

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie



Année Universitaire 2025/2026



THEME :

**CESARIENNE D'URGENCE VERSUS CESARIENNE
PROPHYLACTIQUE : PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL AU
CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KALABAN CORO**

Présentée et soutenue publiquement 10/07/2026 devant les membres du jury de la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Par : **M. MAIGA Assalia Amadahamane**

Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat).

JURY

Président : M. Amadou BOCOUM, Maitre de conférences FMOS

Directeur : M. Alassane TRAORE, Maitre de conférences FMOS

Membres : M. Soumana O TRAORE, Maitre de conférences FMOS

M. Yéya dit Sadio SARRO, Maitre de conférences FAPH

Mme. Assitan MAGUIRAGA, Anesthésiste réanimateur

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut...

**Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude, l'amour, le respect, la
reconnaissance que j'ai pour toutes ces personnes qui m'ont soutenue
pendant mon parcours.**

Ainsi...

Je dédie cette thèse à...

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

- **A ALLAH**, le tout Puissant, le tout Miséricordieux, le très miséricordieux qui par sa grâce m'a accordé la santé, la force, le courage de mener à bien ce travail et de m'avoir guidé durant ce long cursus.
- **Au prophète Mohamed (PSSL)**, paix et salut sur lui, sur sa famille, ses compagnons et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour de la résurrection. Puisse votre lumière éclairer et guider nos pas. Amen !
- **A ma patrie le Mali**, à l'Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako (**U.S.T.T.B**) et à la Faculté de médecine et d'odontostomatologie (**FMOS**), **merci**
- **A la mémoire de mon père : feu Amadahamane Maiga**

Tu as été le forgeron de ma vie et la base de la bonne éducation que j'ai aujourd'hui. Je te garderai toujours en pensée même si aujourd'hui tu n'es plus parmi nous, mais dans mon cœur grandissent les principes que tu y as semé dans la paix.

Père, tu nous manques beaucoup, mais nous savons de là où tu es, tu veilles sur nous. J'aurai voulu ta présence aujourd'hui mais le bon DIEU a décidé autrement. Que ton âme repose en paix cher père. Merci pour tout.

- **A ma mère : Oumou Maiga**

Tu nous as appris le pardon et l'amour du prochain. Tu as toujours été là pour nous, même quand ce n'était pas nécessaire. Tu nous as choyé, rassuré et réconforté. Ton assistance et ton affection ne nous ont jamais fait défaut. Ta grande générosité, ta patience et ta disponibilité font de toi une femme exceptionnelle. Mère, nous voici arrivés à ce jour tant attendu par vous tous et pour lequel tu m'as beaucoup bousculé. Que ce modeste travail soit source de satisfaction et de réconfort pour tout ce que tu as enduré et pour tous tes

efforts indéfectibles. Puisse ALLAH te prête longue vie dans la sagesse, la foi, et la santé.

- **A ma tante Halimatou MAIGA**

En plus d'être une mère pour moi, vous avez été ma tutrice. Votre soutien tant moral qu'affectif, matériel et financier a contribué à la finalisation de ce travail. C'est avec le cœur plein de joie que je vous dédie ce travail qui est également le vôtre. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance.

- **A ma grande sœur Fadi Maiga et son époux Oumar Maiga**

Ce travail a été réalisé grâce à vos sages conseils et aux sacrifices que vous avez consentis pour moi. Je vous serai reconnaissant. Je profite ici de l'occasion pour vous témoigner de toute mon affection et de toute ma gratitude.

- **A mes frères et sœurs**

Abdoulaye, Moussa, Ousmane, Idrissa, Aguéchatou et Zeinabou votre soutien et votre amour ne m'ont jamais fait défaut, ce travail est le vôtre. Que Dieu renforce nos liens.

- **A mon ami et frère Dr Maiga Abdoul Wahidou Samba**

Veuillez accepter l'expression de ma profonde gratitude pour vos encouragements, soutien et affection. Je ne saurais oublier le soutien dont vous m'avez doté. Qu'Allah vous accorde santé et bonheur.

- **A mes cousins, cousines et amis** pour les moments de complicité de soutien et de partage passés ensemble. Merci du fond du cœur, ce travail est le vôtre. Puisses le Tout Puissant renforcer ces liens aussi forts que

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

ceux du sang et nous conduire vers des portes qui s'ouvriront sur nos bonheurs.

- A Dr DJIGUIBA Ibrahim, Dr COULIBALY Mamadou B, Dr DONOGO Brehima, Dr COULIBALY Dossé, Dr COULIBALY Youssouf, Dr GOITA Daouda Y, Dr DIARRA Mahamadou, Dr KONE Yah, Dr DICKO Mahamadou, Dr SAMAKE Abdoulaye, Dr TRAORE Amadou, Dr GOITA Mariam, Dr DIALLO Moussa Y, Dr TOUNKARA Hamidou vous nous avez guidé les pas avec vos conseils, soutiens et bonnes manières, rassurez-vous de ma reconnaissance éternelle.
- **Aux internes :** Paula TOUNGARA, Zoumana KONE, Dieudonné COULIBALY, Salifou COULIBALY, Benoît TEMBELY, Kaly TOURE, Adam SAMAKE, merci.
- **A mon équipe de garde,** je ne finirai jamais de vous remercier pour ce temps passé ensemble.
- Au Pr HAÏDARA Mamadou, Dr COULIBALY Mahamoudou, Dr DIAKITE Abdoulaye Laye, M. MAIGA Maliki, Dr MAGUIRAGA Assitan, la qualité de votre encadrement, de vos conseils, a fait de moi celui que je suis aujourd'hui, je n'ai été pour vous seulement un élève, mais aussi un fils ; un frère, que le tout puissant vous offre plus d'opportunité avec plein de succès et qu'il vous accorde une longue vie dans la santé et dans le bonheur, soyez rassurés de ma gratitude.
- À Dr GUINDO Issa, médecin chef du CSRéf de Kalaban-Coro merci de m'avoir accueilli au sein du centre pour que j'apprenne dans le service, veuillez recevoir ma profonde gratitude.
- A toutes les sage-femmes et infirmières ainsi qu'à tout le personnel du bloc opératoire du CSRéf de Kalaban Coro, merci
- À tout le personnel du CSRéf de Kalaban-Coro, merci.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury :

Professeur BOCOUM Amadou

- ✓ **Maitre de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au centre hospitalier universitaire (CHU) de
Gabriel TOURE ;**
- ✓ **Titulaire d'un diplôme inter-universitaire d'échographie en
gynécologie-obstétrique en France ;**
- ✓ **Titulaire d'un diplôme universitaire en coelioscopie en gynécologie en
France ;**
- ✓ **Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie
en gynécologie-obstétrique de l'universitaire de Paris Descartes ;**
- ✓ **Secrétaire générale adjoint de la société malienne de Gynécologie-
Obstétrique (SOMAGO).**

Honorable Maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre esprit critique et votre rigueur scientifique font de vous un maitre respecté et admiré. Permettez-nous cher Maître de vous réitérer l'expression de notre reconnaissance, de notre admiration et de notre profonde gratitude.

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

A notre Maitre et Directeur de thèse

Professeur Alassane TRAORE

- ✓ **Gynécologue-Obstétricien,**
- ✓ **Chef du service de gynécologie de l'hôpital du Mali,**
- ✓ **Maître de conférences à la faculté de médecine et odontostomatologie**
- ✓ **Praticien Hospitalier à l'hôpital du Mali**
- ✓ **Membre de la Société Malienne de Gynécologie-obstétrique
(SOMAGO)**

Cher Maître,

C'est un privilège et un grand honneur que vous m'avez fait en me confiant ce travail. Nous avons été marqués par vos qualités de formateur, de chercheur et d'homme de science durant tout ce travail. Cher maître, nous ne saurons jamais trouver assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance. Soyez rassuré de notre très sincère et profonde gratitude. Qu'Allah vous donne une santé de fer et vous garde longtemps à nos côtés.

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

A notre Maitre et Membre du jury

Professeur Soumana Oumar TRAORE

- ✓ **Professeur agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CSREF CV ;**
- ✓ **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 Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;**
- ✓ **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;**

Cher maitre,

Vous nous faites l'honneur d'être parmi nos juges. Nous vous sommes très reconnaissants de l'aide que vous nous avez apportée dans l'élaboration de ce travail. Vos qualités humaines et professionnelles font de vous un grand maitre. Veuillez accepter, cher Maître, l'expression de notre profond respect et notre grande considération. Que Dieu vous donne une longue vie.

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

A notre Maître et membre du jury :

Professeur Yéya dit Sadio SARRO

- ✓ **Directeur général adjoint du CRLD ;**
- ✓ **Epidémiologiste au CRLD (Centre de Recherche et de Lutte contre la Drépanocytose) ;**
- ✓ **Maitre de conférences agrégé en épidémiologie à la FAPH**

Cher Maître,

Votre humanisme et votre modestie font de vous un maitre respecté et admiré.
Veuillez accepter, cher maitre, nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

A notre Maître et Membre du jury :

Dr Assitan MAGUIRAGA

- ✓ **Anesthésiste Réanimateur ;**
- ✓ **Chef de service de l'anesthésie réanimation du CSRéf de Kalaban Coro**
- ✓ **Praticienne hospitalière au CSRéf de Kalaban Coro**

Cher Maître,

C'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger parmi le jury de cette thèse. Nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements et profond respect. Veuillez trouver ici, cher maitre, l'assurance de votre reconnaissance.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ATCD : Antécédent
BGR : Bassin généralement rétréci
CCSC : Communication pour le changement social et comportemental
CHU : Centre hospitalier universitaire
CPN : Consultation prénatale
CPON : Consultation post-natale
CSCOM : Centre de santé communautaire
CSRéf : Centre de santé de référence
DIU : Dispositif intra-utérin
DFP : Disproportion fœto-pelvienne
FMOS : Faculté de médecine et d'odontostomatologie
FAPH : Faculté de pharmacie
EPU : Enseignement post universitaire
GEU : Grossesse extra-utérine
HU : Hauteur Utérine
HPP : Hémorragie du post-partum
HPPI : Hémorragie du post-partum immédiat
HRP : Hématome rétro-placentaire
HTA : Hypertension artérielle
IC95 % : Intervalle de confiance à 95 %
IMSO : Incision médiane sous-ombilicale
IIG : Intervalle inter génésique
IM : Intra Musculaire
IV : Intra Veineuse
IVD : Intra Veineuse Directe
IVG : interruption volontaire de la grossesse
LRT : Ligature-résection des trompes
MAF : Mouvements actifs fœtaux
MFIU : Mort fœtal in utero
MIN : Minute N-né : Nouveau-né
OMS : Organisation mondiale de la santé
OR : Odds ratio
PF : Planification familiale
PP : placenta prævia
PTME : Prévention de la transmission mère-enfant
SA : Semaines d'aménorrhée
SAGO : Société africaine de gynécologie-obstétrique
SFA : Souffrance fœtale aigue
SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie- Obstétrique
SPSS : Statistical Package for Social Sciences
VBG : Violences basées sur le genre

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Évolution des dimensions fœtales selon l'âge gestationnel Merger R, [14].	10
Tableau II: Répartition des parturientes selon les tranches d'âges	35
Tableau III : Répartition des parturientes selon les occupations	36
Tableau IV: Répartition des parturientes selon le niveau d'étude.	36
Tableau V: Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.	37
Tableau VI: Répartition des parturientes selon les antécédents médicaux	37
Tableau VII: Répartition des parturientes selon les antécédents chirurgicaux	38
Tableau VIII: Répartition des parturientes selon la gestité	38
Tableau IX: Répartition des parturientes selon la parité	39
Tableau X: Intervalle inter-génésique selon le contexte de césarienne.	39
Tableau XI: Répartition des parturientes selon le nombre de consultation prénatale	40
Tableau XII: Auteur de la consultation prénatale selon le contexte de césarienne	40
Tableau XIII: Lieu de la consultation prénatale selon le contexte de césarienne	41
Tableau XIV: Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel	41
Tableau XV: Répartition des parturientes selon le mode d'admission	42
Tableau XVI: État général selon le contexte de césarienne	42
Tableau XVII: Taux d'hémoglobine selon le contexte de césarienne	43
Tableau XVIII: Répartition des parturientes selon les phases du travail à l'accouchement.	43
Tableau XIX: État des membranes selon le contexte de césarienne	44
Tableau XX: Répartition des parturientes selon le type de présentation	44
Tableau XXI: Résultat de l'examen clinique du bassin selon le contexte de césarienne	45
Tableau XXII : Répartition des indications de césarienne selon le contexte de césarienne	46
Tableau XXIII : Opérateurs de la césarienne selon le contexte de césarienne	47
Tableau XXIV: Durée de l'intervention selon le contexte de césarienne	47
Tableau XXV: Répartition des parturientes selon le type d'anesthésie	48
Tableau XXVI: Répartition des parturientes selon les gestes associés à la césarienne	48
Tableau XXVII: Répartition des nouveau-nés en fonction du poids à la naissance.	49
Tableau XXVIII: Répartition selon l'état du nouveau-né à la naissance.	49

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau XXIX: Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la 1ère minute	50
Tableau XXX: Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la 5ème minute	50
Tableau XXXI: Nouveau-nés réanimés selon le contexte de césarienne	51
Tableau XXXII: Décès néonatal précoce selon le contexte de césarienne	51
Tableau XXXIII: Répartition des parturientes selon les complications maternelles en per-opératoire	52
Tableau XXXIV: Répartition des parturientes selon les complications maternelles en post opératoire.....	52
Tableau XXXV: Répartition des patientes selon le pronostic maternel	53

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1: organes génitaux internes de la femme (vue latérale), Kamina P [13]..	9
Figure 2: schéma de l'utérus gravide, Kamina P [13].....	10
Figure 3: Vaisseaux de l'utérus et rapport du col de l'utérus [2].	14
Figure 4: Bassin osseux vu de face, Kamina P [13].	15
Figure 5: Les diamètres du détroit supérieur, Kamina P [13].	16
Figure 6: Les diamètres du détroit inférieur, Kamina P [13].....	17

TABLE DES MATIERES

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Table des matières

1.INTRODUCTION.....	2
2.OBJECTIFS.....	5
2.1. Objectif général.....	5
2.2. Objectifs spécifiques	5
3.GENERALITES.....	7
3.1. Définition	7
3.2. Historique de la césarienne [12].....	7
3.3. Rappel anatomique.....	8
3.3.1. Utérus non gravide.....	8
3.3.2. Utérus gravide.....	9
3.3.4. Corps de l'utérus	11
3.3.5. Segment inferieur.....	12
3.3.6. Col de l'utérus.....	13
3.3.7. Vascularisation de l'utérus gravide.....	13
3.3.8. Innervation de l'utérus gravide	14
3.4. La filière pelvi-génital.....	15
3.4.1. Le bassin osseux.....	15
3.3.4. Le Diaphragme pelvi-génital	17
3.5. Indications de la césarienne	18
3.5.1. Indications de la césarienne prophylactique	18
3.5.2. Indications de césarienne d'urgence	20
3.6. Techniques opératoires de la césarienne [21]	22
3.6.1. Technique de la césarienne segmentaire ou classique :	22
3.6.2. La césarienne corporéale ou la césarienne selon la technique de Misgav Ladach [22].	23
3.7. Types d'hystérotomies	25
3.8. Césarienne et Anesthésie.....	26
3.8.1. Anesthésie locorégionale	26
3.8.2. Anesthésie générale.....	26

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

3.9. Les complications de la césarienne :.....	26
3.9.1. Les complications per opératoires :	26
3.9.2. Les complications postopératoires.....	27
4.MATERIEL ET METHODE	29
4.1. Cadre et lieu d'étude	29
4.2. Type et période d'étude.....	31
4.3. Population d'étude	31
4.4. Critères d'éligibilités.....	31
4.4.1. Critères d'inclusion.....	31
4.4.2. Critères de non inclusion	31
4.5. Echantillonnage.....	31
4.5.1. Technique d'échantillonnage.....	31
4.5.2. Taille de l'échantillon	31
4.6. Procédures d'études	32
4.6.1. Technique de collecte des données	33
4.6.2. Collectes, saisies et analyse des données.....	33
4.7. Considérations éthiques	33
5.RESULTATS	35
6.COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	55
7.CONCLUSION.....	60
8.RECOMMANDATIONS.....	61
9. REFERENCES.....	62

INTRODUCTION

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

1.INTRODUCTION

La césarienne est une opération obstétricale réalisant l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus(hystérotomie). Elle s'exécute par voie abdominale après coeliotomie [1].

