

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple- Un But- Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année scolaire : 2024-2025

Thèse N° : /....

THEME

**CESARIENNES D'INDICATION ELECTIVES MAIS
REALISEES EN SITUATION D'URGENCE : FREQUENCE ;
PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL DANS LE SERVICE DE
GYNECO-OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL SOMINE DOLO
DE MOPTI.**

Présentée et soutenue publiquement le 29/12/2025 devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie par :

M. SOULEYMANE TANGARA

Pour l'obtention du grade de docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : M. Soumana Oumar TRAORE ; Maître de conférences
Membre : M. Mamadou Karim TOURE ; Maître de conférences
Membre : M. Karamoko SACKO ; Maître de conférences
Directeur : M. Amadou BOCOUM ; Maître de conférences

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

DEDICACE ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie cet humble et modeste travail à :

Mon père feu Allaye GUINDO :

Mon souhait était de partager cet instant de joie et de bonheur avec toi mais le tout puissant a voulu autrement. Cependant tu t'es toujours battu pour mon avenir, m'encourager pour que je puisse aller à l'école afin d'étudier. Tu as su inculquer en moi les règles de la bonne conduite, de la dignité, la sagesse et du respect de l'être humain, dans ma mémoire, je vous revois très souriant. Je n'oublierai jamais tes soutiens moraux, financiers, et tes sacrifices pour ma réussite. Une personne unique, au cœur d'or. Que le tout puissant t'accueille dans son paradis.

Ma mère Kadiatou DIARRA :

Tu m'as éduqué, et entretenue, ainsi j'ai appris de vous le courage, la dignité, l'humilité, la modestie et plus important encore le respect de soi. En m'inclinant devant vous comme signe de reconnaissance, dévouement, et entiers soumissions, je vous présente mes excuses pour tout le mal lié à mon âge et mon orgueil que vous avez dû subir, et demande vos bénédictions qui ne m'ont d'ailleurs jamais fait défaut. Puisse cet humble travail fruit de votre engagement me rende digne de vous, et le très miséricordieux vous accorde sa grâce, santé, et longévité Amina.

Toute la famille GUINDO :

Je ne saurai estimer l'assistance et l'affection dont j'ai bénéficié auprès de vous. Les mots me manquent pour vous témoigner de ma reconnaissance à l'égard de votre belles et généreuses familles. Durant toutes ces années passées ensemble, en aucun moment je me suis senti non Guindo. Recevez mes sincères remerciements pour ces années d'hospitalité. Que notre fraternité continue de rester la plus enviée du monde.

Mon père Lassine TANGARA et ma mère Sétou DIARRA :

Vous avez été toujours présents pour nous. Puisse Dieu vous bénir, vous accorder une bonne santé, une longue vie et beaucoup de bonheur. Ce travail est le fruit de tous les sacrifices que vous avez consentis pour moi. Une fois de plus merci.

A mon grand-père feu Moussa DIARRA :

Comment t'oublier cher grand-père ? Ta bonté, ton esprit de famille auquel tu attachais un amour particulier restent encore gravés dans ma mémoire, j'imagine quelle serait ta joie aujourd'hui, j'aurais voulu que tu assistes à l'aboutissement de ces années de dur labeur mais ALLAH en a décidé autrement. Je témoigne que tu as préservé les liens sacrés du sang cher

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

grand-père. Qu'Allah t'accorde la paix éternelle et t'accueille dans son paradis AL-Firdaws.
Amîne

A mes grand-mères Binta TAMBOURA, Fanta DIARRA et feu Aïssata DIARRA :

Vos combativités, vos courages, vos générosités resteront pour moi un repère sûr. vos peines, vos sacrifices n'ont pas de prix pour moi. Qu'Allah vous donne longue vie.

Ma Femme Aïssata GARANGO :

En acceptant de me suivre dans cette aventure folle, tu étais parmi les bons sens qui croyaient en moi.

Une partie du chemin a été parcouru, ce pendant le plus dur vient de commencer, ce qui me pousse à te ceci émanant de mon maître « sache que la polygamie très obligatoire de tout médecin fera que très souvent l'hôpital sera exigeant que toi, ta compréhension serait capitale pour la réussite de notre foyer »

Puisse Allah accorde le bonheur, la santé et la barika à notre union. Amina

Mes Tantes et Tontons : Yah Diarra, Wandé Coulibaly, Kadia Coulibaly, Mamou Diarra, Ami Diarra, Halima Diarra, Ramata Diarra, Gnanye Diarra, Maimouna Diarra, Ousmane Diarra, Mamadou Diarra, Mama Diarra, Alpha Diarra, Alou Diarra, Ousmane Diarra, Ayouba Diarra, Tidiani Diarra, Sidiki Diarra, Levieux Diarra, feu Adou Diarra, feu Sékou Diarra, feu Youssouf Diarra : vos accompagnements et soutiens moraux ont occupé une grande place à la réalisation de ce travail, que Dieu le tout puissant vous accorde sa grâce, longévité et santé, Amina.

Mes frères et sœurs : Madou Tangara, Aldiouma Guindo, Mamoussa Tangara, Youssouf Guindo, Hamidou Diarra, Youssouf Tangara, Issa Tangara, Moussa Tangara, Drissa Tangara, Seydou Tangara, Siaka Tangara, Alou Tangara, Daouda Tangara, Sidiki Tangara, Salif Tangara, Dama Guindo, Amadou Guindo, Abdoulaye Diarra, Coumba Guindo, Hawa Haïdara, Diahara Barry, Hawa Tangara, Magnini Tangara, Aïssata Tangara, Tah Tangara, Korotoumou Tangara, Aïssata Diarra, Binta Diarra : Vous savez que l'affection et l'amour fraternel que je vous porte sont sans limite. Je vous dédie ce travail en témoignage de cet amour et de la tendresse que j'ai à votre égard. Que le bon Dieu face que nous Pussions rester unis dans la tendresse et fidélité à l'éducation que nous avons reçue. J'implore Dieu qu'il vous apporte bonheur ; une longue vie et vous aide à réaliser vos vœux les meilleurs.

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

REMERCIEMENTS

A ALLAH le tout puissant, tout et très miséricordieux et son prophète Mohamed, paix et salut sur lui pour m'avoir donné le courage et la santé de mener ce travail, et de m'avoir donné l'énergie nécessaire pour franchir les différentes étapes de mes études. Je vous prie de me guider toujours vers le bon chemin.

A mon pays natal, le Mali : Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une éducation gratuite et sans discrimination de race ou de religion. Tu traverses un moment difficile de ton histoire mais nous ferons de toi « le plus envié du monde ».

A mes enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako : Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail cher Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude et ma reconnaissance éternelle pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

Au personnel du service Gynécologie-Obstétrique : A mes chers maîtres : Pr Coulibaly Pierre, Dr Bagayogo Seydou Nanko, Dr Sarampo Amadou, Chers maîtres les mots me manquent pour vous témoigner toute ma gratitude. Grâce à vous, j'ai acquis la base de la gynécologie, vos conseils, vos staffs et cours d'enseignements m'ont été d'un apport inestimable. Merci pour la qualité de l'enseignement reçu.

Mes sincères remerciements **au Professeur Mamadou Karim Touré MKT** et à **Aida Topan** l'infirmière de sante publique.

Aux Sages-femmes et aux Infirmières du service de Gynéco-Obstétrique de l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti : C'est le lieu pour moi de témoigner vos compétences, et vos rigueurs pour le bon fonctionnement du service. Ça été un plaisir de travailler avec chacun de vous. Que le tout puissant vous accorde du succès dans vos futurs projets.

A mes Aînés du service : Dr Ouologuem Andialou, Dr Walet Fatoumata, Dr Sarampo Alassane, Dr Ganamé Mamoudou Larabou, Dr Alassane Touré, Dr Ousmane Konékéou, Dr Kassim Nientao, Dr Dembélé Kalifa **A mes Collègues Thésards du service : Traoré Mahalmoudou, Maïga Imadoudini, Sylla Ousmane**. Merci pour la bonne collaboration et en souhaitant à chacun de vous, une très belle carrière socio-professionnelle.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- ❖ **Maître de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CSREF CV du district de Bamako ;**
- ❖ **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle, décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- ❖ **Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Gynécologues et Obstétriciens du Canada (SOGOC) ;**
- ❖ **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako.**

Cher maître :

En vous adressant ces quelques mots, nous souhaitons exprimer notre profonde gratitude et notre immense respect pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre ponctualité, votre disponibilité, votre simplicité, et votre compétence sont des qualités exceptionnelles qui font de vous un maître exemplaire. Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre reconnaissance et nos sincères remerciements.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Karamoko SACKO

- ❖ **Maître de conférences en pédiatrie à la FMOS ;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré ;**
- ❖ **Spécialiste en hépato-gastro-entérologie pédiatrique ;**
- ❖ **Spécialiste en nutrition pédiatrique ;**
- ❖ **Responsable de l'unité de nutrition de pédiatrie au CHU Gabriel Toure ;**
- ❖ **Responsable de l'unité de pédiatrie II au CHU Gabriel Touré ;**
- ❖ **Membre de l'Association Malienne de Pédiatrie (AMAPED).**

Cher maître :

Nous sommes très sensibles et très reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations, pour nous permettre de bénéficier vos apports pour l'amélioration de ce travail.

Votre modestie, votre détermination, et votre simplicité nous on forcément marqué.

Veillez accepter cher maître l'expression de nos sentiments les plus distingués.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Mamadou Karim TOURE

- ❖ **Maître de conférences en Anesthésie Réanimation à la FMOS ;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU-Hôpital de Dermatologie de Bamako ;**
- ❖ **Chef de service d'anesthésie-réanimation, et du bloc opératoire du CHU-Hôpital de Dermatologie de Bamako ;**
- ❖ **Spécialiste en Anesthésie-Réanimation obstétricale et pédiatrique ;**
- ❖ **Spécialiste en Anesthésie-Réanimation oncologique ;**
- ❖ **Spécialiste en Neuro-Anesthésie-Réanimation ;**
- ❖ **Membre de la Société d'Anesthésie-Réanimation et de Médecine d'Urgence du Mali (SARMU- Mali) ;**
- ❖ **Membre de la Société Marocaine d'Anesthésie et de Réanimation (SMAR) ;**
- ❖ **Membre de la Société d'Anesthésie de Réanimation d'Afrique Francophone (SARAF).**

Cher maître

Nous avons été touchés par votre simplicité, votre rigueur, votre disponibilité et votre sympathie.

Nous sommes très contents de pouvoir bénéficier vos apports pour ce travail. Vos qualités humaines et professionnelles jointes à votre compétence et votre caractère social font de vous un maître exemplaire.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Amadou BOCOUM

- ❖ **Maître de conférences agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS ;**
- ❖ **Praticien hospitalier au CHU Gabriel TOURE ;**
- ❖ **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire d'échographie en Gynécologie et Obstétrique en France ;**
- ❖ **Titulaire d'un diplôme Inter Universitaire de cœlioscopie en Gynécologie en France ;**
- ❖ **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie de l'Université Paris Descartes ;**
- ❖ **Secrétaire général adjoint de la Société malienne de Gynécologie obstétrique (SO.MA.GO).**

Cher maître :

Nous avons été émus par votre disponibilité, votre modestie, votre sens élevé de responsabilité, votre exactitude scientifique, vos qualités humaines et pédagogiques qui font de vous un modèle à suivre.

Cher maître, soyez rassuré, de notre entière disponibilité et de notre profonde gratitude.

Puisse ALLAH vous accorder santé et longévité !

SIGLES ET ABREVIATIONS

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent

BGR : Bassin Généralement Rétréci

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm : Centimètre

CPA : Consultation Pré Anesthésique

CPN : Consultation Prénatale

CPON : Consultation Post Natale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CS Réf : Centre de Santé de Référence

CU : Contraction utérine

DES : Diplôme d'Etude Spécialisée

EDS : Enquête Démographique et de la Santé

FFI : Faisant Fonction d'Interne

GP : Grossesse Pathologique

GESTA : Gestion du Travail et de l'Accouchement

HTA : Hypertension Artérielle

HU : Hauteur Utérine

IGG : Intervalle Inter Génésique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation non Gouvernementale

PF : Planning Familial

PMA : Plateau Minimal d'Activité

PTME : Prévention de la Transmission Mère

Enfant

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

SA : Semaine d'Aménorrhée

SAA : Soins Apres Avortement

SOMAGO : Société malienne de Gynécologie obstétrique

TA: Tension Artérielle

USA: United States of America

USAC : Unité de Soins d'Accompagnement et Conseils

< : Inférieur

≥ : Supérieur ou égal

≤ : Inférieur ou égal

% : Pourcentage

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des parturientes selon les tranches d'âge.....	27
Tableau II: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.....	28
Tableau III: Répartition des parturientes selon le niveau de scolarisation.....	29
Tableau IV: Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux. ..	30
Tableau V: Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux	31
Tableau VI: Répartition des parturientes selon le nombre de césarienne antérieure.	31
Tableau VII: Répartition des parturientes selon la gestité.....	32
Tableau VIII: Répartition des parturientes selon la parité.	32
Tableau IX: Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse.....	33
Tableau X: Répartition des parturientes selon les auteurs des CPN.	33
Tableau XI: Répartition des parturientes selon le nombre de CPN réalisée.....	34
Tableau XII: Répartition des parturientes selon le Motif d'admission.	34
Tableau XIII: Répartition des parturientes selon la phase du travail d'accouchement a l'admission.	35
Tableau XIV: Répartition des parturientes selon l'indication de la césarienne.	36
Tableau XV: Répartition des parturientes selon les motifs d'indication de la césarienne en urgence.....	37
Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la qualification de l'auteur de la césarienne.	39
Tableau XVII: Répartition des parturientes en fonction des complications peropératoire.....	40
Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon la prise en charge des complications per opératoire.	40
Tableau XIX: Répartition des parturientes selon les complications postopératoires.....	41
Tableau XX: Répartition des parturientes selon la durée du séjour.....	41
Tableau XXI: Répartition des parturientes selon APGAR à la 1ere minute.	42
Tableau XXII: Répartition des parturientes selon APGAR à la 5 ^e minute.....	42
Tableau XXIII: Répartition des parturientes selon les complications néonatales.	43
Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon le type d'anesthésie réalisée pendant la césarienne en fonction de réalisation de la CPA	44
Tableau XXV : Répartition des complications peropératoires en fonction de la qualification de l'anesthésiste.	44

Tableau XXVII: Répartition des complications peropératoires en fonction de l'heure de réalisation de la césarienne.....	45
Tableau XXVIII: Répartition des complications post-opératoires en fonction de l'heure de réalisation de la césarienne.....	45
Tableau XXIX : Répartition des complications fœtales en fonction de l'heure de réalisation de la césarienne.....	46
Tableau XXX : Répartition des complications peropératoires en fonction de la phase du travail d'accouchement.	46
Tableau XXXI: Répartition des complications post-opératoires en fonction de la phase du travail d'accouchement.	47
Tableau XXXII: Répartition des complications fœtales en fonction de la phase de travail.	47
Tableau XXXIII: Répartition des Complications peropératoires en fonction des indications de la césarienne.....	48
Tableau XXXIV: Répartition des indications de la césarienne en fonction des complications post-opératoires.....	49

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma de la coupe sagittale de l'utérus gravide, tiré de Kamina P [11]	6
Figure 2 : Schémas des Rapports de l'utérus gravide à terme, tiré de Kamina P [11]	9
Figure 3 : Schémas du Segment inférieur. [11].....	11
Figure 4 : Vaisseaux de l'utérus et rapport du col de l'uterus. [11].....	12
Figure5: Répartition des parturientes selon la profession.	28
Figure 6: Répartition des parturientes selon la provenance.	29
Figure 7: Répartition des parturientes selon les modes d'admission.	30
Figure 8 : Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'admission	35
Figure 9 : Répartition des parturientes selon la réalisation de CPA.	37
Figure 10 : Répartition des parturientes selon le type d'anesthésie réalisé pendant la césarienne.....	38
Figure 11 : Répartition des parturientes selon la qualification de l'auteur de l'anesthésie	38
Figure 12: Répartition des parturientes en fonction du moment de réalisation de la césarienne dans la journée.	39

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

TABLE DES MATIERES

Table des matières

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	4
1. Objectif général :	4
2. Objectifs spécifiques :.....	4
III. GENERALITES	6
1- Définition :.....	6
2- Rappels anatomiques de l'utérus gravide :.....	6
3- Les indications de la césarienne.....	13
4- Les complications de la césarienne :	17
IV. METHODOLOGIE.....	21
1. Cadre d'étude :.....	21
2. Type d'étude :	22
3. Période de collecte des données :	23
4. Population d'étude :.....	23
5. Echantillonnage :	23
6. Taille de l'échantillon :.....	23
7. Collecte des données :	23
8. Variables étudiées :.....	24
9. Analyse et traitement des données :	24
10. Définitions opérationnelles :.....	24
11. Aspect opérationnel des variables :	25
V. RESULTATS	27
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	51
VII. CONCLUSION.....	56
VIII. RECOMMADATIONS	58
IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	60
X. ANNEXES	65

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

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

La césarienne d'urgence est définie comme étant celle réalisée dans l'immédiat, pour prévenir la survenue d'une complication maternelle et/ou fœtale, avant le début du travail ou au cours du travail d'accouchement. Bien qu'un moyen efficace pour réduire la mortalité maternelle et périnatale dans de nombreuses situations obstétricales, la césarienne d'urgence comporte un risque de complications maternelles et périnatales quatre fois plus élevé qu'un accouchement normal [2].

L'anesthésie, et particulièrement l'anesthésie générale est une cause fréquente de décès maternelle au cours des césariennes d'urgences surtout dans les pays en développement [3].

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), le taux optimal de césariennes devrait se situer entre **5%** et **15%** [4,5], et les variations entre établissements ne devraient pas dépasser **25%**. D'après les données de l'OMS du **05 novembre 2020**, les taux de césariennes varient de **1%** à **58%** à travers le monde [6].

En **2021** les taux de césarienne d'urgence étaient de **17%** aux Etats-Unis [7], et **12%** en Belgique [8]. D'après les estimations les plus récentes en France le taux de césarienne était **21,2%** des accouchements, dont environ deux tiers sont réalisée en situation d'urgence (**68%**) [9].

En Afrique, plus particulièrement en Afrique de l'ouest [10] les taux de césarienne d'urgence sont respectivement : **15,32%** ; **14,87%** ; et **15,87%** au Sénégal, Burkina Faso et au Mali. [11]

En **2022** au Mali, la fréquence de césarienne d'urgence était **69,30%**, **77%**, et **69,5%** de l'ensemble des césariennes respectivement à l'hôpital de Sikasso [12], l'hôpital de Ségou [13] et au Csref de Kati [14].

Bien que les taux de césariennes électorives soient de plus en plus élevés dans les pays développés, les césariennes électorives réalisées en situation d'urgence restent encore fréquemment pratiquées en Afrique subsaharienne [15]

Des parturientes qui devraient normalement bénéficier d'une césarienne électorive sont retenues encore dans nos salles de travail où elles sont soumises à de rudes épreuves du travail

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

d'accouchement, rendant souvent le pronostic materno-fœtal incertain voire catastrophique [16].

C'est dans cette optique que les autorités sanitaires du Mali ont mis en place un système de référence/évacuation pour améliorer la couverture des besoins obstétricaux [17].

L'hôpital sominé Dolo de Mopti est une structure de 2ème niveau de référence qui reçoit les patientes venues d'elles-mêmes ou évacuées des Cscm et Csref environnants avec souvent des complications obstétricales mettant en jeu le pronostic materno-fœtal immédiat. Nous avons initié ce travail pour étudier le pronostic materno-foetal des césariennes d'indication élective mais réalisées en situation d'urgence à l'hôpital sominé Dolo de Mopti.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

OBJECTIFS

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

II. OBJECTIFS

1. Objectif général :

- Etudier les césariennes d'indication électorives mais réalisées en situation d'urgence à l'hôpital sominé Dolo de Mopti.

2. Objectifs spécifiques :

- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes.
- Déterminer les indications.
- Préciser le pronostic maternel et le devenir immédiat des nouveau-nés.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

GENERALITES

III. GENERALITES

1- Définition :

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après cœliotomie, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale [18].

2- Rappels anatomiques de l'utérus gravide :

Au cours de la grossesse l'utérus subit des 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 32 cm de long sur 20 à 25 cm de large.

Du point de vue anatomique, l'utérus gravide comprend trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe, dans les derniers mois, une portion propre de la grossesse : le segment inférieur (figure.3).

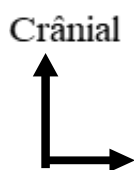
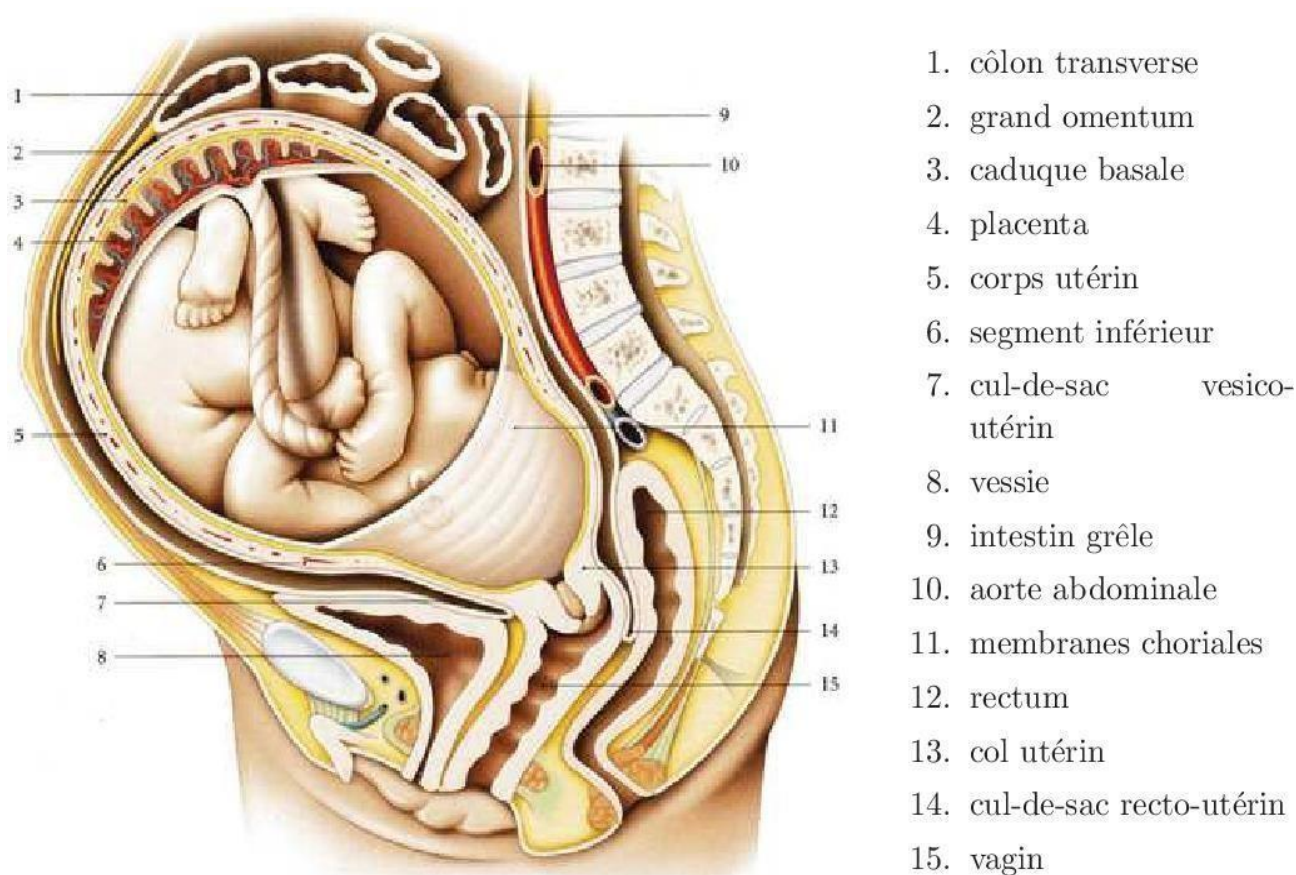


Figure 1: Schéma de la coupe sagittale de l'utérus gravide, tiré de Kamina P [11]

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

2-1. Corps de l'utérus :

L'utérus augmente progressivement de volume, d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée. L'augmentation est due à l'hypertrophie des éléments musculaires, par hyperplasie des éléments existants et métaplasie à partir des histiocytes, puis à la distension des parois utérines par l'œuf.

Utérus non gravide : Hauteur= 6-8 cm, Largeur= 4-5 cm

A la fin du 3^e mois de la grossesse : Hauteur =13cm, Largeur= 10cm

A la fin du 6^e mois de la grossesse : Hauteur= 24cm, Largeur= 16cm

A terme : : Hauteur= 32-34cm, Largeur= 22cm

2-1-1. Le poids : L'utérus non gravide pèse environ 50 g, à terme son poids varie de 900 à 1200 g.

2-1-2. La capacité : La capacité de l'utérus non gravide est de 2 à 3 ml, et à terme, elle est de 4 à 5 L.

2-1-3. Epaisseur des parois : Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient, puis s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe.

A terme, leurs épaisseurs sont de 8 à 10 mm au niveau du fond, de 5 à 7 mm au niveau du corps. Après accouchement, elles se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.

2-1-4. Consistance : L'utérus non gravide est fermé, il se ramollit pendant la grossesse.

2-1-5. Situation : Pelvien pendant les premières semaines de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du deuxième mois.

2-1-6. Direction : Au début de la grossesse, l'utérus conserve ou même accentue son antéversion ; puis il s'élève dans l'abdomen.

A terme, la direction de l'utérus dans le sens antéropostérieur dépend de la paroi abdominale.

Sur la femme debout, l'axe de l'utérus est sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur si la paroi abdominale est résistante (primipare). Quand la paroi est flasque (multipare), l'utérus se place en antéversion. Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline en général du côté droit (76% des cas), plus rarement à gauche. L'utérus subit un mouvement de rotation sur son axe vertical, de gauche à droite, qui oriente sa face antérieure en avant et à droite.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

2-1-7. Rappports : Au début de la grossesse, les rappports de l'utérus encore pelvien restent les mêmes qu'en dehors de la grossesse.

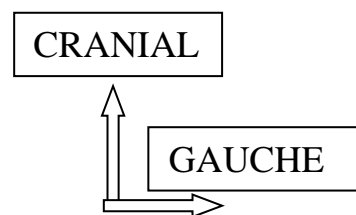
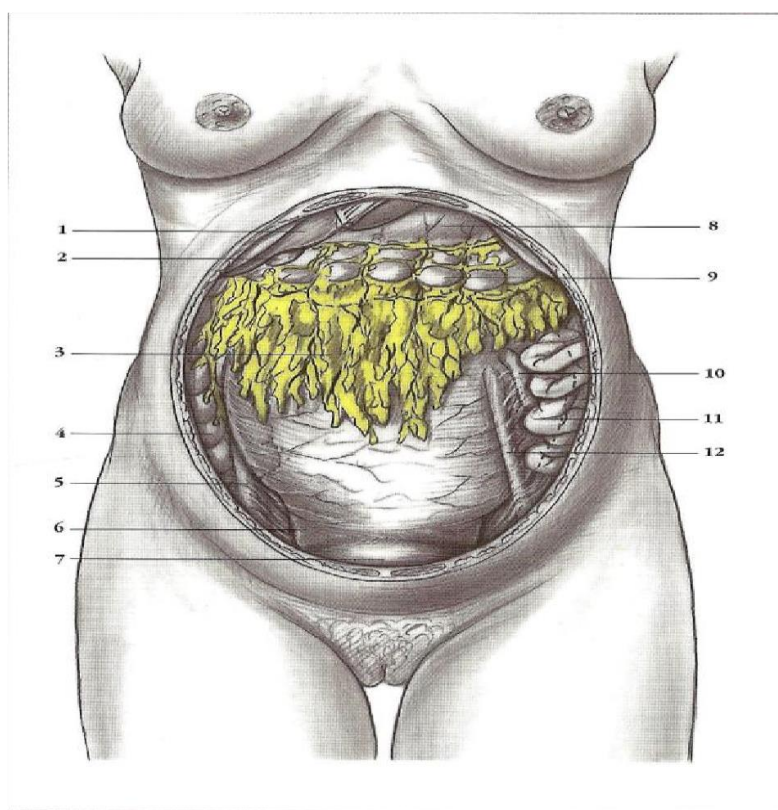
A terme, l'utérus est abdominal :

- **En arrière**, l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte, avec les muscles du psoas croisés par les uretères, avec une partie des anses grêles.
- **En avant**, sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la femme indemne d'opération abdominale. Dans sa partie inférieure, elle entre en rapport avec la vessie lorsqu'elle est pleine.
- **En haut**, le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière.
- **À droite** il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire.

Le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le caecum et le colon ascendant ;

Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au colon descendant.

2-1-8. Structure : L'utérus comporte trois tuniques : de l'intérieur vers l'extérieur : **la muqueuse, la musculuse, et la séreuse.**



1-Foie ; 2-Vésicule biliaire ; 3-Grand omentum ; 4-caséum ; 5-Ligament rond droit ; 6-Segment inférieur ; 7-Vessie ; 8-Estomac ; 9-Colon transverse ; 10-Trompe utérine gauche ; 11-Intestin grêle ; 12-Ligament rond gauche.

Figure 2 : Schémas des Rapports de l'utérus gravide à terme, tiré de Kamina P [11]

2-2. Segment inférieur : C'est la partie basse et mince de l'utérus gravide, située entre le corps et le col. C'est une entité propre de la grossesse et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois. Son origine, ses limites, sa structure ont donné lieu à des discussions byzantines, dans lesquelles on ne s'engagera pas. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

2-2-1. Forme : Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure : caractère important, puisque c'est sur la paroi antérieure que porte l'incision de la césarienne segmentaire.

2-2-2. Situation : Le segment inférieur occupe, au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

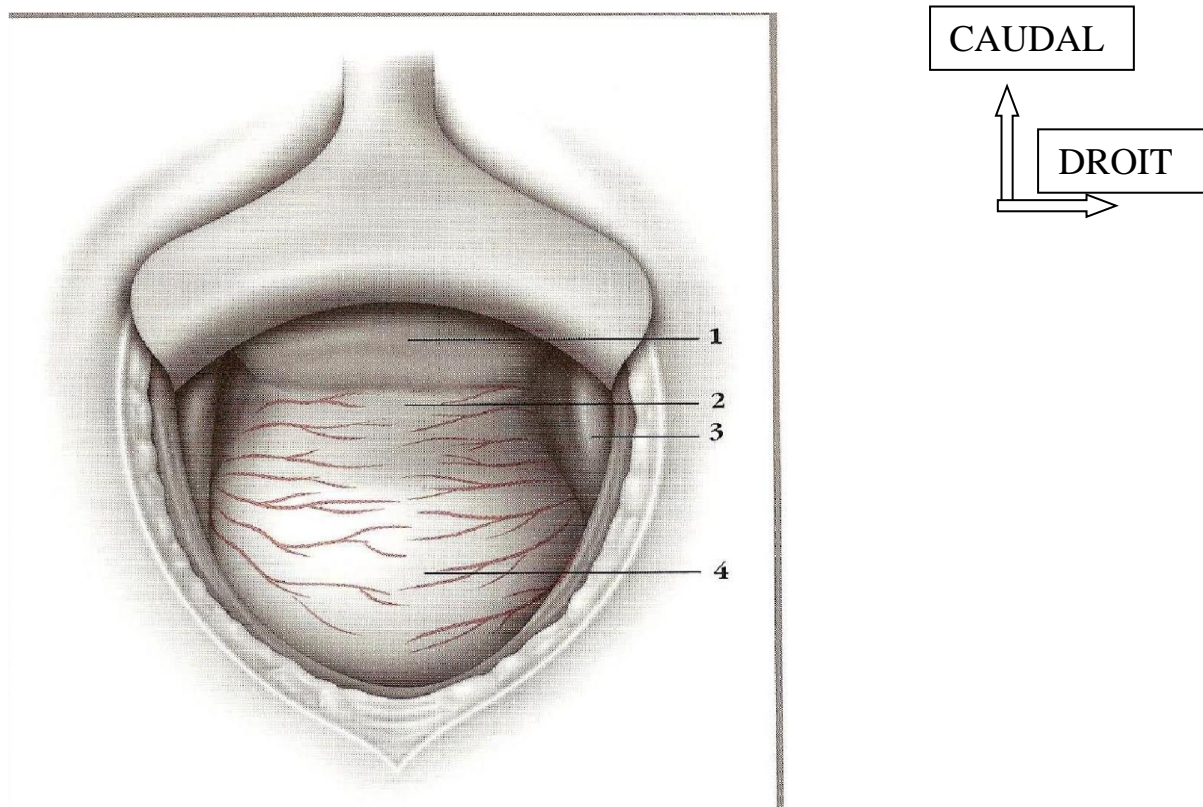
2-2-3. Caractères : Son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4 mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe intimement la présentation, circonstance réalisée au maximum dans la présentation du sommet engagée. C'est à dire que la minceur du segment inférieur, est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment inférieur, appréciée par la clinique, est donc un élément favorable de pronostic de l'accouchement.

2-2-4. Limites : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, bien visible après l'hystérotomie lors de l'opération césarienne pratiquée avant le travail. La limite supérieure est marquée par le changement de l'épaisseur de la paroi : c'est la partie corporeale. Cet épaissement donne l'impression d'un anneau musculaire, surtout au moment de la contraction et plus encore après l'expulsion du fœtus.

2-2-5. Rapports :

- **En avant** il est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhère au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale de la cicatrice utérine dans la césarienne segmentaire. Le péritoine, après avoir formé le cul de sac vésico-utérin, tapisse la face postérieure de la vessie, puis devient pariétal, doublant la paroi abdominale antérieure. La vessie même vide, est toujours au-dessus du pubis, rapport à connaître lors de l'incision du péritoine pariétal.
- **En arrière**, le profond cul-de-sac de Douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.
- **Latéralement**, la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère.

2-2-6. Structure : Le segment inférieur est formé principalement de fibres conjonctives et élastiques, la musculature est très mince, faite d'une quinzaine de couches musculaires. C'est au niveau du segment inférieur que doit se faire l'incision antérieure de l'utérus lors de la césarienne.



1-Vessie ; 2-Segment inférieur ; 3-Ligament rond ; 4-Corps utérin

Figure 3 :Schémas du Segment inférieur. [11]

2-3- Le col de l'utérus : Contrairement au corps, il se modifie peu pendant la grossesse. Il subit des modifications liées à l'imbibition gravidique ; le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse

2-4- Vascolarisation de l'utérus gravide :

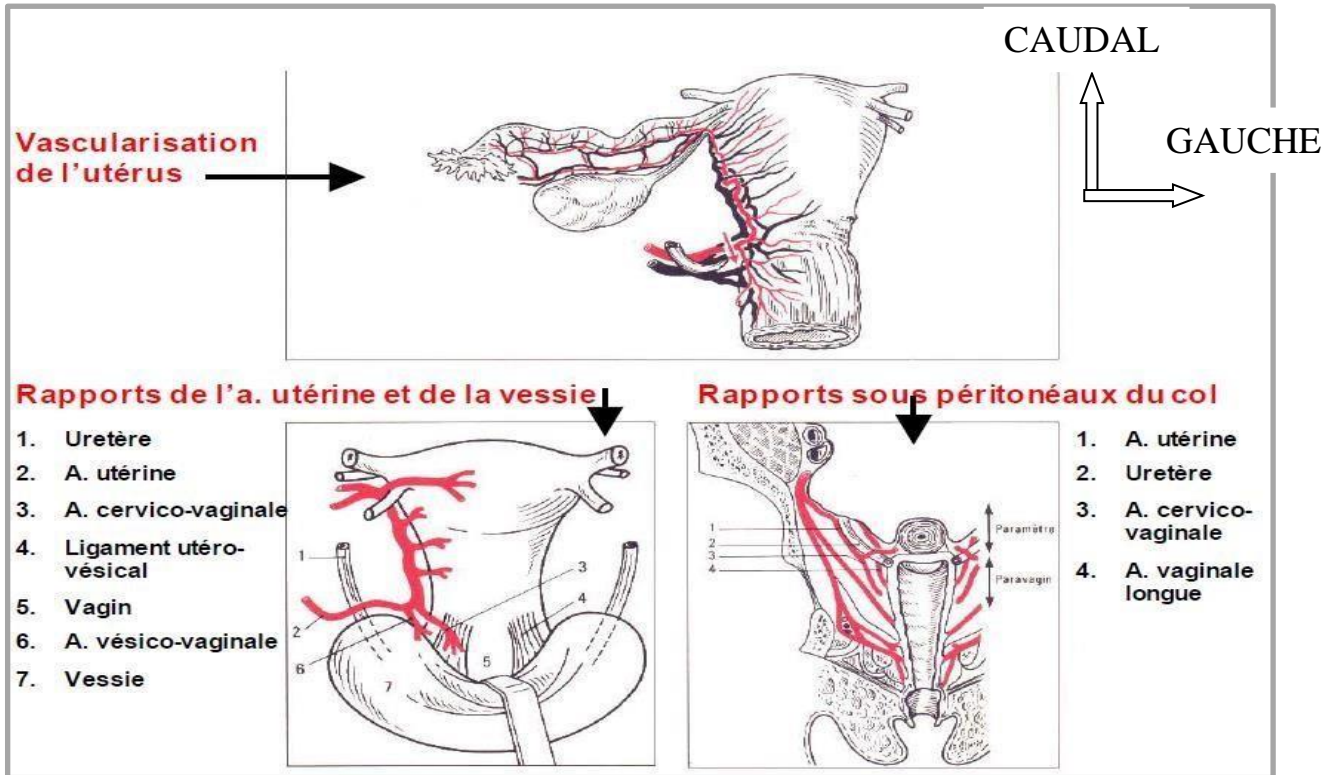
2-4-1. Les artères : L'artère utérine prend son origine le plus souvent de l'artère hypogastrique (artère iliaque interne) ; la branche utérine augmente de longueur tout en restant flexueuse ; anastomosée entre elle de chaque côté mais non avec celle du côté opposé. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexi-forme, deviennent rectilignes s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire. Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui bifurquent pour donner une branche antérieure et une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur.

2-4-2. Les veines : Considérablement développées, elles forment les gros troncs veineux latéro-utérins qui collectent les branches corporelles réduites à leur endothélium à l'intérieur

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

de la couche plexi-forme, soumises ainsi à la rétractilité des anneaux musculaires après la délivrance.

2-4-3. Les lymphatiques : Nombreux et hypertrophiés, Les lymphatiques forment trois réseaux : muqueux, musculaire, et sous séreux.



□

Figure 4 : Vaisseaux de l'utérus et rapport du col de l'uterus. [11]

2-5- Innervation de l'utérus gravide : L'innervation de l'utérus gravide est assurée par :

- Les ganglions semi-lunaires ;
- Le plexus mésentérique ;
- Le nerf pré sacré ;
- Le filet provenant du plexus hémorroïdal supérieur ;
- Les ganglions sympathiques lombaires ;
- Les ganglions sympathiques sacrés ;
- Le plexus hypogastrique inférieur et ;
- Les racines sacrées

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

3- Les indications de la césarienne.

3-1 Césariennes électorives :

L'indication est portée en consultation prénatale :

3.1.1-Indications maternelles :

- **Les anomalies du bassin :**

Les bassins généralement rétrécis ;

Bassin asymétrique ;

Bassin ostéomalacie ;

- **La présence de cicatrice utérine notamment :**

Un utérus bi cicatriciel ou plus impose une césarienne ;

Un utérus uni cicatriciel associé à un facteur de risque (bassin limite, bassin asymétrique, IGG inférieur à 2ans, présentation de siège).

- **Les pathologies maternelles :**

Cardiopathies maternelles ;

Décollement de la rétine ;

Pré éclampsie sévère ;

Le diabète : l'intervention est décidée vers 37 SA dans le but préventif de macrosomie fœtale,

Les antécédents accidents vasculaires cérébraux ou tumoraux ;

Les hémopathies malignes (maladie de Hodgkin) ;

Les cancers du col constituant un obstacle prævia ;

La maladie herpétique (vulvo-vaginal) ;

Les troubles respiratoires avec hypoventilation ;

Les indications circonstanciées existent ;

Les condylomes vulvaires géants ;

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

L'allo-immunisation materno-fœtale. La césarienne est indiquée dans les cas d'atteintes graves et l'accouchement est le plus souvent prématuré. Le diagramme de LILLEY est d'un apport utile.

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

Les antécédents de déchirure compliquée du périnée.

Les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales.

Les prolapsus génitaux.

3.1.2-Indication ovulaire :

Placenta prævia surtout central et hydramnios du fait du risque de procidence du cordon dont la gravité est aussi importante en siège qu'en sommet.

Kyste de l'ovaire ou fibrome pédicule prolabant dans le Douglas.

3.1.3-Indications fœtales :

- **Souffrance fœtale chronique :**

Elle observe généralement dans les pathologies avec retard de croissance in utero et dans les dépassements de terme.

Le diagnostic par enregistrement du rythme cardiaque fœtal et par la mesure du potentiel hydrogène (PH) intra-utérin.

- **Malformations fœtales :**

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

- **Prématurité :**

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

- **Grossesse multiple :**

- Grossesse gémellaire : dont le 1er jumeau est en présentation du siège et le second en présentation céphalique est une indication de césarienne pour certains centres de santé ou J1 en une autre présentation non céphalique.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

-Grossesse multiple (plus de 2 fœtus) dans la majorité des cas accouchent par césarienne.

- **Gros fœtus** : Les macrosomies, poids estimé à 4000g ou plus, ou diamètre bipariétal >100mm doivent bénéficier d'une césarienne prophylactique.
- **Enfant préventieux** : sans hiérarchisation de la valeur des enfants ; cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.
- **Mort in utéro habituelle** : lorsqu'elle survient régulièrement à la même date, il faut pratiquer la césarienne une semaine auparavant.
- **La faible fécondité**, les naissances programmées, l'existence des pathologies maternelles limitant les possibilités de grossesses exigent de minimiser les traumatismes obstétricaux dans les répercussions fœtales en terminant la grossesse par une césarienne.
- **Présentation non céphalique** :

La présentation de l'épaule : c'est la présentation transversale où la tête se trouve dans un flanc.

La présentation du front.

La présentation de la face.

La présentation de siège : dont la majorité des cas ne conduit à la césarienne que lorsqu'il s'y associe d'autres facteurs. Longtemps considéré comme une présentation eutocique, le siège est aujourd'hui considéré par certains auteurs comme potentiellement dystocique

3-2 Césariennes d'urgences :

3.2.1. Indications maternelles :

- **Pré-rupture utérine** : est reconnue cliniquement devant l'hypertonie et un mauvais relâchement entre les contractions, l'apparition de douleur segmentaire et/ou de saignement 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), tension excessive sur les ligaments ronds et la rupture vraie qui nécessite bien sur une intervention d'extrême d'urgence.
- **L'hypertension artérielle** : elle impose la césarienne en urgence lors des accidents aigus qui mettent en jeu la vie du fœtus et de la mère : éclampsie, hématome retro-placentaire.

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

- **Dystocies dynamiques** : Les dystocies dynamiques sont actuellement rares du fait de la meilleure connaissance de leur physiopathologie et de la thérapeutique adéquate qu'on y oppose. Il faut cependant, avoir à l'esprit que l'arrêt de la dilatation au cours du travail d'accouchement peut être la traduction d'une dystocie mécanique parfois difficile à cerner
- **La dystocie cervicale** ;
- **Echec de l'épreuve du travail** : Echec de tentative d'accouchement sur un bassin limite est une indication de césarienne.
- **Les échecs de déclenchements** ;
- **Les échecs d'extraction instrumentale** : ventouse ou forceps.
- **L'éclampsie** : Est une indication de césarienne, sauf si la tête est engagée à la partie basse (il est plus rapide de faire un forceps),
- **Dystocies mécaniques** : Ce groupe comprend toutes les césariennes dont l'indication est essentiellement d'ordre mécanique
- Disproportions fœto-pelviennes d'origine maternelle : bassin rétréci ; bassin asymétrique,

3.2.2. Indications fœtales :

- **La souffrance fœtale aigue** : Survient au cours du travail d'accouchement, et elle est appréciée par la clinique (liquide amniotique méconial associé à une modification du bruit du cœur fœtal : inférieur à 120 batt/mn ou supérieur à 160 batt/mn), l'enregistrement du bruit du cœur fœtal, et la pH-métrie, est bien une indication extrême de césarienne, sauf si une possibilité immédiate d'extraction par voie basse.
- **Macrosomie** ;
- **Présentations dystociques** : front, épaule, face en mento-postérieur, et les présentations du siège
- **Malformations fœtales.**

3.2.3. Indications ovulaires :

- **Le placenta prævia** : Est une indication de césarienne en deux conductions : soit parce qu'il est recouvrant, soit parce qu'il est hémorragique.
- **La procidence du cordon** : C'est une indication indiscutable, car elle entraîne une souffrance fœtale aigue par compression, dessiccation ou la mort réflexe du cordon ombilical. Elle impose une césarienne d'extrême urgence sauf si l'enfant est mort, la

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

tête est engagée à la partie basse (il est plus rapide de faire un forceps), une présentation du siège à dilatation complète chez multipare sans anomalie du rythme cardiaque fœtal.

- **L'hématome retro-placentaire** : Est une indication de césarienne d'urgence si le fœtus est vivant ou après la survenue une coagulopathie avec fœtus mort.

4- Les complications de la césarienne :

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

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

4.1- Les complications per opératoires :

Complications maternelles :

- L'hémorragie :

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

- Soit généraux : des facteurs de la coagulation et de l'hémostase déficiente ;
- Soit locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (atonie utérine, placenta acréta).

- Les lésions intestinales :

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

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

- Les lésions urinaires :

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

- Atonie utérine :
- Les complications anesthésiques :

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

Complications fœtales :

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

On peut avoir :

Les complications liées aux drogues anesthésiques,

La dépression respiratoire du nouveau-né,

Les complications infectieuses,

La Souffrance fœtale aigue,

Les fractures.

4-2-Les complications post-opératoires :

4.2.1- Les complications maternelles :

- Les complications infectieuses :

Elles sont les plus nombreuses, 30 à 40% des césariennes selon la littérature.

Cette fréquence trouve son explication dans cette phrase de GALL : « la flore vaginale, après que la rupture des membranes, les touchers, les manœuvres, en aient permis l'ascension, trouve dans les tissus lésés les petits hématomes, le matériel de suture, un excellent milieu de culture ».

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

- L'hémorragie post opératoire : Plusieurs sources existent.

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

- Les complications digestives :

L'iléus paralytique post opératoire fonctionnel, les vomissements, la diarrhée.

- La maladie thromboembolique :

Elle est prévenue par le lever précoce, ou l'administration de l'héparine à dose préventive dans les cas à risque (phlébites, antécédent des maladies thromboemboliques).

- Les complications diverses :

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésicovaginales, embolies amniotiques.

4.2.2- Les complications fœtales :

En dehors de toute souffrance fœtale pendant la grossesse, on peut avoir :

- Les complications infectieuses
- La dépression respiratoire du nouveau-né
- La mortalité du nouveau-né.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

METHODOLOGIE

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

IV. METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

L'étude a été menée dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

1-2-Présentation du service de Gynéco-Obstétrique :

Il assure la prise en charge de toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales du cercle de Mopti et des centres de santé de référence de la région, et parfois de celles de certains cercles du nord. Actuellement le service fait partie du groupe « Pool mère enfant », constitué de service de Gynéco-Obstétrique et de la pédiatrie.

Situation :

Le service de gynécologie obstétrique est situé à l'Est de la grande porte d'entrée, à l'Ouest de la pédiatrie, au Nord des toilettes publiques et au sud des boxes de consultation externe.

Personnel : Le personnel est composé de :

- * Deux (2) gynécologues obstétriciens ;
- * Cinq (5) sages-femmes dont la sage-femme maitresse ;
- * Cinq (5) infirmières obstétriciennes et trois (3) infirmières de santé publique chargées des soins des patientes dans l'unité d'hospitalisation.
- * Trois (3) manœuvres ; C'est un lieu de stage qui reçoit, les étudiants et thésards de la FMOS, des étudiants de l'INFSS et des écoles privées de santé.

Infrastructures : Le service comprend :

- * Un bureau pour chaque gynéco-obstétricien ;
- * Un bureau pour la sage-femme maitresse ;
- * Un bureau de consultation externe des gynéco-obstétriciens ;
- * Une salle d'urgence, avec 2 bouches d'oxygène et aspirateur, ventilée ;
- * Une salle de garde pour les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes ventilée, climatisée ;
- * Une salle de garde pour les infirmières santé publique climatisée ;
- * Une salle de garde avec toilette, ventilée, climatisée, pour les médecins ;
- * Une salle de garde des thésards du service ventilée et climatisée ;
- * Une salle de CPN ventilée et climatisée ;
- * Une salle de travail ayant deux lits, deux bouches d'oxygène et d'aspirateur ;
- * Une salle d'accouchement climatisée ayant trois box, 2 bouches d'oxygène et d'aspirateur dans chaque box ;

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

- *Un bloc opératoire avec vestiaire, contiguë à la salle d'accouchement ;
- *Une salle de suites de couches physiologiques ayant deux lits deux bouches d'oxygène et aspirateur ;
- * Une salle de soins nouveaux nés ayant trois bouches d'oxygène et aspirateur, climatisée et ventilée ;
- * Une unité hospitalisation et soins ventilée avec trois toilettes externes pour les malades et accompagnants ;
- * Deux magasins ;
- *Cinq (5) salles d'hospitalisation comprenant :
 - Deux (2) salles d'hospitalisation ayant 6 lits chacune et ventilées ;
 - Deux (2) salles à 3 lits chacune et ventilées ;
 - 1 salle VIP ayant 1 lit, ventilée et climatisée.
- *1 salle de surveillance des patientes dans les 6 premières heures postopératoires, ayant trois (3) lits, ventilée et climatisée ;
- *une unité de one stop center pour les survivants de VBG (violence basée sur le genre) dont : une salle pour la gestionnaire des cas ; une salle pour la psychologue ; une salle de jeux pour les enfants ; une salle pour les policiers ‘
- *Une salle de pansements post-opératoires.
- *Deux toilettes fonctionnelles pour le personnel ;
- *Deux bureaux d'accueil maternité ;

Fonctionnement : Les consultations externes sont effectuées du Lundi au Mercredi par les Gynécologues avec le concours des sages-femmes et les faisant fonction d'interne. Les Mercredi et Jeudi sont les jours d'interventions programmées. Les visites aux malades hospitalisées se font également tous les jours à partir de 10 heures après le staff qui se tient du lundi au vendredi à partir de 8 heures. La garde est assurée par un gynécologue, une sage-femme, une infirmière obstétricienne, une infirmière santé publique et les stagiaires en formation (un thésard, étudiant) et un personnel d'appui (un manœuvre). Le service reçoit les patientes de la ville de Mopti et environnants ainsi que les patientes référées des CSCOM et des CSRéf des autres cercles, et souvent des CS réf de certains cercles du nord.

2. Type d'étude :

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

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

3. Période de collecte des données :

Les données collectées concernaient la période allant du 01/01/2024 Au 31/12/2024 soit une période de 12 Mois.

4. Population d'étude :

Elle était constituée de tous les accouchements réalisés pendant la période de collecte de données dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

5. Echantillonnage :

Critères d'inclusion :

- Nous avons inclus dans l'étude, les césariennes d'indication élective, mais réalisées en situation d'urgence à l'hôpital sominé Dolo de Mopti durant la période du 01/01/2024 au 31/12/2024

Critères de non inclusion :

- N'ont pas été inclus dans l'étude les cas de césariennes d'indication élective, réalisées en situation d'urgences mais qui n'ont pas voulu participer au travail.

6. Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon correspondait au nombre de césariennes d'indication élective mais réalisées dans un contexte d'urgence, soit un échantillon de 82cas.

7. Collecte des données :

Nous avons procédé à une collecte prospective des données de la période du 01/01/2024 au 31/12/2024 sur une fiche d'enquête à partir des supports suivants :

Registre de consultation prénatal ;

Registre d'accouchement ;

Registre de césarienne ;

Registre de référence/évacuation ;

Registre de compte rendu opératoire ;

Registre de transfert de nouveau-nés ;

Registre de décès périnatal ;

Registre de décès maternel ;

Registre d'anesthésie.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

8. Variables étudiées :

Variables quantitatives : Age, gestité, parité nombre de CPN, APGAR 1ere minute, APGAR 5eme minute, durée du séjour.

Variables qualitatives : profession, statut matrimonial, ATCD médicaux, ATCD chirurgicaux, provenance, scolarisation, suivie de la grossesse, mode d'admission, moment d'admission, auteur des CPN, indication de la césarienne, raison de la non réalisation de la césarienne en dehors de l'urgence, indication de la césarienne, CPA, complications peropératoires, complication post-opératoires, état des membranes à l'admission.

9. Analyse et traitement des données :

Les données ont été saisies sur Word 2016 et Excel 2016 puis analysées par le logiciel SPSS version 25.0.

Le test utilisé pour la comparaison a été le test exact de Fisher. La différence était significative si la probabilité (P) est inférieure à 0,05.

10. Définitions opérationnelles :

- **Référence :** c'est le transfert d'une patiente d'un service à un autre au sein d'une formation sanitaire ou d'un centre à un autre pour une meilleure prise en charge adoptée sans la notion d'une urgence [20].
- **Evacuation :** c'est le transfert d'une patiente d'une structure sanitaire à une autre plus spécialisée avec un caractère urgent nécessitant une prise en charge d'urgence [21].
- **Césarienne électorive :** césarienne programmée lors des CPN et réalisé avant le travail d'accouchement.
- **Mort-né :** On entend par mort-né tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance.
- **Mortalité maternelle :** Selon l'O.M.S., la mortalité maternelle se définit comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite ».
- **Gestité :** nombre de grossesses
- **Parité :** nombre d'accouchements
- **Primigeste :** 1 grossesse ;
- **Paucigeste :** 2 à 3 grossesses

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

- **Multigeste** : 4 à 6 grossesses ;
- **Grande multigeste** : ≥ 7 grossesses.
- **Primipare** : 1 accouchement ;
- **Paucipare** : 2 à 3 accouchements ;
- **Multipare** : 4 à 6 accouchements
- **Grande multipare** : ≥ 7 accouchements.

11. Aspect opérationnel des variables :

Age gestationnel : L'âge de la grossesse a été estimé par : La date des dernières règles, l'échographie précoce et l'échographie tardive et nous avons regroupé en trois modalités :

- Prématurité : 28 à 36 semaines d'aménorrhée.
- A terme : 37 à 42 semaines d'aménorrhée.
- Post-terme : > 42 Semaines d'aménorrhée.

Morbidité : Nous avons recodé l'APGAR en quatre modalités :

- Mort-né (APGAR 0) ;
- Etat de Mort apparent (APGAR 1 à 3) ;
- Etat Morbide (APGAR 4 à 7) et
- Bon état général (de 8 à 10).

RESULTATS

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

V. RESULTATS

1. Fréquence :

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024 nous avons enregistré 1577 accouchements, dont 701 Césariennes soit une fréquence de 44,45%.

Pendant la même période nous avons enregistré 82 césariennes électorives réalisées en situation d'urgence ; soit une fréquence de 11,69% de l'ensemble des césariennes.

2. Données sociodémographiques :

Tableau I: Répartition des parturientes selon les tranches d'âge.

Age des patientes (an)	Effectif	Pourcentage
≤19	08	9,8
20-35	60	73,1
> 35	14	17,1
Total	82	100

La tranche d'âge de 20-35 ans a représenté 73,1%.

Les extrêmes d'âge étaient de 15 et 45 ans, avec une moyenne d'âge de 29,34 +/- 7 ans.

Tableau II: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Veuve	01	1,2
Célibataire	03	3,7
Mariée	78	95,1
Total	82	100

Les femmes mariées ont représenté 95,1% des cas.

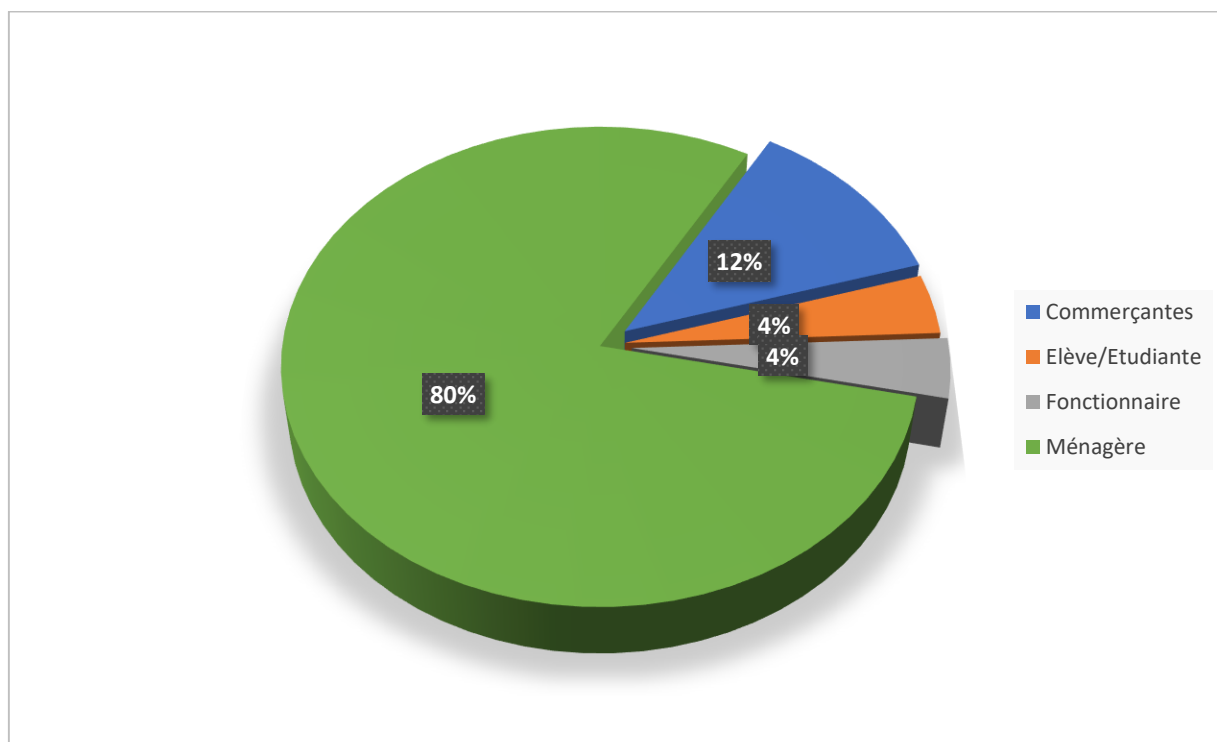


Figure5: Répartition des parturientes selon la profession.

Les ménagères étaient majoritaires soit 80% des cas.

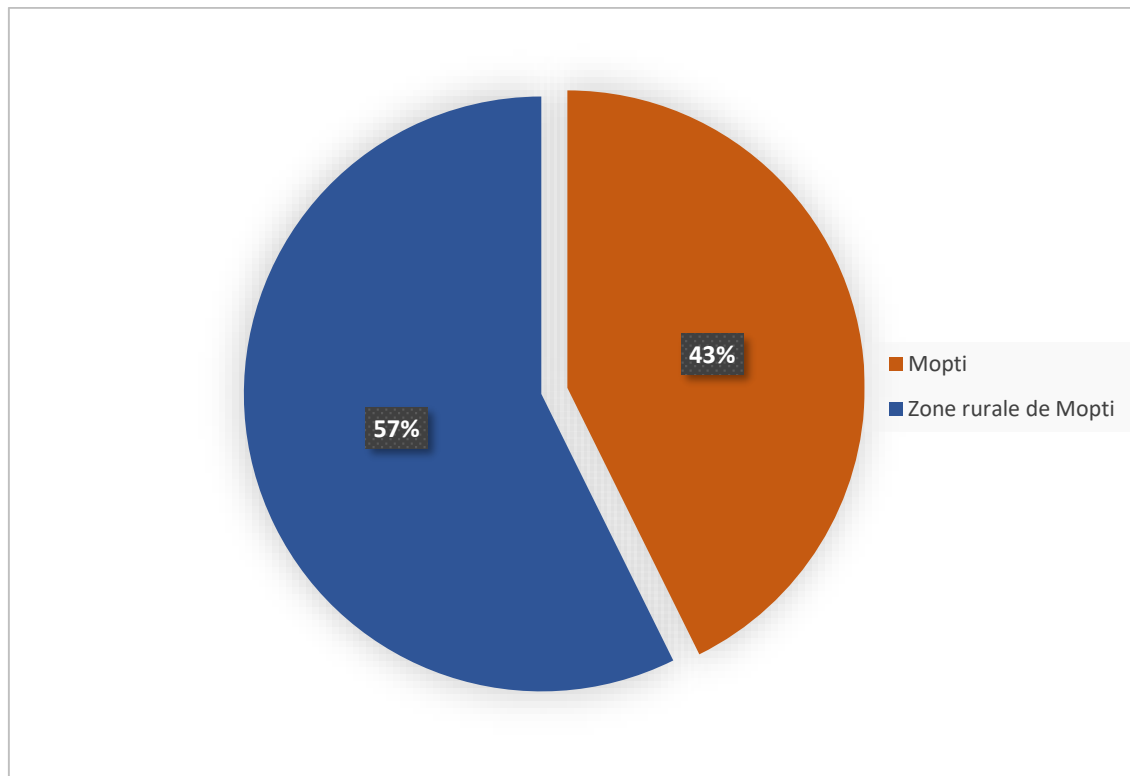


Figure 6: Répartition des parturientes selon la provenance.

Les gestantes provenaient de la zone rurale de Mopti dans 57% des cas.

Tableau III: Répartition des parturientes selon le niveau de scolarisation.

Scolarisation	Effectif	Pourcentage
Supérieur	02	2,43
Secondaire	10	12,15
Primaire	18	22
Non scolarisée	52	63.42
Total	82	100

Les parturientes non scolarisées ont représenté 63,42% des cas.

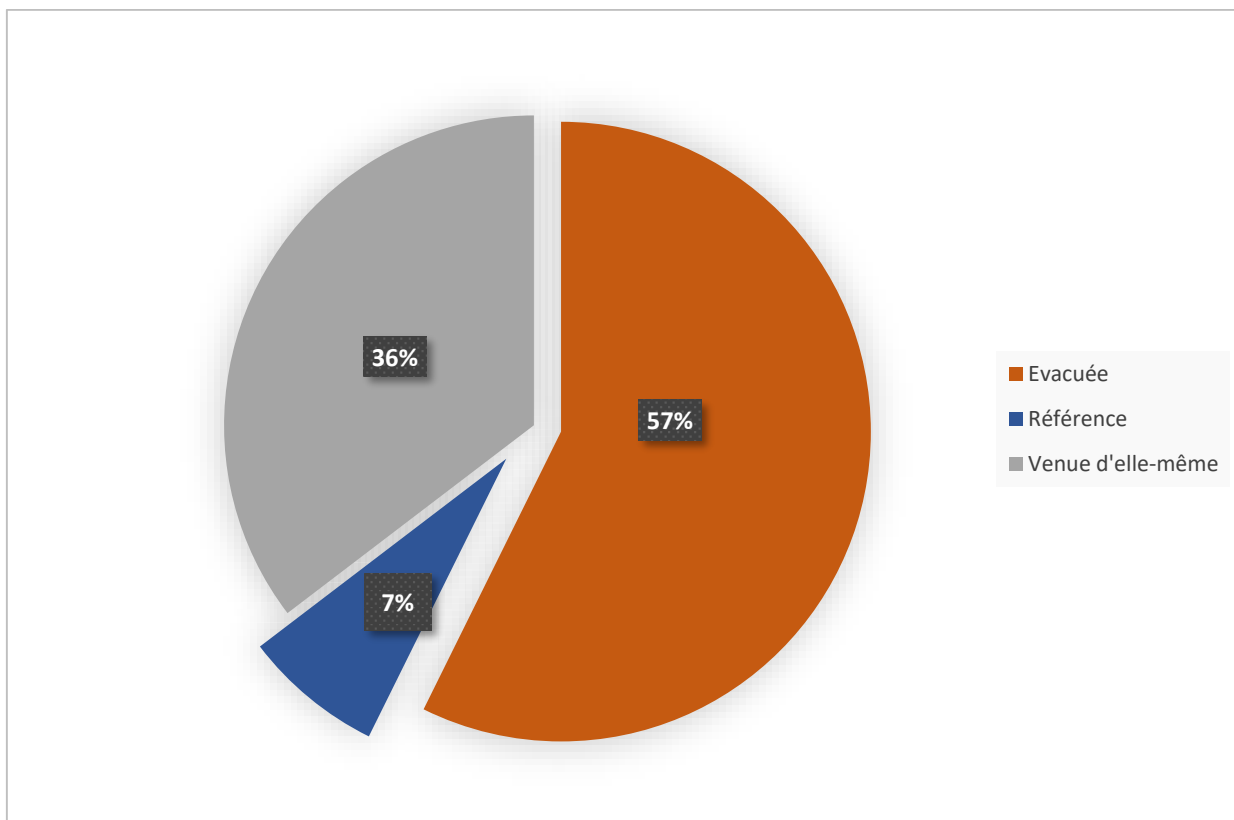


Figure 7: Répartition des parturientes selon les modes d'admission.

Les parturientes évacuées ont représenté 57% des cas.

Tableau IV: Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Pourcentage
Myomectomie	01	1,2
Cure de prolapsus génital	02	2,4
Aucun	24	29,3
Césarienne	55	67,1
Total	82	100

La césarienne était l'ATCD chirurgical le plus représenté soit 67,1% des cas.

Tableau V: Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Effectif	Pourcentage
Asthme	01	1,22
Drépanocytose	02	2,44
Hypertension artérielle	06	7,31
Diabète	09	11
Aucun ATCD	64	78,03
Total	82	100

Le diabète était présent chez 11% des cas.

Tableau VI: Répartition des parturientes selon le nombre de césarienne antérieure.

Césarienne antérieure	Effectif	Pourcentage
Utérus uni cicatriciel	19	23,17
Utérus bi cicatriciel	21	25,61
Utérus tri cicatriciel	07	8,53
Utérus quadri cicatriciel	08	9,76
Aucun	27	32,93
Total	82	100

En moyenne les parturientes avaient 02 césariennes antérieures avec les extrêmes de 1et 4.

Tableau VII: Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	06	7,31
Paucigeste	26	31,71
Multigeste	39	47,56
Grande multigeste	11	13,42
Total	82	100

La gestité moyenne était 6 avec les extrêmes de 1 à 13

Tableau VIII: Répartition des parturientes selon la parité.

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare	06	7,31
Primipare	10	12,21
Pauci pare	25	30,48
Multipare	33	40,24
Grand multipare	08	9,76
Total	82	100

La parité moyenne était 5 avec les extrêmes de 0 à 12

3. Données sur la grossesse actuelle :

Tableau IX: Répartition des parturientes selon l'âge de la grossesse.

Terme de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
≤28 SA	01	1,2
29-36SA+6J	8	9,8
37-41SA+6J	73	89
Total	82	100

La grande majorité de nos parturientes avait un âge gestationnel entre 37-41SA+6J soit 89% des cas.

Tableau X: Répartition des parturientes selon les auteurs des CPN.

Auteur des CPN	Effectif	Pourcentage
Médecins	06	7,3
Gynéco-obstétricien	12	14,6
Sages-femmes	30	36,6
Non suivie	34	41,5
Total	82	100

Les grossesses non suivies étaient majoritaires soit 41,5% des cas.

Tableau XI: Répartition des parturientes selon le nombre de CPN réalisée.

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
1-3	29	35,36
≥ 4	19	23,17
Aucune CPN	34	41,47
Total	82	100

Les parturientes n'avaient pas fait de CPN dans 41,47% des cas.

Tableau XII: Répartition des parturientes selon le Motif d'admission.

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Hémorragies génitales	05	6,1
Perte liquidienne sur grossesse	06	7,3
Contractions utérines douloureuses	71	86,6
Total	82	100

Les parturientes venues pour des contractions utérines douloureuses occupaient le premier rang avec 86,6% des cas.

Tableau XIII: Répartition des parturientes selon la phase du travail d'accouchement à l'admission.

Phase du travail d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Non en travail	11	13,4
Phase active	25	30,5
Phase de latence	46	56,1
Total	82	100

Les parturientes admises en phase de latence du travail d'accouchement étaient majoritaires.

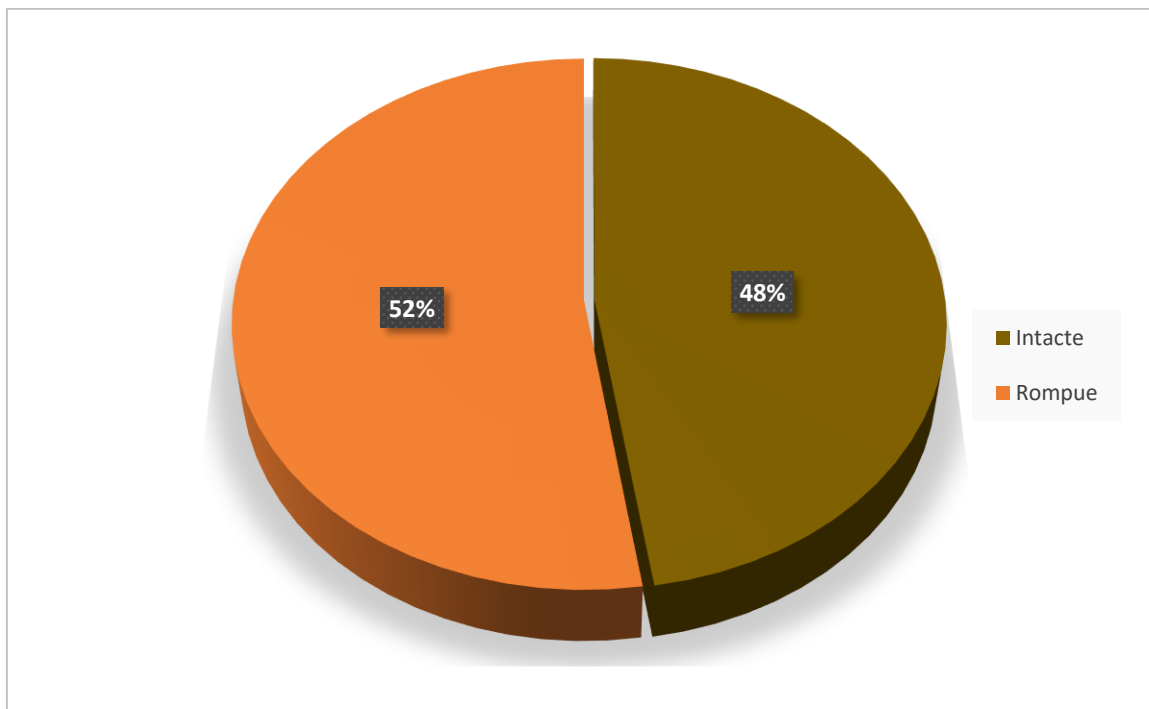


Figure 8 : Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'admission

La majorité des parturientes avaient les membranes rompues à l'admission soit 52 % de cas.

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

4. Données sur la césarienne :

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

Indication de la césarienne	Effectif	Pourcentage
ATCD de césariennes	36	43,9
Macrosomie	11	13,5
Utérus cicatriciel sur bassin limite	08	9,8
Placenta préavia central	07	8,5
IIG 1 ans sur utérus cicatriciel	04	4,9
Souffrance fœtale chronique	04	4,9
Bassin généralement rétréci	03	3,7
Grossesse gémellaire avec J1 en présentation siégé et J2 céphalique	02	2,4
Bassin immature	02	2,4
Présentation du siège sur utérus cicatriciel	02	2,4
Oligo-amnios sévère	02	1,2
Hydrocéphalie	01	1,2
Total	82	100

L'antécédent de césariennes était l'indication de césarienne la plus représentée soit 43,9% des cas.

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Tableau XV: Répartition des parturientes selon les motifs d'indication de la césarienne en urgence.

Motif	Effectif	Pourcentage
Métrorragie sur grossesse	05	6,10
Travail spontané	38	46,34
Absence d'électricité	39	47,56
Total	82	100

La reprogrammation pour absence d'électricité était la plus représentée soit 47,56% des cas.

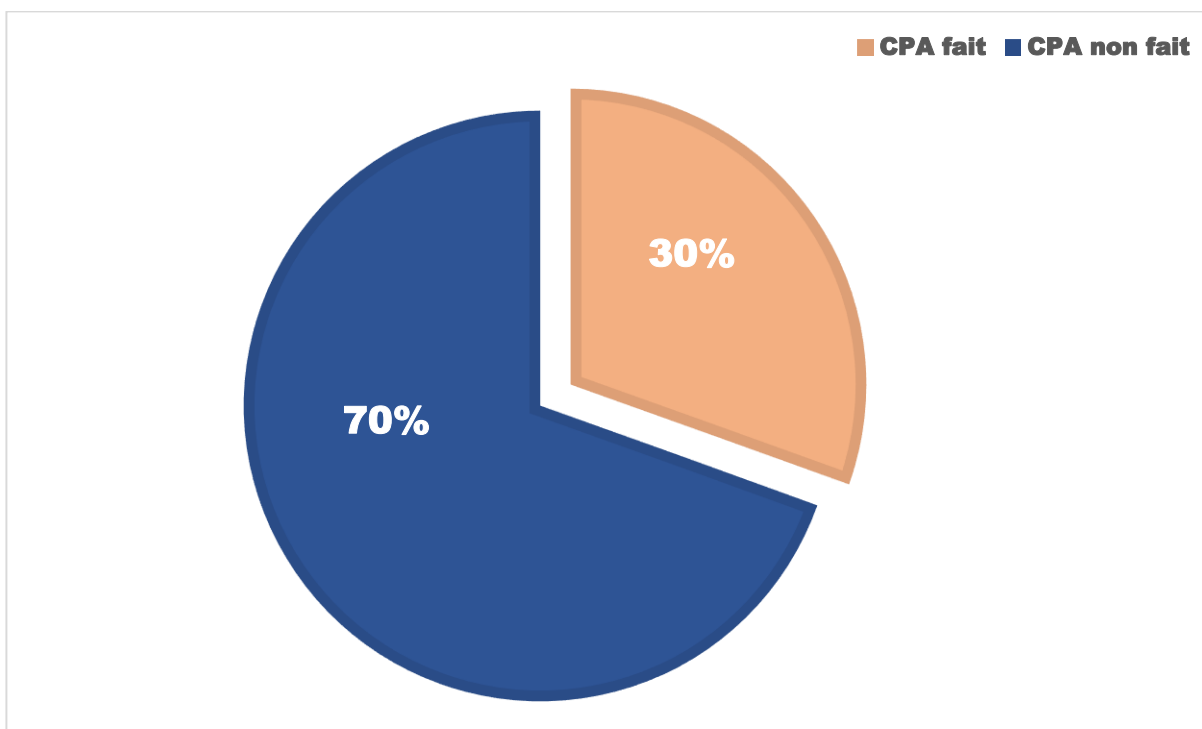


Figure 9 : Répartition des parturientes selon la réalisation de CPA.

Les parturientes avaient déjà réalisé la CPA dans 30% des cas.

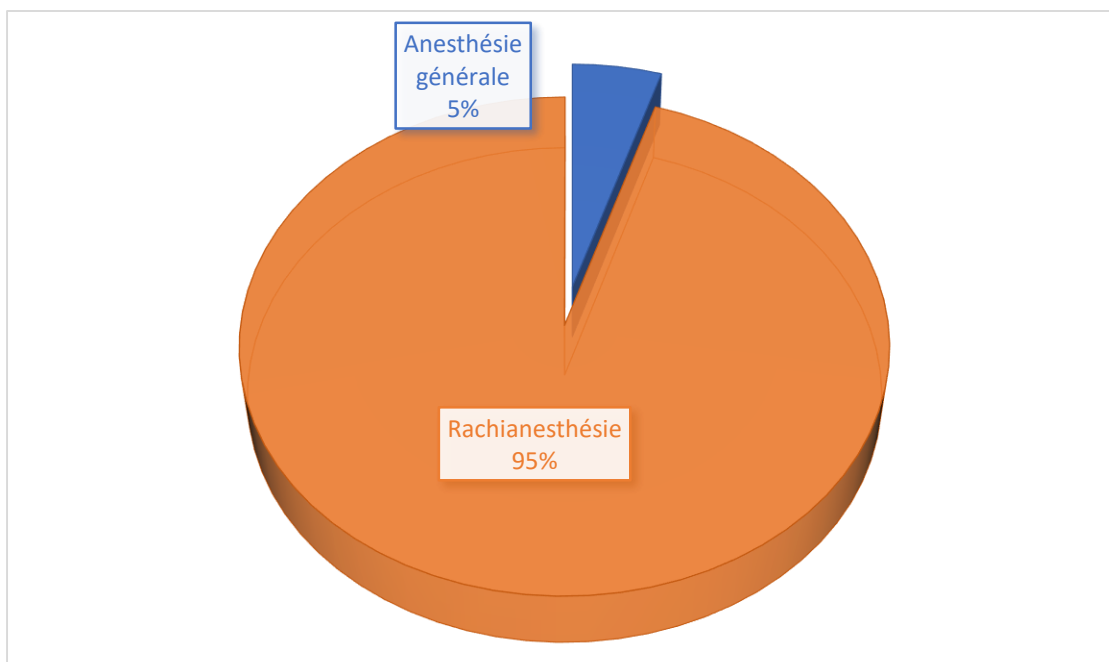


Figure 10 : Répartition des parturientes selon le type d'anesthésie réalisé pendant la césarienne.

La grande majorité des césariennes ont été réalisées sous rachianesthésie soit 95% de cas.

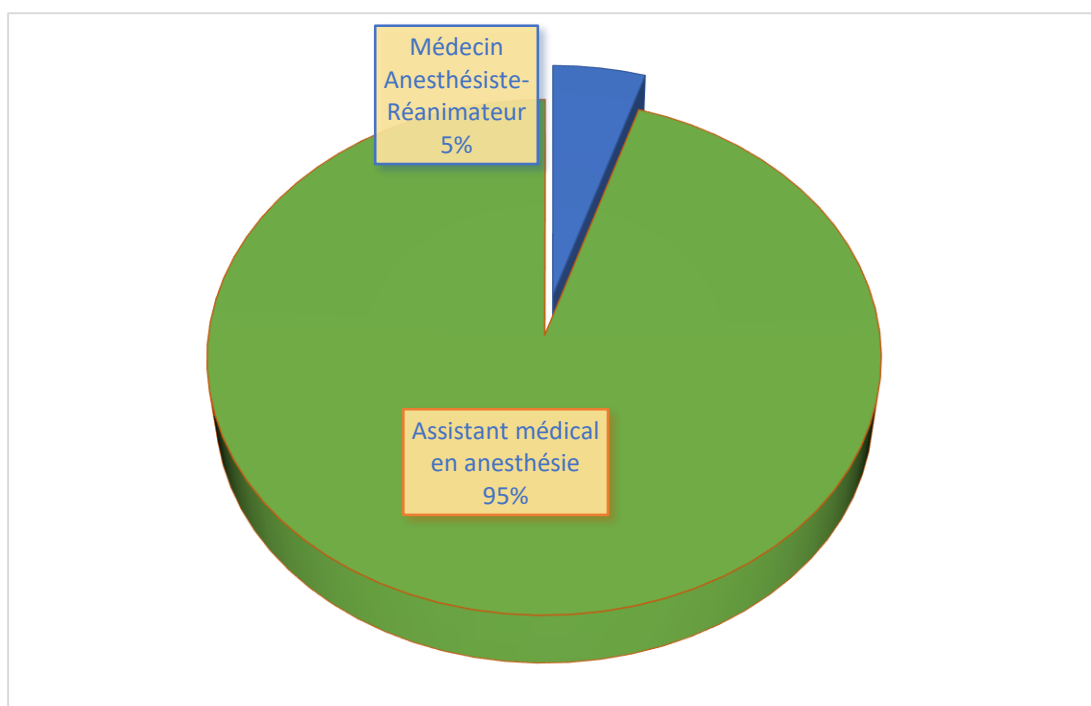


Figure 11 : Répartition des parturientes selon la qualification de l'auteur de l'anesthésie

L'anesthésie a été réalisée dans 95% par des assistants médicaux en anesthésie.

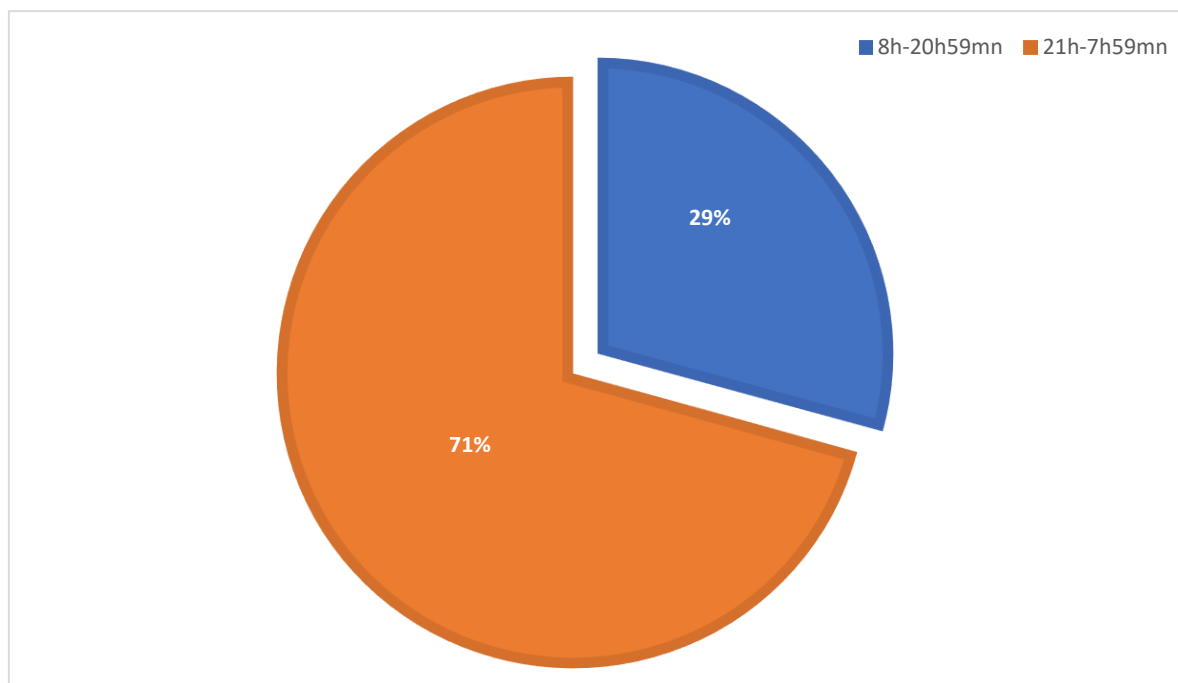


Figure 12: Répartition des parturientes en fonction du moment de réalisation de la césarienne dans la journée.

La majorité des césariennes ont été réalisées entre 21h et 7h59mn soit 71% des cas.

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon la qualification de l'auteur de la césarienne.

Auteur	Effectifs	Pourcentage
Gynéco-obstétriciens	6	7,32
Médecin généralistes	48	58,54
Internes	28	34,14
Total	82	100

Les césariennes réalisées par les médecins généralistes étaient majoritaires soit 58,54% des cas.

5. Pronostic maternel :

Tableau XVII: Répartition des parturientes en fonction des complications peropératoire.

Complications per opératoire	Effectif	Pourcentage
Lésions intestinales	02	2.4
Choc hypovolémique	03	3,7
Lésions vésicales	05	6.1
Atonie utérine	08	9.8
Hémorragie par lésions vasculaires	10	12.2
Aucune	54	65,8
Total	82	100,0

En per opératoire les complications hémorragiques étaient majoritaires suivie d'atonie utérine soit respectivement 12,2% et 9,8% de cas.

Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon la prise en charge des complications per opératoire.

Prise en charge	Effectif	Pourcentage
Transfusion	10	35,72
Perfusion d'ocytocine	08	28,57
Suture vésicale	05	17,86
Hémostase par ligature des vaisseaux	03	10,71
Suture intestinale	02	7,14

Au cours de ces complications 35,72% des patientes ont été transfusées ; 28,57% de perfusion d'ocytocine et 25% l'hémostase par ligature des vaisseaux.

Tableau XIX: Répartition des parturientes selon les complications postopératoires.

Complications postopératoires	Effectif	Pourcentage
Infection urinaire	01	1,2
Choc septique	02	2,5
Endométrite	03	3,7
Anémie sévère	06	7,3
Suppuration pariétale	07	8,5
Aucune	63	76,8
Total	82	100,0

La suppuration pariétale était observée dans 8,5% des cas.

Nous avons enregistré 03 Décès maternelles dont **02** cas de septicémie et 01 cas d'anémie sévère décompensée.

Tableau XX: Répartition des parturientes selon la durée du séjour.

Durée d'hospitalisation	Effectifs	Pourcentage
≤ 03 jours	52	63,41
04 à 06 jours	21	25,61
≥ 07 jours	09	10,98
Total	82	100,0

Plus de la moitié des parturientes avait eu une durée du séjour inférieure ou égale à 03 jours soit 63,41% avec une durée moyenne de 04 jours.

6. Pronostic fœtal :

Tableau XXI: Répartition des parturientes selon APGAR à la 1ere minute.

APGAR 1ere minute	Effectif	Pourcentage
0	03	3,57
1-3	05	5,95
4-7	16	19,05
8-10	60	71,43
Total	84	100

La majorité des nouveau-nés avait un APGAR entre (8-10) soit 71,43% des cas.

Tableau XXII: Répartition des parturientes selon APGAR à la 5^e minute.

APGAR 5eme minute	Effectif	Pourcentage
0	02	2,5
1-3	0	0
4-7	04	4,9
8-10	75	92,6
Total	81	100

A la 5eme minute les nouveau-nés avec APGAR entre 8-10 étaient à 92,6% des cas.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Tableau XXIII: Répartition des parturientes selon les complications néonatales.

Complications néonatales	Effectif	Pourcentage
Infection néonatale	04	5
Détresse respiratoire	15	19
Aucune	60	76
Total	79	100

Soixante-seize pourcents des nouveaux nés n'avait pas fait de complications néonatales.

Nous avons enregistré 05 cas de mortalité périnatale fœtale dont 3 cas constatés à la première minute et 2 à la cinquième minute.

19 nouveau-nés ont été transférés au service de néonatalogie.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

7. Résultats analytiques :

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon le type d'anesthésie réalisée pendant la césarienne en fonction de réalisation de la CPA

Type d'anesthésie	CPA		Total
	CPA fait	CPA non fait	
Anesthésie générale	0	4	4
Rachis anesthésie	78	0	78
Total	78	4	82

Fisher=28,841 P=0,01

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre le type d'anesthésie réalisé pendant la césarienne et la réalisation ou non de CPA.

Tableau XXV : Répartition des complications peropératoires en fonction de la qualification de l'anesthésiste.

Complications Peropératoires	Qualification de l'anesthésiste		Total
	Assistant médical en anesthésie	Médecin Anesthésiste- Réanimateur	
Lésion intestinale	8	0	8
Choc hypovolémique	3	0	3
Lésion vésicale	10	0	10
Hémorragie par lésion vasculaire	2	0	2
Atonie utérine	5	0	5
Aucune	50	4	54
Total	78	4	82

Fisher=30,497 P=0,0001

Un lien statistiquement significatif a été trouvé entre les complications peropératoires et la qualification de l'anesthésiste.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Tableau XXVI: Répartition des complications peropératoires en fonction de l'heure de réalisation de la césarienne.

Complications Peropératoires	Heure de la césarienne		Total
	8h-20h59mn	21h-7h59mn	
Lésion intestinale	0	2	2
Choc hypovolémique	1	2	3
Lésion vésicale	1	4	5
Hémorragie par lésion vasculaire	3	7	10
Atonie utérine	5	3	8
Aucune	14	40	54
Total	24	58	82

Fisher=5,128

P=0,365

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'heure de réalisation de la césarienne et les complications peropératoires.

Tableau XXVII: Répartition des complications post-opératoires en fonction de l'heure de réalisation de la césarienne.

Complications post- opératoires	Heure de la césarienne		Total
	8h-20h59mn	21h-7h59mn	
Choc septique	0	2	2
Endométriose	0	3	3
Infection urinaire	0	1	1
Anémie sévère	2	4	6
Suppurations pariétale	3	4	7
Aucune	19	44	63
Total	24	58	82

Fisher=2,655

P=0,801

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'heure de réalisation de la césarienne et les complications postopératoire.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Tableau XXVIII : Répartition des complications fœtales en fonction de l'heure de réalisation de la césarienne.

Complications fœtales	Heure de la césarienne		Total
	8h-20h59mn	21h-7h59mn	
Infection néonatale	1	3	4
Détresse respiratoire	6	9	15
Aucune	16	44	60
Total	23	56	79

Fisher=2,301 P=0,793

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre l'heure de réalisation de la césarienne et les complications néonatales.

Tableau XXIX : Répartition des complications peropératoires en fonction de la phase du travail d'accouchement.

Complications peropératoires	Phase travail			Total
	Active	Latence	Non en travail	
Atonie utérine	0	6	0	6
Choc hypovolémique	2	0	0	2
Hémorragie par lésion vasculaire	3	0	0	3
Lésion intestinales	0	1	0	1
Lésion vésicales	20	33	10	63
Aucune	0	6	1	7
Total	25	46	11	82

Fisher=55,051

P=0,0001

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre la phase du travail d'accouchement à l'admission et les complications peropératoire.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Tableau XXX: Répartition des complications post-opératoires en fonction de la phase du travail d'accouchement.

Complications post-opératoires	Phase travail			Total
	Active	Latence	Non en travail	
Anémie sévère	0	6	0	6
Choc septique	2	0	0	2
Endométriose	3	0	0	3
Infection urinaire	0	1	0	1
Suppurations pariétale	0	6	1	7
Aucune	20	33	10	63
Total	25	46	11	82

Fisher=45,266

P=0,0001

Nous avons trouvé un lien statistiquement significatif entre la phase du travail d'accouchement et les complications postopératoire.

Tableau XXXI: Répartition des complications fœtales en fonction de la phase de travail.

Complications fœtales	Phase de travail			Total
	Active	Latence	Non en travail	
Détresse respiratoire	7	7	1	15
Infection néonatale	3	1	0	4
Aucune	13	35	10	60
Total	23	43	13	79

Fisher=11,023

P=0,159

Nous n'avons pas trouvé de lien statistiquement significatif entre la phase du travail d'accouchement et les complications néonatales.

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Tableau XXXII: Répartition des Complications peropératoires en fonction des indications de la césarienne

Indications de la césarienne	Complications peropératoires					Aucune	Total
	Atonie utérine	Choc hypovolémique	Hémorragie par lésion vasculaire	Lésion intestinale	Lésion vésicale		
BGR	0	0	0	0	0	3	3
Bassin immature	0	0	0	0	0	2	2
Utérus Bi cicatriciel	1	1	4	0	1	14	21
Grossesse gémellaire J1 siège et J2 céphalique	2	0	0	0	0	0	2
Hydrocéphalie	0	0	0	0	0	1	1
IGG 1 ans/ utérus cicatriciel	0	0	0	0	0	4	4
Macrosomie	5	1	1	0	0	4	11
Oligo amnios sèvre	0	0	0	0	0	2	2
Placenta pravia central	0	0	0	0	0	7	7
Présentation siège sur utérus cicatriciel	0	0	0	0	0	2	2
Utérus quadri cicatricielle	0	1	2	1	2	2	8
Souffrance fœtale	0	0	0	0	0	4	4
Utérus tri cicatriciel	0	0	2	1	2	2	7
Utérus cicatriciel sur bassin limite	0	0	1	0	0	7	8
Total	8	3	10	2	5	54	82

Fisher=53,87

P=0,002

Il existe un lien statistiquement significatif entre les indications des césariennes et les complications peropératoires.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Tableau XXXIII: Répartition des indications de la césarienne en fonction des complications post-opératoires.

Indication césarienne	Complications post opérations					Suppuration pariétale	Total
	Anémie sévère	Choc septique	Endométriose	Infection urinaire	Aucune		
BGR	0	0	0	0	3	0	3
Bassin immature	0	0	0	0	2	0	2
Utérus Bi cicatriciel	2	0	0	0	17	2	21
Grossesse gémeilaire	0	0	0	0	2	0	2
J1 siège et J2 céphalique							
Hydrocéphalie	0	0	0	0	1	0	1
IGG 1 ans/ utérus cicatriciel	0	2	0	0	2	0	4
Macrosomie	1	0	1	0	7	2	11
Oligo amnios sèvre	0	0	0	0	2	0	2
Placenta pravia central	0	0	2	0	5	0	7
Présentation du siège sur utérus cicatriciel	0	0	0	0	2	0	2
Utérus quadri cicatricielle	1	0	0	0	6	1	8
Souffrance fœtale	0	0	0	0	4	0	4
Utérus tri cicatriciel	2	0	0	1	2	2	7
Utérus cicatriciel sur bassin limite	0	0	0	0	8	0	8
Total	6	2	3	1	63	7	82

Fisher=46,38

P=0,006

Il existe un lien statistiquement significatif entre les indications des césariennes et les complications postopératoires.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Approche méthodologique :

Nous avons mené une étude prospective, transversale à visée descriptive et analytique au service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti allant du 1er Janvier 2024 au 31 décembre 2024 soit une période de 12 mois. Cette étude nous a permis d'avoir un aperçu des données concernant les césariennes d'indication électives mais réalisées en situation d'urgence. Comme tout travail, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés comme :

L'inexistence des fiches de référence, l'inexistence des carnets de CPN ou pauvres en renseignements.

2. Fréquence :

Pendant la période d'étude, la fréquence globale de césarienne était de **44,45%**. Cette fréquence est supérieure à ceux de Dembélé F [22] et Coulibaly CD [23] respectivement 27,72% et 38,4%. Supérieur aussi à celle de Mukuna NB. et al qui ont eu une fréquence de 21,8% en République démographique du Congo [24]. De même, une étude réalisée en Centre-Val de Loire en France retrouve une fréquence de césarienne inférieur à la nôtre avec une prévalence de 19,2% [25].

Le taux élevé de césarienne dans l'étude s'explique par le fait que l'hôpital Sominé Dolo de Mopti reçoit les patientes de la ville de Mopti et environnants, ainsi que les patientes référées des CSRéf des cercles de la région de Mopti, et souvent des CSréf de certains cercles de nord du Mali qui sont proches de Mopti.

Le taux de césariennes électives mais réalisées en situation d'urgence était de **11,69%**.

Ce taux est supérieur à celui de Dembélé F [22] mais inférieur à celui Coulibaly C.D[23] qui ont rapporté respectivement **8,07%** et **24,6%** césariennes d'urgence qui devraient être normalement programmées mais qui ne l'avaient pas été.

3. Profil sociodémographique :

La tranche d'âge **20-35** ans a été la plus représentée (**73,1%**) avec un âge moyen de **29,34** ans et des extrêmes de **15** et **45** ans. Les mêmes tendances ont été rapportées par d'autres auteurs pour la même tranche d'âge : **63,89%** pour Tounkara CFM [26], **84,47%** pour Kane F [27] ; cohérent aussi avec les tendances observées dans d'autres études sur la césarienne en Afrique de l'Ouest notamment au Cameroun et en Guinée Conakry [28,29]. Il s'agit là de l'âge optimal de fécondité.

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

La prédominance des non instruites dans l'étude était de 63,42% ce taux est supérieur à celui de Boré H [30] 3,38% mais inférieur à celui de Traore S [31] 86,3%, cela s'explique par le fait que, dans l'étude la majorité des patientes venaient de la zone rurale (57%) où le taux de scolarisation est plus bas.

Les ménagères représentaient 80% des cas ; Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali plus de 90% des femmes ne sont pas scolarisées, donc s'occupe surtout des ménages(EDSVI) [32]

Les parturientes étaient principalement des références/évacuations reçues. 57% d'évacuation et 7% de cas de référence, Ouologuem D [33] a rapporté 5,16% d'évacuation et 1,5% de référence, Dembélé F [22] 26% de cas d'évacuation et de référence.

Ceci pourrait s'explique par le fait que ces patientes consultent dans un premier temps dans la structure sanitaire la plus porche et qui les adresses à l'hôpital Somine Dolo de Mopti pour prise en charge.

L'antécédent de césarienne était présent chez 67,1%, cette fréquence est supérieure à ceux de Traore S [31] et de Konaté AL [34] respectivement 9,5% et 22,7% d'ATCD de césariennes dans leurs études. Ce taux élevé des gestante ayant un ATCD de césariennes dans l'études s'explique par le fait que l'antécédent de césarienne est un facteur de risque important de césarienne élective.

Les multipares étaient majoritaires soit 40,24%, suivis des paucipare 30,48%. Dembélé F [22] à rapporter dans son étude 47,2% des paucipares suivis de 38% de multipares au Csréf de la commune V de district de Bamako en 2023.

4.Données sur la grossesse :

Les gestantes ont été suivies majoritairement par les Sages-femmes soit 36,6%, suivi de 14,6% par les gyneco-obstetriciens,7,3% par les medecins generalistes et 41,5% non suivies. Cette tendance s'explique d'une part par le fait que la plupart de ces gestantes font leurs CPN dans les Cscm de leurs localités avec les sages-femmes, et d'autre part le nombre insuffisant des Gynéco-obstétriciens dans la région.

La consultation prénatale par rapport au nombre est considérée comme normale quant il est supérieur ou égal à 4 [35].

Dans ce cas 39,58% de nos CPN étaient normales contre 60,42% de mauvaise qualité. Ces résultats diffèrent de ceux de Traore S. [31] et de Ouologuem D [33] respectivement 14,23% de bonne qualité contre 88,77% de mauvaise qualité, 24,8% de bonne qualité contre 52,2% de mauvaise qualité.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Cinquante-six virgule un pour cent (56,1%) des parturientes ont été admis à la phase de latence du travail d'accouchement et 30,5% à la phase active ce qui témoigne de l'urgence extrême de césarienne chez ces femmes.

Plus de la moitié des parturientes 52,44% avait les membranes rompues. Ce taux est supérieur à celui de Konaté AL [32] 47% mais inférieur à celui de Diakité M [36] 62,2%. L'ouverture de l'œuf avant l'accouchement comporte un risque septique et expose, donc en cas de césarienne à une morbidité accrue justifiable pour de nombreux auteurs d'une antibioprophyllaxie.

5. Indications de césarienne :

Les indications de la césarienne ont été dominées par les utérus multi-cicatriciel 43,9%, suivi de macrosomie 13,5% et des utérus cicatriciels sur bassin limite 9,8% de cas. Dembélé F [22] a trouvé que les utérus cicatriciels dominaient avec 41% suivi des dystocies mécanique 22% et des pathologies associées à la grossesse avec 18%. Cela s'explique par le fait que l'utérus cicatriciel est un facteur de risque important de césarienne électorive.

6. Pronostic materno-fœtal :

En per opératoire les complications hémorragiques par lésions vasculaires étaient majoritaires 12,2% suivie d'atonie utérine 9,8%, lésions vésicales 6,1%, choc hypovolémique 3,7%, et lésions intestinales 2,4%, ce résultat est supérieur à ceux de Coumaré S [37] et Dembélé F [22] qui ont rapportés respectivement 3% et 2,8% de cas d'hémorragie en peropératoire au Csref de Dioila et au Csref de la commune V du district de Bamako.

Ces fréquences de complication dans l'étude peuvent s'expliquer par le fait que les indications de césariennes étaient dominées par des utérus multi-cicatriciels en travail dans lesquelles il y a très souvent des adhérences en per opératoire, et le fait que ces patientes venaient le plus souvent la nuit pendant que le personnel qualifié n'est pas sur place nombre suffisant.

Un lien statistiquement significatif a été trouvé entre le risque de faire une complication peropératoire et les indications de la césarienne **Fisher=166,87 P=0,01**.

Ces résultats sont cohérents à ceux de Mboudou et al. au Cameroun, qui ont trouvé que l'hémorragie était la principale complication des césariennes d'urgence [38], et Saad au Maroc dans sa série à trouver 19,45% de complications liées à la césarienne avec 25,53% d'hémorragie [39].

Parmi les complications post opératoire, les complications infectieuses se positionnent au premier rang avec 8,5% de suppuration pariétales et 3,7% cas d'endométrite, ces infections peuvent s'expliquer dans notre contexte par les conditions de réalisation des césariennes :

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

elles sont réalisées en urgence, sur un terrain de travail d'accouchement prolongé ou de multiples touchers vaginaux sont effectués.

En amont l'anémie sévère en deuxième position avec 7,3% est le fait du nombre élevé de cas d'hémorragies peropératoires. Un lien statistiquement significatif a été trouvé entre les indications de césariennes et les complications postopératoires. (**Fisher=170,38 P=0,01**).

Dans l'étude, nous avons notés 03 cas de décès maternel en post césarienne soit 3,65%, 02 cas de septicémie et 01 cas d'anémie sévère décompensée.

En considérant comme morbide tout nouveau-né ayant un Score d'Apgar < 8, notre taux de morbidité s'élève à 28,57% ce taux est supérieur à celui de Coumaré S [35] qui avait trouvé 10,20% ; cette tendance est dû au fait qu'une grande partie des gestantes ne sont pas suivies ; consultent tardivement les centres de santé les plus proche, a ceci s'ajoute la distance et l'état des pistes, et aussi les facteurs de risque maternels avec ses répercussions sur le fœtus.

Entre la 1ère et la 5ème minute la fréquence de nouveau-né en état de mort apparent ; d'état morbide ; et d'état satisfaisant sont passés respectivement de 5,95% à 0% ; de 19,05% à 4,76% et de 71,43% à 89,29% de cas.

Cinq cas de décès périnataux ont été enregistrés soit un taux de **5,95%** ; dont 02 cas de mort-nés frais ; 01 cas de mort-né macéré et 02 cas d'état de mort apparent réanimés sans succès. Ce taux est inférieur à celui de Dembélé F [22] qui a trouvé 7,72% au CSRéf de la commune V de district de Bamako, et Coumaré S [35] **8,40 % des cas au CSRéf de Dioila.**

Ainsi, nous pouvons dire que la réalisation d'une césarienne d'indication électorive dans Un contexte d'urgence est une situation pouvant aggraver le pronostic périnatal.

CONCLUSION

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

VII. CONCLUSION

La césarienne d'indication électorive réalisée en situation urgence est d'une fréquence élevée dans le service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Dans la majeure partie de cas, il s'agissait des utérus multi-cicatriciels en travail. Son

Pronostic est moins bon comparé aux autres césariennes.

Pour éviter cet état de fait, il faut entre autres renforcer les compétences du

Personnel médical dans la thématique de la communication pour le changement

Du comportement (CCC) des communautés.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

RECOMMADATIONS

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

VIII. RECOMMADATIONS

Aux autorités nationales

- ✓ Mise en place des sources d'électricité permanente ou des groupes électrogène aux seins des structures de santé ;
- ✓ Recrutement continu des personnels de Santé, notamment les gynéco-obstétriciens, les anesthésistes-réanimateurs ;

Aux autorités politiques et sanitaires :

- ✓ Continuer la formation du personnel médical à travers les supervisions Formatives sur le remplissage correct des carnets de CPN et les fiches de référence/évacuation ;
- ✓ Réorganiser et appliquer le système de référence/évacuation ;

Aux personnels médicaux :

- ✓ Faire correctement les CPN ;
- ✓ Remplir correctement les carnets de CPN ;
- ✓ Mettre suffisamment de renseignement sur les fiches de références/évacuation ;
- ✓ Dépister les facteurs de risque associés à la grossesse afin d'orienter à temps ces Femmes à risque vers les structures de référence ;
- ✓ Prendre de temps pour communiquer et expliquer aux femmes patientes et aux Familles, l'intérêt de la césarienne élective pour la mère et ou pour le Fœtus ;

Aux populations :

- ✓ Respecter les consignes données par le personnel médical, afin d'améliorer le pronostic maternel et périnatal ;
- ✓ Suivre correctement les CPN ;
- ✓ Faire les consultations pré anesthésiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

IX. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Merger R, Levy J, Melchior J, Bernard N.** Précis d'obstétrique 6eme édition Masson. Paris. 1995;1995:415-37.
2. **Macara LM, Murphy KW.** The contribution of dystocia to the cesarean section rate. Am J Obstet Gynecol. juill 1994;171(1):71-7.
3. **Pete Y, Ouattara A, Koffi N, Abhé C, Sanou J, Itéké F, Kane M.** Césariennes en urgence : pronostic materno-fœtal au CHU de Cocody d'Abidjan. J Gynecol Obst Biol Reprod 2012 ; 2 (29): 96.
4. **Coulibaly MB.** Etude des besoins obstétricaux non couverts au centre de santé de référence de niono. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2005N°247.122p.
5. **Harlow BL, Frigoletto FD, Cramer DW, Evans JK, Bain RP, Ewigman B, et al.** Epidemiologic predictors of cesarean section in nulliparous patients at low risk. Am J Obstet Gynecol. 1995;172(1):156-62.
6. **OMS.** Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Disponible au https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=8FB631693B328950EA0B795D3B7EE758?sequence=1
7. **NHS inform.** Césarienne(sectionC)/Prets,bébé !- Informations du NHS. Disponible sur :<https://www.nhsinform.scot/ready-steady-baby/labour-and-birth/assisted-birth/caesarean-section-c-section/-:text=you>
8. **Leroy C, Van Leeuw Virginie.** Santé périnatale en Wallonie - Année 2021 [Internet]. Wallonie, Belgique: Centre d'Épidémiologie Périnatale; 2022 [cited 2023 Nov 14] p. 92. Available from: <https://www.cepip.be/rapport-bw.php?LG=fr>
9. **DREES,SAE2008-2022,traitements DREES.La naissance :** caractéristiques des accouchements-Drees. Diponible sur <https://solidarites-sante.gouv.fr>
10. **Betran AP, Ye J, Moller AB, Zhang J, Gulmezoglu AM, Torloni MR.** The increasing Trend in Cesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. PloS One.2016 ; 11(2) : e0148343.
11. **Ganaba Souleymane :** Complications maternelles de la Césarienne au Centre de Santé de Référence de « Kalaban Coro ». Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2018 N°88.117p.
12. **Coulibaly L.** Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostics matrnfoetal à l'hôpital de Sikasso. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2023N°425.114p.
13. **Coulibaly DC.** Pronostic maternel et perinatal cesarienne d'urgence versus cesarienne prophylactique a l'hopital Nianankoro Fomba de Segou. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2022N°76.116p.

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

14. **Kantara ND.** Césarienne au CHU Bocar Sidi Sall de Kati. Fréquence, indication et pronostic materno-fœtal. Mémoire : USTTB ; 2024.49p.
15. **Lansac J, Body G. Magnin.** Pratique chirurgicale en gynécologie- obstétrique. Paris, édition Masson, 358 Pages.
16. **Traoré T et al.** Pronostic maternel et périnatal de la césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou : Disponible sur : <https://www.jaccrafrica.com>. Jaccr Africa 2022, vol 6, N°2 ; 8P
17. **Sanogo R.** Césarienne d'urgence chez les femmes évacuées versus femmes venues d'elles-mêmes au Centre de Santé de Reference de la Commune V. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2025 N°102.91p.
18. **Organisation Mondiale de la Santé.** Le recours aux césariennes trop rare ou trop courant selon les pays. BM J 2018 ;78p,
19. **Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris :Maloine 1986 :383-99
20. **Enquête Démographique et de Santé (EDSM V) 2012-2013** Cellule de Planification et de Statistiques (CPS/SSDSPF) Institut National de la Statistique (INSTAT) Centre d'Études et d'Information Statistiques (INFO-STAT) Bamako Mali,
21. **Merger R, Levy J, Melchior J.** Intervention par voie haute : césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. Masson 1979 : 618-27,
22. **Dembélé F.** Césarienne programmée réalisée en situation d'urgence au CSREF CV. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2023 N°428.99p.
23. **Coulibaly DC.** Pronostic maternel et perinatal cesarienne d'urgence versus cesarienne prophylactique a l'hopital Nianankoro Fomba de Segou. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2022N°76.116p.
24. **Mukuna NB ; Kabyahura NN ; Kyungu YC ; Lubangi LE ; Kiomba MA.** Etude des taux élevés des césariennes associées aux déficits des diagnostics et aux décès maternels dans la division provinciale de santé de Lomami (RD Congo). International of innovation and Applied Studies Rabat Vol. 31, N3; (Déc. 2020): 509-516
25. **Lecuyer A-I, Baron S, Diguisto C, Laurent E, Turpin D, Potin J, et al.** Césarienne en Centre -Val de Loire-Pratiques et Indications- Classification de Robson. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2020; 68:253-9

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

26. Toukara CFM. Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de Kati. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2015 N°342.79p.

27. Kane F. Etude comparative césarienne d'urgence, césarienne prophylactique au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2020 N°343.84p.

28. Tchente CN, Ebongue G, Fotsing D, et al. Césarienne et risque infectieux post-opératoire : analyse en milieu hospitalier au Cameroun. Afr J Med Health Sci. 2022;29(2):112-20.

29. Diallo MS, Bah MD, Barry AH, et al. Délai d'évacuation et impact sur l'issue materno-fœtale en Guinée. Bull Soc Pathol Exot. 2020;113(1):45-53.

30. Boré H. Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : facteurs de risque et pronostic materno foetal au Centre de Santé de Référence de la Commune III du District de Bamako. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2021 N°343.90p.

31. Traore S. Indication de la césarienne au centre de santé de référence de San. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2021 N°330.93p.

32. Enquête démographique et de santé au Mali (EDSVI) 2018. Sixième enquête démographique de santé au Mali. 69p.

33. Ouologuem D. Césarienne : Les indications et le pronostic materno-foetal au CS réf de Markala. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2018 N°164.85p.

34. Konaté A L : Césarienne d'urgence au centre de sante de référence « major Moussa Diakité » de Kati. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2020 N°122.70p.

35. Tshibangu K , M bokolo E , Kizonde K : opération césarienne dans 3 environnements différents au Zaïre. J Gynecol.obstetbiol.Reprod1989 ; 28 :395-400.

36. Diakité M. Pronostic materno-fœtal des césariennes d'urgence dans l'unité de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune VI du district de Bamako. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2020 N°319.97p.

37. Coumare S. Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence se Dioila. Thèse Méd. Bamako : USTTB ; 2019 N°433.114p.

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

38. Mboudou E, Foumane P, Sama J, et al. Les complications maternelles de la césarienne en urgence au Cameroun : étude rétrospective. Pan Afr Med J. 2019;34(2):98-105.

39. Saad Benkirane, Hanane Saadi, Ahmed Mimounie profil épidémiologique des complications maternelles de la césarienne au CHR EL Farabi Oujda. The Pan African Medical Journal 2017 ; 27 :108

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

ANNEXES

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

X. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Fiche d'enquête N°:

I- IDENTITE DE LA PATIENTE :

1-Nom :

Prénom :

2-Age :

3-Statut matrimonial: mariée célibataire divorcée veuve

4-Profession: Ménagère fonctionnaire commerçante Elève /Etudiante

5-provenance : Mopti zone rurale de Mopti

6-contact :

II-Antécédents :

1- Médicaux :

HTA Drépanocytose Cardiopathie Diabète

Autres à préciser :

2- Chirurgicaux :

Césarienne Myomectomie Kystectomie GEU cure de prolapsus génital

Autres à préciser :

Indication de la césarienne.....

Année de la réalisation :

Lieu de réalisation :.....

Autres ATCD chirurgicaux à préciser :.....

Suites opératoires : simples compliquées

Si compliquées préciser :.....

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

3-Gynécologiques :

Ménarches:

Menstruations : cycle régulier cycle irrégulier

Durée du cycle: / ... / jours

Hypofertilité: oui non

Contraception: oui non

Type de contraception :

.....

4-Obstétricaux :

Gestité: /.../ Parité: /.../ vivant: /.../ décédé: /.../ mort-né: /.../ avortement: /.../

Intervalle inter gènesique :

III- Suivi de la grossesse :

1-Consultation prénatale : oui non

2-Nombres de CPN :

3-Auteur des CPN :

- Gynéco-obstétricien Médecin Généraliste Sage-femme Interne Infirmier /Infirmière
- Autre

4-Lieu de CPN :

- Hôpital Csrèf Cskom Clinique Privée Cabinet médical Domicile

Indication de la césarienne électorive :

.....
.....

Date de la mise au programme :

Age de la grossesse à la programmation de la césarienne :

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Césarienne précédemment prévue à quel âge de la grossesse :.....

Bilan préopératoire fait : oui non:

IV Consultation d'anesthésie :

1- Médecin Anesthésiste-Réanimateur Assistant médical en anesthésie réanimation

2-OK pour anesthésie oui non

3-Type d'anesthésie proposé :.....

4-Groupage rhésus :.....

5-Bon de sang délivré :.....

6-Nombre de poche :.....

7-Sang obtenu : oui non

8-Kit opératoire disponible ? Oui non

9-Counseling fait à propos de la césarienne et des conditions de réalisation : oui non

10-Fiche de consentement signée :

11-Avis de la gestante à propos de la césarienne :

.....

V- MODE ET MOTIF D'ADMISSION

1-Mode d'admission: Evacuée Référée Venu d'elle-même

2-Age de la grossesse au moment de l'urgence :

3-Causes de la réalisation de la césarienne en urgence en dehors de l'urgence :

Manque de place dans le service : oui non

Refus de la gestante oui non

Refus du mari : oui non

Refus d'un membre de la famille précisé la personne :.....

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Cause du refus précisé :

.....

Autre causes précisé :

.....

4-Ecart de temps entre la date de la césarienne programmée et l'urgence/...../

5- Motif d'admission :

- Utérus bi cicatriciel en travail
- Utérus tri cicatriciel en travail
- Utérus quadri cicatriciel en travail
- Notion de perte liquidienne sur grossesse
- MAF non perçu
- Métrorragie sur grossesse
- HTA sur grossesse
- Contractions utérines douloureuses

Autre à préciser :

VI-EXAMEN PHYSIQUE

1-Tension artériel : mm hg

2-Pouls :

3-Fréquence respiratoire :

4-Coloration :

5-Hauteur utérine cm

6-BCF :

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

7-Métrorragies : oui non

8-Contractions utérines douloureuses :

9-Travail d'accouchement : oui non

10-Etat des membranes :

11-Présentation :

12-Phase du travail d'accouchement :

Phase de latence Phase active

13-Dilatation : cm

14-Autres à préciser :

VII- PRISE EN CHARGE :

1- césarienne électorive en situation d'urgence

2- Indications :

BGR en travail

Cicatrice des voies urogénitales en travail

HTA sévère non en travail

HRP grade II de Sher /utérus cicatriciel

Utérus cicatriciel sur bassin limite en travail

Utérus bi cicatriciel en travail

Utérus tri cicatriciel en travail

Utérus quadri cicatriciel en travail

Rupture utérine

Macrosomie fœtale

Souffrance fœtale aigue

Césariennes d'indication électives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Obstacle prævia

Antécédents obstétricaux chargés

Dystocies

Condylomes géants génitaux

Pré éclampsie sévère non en travail

Autres à préciser :

3-Anesthésie : Anesthésie Générale Loco régionale péridurale rachianesthésie

VII- NOUVEAU NE:

1-Nombre: /.../

2-Sexe : Masculin féminin

3-Mesures : Poids : Taille : Périmètre crânien : Périmètre thoracique :

4-Réanimé : oui non

5-Score d'Apgar: 1ere min: /10 5eme min: /10

6-Vitalité : vivant mort-né frais mort-né macéré

7- Décès néonatal précoce (j1-j7): oui non

8-Malformations : oui non

Si malformation à préciser :

.....

VIII-STATUT UTERIN, ETAT DU FOETUS ET CONDUITE A TENIR :

1-Syndrome de pré-rupture utérine: oui non

2- Rupture utérine: oui non

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

3-Hystérorraphie simple : oui non

4-Hystérorraphie avec stérilisation tubaire: oui non

5- Fœtus vivant: oui non

IX- PRONOSTIC MATERNEL :

1- Hémorragie: oui non

2- Lésions digestives: oui non

3-Hystérectomie: oui non

4-Décès maternel : oui non

Cause du décès à préciser :.....

.....

X- Score infectieux:

1- 0 ... 4: oui non

2- 5 ... 8: oui non

3- 9 ... 12: oui non

4-Complications peropératoire à préciser :

.....

XI-Complication post opératoire :

1-Hémorragie : oui non

2-Suppuration pariétale : oui non

3-Endométrite : oui non

4-Thrombophlébite : oui non

5-péritonite : oui non

6-Autres à préciser :

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

.....

7-Néant : oui non

XII- Durée d'hospitalisation :

1-2 à 3j

2- 4 à 5j

3-Supérieur ou égal 6j

4-Nombre de jours :

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Fiche Signalétique

Nom : TANGARA

Prénom : Souleymane

Titre de la thèse : Césariennes d'indication électorives mais réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal au service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Somine Dolo de Mopti.

Année de soutenance : 2025

Pays : MALI

Nationalité : Malienne

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie de Bamako, Mali

Secteurs d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique ; Chirurgie générale.

Téléphone : (+223) 75 66 36 33 / (+223) 65 11 51 15

RESUME

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

La césarienne d'urgence est définie comme étant celle réalisée dans l'immédiat, pour prévenir la survenue d'une complication maternelle et/ou fœtale, avant le début du travail ou au cours du travail d'accouchement.

Césarienne électorive est une césarienne programmée lors des CPN et réalisé avant le travail d'accouchement.

Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2024 nous avons enregistré 1577 accouchements, dont 701 Césariennes soit une fréquence de 44,45%.

Pendant la même période nous avons enregistré 82 césariennes électorives réalisées en situation d'urgence ; soit une fréquence de 11,69% de l'ensemble des césariennes.

La tranche d'âge 20-35 ans a été la plus représentée (73,1%) avec un âge moyen de 29,34 ans et des extrêmes de 15 et 45 ans, les ménagères ont représenté 80% des cas.

Les parturientes étaient principalement des références/évacuations reçues. 57% d'évacuation et 7% de cas de référence.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

L'antécédent de césarienne était présent chez 67,1% des parturientes et ont été suivies majoritairement par les Sages-femmes soit 36,6%, suivi de 14,6% par les gyneco-obsteticiens, 7,3% par les médecins généralistes et 41,5% non suivies.

Les indications de la césarienne ont été dominées par les utérus multi-cicatriciel 43,9%, suivi de macrosomie 13,5% et des utérus cicatriciels sur bassin limite 9,8% de cas.

En per opératoire les complications hémorragiques par lésions vasculaires étaient majoritaires 12,2% suivie d'atonie utérine 9,8%, lésions vésicales 6,1%, choc hypovolémique 3,7%, et lésions intestinales 2,4%, et en post opératoire, les complications infectieuses se positionnent au premier rang avec 8,5% de suppuration pariétales et 3,7% cas d'endométrite.

La majorité des nouveau-nés avait un APGAR entre (8-10) soit 71,43% des cas.

CONCLUSION : La césarienne d'indication électorive réalisée en situation d'urgence est d'une fréquence élevée dans le service de Gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

Dans la majeure partie de cas, il s'agissait des utérus multi-cicatriciels en travail. Son Pronostic est moins bon comparé aux autres césariennes.

Mots clés : Césarienne, électorive, urgence, pronostic materno-fœtal.

Material Safety Data Sheet

Name: TANGARA

First name: Souleymane

Thesis title: Caesarean section for elective indication but carried out in an emergency situation: Frequency, maternal-fetal prognosis in the gynecology-obstetrics department of Somine hospital Dolo from Mopti.

Year of defense: 2025

Country: MALI

Nationality: Malian

City of defense: Bamako

Place of deposit: Library of the Faculty of Medicine, Pharmacy and Odontostomatology in Bamako, Mali

Sectors of interest: Gynecology-Obstetrics; General surgery.

Telephone: (+223) 75 66 36 33 / (+223) 65 11 51 15

SUMMARY

Introduction: Cesarean section is defined as artificial delivery after opening surgery of the uterus. It is almost always performed abdominally after opening of the abdominal cavity, exceptionally nowadays by vaginal route.

Emergency cesarean section is defined as that carried out immediately, to prevent the occurrence of a maternal and/or fetal complication, before the start of labor or during labor of delivery.

Elective Caesarean section is a Caesarean section planned during CPN and carried out before labor of childbirth.

From January 1 to December 31, 2024 we recorded 1,577 deliveries, including 701 Caesarean sections, a frequency of 44.45%.

During the same period we recorded 82 elective cesareans carried out in a situation emergency; i.e. a frequency of 11.69% of all cesarean sections.

The 20-35 age group was the most represented (73.1%) with an average age of 29.34 years. and extremes of 15 and 45 years, housewives represented 80% of cases Parturients were mainly referrals/evacuations received. 57% evacuation and 7% reference cases.

A history of cesarean section was present in 67.1% of parturients and were followed mainly by midwives, i.e. 36.6%, followed by 14.6% by gynecologists, 7.3% by general practitioners and 41.5% not followed.

Indications for cesarean section were dominated by multi-scarred uteri 43.9%, followed by macrosomia 13.5% and scarred uterus on the pelvis limits 9.8% of cases.

Intraoperatively, hemorrhagic complications due to vascular lesions were the majority 12.2% followed by uterine atony 9.8%, bladder lesions 6.1%, hypovolemic shock 3.7%, and intestinal lesions 2.4%, and postoperatively, infectious complications arise in first place with 8.5% of parietal suppuration and 3.7% cases of endometritis.

The majority of newborns had an APGAR between (8-10) or 71.43% of cases.

CONCLUSION: Elective indication cesarean section performed in an emergency situation is of high frequency in the Gynecology-obstetrics department of the Sominé Dolo hospital in Mopti.

Césariennes d'indication électorives réalisées en situation d'urgence : Fréquence, pronostic materno-fœtal dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Sominé Dolo de Mopti.

In the majority of cases, these were multi-scarred uteri in labor. Her Prognosis is worse compared to other cesarean sections.

Key words: Cesarean section, elective, emergency, maternal-fetal prognosis.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !