

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT  
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE  
SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

\*\*\*\*\*

Un peuple - Un but - Une foi



**U.S.T.T.B**

Université des Sciences, des Techniques et  
des Technologies de Bamako



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année universitaire : 2017- 2018

N°...../

**THESE**

**Complications maternelles de la Césarienne  
au Centre de Santé de Référence  
de « Kalaban Coro »**

Présentée et soutenue publiquement le 27/02/2018 devant la

Faculté de Médecine et d'odonto-stomatologie

**Par M. GANABA Souleymane**

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

**JURY**

**Présidente : Pr SY Assitan SOW**

**Membre : Dr KONE Bocary Sidi**

**Co-Directeur: Dr HAIDARA Mamadou**

**Directeur: Pr TOURE Moustapha**

## **Dédicaces et remerciement**

Au nom d'Allah, le tout miséricordieux, le très miséricordieux

Je dédie ce travail :

### **A ALLAH**

Le Tout Puissant et Miséricordieux !

Pour m'avoir donné la force nécessaire et le courage pour la réalisation de ce modeste travail.

Merci pour la grâce dont je suis l'objet, accorde moi ta bénédiction afin que je sois sage de cœur, que je ne trébuche pas, mais que mes jours se multiplient et que les années de ma vie s'augmentent dans la paix, pour encore mieux te louer.

### **Au prophète MOUHAMOUD (Paix, Bénédiction et Salut sur lui)**

Que la paix et la bénédiction de Dieu soient sur vous et sur vos compagnons. Nous vous témoignons notre respect et notre gratitude pour tout ce que vous avez fait pour l'humanité.

### **A ma mère : Mariam Bah Dado :**

Les mots me manquent pour te remercier, mais je prie le tout puissant de t'accorder longue vie pleine de bonheur et qu'il t'accorde le bonheur éternel de l'au-delà. Merci maman.

### **A mes tantes : Roukiatou MAÏGA et Aminata DJITEÏ**

Je ne sais comment vous remercier je prie le tout puissant de vous accorder longue vie pleine de bonheur et qu'il vous accorde le bonheur éternel le jour de la résurrection.

### **A la mémoire de :**

- **Mes pères** : feu Amadou et feu Soumaïla GANABA

- **Mes tantes** : feu Ramata GANABA, feu Fatoumata MAÏGA, feu Coumba Belco et feu Coumo Madi
- **Mon oncle** : feu Bocary Bah Dado
- **Mes frères** : feu Hama et feu Boubacar dit Sidiki GANABA
- **Mon fils** : Louqmane GANABA

Dormez en paix et que la terre vous soit légère.

- **Mes frères et sœurs de HOUBERI :**

De l'ainé Dramane à la benjamine Halimatou Ganaba

Merci de vos soutiens

- **Mes frères et sœurs de HOUKATIA :**

De l'ainée Fatoumata au benjamin Issa GANABA

Merci de vos soutiens

**A ma femme : Mariam MAÏGA**

Merci pour ta patience et ton soutien

- **A ma patrie, le Mali** pour la formation reçue.
- **A mes frères, amis et à tout le personnel du CS Réf de Kalaban Coro**
- **A tout le personnel du cabinet médical NANDY**
- **A tous les imams et fidèles des mosquées que je fréquente.**

Merci à tous

**HOMMAGES AUX HONORABLES MEMBRES DU JURY  
A NOTRE MAITRE ET PRESIDENTE DU JURY,  
PROFESSEUR SY Assitan SOW,**

- **Professeur honoraire de gynécologie -obstétrique,**
- **Première femme professeur de la gynécologie  
obstétrique du Mali**
- **Ex-présidente de la société malienne de gynécologie  
obstétrique,**
- **Chevalière de l'ordre national du Mali.**

Cher maître

En acceptant de diriger ce travail, vous nous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Femme de science réputée et admirée par tous, nous avons été très impressionnés par votre modestie, votre grande disponibilité, et votre amour du travail bien fait.

Nous avons été également comblés par les enseignements de qualité dont nous avons bénéficié à vos côtés, vos qualités intellectuelles et vos larges connaissances et toujours d'actualité font de vous un modèle de maître souhaité par tout élève.

Cher maître, veuillez accepter nos sincères remerciements.

**A notre maître et membre de Jury**

**DOCTEUR Bocary Sidi KONE**

- **Médecin gynécologue obstétricien**
- **Ancien faisant fonction d'interne des hôpitaux de Paris**
- **Titulaire de diplôme de DFMSA en gynécologie médicale**
- **Titulaire de diplôme inter universitaire en échographie gynécologique et obstétricale à Paris**
- **Titulaire de diplôme inter universitaire de coelioscopie gynécologique En France**
- **Membres de MSF En France**

**Cher maître**

Vous nous faites un réel plaisir en acceptant de juger ce travail malgré vos multiples occupations.

Nous avons été très touchés par votre accueil, votre modestie et votre simplicité. Vos connaissances scientifiques et vos qualités humaines font de vous un maître inoubliable et hautement respecté.

Permettez-nous, cher maître de vous exprimer nos vifs remerciements et notre profond respect. Que le tout puissant vous accorde longue vie Amen

**A NOTRE MAITRE ET CO DIRECTEUR DE THESE,  
DOCTEUR Mamadou HAIDARA.**

- **Médecin gynécologue obstétricien**
- **Chef de service de gynéco obstétrique du CS Réf de Kalaban Coro, chargé de recherche**
- **Membre de la SOMAGO**

**Cher maître**

Les mots ne peuvent exprimer avec exactitude notre profonde admiration et notre profond respect. Vous nous avez suivi et guidé pas à pas dans l'élaboration de ce travail. Votre rigueur dans le travail, votre compétence, votre dévouement sans limite sont des qualités que nous nous efforçons d'approcher. Nous sommes aujourd'hui comblés d'une immense joie de vous connaître et d'être votre éternel disciple. Nous vous remercions cher maître pour la patience dont vous avez fait preuve à notre égard durant tout notre séjour.

Qu'ALLAH vous donne une longue vie. Amen !

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE,  
PROFESSEUR Moustapha TOURE**

- **Chef de service de gynéco-obstétrique de l'hôpital du Mali**
- **Maître de conférences à la FMOS**
- **Membre du comité de pilotage pour la recherche MGF OMS /Genève**
- **Secrétaire Général de l'Union Professionnelle Internationale des Gynécologues obstétriciens (UPIGO)**
- **Officier de l'ordre national du Mali**

**CHER MAITRE**

Nous sommes très sensibles et reconnaissants de l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par l'étendue de vos connaissances scientifiques.

Votre sagesse, votre disponibilité et votre intégrité ne constituent qu'une partie de vos qualités.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.

## **Abréviations et Sigle**

**APF** : Association pour la promotion féminine

**ATCD** : Antécédents

**BGR** : Bassin généralement rétréci

**CES** : Certificat d'étude spécialisé

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**CPN** : Consultation prénatale

**CSCOM** : Centre de santé communautaire

**CS Réf** : Centre de santé de référence

**DFMSA** : diplôme de formation médicale spécialisée approfondie

**EET** : Echec d'épreuve de travail

**FMOS** : Faculté de Médecine et d'Odonto Stomatologie

**g/dl** : gramme par décilitre

**h**: heure

**Hb**: Hémoglobine

**HGT** : Hôpital Gabriel Touré

**HRP** : Hématome retroplacentaire

**IM** : Intra musculaire

**IV** : Intra veineuse

**J** : Jour

**Km** : Kilomètre

**mn**: Minute

**MTE** : Maladie thromboembolique

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONG** : Organisation non gouvernementale

**POST OP** : Post opératoire

**PPH** : Placenta prævia hémorragique

**RPM** : Rupture prématurée des membranes



**RU:** Rupture Utérine

**SFA :** Souffrance fœtale aigue

**SNF :** Société N'Diaye et Frère

**SPRU :** Syndrome de pré rupture utérine

**TV :** Toucher vaginal

**USAID:** United State Agency of International Développement

## SOMMAIRE

I. INTRODUCTION .....	16
II. OBJECTIFS .....	19
1. Objectif général :.....	19
2. Objectifs spécifiques :.....	19
III. GENERALITES.....	20
1. Historique de la césarienne.....	20
2. Rappel anatomique.....	22
3. La césarienne .....	29
4. Les complications de la césarienne : .....	42
IV. METHODOLOGIE .....	54
1. Cadre d'étude .....	54
2. Type d'étude .....	56
3. Période d'étude .....	56
4. Population d'étude.....	56
5. Echantillonnage.....	57
6. Le support des données :.....	57
7. Les variables d'études étaient : .....	57
8. Traitement et analyse des données .....	58
V. RESULTATS.....	60
1. Fréquence :.....	60
2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes.....	60
3. Les modalités de référence des patientes. ....	63
4. Les aspects cliniques .....	65
5. Les antécédents médicaux et chirurgicaux.....	67
6. Les caractéristiques gynéco obstétricales des patientes.....	68
7. Les complications maternelles .....	78
VI. Les commentaires.....	91
1. Les limites méthodologiques : .....	91

2. La fréquence .....	91
3. Complications post césarienne :.....	92
4. Profil socio démographique des patientes.....	93
6.Les Caractéristiques .....	95
7.Le suivi post césarienne.....	99
8.La prévention et la prise en charge des complications.....	99
9.Pronostic maternel et fœtal.....	100
VII. Conclusion.....	102
VIII. RECOMMANDATIONS :.....	103
IX. Références .....	104
X. Annexes.....	110

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I : répartition des patientes en fonction de l'âge</b> .....	60
Tableau II : répartition des patientes en fonction de la profession .....	61
Tableau III : répartition des patientes en fonction de la résidence .....	61
Tableau IV : répartition des patientes en fonction de leur statut matrimonial.....	62
Tableau V : répartition des patientes en fonction de l'ethnie .....	62
Tableau VI : répartition des patientes en fonction du niveau.....	62
Tableau VII : répartition des patientes en fonction du mode d'admission .....	63
Tableau VIII : répartition des patientes en fonction de la structure .....	63
Tableau IX : répartition des patientes en fonction du moyen de transport .....	64
Tableau X : répartition des patientes en fonction de l'itinéraire du trajet .....	64
Tableau XI : répartition des patientes selon le motif d'admission .....	65
Tableau XII : répartition des patientes en fonction de la température.....	65
Tableau XIII : répartition des patientes en fonction de la tension artérielle systolique.....	66
Tableau XIV : répartition des patientes en fonction de la tension artérielle diastolique. ....	66
Tableau XV : répartition des patientes en fonction de l'état des muqueuses .....	67
Tableau XVI : répartition des patientes selon les antécédents médicaux.....	67
Tableau XVII : répartition des patientes en fonction des ATCD chirurgicaux.....	68

Tableau XVIII : répartition des patientes selon les antécédents gynécologiques. ....	68
Tableau XIX : répartition des patientes en fonction de la gestité	69
Tableau XX : répartition des patientes en fonction de la parité ..	69
Tableau XXI : répartition des patientes en fonction du nombre des CPN.....	70
Tableau XXII : répartition des patientes selon les antécédents de césarienne. ....	70
Tableau XXIII : répartition des patientes en fonction de la HU ...	71
Tableau XXIV : répartition des patientes selon la durée du travail .....	71
Tableau XXV : répartition des patientes selon le temps de la rupture de la poche des eaux.....	72
Tableau XXVI : répartition des patientes en fonction l'aspect du LA.....	72
Tableau XXVII : répartition des patientes en fonction du taux d'Hb .....	73
Tableau XXVIII : répartition selon l'indication de la césarienne. ..	73
Tableau XXIX : répartition des patientes en fonction du contexte de césarienne. ....	74
Tableau XXX : répartition des patientes en fonction du type d'intervention associée.....	74
Tableau XXXI : répartition des patientes en fonction de la qualification de l'opérateur .....	75
Tableau XXXII : répartition des patientes en fonction de la durée de l'intervention.....	75
Tableau XXXIII : répartition des patientes selon le temps écoulé entre la décision de la césarienne et l'exécution de la césarienne. ....	76
Tableau XXXIV : répartition des patientes selon le motif du retard à la prise en charge .....	76

Tableau XXXV : répartition des patientes en fonction de la perte sanguine per opératoire. ....	77
Tableau XXXVI : répartition des nouveau nés en fonction du score d'APGAR à la 1 <sup>ère</sup> minute. ....	77
Tableau XXXVII : répartition des nouveau nés en fonction du score d'APGAR à la 5 <sup>ième</sup> minute.....	78
Tableau XXXVIII : répartition des patientes selon les complications. ....	78
Tableau XXXIX : répartition des patientes selon le type de complication per ou post césarienne. ....	79
Tableau XL : répartition des patientes en fonction de la nature de complication maternelle.....	79
Tableau XLI : répartition des patientes en fonction du type de complication non infectieuse. ....	79
Tableau XLII : répartition des patientes selon le type de complication infectieuse. ....	80
Tableau XLIII : répartition des patientes selon les signes cliniques de l'endométrite.....	80
Tableau XLIV : répartition des patientes en fonction du délai d'apparition de l'endométrite ....	81
Tableau XLV : répartition des patientes selon les signes cliniques de la suppuration pariétale.....	81
Tableau XLVI : répartition des patientes en fonction du délai d'apparition de la suppuration pariétale ....	81
Tableau XLVII : répartition des pathologies en fonction des produits utilisés. ....	82
Tableau XLVIII : répartition des patientes en fonction du traitement médical.....	82
Tableau XLIX : répartition des patientes présentant une suppuration pariétale en fonction du rythme des pansements ...	83
Tableau L : relation entre les complications et le mode d'admission ....	83

Tableau LI : la relation entre les complications et le niveau d'instruction .....	84
Tableau LII : la relation entre l'anémie et la hauteur utérine....	85
Tableau LIII : la relation entre l'anémie et les ATCD de césarienne. ....	85
Tableau LIV : relation entre l'anémie et la gestité .....	86
Tableau LV : relation entre l'anémie et la parité .....	86
Tableau LVI : relation ente suppuration pariétale et la gestité....	87
Tableau LVII : relation entre la suppuration pariétale et la parité .....	87
Tableau LVIII : relation entre la suppuration pariétale et l'itinéraire .....	88
Tableau LIX : relation entre suppuration pariétale et la durée du travail.....	88
Tableau LX : relation entre la suppuration pariétale et l'aspect du liquide amniotique.....	89
Tableau LXI : Relation entre la suppuration pariétale et l'anémie .....	90

## **I. INTRODUCTION**

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

Cependant, la grossesse et l'accouchement constituent des moments particuliers de la vie et comportent un risque vital aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né.

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

La césarienne est l'intervention chirurgicale la plus fréquemment pratiquée en obstétrique et a un impact et une signification particulière sur la vie des femmes.

Aujourd'hui la fréquence des césariennes atteint couramment 20% des accouchements, et souvent plus, alors que les techniques d'analgésie, la direction du travail, l'appréciation de la dystocie mécanique ont fait des progrès déterminants [1].

Les taux de césarienne rapportés par la littérature sont : 17- 23 % en France, 15,8% en Grande Bretagne, 35,43% aux Etats-Unis [25]. En Afrique la fréquence est de : 14,87% au Burkina Fasso [26], 15,32% au Sénégal et 18,34% au Benin [30], 15,87% au Mali [27].

La sécurité de cette intervention est devenue très grande grâce aux progrès de l'anesthésie réanimation, à la maîtrise de la technique chirurgicale et de la possibilité d'une antibiothérapie. La mortalité maternelle n'a pas pourtant disparu [2].



L'OMS a estimé que chaque année dans le monde environ huit millions de femmes sont victimes de complications liées à la grossesse et plus d'un million d'entre elles décèdent [3].

Ces estimations montrent que plus de 90% des décès se produisent en Asie, en Afrique et en Amérique Latine [4]

C'est en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est que la mortalité maternelle est plus élevée [4].

Le rapport de mortalité maternelle dans les différents blocs de la région africaine est estimé à 1060 décès pour 100 000 naissances vivantes pour l'Afrique de l'Est, 1020 pour l'Afrique de l'Ouest, 950 pour l'Afrique Centrale, 340 pour l'Afrique du Nord et 260 pour l'Afrique Australe, alors qu'il est inférieur à 30 dans les pays développés [4].

Au Mali l'estimation de ce taux est de 577 pour 100.000 naissances (1989 – 1996).

Malgré les efforts importants visant à réduire la mortalité maternelle, le taux n'a pratiquement changé en 2001.

En effet il est de 582 décès pour 100 000 naissances vivantes [5].

Une étude sur les complications obstétricales et sur la mortalité maternelle à l'HOPITAL Gabriel Touré trouve 285,51 décès maternels sur 100000 naissances vivantes [6], une autre étude faite à SEGOU en 1992 a montré que la mortalité maternelle est de 744 pour 100.000 naissances vivantes [7].

Les principales causes de mortalité maternelles et foetales liées à la césarienne à travers les différentes publications sont :

L'hémorragie, l'infection, l'anesthésie, dystocie mécanique, les déchirures du segment inférieur, les plaies vésicales, thrombose embolique, l'anémie et les troubles du transit [7].

Mais les autres causes profondes sont liées à la situation sociale de la femme, à la pauvreté à l'analphabétisme, à un accès insuffisant à des soins de santé maternelle appropriés et au fait que la grossesse survient trop tôt et sont trop rapprochées et trop fréquentes [7].

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général :**

Etudier les complications maternelles de la césarienne au centre de santé de référence de Kalaban Coro.

### **2. Objectifs spécifiques :**

- 1- Déterminer la fréquence des complications maternelles de la césarienne
- 2- Définir le profil sociodémographique des patientes.
- 3- Préciser les indications de la césarienne.
- 4- Déterminer les complications maternelles
- 5- Déterminer les aspects cliniques des complications maternelles liées à la césarienne.
- 6- Définir les modalités thérapeutiques de la prise en charge des complications maternelles liées à la césarienne.
- 7- Evaluer le pronostic maternel et formuler des recommandations

### **III. GENERALITES**

#### **1. Historique de la césarienne**

La césarienne est une vieille intervention dont l'histoire est assez polymorphe. Elle remonte au temps d'INDRA, de BOUDDHA, de DIONYSOS, d'ESCUAPE ou ce mode de naissance était synonyme de royauté, de puissance ou de divinité [8].

Le fait que l'intervention soit très vieille lui confère un caractère légendaire, souvent mythique.

Quant à l'origine du mot, dérivant du latin <<Caedere = Couper >>, un rapprochement a été fait entre le nom de JULES CESAR et la césarienne. Cette hypothèse est peu probable car sa mère a survécu plusieurs années après sa naissance, chose quasi impossible à cette époque où la mortalité des mères était de 100% après cette intervention [8].

La pratique de la césarienne post mortem fut codifiée par NUMA POMPILIUS (715-612 avant J.C) roi légendaire de Rome, dans la fameuse lex regia interdisant l'enterrement d'une femme enceinte avant que l'enfant n'ait été extrait.

La seconde étape de la césarienne dura trois siècles entre 1500-1800.

Les faits marquants de cette période sont :

-1500 JACOB NUFER châtreur de porc, effectue et réussit la première césarienne sur la femme vivante.

-1581 FRANCOIS ROUSSET publia le premier traité sur la césarienne en France.

-1596 MERCURIO préconisa la césarienne en cas de bassin barré.

-1721 AMBROISE PARE finit par condamner sa pratique en raison des risques, opinion universellement partagée jusqu'au XIX siècle.

Cependant BAUDELOCQUE, malgré les colonies, l'utilisait en dernier recours dans les grands rétrécissements pelviens.

Le refus de suturer l'utérus, l'absence d'asepsie, la spoliation sanguine entraînent une mortalité catastrophique (jusqu'à 80%), encore aggravée par l'infection.

La troisième étape de la césarienne, est celle de sa modernisation qui s'étale sur un siècle environ.

Les progrès chirurgicaux et l'asepsie permirent l'extension progressive des indications.

La suture du péritoine viscéral introduite par l'américain ENGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et conséquences.

La suture systématique de l'utérus par les allemands KEHRER et SANGER en 1882.

En 1921 la césarienne segmentaire fut introduite en France et la péritonisation secondaire, ce fut là une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne.

-1908 PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains auteurs.

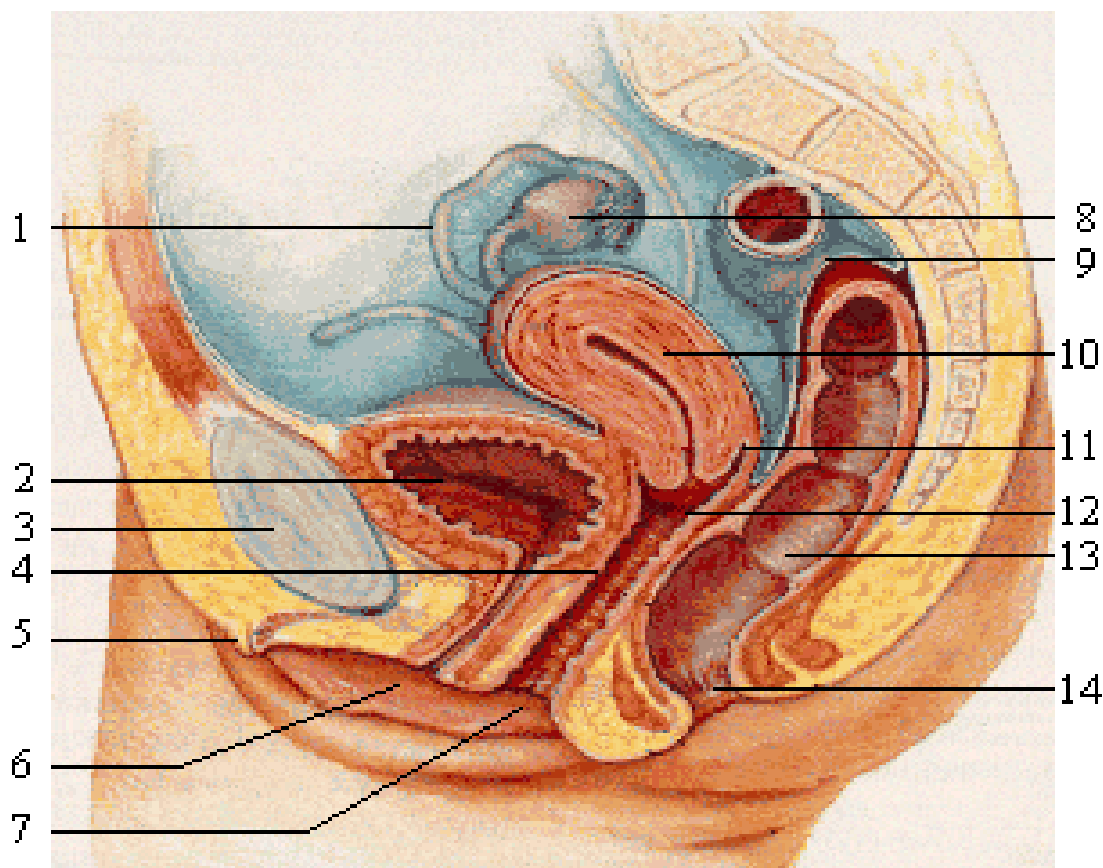
Parallèlement, les progrès de l'anesthésie réanimation, l'avènement des antibiotiques, les progrès de la transfusion sanguine ont amélioré le pronostic maternel.

En 1928 la découverte de la pénicilline G par SIR ALEXANDER FLEMMING a été une des avancées significatives dans la lutte contre les infections.

## 2. Rappel anatomique

### 2.1. Utérus non gravide (Figure 1)

L'Utérus est un organe impair musculaire creux destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à expulser lors de l'accouchement.



**Figure 1** : Rapport de l'utérus pelvien (coupe sagittale)

- |                                |                                   |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1. trompes de Fallope          | 8. Ovaire                         |
| 2. vessie urinaire             | 9. Péritoine                      |
| 3. symphyse pubienne           | 10. Utérus                        |
| 4. ligaments vésico - publiens | 11. Cul-de-sac vaginal ou Douglas |
| 5. clitoris                    | 12. Col de l'utérus               |

6. petites lèvres

13. Rectum

7. vestibule vaginal

14. Anus

• **Description**

L'utérus est situé au centre de l'excavation pelvienne entre la vessie en avant et le rectum en arrière et a la forme d'un cône à sommet trompé inférieur s'engageant plus ou moins dans le dôme vaginal. Il comprend :

- un corps utérin de forme conoïde et aplati en arrière.
- un col sur lequel s'insère le vagin, est cylindrique et divisé en deux parties :
  - . une partie supra vaginale qui se continue avec le corps utérin.
  - . une partie intra vaginale qui est visible à l'examen au spéculum et accessible au toucher vaginal. Il est percé en son centre d'un orifice donnant accès à la cavité utérine (orifice cervical).
- un isthme : c'est un léger étranglement situé entre le col et le corps.

Chez la multipare sa taille est de 7-9 cm, sa largeur est de 4cm et son épaisseur de 3cm. Il pèse 50g. L'utérus comprend trois tuniques qui sont de dehors en dedans :

- la séreuse ou périmetrium.
- la musculieuse ou myomètre.
- la muqueuse ou endomètre.

• **Mouvements et moyens de fixité de l'utérus :**

**1. Les mouvements :**

Trois mouvements sont possibles : le corps peut s'incliner sur le col, l'utérus entier peut bouger par rapport au vagin et par rapport au plan médian du corps humain.

- lorsque l'axe du corps forme un angle ouvert en avant avec celui du col, il ya antéflexion.

- lorsque le col et le corps basculent simultanément en sens inverse et que le fond se trouve en avant, on parle d'antéversion ; dans le cas contraire on parle de rétroversion.

-la position physiologique de l'utérus est antéversée et antéfléchie.

**2. Les moyens de fixité :**

Ils sont essentiellement :

- le ligament rond - le ligament large - le ligament utéro-ovarien

- le ligament utéro-sacré - le ligament vésico-utérin

**3. La vascularisation**

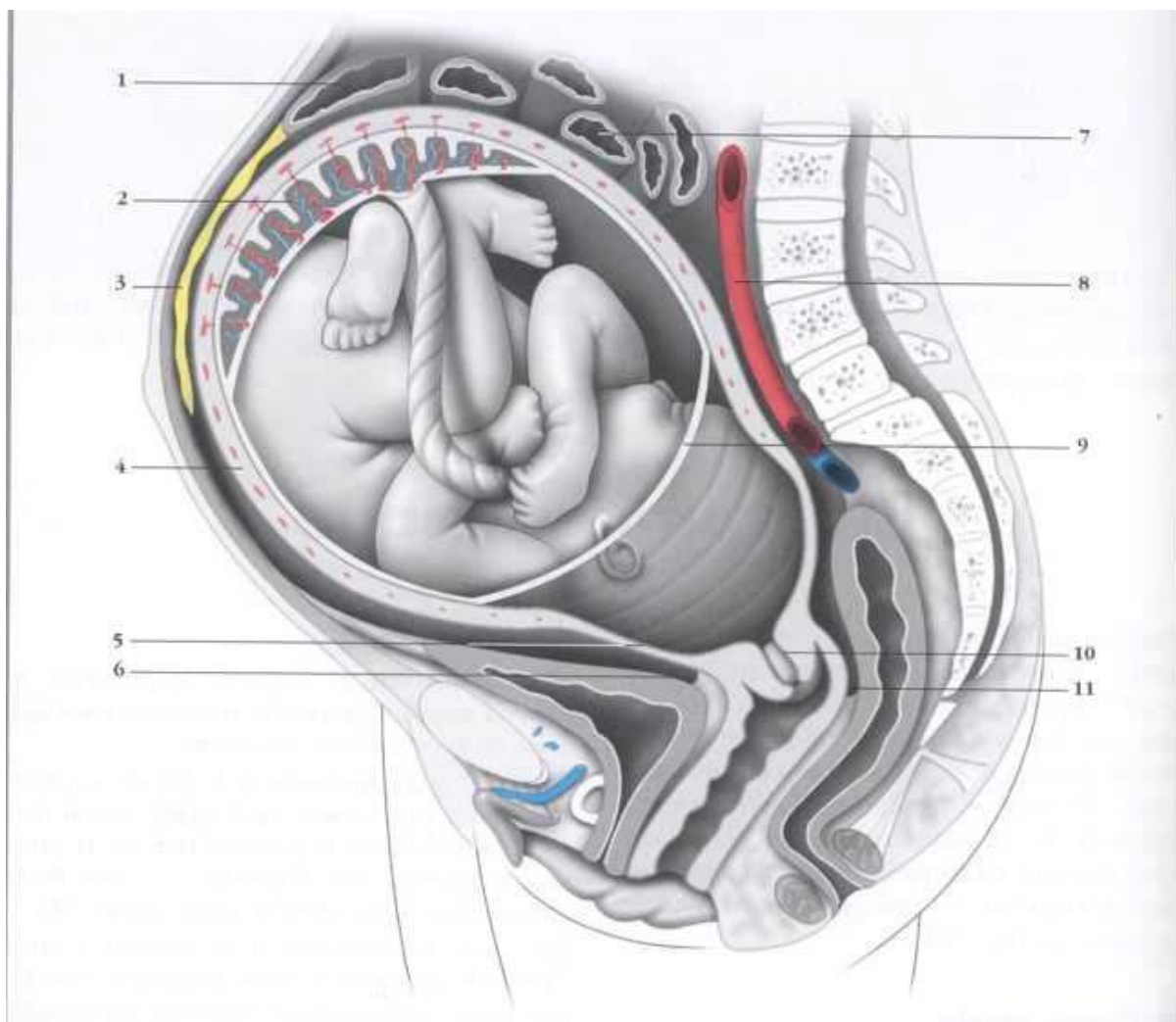
Elle est assurée par :

- l'artère utérine qui est la branche principale de l'artère iliaque interne.

- Les réseaux veineux plexi forme.



**- Utérus gravide (Voir figure 2)**



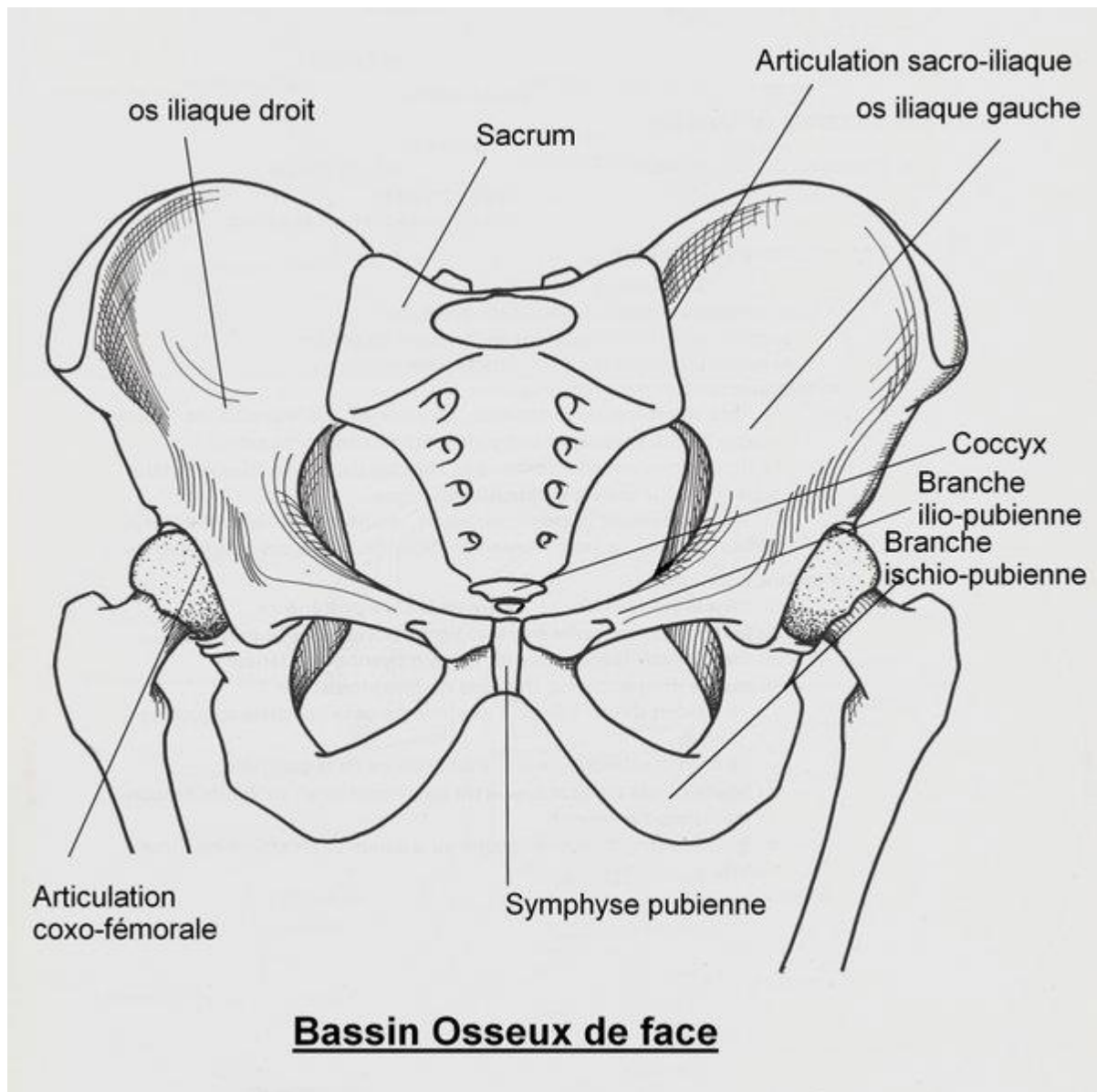
**Figure 2 :** Utérus gravide (Coupe sagittale)

- 1 :** Colon Transverse    **2 :** Placenta    **3 :** Grand Omentum  
**4:** Corps Utérin    **5:**Segment Inférieur    **6:**Cul de Sac Vésico Utérin  
**7 :** Intestin Grêle    **8 :** Aorte Abdominale    **9 :** Membrane Chorale  
**10 :** Col Utérin    **11 :** Cul de Sac Recto Utérin

**- Le bassin : canal pelvi-génital**

Il comprend le bassin osseux et le diaphragme musculo aponévrotique du périnée

• **Le bassin osseux :**



C'est le canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs, constitué :

- en avant et latéralement, par les deux os iliaques
- en arrière, par le sacrum et le coccyx
- en haut, par le grand bassin sans intérêt obstétrical
- en bas, par le petit bassin dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical.

Pour cela nous ne décrivons que le petit bassin. Celui-ci est formé de deux orifices :

supérieur et inférieur séparés par une excavation.

### **1. L'orifice supérieur ou détroit supérieur :**

C'est le plan d'engagement du fœtus, séparant le petit bassin du grand bassin. Il est formé par :

- en avant : le bord supérieur de la symphyse pubienne et le corps du pubis, les crêtes pectinéales et les éminences iliopectinées.
- 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 : vont du pubis en avant et le promontoire en arrière.
  - Le promonto-sus-pubien = 11 cm
  - Le promonto-rétropubien = 10,5 cm c'est le diamètre utile.
  - Le promonto-souspubien = 12 cm
- ❖ Les diamètres obliques : vont de l'éminence iliopectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12 cm. Le gauche est plus utilisé par la présentation.
- ❖ Les diamètres transversaux : le transverse médian est situé à égale distance entre le pubis et le promontoire.
- ❖ Les diamètres sacro cotyloïdien : réunissent le promontoire à la région acétabulaire. Ces deux diamètres prennent toute leur importance dans les bassins asymétriques et chacun mesure 9cm.

## **2. L'excavation pelvienne :**

C'est le canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation, « elle a la forme d'un tronc de tore ». Ses limites sont :

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

## **3. Le détroit inférieur ou l'orifice inférieur :**

Il constitue le plan de dégagement du fœtus. Il est limité :

- en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne
- en arrière par le coccyx
- ✓ latéralement d'avant en arrière :
  - par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et celui des tubérosités ischiatiques.
  - et par le bord inférieur des ligaments sacro-iliaques.

### **Les diamètres du détroit inférieur**

- ✓ le diamètre sous coccyx sous pubien est de 9,5 cm mais, peut atteindre 11 à 12 cm en rétro pulsion ;
- ✓ le diamètre sous sacro-sous-pubien allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11 cm.

Tels sont les différents éléments constitutifs du bassin obstétrical normal.

### **• 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, recouverte par l'aponévrose pelvien répond en bas, sur un plan un peu inférieur à lui diaphragme pelvien accessoire.

✓ **Le diaphragme pelvien accessible :**

C'est le périnée anatomique. Il est divisé en :

- périnée postérieur qui comprend
- en avant le muscle sphincter externe de l'anus et en arrière un ensemble musculaire se joignant sur le raphé ano coccygien.

- périnée antérieur qui comprend les muscles péri vaginaux et péri vulvaires et le noyau 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.

### **3. La césarienne**

#### **- Définition :**

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus [9]. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après coeliotomie ; exceptionnellement de nos jours par voie vaginale.

#### **- La fréquence**

Depuis le début du siècle, la césarienne augmente régulièrement, la fréquence des césariennes s'est stabilisée selon la plupart des auteurs entre 5 et 14% [5].

**- Les indications :**

**• Les indications liées à l'état génital :**

*La présence de cicatrice utérine :*

*Les cicatrices utérines par césarienne antérieure :*

C'est l'indication dominante de nos jours. Elle pose le problème de sa solidité et de sa résistance qui est variable selon que la césarienne soit segmentaire ou corporeale.

Un antécédent de césarienne conduit à une nouvelle césarienne lorsque la cause persiste. Parfois après vérification de la qualité de la cicatrice par hystérographie, on peut tenter l'épreuve sur cicatrice.

Cette épreuve doit être abandonnée en cas d'apparition de la souffrance fœtale, de signe de pré rupture, d'arrêt de la dilatation ou baisse brutale de la pression intra cavitaire au cathétérisme utérin.

Les utérus bi cicatriciels ou plus imposent la césarienne.

- ✓ Quant aux cicatrices utérines non obstétricales (myomectomies, hystéropasie...) autoriseront souvent la voie basse.

L'existence d'une lésion du périnée chirurgicalement réparée (les antécédents de déchirure complète et compliquée.)

**• Les anomalies de progressions du travail**

Elles sont fréquentes, aujourd'hui comme dans le passé : la moitié des césariennes en cours de travail sont indiquée pour dystocie dynamique ou mécanique. Trois quarts de ces interventions concernent des primipares [9].

## **1. Les dystocies dynamiques :**

Il faut cependant, avoir à l'esprit que l'arrêt de la progression au cours du travail d'accouchement peut être la traduction d'une dystocie mécanique parfois difficile à cerner.

## **2. Les dystocies mécaniques :**

### **a. Les disproportions foeto - pelviennes**

Cette notion renferme en réalité deux entités nosologiques distinctes :

il s'agit soit d'une étroitesse du canal pelvi génital, soit d'un excès de volume du fœtus : l'une ou l'autre constituant une entrave à la progression du mobile fœtal [10]

La pelvimétrie associée à l'échographie permettent la réalisation du diagramme de MAGIN, très important dans le pronostic de la traversée par le fœtus de la filière pelvienne. Nous pouvons citer :

✓ Les bassins franchement rétrécis :

- bassin ostéomalacique ;
- bassin traumatique avec gros cal ;
- bassin généralement rétréci : tous les diamètres sont réduits. Le bassin est complètement exploré au toucher vaginal.

✓ Les bassins limites : au toucher vaginal le promontoire est atteint.

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

L'excès de volume fœtal : il peut être global, c'est le gros fœtus dont le poids est supérieur à quatre milles gramme [9] ; il est parfois localisé.

### **b. Les obstacles prævia :**

- ✓ kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolabé dans le douglas.
- ✓ Placenta prævia recouvrant
- ✓ Tumeur ou myome prævia.

### **c. Les présentations dystociques :**

- ✓ La présentation de l'épaule
- ✓ La présentation du front, l'indication est formelle dans la forme typique, éventuellement dans la forme bregmatique.
- ✓ La présentation de face : ne conduit à la césarienne qu'en cas de rotation de la tête en mento-sacré.
- ✓ La présentation du siège : dans la majorité des cas, ne conduit pas à la césarienne que lorsqu'elle s'associe à d'autres facteurs.

### **• La souffrance fœtale :**

Elle peut être aigue ou chronique. Sa fréquence selon la littérature varie de 20 à 25% [5]. Elle est l'une des causes de la hausse du taux de césarienne dans le monde. On la rencontre en général dans le cadre d'une pathologie materno-foetale.

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

La souffrance fœtale aigue survient au cours du travail d'accouchement. Elle peut compliquer une souffrance fœtale chronique, alors redoutable.

Le diagnostic de la souffrance se faisait par l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et par la mesure du PH intra-utérin.



Dans notre contexte, le diagnostic se fait par l'appréciation de l'aspect du liquide amniotique et l'écoute des BDCF au stéthoscope de pinard.

• **Les pathologies liées aux annexes du fœtus**

- ✓ Le placenta prævia : conduit à une césarienne s'il est recouvrant ou hémorragique.
- ✓ L'hématome rétro placentaire dans sa forme dramatique conduit à la césarienne.
- ✓ La procidence du cordon battant
- ✓ La rupture prématurée des membranes : elle n'est pas toujours individualisée comme indication de la césarienne.

• **Les pathologies gravidiques**

- ✓ HTA (2 à 9% selon la littérature) : elle impose la césarienne en urgence lors des accidents aigus qui mettent en jeu la vie du fœtus et de la mère : éclampsie, hématome rétro placentaire.

Par ailleurs, la gravité de l'atteinte maternelle (hyperuricémie), l'hypotrophie fœtale sévère et la souffrance fœtale chronique avec greffe d'une souffrance fœtale aigue peuvent conduire à la césarienne.

- ✓ Cardiopathie sur grossesse
- ✓ Diabète : la césarienne était souvent réalisée vers la 37 SA. La tendance actuelle est au delà et même d'accepter la voie basse, à condition que le diabète soit bien équilibré et en absence de complications surajoutées.
- ✓ Autres infections :
- ✓ les hémopathies malignes (maladie de hodgkin).
- ✓ les cancers du col constituant un obstacle prævia ;

- ✓ l'ictère avec souffrance fœtale ;
- ✓ la maladie herpétique ;
- ✓ les insuffisances respiratoires ;
- ✓ l'allo immunisation foeto maternelle : la césarienne est indiquée dans les cas d'atteinte grave et l'accouchement est le plus souvent prématuré.

• **Autres indications fœtales :**

- ✓ les grossesses multiples :

La césarienne est indiquée en cas de présentation dystocique du premier jumeau, d'utérus cicatriciel et de souffrance fœtale.

- ✓ L'enfant précieux

• **La césarienne post mortem :**

Elle repose sur certains principes édités par DUMONT :

- ✓ grossesse d'au moins 28-29 SA ;
- ✓ BDCF présent avant l'intervention ;
- ✓ le délai est d'au plus 20 mn après le décès maternel ;
- ✓ la réanimation maternelle doit être poursuivie jusqu'à la fin de l'intervention.

- **Contres 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 [11] les a résumé en :

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

La césarienne peut être indiquée pour une :

- ✓ dystocie fœtale (monstre double par exemple avec risque maternelle).
- ✓ omphalocèles ou laporoschisis

**- Mode d'ouverture pariétale :**

L'accès à la cavité utérine peut se faire classiquement par:

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

- ✓ La laparotomie transverse basse ou incision de PFANNENSTIEL: c'est une incision sus pubienne transversale. Elle se situe à environ à 3 cm au dessus du rebord supérieur du pubis. Cette technique est préférable à la laparotomie médiane pour trois raisons :

- un résultat esthétique meilleur
- une incidence très basse des hernies cicatricielles
- et une meilleure résistance à une éventuelle mise sous tension lors d'une grossesse ultérieure.

Cependant l'exécution de l'incision PFANNENSTIEL n'est pas conseillée en cas d'urgence car elle prend beaucoup de temps.

**- Type d'hystérotomie**

- ✓ Hystérotomie segmentaire transversale

L'incision utérine se fait selon un tracé arciforme à concavité supérieur 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, incision se fait longitudinalement sur la face antérieure du segment inférieur. Elle offre une cicatrice de moins bonne qualité.

✓ Hystérotomie corporéale.

L'incision se fait longitudinalement sur le corps utérin à sa face antérieure. Cette technique est l'indication récente pour deux raisons :

- Les risques septiques sont très élevés lorsque l'intervention survient après un temps de travail à œuf ouvert. Notons qu'avec l'avènement de l'antibiothérapie, ce risque est minimisé.
- La cicatrice obtenue est de mauvaise qualité. Une nouvelle grossesse fait courir le risque d'une rupture utérine inopiné au cours du travail d'accouchement.

✓ Hystérotomie segmento-corporéale

Commencée 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 foétale. Cette technique est souvent indiquée en «per-opératoire» devant l'impossibilité de réaliser une hystérotomie segmentaire pure.

✓ Césarienne itérative

Il s'agit d'une hystérotomie à faire sur une ancienne cicatrice de césarienne.

**- Anesthésie et césarienne**

L'anesthésie pour une césarienne classique peut être obtenue de deux manières : anesthésie générale et anesthésie locorégionale. Autres techniques peuvent être utilisées : l'anesthésie péridurale et locale.

• **Anesthésie locorégionale :**

**Les avantages :**

- la mère est consciente, il n'y a donc pas le 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 remplissage vasculaire.

• **Anesthésie générale :**

**Les Avantages :**

L'induction est rapide, c'est une technique fiable, contrôlable avec hypotension modérée [12].

**Les Inconvénients :**

Le risque d'inhalation est élevé dans ce cas ci (syndrome de Mendelson), ainsi que la dépression du nouveau-né.

- **Techniques de la césarienne :**

Les techniques ont été si nombreuses depuis les débuts de l'intervention jusqu'à maintenant. Nous allons décrire la césarienne segmentaire.

La césarienne segmentaire [9]:

- ✓ Premier temps : les champs de bordure étant mis en place. Après incision sous cutanée, la coeliotomie se fait par incision médiane sous ombilicale ou par incision Pfannenstiel.
- ✓ Deuxième temps : protection de la grande cavité par des champs abdominaux, mise en place des valves.
- ✓ Troisième temps : incision transversale au ciseaux du péritoine pré segmentaire dont le décollement se fait sans difficulté.

- ✓ Quatrième temps : incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ; le premier procédé est plus utilisé mais certains auteurs sont restés fidèles à l'incision segmentaire longitudinale. Cela peut être le seul possible lorsqu'on pratique une césarienne sur une grossesse loin du terme, le segment inférieur étant insuffisamment formé.
- ✓ Cinquième temps : extraction de l'enfant. Dans la présentation céphalique, plusieurs techniques sont décrites. Dans les autres présentations, la plupart des auteurs conseillent de rechercher d'abord un pied.
- ✓ Sixième temps : c'est la délivrance par expression du fond utérin ou délivrance manuelle par l'orifice d'hystérotomie.
- ✓ Septième temps : suture du segment inférieur qui se fait en un plan avec des points séparés croisés en x sur les extrémités et les points séparés extra muqueux sur les berges.
- ✓ Huitième temps : suture du péritoine pré segmentaire avec du vicryl 2/0 en surjet simple non serré.
- ✓ Neuvième temps : on enlève les champs abdominaux et les cathéters ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.
- ✓ Dixième temps : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

**Avantages de la césarienne segmentaire [13] :**

- Incision du péritoine viscéral possible permettant une bonne protection de la suture.
- Incision de l'utérus dans la zone qui redeviendra pelvienne.

- Incision de la partie non contractile de l'utérus donc moins de risque de rupture.

- La cicatrice est d'excellente qualité.

**- Les temps complémentaires de la césarienne :**

Il s'agit souvent des interventions qui sont souvent associées à la césarienne. Parmi elles, les plus fréquentes sont :

- la ligature des trompes

- la kystectomie de l'ovaire

- l'hystérectomie

**- Principe à observer pour les soins préopératoires [14]:**

S'assurer que :

- la salle d'opération est propre (elle doit être nettoyée après chaque intervention) ;

- le matériel nécessaire est disponible, en particulier les médicaments et l'oxygène ;

- le matériel d'urgence est disponible et en état de marche ;

- il y a suffisamment de champs et de blouses chirurgicales pour tous les membres de l'équipe.

- il y a des consommables stériles (gants, gaz, instruments).

**- Préparer la patiente à une intervention chirurgicale**

- lui expliquer l'intervention dont elle va bénéficier et le bien fondé de cette intervention. Si elle est inconsciente, expliquer à la famille de quoi il s'agit.

- La patiente ou la famille doit consentir à l'intervention en connaissance de cause.

- aider la patiente ou la famille à se préparer à l'intervention.

- envoyer un prélèvement de sang pour dosage de l'hémoglobine ou de l'hématocrite, groupage sanguin et le rhésus
- commander du sang dans le cas où une transfusion serait nécessaire, puis si besoin faire une transfusion sans attendre.
- nettoyer la zone à inciser avec un antiseptique (Betadine).
- ne pas raser la région pubienne car cela accroît les risques d'infection.

Si nécessaire il est possible de couper légèrement les poils pubiens.

- respecter sa pudeur
- Surveiller les signes vitaux (tension artérielle, pouls, fréquence respiratoire) et conseiller les observations par écrit.
- Administrer une prémédication adapter au mode anesthésie choisi.
- Poser une sonde urinaire et surveiller la diurèse.
- Veiller à ce que les autres membres de l'équipe (médecin, anesthésiste, aide etc...) reçoivent les informations nécessaires.

**- Lavage chirurgical de mains avant l'intervention**

(Principes généraux de l'asepsie et de l'antisepsie)

- retirer tous les bijoux ;
- garder les mains au-dessus du niveau coude, les mouiller soigneusement et les savonner ;
- savonner en un mouvement circulaire, en commençant par le bout des doigts ;
- bien nettoyer entre les doigts ;
- remonter jusqu'au coude en savonnant puis faire de l'autre côté;



- se rincer les bras l'un après l'autre, en commençant par le bout des doigts et en gardant toujours les mains au-dessus du coude ;
- frotter pendant 3 à 4 minutes ;
- sécher chaque main avec une serviette stérile différente, essuyer en commençant par le bout des doigts et en remontant jusqu'au coude puis changer de serviette.
- Une fois les mains propres, veiller à ne pas les mettre en contact avec les objets (par exemple matériel, blouse de protection) qui ne soient pas désinfectés ou stérile. Si elle touche une surface contaminée, les nettoyer à nouveau.

**- Préparation du champ opératoire [15]**

- préparer la peau avec un antiseptique (par exemple la bétadine)
- badigeonner trois fois la zone à inciser avec une solution antiseptique à l'aide d'une pince porte tampon stérile ou désinfectée et d'une compresse, il convient de veiller à ne pas contaminer les gants en touchant les zones cutanées qui n'ont pas été préparées.
- Commencer par l'endroit à inciser et travailler en direction de l'extérieur en un geste circulaire ;
- Une fois arriver à la limite de la surface à stériliser, jeter la compresse ;
- ne jamais revenir au centre de la zone à préparer avec la même compresse, garder les bras et les coudes en hauteur et veiller à ce que la blouse ne touche pas la zone à inciser.

**- Les soins post opératoires :**

La surveillance de l'opérée comporte la prise biquotidienne : du pouls, de la tension artérielle, et de la température.

La mesure de la diurèse horaire, l'examen de l'involution utérine, des lochies, et des mollets.

Les soins locaux consistent en une toilette périnéale à l'eau tiède, faite au moins deux fois par jour ; la mise en place d'une garniture stérile sur la vulve, changer dès qu'elle est souillée.

La prévention de l'infection par les médicaments consiste à une antibiothérapie avec de l'Amoxicilline 2g par jour pendant 5 jours, et la supplémentation en fer plus l'acide folique 1 comprimé par jour durant toute la période des suites de couches

#### **4. Les complications de la césarienne :**

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

##### **- Les complications per-opératoires :**

##### **• L'hémorragie :**

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

soit généraux : facteur de la coagulation défectueux (afibrinogénémie aigue acquise) soit locaux : d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, placenta accréta).

##### **• Les lésions intestinales :**

Le plus souvent iatrogènes (césarienne itératives), elles sont rares survenant en cas d'adhérences à la paroi plus rarement à l'utérus. Il s'agit de lésions grêle et colique qui doivent être suturées.

##### **• Les lésions urinaires :**

Ce sont essentiellement les lésions vésicales, les lésions urétérales étant exceptionnelles.

• **Les complications anesthésiques :**

Hypoxie, syndrome d'inhalation, collapsus cardiovasculaire, arrêt cardiaque à l'induction.

- **Les complications post-opératoires :**

• **Les complications maternelles :**

**1. Infectieuses :**

Elles sont les plus fréquentes, 30 à 40% des césariennes selon la littérature [5]. Les principales complications sont :

**a. Les infections puerpérales [9]:**

❖ **Définition :**

L'infection puerpérale est celle qui survient dans les suites de couches et qui a, en général pour porte d'entrée les voies génitales plus précisément la surface placentaire [9].

❖ **Etiopathogenie :**

Les germes les plus fréquemment retrouvés sont :

Les bacilles gram- : Escherichia Coli et autres entérobactéries ;

Les cocci gram- : Streptocoque, staphylocoque ;

Les anaérobies : perfringens, bactéroïdes fragilis, pectostreptococcus.

Ces germes sont, pour la plupart, des saprophytes habituels du vagin. C'est à l'occasion d'une multiplication de ces germes due à une antibiothérapie mal adaptée, à des corticoïdes, au traumatisme de l'accouchement ou enfin du fait de l'apport d'autres germes au cours des manœuvres obstétricales qu'une infection se développe [18].

❖ **Facteurs de risques :**

❖ **La rupture prématurée des membranes :**

Définition : la rupture des membranes est dite prématurée lorsque l'œuf s'ouvre pendant la grossesse, avant le début du travail [9].

**Fréquence :** elle se situe entre 3 et 10% [9].

❖ **La durée du travail :**

C'est une notion fondamentale que l'on retrouve dans toutes les statistiques. Le risque infectieux est directement proportionnel à la durée du travail. Par conséquent dans toute grossesse ayant comporté une durée prolongée du travail d'accouchement, il conviendra de faire une antibiothérapie systématique dès le moment de l'accouchement et dans les suites de couches immédiates. [16; 17].

✓ **Les manœuvres intra-utérines au cours du travail :**

C'est poser le problème du monitoring interne sur la survenue de l'infection du post partum, celle-ci est diversement appréciée. Si pour certains auteurs le risque infectieux est augmenté, pour d'autres il n'est pas significatif. Il semble que le risque soit d'autant plus important que les membranes sont rompues plus précocement [17 ;18].

Comme ces manœuvres sont le plus fréquemment effectuées en présence d'autres facteurs de risque tels que le travail prolongé, RPM, nombre de touchers vaginaux, accouchement par césarienne ; il est difficile de préciser leur rôle étiopathogénique propre dans l'apparition d'infection du post partum.

✓ **Les interventions obstétricales :**

La césarienne (5-10% des accouchements) s'accompagne d'une morbidité plus importante que l'accouchement par voie naturelle. En effet, les endométrites du post partum s'y rencontrent 20 fois plus fréquemment [2]

50% de la mortalité du post partum survient après césarienne. Le risque infectieux s'accroît s'il y a eu travail et rupture des membranes avant intervention.

Claude Racinet et Max Faver retrouvent 18% d'infection en cas de césarienne avec la poche des eaux intacte, 39% après rupture prématuré des membranes, 35% lorsque l'intervalle entre la rupture des membranes et la césarienne est de 48 heures. En effet le liquide amniotique s'infecte après un délai de 8-12 heures et d'autant plus vite qu'il existe des contractions utérines [2].

✓ **Facteurs liés à l'acte opératoire**

L'urgence est le risque principal pour Green mais n'est pas retrouvée dans la série de Racinet C. et Max Faver (les précautions d'asepsie sont les mêmes sauf peut-être dans l'extrême urgence : par exemple la procidence du cordon avec souffrance fœtale. 31% des césariennes présentant une complication per opératoire sont suivies d'infection [2].)

✓ **La durée de l'intervention :**

L'apparition de l'infection est proportionnelle à la durée de l'intervention.

✓ **L'hémorragie :**

Toute hémorragie supérieure à 1000 ml au cours de la césarienne est un facteur prédisposant à l'infection [19 ; 20].

- Autres facteurs favorisant l'infection puerpérale :
  - l'anémie- la malnutrition -l'absence des soins prénatals
  - un état socio-économique défavorisé -l'infection urinaire
  - le nombre de toucher vaginal élevé -la vaginite, la cervicite.

### **b. Endométrite : Formes cliniques :**

#### **i. L'endométrite aigue**

C'est l'inflammation de la muqueuse utérine, le plus fréquemment rencontrée dans le post partum

**Clinique** : le début souvent précoce, 3 à 5 jours après l'intervention.

Les signes d'appels sont la fièvre à 38°C, les douleurs pelviennes peu intenses, les lochies abondantes et malodorantes.

A l'examen l'utérus est mal involué avec stagnation de la taille utérine et un col béant, douleur à la mobilisation utérine, les lochies abondantes et malodorantes.

Le diagnostic est confirmé par les résultats de l'examen clinique.

L'examen bactériologique vaginal a pour but d'identifier le germe causal enfin d'adapter si besoin un traitement antibiotique [9].

#### **Traitement [9] :**

- le traitement préventif par l'antibiotique se justifie chez les parturientes à risque infectieux élevé : césarienne pratiquée à membrane rompue depuis plus de 12heures, les femmes anémiées, les femmes effectuant un travail prolongé suivi de césarienne.

- Le traitement curatif consiste à l'antibiothérapie à large spectre Amoxicilline + acide clavulanique

La trithérapie est le plus souvent utilisée :

Amoxicilline 1g injectable IV matin et soir

Gentamicine 80 mg injectable IM matin et soir

Métronidazole perfusion matin et soir ou de préférence après antibiogramme.

L'amoxicilline et le métronidazole peuvent être administrés par voie orale en comprimé.

Eventuellement un utéro-tonique pour favoriser la rétraction utérine:

Ocytocine (Syntocinon®) ou Methylhergométrine (Methergin®) en absence de contre-indication.

Discuter un traitement anticoagulant préventif surtout en cas de mauvaise terrain veineux (varice, antécédent de maladie thromboembolique).

Les paramètres de surveillance sont : la température, la hauteur utérine, la tonicité et la sensibilité de l'utérus, l'aspect des lochies.

L'évolution est en général rapidement favorable, dans le cas contraire il faut rechercher une rétention de débris placentaire par échographie, des signes de thrombophlébite pelvienne suppurée.

## **ii. Lochimétrie :**

Lochimétrie ou rétention des lochies est la conséquence d'une flexion anormale de l'utérus ou d'une oblitération du col, parfois même d'une rétention d'urine. La température s'élève rapidement et décrit des oscillations, le pouls et l'état général restent bons. Le diagnostic facile se pose sur l'absence d'écoulement des lochies en même temps que l'utérus reste gros et mou. Le toucher intra utérin en corrigeant permet le brusque écoulement d'un flot de

sang et de caillot. A la suite de cette manœuvre le syndrome infectieux prend fin [17].

**iii. La métrite parenchymateuse :**

Les signes précédents sont accentués et aggravés. La courbe thermique est irrégulière avec oscillation et frisson. Le pouls rapide est parfois dissocié à la température. L'état général est plus ou moins altéré. Cette endométrite peut se compliquer localement et aboutir à une gangrène utérine ou donner un abcès de l'utérus [17].

**iv. La gangrène utérine :**

La malade élimine les lochies de lambeaux de tissus plus ou moins épais, tissus sphacelés fétides, c'est la métrite disséquante des auteurs allemands, par embolie vasculaires ou prolifération des germes anaérobies pouvant aboutir à la perforation de l'utérus par élimination d'une escarre. Un syndrome péritonéal apparaît alors rapidement et l'hystérectomie associée à un traitement général peut seul apporter la guérison [17].

**v. Abcès de l'utérus :**

Il se forme une ou plusieurs collections purulentes enkystées dans le parenchyme utérin. Le diagnostic est souvent difficile et l'affection est reconnue le plus souvent à l'intervention dans un tableau analogue à celui de la gangrène utérine [17].

**vi. Endométrite hémorragique :**

Une forme particulière décrite par COUVELAIRE se manifeste essentiellement par des pertes de sang assez abondantes et répétées donnant rapidement une altération de l'état général.

Ce syndrome ne prend sa pleine signification qu'après un certain temps d'évolution. Les symptômes apparaissent vers la deuxième



ou troisième semaine du post partum à un moment où normalement les saignements doivent être minimes, apparaissent en effet des hémorragies abondantes [9].

Il est souvent difficile de différencier ce phénomène d'une rétention placentaire surtout si celle-ci est infectée et s'accompagne de signes généraux infectieux.

Le traitement est le même que la forme aigue. Le danger est la constitution d'une synéchie post opératoire [17], il est notablement diminué par des techniques d'aspiration combinées au curage digital.

### **c. Suppurations pariétales :**

Définition : la suppuration est la formation de pus, c'est la réaction normale de défense d'un organisme sain en face de l'agression microbienne. La suppuration d'un organe est à l'origine des abcès. Le pus est formé de leucocytes phagocytés [15].

#### **i. Les infections superficielles de la plaie :**

Infections de la peau ou du tissu cutané, situées au niveau d'une incision chirurgicale et survenant dans les 30 jours après l'intervention et ou au moins un des critères est observé :

le liquide au niveau de l'incision est purulent. Une culture du liquide ou du tissu prélevé retrouve des agents pathogènes.

La plaie présente des signes d'infections (douleur, tuméfaction, rougeur, chaleur).

Le chirurgien ouvre pour cette raison la plaie. Le critère est supprimé si la culture sur cette plaie est stérile.

## **ii. Les Infections profondes de la plaie :**

C'est l'infection qui survient au niveau des tissus mous à l'endroit de l'intervention (sous l'aponévrose, muscle) dans les 30 jours qui suivent l'intervention, le diagnostic repose sur les critères suivants dont au moins un est requis :

Le liquide provenant d'une incision profonde est purulent. Une intervention par le chirurgien s'impose chez une patiente fébrile.

Ce critère est supprimé si la culture est stérile.

Il y a abcédation ou autre signe d'infection à l'examen direct ou constaté à l'histopathologie ou examen radiologique.

**Traitement** : drainage ou débridement chirurgical, antibiothérapie adaptée pour les infections profondes. Cette antibiothérapie est discutée pour les infections superficielles.

## **d. Les septicémies :**

L'infection généralisée survient soit d'emblée, soit à la suite d'une forme locale.

La septicémie à streptocoque, elle débute vers le troisième jour des suites opératoires par la fièvre et des frissons répétés. Puis la température se maintient, le plus souvent en plateau, parfois avec des oscillations à 39°C ou 40°C. Le pouls est accéléré, la respiration est rapide et superficielle, la peau est sèche, la langue rôtie, les pommettes sont rouges. Le regard est brillant et une oligurie faite d'urines foncées.

Les hémocultures sont positives.

La mort est fréquente parfois après endocardite maligne secondaire.

D'autres germes peuvent être en cause : bacilles gram perfringens.

Le traitement : est médical (antibiotique) associé à un traitement symptomatique plus les mesures de réanimation.

#### **e. La Péritonite :**

**Définition** : c'est une inflammation d'origine infectieuse du péritoine ou d'une partie de celui-ci survenant dans les suites d'une intervention chirurgicale intra abdominale. Elle se classe dans le cadre des péritonites secondaires : [15].

Elles sont rares (1- 3%) des laparotomies mais graves (30,7%) des mortalités.

**Causes** : la plupart du temps il s'agit d'une communication entre la cavité péritonéale et la lumière du tube digestif par lâchage d'une anastomose ou par perforation digestive due à un traumatisme lors de l'intervention.

**Clinique** : l'atteinte du péritoine après intervention ne se localise pas au pelvis. C'est une péritonite généralisée. Elle s'installe peu à peu, sa marche est progressive. Les signes généraux dominent le tableau : la température est élevée tantôt proche de la normale. Les signes fonctionnels n'évoquent nullement la péritonite. Les vomissements sont tardifs l'arrêt du transit intestinal n'existe pas, il est remplacé par la diarrhée, (il s'agit de la péritonite asthénique).

Les signes physiques ne sont pas au moins paradoxaux, on ne trouve pas de défense musculaire mais un ballonnement progressif qui finit par devenir intense. Le ventre se distend de plus en plus. Le pronostic est plus grave que celui de la septicémie.

#### **Les examens complémentaires :**

La biologie montre une hyper leucocytose qui est constante

L'échographie, le scanner abdominal peuvent détecter un foyer intra péritonéal, leur interprétation difficile est facilitée par la ponction de toute collection intra péritonéale.

C'est au terme de ces examens cliniques, biologiques, et radiologiques avec éventuellement la survenue d'une défaillance viscérale qui aggrave le pronostic que le diagnostic de péritonite est établie et l'indication opératoire portée.

#### **f. La pelvipéritonite**

Elle succède au bout d'un temps variable à l'infection utérine, aux annexites aiguës. La symptomatologie et l'évolution des pelvipéritonites sont liées aux propriétés particulières du péritoine pelvien, aux signes fonctionnels et généraux de l'infection du post partum, aux signes physiques de collections péri utérine diffuse, s'ajoute une symptomatologie péritonéale : vomissement, trouble du transit, subocclusion, trouble urinaire, contracture localisé sus pubien.

**Le traitement** : est le plus souvent médical (antibiothérapie à large spectre) ou guidé par un antibiogramme.

Parfois une intervention chirurgicale s'impose [21].

#### **g. Les salpingites :**

Relativement rare dans les post opératoires, les salpingites à streptocoque ont en général une symptomatologie franche : elles sont caractérisées par la perception dans les culs de sac latéraux, plus rarement dans les deux masses annexielles mal limitées plus ou moins empâtées, douloureuses, accompagnées de fièvre et de leucocytose dans les examens biologiques.

L'échographie : met en évidence la masse

Le traitement : est médical (les antibiotiques à large spectre), de préférence adapté à un antibiogramme [21].

## **2. Hémorragie post opératoires**

Plusieurs sources existent

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

## **3. Les complications digestives :**

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

## **4. La maladie thromboembolique :**

Elle est prévenue par lever précoce, voire l'héparinothérapie dans les cas à risque (phlébite, antécédent de MTE).

## **5. Les complications diverses :**

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésico-vaginales, embolie gazeuse, embolie amniotique, mortalité maternelle.

### **• Les complications chez le nouveau-né :**

En dehors de toutes souffrances fœtales pendant la grossesse on peut avoir :

- les complications liées aux drogues anesthésiques : dépression du nouveau-né.
- les complications infectieuses.
- La mortalité néonatale.

## **IV. METHODOLOGIE**

### **1. Cadre d'étude**

#### **1.1. Description du lieu d'étude**

- Le district sanitaire de Kalaban – Coro couvre une superficie de 25 425 km<sup>2</sup> avec une population de 343 953 habitants en 2015 ; les ethnies majoritaires sont les Bambaras soit 80% de la population générale, le reste de la population est répartie entre les Peulh, Malinké, Sarakolé, bobo, Dogon, bozo, Minianka, Sonrhaï.

Il est situé sur la rive droite du fleuve Niger et limité

- À l'ouest par la commune du Mandé ;
- Au nord par le District de Bamako ;
- Au nord-est par la commune II (District de Bamako).

Le district sanitaire de Kalaban – Coro compte 5 communes (Baguinéda, Kalaban Coro, Mountougoula, N'Gouraba et Sanankoroba) toutes rurales qui regroupent 95 villages. Il est traversé par la route nationale N° 7 reliant Bamako à Sikasso et la route nationale N° 6 reliant Bamako à Ségou. Les pistes reliant les villages ne sont pas praticables en toutes saisons.

#### **1.2. Le CS Réf de Kalaban-Coro**

Le service de gynéco- obstétrique du centre de sante de référence de Kalaban Coro est limité

- À l'est par l'URENI et la morgue
- À l'ouest par le box de consultation et le laboratoire
- Au nord par le bâtiment de la chaine de froid, la pharmacie et la salle de documentation
- Au sud par le service de chirurgie

### **Le service compte**

- ✓ Un bloc opératoire
- ✓ Une grande salle d'hospitalisation
- ✓ Deux petites salles d'hospitalisation à deux lits
- ✓ Une grande salle de toilette
- ✓ Une salle de travail avec un lit et une table d'accouchement compte tenu du caractère exigü de la salle d'accouchement
- ✓ Une salle d'accouchement comportant une table d'accouchement
- ✓ Une salle pour la sage-femme maitresse
- ✓ Une salle de garde pour les sages-femmes
- ✓ Une salle de CPN
- ✓ Une salle de consultation pour chaque gynécologue obstétricien
- ✓ Une salle de CPON et de PF

### **Le personnel**

Il compte trois spécialistes en gynécologie obstétrique.

Le reste du personnel se compose de dix-neuf sages-femmes, dix infirmières, quatre thésards.

A ce personnel permanent s'ajoutent les élèves des écoles socio sanitaires et des étudiants de la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de différentes classes dans le cadre de leurs stages de formation.

### **Fonctionnement du service**

Les activités du service sont réparties comme suite dans la semaine:

- deux jours de consultation externe pour chaque gynécologue obstétricien.

- deux journées opératoires programmées durant la semaine assurées par les gynécologues en dehors des urgences.
- la visite aux patientes hospitalisées est assurée tous les jours ouvrable et dirigé par un gynécologue.
- une garde autonome quotidienne de gynécologie obstétrique.
- les urgences chirurgicales sont prises en charge tous les jours.
- les accouchements sont pris en charge par une équipe de permanence entre 08 H et 18 H et une équipe de garde de 18 H à 08 H du matin.
- chaque équipe est composée d'un gynécologue d'astreint, d'une sage-femme diplômé d'état, d'un thésard, d'une infirmière.
- chaque salle de consultation gynécologique est dotée d'un bureau avec des chaises, une armoire, une table de consultation gynécologique, un lavabo, du matériel pour l'examen gynécologique (spéculum, gants chirurgicaux, une cuve contenant une solution antiseptique).
- les consultations se passent du lundi au jeudi.

## **2. Type d'étude**

Notre étude est une étude prospective, descriptive et analytique.

## **3. Période d'étude**

L'étude s'est déroulée sur une période de 12 mois, allant du 1er janvier 2015 au 31 décembre 2015

## **4. Population d'étude**

Toutes les femmes césarisées dans le centre de santé de référence de Kalaban Coro pendant la période d'étude.



## **5. Echantillonnage**

### **5.1. Critère d'inclusion :**

Toutes les femmes césarisées dans le service de gynécologie obstétrique du CSRéf ayant présenté une complication.

### **5.2. Critère de non inclusion :**

- Toutes les femmes ayant bénéficié d'une césarienne dans un autre service que le nôtre.
- Toutes les femmes césarisées dont les suites opératoires ont été simples.
- Toutes les femmes ayant subi une césarienne dans le service et qui ont développé une infection nosocomiale en dehors du site opératoire, de l'utérus et de ses annexes.

### **5.3. Taille de l'échantillon**

Notre étude a porté sur tous les cas recensés des patientes qui ont fréquenté le CSRéf de Kalaban Coro pendant la période d'étude.

### **6. Le support des données :**

Etait : La fiche d'enquête, le dossier d'hospitalisation, le partographe, la fiches de référence, le carnets de CPN, le registre d'accouchement et l'interview des patientes.

### **7. Les variables d'études étaient :**

- La fréquence
- L'âge
- Caractéristiques sociodémographiques,
- Antécédents médicaux, et gynéco-obstétrique,
- Aspects Cliniques
- Suites post opératoires

- Pronostic maternel.

### **8. Traitement et analyse des données**

Les données ont été saisies sur Microsoft Word 2010 et analysées sur le logiciel épi info version 06. Le test statistique était le Khi 2 avec un seuil de confiance  $\alpha = 0,05$ .

### **9. Définitions opérationnelles :**

- ✓ **La parité** : c'est le nombre d'accouchement ;

Primipare : 1 accouchement

Paucipare : 2 – 3 accouchements

Multipare : 4-5 accouchements

Grande multipare : 6 accouchements et plus

- ✓ **La Gestité** : c'est le nombre de grossesse ;

Primigeste : 1 grossesse

Paucigeste : 2 – 3 grossesses

Multigeste : 4-5 grossesses

Grande multigeste : 6 grossesses et plus

- ✓ **Référence** : On parle de référence quand la décision de transfert de l'admission de la patiente est faite avant le début du travail.
- ✓ **L'évacuation** : elle concerne les patientes en travail d'accouchement, référées en complication grave nécessitant une hospitalisation d'urgence.
- ✓ **L'admission** : elle concerne les patientes venues d'elles-mêmes ou adressées par un agent de santé sans qu'il y ait évacuation.
- ✓ **Césariennes programmées** : ce sont des césariennes qui seront effectuées avant tout début du travail à terme de la grossesse, avec un bilan préopératoire fait au préalable.

- ✓ **Césariennes en urgence** : ce sont des césariennes décidées dans la salle d'accouchement avec déjà la femme en travail d'accouchement ou autre situation particulière.

## V. RESULTATS

### 1. Fréquence :

Sur un nombre total de 980 accouchements, nous avons enregistré 122 cas de césariennes, soit 12,44% des accouchements. Sur ces 122 césariennes nous avons recensé 26 cas de complications maternelles soit 21,3% des césariennes.

### 2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes.

#### a. Les tranches d'âges

**Tableau I : répartition des patientes en fonction de l'âge**

Age en année	Effectif	Pourcentage
15 – 19	5	19,2
20 – 35	<b>13</b>	<b>50,0</b>
36 - 47	8	30,8
Total	26	100

La tranche d'âge de 20 à 35 ans était la plus représentée avec 50%

L'âge médian était 30 ans avec des extrêmes des 15 et 47 ans.

**- L'activité socio professionnelle des patientes**

**Tableau II : répartition des patientes en fonction de la profession**

<b>Profession</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ménagère	<b>22</b>	<b>84,6</b>
Commerçante	2	7,7
Etudiante/Elève	2	7,7
<b>Total</b>	26	100

Les ménagères étaient majoritaires avec 84,6%

**- La résidence des patientes**

**Tableau III : répartition des patientes en fonction de la résidence**

<b>Residence</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
N'golobougou	<b>16</b>	<b>61,5</b>
Kabala	<b>8</b>	<b>30,8</b>
Kalaban Coro	2	7,7
<b>Total</b>	26	100

Les patientes résidant en milieu éloigné étaient les plus représentées soit respectivement **61,5%** à N'golobougou et **30,8%** à Kabala

**- Le statut matrimonial des patientes**

**Tableau IV : répartition des patientes en fonction de leur statut matrimonial**

<b>Statut matrimonial</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée	<b>24</b>	<b>92,3</b>
Célibataire	<b>2</b>	<b>7,7</b>
<b>Total</b>	26	100

Les femmes mariées représentaient **92,3%** de nos patientes

**Tableau V : répartition des patientes en fonction de l'ethnie**

<b>Ethnie</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Bambara	<b>18</b>	<b>69,2</b>
Malinké	4	15,4
Sarakolé	4	15,4
<b>Total</b>	26	100

Les Bambaras étaient majoritaires avec 69,2%

**- Le niveau d'instruction**

**Tableau VI : répartition des patientes en fonction du niveau**

<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Non scolarisée	<b>23</b>	<b>88,5</b>
Primaire	2	7,7
Secondaire	1	3,8
<b>Total</b>	26	100

Les patientes non scolarisées occupaient le premier rang avec 88,5%.

### 3. Les modalités de référence des patientes.

#### - Le mode d'admission

**Tableau VII : répartition des patientes en fonction du mode d'admission**

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Venue d'elle-même	3	11,5
Référée	2	7,7
Evacuée	<b>21</b>	<b>80,8</b>
<b>Total</b>	26	100

Les patientes évacuées étaient les plus représentées avec **80,8%**.

#### - Structure ayant référé ou évacué

**Tableau VIII : répartition des patientes en fonction de la structure**

<b>Structure</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
CSCOM	10	38,5%
Cabinet médical	<b>16</b>	<b>61,5%</b>
<b>Total</b>	26	100

Les patientes provenant des cabinets médicaux sont les plus représentées avec 61,5%

**- Les moyens de transports**

**Tableau IX : répartition des patientes en fonction du moyen de transport**

<b>Moyen de transport</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ambulance	10	38,5
Taxis	<b>13</b>	<b>50,0</b>
Pied	3	11,5
<b>Total</b>	26	100

L'admission des patientes à bords de taxis représentait 50%

**- Itinéraire du trajet parcouru**

**Tableau X : répartition des patientes en fonction de l'itinéraire du trajet**

<b>Itinéraire</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Domicile – CSRéf	3	11,5
Domicile - Cabinet -CSRéf	<b>13</b>	<b>50,0</b>
Domicile – CSCOM- CSRéf	10	38,5
<b>Total</b>	26	100

Le trajet Domicile-Cabinet-Csréf représentait 50%



### - Le motif d'admission des patientes

**Tableau XI : répartition des patientes selon le motif d'admission**

<b>Motif d'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
CUD	<b>10</b>	<b>38,5</b>
Dilatation stationnaire	5	19,2
HRP	1	3,8
PPH	4	15,4
Présentation dystocique	4	15,4
Manque d'effort expulsif	2	7,7
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Les patientes avec une contraction utérine douloureuse étaient les plus représentées avec 38,5%.

## 4. Les aspects cliniques

### - La température à l'admission

**Tableau XII : répartition des patientes en fonction de la température**

<b>T° en °C à l'admission</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤ 37,5	4	15,4
37,6 – 37,9	8	30,8
38 – 39	<b>12</b>	<b>46,1</b>
> 39	2	7,7
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Les patientes présentant une hyperthermie de 38 à 39°C étaient majoritaires avec 46,1%.

**- La tension artérielle à l'admission.**

**• La tension artérielle systolique en mmHg**

**Tableau XIII : répartition des patientes en fonction de la tension artérielle systolique.**

<b>Tension artérielle systolique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 140	<b>17</b>	<b>65,4</b>
140 – 150	6	23,1
≥ 160	3	11,5
<b>Total</b>	26	100

Les patientes avec une tension artérielle systolique inférieure à 140 mmHg représentaient 65,4%.

**La tension artérielle diastolique en mmHg**

**Tableau XIV : répartition des patientes en fonction de la tension artérielle diastolique.**

<b>Tension artérielle diastolique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 90	<b>17</b>	<b>65,4</b>
90 – 100	5	19,2
≥ 110	4	15,4
<b>Total</b>	26	100

Les patientes avec une tension artérielle diastolique inférieure à 90 mmHg représentaient 65,4%.

**- L'état des muqueuses**

**Tableau XV : répartition des patientes en fonction de l'état des muqueuses**

<b>Etat des muqueuses</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Pales	9	34,6
Colorées	<b>17</b>	<b>65,4</b>
<b>Total</b>	26	100

**5. Les antécédents médicaux et chirurgicaux.**

**- Les antécédents médicaux**

**Tableau XVI : répartition des patientes selon les antécédents médicaux.**

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
HTA	4	15,4
Drépanocytose	1	3,8
Asthme	2	7,7
Sans antécédents médicaux	19	73,1
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

73,1% des patientes étaient sans antécédent médical connu.

### - Les antécédents chirurgicaux

**Tableau XVII : répartition des patientes en fonction des ATCD chirurgicaux**

<b>Antécédents médicaux</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Ancienne césarienne	6	23,1
Myomectomie	2	7,7
Appendicectomie	1	3,8
Sans antécédents	17	65,4
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

65,4% des patientes étaient sans antécédent chirurgical connu.

## 6. Les caractéristiques gynéco obstétricales des patientes

### - Les antécédents gynécologiques

**Tableau XVIII : répartition des patientes selon les antécédents gynécologiques.**

<b>Antécédents gynécologiques</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Leucorrhée pathologique	<b>16</b>	<b>61,5</b>
Prurit	4	15,4
Dyspareunie	4	15,4
Sans ATCD gynécologique	2	7,7
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Les patientes présentant des leucorrhées pathologiques étaient les plus représentées avec 61,5%.

**- Les antécédents obstétricaux**

**• La gestité**

**Tableau XIX : répartition des patientes en fonction de la gestité**

<b>Gestité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primigeste	4	15,4
Paucigeste	4	15,4
<b>Multigeste</b>	<b>11</b>	<b>42,3</b>
Grande multigeste	7	26,9
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Les multigestes étaient les plus représentées avec 42,3%

**• La parité**

**Tableau XX : répartition des patientes en fonction de la parité**

<b>Parité</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Primipare	4	15,4
Paucipare	12	46,1
Multipare	6	23,1
Grande multipare	4	15,4
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Les paucipares étaient les plus représentées avec 46,1%.

**- Les consultations prénatales**

**Tableau XXI : répartition des patientes en fonction du nombre des CPN**

<b>Nombre de CPN</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0 CPN	17	65,4
01-03 CPN	5	19,2
≥ 04 CPN	4	15,4
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

65,4% de nos patientes n'ont fait aucune CPN

**- Les antécédents de césarienne**

**Tableau XXII : répartition des patientes selon les antécédents de césarienne.**

<b>ATCD de césarienne</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
1 césarienne	4	15,4
2 césariennes	2	7,7
Sans ATCD de césarienne	<b>20</b>	<b>76,9</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

76,9% de nos patientes n'ont pas d'ATCD de césarienne

**- La hauteur utérine**

**Tableau XXIII : répartition des patientes en fonction de la HU**

<b>Hauteur utérine</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
HU ≤ 35	22	84,6
HU ≥ 36	4	15,4
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

**- La durée du travail**

**Tableau XXIV : répartition des patientes selon la durée du travail**

<b>Durée du travail en heure</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤ 12	4	15,4
13 – 24	9	34,6
> 24	<b>13</b>	<b>50,0</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

La durée du travail d'accouchement supérieure à 24 heures était la plus représentée avec 50%

**- Le temps de la rupture de la poche des eaux**

**Tableau XXV : répartition des patientes selon le temps de la rupture de la poche des eaux.**

<b>Le temps mis entre la rupture de la poche des eaux et l'admission en heure</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 12	4	15,4
≥ 12	<b>16</b>	<b>61,5</b>
Non déterminé	6	23,1
<b>Total</b>	26	100

Une durée supérieure ou égale à 12 heures entre la rupture de la poche des eaux et l'admission des patientes était la plus représentée avec 61,5%.

**- L'aspect du liquide amniotique**

**Tableau XXVI : répartition des patientes en fonction l'aspect du LA**

<b>Aspect du L A</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Claire	5	19,2
Jaunâtre	4	15,4
Méconial	<b>13</b>	<b>50,0</b>
Sanglant	4	15,4
<b>Total</b>	26	100

L'aspect du L A est méconial chez 50% des patientes



### - Le taux d'hémoglobine

**Tableau XXVII : répartition des patientes en fonction du taux d'Hb**

<b>Taux d'Hb en g/dl</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 7	4	15,4
7 – 10	<b>13</b>	<b>50,0</b>
≥ 11	9	34,6
<b>Total</b>	26	100

### j. Les indications de la césarienne

**Tableau XXVIII : répartition selon l'indication de la césarienne.**

<b>Indication de la césarienne</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
SFA	<b>12</b>	<b>46,2</b>
Rupture utérine	1	3,8
HRP	2	7,7
EET	2	7,7
Présentation dystocique	4	15,4
Basin limite sur utérus cicatriciel	1	3,8
PPH	4	15,4
<b>Total</b>	26	100

La SFA était la plus représentée avec 46,2%.

**- Le contexte de césarienne**

**Tableau XXIX : répartition des patientes en fonction du contexte de césarienne.**

<b>Contexte de césarienne</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Urgence	26	100
Programmée	0	0
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

**- Le type d'hystérotomie**

L'hystérotomie était segmentaire et transversale.

**- Le type d'intervention associée**

**Tableau XXX : répartition des patientes en fonction du type d'intervention associée**

<b>Type d'intervention associée</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Hystérectomie d'hémostase	1	3,8
Ligature des deux trompes	2	7,7
Pas d'intervention associée	<b>23</b>	<b>88,5</b>
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

**- La qualification des opérateurs**

**Tableau XXXI : répartition des patientes en fonction de la qualification de l'opérateur**

<b>Opérateur</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Gynécologue obstétricien	16	61,5
Chirurgien	4	15,4
Internes ( Thésards assistés )	6	23,1
<b>Total</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

**- Césarienne**

**Tableau XXXII : répartition des patientes en fonction de la durée de l'intervention.**

<b>Durée en minute</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 30	3	11,5
30 – 60	<b>19</b>	<b>73,1</b>
> 60	4	15,4
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100</b>

La durée moyenne de l'intervention était de 45 mn avec de extrêmes de 24 à 66 mn.

**Tableau XXXIII : répartition des patientes selon le temps écoulé entre la décision de la césarienne et l'exécution de la césarienne.**

<b>Durée en minute</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 15	1	3,8
15 - 30	2	7,7
> 30	<b>23</b>	<b>88,5</b>
<b>Total</b>	26	100

Le délai de la prise en charge était > 30 minutes chez 88,5% des patientes

**Tableau XXXIV : répartition des patientes selon le motif du retard à la prise en charge**

<b>Motif du retard</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Médecin non disponible	2	7,7
Anesthésiste non disponible	13	50,0
Bloc occupé	2	7,7
Refus à l'intervention	6	23,1
Pas de retard	3	11,5
<b>Total</b>	26	100

Le retard de la prise en charge est lié à la non disponibilité de l'anesthésiste dans 50% des cas

**- Quantification de l'hémorragie per opératoire**

**Tableau XXXV : répartition des patientes en fonction de la perte sanguine per opératoire.**

<b>Quantité de sang en ml</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
<1000 ml	<b>23</b>	<b>88,5</b>
1000 – 1500 ml	2	7,7
> 1500 ml	1	3,8
<b>Total</b>	48	100

**- Le score d'APGAR des nouveau nés.**

**Tableau XXXVI : répartition des nouveau nés en fonction du score d'APGAR à la 1<sup>ère</sup> minute.**

<b>Score d'APGAR à la 1<sup>ère</sup> minute</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
0	3	11,5
1 – 7	10	38,5
8 - 10	<b>13</b>	<b>50,0</b>
<b>Total</b>	26	100

Les nouveaux nés qui avaient un APGAR entre 8-10 à la 1<sup>ère</sup> min étaient majoritaires avec 50%

**Tableau XXXVII : répartition des nouveau nés en fonction du score d'APGAR à la 5<sup>ème</sup> minute.**

Score d'APGAR à la 5 <sup>ème</sup> minute	Effectif	Pourcentage
0	3	11,5
0- 7	4	15,4
8 - 10	<b>19</b>	<b>73,1</b>
<b>Total</b>	26	100

Les nouveaux nés qui avaient un APGAR entre 8-10 à la 5<sup>ème</sup> min étaient majoritaires avec 73,1

## 7. Les complications maternelles

### - Les complications retrouvées

**Tableau XXXVIII : répartition des patientes selon les complications.**

Complication	Effectif	Pourcentage
Endométrite	4	15,4
Suppuration pariétale	8	30,8
Anémie sévère	<b>10</b>	<b>38,5</b>
Infection urinaire	2	7,7
Psychose puerpérale	1	3,8
Hémorragie per opératoire	1	3,8
<b>Total</b>	26	100

L'anémie était la complication la plus représentée avec 38,5%.

**- Le type de complication maternelle**

**Tableau XXXIX : répartition des patientes selon le type de complication per ou post césarienne.**

<b>Type de complication</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Complication per-opératoire	2	7,7
Complication post-opératoire	<b>24</b>	<b>92,3</b>
<b>Total</b>	26	100

Les complications post opératoires ont été les plus représentées avec 92,3%.

**- La nature de complication maternelle.**

**Tableau XL : répartition des patientes en fonction de la nature de complication maternelle.**

<b>Nature de complication</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Infectieuse	<b>14</b>	<b>53,8</b>
Non infectieuse	12	46,2
<b>Total</b>	48	100

Les complications infectieuses ont représenté 53,8%.

**Tableau XLI : répartition des patientes en fonction du type de complication non infectieuse.**

<b>Complication non infectieuse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Psychose puerpérale	1	8,3
Hémorragie per opératoire	1	8,3
Anémie	<b>10</b>	<b>83,4</b>
<b>Total</b>	12	100

L'anémie représente 83,4 % des complications non infectieuses.

**- Le type de complication infectieuse.**

**Tableau XLII : répartition des patientes selon le type de complication infectieuse.**

<b>Complication Infectieuse</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Endométrite	<b>4</b>	<b>28,6</b>
Suppuration pariétale	8	57,1
Infection urinaire	2	14,3
<b>Total</b>	14	100

La suppuration pariétale a représenté 57,1% des complications d'ordre infectieuses.

**- Les signes cliniques de l'endométrite**

**Tableau XLIII : répartition des patientes selon les signes cliniques de l'endométrite.**

<b>Signes cliniques de l'endométrite</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Fièvre	4	28,6
Lochies fétides	4	28,6
Mauvaise involution utérine	3	21,4
Douleur abdominale	3	21,4
<b>Total</b>	14	100



**- Le délai d'apparition de l'endométrite**

**Tableau XLIV : répartition des patientes en fonction du délai d'apparition de l'endométrite**

<b>Délai d'apparition de l'endométrite</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
≤ J2 post-césarienne	<b>1</b>	<b>25,0</b>
J3-J5 post-césarienne	2	50,0
≥ J6 post-césarienne	1	25,0
<b>Total</b>	4	100

**- Les signes cliniques de la suppuration pariétale.**

**Tableau XLV : répartition des patientes selon les signes cliniques de la suppuration pariétale.**

<b>Signes clinique la suppuration pariétale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Fièvre	5	17,8
Douleur	7	25,0
Ecoulement purulent	<b>8</b>	<b>28,6</b>
Lâchage de la paroi	<b>8</b>	<b>28,6</b>
<b>Total</b>	28	100

**- Le délai d'apparition de la suppuration pariétale.**

**Tableau XLVI : répartition des patientes en fonction du délai d'apparition de la suppuration pariétale**

<b>Délai d'apparition de la Suppuration pariétale</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
J3 post-césarienne	<b>1</b>	<b>12,5</b>
J4 post-césarienne	1	12,5
J5 post-césarienne	6	75,0
<b>Total</b>	8	100

## - Le traitement médical

**Tableau XLVII : répartition des pathologies en fonction des produits utilisés.**

<b>Pathologie</b>	<b>Traitement Médicale</b>	<b>Effectif</b>
Endométrite	Amoxicilline+Gentamicine+ Metronidazole+Oxytocine	4
Suppuration Pariétal	Amoxicilline+Gentamicine+ Metronidazole	8
Endometrite+suppuration	Ceftriaxone+Metronidazole+ Oxytocine	2
<b>Total</b>		14

**Tableau XLVIII : répartition des patientes en fonction du traitement médical.**

<b>Traitement médical</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Amoxicilline+Gentamicine+Metronidazole	8	<b>57,1</b>
Ceftriaxone + Metronidazole+ Oxytocine	2	14,3
Amoxicilline+Gentamicine + Metronidazole +Oxytocine	4	28,6
<b>Total</b>	14	100

La tri antibiothérapie : amoxicilline, gentamicine et metronidazole a représenté 57,1%

**- Le rythme des pansements**

**Tableau XLIX : répartition des patientes présentant une suppuration pariétale en fonction du rythme des pansements**

<b>Rythme des pansements</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Quotidien	<b>6</b>	<b>75,0</b>
Biquotidien	2	25,0
<b>Total</b>	8	100

**- Les complications en fonction du mode d'admission**

**Tableau L : relation entre les complications et le mode d'admission**

<b>Mode d'admission</b>	<b>Complications</b>				<b>Total</b>	
	<i>Infectieuse</i>		<i>Non infectieuse</i>			
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Venue d'elle même	0	0	3	25	3	11,5
Référée	2	4,3	0	0	2	7,7
Evacuée	12	85,7	9	75	21	80,8
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

85,7% des complications infectieuses et 75% des complications non infectieuses ont été retrouvées chez les évacuées.

**- Les complications en fonction du niveau d'instruction**

**Tableau LI : la relation entre les complications et le niveau d'instruction**

Niveau d'instruction	Complications				Total	
	<i>Infectieuses</i>		<i>Non infectieuses</i>		<i>Effectif</i>	<i>%</i>
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>		
Non scolarisée	<b>12</b>	<b>85,7</b>	<b>11</b>	<b>91,7</b>	<b>23</b>	<b>88,5</b>
Primaire	2	14,3	0	0	2	7,7
Secondaire	0	0	1	8,3	1	3,8
<b>Total</b>	14	100	12	100	26	100

85,7% des complications infectieuses et 91,7% des complications non infectieuses ont été retrouvées chez les patientes non scolarisées.

## - L'anémie et la hauteur utérine

**Tableau LII : la relation entre l'anémie et la hauteur utérine.**

Anémie	Hauteur utérine en cm				Total	
	≤ 35		≥ 36		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	8	36,4	3	75,0	11	42,3
Non	14	63,6	1	25,0	15	57,7
<b>Total</b>	22	100	4	100	26	100

Fisher exact : 0,01

Nous avons trouvé 75 % de cas d'anémie chez les patientes ayant une HU ≥ 36 contre 36,4% chez celles ayant une HU ≤ 35

## - L'anémie et les antécédents de césarienne.

**Tableau LIII : la relation entre l'anémie et les ATCD de césarienne.**

Anémie	ATCD de césarienne				Total	
	Utérus cicatriciel		Utérus non cicatriciel		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
Oui	4	66,7	7	35,0	11	42,3
Non	2	33,3	13	65,0	15	57,7
<b>Total</b>	6	100	20	100	26	100

Khi2 : 0,6 (Corrigé de Yates)

Nous avons trouvé 66,7 % de cas d'anémie chez les patientes ayant un ATCD de césarienne, Cependant il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'apparition de l'anémie et les ATCD de césarienne (P : 0,3)

## - L'anémie et la gestité

Tableau LIV : relation entre l'anémie et la gestité

Hémorragie per opératoire	Gestité				Total	
	<i>Primigeste</i>		<i>Multigeste</i>			
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Oui	1	25,0	10	45,5	11	42,3
Non	3	75,0	12	54,5	15	57,7
Total	4	100	22	100	26	100

Chi<sup>2</sup> : 0,02

P : 0,09

Nous avons trouvé 25% de cas d'anémie chez les primigestes et 45,5% chez les multigestes.

Cependant il n'y a pas de relation statistiquement significative entre l'anémie et la gestité.

## - L'anémie et la parité

Tableau LV : relation entre l'anémie et la parité

Anémie	Parité				Total	
	<i>Nullipare</i>		<i>Multipare</i>			
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Oui	1	25,0	10	45,5	11	42,3
Non	<b>3</b>	<b>75,0</b>	<b>12</b>	<b>54,5</b>	<b>15</b>	<b>57,7</b>
Total	4	100	22	100	26	100

Chi<sup>2</sup> : 0,02

P : 0,09

Nous avons trouvé 25% de cas d'anémie chez les primipares et 45,5% chez les multipares.

Cependant il n'ya pas de relation statistiquement significative entre l'anémie et la parité.

## - La suppuration pariétale et la gestité

Tableau LVI : relation ente suppuration pariétale et la gestité

Suppuration pariétale	Gestité				Total	
	<i>Primigeste</i>		<i>Multigeste</i>			
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Oui	1	25,0	<b>7</b>	<b>31,8</b>	8	30,8
Non	<b>3</b>	<b>75,0</b>	15	68,2	18	69,2
Total	4	100	22	100	26	100

Chi 2 : 0,04

P : 0,08

Nous avons trouvé 25% de cas de suppuration pariétale chez les primigestes et 31,8% chez les multigestes. Cependant il n'y a pas de relation statistiquement significative entre la suppuration pariétale et la gestité.

## - La suppuration pariétale et la parité

Tableau LVII : relation entre la suppuration pariétale et la parité

Suppuration pariétale	Parité				Total	
	<i>Nullipare</i>		<i>Multipare</i>			
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Oui	1	25,0	<b>7</b>	<b>31,8</b>	8	30,8
Non	<b>3</b>	<b>75,0</b>	15	68,2	18	69,2
Total	4	100	22	100	26	100

Chi 2 : 0,04

P : 0,08

Nous avons trouvé 25% de cas de suppuration pariétale chez les nulipares et 31,8% chez les multipares. Cependant il n'y a pas de relation statistiquement significative entre la suppuration pariétale et la parité.

## - La suppuration pariétale et l'itinéraire du trajet

**Tableau LVIII : relation entre la suppuration pariétale et l'itinéraire**

Itinéraire	Suppuration pariétale				Total	
	<i>Oui</i>		<i>Non</i>		<i>Effectif</i>	<i>%</i>
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>		
Domicile - Csref	1	33,3	2	66,7	3	100
Domicile–Autre structue-Csref	7	30,4	16	69,6	23	100
Total	8	30,8	18	69,2	26	100

Chi2 corrigée (Yates) = 0,06

Il n'existe pas de relation statistiquement significative (P= 0,3).

## - La suppuration pariétale et la durée du travail

**Tableau LIX : relation entre suppuration pariétale et la durée du travail**

Suppuration pariétale	Durée du travail en heure				Total	
	$\leq 12$		$> 12$		<i>Effectif</i>	<i>%</i>
	<i>Effectif</i>	<i>%</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>		
Oui	1	25,0	<b>7</b>	<b>31,8</b>	8	69,2
Non	<b>3</b>	<b>75,0</b>	15	68,2	18	30,8
Total	4	100	22	100	26	100

Fischer exact : 0,08

Nous avons trouvé 31,8 % de cas de suppuration pariétale chez les patientes ayant une durée de travail supérieure à 12h, Cependant il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'apparition de la suppuration pariétale et la durée du travail (P de Fisher: 0,16).



**La suppuration pariétale et l'aspect du liquide amniotique**  
**Tableau LX : relation entre la suppuration pariétale et**  
**l'aspect du liquide amniotique.**

<b>Suppuration pariétale</b>	<b>Aspect du liquide amniotique</b>				<b>Total</b>	
	<b>Clair</b>		<b>Teinté</b>			
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	0	00,0	5	23,8	5	19,2
Non	5	100,0	16	76,2	21	80,8
Total	5	100	21	100	26	100

Fischer exact : 0,09

Nous avons trouvé 23,8 % de cas de suppuration pariétale chez les patientes ayant un liquide amniotique teinté, Cependant il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'apparition de la suppuration pariétale et l'aspect du liquide amniotique (P de Fisher: 0,18).

- **Suppuration et l'anémie****Tableau LXI : Relation entre la suppuration pariétale et l'anémie**

<b>Suppuration pariétale</b>	<b>Taux d'hémoglobine</b>				<b>Total</b>	
	<b>&lt; 11g/dl</b>		<b>≥ 11g/dl</b>			
	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
Oui	7	41,2	1	11,1	8	30,8
Non	10	58,8	8	88,9	18	69,2
Total	17	100	9	100	26	100

Fisher exact : 0,01

Nous avons trouvé 41,2 % de cas de suppuration pariétale chez les patientes ayant un taux d'hémoglobine < 11g/dl contre 11,1% chez celles ayant un taux d'hémoglobine ≥ 11g/dl

## **VI. LES COMMENTAIRES**

### **8. Les limites méthodologiques :**

- le bas niveau scolaire et l'analphabétisme des patientes
- Fiches de référence/évacuation pauvres en renseignements
- l'inexistence des carnets de CPN ou pauvres en renseignements
- les voies de transfert défectueuses, y compris l'inexistence du système de référence/évacuation.

Les résultats obtenus nous ont amené à faire des commentaires suivants :

### **9. La fréquence**

Sur une période de 12 mois allant du 01 Janvier 2015 au 31 Décembre 2015 qui enveloppe notre étude, nous avons enregistré 122 césariennes pour 980 accouchements. Soit une fréquence moyenne des césariennes à 12,44% et parmi ces 122 césariennes nous avons enregistré 26 complications soit une fréquence globale de complications post césariennes de 21,31%.

Notre taux de césarienne est proche de celui Togora M. [5] de 2000 à 2002 au centre de santé de la commune V qui trouvait 12,88%. Notre taux de césarienne est supérieur à ceux de , Coulibaly I. [23] de 2000 à 2002 au centre de santé de la commune V qui trouvait 12,17%. Cissé B. [24] à l'hôpital Gabriel Touré et Diallo CH. [25] en 1996 au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako qui ont trouvé respectivement 8% et 7,2%

Notre taux est inférieur à ceux de Samba L Mariko[ ] à Koutiala qui trouvait 14,6% de Takpara I. [22] à Cotonou qui trouvait 15,7% de Sissoko H. [26] au centre de santé de référence de la commune V en 2006 et Téguté I [27] en 1996 à la maternité de

l'hôpital national du point G ont trouvé successivement 16,7% et 24,05%

### **10. Complications post césarienne :**

Elles sont majoritairement constituées d'infection et d'anémie.

**Les infections** : elles ont représenté 53,9% de l'ensemble de nos césariennes, dominées par la suppuration pariétale 30,8%

Sylla C. [28] et Koné A. [8] ont trouvé respectivement : 10% et 7,3%.

L'endométrite et l'infection urinaire ont représenté respectivement 15,4% et 7,7%

Ces taux s'expliquent par la rupture prématurée des membranes, la prolongation de la durée du travail ; associé à des touchers vaginaux répétés. A cela s'ajoute le mode d'évacuation défectueuse, associées à des antécédents d'infections vulvo-vaginales, la prolongation de la durée de césarienne et le caractère urgent de la césarienne. Car 100% de nos césariennes ont été réalisées dans un contexte d'urgence

Soumaré H. [14], et Sylla C. [28] ont trouvé respectivement 2,22% et 4,91% de cas d'endométrite.

Nous avons trouvé 46,1% de complication non infectieuse.

Ce taux est supérieur à ceux obtenu par Sissoko H. [26] et Koné A [8] qui ont trouvé respectivement 3,4% et 19,7%.

Ce taux de complication non infectieuse est reparti comme suit : l'anémie 38,5% suivie par l'hémorragie per opératoire 3,8% et la psychose puerpérale 3,8%.

Ces différents résultats nous témoignent que les complications liées à la césarienne sont dominées par l'anémie la suppuration pariétale et l'endométrite.

## **11. Profil socio démographique des patientes**

### **- Age**

Dans notre étude la tranche d'âge de 20 – 35 ans a été la plus représentée soit 50%. L'âge médian était 30 ans avec des extrêmes de 15 et 47 ans.

Soumaré H. [14] et Sylla C. [28] trouvaient respectivement pour cette tranche d'âge 65,11% et 64,7% ; Diallo C.H [25] trouvait 4,37%. Thiéro M. [32] et Salam A. [33] trouvaient respectivement : 3,8% et 16,5%.

### **- Profession**

Nous avons trouvé dans notre étude 84,6% des patientes ménagères.

Soumaré H. [14] trouvait 83,7% ; Salam A. [33] trouvait 82,6% ; Diakité Y. [29] trouvait 62,5%.

### **- Statut matrimonial et le niveau d'instruction**

Dans notre étude 92,3% des patientes étaient mariées.

Ce taux est comparable à ceux de Soumaré H. [14] et Sylla C. [28] qui trouvaient respectivement : 93% et 92%.

Notre taux est supérieur à celui de Salam A. [33] qui trouvait 62,5%.

Les patientes non scolarisées avec 88,5% étaient majoritaires suivies du niveau primaire 7,7% puis du niveau secondaire 3,8%.

Soumaré H. [14] rapporte un taux de 79,10% des patientes non scolarisées et 18,6% de niveau primaire. Sylla C. [28] rapporte 66,70% de patientes non scolarisées.

La non scolarisation et le bas niveau scolaire sont des facteurs favorisant la survenue des complications infectieuses.

### **- La résidence et l'ethnie**

Dans notre étude 61,5% des patientes résidaient à N'golobougou et 30,8% à Kabala c'est-à-dire les résidences éloignées du CSRéf contre 7,7% seulement à Kalaban Coro c'est à-dire près du CSRéf. Les Bambaras ont représenté 69,8% de la population d'étude suivies par les malinkés et les Sarakolés avec 15,4% pour chaque ethnie.

### **5. Le mode d'admission**

Dans notre étude les évacuations sont de l'ordre de 80,8% suivies des patientes venues d'elle-même avec 11,5% et les référées 7,7%.

Soumaré H. [14] et Sylla C. [28] ont rapporté respectivement 76,74% et 42,3% des cas d'évacuation dans leurs études.

### **6. Les données relatives aux motifs d'admission**

#### **- Les moyens de transports**

Dans notre étude le transport à bord de taxis représentait 50%. Ce taux s'explique par la non fonctionnalité du système de référence/évacuation.

#### **- L'itinéraire du trajet parcouru**

Dans notre étude 21 patientes présentant un liquide amniotique teinté avaient un itinéraire long : domicile – Cabinet – CSRéf et représentaient 50% ; Domicile – CSCOM- CSRéf avec 38,5% et Domicile – CSRéf avec 11,5%

Ce taux est supérieur à celui de Soumaré H [14] qui trouvait 13,95% des patientes présentant un liquide amniotique teinté dû à un itinéraire long.

### - **Le motif du retard à la prise en charge**

Dans notre étude nous avons trouvé un retard de prise en charge >30 minutes dans 88,5% des cas

Ce retard s'expliquait par la non disponibilité de l'anesthésiste dans 50% des cas, du refus à l'intervention dans 23,1% des cas, de la non disponibilité du médecin et du bloc opératoire dans 7,7% des cas chacune.

CHebou K [39] à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti de Décembre 2005 à Novembre 2006 trouvait des cas de retard à la prise en charge lié à la non disponibilité de l'anesthésiste 55,5%, du médecin 22,2% ; le Bloc occupé 17,6%, le refus à l'intervention 4,7%

### - **Le motif d'admission**

Dans notre étude comme motif d'admission, la contraction utérine douloureuse était la plus représentée avec 38,7% suivie de la dilatation stationnaire 19,2% ; du placenta prævia hémorragique et de la présentation dystocique ont représenté chacun 15,4%.

## **7. Les Caractéristiques**

### - **Cliniques**

#### **• La température et la tension artérielle à l'admission**

A l'admission 53,84% des patientes avaient une température supérieure à 38°C.

Ce taux est supérieur à ceux de Soumaré H. [14], Sylla C. [28], et Salam A. [33] qui ont rapporté respectivement des taux d'hyperthermie de 32,88% ; 33,30% ; 33,12%.

Dans notre étude 65,4% des patientes avaient une tension artérielle inférieure à 140/90 mmHg à l'admission contre 34,6%

des patientes qui avaient une tension artérielle supérieure à 140/90 mmHg.

- **L'état des muqueuses**

Dans notre étude, 34,6% de nos patientes avaient une pâleur conjonctivale et 65,4% des patientes avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 11g/dl. Ce taux est supérieur à ceux de Téguté I. [27] qui trouvait 2,5%, Diallo FB. et Coll. [34] qui trouvait 5,11% Koné A. [8] qui trouvait 59,04% des cas d'anémie. Soumaré H. [14] trouvait 30,23% des cas d'anémie.

- **Gynécologique**

- **Les antécédents gynécologiques**

Dans notre étude les antécédents gynécologiques sont répartis comme suit : 61,5% des patientes avaient des leucorrhées pathologiques ; 15,4% des patientes avaient des prurits vulvaires et 15,4% des patientes présentaient des dyspareunies.

Ces infections génitales basses sont des facteurs favorisant de la prolifération microbienne favorable à la survenue de complication post césarienne.

- **Obstétriques**

- **Gestité**

Les multigestes ont été les plus représentées avec 42,3%.

Soumaré H. [14] et Salam A. [33] ont trouvé respectivement dans la série des primigestes : 42,2% ; 13,04%

- **Parité**

Les paucipares sont les plus représentées dans notre étude avec un taux de 46,1%.

Notre résultat est comparable à celui de Soumaré H. [14] qui a trouvé 45,6% et inférieur à celui de Diakité Y. [29] qui a trouvé



71,87% chez les primipares. Cela pourrait s'expliquer par une élévation de la durée du travail chez les primipares entraînant une augmentation du nombre de toucher vaginale avec des gants et des doigtiers non stériles favorisant ainsi la survenue de complication infectieuse.

#### - **Le suivi prénatal**

Dans notre étude 17 patientes soit 65,4% n'ont pas fait de consultation prénatale, une minorité (19,2%) a effectué 1 à 3 consultations prénatale ; et seulement 04 patientes ont effectué 4 consultations prénatales.

#### - **Etat des membranes à l'admission**

Dans notre étude 61,5% des patientes avaient un délai de rupture supérieur à 12 heures.

Soumaré H. [14] ; Diakité Y. [29] ; Diallo CH. [25] et Sylla C [28] trouvaient respectivement un délai de rupture des membranes supérieur à 24 heure comme suit : 46,5% ; 93,75% ; 71,87% ; 54,9%. Racinet C. et Favier M. [2] apportent que plus le délai de rupture est avancé plus le risque d'infection est élevé.

#### - **La durée du travail**

Dans notre étude 50% des patientes avaient une durée de travail supérieure à 24 h ; 34,6% des patientes avaient une durée de travail prolongée entre 13 – 24heures.

Soumaré H. [14] trouvait 53,49% ; Sylla C. [28] a trouvé 70,53% et Diakité Y. [29] a trouvé 93,75%.

Plus la durée du travail est prolongée, plus le délai de rupture des membranes est long, plus le nombre de toucher vaginal est fréquent plus le risque encouru est l'ascension des germes vers la cavité utérine.

- **L'aspect et l'odeur du liquide amniotique**

Dans notre étude 50% des patientes avaient un liquide amniotique d'aspect méconial.

- **Le contexte de césarienne**

Les urgences obstétricales (césarienne en urgence) ont représenté les 100% de notre étude. Sissoko H. [26] a apporté 97,8%

Les urgences constituent un mobile de risque dans la survenue des infections post césariennes par manque de mesure d'asepsie rigoureuse.

- **Les indications de la césarienne**

Dans notre étude la souffrance fœtale aigüe a été l'indication majeure de la césarienne avec un taux de 46,2%. Ce taux est comparable à celui de Soumaré H. [14] qui trouve 46,5% de SFA. Notre taux est supérieur à celui de Koné A. [8] 41,8% de SFA.

- **la durée de l'intervention**

La durée moyenne d'une intervention était de 45 minutes avec des extrêmes de 24 et 66 minutes. Ce taux est comparable à celui de Soumaré H. [14] qui a apporté 45 minutes dont les extrêmes variaient de 30 et 60 minutes

- **Le type d'hystérotomie**

L'hystérotomie était segmentaire transversale dans la totalité des cas.

- **Les interventions associées à la césarienne**

La ligature et la résection des trompes sont réalisées chez 7,7% des patientes et une hystérectomie d'hémostase fut pratiquée chez 1 patiente.

## **8. Le suivi post césarienne**

### **- Les lochies et l'involution utérine :**

sont des éléments d'appréciation et de diagnostic de l'endométrite.

Nous avons retrouvé dans notre étude 100% d'endométrites avec des lochies fétides. Soumaré H. [14] trouvait 80% d'endométrites avec lochies fétides et 20% avec lochies hématiques. Sylla C. [28] et Diakité Y. [29] trouvaient respectivement : 94,1% et 90,62% d'endométrites aiguës.

L'intervalle de J3 à J5 post césarienne était le délai d'apparition de la majeure partie des endométrites.

### **- La suppuration pariétale**

Les paramètres retrouvés étaient la fièvre l'écoulement du pus, la douleur le lâchage de la paroi. Ce dernier signe qui est retrouvé chez 28,6% des patientes.

Ce taux est supérieur à celui de Soumaré H. [14] qui trouvait 16,11%.

## **9. La prévention et la prise en charge des complications.**

### **- La prévention :**

L'antibioprophylaxie avec 2g d'amoxicilline en dose unique en début d'intervention a été réalisée systématiquement.

### **- La prise en charge des complications :**

#### **• L'anémie :**

- La transfusion sanguine a été pratiquée chez les patientes où la perte sanguine estimée était supérieure à 1000ml

et ou un taux d'hémoglobine inférieur à 7g/dl avec des signes fonctionnels d'intolérance.

• **Psychose puerpérale**

- L'administration d'anxiolytique a permis un apport satisfaisant dans sa prise en charge.

• **Complications Infectieuses**

- **La suppuration pariétale** est retrouvée chez 06, % des patientes.

Ce taux est inférieur à celui de Samba L. qui trouvait 16,6%

- **L'endométrite**

L'ocytocine est utilisée chez toutes les patientes ayant présenté une endométrite.

La triple association d'antibiotiques : amoxicilline+ gentamicine + métronidazole, souvent la double association : ceftriaxone + gentamicine a permis un apport satisfaisant

**10.Pronostic maternel et fœtal**

**- La mortalité maternelle :**

Dans notre étude nous déplorons un (1) cas de décès maternel per césarienne soit 0,82%. Il s'agissait d'une patiente décédée dans un contexte de choc vasoplégique secondaire à la rachianesthésie ; seul décès maternel soit 1 sur 122.

La littérature rapporte que l'hémorragie occupe la première place des causes de décès maternels [23 ; 24 ; 35 ; 36].

Nous avons enregistré 26 cas de complications Sur 122 césariennes soit 21,3% des césariennes réparties comme suivent :

- 14 cas de complications infectieuses soit 53,8% et 12 cas de complications non infectieuses soit 46,2%.

### - Morbidité

**Morbidité maternelle post-césarienne** : notre taux de morbidité post-césarienne est essentiellement constitué :

- d'anémie 38,5%
- de suppuration pariétale 30,8%
- d'endométrite 15,4%
- d'infection urinaire 7,7%
- de psychose puerpérale 3,8%
- et d'hémorragie per opératoire 3,8%

**NB** : les complications comme l'infection urinaire, la psychose puerpérale et l'endométrite ne sont pas spécifiques à la césarienne mais elles ont été constatées chez nos césarisées.

## **VII. CONCLUSION**

Il s'agissait d'une étude prospective longitudinale avec collecte des données dans la maternité du Centre de Santé de Référence de Kalaban Coro; qui s'est déroulée du 1er Janvier 2015 au 31 Décembre 2015.

Pendant cette période 122 césariennes ont été réalisées dans le service sur 980 accouchements soit une fréquence de 12,44% ; 21,3% de ces césariennes ont été compliquées (26/122).

Les deux principales complications sont l'infection 53,9% et l'anémie 38,5%.

Un (1) cas de décès a été enregistré soit un taux de décès maternel de 0,82%. Plus de la moitié de nos patientes (65,4%) n'était pas venue à la consultation pré natale.

L'analyse bi variée de nos résultats nous permet de conclure que le pronostic maternel était satisfaisant au CS Réf de Kalaban Coro dans les suites de couches post césariennes.

## **VIII. RECOMMANDATIONS :**

Au terme de notre étude, nous faisons les recommandations suivantes :

### **Aux autorités sanitaires**

- Rendre fonctionnel le système de référence/évacuation.
- Doter le CS Réf de Kalaban Coro d'un service de réanimation néo-natale bien équipé avec un personnel qualifié.
- Mettre à la disposition des structures périphériques, des protocoles de prise en charge des urgences obstétricales en fonction du niveau sanitaire.

### **A l'endroit du personnel de la santé**

- Faire le remplissage correct des supports d'information
- Sensibiliser les patientes sur l'avantage de la CPN afin de détecter et de mieux prendre en charge les grossesses à risque
- Référer les grossesses à risque vers les établissements sanitaires spécialisés pour leur prise en charge.
- Organiser les audits internes devant tous cas de décès maternels et tous les autres cas compliqués (audits cliniques).

### **A la population :**

- Fréquenter les centres de consultation prénatale dès les premières semaines de la grossesse pour le dépistage précoce des grossesses à risque.
- Planifier les grossesses.
- Accoucher en milieu hospitalier.

## **IX. REFERENCES**

### **1-Racinet C. et Favier M.**

Césarienne : Hier et aujourd'hui.

Pratique médicale, 45, 1983

### **2- Racine C. et Favier M.**

Césarienne : complications maternelles.

Pratique médicale, 31, 1982

### **3- OMS**

Au delà des nombres, examiner les morts maternelles et les complications pour réduire les risques liés à la grossesse.

Genève 2004.

### **4- OMS**

Vers la maternité sans risque. Harare, Zimbabwe 2001.

### **5- Togora M**

Etude qualitative de la césarienne au CS Réf. CV du district de Bamako de 2000 à 2002 à propos de 2883 cas.

Thèse de Méd. Bamako 2004, N°40 ; 135p.

### **6- Traoré A.F**

Etude des complications maternelles et de la mortalité maternelle à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré

Thèse Méd. Bamako 1989, N°46

### **7- Tall F.S**

Contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de cercle de la 4ième région.

Thèse médecine. 1992 ; N°154.



**8- Koné A.**

Facteurs de risques des complications maternelles post césarienne l'hôpital Gabriel Touré et au Point G. Thèse de médecine 2004 ;

N°67 :84 – 43.

**9- Merger R. / Levy J. / Melchior J.**

Précis d'obstétrique, Paris, Masson, 6ième édition. 597p 10- Racinet C. et Favier M.

La césarienne : indications techniques, complications

Masson, Paris1984 ; 185p

**11- Thoulon J.M**

Les césariennes : Encyclopédie médicochirurgicale ; Obstétrique.

**12- Diarra FL.**

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

**13- Koné A.**

Etude comparative de la césarienne classique et de la césarienne de MISGAV LADACH. Thèse médecine. Bamako 2005; 100p, N°75.

**14- Soumaré H.**

Les complications infectieuses bactériennes après césarienne au centre de santé de référence de la commune V. Thèse de méd. Bamako 2006

72p ; 352

**15- Touré L.**

Les infections du site opératoire à l'hôpital du point G. Thèse de médecine : Bamako 2006, 72p, 352

**16- Duval J. ; et Coll.**

Abrégé d'antibiothérapie : base pour l'utilisation des antibiotiques.

Masson édition 1985 ; 63

**17- Vokaer R.**

Traité d'obstétrique. Paris, Masson 2ième édition 1985 ; 560p.

**18- Thoulon J.M ; Gravier M.**

Le monitoring obstétrical ; atlas cardiotocographie. Paris Masson 1997 ; P 9-10.

**19- Desjardins C. Diallo H.O et Coll.**

Département d'obstétrique gynécologique hôpital notre dame Université de Montréal Québec Canada étude rétrospective de l'endométrite post césarienne 1996 ; N°25 (4) : 419-23.

**20- Diallo HO. et Coll.**

Département d'obstétrique gynécologique hôpital notre dame Université de Montréal Québec Canada étude rétrospective de l'endométrite post césarienne 1996 ; N°25 (4) : 419-23.

**21- Lansac J.; Berger C.; Maging G.**

Obstétrique pour le praticien. Masson 3ième édition: 395-6.

**22- Takpara I. et Coll.**

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

J. SOC, BIOL, CHU Benin, 1994, P43 – 46.

**23-Coulibaly I.**

Césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako 1998 ; 85 : 97P. Thèse de médecine.

**24- Cissé B.**

La césarienne aspect clinique épidémiologique et prise en charge des complications post-opératoires dans le service de gynécologie obstétrique au centre de santé de référence de la commune V. thèse de médecine Bamako 2001 ; N°51 : 94P.

**25- Diallo C.H.**

Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série continue de 160 cas au service gynécologique obstétrique H.G.T. Thèse de médecine Bamako 1996 ; N°37 :87 – 40.

**26- Sissoko H.**

Les complications maternelles non infectieuses post césarienne immédiates dans le service de gynécol-obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de méd. Bamako 2006, 66p, 247

**27- Téguété I :**

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital du Point G. de 1991 – 1993. A propos d'une étude cas témoins de 1544 cas. Thèse de médecine : Bamako, 1996 ; N°17:37– 55.

**28- Sylla C.**

Endométrite du post-partum à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine : Bamako 2004 ; N°54 : 97P.

**29- Diakité Y.**

Les endométrites post-césariennes à propos de 32 cas dans le service gynécologie obstétrique du C.H.U. Gabriel Touré thèse de médecine 2002 ; N°18 : 57P.

**30- Serment C.H.**

Complications maternelles des césariennes, Hôpital de la conception,

Marseille. Pratique médicale 1982 ; N°31 :31P.

**31- Mbiyé K, Sepou A. Ferre J.**

Les indications opératoires de la césarienne pratiquées au centre national hospitalier et universitaire de Bangui 1983 – 1986 médecine d’Afrique noire 1989 ;N°36 : 42 – 46.

**32- Thiéro M.**

Les évaluations sanitaires d’urgence en obstétrique à l’hôpital Gabriel

Touré à propos de 160 cas. Thèse de médecine Bamako ; 1995 ; N°17 :89.

**33- Salam A.**

Les aspects démographiques et obstétricaux des complications infectieuses post-césariennes dans le service de gynécologie obstétrique de l’H.GT. Thèse de médecine : 1996 ; N°17 : 98P.

**34- Diallo F.B. et Coll.**

Césarienne facteur de réduction de morbidité et mortalité foetomaternelle au centre hospitalier universitaire Ignace Deen de Conakry (Guinée) Médecine d’Afrique noire : 1998 ;

N°45 (6) 60 – 11.

**35- Abbassi H.**

Complications maternelles, analyse rétrospective de 3231 interventions à la maternité universitaire de Casablanca Maroc Cahier santé 2000 ; 0 :419-23.

**36- Cissé CT.**

Césarienne au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services.

Cahier santé 1998 ; N°8 :369 – 77.

**37- Rudigoz R.C. et Coll.**

La césarienne en 1988. Problèmes obstétricaux posés par utérus cicatriciel, fréquence et indication des césariennes. Complications thromboemboliques après césarienne. Place de la césarienne avant 32 semaines. Revue Française de gynécologie obstétrique, 1990;N°85 : 105 – 120.

**38- CHEBOU K**

Les déterminants de la césarienne de qualité à l'hôpital Sominé Dolo de Mopti du 01 Décembre 2005 au 30 Novembre 2006 à propos 299 cas.

Thèse Médecine.

## **X. ANNEXES**

### **Fiche d'enquête**

N° Fiches :.....

Q1 : Nom : \_\_\_\_\_

Q2 : Prénom : \_\_\_\_\_

Q3:

Age:.....

1 :15-19

2 :20-35

3:≥36

Q4:

Ethnie:.....

1: Minianka 2: Senoufo 3: Bambara 4: Bobo 5: Peulh

6:Dogon

Profession:.....

1: Ménagère 2: Commerçante 3 : Aide ménagère

4: Etudiante/Elève 5: Fonctionnaire

Q6:

Statut

Matrimoniale:.....

1 : Marié 2 : Célibataire

Q7:

Niveau d'étude:.....

1: Non scolarisée 2: Primaire 3: Secondaire 4: Supérieur

Q8:

Résidence:.....

1 : Kalaban 2: Kabala 3 : N'golobougou

Q9:

Mode

d'admission:.....

1: Venue d'elle-même 2: Référée 3: Evacuée

Q10:

Motif

d'admission:.....

1: SFA 2: SPRU 3: Bassin immature 4: BGR 5:  
Eclampsie

6 : EET Bassin limite sur utérus cicatriciel 7 : Présentation  
dystocique 8 : HRP 9 : Prééclampsie sévère 10 : Non  
engagement à dilatation complète 11 : DFP

Q11:

Structure ayant Référé ou

évacué:.....

1 : CSCOM 2 : structures médicaux privés

Q12:

Gestité:.....

1: Primigeste 2: Paucigeste 3: Multigeste 4: Grande  
multigeste

Q13:

Parité:.....

1: Nullipare 2 : Paucipare 3: Multipare 4: Grande  
multipare Q14:

Antécédentde

césarienne:.....

1: 1Césarienne 2: 2Césarines 3:3Césariennes

Q15:

Suivit

Prénatal:.....

1: 0 CPN 2: 1- 3 CPN 3: 4CPN et plus

Q16:

Terme de la

grossesse:.....

1 : Inf à 37 SA 2 : Sup. à 37 SA

Q17: Coloration des

conjonctives:.....

1: Pale 2 : moyennement coloré 3: coloré

Q18:

Tension

artérielle:.....

1: Inf ou égale 14/09

2 : Sup à 14/09

Q19:

Hauteur

utérine:.....

1 : Inf ou égale à 35cm

2 : Sup ou égal à 36cm

Q20:

ATCD

Gynécologique:.....

1: Leucorrhée pathologique

2 : Prurit

3 : Dyspareunie

Q21:

Rupture des membranes : .....

1: Intactes

2 : Inf à 12h

3 : Sup. à 12h

Q22:

La durée du W :.....

1: Inf ou égale à 12h

2: 13 – 24 h

3: Sup à 24

4: Non

Précise

Q23:

Aspect du liquide

amniotique:.....

1: Clair

2: Jaunâtre

3: Méconial

4: Sanglant

Q24: Odeur du liquide

amniotique:.....

1: Fétide

2: Non Fétide

Q25:

Contexte de

Césarienne:.....

1 : Urgence

2 : Programmée

Q26:

Indications de la

césarienne:.....

1: SFA

2: SPRU

3: Bassin immature

4: BGR

5:

Eclampsie



6 : EET Bassin limite sur utérus cicatriciel 7 : Présentation dystocique 8 : HRP 9 : Prééclampsie sévère 10 : Non engagement à dilatation complète 11 : DFP

Q27:

Qualification des

opérateurs:.....

1 : Spécialiste 2 : Interne 3 chirurgien

Q28:

Type d'anesthésie :.....

1 : Générale 2 : Péridurale 3 : Rachianesthésie

Q29:

Durée d'intervention :.....

.....

1: Inf à 30mn 2: 30mn-1h 3: Sup. à 1h

Q30:

Quantité de sang per opératoire

:.....

1 : Inf ou égale à 1000ml 2 : Sup. à 1000ml

Q31:

NN selon leur état :.....

1 : Mort né : Vivant

Q32:

NN selon le score d'apgar à la 5ième minute :.....

1: 0 2: 1-7 3: 8 -10

Q33:

Durée

d'hospitalisation:.....

1: 5-10jours 2:11-15jours 3:16-20jours 4:21-26jours

5:26-30 jours

Q34:

Type de

complications:.....

1 : Infectieuse 2 : Non infectieuse

Q35:

Type de complication non infectieuse :.....

- 1: Digestive {Iléus paralytique occlusion}
- 2: Hémorragie {hémorragie de la paroi saignement de la paroi}
- 3: Urinaire : blessure vésicale méconnue en per opératoire
- 4: Autre
- 5: Psychose puerpéral 6: Accident anesthésique 7: Décès maternelle

Q36:

Type de complication infectieuse

: .....

- 1: Endométrite 2: Suppuration pariétale 3: Décès maternel
- 4: Endométrite + Suppuration pariétale 5: Pelvipéritonite sans endométrite

Q37:

Signes cliniques de

l'endomérite:.....

- 1: T° entre 38°C – 38,5° C 2 : T° Sup. à 38,5°C 3 : Lochies fétide
- 4 : Lochies hématique 6: Mauvaise involution utérine
- 7: Col ouvert au toucher

Q38: Délai d'apparition de l'endomérite

:.....

- 1: 2jours post césarienne 2: 3 jours post césarienne
- 3: 4jours post césarienne 4 :J5 post césarienne

Q39: Signes cliniques de la suppuration

Pariétale:.....

- 1: T° entre 38– 38,5° C 2 : T° Sup. à 38,5°C 3: Douleur
- 4 : Ecoulement purulent de la plaie 5 : Lâchage de la paroi

Q40:

Délaid'apparition de la suppuration

:.....

- 1 : J3 post césarienne 2 : J4post césarienne
- 3 :J5 post césarienne 4 : J6 post césarienne

Q41:

Antibiothérapie

.....

- 1 : Amox+Genta+Metro      2 : Ceftriaxone+Genta  
3 : Amox+ Metro      4 : Syntocinon      5 : Autre

Q42: Rythme des pansements

.....

- 1: Quotidien      2: Biquotidien      3: 1jour sur 2

Q43:

Reprise de la paroi

.....

- 1 : Faite      2 : Non faite

Q45:

Type de césarienne:.....

- 1 : IMSO      2 : Pfannenstiel

Compte Rendu Opératoire

## **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Nom :** GANABA

**Prénoms :** Souleymane

**Pays d'origine :** Mali

**Ville :** Kati

**Titre :** Etude des complications maternelles de la césarienne dans la maternité du centre de santé de référence de Kalaban Coro.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

**Secteur d'intérêt :** Gynécologie obstétrique, Santé publique.

### **Résumé :**

Il s'agissait d'une étude prospective descriptive et analytique portant sur 122 patientes césarisées à la maternité du CSRéf de Kalaban Coro pour diverses complications maternelles.

Les objectifs étaient surtout de déterminer la fréquence des complications liées à la césarienne, d'étudier les caractéristiques socio démographiques des patientes, de décrire les aspects cliniques des complications liées à la césarienne et de proposer des recommandations.

Sur une période de 12 mois (Janvier 2015 à Décembre 2015).

La césarienne en générale pendant cette période a représenté 12,44 % des accouchements et les complications de la césarienne étaient de l'ordre de 21,3%.

Les analphabètes ont été la couche sociale la plus concernée. Dans notre étude, 65,4% de nos patientes n'ont fait aucune CPN ; 100% de nos patientes ayant présenté une complication sont admises en urgence ; 65,4% de nos patientes ayant présenté une complication avaient un taux d'Hb < 11g/dl.

Une durée supérieure ou égale à 12 heures entre la rupture de la poche des eaux et l'admission des patientes était la plus représentée avec 61,5%. Les principales complications étaient : l'anémie 38,5% ; la suppuration pariétale : 30,8% et l'endométrite 15,4%.

**Mots Clés :** Césarienne – Complication - Maternelle.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient. Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

Je le jure