A l'échelle mondiale, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que le taux de césarienne idéal se situant entre 10 % et 15 % [2]. Dans la plupart des pays développés, la proportion des naissances par césarienne d'urgence a nettement augmenté au cours des dernières décennies [2].

Le taux d'accouchement par césarienne en Turquie est l'un des plus élevés des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) : de 21 % en 2002, il est passé à 62,8 % en 2022 [3] ;

En 2021, l'ensemble des césariennes représentait 21,4 % des accouchements en France [4].

En Afrique sub saharienne, les taux de mortalité materno-infantile au cours des césariennes sont parmi les plus élevés au monde [5,6]. Une des principales causes de décès est la difficulté d'accès à des soins obstétricaux d'urgence, en particulier les césariennes en urgence ; le suivi prénatal insuffisant ; le retard aux soins et les mauvaises conditions d'évacuation vers les centres de référence.

En Côte d'Ivoire le taux national d'accouchement par césarienne était de 9% en 2021[7].

En 2024 une étude réalisée à l'hôpital du District de Tessaoua au Niger a rapporté un taux d'accouchement par césarienne a 21,02% [8].

En 2024 une étude réalisée au CHU de Ouahigouya au Burkina Faso a retrouvé un taux d'accouchement par césarienne d'urgence a 23,74% [9].

En 2020 une étude réalisée à la maternité du CHU SO en Guinée Conakry a rapporté que 60,31% des césariennes étaient réalisées en urgence [10].

Au Mali ; Le taux national de césarienne était de 6,89% en 2006 [14] et est diminué jusqu'à 2,5% en 2023 [11].

Une étude réalisée au Mali en 2023 à l'hôpital de Sikasso a montré que la césarienne représente 32,13% des accouchements dont 30,70% de césariennes programmée et 69,30% de césarienne d'urgence [25].

Les innovations apportées aux techniques opératoires et anesthésiques pour offrir une bonne sécurité materno-fœtale, ont fait de la césarienne une intervention courante en obstétrique.

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

Cependant, ses complications surtout maternelles, per et post opératoires, à court et à long terme, ne sont pas exceptionnelles et peuvent mettre en jeu le pronostic vital de la mère.

Une étude sur la césarienne ne saurait être sans intérêt dans le contexte, où les complications peropératoires (l'hémorragie du post partum immédiat, les lésions vésicales et intestinales) et post-opératoires (endométrite, péritonite, suppuration pariétale, septicémie puerpérale, occlusion intestinale, les maladies thromboemboliques etc....) ne sont pas rares.

Peu d'études ont été consacrées à la césarienne prophylactique versus césarienne d'urgence dans le service de maternité du centre sante de référence de Kalaban Koro, il nous a paru nécessaire d'initier la présente étude avec comme objectifs :

OBJECTIFS

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

2.OBJECTIFS

2.1. Objectif général

- ❖ Etudier la césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique au centre de sante de référence de Kalaban Coro

2.2. Objectifs spécifiques

- ❖ Déterminer la fréquence des césariennes dans les 2 groupes de césarienne ;
- ❖ Décrire les caractéristiques profils socio-démographiques des femmes césarisées ;
- ❖ Déterminer les indications des césariennes des 2 groupes au service ;
- ❖ Déterminer le pronostic maternel et fœtal de la césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique.

GENERALITES

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

3.GENERALITES

3.1. Définition

La césarienne est une technique d'accouchement artificiel permettant l'extraction fœtale après ouverture chirurgicale de l'utérus [1]. Elle s'exécute généralement par voie abdominale après coeliotomie. Elle devient urgente lorsque le pronostic vital de la mère et/ou du fœtus est engagé et programmée ou prophylactique lorsqu'elle est planifiée et réalisée avant le début travail d'accouchement.

3.2. Historique de la césarienne [12]

Les premières preuves historiques de la césarienne remontent à l'Égypte ancienne, où des momies portant des cicatrices de césarienne ont été découvertes. Cependant, les origines de cette pratique sont entourées de mystère. La césarienne est une intervention chirurgicale qui a été mentionnée dans les mythes et le folklore de nombreuses sociétés anciennes. Elle était pratiquée lorsque la mère était décédée et que l'enfant était encore vivant. Le terme "césarienne" est généralement associé à la naissance de Jules César, mais cette théorie est peu probable. En effet, la mère de César, Aurélia, était encore vivante lorsque son fils a envahi l'Angleterre. À l'origine, la césarienne était pratiquée uniquement quand la mère était décédée ou mourante. Cette pratique était motivée par le désir de sauver l'enfant, car un État fort avait besoin d'une population importante. Le droit romain, sous l'empereur César, décréta que toutes les femmes qui mouraient en couches devaient être ouvertes pour sauver l'enfant. C'est de là que vient le terme "césarienne". D'autres origines latines possibles du terme incluent le verbe "caedere", qui signifie "couper", et le terme "caesones", qui désignait les enfants nés d'opérations post-mortem. En définitive, l'origine du terme "césarienne" est incertaine.

Aux Pays-Bas, Ynzonides a documenté 95 césariennes entre 1637 et 1874. La première césarienne réussie, pratiquée en 1792, a sauvé la vie d'une femme dont le bassin était trop étroit pour un accouchement vaginal.

En Afrique, la césarienne sur une patiente vivante a été décrite dans un rapport du Dr Robert Filkin dans le Edinburgh Médical Journal en 1884. Cet article décrivait l'observation d'une césarienne pratiquée par un médecin local en Ouganda. La patiente, une primipare de 20 ans, était initialement ivre de vin de banane. Ce même vin servait à laver l'abdomen de la patiente et les mains du chirurgien. Une incision médiane est pratiquée entre l'ombilic et le pubis tandis qu'un assistant coagulait le vaisseau saignant avec un fer chaud. L'utérus est ouvert, le bébé et le placenta sont retirés et la plaie est maintenue avec des agrafes métalliques enfilées à travers

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

les bords et attachées avec de la ficelle. Filkin est parti après 11 jours, alors que la mère et le bébé allaient bien.

Des écrits apportent qu'une césarienne réussie aurait été effectuée en 1500 par un médecin suisse, Jacob Nufer, sur sa femme. Cependant, il n'existe aucune preuve fiable pour étayer cette affirmation. La première césarienne réussie sur une femme vivante a été pratiquée en 1610 à Wittenberg, en Allemagne, par le chirurgien Jeremias Trautmann. La patiente, Ursula Opitz, avait eu un accident pendant sa grossesse qui avait provoqué une énorme hernie abdominale à travers laquelle l'utérus faisait saillie. La césarienne a sauvé la vie d'Opitz et de son enfant. La patiente est décédée subitement d'une infection 25 jours après l'intervention, mais l'enfant Martin a vécu neuf ans.

Cependant, le chirurgien obstétricien français François Mauriceau n'était pas d'accord avec la pratique de la césarienne sur des femmes vivantes, car 24 césariennes avaient été pratiquées dans la première moitié du XVII^e siècle à Paris, sans qu'aucune mère n'ait survécu. Toutefois, le succès de la césarienne pratiquée sur Ursula Opitz a contribué à changer les attitudes à l'égard de la procédure, qui est devenue plus largement acceptée aux XVII^e et XVIII^e siècles. Aujourd'hui, la césarienne est une procédure courante et sûre qui peut sauver la vie des mères et des bébés.

3.3. Rappel anatomique

3.3.1. Utérus non gravide

L'utérus est un organe musculaire creux destiné à recevoir l'œuf fécondé, à le contenir pendant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement.

❖ Description

L'utérus siège dans le petit bassin et a la forme d'un cône à sommet inférieur, aplati d'avant en arrière, en haut et cylindrique en bas. Il est entre la vessie et le rectum et au-dessus du vagin. Il comprend :

- ❖ Un corps qui est aplati ;
- ❖ Un bord droit et un bord gauche dont la partie supérieure de chacun porte une trompe au bout de laquelle adhère un ovaire ;
- ❖ Un col, qui est cylindrique, pendant dans le vagin et portant un orifice cervical.

Normalement, l'utérus est en antéflexion et antéverson.

Chez la multipare, sa hauteur est de 7-9 cm, sa largeur est de 4cm et son épaisseur de 3cm. Il pèse 50g. Sa capacité est de 2 à 3 ml.

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

L'utérus comprend trois tuniques de dehors en dedans : la séreuse, la musculuse ou myomètre, la muqueuse ou endomètre.

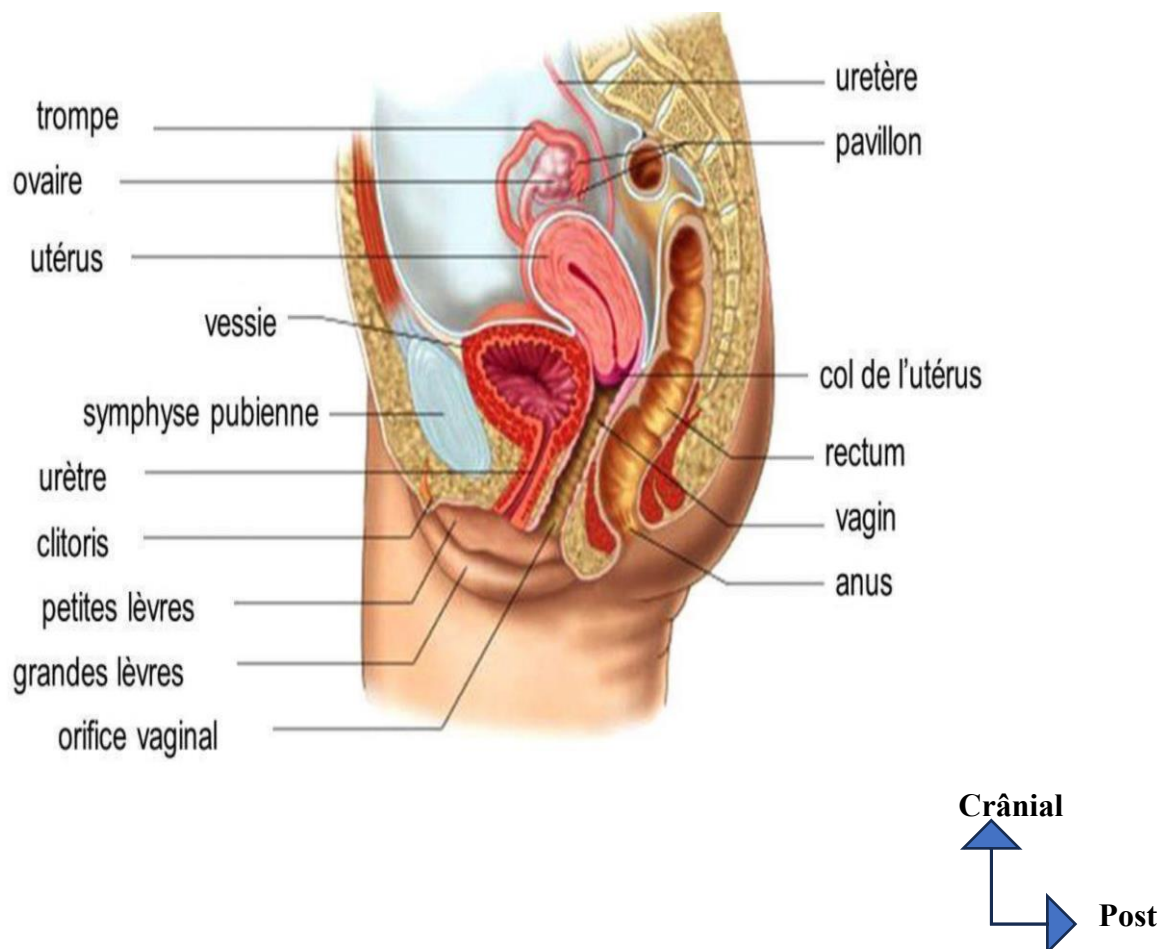


Figure 1:organes génitaux internes de la femme (vue latérale), Kamina P [13].

3.3.2. Utérus gravide

Au cours de la grossesse, l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa forme, ses propriétés physiologiques et sa réactivité. L'utérus est pelvien pendant les premières semaines de la grossesse, son fond déborde le bord supérieur du pubis dès la fin du 2^e mois, puis il se développe dans l'abdomen pour atteindre à terme l'appendice xyphoïde.

Au point de vue anatomique, on lui décrit trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe, dans les derniers mois, une portion propre à la gravidité, le segment inférieur.

