de 15,56%. Ce taux global de césarienne élevé dans notre série, s'explique d'une part par le statut référentiel de notre service, recevant des patientes venant de divers horizons et

d'autre part par l'augmentation du nombre de gynécologues-obstétriciens qui sont effectivement impliqués dans la prise en charge des grossesses à risque et qui ont établi une liste de grossesse à risque à adresser systématiquement au centre dès le 1^{er} contact.

Des fréquences ont été rapportées dans la littérature : 2,3% au Burkina Faso [25]; 2,1% au Bénin et 15,8% en Angleterre [26].

Des efforts doivent être consentis dans ce sens par le biais de la consultation prénatale recentrée afin de promouvoir la qualité des soins obstétricaux et néonataux.

Tableau N°XXXIV La fréquence des césariennes selon la littérature. [16]

Auteur	Pays	Année	Taux(%)
CISSE B. [13]	Mali	2001	8,0
TEGUETE I. [11]	Mali	1996	24,05
TOGORA M. [27]	Mali	2005	12,82
KONE A. [12]	Mali	2005	21,3
FOURN L. [28]	Bénin	88-89	7,6
GAYE A. [29]	Sénégal	2000	6,7
NAJAH S. [30]	Tunis	1985	22,4
EZEGWUI M. [31]	Nigeria	2004	20,4
MARCOUX S. [32]	Canada	1979	13,6
PETER J. [33]	France	1982	15,9
TURNER M. [34]	Grande Bretagne	1983	11,0
DOBSON R. [35]	Angleterre	2000	21,3
FLORICA M. [36]	Suède	2001	16,0
NOTZON FC. [37]	USA	1990	24,0
RONALD M. [38]	USA	2004	27,0
LIN H.C. [39]	Taiwan	2000	31,2

Plusieurs facteurs sont à l'origine de l'augmentation des taux de césariennes notamment :

- * La surveillance de la grossesse et le monitoring électronique.
 - * La banalisation de cette intervention chirurgicale due à l'amélioration de la technique opératoire, de l'asepsie, de l'antibiothérapie, de l'anesthésie et de la transfusion sanguine, lesquelles permettent d'obtenir une bonne sécurité pour la mère et l'enfant.
 - * Les progrès de la réanimation néonatale autorisant l'extraction d'enfants hypotrophiques et de prématurés avec de bonnes chances de survie sans séquelles neurologiques.
 - * L'amélioration du niveau socio-économique, ce qui explique que l'augmentation de la fréquence des césariennes est plus importante dans les pays développés que dans les pays en voie de développement dont l'équipement sanitaire est limité.
 - * La diminution du nombre des grossesses pour chaque femme grâce à la planification familiale leur donne un caractère "précieux". Le moindre accident ou incident entraîne une menace d'attaques médico-légales. Le médecin pose alors plus facilement l'indication de césarienne [40].
 - * Le perfectionnement du monitoring fœtal au cours du travail, le meilleur dépistage et la surveillance des grossesses à risque, et le recul des manœuvres instrumentales et des grandes extractions réputées traumatisantes et délabrantes pour la mère, tous ces facteurs impliquent souvent une préférence pour la césarienne par rapport à la voie basse.
- Par ailleurs, cette augmentation de fréquence des césariennes est due à la lutte contre la mortalité périnatale qui s'est améliorée ; mais la césarienne n'est pas le seul facteur de cette réduction de mortalité puisque la mortalité périnatale continue à décroître malgré une stabilisation.
- * La gratuité de la césarienne

2. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUE ET CLINIQUE DES PATIENTES

2-1.Age

Dans notre étude, La tranche d'âge 20-34ans était la plus représentée avec une fréquence de 70,6%. Les extrêmes étaient de 15ans et de 45ans avec un âge moyen de 30ans. Cet âge moyen est proche de ceux de Togora M. [27], Koné A.I. [12], et Dembélé M. [15] qui ont trouvé respectivement 67,3% ; 62,1% et 65,6%.

2-2. La situation matrimoniale

Les femmes mariées représentaient 88,1% dans notre étude. Ce résultat est inférieur à ceux de Dembélé M. [15] avec 90,6% ; de Cissé B. [13] avec 90,7% ; et de Togora M. [27] avec 96,6%.

2-3. La profession des patientes

Les femmes au foyer représentaient 74,3% de nos patientes. Ce taux peut s'expliquer par le bas niveau socio-économique de nos patientes. Il constitue un problème dans le suivi de la grossesse notamment la réalisation de certains BPN. Ce taux est inférieur à ceux de Téguté I. [11] avec 86,01% et Togora M. [27] avec 80%.

2-4.Les antécédents

2-4-1.Antécédents chirurgicaux

La majeure partie de nos patientes avaient au moins un facteur de risque avec 31,8% de cas d'utérus cicatriciel (soit uni ou multi cicatriciel).

Dans la plupart des cas, il s'agissait de césariennes itératives associées à un autre facteur de risque exposant la patiente au risque de désunion de la cicatrice utérine pendant le travail.

Une très faible proportion (0,4%) de nos gestantes avait un antécédent de cure de prolapsus utérin. Ces femmes doivent bénéficier de la césarienne prophylactique pour les grossesses ultérieures. Toute tentative d'accouchement

par les voies naturelles fait perdre le bénéfice de l'intervention c'est-à-dire expose à la récurrence du prolapsus.

2-4-2. Antécédents obstétricaux

Les primipares étaient les plus représentées dans notre étude soit 39,9%. Cela s'explique par le fait qu'elle est associée le plus souvent à un autre facteur aggravant le pronostic d'accouchement par voie basse comme une pré éclampsie ou le rétrécissement du bassin (immaturité du bassin). Ce taux est supérieur à celui de Togora M. [27] avec 33,2% mais inférieur à celui de Dembélé M. [15] avec 54,2%.

2-5. Lieu du suivi prénatal

La majeure partie de nos patientes soit 61,2%, étaient suivies au CSRéf CII tandis que 38,8% ont fait leur suivi dans d'autres structures (CSCOM, structures privées) et référées pour la césarienne.

Dans le système de référence/évacuation, conformément à la politique nationale de santé de notre pays, il ressort que les grossesses et les accouchements à risque soient référés et pris en charge dans les établissements de niveau II et III de notre pyramide sanitaire. Force est de reconnaître que l'application de cette politique n'est pas toujours effective dans tous les cas.

2-6. Suivi prénatal

Dans notre série, 92,6% des patientes avaient au moins bénéficié d'une CPN. La majorité de nos patientes avaient bénéficié d'au moins 4 CPN soit 56,7%. Au Mali, cette tendance est également retrouvée par Togora M. [27] avec 86,1% et Dembélé M. [15] avec 87,2% de patientes qui avaient fait au moins 4 CPN. La majorité de nos patientes soit 44,2% ont été suivies par des sages femmes.

2- 7. Césarienne

2-7-1. Les indications de la césarienne

Les dystocies mécaniques ont représenté l'essentiel de nos indications de césarienne avec 34,67%. La souffrance fœtale aigue représentait 21,66%.

L'indication pour utérus multicatriciel était de 18,95%. Ce résultat est en accord avec ceux déjà rapportés par certains auteurs [27, 15, 41]

2-7-2. Auteurs de césariennes

La plupart des césariennes ont été effectuées par des gynécologues obstétriciens et les DES avec 54,3%.

2-7-3 Le type d'anesthésie

La rachianesthésie était le type d'anesthésie le plus représenté dans notre étude avec 51,6%. Ce taux est largement supérieur à ceux de Togora M. [27] et de Diallo O. [42] qui avaient trouvé respectivement 2,5% et 23% de rachianesthésie.

7- Le pronostic

7-1- Le pronostic fœtal

L'appréciation du pronostic fœtal est faite pendant le séjour post opératoire de la mère dans le service. Les 554 césariennes de notre étude ont permis d'extraire 569 nouveau-nés dont 539 issus de grossesses uniques et 30 issus de grossesses gémellaires.

- La morbidité

En considérant comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar ≤ 7 , notre taux de morbidité s'élève à 25,1%. Ce taux est supérieur à ceux de Togora M. [27] avec 21,7% et de Tégoué I. [11] avec 16,9%. Il est inférieur à celui de Berthé Y. [43] avec 68,77%.

La souffrance néo-natale était la complication néonatale la plus représentée dans notre étude avec 25,1%. Cette même tendance est retrouvée chez Tégoué I. [11]

- La mortalité

Au cours de notre étude, nous avons recensé 2 cas de décès néonatal ce qui fait un taux de mortalité néonatale de 0,4%. Ce taux est inférieur à ceux de Togora M. [27] et Dembélé M. [15] qui ont respectivement trouvé 9,8% et 9,1%. Cette

diminution du taux de mortalité néonatale est due à des consultations prénatales régulières, le dépistage et la prise en charge des grossesses à risque, une surveillance fœtale au cours du travail et une meilleure réanimation néonatale, la disponibilité constante des kits de césarienne et la stabilité du personnel qualifié.

7-2. Le pronostic maternel

-La morbidité maternelle

Décrire avec précision et objectivité la morbidité induite par la césarienne reste très difficile. Dans notre échantillon, les suites opératoires ont été simples dans 95,13% et compliquées dans 4,87%.

Comparé aux données de la littérature, notre taux est inférieur à celui de Tissot et Coll. [44], Haddad H. [45] qui ont respectivement trouvé : 13% et 19,2% de complications post-césariennes.

Les complications infectieuses viennent au premier plan avec 18 cas sur 27 soit 3,25% des césariennes et 66,67% de nos complications. Ainsi, Jakobi et aLL cités par Mares [46] ont démontré dans une étude que l'utilisation de l'antibioprophylaxie permettait de réduire de moitié les problèmes infectieux post-césariennes qui passaient de 17,9% chez les femmes non traitées à 9% chez celles qui avaient une antibioprophylaxie.

Les principales complications infectieuses dans notre étude étaient la suppuration pariétale dans 1,81% et l'endométrite du post-partum dans 1,44%

La suppuration pariétale occupait la première place avec 1,80% des complications post-césariennes. Cette tendance est retrouvée chez d'autres auteurs [11,13,47]

- La mortalité maternelle

« La naissance d'un nouveau-né est un événement heureux qui se déroule le plus souvent dans une atmosphère de joie. Lorsque le décès maternel survient, c'est le drame, drame d'autant plus intense que cette éventualité est actuellement

considérée comme impossible ». Dans notre série, nous avons noté 2 cas de décès maternel soit 0,36% de nos patientes. Ces décès étaient survenus par suite d'hémorragie du post-partum immédiat dans un contexte de trouble de la coagulation. Ce taux de mortalité est comparable à ceux de Cissé B. [13] avec 1,3% et Togora M. [27] avec 0,9%.

Dans notre contexte au Mali, l'importance de la morbidité et de la mortalité se traduit d'une part par l'insuffisance dans le suivi des femmes en travail au niveau des CSCOM; d'autre part par la pauvreté des patientes et de leurs partenaires.

- La durée d'hospitalisation post-césarienne

Dans notre série, la durée moyenne d'hospitalisation après césarienne était de 3 jours comparables à celui de Togora M. [27] qui a trouvé une durée moyenne d'hospitalisation estimée à 4 jours au CSREF CV . Ce résultat est inférieur à celui de Téguté I. [11] et Cissé B. [13] qui ont trouvé respectivement 9,3 et 8 jours comme durée moyenne d'hospitalisation post-césarienne. Cela pourrait s'expliquer par une insuffisance de place en hospitalisation imposant la sortie des patientes dont les suites de couches sont favorables dès le 3^{ème} ou le 4^{ème} jour du post-opératoire selon les critères suivants : reprise du transit ; apyrexie ; involution utérine normale ; mollets souples et indolores ; seins normaux. La disponibilité constante des produits (médicaments) en suite opératoire a écourté la durée d'hospitalisation tout en réduisant la morbidité infectieuse qui était la principale cause de prolongation du séjour hospitalier.

VI

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

La césarienne est devenue une intervention efficace pour sauver la vie du fœtus et de la mère en situation difficile raison pour la quelle sa fréquence ne cesse de croître. Mais elle ne doit pas être considérée comme une solution de facilité car elle n'est pas dénuée de complications maternelles morbides et pouvant même être mortelle. Dans notre étude les primipares étaient plus exposées à la césarienne ; cela s'explique par le fait que cet accouchement est associé le plus souvent à un facteur de risque comme la pré éclampsie ou le rétrécissement du bassin (bassin immature).

La première indication était celle liée à l'état génital représentée principalement par les utérus multicatriciels et la dilatation stationnaire.

Il faut aussi noter que la majorité de nos césariennes ont été réalisées sous rachianesthésie à cause de ses avantages par rapport à l'anesthésie générale. La césarienne reste malheureusement encore très mal perçue par la population générale. Cependant l'impression globale après l'intervention est positive.

2-RECOMMANDATIONS

➤ Aux autorités

- Améliorer le plateau technique de toutes les maternités des CSRef du pays en les dotant de cardiocographe et de salles d'imagerie médicale opérationnelles en temps réel pour une meilleure prise en charge des grossesses et des accouchements à risque.
- Achever les travaux de finition du nouveaux site du CSRéf CII

➤ Au personnel sanitaire

- Assurer une meilleure qualité des CPN;
- Décider à temps des références ou des évacuations surtout au niveau des structures périphériques.
- Renforcer l'asepsie en salle d'opération par une stérilisation correcte et le respect strict des conditions d'accès.

➤ A l'endroit des populations

- Fréquenter les centres de consultation prénatale dès les premières semaines de grossesse.
- Suivre les conseils et les recommandations des prestataires

VII

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

VII .REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Merger R., Levy J., Melchior J.** Intervention par voie haute : césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. Masson 1979 : 618-27.
2. **Marchoux S., Fabia J.** Fréquence et indication des césariennes dans la région du Québec Canada, en 1973 et 1979. Rev Epidem santé pbl 1983 ; 31 :459-68
3. **Traoré A I.** Césariennes prophylactiques au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse Méd Mali 2010 M-44.
4. **Traoré L.** La césarienne : pronostic materno-fœtal au CSRéf de San. Thèse Méd. Mali 2008 M-304.
5. **Traoré A B.** Césariennes prophylactiques au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse Méd Mali 2012 M-44.
6. **Racinet C., Favier M.** « La césarienne : indications, techniques, complications. » Masson Paris 1984, 185pp-
7. **Ouvarde C.** pourquoi tant de césarienne ? selection Reader's digest Quebec (Canada),20 Fev. 2004
8. **Garmaroudi G., Eftekhar H., Batebi A.** Caesarean section prevalence in Tehran, Iran. Submitted papers, June 23; 2003.
9. **Cissé B.** La césarienne à la maternité de l'Hôpital de Kayes à propos de 215 cas. Thèse méd. Bamako, 2001, 37p.
10. **Diallo FB., Diallo MS., Bangoura S., Diallo AB., Camara Y.** Césarienne : Facteurs de réduction de morbidité et de mortalité fœto-maternelle au centre hospitalier universitaire IGNACE DEEN de Conakry (Guinée). Méd. d'Afr noire 1998, 45(6) ,359-363.
11. **Tegueté I.** Étude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'Hôpital National du Point « G » de 1991 à 1993 : à propos d'une étude de cas témoins de 1544 cas. Thèse med, Bamako 1996, No 17, 133P.

12. **Koné AI.** Facteurs de risque des complications maternelles post césariennes à l'HGT. Thèse méd. Bamako, 2005-94p-224.
13. **Cissé B.** La césarienne : Aspect clinique épidémiologique et prise en charge des complications post-opératoires dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse méd. Bamako, 2001 M-27
14. **Guirou B.** Etude de la césarienne dans le service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Régional Sominé Dolo de Mopti. Thèse méd Bamako, 2006 ,79p.
15. **Dembélé M.** Étude qualitative de la césarienne au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital de Sikasso en 2005 à propos de 212cas. Thèse med. Bamako, 2008, 55p.
16. **Vokaer R., Barrat J., Bossart H.** La grossesse pathologique et l'accouchement dystocique. Traité d'obstétrique, Tome 2. Paris: Masson 1985: 312-457.
17. **Houtzager HL.** Cesarean section until the end of the 16th century. Europ J RepBiol 1982; 13: 57-8.
18. **Barrier J, Elhaik S.** « La césarienne, ses indications actuelles sont-elles trop nombreuses » ? Rev. Fr. Gynécol. Obstétr. 1979 ; 74(5), 33-347.
19. **Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris : Maloine 1986 : 383-99
20. **Lansac J, Body G.** pratique de l'accouchement. Page426
21. **Albright GA, Fergusson JE, Joyce M, Stevenson DK.** Anesthesia in obstetrics: maternal, fetal and neonatal aspects. Second edition. New York Ed. Butterworths 1986 : 325-63.
22. **Henry M, Seebacher J.** L'anesthésie péridurale. La revue du praticien 1987 ; 37 : 1779-85.

23. **Datta S, Alper MH.** Anesthesia for cesarean section. *Anesthesiology* 1980 ; 53 : 142-60
24. **Tovell HMM, Dank LD.** Operative surgery. New York: " Harper and Row " editions 1978 : 7-19.
25. **Coulibaly I .G.** La césarienne dans le service de gynéco-obstétrique de l'HGT de Bamako de 1992 à 1996 à propos de 3314 césariennes. Thèse méd Bamako, 1999-78 p-78p-85.
26. **Fagnisse A. S.** L'opération césarienne à la maternité Lagune de Cotonou étude rétrospective de 1995 à 1999 et prospective d'Avril à Juin 2000 à propos de 5702 cas. Thèse Méd. Bamako, 2001, N° 53.
27. **Togora M.** Etude qualitative de la césarienne au CSRéf CV du district de Bamako de 2000 à 2002 à propos de 2883 cas. Thèse méd. Bamako, Mali 2004 M-40.
28. **Fourn, Allihonou E, Seguin L, Ducic S.** incidents et facteurs associés à la césarienne primaire au Bénin (Afrique). *Rev Epidem et santé publ* 1994 :42 :5
29. **Gaye A. de Bernis L.** Césariennes et qualités des soins. Etude de 177 césariennes en 6mois au centre de santé Roi Baudoin de GuediaWaye(Dakar) Sénégal. Communication, 5eme congrès SAGO, décembre 1998, Dakar, Sénégal.
30. **Najah S.** Les césariennes : Indications, pronostic maternel et fœtal. Etude de 1775 observations (1978- 1982) à la maternité de l'Hôpital Charles Nicolle de Tunis. Thèse méd. Tunis, 1985 n°92.
31. **Ezeh UO, Pearson M.** The control of blood loss at cesarean section with intramyometrial prostaglandin F2 alpha analog versus intravenous synthetic oxytocin. *Am J Obst et Gynecol* 1995 ; 173 : 353-4.

32. **Marcoux S., Fabia J.** Fréquence et indications des césariennes dans la région du Québec Canada, en 1973 et 1979. *Rev Epidem Santé Publ* 1983 ; 31 : 459-68.
33. **Peter J, Martaille A, Ronayette D.** Les indications de la césarienne. A propos de 1000 cas. *Rev Fr Gynécol Obstét* 1982 ;77:175-82.
34. **Turner M. J., Brassil M., Gordon H.** Active management of labor associated with a decrease in the caesarean rate in nulliparas. *Obstet. Gynecol.* 1988; 71
35. **Dobson R.** Cesarean section rate in England and wales hits 21%. *BMJ* 2001 ; 323 : 951.
36. **Florica M. et al.** Indications liées à l'augmentation du taux de césariennes dans un hôpital suédois. *Journal international de gynécologie obstétrique* (2006) 92 :181-185.
37. **Notzon FC., Cnattingius S., Bergsjö P., Cole S., Taffel S.** Cesarean section delivery in the 1980: international comparison by indication. *Am J Obst et Gynecol* 1994; 170: 495 – 504.
38. **Ronald M., Cyr M.D.** Mythe du taux de césarienne: commentaire et perspective historique. *Journal américain de gynécologie obstétrique* (2006) 194 :932-6.
39. **Lin CH., Xirasagar S.** Institutional Factors in cesarean delivery rates Policy and research implications. *Pubmed Obstet. Gynecol.* 2004 Jan.;103(1):128-36.
40. **Sperling LS., Henriksen TB., Ulrichsen H et al.** Indications for cesarean section in singleton pregnancies in two Danish countries with different cesarean section rates. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994 ; 73 : 129-35.
41. **Manm L.T., Gallant J.M.** Modern indications for caesarean sections. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1979, 135,437-440.

- 42. Diallo O.** « Approche nouvelle de la vulgarisation de l'anesthésie péridurale en milieu hospitalier Bamakois.» Thèse de Méd. Bamako 98-M-14.
- 43. Berthé Y.** Pronostic fœto-maternel dans les accouchements par césarienne à propos de 218 cas enregistrés au service de gynéco-obstétrique du CHU de Bouaké en un an. Thèse méd Abidjan 1992.
- 44. Tissot G. F., Mouy L., Aagniel F., Andre A., Reverdy M.E., Miellet C.C., Udra P., Putet C., Sepetjan M., Dargent D**
« Infection hospitalière en maternité : trois années de surveillance portant sur 9204 accouchements dont 1333 césariennes. » J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1990 ; 19, (1) : 19-24.
- 45. Haddad H., Lundy L.**“Changing indications for caesarean section” Gynecol. Obst. 1978 ; 51 :133-137. Deuxième journée d'obstétrique de Bordeaux.collège de Gynécol de bordeaux et du sud-ouest. 18 Novembre 1995
- 46. Mares P.** “mortalité et morbidité de la césarienne ». Dixième journée d'obstétrique du collège de Gynécologie de Bordeaux et du Sud-ouest. 18 Novembre 1995 Bordeaux.
- 47. Diallo C.H.** Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série continue de 160 cas au service de gynéco-obstétrique de l'HGT du 1 octobre 1989 au 30 septembre 1990. These méd : Bamako, 1990 ;160p-37.

VIII

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1. Localité :

Q2. Structure :

Q3. Dossier n° :

Q4. Dated'entrée/...../.....heure:.....

Q5. Nom et prénom:

Q6. Age

Q7. Ethnie:

Q8. Adresse (domicile / résidence)

Q9. Statut matrimonial:

- 1) Mariée
- 2) Célibataire
- 3) Divorcée
- 4) Veuve

Q10. Niveau d'instruction:

- 1) Analphabète
- 2) Primaire
- 3) Secondaire
- 4) Supérieur

Q11. Profession:

- 1) Ménagère

2) Elève ou étudiante

3) Fonctionnaire

4) Commerçante

5) Autres

Si autre, précisez.....

Q12. Procréateur:

1) Age:.....

2) Adresse:

3) Profession:

4) Niveau d'instruction:

II. ADMISSION:

Q13. Mode d'admission:

1) évacuée

2) référée

3) venue d'elle même

Q14. Moyen d'admission:

1) par ambulance

2) transport en commun

3) voiture personnelle

4) autres

Si autre, préciser et donner le coût du transport.....

Q15. Provenance (lieu et distance parcourue en Km):.....

Q16. Délai entre décision d'évacuation et admission au centre de référence (délai d'admission)

Q17. Horaire de départ effectif de la patiente:

Q18. Motif d'admission:

III. ANTECEDANTS:

Q19. MEDICAUX:

1) FAMILIAUX:

a) Gémellité

d) Drépanocytose

b) HTA

e) Aucun

c) Diabète

f) Autre

Si autre, préciser.....

2) PERSONNELS:

a) HTA

d) Drépanocytose

b) Asthme

e) Aucun

c) Diabète

f) Autre

Si autre, préciser

Q20. CHIRURGICAUX:

Q21. GYNECOLOGIQUES:

a) Fibrome d) Salpingectomie

b) Fistule vésico-vaginale e) Plastie tubaire

c) Périnéorraphie f) Autre

g) Aucun

Si autre, préciser

Q22. OBSTETRICaux:

a) Gestité: e) Parité:

b) Avortement: f) Mort-né(s):

c) Enfant vivant: g) Intervalle inter gésique:

d) Césarienne antérieure (nombre, date, indication):

IV. GROSSESSE ACTUELLE:

Q23. DDR :

Q24. AG :

Q38. Conscience : Lucide Obnubilée Altérée

Q42. Etat général : Bon Passable Mauvais

Q43. Muqueuses : Bien colorées Moyennement colorées
Pâles Ictériques

Q44. Présence d'œdème: Oui Non

2. EXAMEN OBSTETRICAL:

Q45. Présence de cicatrice: Oui Non

Q46. Axe de l'utérus: Longitudinale Transversale
Oblique

Q47. HU (en cm):.....

Q48. CU: oui non

Si oui, nombre de CU /10 mn:

Q49. Position du dos: à droite à gauche

Q50. BDCF: Oui Non

Si oui, donner la fréquence des battements / mn

Q51. BDCF: réguliers irréguliers

Présentation: Céphalique Transversale Siège

Q52. Aspect du col au toucher vaginal:

a) Consistance: Ramolli Ferme

b) Longueur (en Cm):

c) Position: Antérieur Postérieur Central Latéral

d) Dilatation (en cm)

Q53. Engagement de la présentation oui non

si oui donner le degré d'engagement

Q54. Variété de la présentation.....

Q55. Poche des eaux: intacte rompue fissurée

si rompue, donner la date et l'heure de la rupture

Q56. Liquide amniotique: Clair Méconial Sanguinolent
Teinté

Q57. Bassin: Normal Limite Rétréci Autre

Si autre, préciser.....

Q58. Voie d'accouchement : Césarienne

VI. CESARIENNE:

Q59. Indication:

a) Travail prolongé par: **Oui** **Non**

Si oui, préciser la cause :

- 1) Disproportion fœto-pelvienne
- 2) Echec de l'épreuve du travail
- 3) Bassin rétréci
- 4) Echec de l'épreuve utérine

b) Présentation anormale: **Oui** **Non**

Si oui, le type:

- 1) Transversale
- 2) Front
- 3) Dystocique
- 4) Potentiellement dystocique

c) Hémorragie au cours du travail : **Oui** **Non**

Si Oui, préciser la cause :

- 1) Placenta prævia
- 2) Hématome retro-placentaire

d) Souffrance fœtale: **Oui** **Non**

Si oui, préciser le type:

- 1) Aiguë
- 2) Chronique

e) Causes maternelles: **Oui** **Non**

Si oui, préciser la cause :

- 1) Anomalie du bassin
- 2) Cardiopathie
- 3) Diabète
- 4) Hémoglobinopathie
- 5) HTA sévère
- 6) Autres

Si autre, préciser:

Q60. Type de césarienne: Urgence Programmée

Q61. Délai entre admission et décision de césarienne:

Q62. Délai entre décision et début de l'intervention:

Q63. Durée d'extraction en minute:

Q64. Durée de l'intervention:

Q65. Retard de la césarienne: Oui Non

Si oui, préciser le motif du retard:

Kit non disponible Opérateur
absent

Kit incomplet Bloc occupé

Autre

Si autre, préciser.....

Q66. Type d'incision cutanée:

- 1) Médiane sous ombilicale
- 2) Transversale

Q67. Type d'hystérotomie:

- 1) Segmentaire transversale
- 2) Segmentaire verticale
- 3) Corporéale
- 4) Corporo-segmentaire

Q68. Geste associé à la césarienne:

Q69. Qualification de l'opérateur:.....

Q70. Type d'anesthésie:

- 1) anesthésie générale
- 2) anesthésie loco-régionale

Q71. Qualification de l'anesthésiste:

Q72. Incidents et accidents: Oui Non

Si oui, préciser.....

Q73. Transfusion: Oui Non

Si Oui, nombre de poche.....

VII. NOUVEAU-NE:

Q74. Nombre de fœtus:

Q75. Sexe : masculin féminin

Q76. Vivant: Oui Non

Si oui, donner l'Apgar à la 1^{ère} mn : et à la 5^{ème} mn :

Q77. Réanimé: Oui Non

Q78. Mesures anthropométriques :

Poids (en g) : Taille (en cm) : PC (en cm) : PT (en cm) :

Q79. Transféré en pédiatrie: Oui Non

Si oui, donner : a) Le motif de référence:.....

b) La durée du séjour:

c) L'évolution:

Favorable décédé

Q80. Malformation: Oui Non

Si oui, préciser.....

VIII. EVOLUTION:

Q81. SUITES: simples compliquées

Si oui préciser le type de complications:

a) Hémorragique:

- 1) hémorragie interne
- 2) hémorragie externe

b) Infectieuses:

- 1) suppuration pariétale
- 2) endométrite
- 3) péritonite/ pelvipéritonite
- 4) septicémie

c) Thromboemboliques: Oui Non

d) Urinaire:

- 1) blessure de la vessie
- 2) fistule urinaire

e) Autres complications: Oui Non

Si oui, préciser.....

f) Décès maternel : Non

Si Oui, préciser la cause du décès:

g) Anesthésiologiques: Non

--	--	--	--	--

- 1) antibiothérapie
- 2) antibioprophylaxie
- 3) transfusion sanguine
- 4) thérapie martiale
- 5) autre

Si autre, préciser

Q83. DUREE D'HOSPITALISATION:.....

Q84. FRAIS D'HOSPITALISATION:

Q85. FRAIS D'INTERVENTION:.....

Q86. FRAIS DES MEDICAMENTS EN POST-OPERATOIRE:

Q87. FRAIS DE TRANSPORT:.....

Q88. COUT TOTAL DE LA PRISE EN CHARGE:

IX. PROFIL PSYCHOLOGIQUE:

Q89. Avis de la patiente par rapport à la césarienne :

Favorable Non favorable

Si non, pourquoi

Q90. Ressentiment à l'annonce de la césarienne:

- a) Crainte de la mort
- b) Crainte de la douleur

c) Autre

Si autre, préciser

Q91. Y a-t-il eu préparation à ce mode d'accouchement: Oui

Non

Q92. La patiente est-elle satisfaite de la césarienne: Oui Non

Si non pourquoi ?

FICHE SIGNALITIQUE :

NOM : KORENZO
PRENOM : MOHAMED
TITRE DE LA THESE : Etude de la césarienne à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune II du district de Bamako du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2012.
VILLE DE SOUTENANCE : BAMAKO
ANNEE UNIVERSITAIRE : 2013-2014
PAYS D'ORIGINE : MALI
LIEU DE DEPOT : BIBLIOTHEQUE DE LA FMPOS
SECTEUR D'INTERET : GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

RESUME

Par le présent travail, nous avons voulu faire le point sur la césarienne à la maternité du CSRéf CII du district de Bamako.

Pour ce faire nous avons initié une étude descriptive et analytique avec collecte rétrospective des données du 1^{er} Janvier 2012 au 31 Décembre 2012. C'est ainsi que nous avons obtenu les résultats suivants :

pendant la période d'étude nous avons recensé 554 césariennes dans notre service pour un nombre total d'accouchement de 3561 soit une fréquence de 15,56%. Les femmes qui ont bénéficié de ces césariennes étaient analphabètes dans 53,8%. La césarienne était réalisée en urgence dans 78,51%. Les dystocies mécaniques ont représenté l'essentiel de nos indications de césarienne avec 34,67%. La majorité de nos césariennes a été réalisée sous rachis anesthésie soit 51,6%. La voie d'abord privilégiée était l'incision de type Pfannenstiel avec 93,5%. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 jours.

Mots clés : césarienne ; fréquence ; indications ; profil ; pronostic

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 condisciples si j'y manque.

Je le jure.