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

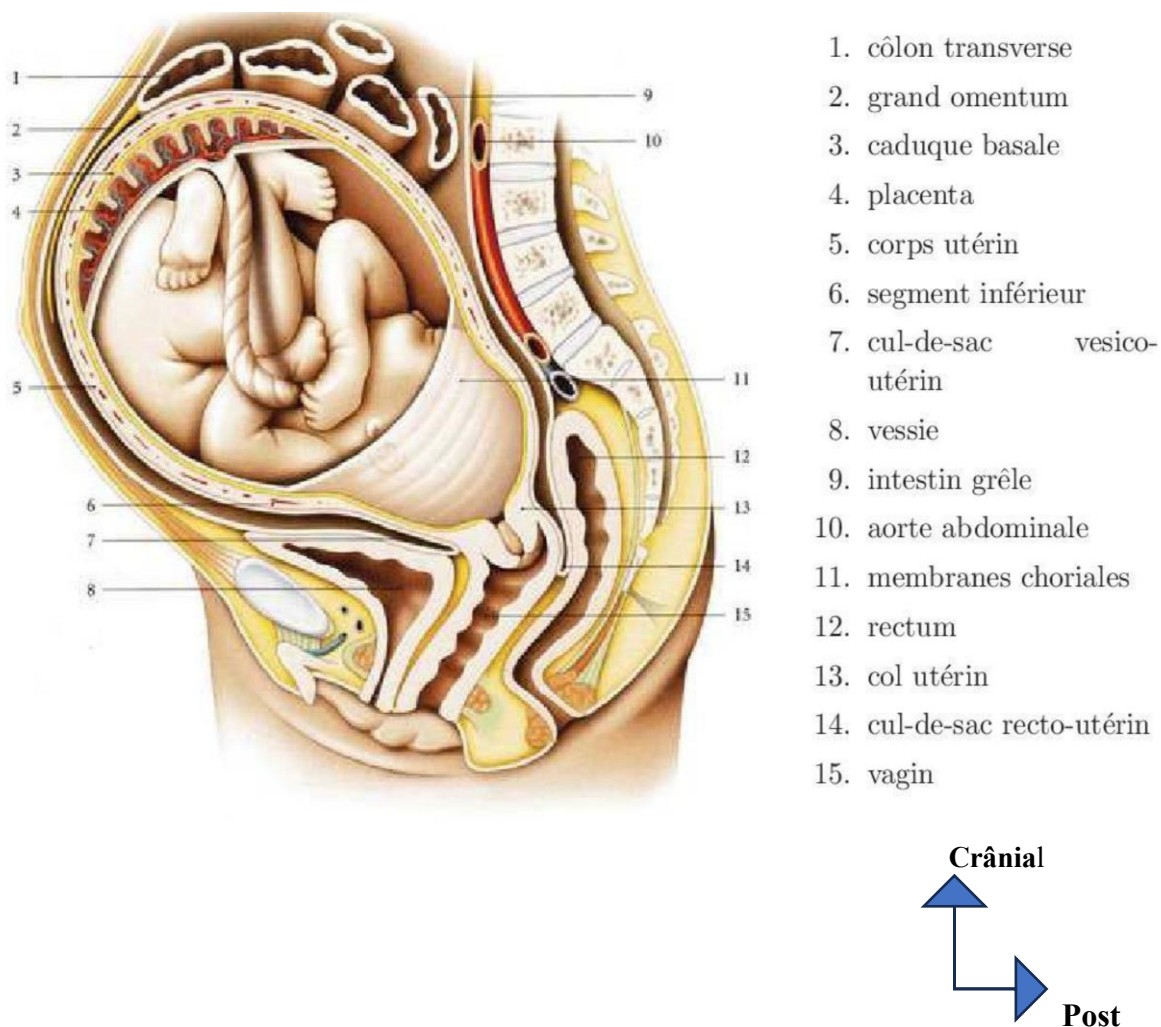


Figure 2:schéma de l'utérus gravide, Kamina P [13].

Selon Merger R [14] ; les dimensions sont les suivantes :

Tableau I:Évolution des dimensions fœtales selon l'âge gestationnel Merger R, [14].

	Hauteur	Largeur
A la fin du 3ème mois	13cm	10cm
A la fin du 6ème mois	24cm	16cm
A terme	32cm	22cm

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

3.3.4. Corps de l'utérus

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

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

- **Epaisseur des parois** : Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient, puis s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe [15].

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 [16].

- **Consistance** : l'utérus non gravide est ferme, il se ramollit pendant la grossesse.

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

- **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 [17].

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.

➤ Rapport

Au début de la grossesse, les rapports de l'utérus encore pelvien sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse [18]. A terme, l'utérus est abdominal :

✓ **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 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 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 ;

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

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

3.3.5. Segment inférieur

C'est la partie basse et mince de l'utérus gravide, située entre le corps et le col. Il n'existe que pendant 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. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable [19].

➤ **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 [20].

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

➤ **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 à la clinique, est donc un élément favorable de pronostic de l'accouchement

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

➤ Rapports :

✓ En avant il est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhérerait 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.

✓ Latéralement, la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère.

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

✓ En arrière, le profond cul-de-sac de Douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.

➤ Structure :

Le segment inférieur est formé essentiellement 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.

3.3.6. 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.

3.3.7. Vascularisation de l'utérus gravide

❖ 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 plexiforme, deviennent rectilignes s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire [2]. 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.

❖ Les veines :

Considérablement développées, elles forment les gros troncs veineux latéro-utérins qui collectent les branches corporelles réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche plexiforme, soumises ainsi à la rétractilité des anneaux musculaires après la délivrance [13].

❖ Les lymphatiques :

Nombreux et hypertrophiés, Les lymphatiques forment trois réseaux : muqueux, musculaire, et sous séreux.

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

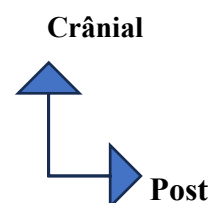
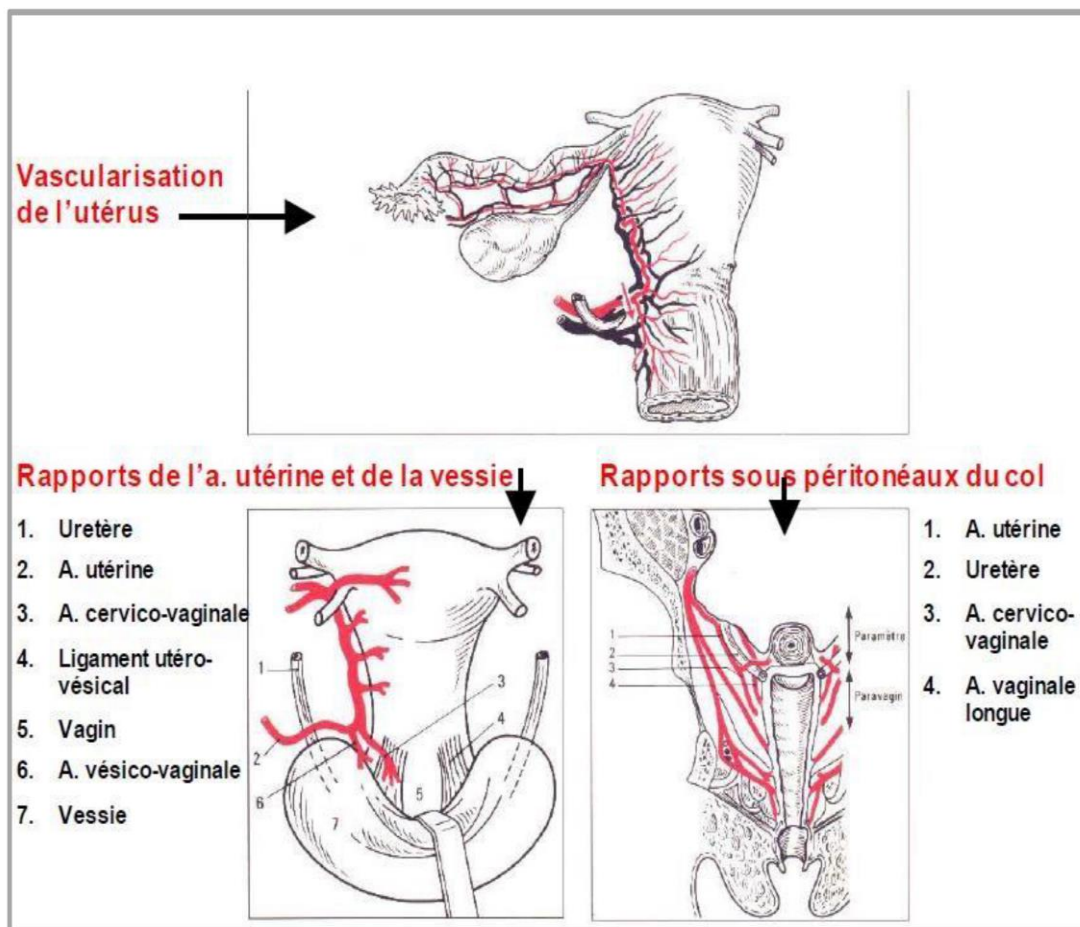


Figure 3: Vaisseaux de l'utérus et rapport du col de l'utérus [2].

3.3.8. 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 ;

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

➤ Les racines sacrées.

3.4. La filière pelvi-génital

Il comprend 2 éléments :

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

3.4.1. Le bassin osseux

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs et constitué par les 2 os iliaques en avant et latéralement, et le sacrum et le coccyx en arrière. Il est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison, nous ne décrivons que le petit bassin, celui-ci est formé de 2 orifices supérieur et inférieur séparés par une excavation.

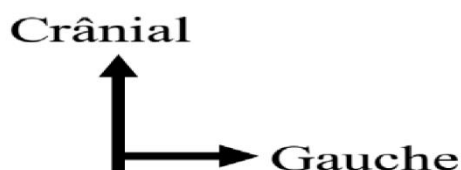
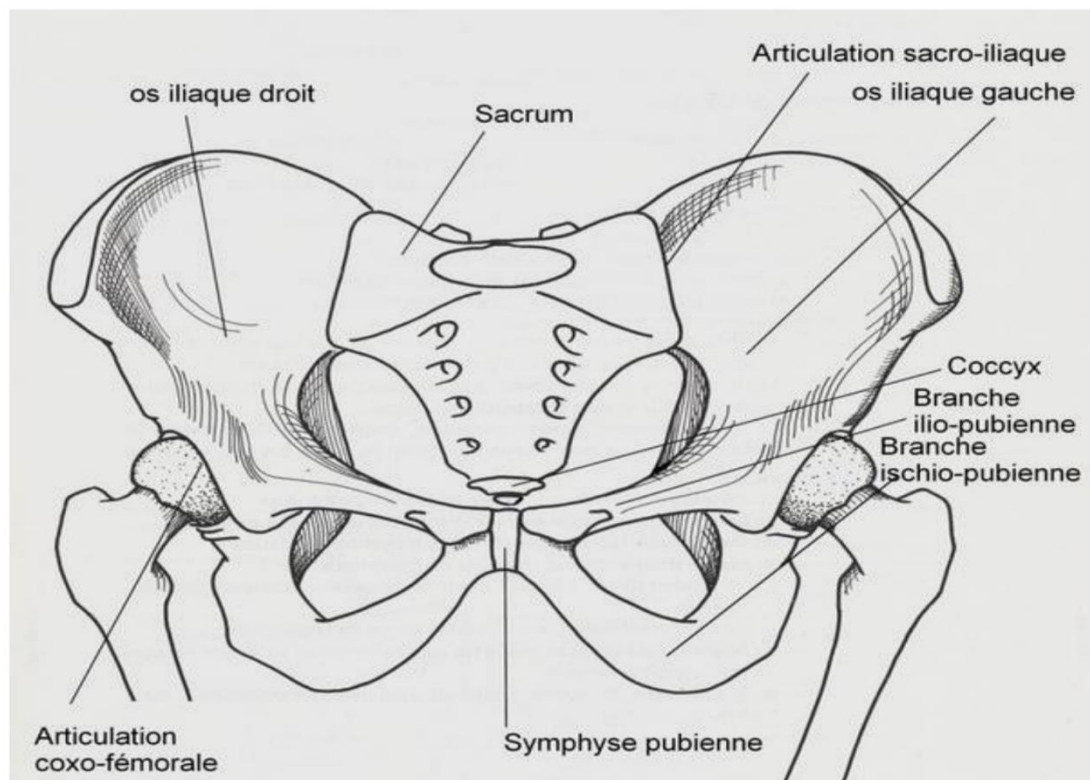


Figure 4: Bassin osseux vu de face, Kamina P [13].

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

❖ Le détroit supérieur ou l'orifice supérieur :

C'est le plan d'engagement du fœtus, séparant le petit bassin du grand bassin. Il est formé par :
En avant : le bord supérieur de la symphyse pubienne et le corps du pubis, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées.

- De chaque côté les lignes innominées et le bord antérieur des ailerons sacrés.
- En arrière le promontoire.

Les diamètres du détroit supérieur

* Les diamètres antéropostérieurs : on distingue

- Le promonto-sus-pubien = 11 cm
- Le promonto- rétro-pubien = 10,5 cm
- Le promonto-sous-pubien = 12 cm

* Les diamètres obliques : allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12cm.

* Les diamètres transversaux : le transverse médian situer à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus. Il mesure 13cm.

*Les diamètres sacro-cotyloïdiens : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurent chacun 9 cm.

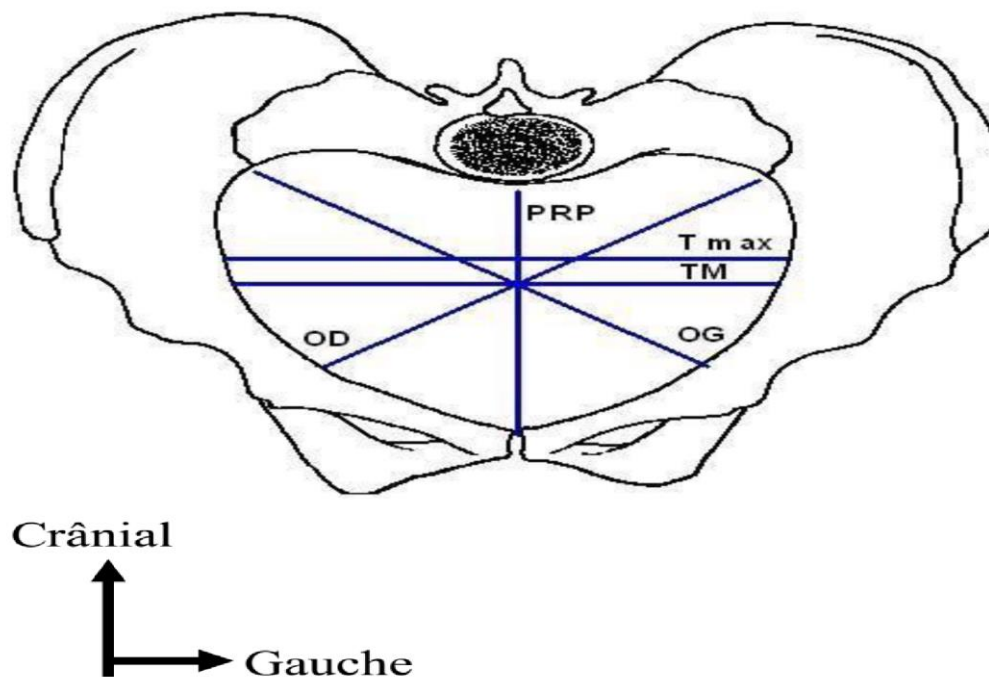


Figure 5: Les diamètres du détroit supérieur, Kamina P [13].

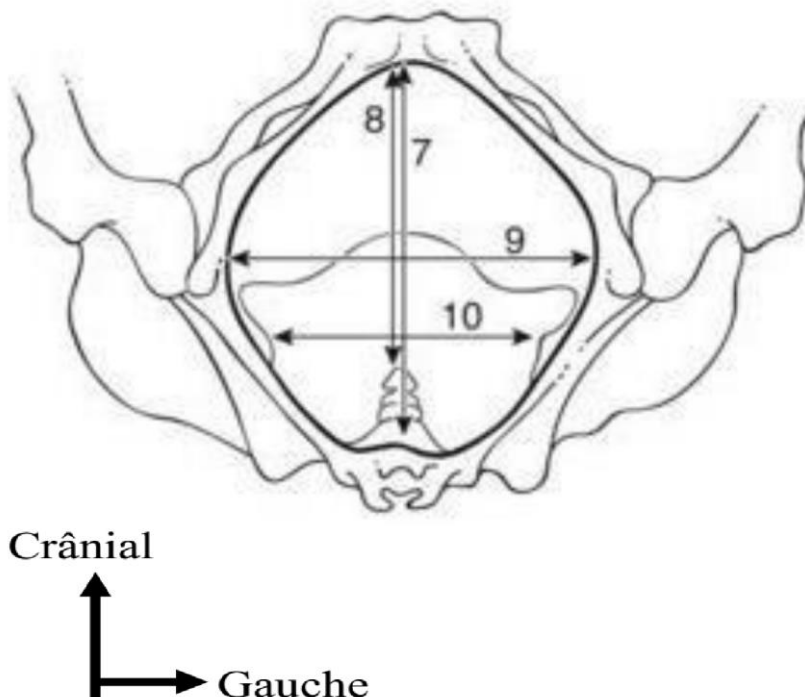
Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

❖ L'excavation pelvienne :

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

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

L'excavation est le lieu de descente et de rotation du fœtus.



7 : Périmètre retro pubien

8 : Diamètre pubo-coccygien

9 : Diamètre transverse maximale

10 : Diamètre transverse médian

Figure 6: Les diamètres du détroit inférieur, Kamina P [13].

3.3.4. Le Diaphragme pelvi-génital

Le diaphragme pelvien principal :

Il est constitué par le releveur de l'anus, c'est un muscle pair qui forme avec celui du côté opposé et avec les deux muscles ischio-coccygiens en arrière le plancher du bassin ou diaphragme pelvien principal.

Le bord interne du releveur de l'anus, recouvert par l'aponévrose pelvien répond en bas, sur un plan un peu inférieur à lui, au diaphragme pelvien accessoire.

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

Le diaphragme pelvien accessoire :

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

C'est le périnée anatomique. Il se divise en :

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

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

3.5. Indications de la césarienne

3.5.1. Indications de la césarienne prophylactique

L'indication est posée avant le début du travail d'accouchement

A. Indications maternelles :

1. Les anomalies du bassin

- Les bassins généralement rétrécis ;
- Bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise ;
- Bassin ostéomalacique ;
- Bassin limite + macrosomie fœtale.

2. 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, gros fœtus, multiparité bassin asymétrique).
- Les cicatrices de sutures utérines.

3. Les pathologies maternelles :

-H.T. A : atteignant presque 10% des gestantes, la maladie hypertensive peut nécessiter une interruption de la grossesse par césarienne en urgence lors des accidents aigus ou le risque materno-fœtal est majeur : Eclampsie, pré éclampsie, H T A élevée et résistante au traitement (risque d'hématome rétro placentaire). La gravité de l'atteinte maternelle (uricémie supérieure à 60mg/l : 420mmol/l, anomalie importante au fond d'œil) peut, à elle seule, forcer la césarienne.

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

- **Les cardiopathies** : les cardiaques, même majeures, accouchent souvent très facilement, 75% parmi eux accouchent par voie basse. La césarienne demeure une indication très dangereuse chez les cardiopathies et elle doit être faite en coopération étroite avec les cardiologues.

-**Le diabète** : la césarienne est le mode d'accouchement habituel des diabétiques. La date de la césarienne classiquement est au cours de la 37ème SA dans le but préventif de macrosomie fœtale,

-**Les cancers du col** constituant un obstacle prævia,

-Les antécédents d'accidents vasculaires cérébraux ou tumoraux

-Les troubles respiratoires avec hypoventilation ;

L'allo-immunisation materno-fœtale. La césarienne est indiquée dans les cas d'atteintes graves et l'accouchement est le plus souvent prématuré ;

-L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparée ;

-Les antécédents de déchirures compliquées du périnée ;

-Les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales ;

-Les cures de prolapsus génitaux ;

-Infections maternelles au virus de l'herpès (HSV1, HSV2) Si une primo-infection herpétique se déclare après 35 SA, une césarienne programmée est recommandée à 39 SA en raison du risque d'herpès néonatal. Des récurrences herpétiques pendant la grossesse ne sont pas une indication de césarienne programmée.

B. Indications liées aux annexes fœtales

-Placenta prævia surtout central conduit à la césarienne ;

-Hématome retro-placentaire dans sa forme dramatique conduit à la césarienne ;

-Hydramnios du fait du risque de procidence du cordon battant dont la gravité est moins importante en siège qu'en sommet ;

-Rupture prématurée des membranes : elle n'est pas toujours individualisée comme indication de césarienne ;

-Kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolabant dans le douglas.

C. Indications fœtales :

1. Asphyxie fœtale chronique

L'asphyxie fœtale chronique s'observe généralement dans les pathologies avec retard de croissance intra utérin et les dépassements de terme. Le diagnostic d'asphyxie fœtale se fait par

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et par la mesure du potentiel hydrogène intra utérin (PH).

2. Malformations fœtales :

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

3. Grossesses multiples :

➤ **Grossesses gemellaires :** En l'absence d'une asphyxie fœtale chronique du premier jumeau qui conduit à la césarienne, les mauvaises présentations du deuxième jumeau risquant d'entraîner des traumatismes en cas de manœuvre de version, imposent aussi la césarienne.

➤ **Grossesses multiples (plus de 2 fœtus) :** Dans la majorité des cas la femme accouche par césarienne.

4. Prématunités :

Elles ne sont pas une indication de césarienne en elles-mêmes mais les facteurs associés l'imposent souvent dans l'intérêt du fœtus.

5. Gros fœtus

Les macrosomies fœtales, poids estimé à 4000g ou plus, ou diamètre bipariétal >100mm doivent bénéficier d'une césarienne prophylactique.

6. 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 variété postérieur.

La présentation du 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.

7. Enfant précieux

Sans hiérarchisation de la valeur des enfants ; cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.

3.5.2. Indications de césarienne d'urgence

➤ L'asphyxie fœtale aigue :

Elle survient au cours du travail d'accouchement est appréciée par la clinique (liquide amniotique teinté méconial associe à une modification du bruit du cœur fœtal : inférieur à 110

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

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, en dehors d'une possibilité immédiate d'extraction par voie basse.

➤ **Le placenta prævia** : conduit à la césarienne dans deux (2) circonstances : soit parce qu'il est recouvrant, soit parce qu'il est hémorragique.

➤ **Syndrome de Pré-rupture** : est reconnue 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) et la rupture vraie qui nécessite bien sur une intervention d'extrême d'urgence.

➤ **La procidence du cordon** : reste une indication indiscutable, car elle entraîne une asphyxie fœtale aigue. C'est une indication de césarienne d'extrême d'urgence sauf si l'enfant est mort, la tête est engagée à la partie basse (il est plus rapide de faire un forceps), une présentation du siège à dilatation complète sans anomalie du rythme cardiaque fœtal.

➤ **L'hématome retro-placentaire** : dans sa forme dramatique conduit à la césarienne.

➤ **Décollement placentaire** ;

➤ **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. Par ailleurs, la gravité de l'atteinte maternelle (uricémie > 60mg/litre), l'hypotrophie fœtale sévère et l'asphyxie fœtale chronique avec greffe d'une asphyxie fœtale aigue peut conduire à la césarienne.

➤ **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

➤ **Dystocies mécaniques** : Ce groupe comprend toutes les césariennes dont l'indication est essentiellement d'ordre mécanique :

-Disproportions fœto-pelviennes d'origine maternelle ou bassins rétrécis ;

-Disproportions fœto-pelviennes d'origine fœtale :

-Présentations irrégulières : front, transverse, face en variété postérieure, Bregma et les présentations du siège ;

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

-Macrosomie ;

-Malformations fœtales ayant nécessité une césarienne ;

➤ **La dystocie cervicale ;**

➤ **Echec de l'épreuve du travail** : qui avait été tentée sur un bassin limite est la principale indication.

➤ **Les échecs de déclenchements ;**

➤ **Les échecs d'extraction instrumentale ;**

➤ **L'éclampsie ;**

3.6. Techniques opératoires de la césarienne [21]

Notre objectif n'est pas de décrire toutes les techniques si nombreuses. Ainsi, ne seront décrites ici que la césarienne segmentaire ; la césarienne corporelle et la césarienne vaginale. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustive, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général. La césarienne est une intervention apparemment facile ce qui conduit souvent à l'abus ; trop de personnes s'y adonnent : les unes insuffisamment formées en chirurgie, les autres encore moins en obstétrique. Alors que dans le contexte même de l'obstétrique moderne, effectuer une césarienne requiert une bonne connaissance de l'obstétrique et de la chirurgie, sécurisée par une anesthésie et une réanimation efficace avec un plateau de néonatalogie de pointe. La préparation de l'intervention proprement dite nécessite l'installation de la patiente (légèrement basculée à gauche), l'anesthésie, la perfusion, un ou deux aides, un médecin, une sagefemme et une puéricultrice aseptiquement habillée pour recevoir l'enfant.

3.6.1. Technique de la césarienne segmentaire ou classique :

Elle se fait en dix temps ou étapes :

-Premier temps : mise en place des champs, coeliotomie sous ombilicale ou transversale dans un souci esthétique surtout ;

-Deuxième temps : protection de la grande cavité par des champs abdominaux. Mise en place des valves ;

-Troisième temps : incision aux ciseaux du péritoine segmentaire dont le décollement est facile ;

-Quatrième temps : incision transversale ou longitudinale du segment inférieur, l'un ou l'autre procédé ayant leurs adeptes bien que le premier semble être plus apprécié selon la littérature ;

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

-Cinquième temps (extraction du fœtus) : dans la présentation céphalique, plusieurs techniques sont décrites souvent question d'école. Dans les autres présentations, la plupart des auteurs conseillant d'abord de rechercher un pied (grande extraction) ;

-Sixième temps : c'est la délivrance par expression du fond utérin, mais peut être manuelle, spontanée ou dirigée (utilisation d'ocytocique) ;

-Septième temps : suture du segment inférieur qui se fait en un plan extra muqueux ;

-Huitième temps : suture non serrée du péritoine pré-segmentaire avec du Vicryl en surjet simple ;

-Neuvième temps : on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale ;

-Dixième temps : fermeture plane par plan de la paroi.

Avantages de la césarienne segmentaire :

- Incision autonome du péritoine viscéral possible permettant une bonne protection de la suture ;
- Incision de l'utérus dans une zone qui redeviendra pelvienne ;
- Incision de la partie non contractile de l'utérus donc moins de risque de rupture
- Cicatrisation d'excellente qualité.

3.6.2. La césarienne corporéale ou la césarienne selon la technique de Misgav Ladach [22].

Technique

Se basant sur la littérature, Michel Stark de l'hôpital Misgav Ladach de Jérusalem a modifié et rationaliser ces nouvelles stratégies en mettant au point une technique qu'il appelle modestement méthode de Misgav Ladach. Elle comporte huit temps ou étapes : L'ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau a environ 3cm au-dessous de la ligne inter iliaque unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures (incision de Joël Cohen) ;

Ouverture transversale du péritoine pariétal ;

Pas de champs abdominaux ;

Hystérotomie segmentaire transversale, pas de décollement du péritoine vésico-utérin ;

Suture de l'hystérotomie en un plan par un surjet non passé ;

Non fermeture des péritoines (viscéral et pariétal) ;

Suture aponévrotique par un surjet non passé ;

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

Rapprochement cutané par quelques points de Blair-Donati très espacés.

a. Ses indications sont :

- Les césariennes itératives avec accès difficile ou impossible au segment inférieur du fait des adhérences ;
- Les cas où la césarienne doit être suivie d'une hystérectomie (néoplasie du col utérin opérable) ;
- Chez les cardiaques où la césarienne est effectuée en position semi assise, césarienne suivie de ligature des trompes ;
- La césarienne post-mortem.
- Il faut signaler cependant que les techniques suscitées comportent des précautions particulières et des modifications gestuelles dans certaines circonstances telles que le placenta prævia antérieur et la césarienne itérative

b. Contre-indications :

Plusieurs auteurs s'accordent pour dire qu'il n'existe pas de contre-indication absolue de la césarienne mais seulement des contre-indications relatives. THOULON les a résumés en :

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

Avantages de la technique de Misgav Ladach :

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

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

Il faut signaler cependant que les techniques suscitées comportent des projections particulières et des modifications gestuelles dans certaines circonstances telles que : le placenta prævia antérieur et la césarienne itérative.

Modes d'ouverture pariétale :

L'accès à la cavité péritonéale peut se faire classiquement de deux façons :

La laparotomie médiane : celle-ci peut se faire de deux manières, en sous ombilicale ou en sus et sous ombilicale. La laparotomie médiane sous ombilicale est utilisée comme une des

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

voies d'abord dans la césarienne segmentaire tandis que la laparotomie sus et sous-ombilicale est utilisée pour la césarienne corporéale.

L'incision de Pfannenstiel : c'est l'incision sus-pubienne transversale dont la longueur de l'incision est de 12-14cm à environs 3cm au-dessus du bord supérieur du pubis au-dessous de la limite supérieure de la pilosité.

L'incision de Kustner : c'est l'incision cutanée de Pfannenstiel suivit de laparotomie médiane.

Incision de Bastien : ouverture transversale des plans superficiels, désinsertion sus-pubienne des muscles grands droits.

L'incision de Mouchel : l'incision est totalement transversale de tous les plans inclus les muscles.

L'incision de Joël Cohen : Incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 3cm au-dessous de la ligne inter iliaque unissant les deux épines iliaques antérosupérieures.

3.7. Types d'hystérotomies

❖ Hystérotomie segmentaire transversale

L'incision utérine se fait selon un tracé arciforme à concavité sur la face antérieure du segment inférieur. C'est la technique la plus utilisée car elle permet d'obtenir une bonne cicatrisation.

❖ Hystérotomie segmentaire longitudinale

Plus délicate que la segmentaire transversale. L'incision se fait longitudinalement sur la face antérieure. Elle expose au risque de rupture utérine lors d'une grossesse ultérieure.

❖ Hystérotomie corporéale

L'incision se fait longitudinalement sur le corps utérin à sa face antérieure. Cette technique est d'indication restreinte pour des risques septiques très élevés lorsque l'intervention survient après un certain temps de travail à œuf ouvert. Notons qu'avec l'avènement de l'antibiothérapie ce risque est minimisé. La cicatrice obtenue est souvent de mauvaise qualité.

❖ Hystérotomie segmento-corporéale :

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

❖ Césarienne itérative :

Il s'agit d'une hystérotomie à faire sur un utérus cicatriciel, ayant déjà subi une césarienne.

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

3.8. Césarienne et Anesthésie

L'anesthésie pour une césarienne, classiquement, peut être obtenue de deux manières : une anesthésie générale et une anesthésie locorégionale. Plusieurs autres techniques peuvent être utilisées : l'anesthésie épidurale et locale.

3.8.1. Anesthésie locorégionale

Les avantages :

- La mère est consciente, il n'y a donc pas de risque d'inhalation
- Le risque de la dépression du nouveau-né est diminué.

Les inconvénients :

- Une hypotension liée au bloc sympathique, la prévention s'obtient par le remplissage vasculaire et l'administration des vasopresseurs.

3.8.2. Anesthésie générale

Les avantages :

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

Les inconvénients :

Le risque d'inhalation est élevé dans ce cas-ci (syndrome de Mendelson).

3.9. 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 et ne sera jamais nulle. Par ailleurs la morbidité post césarienne n'est pas négligeable, d'où l'intérêt de bien poser les indications.

3.9.1. Les complications per opératoires :

➤ L'hémorragie :

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

- soit généraux : des facteurs de la coagulation et de l'hémostase défectueuse ;
- soit locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (atonie utérine, placenta accréta, increta ou percreta).

➤ 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 :

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

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

➤ Les complications anesthésiques :

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

3.9.2. Les complications postopératoires

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 pariétales de la plaie opératoire et abcès de la paroi, voire même la septicémie.

➤ L'hémorragie post opératoire par :

-Hématome de la 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.

➤ La maladie thromboembolique :

Elle est prévenue par le lever précoce, voire l'héparinothérapie dans les cas à risque (phlébites, antécédent des maladies thromboemboliques).

➤ Les complications diverses :

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésico-vaginales, embolies amniotiques.

a. Les complications chez le nouveau-né :

En dehors de l'asphyxie fœtale pendant la grossesse, on peut avoir :

- les complications liées aux produits anesthésiques : Asphyxie ;
- Détresse respiratoire par inhalation du liquide amniotique ;
- les complications infectieuses ;
- la mortalité du nouveau-né.

MATERIEL ET METHODE

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

4.MATERIEL ET METHODE

4.1. Cadre et lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de Kalaban-Coro ; qui a été créé le 9 juillet 2013 ; dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé du gouvernement Malien.

❖ Présentation du centre de santé de référence de Kalaban-Coro

Le CSRéf de Kalaban-Coro est composé de plusieurs unités : l'administration ; la pharmacie du jour et de nuit ; la médecine générale avec deux salles de consultation ; l'unité de pédiatrie et de néonatalogie ; l'unité d'odonto-stomatologie ; ORL ; l'ophtalmologie ; l'unité de gynécologie et d'obstétrique ; l'unité de chirurgie générale ; l'unité de dermatologie ; l'unité de consultation cardiologie ; le laboratoire d'analyse biomédicale et la morgue.

❖ Description du service de Gynécologie Obstétrique

Il comporte :

- Un bloc opératoire,
- Une salle de consultation pré anesthésique,
- Une grande salle des opérées avec 8 lits,
- Une salle des grossesses pathologique avec 5 lits,
- Deux salles des suites de couches avec 10 lits,
- Une salle de travail avec 3 lits et une toilette,
- Deux salles d'accouchements avec 03 tables d'accouchements chacune et des toilettes,
- Une unité de consultation prénatale (CPN),
- Une unité de planification familiale et de consultation post-natale (PF/CPON),
- Une unité de soins après avortement (SAA),
- Une unité de prévention de la transmission mère-enfant (PTME),
- Une unité de dépistage du cancer du col de l'utérus,
- Une salle pour la sage-femme maitresse,
- Une salle de garde pour les sages femmes,
- Une salle de garde pour les thésards et médecins,
- Une salle de pansement,

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

- Trois salles de consultation pour les gynécologues,
- Une unité de One Stop Center (VBG).

❖ Le personnel du service de Gynécologie obstétrique.

Il est composé de :

- Trois gynécologues-obstétriciens,
- Vingt et sept sages femmes dont une sage-femme maitresse,
- Dix infirmières obstétriciennes,
- Trois aides de bloc,
- Deux manœuvres,
- Un gardien.

A ces personnels s'ajoutent les élèves des écoles socio-sanitaires et des étudiants de la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS) de différentes années dans le cadre de leurs stages de formation et leurs thèses.

❖ Fonctionnement du service

Les gynécologues obstétriciens assurent le dépistage du cancer du col de l'utérus, les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses a risque tous les jours ouvrables du lundi au vendredi. Les consultations prénatales ainsi que le dépistage du cancer du col de l'utérus sont effectuées par les sages femmes. Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le genre (par l'unité one stop center). Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et 24h/24 dans le cadre de la prise en charge des pathologies chirurgicales et gyneco-obstetricals (urgence et programmées). Un staff réunissant le personnel du service et l'équipe de garde se tient tous les jours ouvrables à partir de 8h30min pour discuter des évènements qui se sont déroulés pendant la garde. Une visite des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un médecin gynécologue obstétricien. Les ambulances assurent la liaison entre les centres de santé communautaire (CSCOM) et le CSRéf. Au moins une séance d'audit de décès maternel a lieu une fois par mois. La garde est assurée par une équipe de garde composée :

- Un gynécologue obstétricien chef de garde,
- Deux thésards,
- Une sage-femme et une infirmière obstétricien,

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

- Un technicien de laboratoire,
- Un chauffeur d'ambulance,
- Deux manœuvres assurant la propreté permanente du service.

4.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude des cas/témoins (1 cas pour 2 témoins). L'étude s'est déroulée à la maternité du centre de sante de référence de Kalaban Coro sur une période d'un an allant du 1^{er} janvier 2024 au 31 Décembre 2024.

4.3. Population d'étude

Toutes les patientes ayant accouchées au CSRéf de Kalaban Coro pendant la période d'étude.

4.4. Critères d'éligibilités

4.4.1. Critères d'inclusion

Ont été inclus dans notre étude

- ❖ **Cas** : Césarienne réalisée en urgence
- ❖ **Témoin** : Césarienne programmée

4.4.2. Critères de non inclusion

N'ont pas été inclus dans notre étude

- ❖ **Cas** :
 - Les cas de rupture utérine ;
 - Les dossiers des césariennes post-mortem ;
- ❖ **Témoins** :
 - Les Césariennes réalisées en dehors du service mais hospitalisée au service ;
 - Les dossiers comportant des informations insuffisantes.

4.5. Echantillonnage

4.5.1. Technique d'échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage non exhaustif portant sur les cas de césariennes.

4.5.2. Taille de l'échantillon

L'étude fait en 2023 à l'hôpital de Sikasso portant sur le pronostic materno-fœtal des césariennes d'urgences versus césariennes prophylactiques a permis de rapporter une prévalence de 32,13%.

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

La taille de l'échantillon est calculée à partir de la formule de Daniel SCHWARTZ :

$$n = \frac{Z^2 \cdot p(1 - p)}{i^2}$$

Z : l'écart réduit est une constante a 1,96

P : la prévalence a 32,13%

Q : le complément a 100 de la prévalence p=67,87

I : la précision souhaitée avec 5%

La taille maximale de notre échantillon est donc égale à 335

4.6. Procédures d'études

Les données ont été recueillies sur un questionnaire à partir des dossiers obstétricaux, des registres de l'accouchement, des registres du compte rendu opératoire, des registres d'admission.

❖ Variables étudiées

L'âge, la profession, le niveau d'étude, le statut matrimonial, les antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux, le mode d'admission, le motif d'admission, le moyen de transport, la gestité, la parité, la notion de CPN, le lieu de CPN, l'auteur de la CPN, l'âge gestationnel, les indications de césarienne, le type d'anesthésie, la qualification de opérateur, la vitalité du nouveau-né a la naissance, le poids du nouveau-né, les complications per et post-césariennes, la prise en charge du nouveau-né, la durée d'hospitalisation.

❖ Définitions opérationnelles

Pour la clarté de l'étude nous avons approuvé les définitions opératoires suivantes :

Paucigeste = 2 à 3 grossesses

Multigeste ≥ 4 grossesses

Pauciparité = 2 à 3 accouchements

Multiparité ≥ 4 accouchements

Césarienne d'urgence : technique d'accouchement artificiel permettant l'extraction fœtale après ouverture chirurgicale de l'utérus réalisée en urgence.

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

Césarienne prophylactique : technique d'accouchement artificiel permettant l'extraction fœtale après ouverture chirurgicale de l'utérus réalisée de façon programmée.

Césarienne code rouge : Menace pour le pronostic vital maternel ou fœtal.

Césarienne code orange : Menace à court terme pour le pronostic vital maternel ou fœtal.

Césarienne code vert : Pas de menace à court terme pour le pronostic vital maternel ou fœtal.

4.6.1. Technique de collecte des données

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

4.6.2. Collectes, saisies et analyse des données

Les données ont été saisies sur le logiciel Microsoft World 2019 et analysées sur le logiciel SPSS version 26. Le test statistique Odd ratio ($OR=1$: Aucune association ; $OR>1$: Association positive ; $OR<1$: Association négative) a été utilisé ainsi que le test statistique χ^2 de Pearson et le test exact de Fisher pour la comparaison des valeurs catégorielles avec un seuil significativité à 5%.

4.7. Considérations éthiques

Le protocole d'étude a été soumis à l'approbation du comité d'éthique de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) de l'Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (U.S.T.T-B). L'anonymat des patientes a été respecté.

RESULTATS

**Césarienne d’urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

5.RESULTATS

❖ Fréquence

Au cours de notre période d’étude allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2024 nous avons colligé 335 césariennes sur 5320 accouchements soit une fréquence de 6,29%. Parmi ces accouchements (voies basses et césariennes) ,112 étaient des césariennes d’urgence et 223 des césariennes prophylactiques avec une fréquence respective de 33,4% et 66,6%.

❖ Aspects sociodémographiques

Tableau II: Répartition des patientes selon les tranches d’âges

Contexte				
Âge	Cas	Témoins	OR (IC 95%)	P-value
	112(100%)	223(100%)		
≤19 ans	18 (16,1%)	9 (4,0%)	4,51(1,94 – 10,50)	0,001
20–34 ans	78 (69,6%)	176 (79,0%)	(Réf)	—
≥ 35 ans	16 (14,3%)	38 (17,0%)	0,95 (0,50 – 1,80)	0,87
Total	112 (100%)	223 (100%)	—	—

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau III : Répartition des patientes selon les occupations

Contexte				
Occupations	Cas	Témoins	OR (IC95 %)	P-value
	112(100%)	223(100%)		
Autres	4 (3,6)	0 (0,0)		
Coiffeuse	2 (1,8)	17 (7,6)	0,18 (0,04–0,81)	0,03
Commerçante	25 (22,3)	39 (17,5)	0,97 (0,55–1,72)	0,91
Couturière	4 (3,6)	13 (5,8)	0,47 (0,15–1,49)	0,20
Enseignante	1 (0,9)	21 (9,4)	0,07 (0,01–0,54)	0,01
Étudiante / Élève	7 (6,3)	21 (9,4)	0,51 (0,21–1,23)	0,13
Ménagère	67 (59,8)	102 (45,7)	(Réf.)	—
Secrétaire	2 (1,8)	10 (4,5)	0,30 (0,07–1,32)	0,11
Total	112 (100)	223 (100)	—	

Autres : Aide-ménagère (2), Militaire (2).

Tableau IV: Répartition des patientes selon le niveau d'étude

Contexte				
Niveau d'étude	Cas	Témoins	OR (IC95 %)	P-value
	112 (100%)	223(100%)		
École coranique	3 (2,7)	2 (0,9)	2,77 (0,42–18,29)	0,29
Non scolarisée	58 (51,8)	68 (30,5)	1,30 (0,12-15,21)	0,14
Primaire	19 (17,0)	28 (12,6)	1,34 (0,69–2,59)	0,39
Secondaire	25 (22,3)	65 (29,1)	0,72 (0,40–1,29)	0,28
Supérieur	7 (6,3)	60 (26,9)	(Réf)	
Total	112 (100)	223 (100)	—	

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau V: Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Contexte		OR (IC95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Célibataire (Réf.)	6 (5,4)	7 (3,1)	(Réf.)	—
Mariée	106 (94,6)	216 (96,9)	0,55 (0,18–1,67)	0,29
Total	112 (100)	223 (100)	—	

Tableau VI: Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents médicaux	Contexte		OR (IC 95%)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Asthme	3 (2,7)	5 (2,2)	1,26 (0,28–5,60)	0,76
Aucun	101 (90,2)	195 (87,4)	(Réf)	—
Diabète	1 (0,9)	10 (4,5)	0,19 (0,02–1,63)	0,03
Drépanocytose	0 (0,0)	1 (0,4)	—	—
Hypertension artérielle	7 (6,3)	12 (5,4)	1,13 (0,43–2,95)	0,78
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau VII: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Contexte		OR (IC95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Aucun	77 (68,8)	63 (28,3)	(Réf)	—
Césarienne	33 (29,5)	157 (70,4)	0,17(0,11–0,54)	0,008
GEU + Myomectomie + Appendicectomie	2 (1,8)	3(2,2)	2,06(0,10–40,6)	1,00
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

Tableau VIII: Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Contexte		OR (IC95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Primigeste	35 (31,3)	21 (9,4)	0,45 (0,23–0,87)	0,017
Paucigeste	40 (35,7)	93 (41,7)	0,64 (0,33–1,23)	0,18
Multigeste	37 (33,0)	109 (48,9)	(Réf)	
Total	112 (100)	223 (100)	—	

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau IX: Répartition des patientes selon la parité

Parité	Contexte		OR (IC95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Nullipare	35 (31,3)	27 (12,1)	3,45 (0,91–13,0)	0,07
Primipare (Réf.)	4 (3,6)	7 (3,1)	(Réf)	—
Paucipares	39 (34,8)	99 (44,4)	0,74 (0,22–2,53)	0,63
Multipare	34 (30,4)	90 (40,4)	0,72 (0,21–2,41)	0,59
Total	112 (100)	223 (100)	—	

Tableau X: Intervalle inter-génésique selon le contexte de césarienne

Intervalle inter- génésique	Contexte		OR (IC95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
< 24 mois	41 (36,6)	49 (22,0)	2,31 (1,33–4,01)	0,003
24–35 mois	27 (24,1)	76 (34,1)	0,86 (0,48–1,55)	0,62
≥ 36 mois	44 (39,3)	98 (43,9)	(Réf)	—
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

Tableau XI: Répartition des patientes selon le nombre de consultation prénatale

Nombre de CPN	Contexte		OR (IC95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
0 CPN	6 (5,4)	0 (0,0)	-	-
1 à 4 CPN	84 (75,0)	90 (40,4)	5,64 (3,39–9,38)	0,0002
> 4 CPN	22 (19,6)	133 (59,6)	(Réf)	—
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

Tableau XII: Auteur de la consultation prénatale selon le contexte de césarienne

Auteur de la consultation prénatale	Contexte		OR (IC95 %)	P-value
	Cas	Témoin		
	112(100%)	223(100%)		
Aucune consultation prénatale	6 (5,4)	0 (0,0)	-	-
Sage-femme	61 (54,5)	12 (5,4)	71,17 (30,9–163,7)	0,0001
Médecin généraliste	35 (31,3)	71 (31,8)	6,90 (3,62–13,14)	0,009
Gynécologue Obstétricien	10 (8,9)	140 (62,8)	(Réf)	—
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau XIII: Lieu de la consultation prénatale selon le contexte de césarienne

Lieu de la consultation prénatale	Contexte	
	Cas	Témoins
	112(100%)	223(100%)
Aucune consultation prénatale	6 (5,4)	0 (0,0)
Cabinet médical + clinique privée	25 (22,4)	1 (0,4)
CSCOM	32 (28,6)	0 (0,0)
CSRéf	49 (43,8)	222 (99,1)
Total	112 (100)	223 (100)

Tableau XIV: Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

Âge gestationnel	Contexte	
	Cas	Témoins
	112(100%)	223(100%)
Entre 28–38 SA	21 (18,8)	40 (17,9)
< 28 SA	2 (1,8)	0 (0,0)
> 38 SA	89 (79,5)	183 (82,1)
Total	112 (100)	223 (100)

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

❖ **Données cliniques**

Tableau XV: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Contexte	
	Cas	Témoins
	112(100%)	223(100%)
Adressée par un médecin	0 (0,0)	223 (100)
Référence / Évacuation	48 (42,9)	0 (0,0)
Venue d'elle-même	64 (57,1)	0 (0,0)
Total	112 (100)	223 (100)

Tableau XVI: État général selon le contexte de césarienne

État général	Contexte	
	Cas	Témoins
	112(100%)	223(100%)
Altéré	2 (1,8)	0 (0,0)
Passable	2 (1,8)	0 (0,0)
Bon	108 (96,4)	223 (100)
Total	112 (100)	223 (100)

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau XVII: Taux d'hémoglobine selon le contexte de césarienne

Taux d'hémoglobine	Contexte	
	Cas	Témoins
	112(100%)	223(100%)
< 7 g/dl	4 (3,6)	0 (0,0)
7–11 g/dl	62 (55,4)	89 (39,9)
> 11 g/dl	46 (41,0)	134 (60,1)
Total	112 (100)	223 (100)

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon les phases du travail à l'accouchement

Phase d'accouchement	Contexte	
	Cas	Témoins
	112(100%)	223(100%)
Non en travail	3 (2,7)	223 (100)
Phase active	48 (42,9)	0 (0,0)
Phase de latence	61 (54,5)	0 (0,0)
Total	112 (100)	223 (100)

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau XIX: État des membranes selon le contexte de césarienne

État des membranes	Contexte	
	Cas	Témoins
	112(100%)	223(100%)
Rompues	54 (48,2)	0 (0,0)
Intactes	58 (51,8)	223 (100)
Total	112 (100)	223 (100)

Tableau XX: Répartition des patientes selon le type de présentation

Présentation	Contexte		OR (IC 95%)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Céphalique (réf)	88 (78,6)	196 (87,9)	(Réf)	—
Siège	14 (12,5)	21 (9,4)	1,48 (0,72 – 3,05)	0,37
Transversale	10 (8,9)	6 (2,7)	3,71 (1,29 – 10,65)	0,041
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau XXI: Résultat de l'examen clinique du bassin selon le contexte de césarienne

Examen du bassin	Contexte		OR (IC 95%)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Bassin normal	97 (86,6)	172 (77,1)	(Réf)	—
Bassin limite	8 (7,1)	38 (17,0)	0,37 (0,16 – 0,82)	0,006
Bassin généralement rétréci	7 (6,3)	13 (5,8)	0,95 (0,35 – 2,54)	0,87
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau XXII : Répartition des indications de césarienne selon le contexte de césarienne

Indication de la Césarienne	Contexte		OR (IC95 %)	P-Value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Asphyxie Fœtale	14 (12,5)	0 (0,0)	(Réf)	<0,0001
Antécédent Obstétrical chargé	1(0,9)	12 (5,3)	N/A	—
Hypertension artérielle Sévère	3 (2,7)	0 (0,0)	N/A	—
Cicatrice utérine	12(10,71)	147 (65,9)	0,06 (0,03–0,12)	<0,001
Hémorragie antépartum (Hématome retro placentaire, Placenta prævia)	15 (13,4)	7 (3,1)	4,77(1,88–12,07)	0,001
Dystocie (mécanique et dynamique)	58(51,7)	57 (25,5)	1,08 (0,64–1,59)	1,000
Syndrome de pré- Rupture	9 (8,0)	0 (0,0)	N/A	< 0,001
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

La dystocie était l'indication de césarienne la plus représentée chez les cas avec 35,7%. Par contre 65,9% des témoins avaient une cicatrice utérine.

Dystocie : Présentations de la face (5), du front (6), transversale/épaule (16) ; siège chez primigeste (20), manque d'effort expulsif avec bosse séro-sanguine (1), défaut d'engagement (9), Hydrocéphalie (2), Bassin généralement rétréci (18), Macrosomie (30), procidence du cordon battant (8).

Cicatrice utérine : Intervalle inter génésique court sur uterus cicatriciel (21), Présentation de siège sur uterus cicatriciel (17), uterus cicatriciel sur bassin limite (24), uterus multicicatriciel (96), rupture prématurée des membranes sur uterus cicatriciel (1).

Hémorragie antépartum : Hématome retro placentaire (9), Placenta prævia (13).

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau XXIII : Opérateurs de la césarienne selon le contexte de césarienne

Opérateurs	Contexte		OR (IC95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Médecin généraliste	100 (89,3)	89 (39,9)	12,43 (6,44–24,01)	0,0008
Gynéco-obstétricien	12 (10,7)	134 (60,1)	(Réf)	—
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

Tableau XXIV: Durée de l'intervention selon le contexte de césarienne

Durée de l'intervention	Contexte		OR (IC95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Sup à 60 min	9 (8,0)	7 (3,1)	2,84 (1,03–7,83)	0,04
Inf. à 60 min	103 (92,0)	216 (96,9)	(Réf)	—
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau XXV: Répartition des patientes selon le type d'anesthésie

Anesthésie	Contexte	
	Cas	Témoins
	112(100%)	223(100%)
Générale	18 (16,1)	0 (0,0)
Rachianesthésie	94 (83,9)	223 (100)
Total	112 (100)	223 (100)

Tableau XXVI: Répartition des patientes selon les gestes associés à la césarienne

Geste associé à la césarienne	Contexte	
	Cas	Témoins
	112(100%)	223(100%)
Ligature et résection des trompes	2 (1,8)	17 (7,6)
Mise en place d'un dispositif intra-utérin	2 (1,8)	43 (19,3)
Néant	108 (96,4)	163 (73,1)
Total	112 (100)	223 (100)

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

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

Poids du nouveau-né	Contexte		OR (IC95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
< 2500 g	13 (11,6)	0 (0,0)	-	0,001
2500–4000 g	95 (84,8)	198 (88,8)	(Réf)	—
(réf.)				
> 4000 g	4 (3,6)	25 (11,2)	0,37 (0,13–1,03)	0,06
Total	112 (100)	223 (100)		

Tableau XXVIII: Répartition selon l'état du nouveau-né à la naissance

État du nouveau-né	Contexte	
	Cas	Témoins
	112(100%)	223(100%)
Mort-né frais	5 (4,5)	0 (0,0)
Mort-né macéré	2 (1,8)	0 (0,0)
Vivant	105 (93,8)	223 (100)
Total	112 (100)	223 (100)

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau XXIX: Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la 1ère minute

Apgar à 1 minute	Contexte	
	Cas	Témoins
	112(100%)	223(100%)
0	7 (6,2)	0(0,0)
1 à 3	11 (9,9)	1 (0,4)
4 à 7	19 (16,9)	0 (0,0)
8 à 10	75(67,0)	222(99,6)
Total	112(100)	223(100)

Tableau XXX: Répartition des nouveaux nés selon le score d'Apgar à la 5ème minute

Apgar à 5 minutes	Contexte	
	Cas	Témoins
	112(100%)	223(100%)
0	7(6,2)	0 (0,0)
1 à 3	1 (0,9)	0(0,0)
4 à 7	12(10,7)	1(0,4)
8 à 10	92 (82,1)	222(99,6)
Total	112(100)	223(100)

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Tableau XXXI: Nouveau-nés réanimés selon le contexte de césarienne

Réanimation néonatale	Contexte		OR (IC 95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Oui	23 (20,5)	3 (1,3)	18,6 (5,2–66,4)	0,01
Non	89 (79,5)	220 (98,7)	(Réf)	—
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

Tableau XXXII: Décès néonatal précoce selon le contexte de césarienne

Décès néonatal précoce	Contexte		OR (IC95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Oui	18 (16,1)	0 (0,0)	86,5(4,9-1533,0)	0,001
Non	94 (83,9)	223 (100)	(Réf)	—
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

Tableau XXXIII: Répartition des patientes selon les complications maternelles en per-opératoire

Complications per-opératoires	Contexte		OR (IC 95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Hémorragie	9 (8,0)	3 (1,3)	6,26 (1,63–24,05)	0,003
Lésion intestinale	0 (0,0)	1 (0,4)		
Lésion vésicale	0 (0,0)	4 (1,8)		
Néant	103 (92,0)	215 (96,4)	(Réf)	
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

Tableau XXXIV: Répartition des patientes selon les complications maternelles en post opératoire

Complications post-césariennes	Contexte		OR (IC 95 %)	P-value
	Cas	Témoins		
	112(100%)	223(100%)		
Décès maternel	2 (1,8)	1 (0,4)	4,01 (0,36–44,3)	0,24
Péritonite	1 (0,9)	1 (0,4)	1,99 (0,12–32,6)	1,00
Suppuration pariétale	8 (7,1)	4 (1,8)	4,23 (1,23–14,6)	0,02
Néant	101 (90,2)	217 (97,3)	(Réf)	-

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

Total	112 (100)	223 (100)	—	—
--------------	-----------	-----------	---	---

Tableau XXXV: Répartition des patientes selon le pronostic maternel

Décès maternel	Contexte			
	Cas	Témoins	OR (IC 95 %)	P-value
	112(100%)	223(100%)		
Oui	2 (1,8)	1 (0,4)	4,04 (0,36–45,3)	0,24
Non	110 (98,2)	222 (99,6)	(Réf)	—
Total	112 (100)	223 (100)	—	—

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

6.COMMENTAIES ET DISCUSSIONS

1. Approche méthodologique

Le recherche que nous avons rédigée était une étude de cas/témoins avec collecte rétrospective des données sur une période d'un an allant du 1er janvier 2024 au 31 décembre 2024 dans la maternité du centre de santé de référence de Kalaban Coro. Nous avons fait la collecte des données à l'aide des dossiers obstétricaux archivés dans le service, le registre d'admission, le registre d'accouchement, le registre de compte rendu opératoire. Cependant comme toute étude avec collecte rétrospective, nous avons été confrontés à un certain nombre de difficultés : l'insuffisance de remplissage de certains dossiers, l'absence de donnée sur l'état de santé de certaines femmes et de leurs nouveau-nés au 42^{ième} jours du post partum qui pourrait être une sous-estimation du taux de morbidité et de mortalité maternelle et néonatale.

2. Aspect sociodémographique et clinique

La césarienne est l'une des interventions la plus pratiquée en obstétrique, associée à un taux de morbidité très bas [23].

Selon l'annuaire statistique 2018 du système local d'information du Mali, le taux national de césarienne est de 3% [24].

Au cours de notre étude nous avons obtenu une fréquence de césarienne de 6,29%. Cette fréquence est supérieure au taux national, mais nettement inférieur à celles retrouvées par Coulibaly.L [25] en 2023 à l'hôpital de Sikasso avec 32,13%, Coumaré. A [26] en 2019 au CSRéf de Dioïla avec 29,35%, de Bore.H[27] en 2021 au CSRéf de la commune III avec 19,53%, Jean-Dupont KN. Et all [28] en 2015 au Cameroun qui ont retrouvés 19,7%, Mbongo JA et all [29] en 2016 à Brazzaville qui a rapporté 17,9% et se rapproche à celui de Saad B et coll [30] au Maroc en 2017 qui ont trouvés une fréquence de 9,8%. Ces différences pourraient s'expliquer par la différence des lieux et de la taille de l'échantillon.

Les caractéristiques des patientes influençaient fortement le type de césarienne. Les adolescentes de moins de 19 ans étaient proportionnellement plus nombreuses parmi les urgences (16,1 % vs 4,0 %), avec une association significative (OR = 4,51 ; p = 0,001).

Cette fragilité est liée à l'immaturité du bassin et aux dystocies fréquentes, comme l'avait montré Traoré.M[31] en 2022 à l'hôpital de Ségou.

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

Quatre-vingt-quatorze virgule six pour cent (94,6%) de nos cas étaient des patientes mariées contre 96,9% des témoins. Notre résultat est inférieur à celui obtenu par Coulibaly.L [25] en 2023 avec 98,1% de patientes mariées pour les cas contre 99,5% pour les témoins. Le statut matrimonial n'influe pas le type de césarienne avec une association non significative (OR=1, P=0,29). Dramé M [32] au CSRéf de Dioïla en 2012 a trouvé 98,7% des patientes mariées ; Tounkara C.F.M.[33] CSRéf de Kati en 2015 a trouvé 93% des patientes mariées.

Selon l'EDS V (Enquête démographique de la santé) en 2023 [34]au Mali 54% des femmes sont non scolarisées. Au cours de notre étude les femmes non scolarisées prédominaient avec 51,8% pour les cas et 30,5% pour les témoins avec association significative avec la césarienne d'urgence [OR=1,30]. Ces résultats sont inférieurs à celui de Coulibaly.L[25] à l'hôpital de Sikasso en 2023 qui a rapporté 68,1% pour les cas et 55,2% pour les témoins, Tounkara C.F.M. [33] CSRéf de Kati en 2015 a retrouvé 77,20% et 75,80% de femmes non scolarisées pour les cas et les témoins. L'éducation joue un rôle protecteur en favorisant une meilleure compréhension des risques, une adhésion plus régulière aux consultations prénatales et une autonomie décisionnelle accrue.

Les occupations professionnelles influent sur l'accès aux soins de santé, les femmes au foyer (ménagères) constituaient 59,8% pour les cas et 45,7% pour les témoins. Cette même tendance a été rapportée par Dramé M. [32]au CSRéf de Dioïla en 2012 avec 93,01% ; Tounkara C.F.M. [33] CSRéf de Kati en 2015 a trouvé 84,72%.

L'analyse de nos résultats a montré que l'hypertension artérielle et l'asthme étaient les antécédents médicaux les plus représentés avec respectivement : 6,3% ; 2,7% pour les cas et 5,4% ; 2,2% pour les témoins, avec une association statistiquement significative (OR>1). Nos chiffres sont inférieurs à ceux de Camara K. [35] en 2010 au CSRéf de la commune V avec 31% pour les cas et 15% pour les témoins.

L'antécédent de césarienne a été retrouvé chez 29,5% des cas et 70,4% chez les Témoins avec une différence significative [OR=0,17(0,11-0,54) P=0,008]. Ces données sont comparables à celles obtenue par Tounkara C.F.M. [33] et Bore.H [27] qui ont respectivement trouvés 48,61% ; 40% pour les cas et 67,27% ;60,5% pour les témoins.

Les Paucigestes ont représentés respectivement 35,7% pour les cas et 41,7% pour les témoins, ce résultat se rapproche de celui de Sissoko H. [36] au CSRéf commune V en 2005 a trouvé 46,7% de Paucigeste. Quant à la parité, les paucipares sont les plus représentées avec 34,8%

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

pour les cas et 44,4% pour les témoins ; Bore.H [27] a trouvé un taux de Paucipares approximatif à 31,3% pour les cas et 45% pour les témoins.

Au terme de notre étude 5,4 % des femmes césarisées en urgence n'ont bénéficié d'aucune CPN, cette donnée est inférieure à celle de Coulibaly.L [25], Tounkara C.F.M. [33], Togora M [37] et Camara K [35] qui ont trouvé respectivement :20,7%, 18%, 13,9% et 12% de Femmes n'ayant pas effectué de CPN.

Le suivi prénatal apparaissait comme un facteur clé : les patientes ayant réalisé seulement 1 à 4 CPN étaient fortement exposées (OR = 5,64 ; $p = 0,0002$). Le suivi par sage-femme ou en cabinet médical était associé à un risque extrêmement élevé (OR = 71,17 et OR = 90,2), tandis que le suivi au CSRéf apparaissait protecteur (99,1 % des témoins). Ces constats rejoignent Coumaré A. [26], Owole OA.[38] au Nigéria en 2018 et Diouf A. [39] à Dakar en 2017, qui avaient montré que la faible instruction et le suivi insuffisant augmentent le risque d'urgence.

Les indications de césarienne différaient nettement selon le contexte. Les urgences étaient motivées par des situations aiguës mettant en jeu le pronostic materno-fœtal : asphyxie fœtale (12,5 %), hémorragie antépartum avec (13,4 %), dystocies mécaniques et dynamiques (51,7% %) avec une association statistiquement significative (OR>1) comme l'avait rapporté Coulibaly.L[25] avec 14,18% des hémorragies antépartum et 24,2% des dystocies.

Les prophylactiques sont dominées par la cicatrice utérine avec 65,9 % des témoins et 10,7 % des cas. Cette tendance a été observée par Coulibaly.L[25] qui avait rapporté 12,48% pour les cas contre 42,56% pour les témoins. Ces résultats montrent une meilleure anticipation du risque obstétrical, comme l'avaient rapporté Coulibaly L. [25] et Coumaré A. [26].

La rachianesthésie est l'anesthésie la plus pratiquée avec 100% chez les témoins et 83,9% chez les cas. Ce résultat est supérieur à celui rapporté par Coulibaly.L[25] avec 68,8% chez les cas et 98,6% chez les témoins.

3. Pronostic maternel et fœtal

3.1.Pronostic maternel

Malgré des innovations aux techniques opératoires et anesthésiques, à l'antibiothérapie et à l'asepsie pour offrir une bonne sécurité maternelle, la césarienne demeure une intervention chirurgicale, dont les complications per et post opératoires, à court et à long terme, ne sont pas exceptionnelles et pouvant engager le pronostic vital.

Nous n'avons enregistré aucune complication d'ordre anesthésique au cours de notre étude.

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

La mortalité maternelle dans notre contexte s'explique par une faille dans notre système << d'évacuation>> obstétrical dans sa forme actuelle, l'évacuation des parturientes s'effectue souvent en retard et parfois dans les mauvaises conditions. Cette théorie a été démontrée par d'autres études comme reportée Coulibaly.L[25], Camara.K[35] et Tounkara.C.F.M [33].

Les complications sont plus fréquentes en urgence. L'hémorragie est plus fréquente en peropératoire avec une différence significative [OR=6,26(1,63-24,05)] et la suppuration pariétale est la plus fréquente en postopératoire avec association statistiquement significative [4,23(1,23-14,6)]. Cette prédominance de l'hémorragie et des infections s'explique dans notre contexte par les conditions de réalisation des césariennes : elle est réalisée en urgence. Le décès maternel, bien que rare, survenait davantage en urgence (1,8 % vs 0,4 %) avec association statistiquement significative [OR = 4,01(0,36-44,3) ; p = 0,24]. Ces résultats sont comparables à ceux de Coumaré A. [26], Traoré M. [31] et Ajaj [40]. Patel S. en Inde [41] et Clark SL.aux États-Unis [42] avaient également confirmé que les urgences augmentent le risque d'hémorragie et de décès maternel.

3.2.Pronostic fœtal

Le pronostic des nouveau-nés était nettement moins favorable en cas de césarienne d'urgence. À la première minute, près d'un tiers avaient un score d'Apgar bas (33% vs 0,4 %), et à la cinquième minute, seuls les nouveaux nés accouchés en césarienne d'urgence restaient en détresse (13,4 %). Les mort-nés frais étaient exclusivement observés dans le groupe des urgences (4,5 %), et tous les décès néonataux précoces concernaient les urgences (16,1 %). Ces résultats soulignent l'impact des retards de référence et des indications graves comme la dystocie (mécanique et dynamique) ou l'asphyxie fœtale. Ces constats rejoignent Coulibaly L. [25], Traoré M. [31], Benzouina S. [43], Ajaj H. [40], Patel S. [41] et Clark SL. [42], qui avaient tous montré que les urgences augmentent le risque de mortalité néonatale et de détresse respiratoire. Les prophylactiques, souvent programmées pour des indications anticipées, donnaient des nouveaux nés en meilleure santé, confirmant les recommandations du Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [44] et du NICE [45].

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

7.CONCLUSION

La césarienne prophylactique apparaît comme une démarche de prévention, alors que la césarienne d'urgence reflète la gravité des situations obstétricales. Les urgences traduisent souvent des retards de référence ou des complications imprévues, avec un impact défavorable sur le pronostic néonatal et maternel. Cette distinction invite à renforcer la qualité du suivi prénatal et l'organisation des soins pour améliorer le pronostic materno-fœtal. Les résultats soulignent l'importance de l'éducation des femmes, du suivi prénatal régulier et de l'anticipation des risques obstétricaux.

8.RECOMMANDATIONS

❖ Au personnel sanitaire :

- Promouvoir la consultation prénatale recentrée :
- Dépister les facteurs de risque associés à la grossesse (utérus cicatriciel, antécédent de mort intra partum et de décès néonatal précoce) ;
- Orienter vers les établissements sanitaires adaptés tous les cas de grossesses à risque
- Promouvoir l'espace de naissance (planning familial).
- Remplir correctement les supports de prise en charge des patientes.
- Respecter les règles d'aseptie au niveau des salles d'accouchement, des blocs opératoires, les salles d'hospitalisation et dans les salles de pansement.

❖ Aux populations :

- Fréquenter les établissements de santé maternelle et infantile les plus proches.
- Adhérer aux principes de la CPN recentrée.
- Adopter les mesures d'hygiène au cours de la grossesse et dans le post partum.

❖ Aux autorités sanitaires :

- Renforcer la communication pour changement de comportement (CCC).
- Améliorer le système de référence/évacuation.
- Doter les structures de santé en infrastructures et équipements nécessaires pour l'amélioration des conditions de prise en charge des patientes.

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

9. REFERENCES

1. Merger R, Levy K, Melchior J. Précis d'obstétrique. 6ème édition, Masson, paris, 1989, 533p.
2. OMS. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Organisation Mondiale de la Santé Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27, Suisse, 2014.
3. S.Göbelez. L'accouchement par césarienne en Turquie : décision médicale ou tendance imposée ? [En ligne]. Mai 2025 ; 1p.
4. Claire D, Alexandre B, Véronique E, Pascale H; Césariennes « code rouge » : création d'une grille de pertinence par méthode Delphi permettant l'analyse de pratique [En ligne]. June 2023 ; 51 : 337-341.
5. Imbert P, Berger F, Diallo N.S, Cellier, Goumbala M, Ka A.S, Petrognani R. Pronostic maternel et pédiatrique des césariennes en urgence : étude prospective à l'hôpital principal de Dakar, Sénégal. [Thèse] 2003 ; 63 : 351-7.
6. Vangeenderhuysen C, Souidi A – Rupture utérine sur utérus gravide : étude d'une série continue de 63 cas à la maternité de référence de Niamey. [Thèse]2002 ; 62 : 615-18.
7. Enquête démographique et de la sante de 2021 en Côte d'ivoire,177p
8. Abdou A.I, Oumara M, Zelika. L, Bachirou O.K, Pratique de la césarienne à l'hôpital de District de Tessaoua (Niger) : Aspect épidémiologiques et socio démographique.2024,25(3).
9. Sansan Rodrigue Sib.Cesarienne en urgence et son delai de realisation au centre hospitalier universitaire regional de Ouahigouya,Burkina Faso 2024,25(2).
10. Telly S. Césariennes d'indication prophylactique mais réalisées en urgence au CHU-SO : raisons et pronostic materno-fœtal [Thèse]. 2021 ;16 :37.
11. Annuaire du système national d'information sanitaire du MALI, 2023;21p.
12. Sissoko.D et Toure.A.K. Pronostic maternel et périnatal de l'accouchement par césarienne au Mali [Thèse]. Octobre 2023. 5-6
13. Kamina P. Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris : Maloine 1986 :383-99.
14. KONATE F : Anesthésie dans la césarienne en urgence dans le service d'anesthésie-réanimation et d'urgence au CHU du Point G de 2006 à 2007. A propos de 591 cas.
15. Annuaire statistiques sanitaire du Burkina Faso de 2008 et 2009

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

16. Macfarlane AJ, Blondel B, Mohangoo AD, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, et al. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk- stratified analyses of aggregated routine data from the Euro- Peristat study. BJOG Int J Obstet Gynaecol [Thèse]. 1 mars 2016 ; 123 : 559- 68.
17. OCDE (2013), Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE, Editions OCDE, ISBN 978-92-64-20423-2, 214 p.
18. Declercq E, Young R, Cabral H, Ecker J. Is a Rising Cesarean Delivery Rate Inevitable? Trends in Industrialized Countries, 1987 to 2007. Birth [These]. 1 juin 2011; 38:99- 104.
19. Yuen J, Painter I, Abraham L, Melian M, Denno DM. A comparison of trends in cesarean delivery in Paraguay between 1995 and 2008. Int J Gynaecol Obstet off Organ Int Fed Gynaecol Obstet [These]. sept 2014; 126:265- 71.
20. Wang X, Hellerstein S, Hou L, Zou L, Ruan Y, Zhang W. Cesarean deliveries in China. BMC Pregnancy Childbirth [These]. 6 févr 2017;17(1):54.
21. Joel-Cohen S. Abdominal and Vaginal Hysterectomy: New Techniques Based on Time and Motion Studies. Lippincott; 1972. 170 p.
22. Strak M. Technique of cesarean section: The Misgav Ladach method. In: popkin DR, Peddle LJ, editors, Women's health Today. Perceptives on current Research and clinical Prattice. Carnforth: The Parthenon Publisching Group, 1994 :81-5.
- 23- Sarra A. étude prospective Pronostic materno-fœtale des césariennes programmées et des césariennes d'urgentes à la maternité de SOUISSI à RABAT. [Thèse], Maroc en 2013 ; n°135-80p ;
- 24- Système local d'information sanitaire du Mali : annuaire statistique 2018. 78P.
- 25- Coulibaly L. Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal à l'hôpital de Sikasso. Thèse de Médecine. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2023.
- 26- Coumaré A. Complications des césariennes en urgence à Dioïla. Thèse de Médecine. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2019.
- 27-Bore 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] ;2021.

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

28-Jean-Dupont KN. Et coll Complications maternelles précoces de la césarienne : à propos de 460 cas dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun. Pan African Médical journal 2015, article 21.265.6967 ; 6p,

29-Mbongo JA, Butoyi JM, Papandi-Ikourou A, Iloki LH, Césarienne en urgence au Centre hospitalier Universitaire de Brazzaville. Article : The Journal of Médecine and Health Sciences. Vol 17 (1) Janvier Février Mars 2016, 4p,

30-Saad B et al. Le profil épidémiologique des complications maternelles de la césarienne au CHR EL Farabi Oujda ; Mar, Rev The Pan African médical journal 2017 ; 27 :108,

31- Traoré M. Pronostic materno-fœtal des césariennes en urgence à l'hôpital de Ségou. Thèse de Médecine. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako ; 2022.

32- Dramé M. Contribution à l'étude de la césarienne dans le Csréf de Dioïla. [Thèse], Mali, 2012, n°245

33- Touunkara C.F.M. Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique pronostic materno-fœtal au Csréf de Kati. Thèse de médecine Mali 2015, n°420.

34-Institut National de la Statistique (INSTAT) Enquête démographique et santé Mali VII. EDSM de 2023-2024. 5p.

35- Camara K. « Césariennes urgentes versus césariennes prophylactiques : Pronostic materno-fœtale au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako », thèse pour diplôme d'état en médecine Bamako.2010 ; n°367-31P.

36-Sissoko H. Etudes des complications materno-fœtales non infectieuses post césariennes immédiates au CSRéf CV du district de Bamako à propos de 45 cas, thèse de médecine FMOS 2006, N 6M247,99p,

37- Togora M. Etude de qualitative de la césarienne au Csréf CV du District de Bamako de 2000-2002 : A propos de 2883 cas. Thèse de méd, Bamako (Mali), 2004, n°40-135p,

38- Olowe OA, Adekanle DA, Adefioye OA. Outcome of emergency caesarean sections in Lagos University Teaching Hospital. Niger J Clin Pract. 2018 ;21(5) :607-12.

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

- 39- Diouf A, Ndiaye P, Gueye M, Mbaye M, Moreau JC. Facteurs associés aux césariennes en urgence à Dakar. *Santé Publique*. 2017;29(4):543-50.
- 40- Ajaj H, Elhouni A, Abouzeid A. Maternal and fetal outcomes of emergency caesarean section in Tripoli. *Libyan J Med Sci*. 2020;4(2):65-72.
- 41-Patel S, Desai P, Shah P. Maternal and neonatal outcome in elective versus emergency caesarean section in Ahmedabad, Western India. *Indian J Obstet Gynecol Res*. 2018;5(2):123-9.
- 42- Clark SL, Belfort MA, Hankins GD, Meyers JA, Houser FM. Maternal outcomes of emergency caesarean section in the United States. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(3):343-50.
- 43- Benzouina S, Boubkraoui ME, Mrabet M, Chahid N, Kharbach A, El Mhamdi S, et al. Fetal outcome in emergency versus elective caesarean sections at Souissi Maternity Hospital, Rabat. *Pan Afr Med J*. 2016; 23:197.
- 44- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Classification de l'urgence des césariennes – un continuum. Good Practice No. 11. Londres: RCOG; 2010.
45. National Institute for Health and Care Excellence. Caesarean section. NICE guideline NG192. Londres : NICE ; 2021.

10.ANNEXES

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

FICHE D'ENQUETE

NUMERO DU DOSSIER :

{Q1} Ordre/ / 1=Cas, 2=Témoins

I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE :

{Q2} a-Age: b-Tranche d'age

{Q3} Statut matrimonial / /1=mariée, 2=célibataire

{Q4} Niveau d'étude / / 1=non scolarisé, 2= Ecole coranique, 3= Primaire, 4=Secondaire,
5=Supérieur

{Q5} Profession / / 1=ménagère, 2=Elève/Etudiante 3=Enseignante 4=Secrétaire 5=
commerçante 6=Couturière 7=coiffeuse 8=autres

{Q6} Lieu de résidence : / /

II. Antécédent :

1/ Médicaux :

{Q7} HTA/ / 1=oui 2=non

{Q8} Drépanocytose/ / 1=oui 2=non

{Q09} Cardiopathie/ / 1=oui 2=non

{Q10} Diabète/ / 1=oui 2=non

{Q11} Asthme / /1=oui 2=non

{Q12} Autres à préciser : _____

2/ Chirurgicaux :

{Q13} Césarienne/ / 1=oui 2=non

{Q14} Myomectomie/ / 1=oui 2=non

{Q15} Laparotomie pour GEU / / 1=oui 2=non

{Q16} Autres à préciser : _____

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

3/ Obstétricaux :

{Q17} Gestité/ /Parité/ / / Décédé/ /Avortement/ /

{Q18} Intervalle inter génésique :

{Q19} Traitement de stérilité / / 1=oui 2=non

III. Suivi de la grossesse :

{Q20} Consultation prénatale/ / 1=oui 2=non

{Q21} Nombre de CPN/ /

{Q22} Auteur de la CPN : 1=Médecin gynécologue 2=Médecin Généraliste, 3=Sage-Femme,
4=Infirmière Obstétricienne

{Q23} Lieu de CPN : 1=Hôpital, 2=CSRéf, 3=Cscom, 4=Clinique Privée, 5=Cabinet médical,
6=Domicile

{Q24} Age de la grossesse :

-Inf a 28 SA ;

-Entre 28SA a 38SA ;

-Sup 38SA ;

IV. Mode d'admission :

{Q25} / /1=Adressée par un médecin, 2=venue d'elle-même, 3=référé/Evacuée

V. Motif d'admission

{Q26} Contractions utérines/ / 1=oui 2=non

{Q27} Césarienne prophylactique/ / 1=oui 2=non

{Q28} Ancienne césarienne/ / 1=oui 2=non

{Q29} Métrorragie sur grossesse/ / 1=oui 2=non

{Q30} HTA sur grossesse / / 1=oui 2=non

{Q31} HU excessive/ / 1=oui 2=non

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

{Q32} Autres à préciser : _____

VI. Examen à l'entrée

{Q33} Etat général/ / 1=Bon, 3=altéré

{Q34} Conjonctives/ / 1=colorés, 2= pales

{Q35} Température :

{Q36} Taux d'hémoglobine/ /1= < 7g/dl, 2=entre 7 et 11g/dl, 3= >11g/dl

{Q37} Phase du travail d'accouchement/ / 1= Phase de latence, 2= Phase active, 3= Non en travail

{Q38} Etat des membranes / / 1=Intacts 2= rompues

{Q39} Présentation/ / 1=Céphalique 2=Siège, 3= Transversale

{Q40} Examen clinique du bassin / /1= Bassin normal ; 2= Bassin limite, 3= BGR

VII. CESARIENNE :

{Q41} Indications/ / 1=BGR, 2=utérus cicatriciel sur bassin limite 3=utérus multicicatriciel, 4=macrosomie fœtale, 5=Présentation Siège chez primigeste 6=Syndrome de pré-rupture ,7=HTA sévère, 8=Présentations du front, 9=présentation de la face variété postérieure, 10=HRP ,11=placenta prævia ,12=Asphyxie fœtale ,13=défaut d'engagement ,14=Présentation de l'épaule ou transversale ,15=Procidence du cordon battant ,16=Siege sur uterus cicatriciel ,17=IIIG court sur uterus cicatriciel ,18=Manque d'effort expulsif avec bosse séro-sanguine ,19=ATCD obstétrical charge ,20=Autres

{Q42} Type d'incision cutanée / / 1= Joël Cohen ; 2= Pfannenstiel, 3= IMSO

{Q43} Type d'hystérotomie/ / 1= Segmentaire transversale, 2= Segmentaire longitudinale, 3= Corporéale, 4= Segmento-corporeal

{Q44} Auteurs/ / 1=Médecin gynéco-obstétricien, 2=Médecin généraliste

{Q45} Durée de l'intervention 1= <30 min, 2= entre 30 et 60 min, 3= >1heure {Q46} Anesthésie / / 1=Rachis anesthésie 2=Générale

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

{Q47} Intervention associées à la césarienne/ / 1= LRT, 2= Mise en place d'un DIU,
3=Kystectomie, 4= hystérectomie, 5= Néant, 6=Autres à Préciser

VIII. Nouveau-né :

{Q48} Nombre :

{Q49} Sexe / / 1=Masculin 2=féminin

{Q50} Poids/ / 1= < 2500g ; 2= ≥2500 < 4000g ; 3= ≥ 4000g

{Q51} Mort-né frais/ / 1=oui 2=non

{Q52} Mort-né macéré/ / 1=oui 2=non

{Q53} Réanimée/ / 1=oui 2=non

{Q54} Adressé à la néonatalogie/ / 1=oui 2=non

{Q55} Si oui Cause _____

{Q56} Décès néonatal précoce/ / 1=oui 2=non

IX. Complications peropératoires :

{Q57} 1=Hémorragique, 2= lésion vésicale, 3= lésion intestinale, 4=Néant, 5= Autres A
préciser :

{Q58} Décès maternel/ / 1=oui 2=non

X. Complication post césarienne :

{Q59} Iléus paralytique/ / 1=oui 2=non

{Q60} Suppuration pariétale/ / 1=oui 2=non

{Q61} Peritonite/ / 1=oui 2=non

{Q62} Eviscération/Eventration / /1=oui 2=non

{Q63} Thrombophlébite/ / 1=oui 2=non

{Q64} Décès maternel/ / 1=oui 2=non

{Q65} Autres à préciser :

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

XI. Durée d'hospitalisation :

{Q66} Durée d'hospitalisation / / En jour

{Q67} Devenir / / 1=exact 2=référée 3=décédée.

FICHE SIGNALÉTIQUE

1. Nom : MAIGA

2. Prénom : Assalia Amadahamane

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

TEL : 00223 83. 93. 45. 51

Email : maigaassaliaamadahamane@gmail.com

Titre de la thèse : césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

3. Secteur d'intérêt : d'urgence toutes les disciplines médicales

4. Année de soutenance : 2025

5. Lieu de soutenance : Bamako/Point G

6. Pays d'origine : MALI

7. Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie du Mali.

RESUME

Introduction

La césarienne est une intervention chirurgicale permettant l'extraction du fœtus par ouverture de l'utérus. Elle devient urgente lorsque le pronostic vital maternel ou fœtal est compromis. L'OMS recommande un taux idéal de 10 à 15 %, mais en Afrique subsaharienne, les taux de césariennes d'urgence restent élevés, avec une morbi-mortalité materno-infantile importante. Au Mali, peu d'études ont comparé les issues des césariennes prophylactiques et urgentes, d'où l'intérêt de ce travail.

Méthodes

Il s'agit d'une étude réalisée au Centre de Santé de Référence de Kalaban Koro, portant sur les parturientes opérées par césarienne entre janvier et décembre. Les données socio-démographiques, obstétricales et pronostiques ont été collectées à partir des dossiers médicaux et analysées par SPSS. Les variables étudiées incluaient la fréquence, les indications, les complications maternelles et néonatales.

Résultats

Sur 335 patientes, 33,4 % ont bénéficié d'une césarienne en urgence et 66,6 % d'une césarienne prophylactique. Les urgences concernaient surtout les adolescentes, les femmes peu instruites et celles ayant un suivi prénatal insuffisant. Les complications maternelles (hémorragie, infection) étaient significativement plus fréquentes en urgence. Le pronostic néonatal était

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

également défavorable, avec davantage de scores d'Apgar bas et de mort-nés frais. Les césariennes prophylactiques présentaient de meilleures issues maternelles et fœtales.

Mots-clés : Césarienne d'urgence, césarienne prophylactique, pronostic materno-fœtal, complications, suivi prénatal, Kalaban Koro, Mali.

Candidate Information

1. **Name :** MAIGA
2. **First name:** Assalia Amadahamane
Phone: +223 83 93 45 51
Email: maigaassaliaamadhamane@gmail.com
Thesis title: *Emergency versus prophylactic caesarean section: maternal and fetal prognosis at the Reference Health Center of Kalaban coro*
3. **Field of interest:** Emergency care across all medical disciplines
4. **Year of defense:** 2026
5. **Place of defense:** Bamako / Point G
6. **Country of origin:** Mali
7. **Deposit location:** Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology, Mali

Abstract

Introduction:

Caesarean section is a surgical procedure for fetal extraction through uterine incision. It becomes an emergency when maternal or fetal vital prognosis is immediately threatened. The WHO recommends an ideal rate of 10–15%, yet in sub-Saharan Africa emergency caesarean sections remain high, with significant maternal and neonatal morbidity and mortality. In Mali, few studies have compared outcomes of prophylactic versus emergency caesarean sections, hence the relevance of this research.

Methods:

This study was conducted at the Reference Health Center of Kalaban Koro, including all women who underwent caesarean section between January and December. Socio-demographic, obstetric, and prognostic data were collected from medical records and

Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au centre de sante de référence de Kalaban Coro

analyzed using SPSS. Variables studied included frequency, indications, and maternal and neonatal complications.

Results:

Among 335 patients, 33.4% underwent emergency caesarean section and 66.6% prophylactic caesarean section. Emergencies were more frequent among adolescents, women with low education, and those with insufficient antenatal care. Maternal complications (hemorrhage, infection) were significantly higher in emergencies. Neonatal prognosis was also poorer, with more low Apgar scores and fresh stillbirths. Prophylactic caesarean sections showed better maternal and neonatal outcomes.

Discussion:

Findings confirm that emergency caesarean section is associated with increased maternal and neonatal morbidity and mortality, consistent with studies conducted in Mali (Sikasso, Ségou, Dioïla) and other African and international contexts. Strengthening antenatal care, improving referral systems, and promoting planned caesarean sections are essential to improve maternal-fetal prognosis.

Keywords: Emergency caesarean section, prophylactic caesarean section, maternal-fetal prognosis, complications, antenatal care, Kalaban Coro, Mali.

SERMENT D'HIPPOCRATE

**Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal au
centre de sante de référence de Kalaban Coro**

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 que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre 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 leur père. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure