



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

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE (FMOS)

Année académique : 2020-2021

N° :

THEME

**PRONOSTIC MATERNEL ET PERINATAL DE LA
CESARIENNE D'URGENCE VERSUS
CESARIENNE PROPHYLACTIQUE A L'HOPITAL
NIANANKORO FOMBA DE SEGOU.**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le .../.../2022

Devant la faculté de Médecine et d'odontostomatologie

Par M. Drissa Chiaka COULIBALY

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'état)

JURY

Président : Pr Alhassane TRAORE

Membres : Dr Belco Maiga

: Dr Seydou FANE

Co-directeur : Dr Tidiani TRAORE

Directeur : Pr Youssef TRAORE

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

ADMINISTRATION

DOYEN : **M. Seydou DOUMBIA** - Professeur

VICE-DOYENNE : **Mme Mariam SYLLA** - Professeur

SECRÉTAIRE PRINCIPAL : **M. Mozon TRAORÉ** - Maître-assistant

AGENT COMPTABLE : **M. Yaya CISSE** - Inspecteur de trésor

LES ENSEIGNANTS A LA RETRAITE

1. M. Yaya FOFANA	Hématologie
2. M. Mamadou L. TRAORÉ	Chirurgie Générale
3. M. Mamadou KOUMARÉ	Pharmacologie
4. M. Ali Nouhoum DIALLO	Médecine Interne
5. M. Aly GUINDO	Gastro-entérologie
6. M. Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
7. M. Sinè BAYO	Anatomie-pathologie et Histo-Embryologie
8. M. Sidi Yaya SIMAGA	Santé-Publique
9. M. Abdoulaye Ag RHALY	Médecine interne
10. M. Boulkassoum HAIDARA	Législation
11. M. Boubacar Sidiki CISSÉ	Toxicologie
12. M. Massa SANOGO Chimie	Analytique
13. M. Sambou SOUMARÉ	Chirurgie Générale
14. M. Abdou Alassane TOURÉ	Orthopédie-Traumatologie
15. M. Daouda DIALLO	Chimie-générale et Minérale
16. M. Issa TRAORÉ	Radiologie
17. M. Mamadou K. TOURÉ	Cardiologie
18. Mme. Sy Assitan TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
19. M. Salif DIAKITÉ	Gynéco-Obstétrique
20. M. Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologue
21. M. Abdel Karim KOUMARÉ	Chirurgie générale
22. M. Amadou DIALLO	Zoologie-biologiste
23. M. Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
24. M. Kalilou OUATTARA	Urologie
25. M. Mahamdou DOLO	Gynéco-Obstétrique
26. M. Baba KOUMARÉ	Psychiatrie
27. M. Bouba DIARRA	Bactériologie
28. M. Brehima KONARÉ	Bactériologie-Virologie
29. M. Toumani SIDIBÉ	Pédiatrie
30. M. Souleymane DIALLO	Pneumologie
31. M. Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
32. M. Seydou DIAKITÉ	Cardiologie
33. M. Amadou TOURÉ	Histo-Embryologie
34. M. Mahamadou Kalilou MAIGA	Néphrologue

35. M. Filifing SISSOKO	Chirurgie générale
36. M. Djibril SANGARÉ	Chirurgie générale
37. M. Somita KEITA	Dermato-Léprologie
38. M. Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
39. M. Alhousseini AG MOHAMED	O.R.L
40. Mme. Traoré J. THOMAS	Ophtalmologie
41. M. Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
42. Mme. Habibatu DIAWARA	Dermatologie
43. M. Yéya Tiémoko TOURÉ	Entomologie-Médicale Biologie Cellulaire
44. M Seko SIDIBÉ	Orthopédie-Traumatologie
45. M Adama SANGARÉ	Orthopédie-Traumatologie
46. M. Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
47. Mme. SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie-Diabétologie
48. M. Adama DIAWARA	Santé Publique
49. Mme Fatoumata Sambou DIABATE	Gynéco-Obstétrique
50. M. Bokary Y SACKO	Biochimie
51. M. Moustapha TOURÉ	Gynéco-Obstétrique
52. M. Dapa Aly DIALLO	Hématologie
53. M. Boubakar DIALLO	Cardiologie
54. M. Mamady KANE	Radiologie et Imagerie Médicale
55. M. Hamar A TRAORE	Médecine Interne
56. M. Mamadou TRAORÉ	Gynéco-Obstétrique
57. M. Mamadou Souncalo TRAORE	Santé Publique
58. M. Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
59. M Moussa I. DIARRA	Biophysique
60. M. Kassoum SANOGO	Cardiologie
61. M. Arouna TOGORA	Psychiatrie
62. M. Souleymane TOGORA	Stomatologie
63. M. Oumar WANE	Chirurgie Dentaire
64. M Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
65. M Saharé FONGORO	Néphrologie
66. M. Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie-Virologie
67. M. Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie-Hépatologie
68. M. Siaka SIDIBE	Radiologie et Imagerie Médicale
69. M. Aly TEMBELY	Urologie
70. M. Tièman COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
71. M. Zanafon OUATTARA	Urologie
72. M. Abdel Kader TRAORE	Médecine interne
73. M. Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie

LES ENSEIGNANTS DÉCÉDÉS

1. M. Mohamed TOURÉ	Pédiatrie
2. M. Alou BAH	Ophtalmologie
3. M. Bocar SALL	Orthopédie-Traumatologie-Secouriste
4. M. Balla COULIBALY	Pédiatrie
5. M. Abdel Kader TRAORÉ DIT DIOP	Chirurgie générale
6. M. Moussa TRAORÉ	Neurologie

7. M Yéminégué Albert DEMBÉLÉ	Chimie Organique
8. M. Anatole TOUNKARA	Immunologie
9. M. Bou DIAKITÉ	Psychiatrie
10. M. Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
11. M. Modibo SISSOKO	Psychiatrie
12. M. Ibrahim ALWATA	Orthopédie-Traumatologie
13. Mme. TOGOLA Fanta KONIPO	O.R.L
14. M. Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique
15. M. Mady MACALOU	Orthopédie-Traumatologie
16. M. Tiémoko D. COULIBALY	Odontologie
17. M. Mahamadou TOURÉ	Radiologie
18. M. Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
19. M. Ogobara DOUMBO	Parasitologie-Mycologie
20. M. Mamadou DEMBÉLÉ	Chirurgie-générale
21. M. Sanoussi KONATÉ	Santé Publique
22. M Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
23. M Ibrahim ONGOIBA	Gynéco-Obstétrique
24. M Adama DIARRA	Physiologie
25. M Massambou SACKO	Santé Publique
26. M. Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R ET PAR GRADE

D.E.R CHIRURGIE ET SPÉCIALITÉS CHIRURGICALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. M. Nouhoum ONGOIBA	Anatomie et Chirurgie générale
2. M. Youssouf COULIBALY	Anesthésie et Réanimation
3. M. Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie et Réanimation
4. M. Mohamed KEITA	Anesthésie-Réanimation
5. M. Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie générale
6. M. Adégné TOGO	Chirurgie générale
7. M. Bakary Tientigui DEMBÉLÉ	Chirurgie générale
8. M. Alhassane TRAORÉ	Chirurgie générale
9. M. Drissa TRAORÉ	Chirurgie générale
10. M. Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
11. M. Mohamed Amadou KEITA	O.R. L
12. M. Samba Karim TIMBO	O.R. L Chirurgie cervico-faciale chef de DER
13. M. Sadio YÉNA	Chirurgie cardio-Thoracique
14. M. Niani MOUNKORO	Gynéco-Obstétrique
15. M. Drissa KANIKOMO	Neurochirurgie
16. M. Oumar DIALLO	Neurochirurgie
17. M. Hamady TRAORÉ	Stomatologie

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS/ MAITRES DE RECHERCHE

1. Mme Djénéba DOUMBIA	Anesthésie-Réanimation
2. M. Broulaye Massoulé SAMAKÉ	Anesthésie-Réanimation
3. M. Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
4. M. Aladji Seidou DEMBÉLÉ	Anesthésie-Réanimation
5. M Lassana KANTE	Chirurgie Générale
6. M. Birama TOGORA	Chirurgie générale
7. M. Adama Konoba KOITA	Chirurgie générale
8. M. Bréhima COULIBALY	Chirurgie générale
9. M. Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
10. M. Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie cardio-thoracique
11. M. Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
12. M. Ibrahim TÉGUÉTÉ	Gynéco-Obstétrique
13. M. Youssouf TRAORÉ	Gynéco-obstétrique
14. M. Tioukani THERA	Gynéco-Obstétrique
15. M. Boubacar BAH	Odontostomatologie
16. M Lamine TRAORÉ	Ophtalmologie
17. Mme. Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
18. Mme. Doumbia Kadiatou SINGARÉ	O.R. L
19. M. Hamidou Baba SACKO	O.R. L
20. M. Siaka SOUMAORO	O.R. L
21. M. Mamadou Lamine DIAKITÉ	Urologie
22. M. Honoré Jean Gabriel BERTHÉ	Urologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHES

1. M. Youssouf SOW	Chirurgie Générale
2. M. Koniba KEITA	Chirurgie Générale
3. M. Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
4. M. Amadou TRAORÉ	Chirurgie Générale
5. M. Bréhima BENGALY	Chirurgie Générale
6. M. Madiassa KONATÉ	Chirurgie Générale
7. M. Sékou Bréhima KOUMARÉ	Chirurgie Générale
8. M. Boubacar KAREMBÉ	Chirurgie Générale
9. M. Abdoulaye DIARRA	Chirurgie Générale
10. M. Idriss TOUNKARA	Chirurgie Générale
11. M. Ibrahim SANKARÉ	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
12. M. Abdoul Aziz MAIGA	Chirurgie Thoracique
13. M. Amed BAH	Chirurgie-Dentaire
14. M. Seydou GUEYE	Chirurgie-Buccale
15. M. Issa AMADOU	Chirurgie-Pédiatrique
16. M. Mohamed Kassoum DJIRÉ	Chirurgie-Pédiatrique
17. M. Boubacary GUINDO	O.R. L-C.C.F
18. M. Youssouf SIDIBÉ	O.R. L
19. M. Fatogoma Issa KONÉ	O.R. L
20. Mme. Fadima Koreissy TALL	Anesthésie-Réanimation
21. M. Seydina Alioune BEYE	Anesthésie-Réanimation

22. M. Hamadoun DICKO	Anesthésie-Réanimation
23. M. Moustapha Issa MANGANÉ	Anesthésie-Réanimation
24. M.Thierno Madane DIOP	Anesthésie-Réanimation
25. M. Mamadou Karim TOURÉ	Anesthésie-Réanimation
26. M. Abdoul Hamidou ALMEIMOUNE	Anesthésie-Réanimation
27. M. Daouda DIALLO	Anesthésie-Réanimation
28. M. Abdoulaye TRAORE	Anesthésie-Réanimation
29. M. Siriman Abdoulay KOITA	Anesthésie-Réanimation
30. M. Mahamadou COULIBA	Anesthésie-Réanimation
31. M. Aboulaye KASSAMBARA	Odontostomatologie
32. M. Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
33. Mme. Aissatou SIMAGA	Ophtalmologie
34. M. Seydou BAGAYOGO	Ophtalmologie
35. M. Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
36. M. Adama GUINDO	Ophtalmologie
37. Mme. Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
38. M. Addoulay NAPO	Ophtalmologie
39. M. Nouhoum GUIROU	Ophtalmologie
40. M. Bougady COULIBALY	Prothèse Scellée
41. Mme. Kadidia Oumar TOURE	Orthopédie-Dento-Faciale
42. M. Oumar COULIBALY	Neurochirurgie
43. M. Mahamadou DAMA	Neurochirurgie
44. M Youssouf SOGOBA	Neurochirurgie
45. M. Mamadou Salia DIARRE	Neurochirurgie
46. M. Moussa DIALLO	Neurochirurgie
47. M. Abdoul Kadri MOUSSA	Orthopédie-Traumatologie
48. M. Layes TOURE	Orthopédie-Traumatologie
49. M. Mahamdou DIALLO	Orthopédie-Traumatologie
50. M. Louis TRAORE	Orthopédie-Traumatologie
51. Mme. Hapssa KOITA	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
52. M. Alfousseiny TOURE	Stomatologie/Chirurgie maxillo-faciale
53. M. Amady COULIBALY	Stomatologie/ Chirurgie maxillo-faciale
54. M. Amadou KASSOGUE	Urologie
55. M. Dramane Nafou CISSE	Urologie
56. M. Mamadou Tidiane COULIBALY	Urologie
57. M. Moussa Salifou DIALLO	Urologie
58. M. Alkadri DIARRA	Urologie
59. M. Soumana Oumar TRAORE	Gynéco-Obstétrique
60. M. Abdoulaye SISSOKO	Gynéco-Obstétrique
61. M. Mamadou SIMA	Gynéco-Obstétrique
62. Mme. Aminata KOUMA	Gynéco-Obstétrique
63. M. Seydou FANÉ	Gynéco-Obstétrique
64. M. Amadou BOCOUM	Gynéco-Obstétrique
65. M. Ibrahima Ousmane KANTE	Gynéco-Obstétrique
66. M. Alassane TRAORE	Gynéco-Obstétrique

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. Mme. Lydia B. SITA Stomatologie

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

PROFESSEURS / DIRECTEURS DE RECHERCHE

1. M. Bakarou KAMATE Anatomie-Pathologie
2. M. Cheick Bougadari TRAORE Anatomie-Pathologie, **chef de DER**
3. M. Mamadou A. THERA Physiologie

MAITRES DE CONFÉRENCES/MAITRES DE RECHERCHES

1. M. Djibril SANGARE Entomologie Moléculaire
2. M. Guimogo DOLO Entomologie Moléculaire Médicale
3. M. Bakary MAIGA Immunologie
4. Mme. Safiatou NIARE Parasitologie-Mycologie
5. M. Karim TRAORE Parasitologie-Mycologie
6. M. Moussa FANE Parasitologie Entomologie

MAITRES ASSISTANTS/ CHARGES DE RECHERCHE

1. M. Bourama COULIBALY Anatomie Pathologie
2. M. Mamadou MAIGA Bactériologie-Virologie
3. M. Aminata MAIGA Bactériologie-Virologie
4. Mme. Djeneba Bocar MAIGA Bactériologie-Virologie
5. Mme Arhamatoulaye MAIGA Biochimie
6. M. Mamadou BA Biologie/Parasitologie Entomologie-Médicale
7. M. Boubacar Sidiki I. DIAKITE Biologie-Médicale Biochimie Clinique
8. M. Bréhima DIAKITE Génétique et Pathologie Moléculaire
9. M. Yaya KASSOGUE Génétique et Pathologie Moléculaire
10. M. Oumar SAMASSEKOU Génétique/Génomique
11. M. Nouhoum SACKO Hématologie/Oncologie/Cancérologie
12. M. Sidi Boula SISSOKO Histologie Embryologie Cytogénétique
13. M. Saidou BALAM Immunologie
14. M. Hama Abdoulaye DIALLO Immunologie
15. M. Abdoulaye KONE Parasitologie-Mycologie
16. M. Aboubacar Alassane OUMAR Pharmacologie
17. Mme. Mariam TRAORE Pharmacologie
18. M. Bamodi SIMAGA Physiologie
19. M. Modibo SANGARE Pédagogie en Anglais adapté à la Recherche Biomédicale
20. M. Bassirou DIARRA Recherche-biomédicales
21. M. Sanou Kho COULIBALY Toxicologie

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

1. M. Harouna BAMBA Anatomie Pathologie
2. Mme Assitan DIAKITE Biologie
3. M Ibrahim KEITA Biologie moléculaire
4. M. Moussa KEITA Entomologie-Parasitologie

D.E.R DE MÉDECINE ET SPÉCIALITÉS MÉDICALES

PROFESSEURS/DIRECTEURS DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. M. Adama Diaman Keita | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. M. Sounkalo DAO | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 3. M. Daouda K. MINTA | Maladies Infectieuses et Tropicales |
| 4. M. Boubacar TOGO | Pédiatrie |
| 5. M. Moussa T. DIARRA | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 6. M. Cheick Oumar GUINTO | Neurologie |
| 7. M. Ousmane FAYE | Dermatologie |
| 8. M. Youssoufa Mamadou MAIGA | Neurologie |
| 9. M. Yacouba TOLOBA | Pneumo-Phtisiologie, chef de DER |
| 10. Mme. Mariam SYLLA | Pédiatrie |
| 11. Mme. Fatoumata DICKO | Pédiatrie |
| 12. M. Souleymane COULIBALY | Psychiatrie |
| 13. M. Mahamadou DIALLO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. M. Ichiaka MENTA | Cardiologie |

MAITRES DE CONFÉRENCES / MAITRES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Mme. KAYA Assetou SOUCKO | Médecine Interne |
| 2. M. Abdoul Aziz DIAKITE | Pédiatrie |
| 3. M. Idrissa Ah. CISSE | Rhumatologie |
| 4. M. Mamadou B. DIARRA | Cardiologie |
| 5. M. Ilo Bella DIALLO | Cardiologie |
| 6. M. Souleymane COULIBALY | Cardiologie |
| 7. M. Anselme KONATE | Hépto-Gastro-Entérologie |
| 8. M. Japhet Pobanou THERA | Médecine Légale/ Ophtalmologie |
| 9. M. Adama Aguisa DICKO | Dermatologie |

MAITRE ASSISTANTS / CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| 1. M. Mahamadoun GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 2. M. Salia COULIBALY | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 3. M. Konimba DIABATE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 4. M. Adama DIAKITE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 5. M. Aphou Sallé KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 6. M. Mory Abdoulaye CAMARA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 7. M. Mamadou N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 8. Mme. Hawa DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 9. M. Issa CISSÉ | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 10. M. Mamadou DEMBELE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 11. M. Ouncoumba DIARRA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 12. M. Ilias GUINDO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 13. M. Abdoulaye KONE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 14. M. Alassane KOUMA | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 15. M. Aboubacar Sidiki N'DIAYE | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 16. M. Souleymane SANOGO | Radiologie et Imagerie Médicale |
| 17. M. Ousmane TRAORE | Radiologie et Imagerie Médicale |

18. M. Boubacar DIALLO	Médecine Interne
19. Mme. Djenebou TRAORE	Médecine Interne
20. M. Djibril SY	Médecine Interne
21. Mme. Djéneba DIALLO	Néphrologie
22. M. Hamadoun YATTARA	Néphrologie
23. M. Seydou SY	Néphrologie
24. M. Hamidou Oumar BA	Cardiologie
25. M. Massama KONATE	Cardiologie
26. M. Ibrahim SANGARE	Cardiologie
27. M. Youssouf CAMARA	Cardiologie
28. M. Samba SIDIBE	Cardiologie
29. Mme. Asmaou KEITA	Cardiologie
30. M. Mamadou TOURE	Cardiologie
31. Mme COUMBA Adiaratou THIAM	Cardiologie
32. M. Mamadou DIAKITE	Cardiologie
33. M. Boubacar SONFO	Cardiologie
34. Mme. Mariam SAKO	Cardiologie
35. Mme. Kadiatou DOUMBIA	Hépto-Gastro-entérologie
36. Mme. Hourouna SOW	Hépto-Gastro-entérologie
37. Mme. Sanra Débora SANOGO	Hépto-Gastro-entérologie
38. M. Issa KONATE	Maladies Infectieuses et Tropicale
39. M. Abdoulaye M. TRAORE	Maladies Infectieuses et Tropicale
40. M. Yacouba COSSOKO	Maladies Infectieuses et Tropicale
41. M. Garan DABO	Maladies Infectieuses et Tropicale
42. M. Jean Paul DEMBELE	Maladies Infectieuses et Tropicale
43. M. Mamadou AC. CISSE	Médecine d'Urgence
44. M. Seydou HASSANE	Neurologie
45. M. Guida LANDOURE	Neurologie
46. M. Thomas COULIBALY	Neurologie
47. M. Adama S SOSSOKO	Neurologie-Neurophysiologie
48. M. Diangina dit Nouh SOUMARE	Pneumologie
49. Mme. Khadidia OUATTARA	Pneumologie
50. M. Pakuy Pierre MOUNKORO	Psychiatrie
51. M. Souleymane dit P COULIBALY	Psychiatrie
52. Mme. Siritio BERTHE	Dermatologie
53. Mme. N'DIAYE Hawa THIAM	Dermatologie
54. M. Yamoussa KARABINTA	Dermatologie
55. M. Mamadou GASSAMA	Dermatologie
56. M. Belco MAIGA	Pédiatrie
57. Mme. Djeneba KONATE	Pédiatrie
58. M. Fousseyni TRAORE	Pédiatrie
59. M. Karamoko SANOGO	Pédiatrie
60. Mme. Fatoumata Léoni DIAKITE	Pédiatrie
61. Mme Lala N'Drainy SIDIBE	Pédiatrie
62. Mme Djénéba SYLLA	Pédiatrie
63. M. Djigui KEITA	Rhumatologie
64. M. Souleymane SIDIBE	Médecine de la Famille/Communautaire

- | | |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 65. M. Drissa Massa SIDIBE | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 66. M. Salia KEITA | Médecine de la Famille/Communautaire |
| 67. M. Issa Souleymane GOITA | Médecine de la Famille/Communautaire |

ASSISTANTS/ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1. M. Boubacari Ali TOURE | Hématologie Clinique |
| 2. M. Yacouba FOFANA | Hématologie |
| 3. M. Diakalia Siaka BERTHE | Hématologie |

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

PROFESSEURS/DIRECTEUR DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------|--|
| 1. M. Seydou DOUMBIA | Épidémiologie |
| 2. M. Hamadoun SANGHO | Santé Publique |
| 3. M. Samba DIOP | Anthropologie Médicale et Éthique en Santé |

MAITRES DE CONFÉRENCES/ MAITRE DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1. M. Cheick Oumar BAGAYOKO | Information Médicale |
|-----------------------------|----------------------|

MAÎTRES ASSISTANTS /CHARGES DE RECHERCHE

- | | |
|-----------------------------|----------------------------------|
| 1. M. Hammadoun Aly SANGO | Santé Publique |
| 2. M. Ousmane LY | Santé Publique |
| 3. M. Ogobara KODIO | Santé Publique |
| 4. M. Oumar THIERO | Bio statistique/Bio-informatique |
| 5. M. Cheick Abou COULIBALY | Épidémiologie |
| 6. M. Abdrahamane COULIBALY | Anthropologie Médicale |
| 7. M. Moctar TOUNKARA | Épidémiologie |
| 8. M. Nouhoum TELLY | Épidémiologie |
| 9. Mme Lalla Fatouma TRAORE | Santé Publique |
| 10. M. Sory Ibrahim DIAWARA | Epidemiologie |

ASSISTANTS/ ATTACHES DE RECHERCHE

- | | |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 1. M. Seydou DIARRA | Anthropologie Médicale |
| 2. M. Abdrahamane ANNE | Bibliothéconomie-Bibliographie |
| 3. M. Mohamed Moumine TRAORE | Santé Communautaire |
| 4. M. Housseini DOLO | Épidémiologie |
| 5. M. Souleymane Sékou DIARRA | Épidémiologie |
| 6. M. Yaya dit Sadio SARRO | Épidémiologie |
| 7. Mme. Fatoumata KONATE | Nutrition-Diététique |
| 8. M. Bakary DIARRA | Santé-Publique |

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES

- | | |
|-------------------------|----------------|
| 1. M. Ousseynou DIAWARA | Parodontologie |
|-------------------------|----------------|

2. M. Amsalah NIANG	Odonto-préventive-Sociale
3. M. Souleymane GUINDO	Gestion
4. Mme. MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
5. M. Rouillah DIAKITE	Biophysique et Médecine Nucléaire
6. M. Alou DIARRA	Cardiologie
7. Mme. Assétou FOFANA	Maladies Infectieuses
8. M. Abdoulay KALLE	Gastroentérologie
9. M. Mamadou KARAMBE	Neurologie
10. Mme. Fatouma Sirifi GUINDO	Médecine de Famille
11. M. Alassane PEROU	Radiologie
12. M. Boubacar ZIBEIROU	Physique
13. M. Boubakary Sidiki MAIGA	Chimie-Organique
14. Mme. Doulata MARIKO	Stomatologie
15. M. Issa COULIBALY	Gestion
16. M. Kléligui Casmir DEMBELE	Biochimie
17. M. Souleymane SAWADOGO	Informatique
18. M. Brahima DICKO	Médecine Légale
19. Mme Tenin KANOUTE	Pneumo-Phtisiologie
20. M. Bah TRAORE	Endocrinologie
21. M. Modibo MARIKO	Endocrinologie
22. Mme Aminata Hamar TRAORE	Endocrinologie
23. M. Ibrahim NIENTAO	Endocrinologie
24. M. Aboubacar Sidiki Tissé KANE	OCE
25. Mme Rokia SANOGO	Médecine traditionnelle
26. M. Benoît Y KOUMARE	Chimie Générale
27. M. Oumar KOITA	Chirurgie Buccale
28. M. Mamadou BAH	Chirurgie-Buccale
29. M. Baba DIALLO	Epidémiologie
30. M. Mamadou WELE	Biochimie
31. M. Djibril Mamadou COULIBALY	Biochimie
32. M. Tietie BISSAN	Biochimie
33. M. Kassoum KAYENTAO	Méthodologie de la recherche
34. M. Babou BAH	Anatomie

ENSEIGNANTS EN MISSION

1. M. Lamine GAYE	Physiologie
-------------------	-------------

DEDICACES

DEDICACES :

Je dédie ce travail ;

- **A ALLAH**, le tout Puissant, le tout Miséricordieux, le très miséricordieux qui par sa grâce m'a accordé la santé, la force, le courage de mener à bien ce travail et de m'avoir guidé durant ce long cursus.
- **Au prophète Mohamed(PSSL)**, paix et salut sur lui, sur sa famille, ses compagnons et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour de la résurrection. Puisse votre lumière éclairer et guider nos pas. Amen !
- **A mon père Chiaka Zamblé COULIBALY**
Papa, tu as été pour moi un guide dont les qualités morales ont suscité mon respect. Ta rigueur, ton amour du travail bien fait, ton immense honnêteté, ta discrétion et tous les sacrifices consentis pour notre éducation m'ont guidé chaque jour de ma vie. Tu nous as enseigné la droiture mais aussi à éviter les solutions de facilité. Père, par ce travail qui est aussi le tien, je tiens à te témoigner ma profonde gratitude.
- **A ma maman Fatoumata Bamoye Maiga dite Niaber**
Tu nous as appris le pardon et l'amour du prochain. Tu as toujours été là pour nous, même quand ce n'était pas nécessaire. Tu nous as choyé, rassuré et réconforté. Ton assistance et ton affection ne nous ont jamais fait défaut. Ta grande générosité, ta patience et ta disponibilité font de toi une femme exceptionnelle. Mère, nous voici arrivés à ce jour tant attendu par vous tous et pour lequel tu m'as beaucoup bousculé. Que ce modeste travail soit source de satisfaction et de réconfort pour tout ce que tu as enduré et pour tous tes efforts indéfectibles. Puisse ALLAH te prêter longue vie dans la sagesse, la foi, et la santé.
- **A mon oncle Mahamane MAIGA et son épouse Halima TRAORE**
En plus d'être mon tuteur, vous avez été pour moi plus qu'un père, une mère. Votre soutien tant moral qu'affectif, matériel et financier a contribué à la

finalisation de ce travail. C'est avec le cœur plein de joie que je vous dédie ce travail qui est également le vôtre. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance.

- **A ma grande sœur BOLO et son époux Bréhima Traoré**

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

- **A mon frère et mes sœurs**

Seydou, Fatim, Almoudouwoye, votre soutien et votre amour ne m'ont jamais fait défaut, ce travail est le vôtre. Que Dieu renforce nos liens.

- **A mes cousins, cousines et amis** pour les moments de complicité de soutien et de partage passés ensemble. Merci du fond du cœur, ce travail est le vôtre.

Puisses le Tout Puissant renforcer ces liens aussi forts que ceux du sang et nous conduire vers des portes qui s'ouvriront sur nos bonheurs.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS :

- **Aux professeurs de la FMOS et FAPH.**
- **A tous mes enseignants du 1^{er} cycle, second cycle et du lycée.**
- **Aux gynécologue-obstétriciens de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou :** Dr TRAORE Tidiani, Dr Donigolo Brahima, Dr SIDIBE Kassoum, Dr TRAORE Babou. La rigueur et la qualité scientifique de votre enseignement ; votre disponibilité constante ainsi que les qualités humaines qui vous caractérisent ont forcé notre admiration.
- **Aux médecins généralistes :** Dr DIARISSO Abdrahamane, Dr COULIBALY Adama. L'habilité et la dextérité dans le travail, votre amour du travail, votre professionnalisme forcent le respect et la considération. Sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement.
- **A tout le personnel de l'HNF de Ségou particulièrement :**
 - **Aux sages-femmes :** Rokia DIAWARA, Fatoumata B MAIGA, Djeneba COULIBALY, Bintou DABO, Awa SIDIBE, Kadi TRAORE, Mariam N TANGARA, Ina Ouri BAH, Fady YATARA, Aminata DIAKITE, Zalika MAIGA.
 - **Aux infirmières obstétriciennes :** Orokia KOUYATE, Bintou KELEPILY, Badji TAWATI, Aminata COULIBALY, Mariam Danté, Mariam SAGARA, Assanatou COULIBALY, Assetou SACKO, Sokona SOUMOUNOU.
Merci pour votre franche collaboration et constante disponibilité.
- **Aux aînés médecins du services et collègues thésards :** Dr TRAORE Moussa, Dr COULIBALY Alkaly, Dr Doumbia Brahima, Dr HAIDARA Ahmadou, Abdoul Karim BALLO, Mariam KOUREICHY, Fousseiny KODIO, Youssouf DJIRE, Azer DIARRA, Moussa SAMAKE, Kabayi DIARRA, Mahamane H Maiga. Merci mes chers pour votre franche collaboration, votre soutien et votre encouragement. Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs.

- **Aux aînés de la faculté :** Dr MAIGA Halidou MOUSSA, Dr SANOGO Drissa B, Dr TRAORE Ousmane, Dr KODIO Seydou, Dr BOUARE Aboubacar Sidiki, Dr SISSOKO Mahmoudou, Dr Anicet FOKA, Dr Adama Famoussa TRAORE. Merci pour vos conseils. “ ALLAH KA AN TO GNONGON YE ”
- **A mon intime ami de la faculté :** Oumar M KEITA dit BAROUBA, par où commencer ? De la 1^{ère} année médecine jusqu'à ce jour, tu as été avec moi dans toutes les épreuves de la vie. Ton objectivité n'est pas à discuter. Qu'ALLAH nous guide vers nos bonheurs respectifs et perdure ce lien sacré qui nous unit. Encore merci.
- **A mes amis et cadets de la faculté :** Hamadou SANGHO, Arzouma OUEDRAOGO, Aboubacar KEITA dit SIMBO, Cheick Oumar BAGAYOGO, Sitapha GOUANLE, Oumar SANOGO, Ousmane KONEKEOU, Guiui Warren JEFFREY, Sarata DIAKITE. Merci pour le soutien moral, QU'ALLAH vous garde et vous protège.
- **A toutes les infirmières du service d'accueil des urgences de l'hôpital de SIKASSO.**



**HOMMAGES AUX
MEMBRES DU JURY**

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY :

✚ A notre maître et président du jury :

Pr Alhassane TRAORE

- Professeur titulaire de chirurgie générale à la faculté de médecine et d'odontostomatologie (FMOS)
- Spécialiste en chirurgie hépatobiliaire et pancréatique.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré
- Membre de l'association des chirurgiens d'Afrique francophone
- Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)

Cher maître,

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

Homme de principe, votre disponibilité, votre simplicité, sont des qualités exceptionnelles qui font de vous un maître exemplaire.

Veillez accepter notre sincère gratitude et croire à l'expression de notre profond respect.

 **A notre maitre et juge :**

Dr Belco MAIGA

- Maître-assistant à la FMOS ;
- Chef de service des urgences pédiatriques au CHU Gabriel Touré.
- Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré.

Cher maitre,

C'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre modestie et votre intérêt pour le travail bien fait font de vous un maitre admirable apprécié par tous. Soyez rassuré de notre reconnaissance la plus profonde.

 **A notre maitre et juge :**

Docteur Seydou FANE

- Maître-assistant à la faculté de médecine et d'odontostomatologie,
- Diplômé d'un master II en santé publique.
- Praticien hospitalier au service de Gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré,

Cher maitre,

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres du jury, pour juger ce travail. Nous avons été émerveillés par votre amour pour le travail bien fait. Votre rigueur dans la démarche médicale, vos conseils et votre disponibilité ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce travail. Soyer rassuré cher maitre de notre profond attachement et de notre sincère reconnaissance.

 **A notre maitre et co-directeur de thèse**

Dr Tidiani TRAORE

- Spécialiste en gynécologie obstétrique ;
- Praticien hospitalier au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Ségou ;
- Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital régional de Ségou ;
- Chargé de cours à l'INFSS (Institut National de Formation en Science de la Santé)
- Chargé de recherche.

Cher Maitre,

Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez faites en nous acceptant dans votre service.

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

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

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

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

Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

 **A notre maître et directeur de thèse**

Pr TRAORE Youssouf

- Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMOS
- Patricien hospitalier au CHU Gabriel TOURE
- Responsable de la prévention de la transmission mère enfant du VIH (PTME) au Mali
- Président de la société malienne de gynécologie obstétrique (SOMAGO)
- Vice-président de la société Africaine de gynécologie obstétrique(SAGO)
- Titulaire d'un diplôme universitaire de méthodologie de recherche clinique de Bordeaux II
- Secrétaire adjoint à l'organisation de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA)
- Enseignant chercheur

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail qui est le vôtre, car vous l'avez initié et suivi de bout en bout. Au cours de ce travail, nous avons découvert en vous un homme ouvert, disponible, et simple. Vos qualité d'homme de science et de recherche, votre sens élevé du devoir font de vous un exemple à suivre. Puisse Dieu vous prêter longue vie dans une santé absolue

ABREVIATIONS ET SIGLES

Liste des abréviations

AG : Anesthésie générale

ALR : Anesthésie locorégionale

ATCD : Antécédent

BDCF : Bruit du cœur foetal

BGR : Bassin généralement rétréci

BL : Bassin limite

BPN : Bilan prénatal

CHU : Centre hospitalier universitaire

cm : Centimètre

CNGOF : Collège national des gynécologues obstétriciens Français

CPN : Consultation prénatale

CPON : Consultation post natale

CSCOM : Centre de santé communautaire

CSREF : Centre de santé de référence

DIU : Dispositif intra utérin.

DDR : Date des dernières règles

DFP : Disproportion foeto-pelvienne

dl : Décilitre

FVV : Fistule vésico-vaginale

g : Gramme

HRP : Hématome retroplancetaire

HTA : Hypertension artérielle

IC : Intervalle de confiance à 95%

IIG : Intervalle inter génésique.

IMC : Indice de masse corporel

IMSO : Incision médiane sous ombilicale

L : Litre

L1, L2 : 1^{ère} et 2^{ème} vertèbre lombaire

LCR : Liquide céphalo-rachidien

LRT : ligature et résection des trompes

ml : Millilitre

mm : Millimètre

OMS : Organisation mondiale de la santé

OR : Ordre Ratio.

P : probabilité

PF : Planification familiale

PPH : Placenta prævia hémorragique

% : Pourcent

RCF : Rythme cardiaque fœtal

RPM : Rupture prématuré des membranes

S1, S2 : 1^{ère} et 2^{ème} vertèbre sacrée

SA : Semaine d'aménorrhée

SAA : Soins après avortement

SFA : Souffrance fœtale aigüe

SFC : Souffrance fœtale chronique

SP : Sulfadoxine + pyriméthamine

SOMMAIRE

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION	29
II- OBJECTIFS	32
III- METHODOLOGIE	66
IV- RESULTATS	77
V- COMMENTAIRES ET DISCUSSION	94
VI- CONCLUSION	102
VII- RECOMMANDATIONS	104
VIII- REFERENCES	106
ANNEXES	111

I. INTRODUCTION

INTRODUCTION

La société traditionnelle Malienne considère la grossesse et l'accouchement comme « La guerre des femmes », pour souligner le risque mortel que courent la femme et/ou le fœtus pendant la grossesse. Réalisée à temps, la césarienne permet d'améliorer très souvent le pronostic maternel et fœtal.

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale après coeliotomie, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale. [1]

Etymologiquement, « césarienne » vient du mot latin *caedere*, qui signifie « couper ». Aujourd'hui, la césarienne est une intervention fréquente en obstétrique. L'amélioration de la technique ainsi que les règles d'asepsie ont réduit le taux de mortalité et de morbidité.

Dès 1986, avec l'initiative « pour une maternité à moindre risque. » l'organisation mondiale de la santé préconisait que la surveillance de l'accouchement et la détection précoce des dystocies soient retenues comme l'une des approches les plus importantes, pour réduire le taux de mortalité maternelle [2]. Ainsi la proposition de pratiquer la césarienne pour améliorer de façon continue la qualité des soins obstétricaux, répond à ces priorités.

La césarienne prophylactique se définit comme étant celle réalisée avant le début du travail d'accouchement. Elle est indiquée lors de la consultation prénatale. Elle est aussi appelée césarienne programmée ou encore césarienne élective. [3]

D'une manière générale, le pronostic materno-fœtal en cas de césarienne prophylactique est meilleur à celui de la césarienne faite en situation d'urgence.

La fréquence des césariennes a largement augmenté au cours de ces vingt dernières années, aussi bien au niveau national qu'international.

Les taux de césarienne rapportés par la littérature sont de 17-23% en France, 15,8% en grande Bretagne, 35,4% aux Etats-Unis.

En Afrique la fréquence est de 2,3% au Burkina Faso, 5,6% au Sénégal, 5,4% au Bénin, et 2,7% au Mali. [3]

Au Mali le taux de mortalité maternelle est à la baisse depuis 2001 passant de 582 décès pour 100000 naissances à l'EDSM III 2001, à 465 décès pour 100000 naissances à l'EDSM IV 2006, pour atteindre 325 décès pour 100000 naissances à l'EDSM VI 2018 [4]. La pratique de la césarienne a largement contribué à cette réduction de la mortalité.

La mise en œuvre de la politique de gratuité a également entraîné une augmentation du taux de césariennes au niveau des hôpitaux. Cette augmentation est liée aux soucis de l'accoucheur de faire naître un nouveau-né dans les meilleures conditions, et préserver le confort et la bonne santé de la mère. [3] Elle s'explique également par la présence des agents de santé qualifiés qui assurent des CPN de qualité et dépistent précocement les dystocies.

De nos jours des parturientes devant normalement bénéficier de la césarienne prophylactique évitent la césarienne ou sont retenues encore dans nos salles de travail. Elles sont soumises à de rudes épreuves de travail d'accouchement, rendant souvent le pronostic maternel, fœtal et ou néonatal incertain voir catastrophique.

Le choix de ce type d'étude s'explique par le nombre important de césarienne d'urgence, le manque d'étude sur le sujet à Ségou, et le peu d'étude comparatif.

Fort de ce constat nous avons décidé d'initier ce travail pour apprécier de façon objective l'ampleur du problème en terme de pronostic maternel et périnatal. C'est ainsi que nous nous sommes assignés les objectifs suivants :

II. OBJECTIFS

II- OBJECTIFS

1. Objectif général :

- Etudier le pronostic maternel et périnatal des césariennes.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer les indications de césariennes pour les deux groupes de patientes ;
- Déterminer l'influence de la qualité du suivi prénatal dans les deux groupes de patientes ;
- Préciser le pronostic maternel et périnatal.

GENERALITES

GENERALITES :

1. La Césarienne :

1.1 Définition : L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après céliotomie, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale.

Césarienne d'urgence : Ce sont des indications de césarienne portés dans la salle de naissance devant un tableau d'urgence, soit un problème pathologique actuel passé inaperçu à m'examen du 9^{ème} mois, ou une évolution anormale du travail.

Césarienne prophylactique : Nous parlons de césarienne programmée ou prophylactique lorsqu'elle est planifiée et réalisée avant le début du travail d'accouchement.

1.2 Fréquence :

En augmentation particulière depuis le début du siècle, la fréquence des opérations césariennes s'est maintenant stabilisé pour la plupart des auteurs.

Les grandes variations des chiffres fournis par la littérature dépendent essentiellement du degré de risque des effectifs analysés ainsi que des attitudes et des options particulières de chaque obstétricien ou école obstétricale.

Le taux de césarienne rapporté par la littérature en 2014 fait état de 20,4% en France ; 38,1% en Italie, Aux USA 32,8%, Au Brésil 51,6%.

En Afrique cette fréquence est de 2,3% au Mali, 6% au Sénégal, 2% au Burkina Faso, 16% au Maroc, 51,8% en Egypte [7, 8]

L'OMS estime que le taux de césarienne doit être situé entre 5% et 15%.

1.3 Historique de la césarienne : [9]

L'histoire de la césarienne est assez polymorphe tant dans l'origine du mot que dans l'évolution de l'intervention.

Le fait que l'intervention soit vieille, très vieille lui confère un caractère légendaire, souvent mythique. Les noms d'INDRA, de BOUDDHA, de DIONYSOS, d'ESCUAPE (la liste ne saurait être exhaustive) lui sont rattachés. Ce mode de naissance étant synonyme de puissance, de divinité ou de royauté. L'association de

l'intervention à cette mythologie, crée un terrain de discussion quant à l'origine du mot, bien qu'elle dériverait étymologiquement du latin « **CAEDERE** » qui signifie couper.

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

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

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

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

1.3.2 Du XVIe siècle au XIXe siècle : césarienne sur femmes vivantes :

- En 1500 *Jacob NUFER*, châtreur de porc, suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur sa propre femme vivante.

- En 1581 *François ROUSSET* publia le premier traité de la césarienne en France qu'il a intitulé « Enfantement césarien »

-En 1721 *MAURICEAU*, comme *AMBROISE PARE* condamne la césarienne en ces termes « cette pernicieuse pratique empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi totale de la femme.

- La première suture utérine au fil de soie fut réalisée par *LEBAS* en 1769.

- *PFANNENSTIEL* proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains anciens.

1-3.3- XIXe siècle et début du XXe siècle : avènement de l'asepsie chirurgicale.

La notion d'asepsie est apparue à la fin du *XIXe siècle* et au début du *XXe siècle* à partir de l'école de *Vienne* et de l'école *Pasteurienne*.

L'infection peut être d'origine :

Exogène d'où l'utilité de l'asepsie opératoire ou endogène d'où l'intérêt de la prévention de l'infection ovulaire.

1-3-4- Période moderne.

L'avènement de l'antibiothérapie, de la pénicilline en 1940, les progrès remarquables dans le domaine de l'anesthésie réanimation, la transfusion, la découverte des ocytociques et les connaissances sur la vitalité du fœtus in utero a beaucoup contribué au développement de la césarienne.

2. Rappels anatomiques : [6]

Trois éléments importants sont à signaler, il s'agit de :

- **L'utérus gravide**
- **La filière pelvis génital**
- **Le mobile fœtal**

2.1 L'utérus gravide :

Au cours de la grossesse, l'utérus subit d'importantes modifications portant sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

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

Du point de vue anatomique, l'utérus gravide comprend trois parties : le corps, le col entre lesquels se développe, dans les derniers mois, une portion propre à la gravidité : le segment inférieur (fig.1).

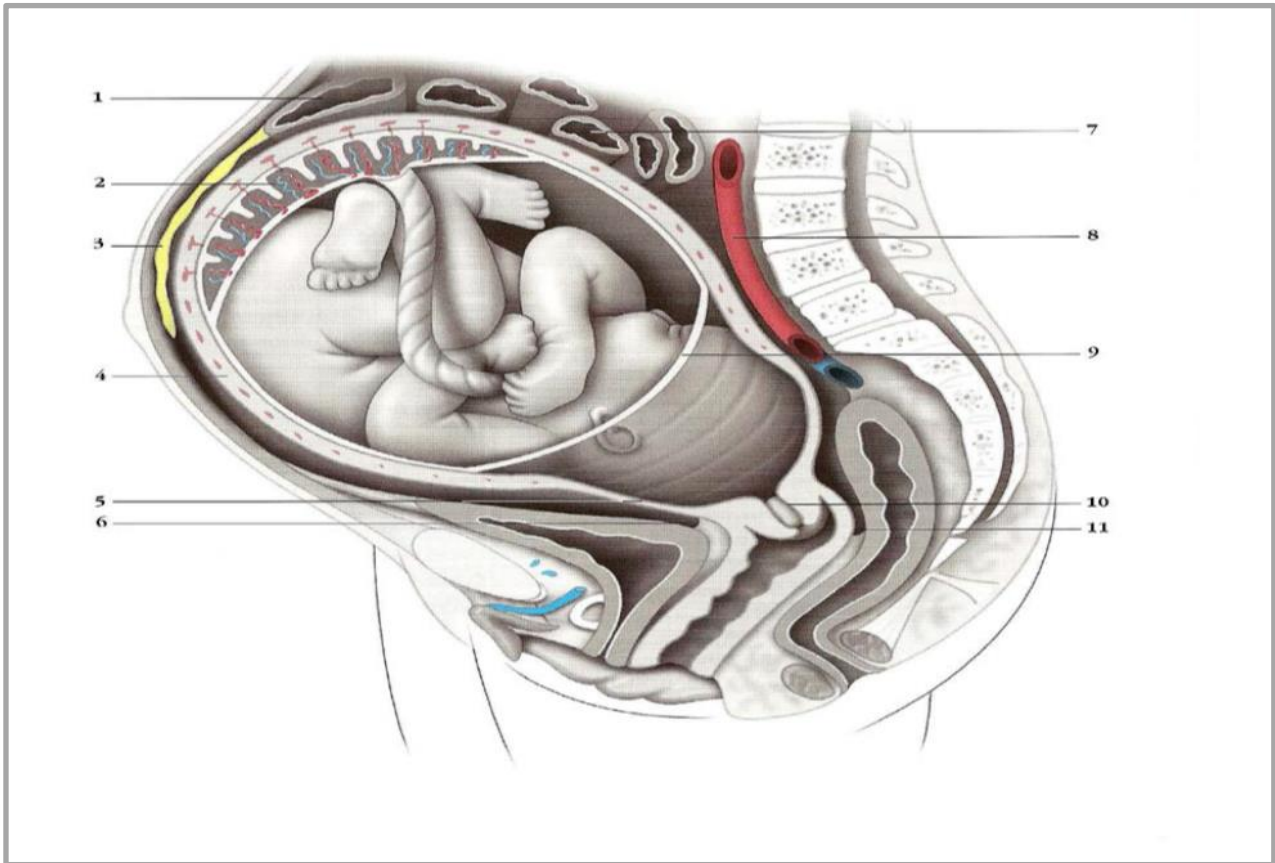


Fig. 1 : Coupe sagittale de l'utérus gravide à terme. [6]

2-1-1- Corps de l'utérus :

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

Cors de l'utérus	Hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6-8 cm	4-5 cm
A la fin du 3 ^e mois	13 cm	10 cm
A la fin du 6 ^e mois	24 cm	16 cm
A terme	32 cm	22 cm

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

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

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

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

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

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

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

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

Sur la femme debout, l'axe de l'utérus est sensiblement parallèle à celui du détroit supérieur si la paroi abdominale est résistante (primipare). Quand la paroi est flasque (multipare), l'utérus se place en antéversion.

Sur le plan frontal, le grand axe utérin s'incline en général du côté droit (76% des cas), plus rarement à gauche.

L'utérus subit un mouvement de rotation sur son axe vertical, de gauche à droite, qui oriente sa face antérieure en avant et à droite.

➤ **Rapports** : Au début de la grossesse, les rapports de l'utérus encore pelvien sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse.

A terme, l'utérus est abdominal :

✓ **En avant**, sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale sans interposition d'épiploon ou d'anses grêles chez la femme indemne d'opération abdominale. Dans sa partie inférieure, elle entre en rapport avec la vessie lorsqu'elle est pleine ;

- ✓ **En arrière**, l'utérus est en rapport avec la colonne vertébrale flanquée de la veine cave inférieure et de l'aorte, avec les muscles du psoas croisés par les uretères, avec une partie des anses grêles ;
- ✓ **En haut**, le fond utérin soulève le colon transverse, refoule l'estomac en arrière.
- ✓ **À droite** il répond au bord inférieur du foie et à la vésicule biliaire ;
- Le bord droit regarde en arrière, il entre en contact avec le caecum et le colon ascendant ;
- Le bord gauche répond à la masse des anses grêles refoulées et en arrière au colon descendant.
- **Structure** : L'utérus comporte trois tuniques : de l'extérieur vers l'intérieur : **la séreuse, la musculuse et la muqueuse.**

2-1-2- Segment inférieur :

C'est la partie basse et mince de l'utérus gravide, située entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois. Son origine, ses limites, sa structure ont donné lieu à des discussions byzantines. Sa forme, ses caractères, ses rapports, sa physiologie, sa pathologie sont d'une importance obstétricale considérable.

- **Forme** : Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur la convexité, mais assez en arrière, de sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue que la paroi postérieure : caractère important, puisque c'est sur la paroi antérieure que porte l'incision de la césarienne segmentaire.
- **Situation** : Le segment inférieur occupe, au-dessus du col, le tiers inférieur de l'utérus.
- **Caractères** : Son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4 mm, qui s'oppose à l'épaisseur du corps. Cette minceur est d'autant plus marquée que le segment inférieur coiffe intimement la présentation, circonstance réalisée au maximum dans la présentation du sommet engagée. C'est à dire que la minceur du segment inférieur, est la marque de l'eutocie. La bonne ampliation du segment inférieur,

appréciée à la clinique, est donc un élément favorable de pronostic de l'accouchement.

- **Limites** : la limite inférieure correspond à l'orifice interne du col, bien visible après l'hystérotomie lors de la césarienne pratiquée avant le travail. La limite supérieure est marquée par le changement de l'épaisseur de la paroi : c'est la partie corporeale. Cet épaissement donne l'impression d'un anneau musculaire, surtout au moment de la contraction et plus encore après l'expulsion du fœtus.
- **Rapports** :
 - ✓ **En avant** il est recouvert par le péritoine viscéral solide et facilement décollable, alors qu'il adhérerait au corps. Cette disposition permet de réaliser une bonne protection péritonéale de la cicatrice utérine dans la césarienne segmentaire. Le péritoine, après avoir formé le cul de sac vésico-utérin, tapisse la face postérieure de la vessie, puis devient pariétal, doublant la paroi abdominale antérieure. La vessie même vide, est toujours au-dessus du pubis, rapport à connaître lors de l'incision du péritoine pariétal.
 - ✓ **Latéralement**, la gaine hypogastrique contient les vaisseaux utérins croisés par l'uretère.
 - ✓ **En arrière**, le profond cul-de-sac de Douglas sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.
- **Structure** : Le segment inférieur est formé essentiellement de fibres conjonctives et élastiques, la musculature est très mince, faite d'une quinzaine de couches musculaires. C'est au niveau du segment inférieur que doit se faire l'incision antérieure de l'utérus lors de la césarienne.

2-1-3- Le col de l'utérus :

Contrairement au corps, il se modifie peu pendant la grossesse.

Il subit des modifications liées à l'imbibition gravidique ; le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse.

2-1-4- Vascolarisation de l'utérus gravide :

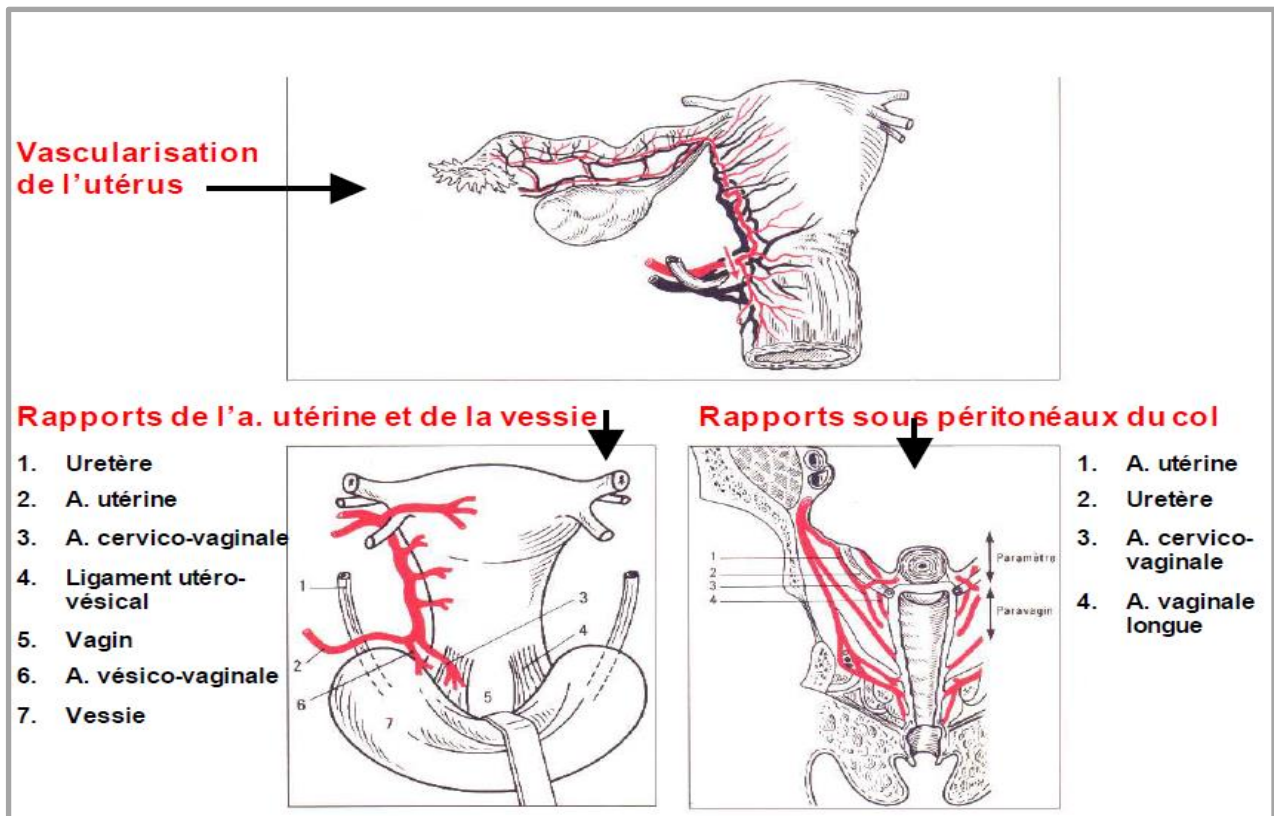


Fig.2 Vaisseaux de l'utérus et rapport du col de l'utérus. [6]

▪ Les artères :

L'artère utérine prend son origine le plus souvent de l'artère hypogastrique (artère iliaque interne) ; la branche utérine augmente de longueur tout en restant flexueuse ; anastomosée entre elle de chaque côté mais non avec celle du côté opposé. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche plexiforme, deviennent rectilignes s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire.

Le col est irrigué par les artères cervico-vaginales qui bifurquent pour donner une branche antérieure et une branche postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur.

▪ Les veines :

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

▪ **Les lymphatiques :**

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

2-1-5- Innervation de l'utérus gravide :

L'innervation de l'utérus gravide est assurée par :

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

2.2. Rappels anatomiques du bassin : le canal pelvi-génital :

Il comprend 2 éléments : le bassin osseux, le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée

2.2.1 Le bassin osseux :

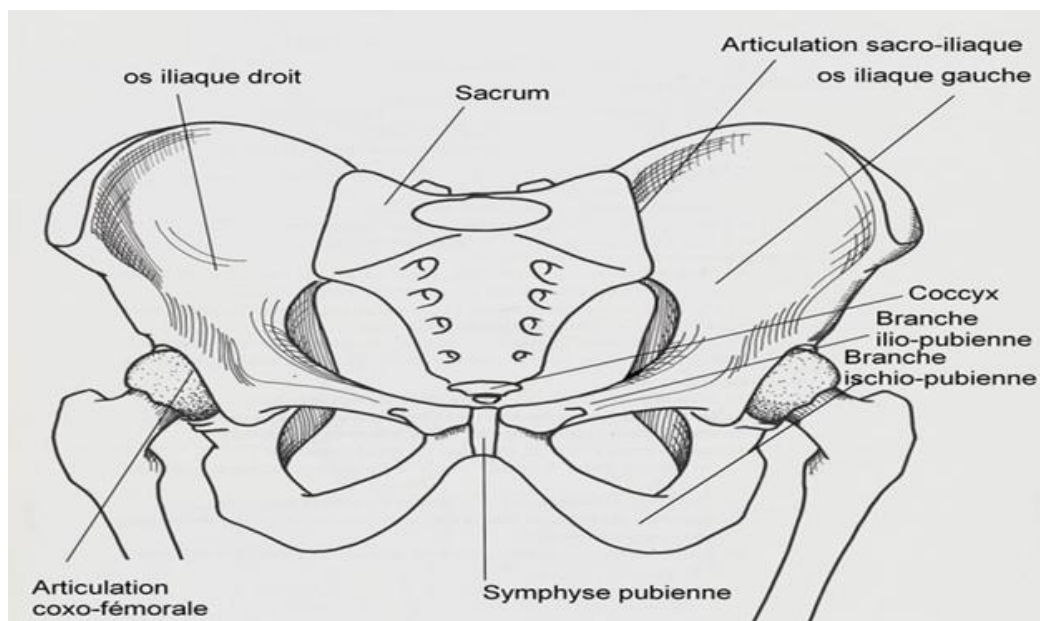


Figure 3 : bassin osseux vu de face [6]

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs et constitué par les 2 os iliaques en avant et latéralement, le sacrum et le coccyx en arrière.

Il est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison, nous ne décrivons que le petit bassin celui-ci est formé de 2 orifices supérieur et inférieur séparés par une excavation.

Les os du bassin sont unis entre eux par quatre articulations dont trois sont des symphyses :

- la symphyse pubienne en avant ;
- les deux symphyses sacro-iliaques en arrière et latéralement ;
- l'articulation sacro-coccygienne en arrière et en bas.

2.2.1.1 Le détroit supérieur ou l'orifice supérieur :

C'est le plan d'engagement de la présentation, séparant le petit bassin du grand bassin.

Il est formé par :

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

❖ Les diamètres du détroit supérieur :

❖ Les diamètres antéropostérieurs : on distingue

- le **promonto-sus-pubien = 11 cm**
- le **promonto-retro-pubien = 10,5 cm c'est le diamètre utile.**
- le **promonto-sous-pubien = 12 cm**

❖ Les diamètres obliques : allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun **12cm**. Le gauche est le plus utilisé par la présentation.

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

❖ **Les diamètres sacro-cotyloïdiens** : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurent chacun 9 cm. Ces diamètres prennent toute leur importance dans les bassins asymétriques.

2.2.1.2 L'excavation pelvienne :

C'est le canal dans lequel le fœtus effectue sa descente et sa rotation « Elle a la forme d'un tronc de tore de **12 cm diamètre** ». Ses limites sont :

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

1.2.1.3 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-sciatiques.

❖ Les diamètres du détroit inférieur

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

2.2.2 Le Diaphragme pelvi-génital :

2.2.2.1 Le diaphragme pelvien principal :

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

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

2.2.2.2 Le diaphragme pelvien accessoire :

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

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

2.2.2.2.1 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.

2.2.2.2.2 Périnée antérieur qui comprend les muscles péri-vaginaux et péri-vulvaires et le noyau fibreux central.

2.3 Le mobile fœtal :

En mécanique obstétricale, on parle de mobile fœtal car le fœtus relié au placenta par son cordon est relativement mobile dans la cavité utérine. Il va pouvoir progresser au travers de la filière pelvienne sous l'influence des contractions utérines.

A terme le fœtus pèse en moyenne 3250g et mesure 50 cm. Il a des cheveux longs de 1 cm ou plus, des ongles bien formés dépassant l'extrémité des doigts mais non celles des orteils. Un enduit sébacé recouvre son corps plus épais aux plis de flexion.

+ Notion d'anatomie fœtal :

- La tête fœtale : Elle a la forme d'un ovoïde à grosse extrémité postérieure dont le grand axe va du menton à un pont situé un peu en avant de la saillie de l'occiput. Elle comprend deux parties : le crâne et la face.

2.3.1 Le crane :

Le crane est très volumineux et peut se distinguer en 2 parties :

2.3.1.1 La voûte : convexe, plus large en arrière qu'en avant, est formé par les deux moitiés du frontal en avant, les deux pariétaux et les deux écailles temporales au milieu et latéralement. L'écaille de l'occiput en arrière. Ces pièces à la naissance ne sont pas entièrement ossifiées, ils restent séparés les uns des autres par des bandes et des espaces membraneux qui leur laissent une certaine indépendance, une certaine mobilité qui peut aller jusqu'au chevauchement.

➤ Les espaces membraneux linéaires qui séparent les os voisins sont **les sutures** qui sont :

- la **suture sagittale** qui est la plus importante.

- la suture occipito-pariétale
- les sutures occipito-temporales et pariétaux temporales.

➤ **Les fontanelles** se trouvent au point de rencontre ou à l'entrecroisement des sutures plus ou large et variable de forme. On distingue :

- **La fontanelle antérieure ou grande fontanelle, ou bregma**, a la forme d'un losange à grand axe antéro-postérieur. Elle est située entre les deux frontaux en avant et les deux pariétaux en arrière.
- **La petite fontanelle ou fontanelle postérieur, ou lambda**, est situé au point de rencontre des sutures sagittale et occipito-pariétale. Triangulaire, de dimensions souvent réduites, parfois simple fente, à chacun de ses trois angles aboutit à une suture : sagittale en avant, les deux moitiés de l'occipito pariétal de chaque côté.
- **Les autres fontanelles** ont une importance obstétricale secondaire : la fontanelle de Gasser ou Astérion en arrière, la fontanelle de ptérion en avant, la fontanelle de Gerdy qui est rare et anormale et la fontanelle glabelle unit parfois le frontal et les os du nez.

2.3.1.2 La base : est un massif ostéo-cartilagineux dont la clé de voute centrale est constitué par le corps du sphénoïde. A celui-ci aboutissent cinq arcs osseux : deux antérolatéraux, les voutes orbitaires, deux postérolatéraux, les grandes ailes du sphénoïde et les rochers ; un postérieur, le corps de l'occipital. Entre ces pièces osseuses se trouvent des bandes de cartilage disposées en étoiles à cinq branches.

Contrairement à la voute, la base est un massif solide dépourvu de malléabilité. Son écrasement était le premier but de la basiotripsie.

2.3.2 La face :

Situé en bas et en avant du crane, elle comprend les mêmes pièces osseuses que chez l'adulte. Etendue de l'extrémité antérieur de la grande fontanelle au menton, elle est plus résistante que la voute crânienne.

2.3.3 Diamètres et circonférences : les dimensions de la tête foetal s'apprécient par l'étude de ses diamètres et circonférences.

2.3.3.1 Diamètre antéro-postérieurs

- **L'occipito-mentonnier** : du menton à l'occiput. Il mesure 13 cm et correspond à la position intermédiaire de la tête.
- **L'occipito-frontal** : de l'occiput à la racine du nez : 11,5cm.
- **Le sous-occipito-bregmatique** : du bregma à la base de l'occipital. Il mesure 9,5 cm et correspond à la position très fléchie de la tête.
- **Le sous occipito-frontal** : de l'écaille occipitale au point le plus saillant du frontal : 11 cm.
- **Sus-occipito-mentonnier ou sincipito-mentonnier** : c'est le plus grand diamètre antéro-postérieur. Du menton au point le plus saillant de l'occiput (ou sinciput) : 13,5cm.

2.3.3.2 Diamètre vertical :

- **Sous mento-bregmatique** : de la racine du cou, près du menton au centre de la grande fontanelle : 9,5cm. C'est celui qui correspond à la présentation de la tête défléchie.

2.3.3.3 Diamètres transversaux :

- **Bipariétal** : d'une bosse pariétale à l'autre : 9,5cm. C'est le diamètre transverse maximum
- **Bitemporal** : d'une fosse temporale à l'autre : 8cm

2.3.3.4 Circonférences crâniennes : Deux doivent être connues :

- **La grande circonférence** a pour diamètre le plus grand diamètre céphalique, le sus occipito-mentonnier : elle mesure 37cm.
- **La petite circonférence** passe par les extrémités du diamètre sous occipito-bregmatique. Elle est de 33 cm.

2.3.4 Cou du fœtus :

La grande mobilité du cou permet à la tête fœtale de faciles mouvements de flexion, d'extension, d'inclinaison latérale. La torsion du cou chez le fœtus peut atteindre 180° à l'extrême.

2.3.5 Tronc du fœtus :

- **Thorax** : Le seul diamètre obstétrical intéressant est le diamètre bisacromial, allant d'un acromion à l'autre. Long de 12cm, il est aisément réductible à 9,5cm.
- **Abdomen** : La circonférence abdominale mesurée au niveau de l'ombilic est à terme de 30cm. Le diamètre transversal de l'abdomen est de 9,5cm. Le diamètre bitrochanterien est de 9 cm.

2.3.6 Membres :

Les membres du fœtus, animés de fréquents mouvements, restent sur son plan ventral. Les cuisses en particulier, sont fléchies sur l'abdomen, attitude qu'elles gardent longtemps après la naissance.

2.4 INDICATIONS

Classification des indications : [10]

Il faut distinguer :

- Les indications portées en consultation prénatale avant toute entrée en travail,
- Les indications portées en salle de naissance devant :
 - Un tableau d'urgence ;
 - Un problème pathologique actuel ;
 - Une évolution anormale du travail ;

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

a- Césarienne programmée ou prophylactique :

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

- D'un bassin chirurgical ;
- D'un obstacle prævia connu (placenta recouvrant, fibrome, kyste ovarien, rein pelvien, tumeur sacrée ou hémi utérus prævia) ;
- D'une anomalie ou lésion de l'appareil génital : cicatrice utérine de mauvaise qualité, cancer du col, anomalie du vagin (diaphragme) d'une anomalie du périnée (fistule, déchirure compliquée ou prolapsus réparé) ;

- D'une cause maternelle : hypertension artérielle, cardiopathie, accident vasculaire cérébral, insuffisance respiratoire ;
- D'une cause annexielle : le placenta prævia ;
- D'une cause fœtale : souffrance fœtale chronique dans le cadre d'une hypertension artérielle, d'une allo-immunisation, d'un diabète, d'une grossesse multiple, d'une présentation dystocique (siège, transverse), d'une malformation fœtale viable. Avant de décider de l'intervention, il convient dans ce cas de s'assurer de l'absence de malformations fœtales non viables par l'échographie, voire le caryotype obtenu par ponction du sang du cordon.

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

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

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

Elles sont au nombre de trois :

- ❖ **Maternelle** : la pré rupture est reconnue devant l'hypertonie avec mauvais relâchement entre les contractions, apparition de douleur segmentaire et/ou de saignements survenant dans un contexte évocateur (utérus cicatriciel, stagnation du travail). Ces signes doivent inciter à césariser avant l'apparition de l'anneau de rétraction de Bandl Formel (utérus en sablier) et la rupture vraie qui nécessite une intervention d'extrême urgence.
- ❖ **Annexielle** : l'hémorragie est due à un placenta prævia recouvrant ou persistant après amniotomie, un hématome retro placentaire avec enfant vivant, la rupture d'un vaisseau prævia (syndrome de Benkiser).

❖ **Urgence fœtale : souffrance fœtale aiguë avant l'entrée ou en tout début de travail**

La responsabilité de la souffrance fœtale aiguë avant l'entrée ou en tout début de travail dans le taux de césarienne a augmenté avec l'avènement de la cardiotocographie. Actuellement, elle représente moins de 10% des indications de césarienne du fait d'une meilleure connaissance de l'interprétation des tracés et de l'étude du PH. La procidence du cordon reste une indication indiscutable de césarienne d'extrême urgence sauf si l'enfant est mort ou la tête est engagée à la partie basse (il est plus rapide de faire un forceps) ou si c'est une présentation du siège à dilatation complète sans anomalie du rythme cardiaque fœtal.

La mort fœtale n'est pas une indication de césarienne, l'accouchement doit se faire par voie basse après maturation cervicale par les prostaglandines sauf sur utérus multicicatriciel ou bassin chirurgical.

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

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

◆ **Une pathologie maternelle**

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

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

◆ **Une cause fœtale**

- **Présentation dystocique**

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

Les indications de **la césarienne prophylactique** en présentation du siège sont :

- une anomalie du volume fœtal :

Poids \geq 4 000g,

Le bi pariétal ≥ 100 mm ;

-une anomalie même modérée du bassin ;

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

* **La présentation transversale ou de l'épaule** impose la césarienne.

* **La présentation du front** est aussi une indication formelle de la césarienne.

* **La présentation de la face** impose la césarienne si la rotation du menton se fait vers l'arrière.

◆ **Une pathologie fœtale :**

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

- **Prématurité :**

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

° Entre 26 et 28 semaines, elle ne doit être faite que pour une indication d'ordre maternel. La voie basse est préférable à ce terme, surtout si le poids du fœtus est estimé à 800g ou moins. Ses chances de survie sont minimales ;

° Entre 28 et 32 semaines, l'indication systématique de la césarienne est discutable, y compris pour les sièges, à condition d'une appréciation raisonnable des données obstétricales et d'un monitoring rigoureux.

° Après 32 semaines il faut accepter la voie basse quel que soit la présentation si les conditions sont bonnes.

- **Grossesses multiples :**

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

◆ **Anomalie du travail :**

- **La dystocie mécanique :** reste l'indication de 40% des césariennes.
- **L'échec de l'épreuve de travail :** qui est une tentative d'accouchement par voie basse sur un bassin limite.
- **Parfois la disproportion foeto-maternelle :** est le fait d'un excès de volume foetal chez une patiente ayant un bassin anormal.
- **La dystocie dynamique :** est la cause de 6 à 18% des césariennes.

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

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

◆ **Césarienne « pour convenance personnelle » :** L'évolution actuelle de la relation médecin-patiente s'engage vers un processus d'échange où la patiente devient un acteur essentiel du choix, une fois qu'elle aura été dûment et entièrement informée par l'obstétricien. Cette constatation ne doit pas conduire à respecter sans discussion certains choix irrationnels

2.5. Anesthésie au cours de la césarienne : [11]

La qualité et le choix du type d'anesthésie dépendent beaucoup de la collaboration obstétricien et anesthésiste afin de protéger la mère et le fœtus et, réduisant ainsi l'hémorragie.

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

- une anesthésie générale
- une anesthésie locorégionale

2.5.1. L'anesthésie générale

➤ **Les indications :** Ce sont :

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

Elle peut compléter une anesthésie locorégionale incomplète ou inefficace.

➤ **Avantages**

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

➤ **Incidents et accidents**

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

2.5.2. L'anesthésie locorégionale

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

a. L'anesthésie péridurale

➤ **Indications :**

Elle est indiquée surtout aux césariennes programmées.

➤ **Contres indications :**

- Refus de la patiente.
- Troubles de la coagulation.
- Infection cutanée.

- Etat fébrile.
- Maladie neurologique évolutive.
- Anomalie de la colonne vertébrale.
- **Avantage :**
- Elle diminue le risque d'inhalation bronchique.
- Elle n'a que peu d'effet sur le nouveau-né.
- Elle permet la conservation de l'état de conscience de la mère.

➤ **Incidents et accidents**

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

b. La rachianesthésie

➤ **Les indications :**

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

➤ **Les contres indications :**

Elles sont les mêmes que pour l'anesthésie péridurale.

➤ **Incidents et accidents :**

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

2.6. Technique de la césarienne : [1]

Le but de la césarienne est d'extraire le fœtus facilement, grâce à une exposition correcte du champ opératoire, sans risque d'infection ou de déhiscence ultérieure de la brèche d'hystérotomie sans négliger l'aspect esthétique de la cicatrice abdominale.

La césarienne segmentaire répond à ces exigences, elle a remplacé l'ancienne césarienne corporéale depuis Schickele et Brindeau (1921).

Les techniques ont été si nombreuses depuis le début de l'intervention jusqu'à maintenant. Ne seront décrites ici que la césarienne classique et la césarienne selon Misgav Ladach. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général.

2.6.1 La césarienne classique :

- **Premier temps** : Mise en place des champs ; coeliotomie sous-ombilicale ou transversale dans un souci esthétique surtout.
- **Deuxième temps** : protection de la grande cavité par les champs abdominaux, mise en place des valves.
- **Troisième temps** : incision transversale aux ciseaux du péritoine pré segmentaire dont le décollement est facile.
- **Quatrième temps** : incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ; l'un ou l'autre procédé ayant leurs adeptes bien que le premier semble être utilisé selon la littérature.
- **Cinquième temps** : extraction de l'enfant. Dans la présentation céphalique, plusieurs techniques sont décrites. Dans la présentation du siège, la plupart des auteurs conseillent d'abord de rechercher un pied (grande extraction).
- **Sixième temps** : c'est la délivrance par expression du fond utérin, ou délivrance manuelle par l'orifice de l'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 catgut fin par simple surjet non serré.
- **Neuvième temps** : on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.
- Dixième temps : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

Avantage de la césarienne classique : [1]

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

2.6.2. La césarienne selon la technique de Misgav Ladach : [11]

Se basant sur la littérature, Michel Stark de l'hôpital Misgav Ladach de Jérusalem a modifié et rationalisé ces nouvelles stratégies en mettant au point une technique qu'il a appelée modestement méthode de Misgav Ladach.

Elle consiste à :

- L'ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 3cm au-dessous de la ligne inter iliaque unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures (incision de Joël Cohen) ;
- Ouverture transversale du péritoine pariétal ;
- Pas de champs abdominaux
- Hystérotomie segmentaire transversale, pas de décollement du péritoine viscéral ;
- Suture de l'hystérotomie en un plan par un surjet non passé
- Non fermeture des péritoines viscéral et pariétal ;
- Suture aponévrotique par un surjet non passé ;
- Rapprochement cutané par quelques points de BLAIR-DONATI très espacés.

Avantages de la technique de Misgav Ladach :

- limite les attritions tissulaires ;
- Elimine les étapes opératoires superflues

- Simplifie le plus possible l'intervention.

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

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

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

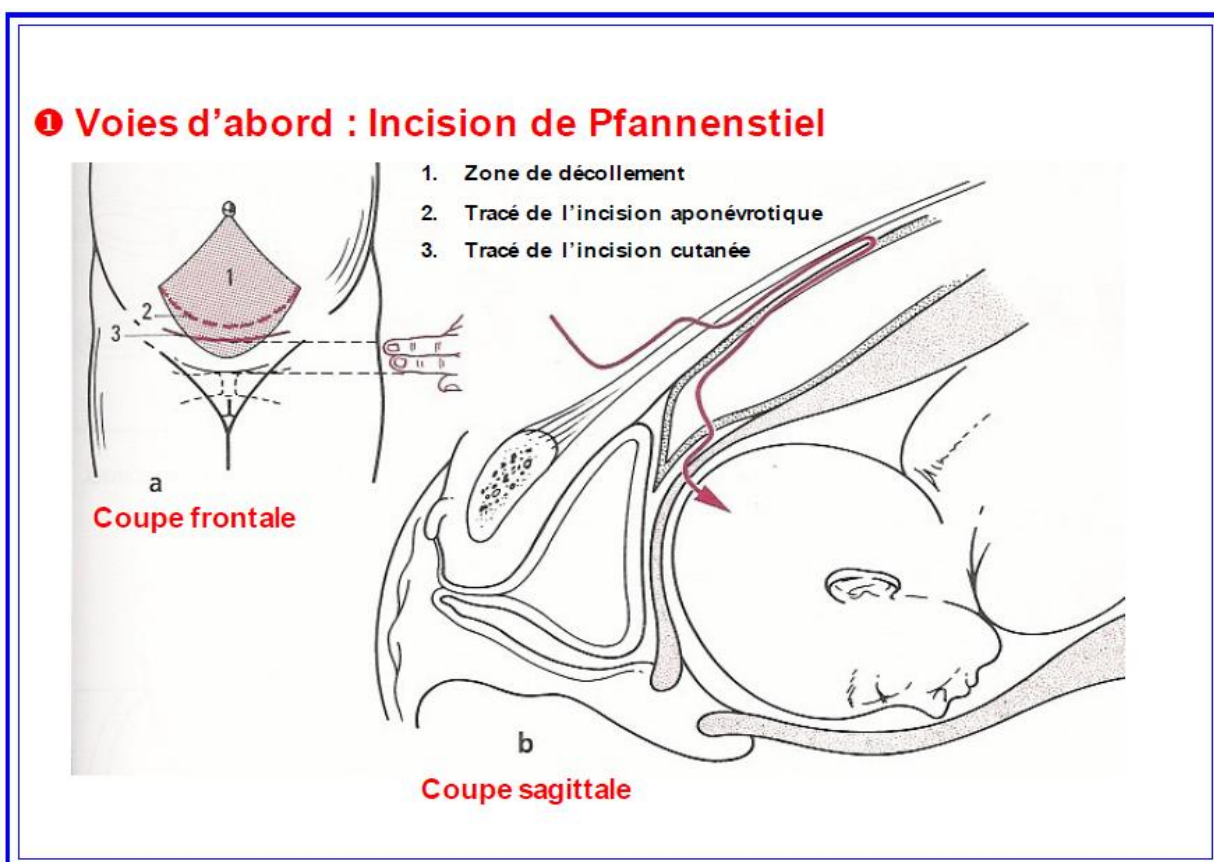


Fig.4 : Technique classique de la césarienne : Incision de Pfannenstiel [6]

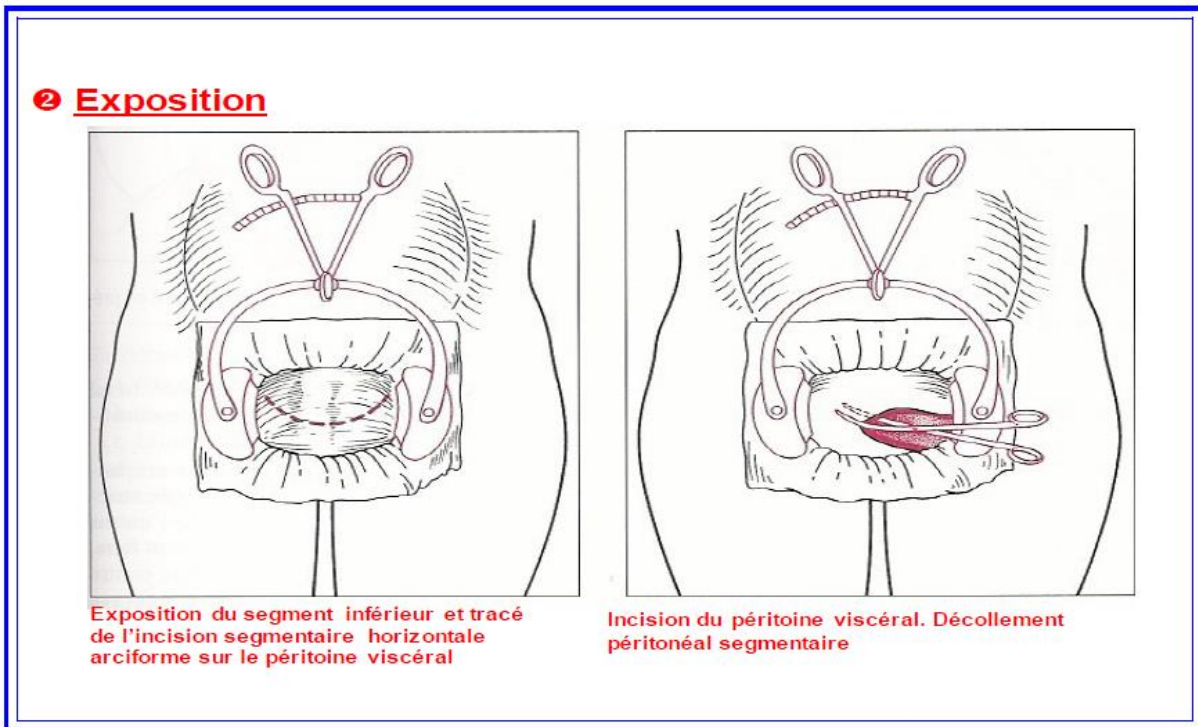


Fig5 : Technique classique de la césarienne : Incision de Pfannenstiel [6]

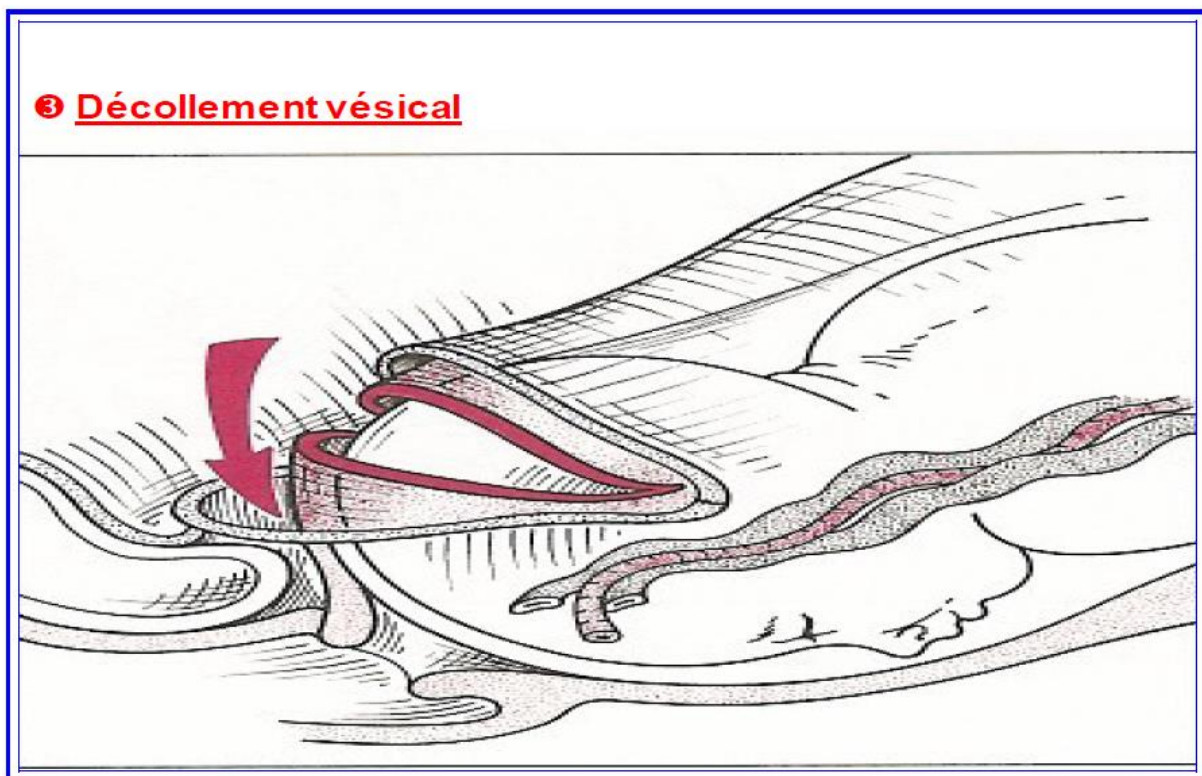


Fig.6 : Technique classique de la césarienne : Incision de Pfannenstiel [6]

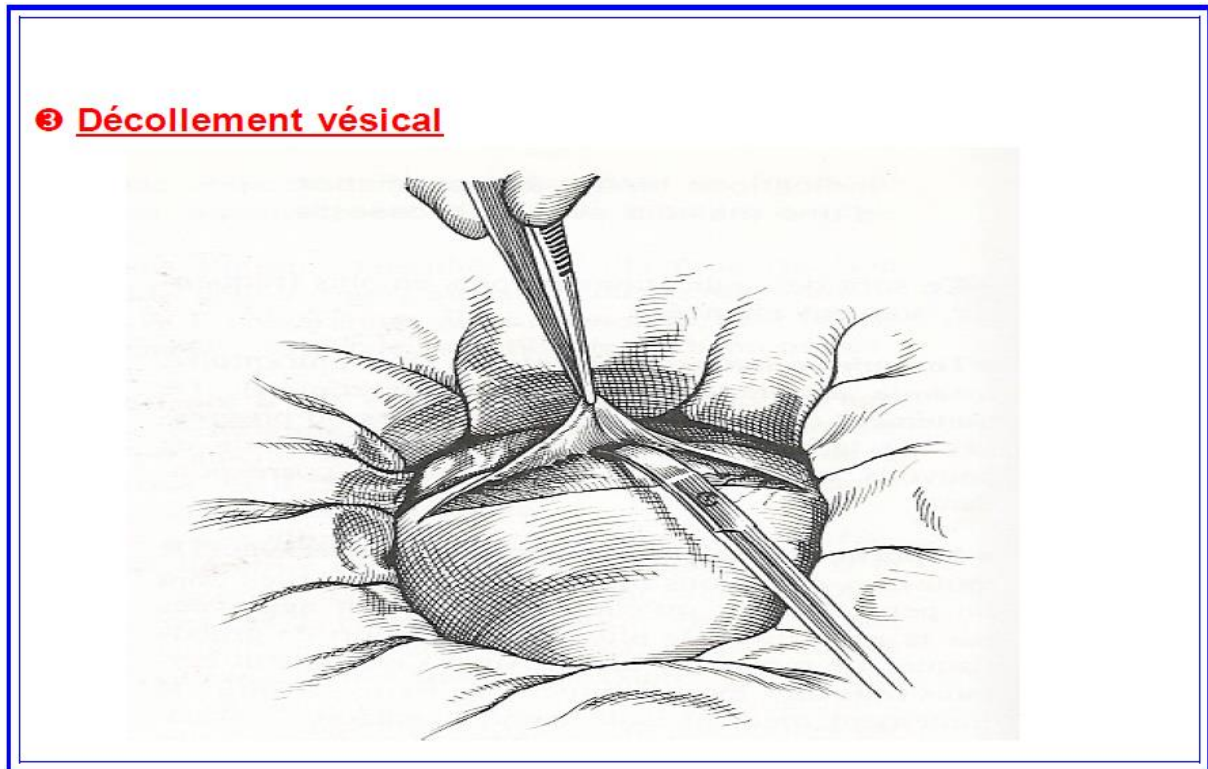


Fig.7 : Technique classique de la césarienne : Incision de Pfannenstiel [6]

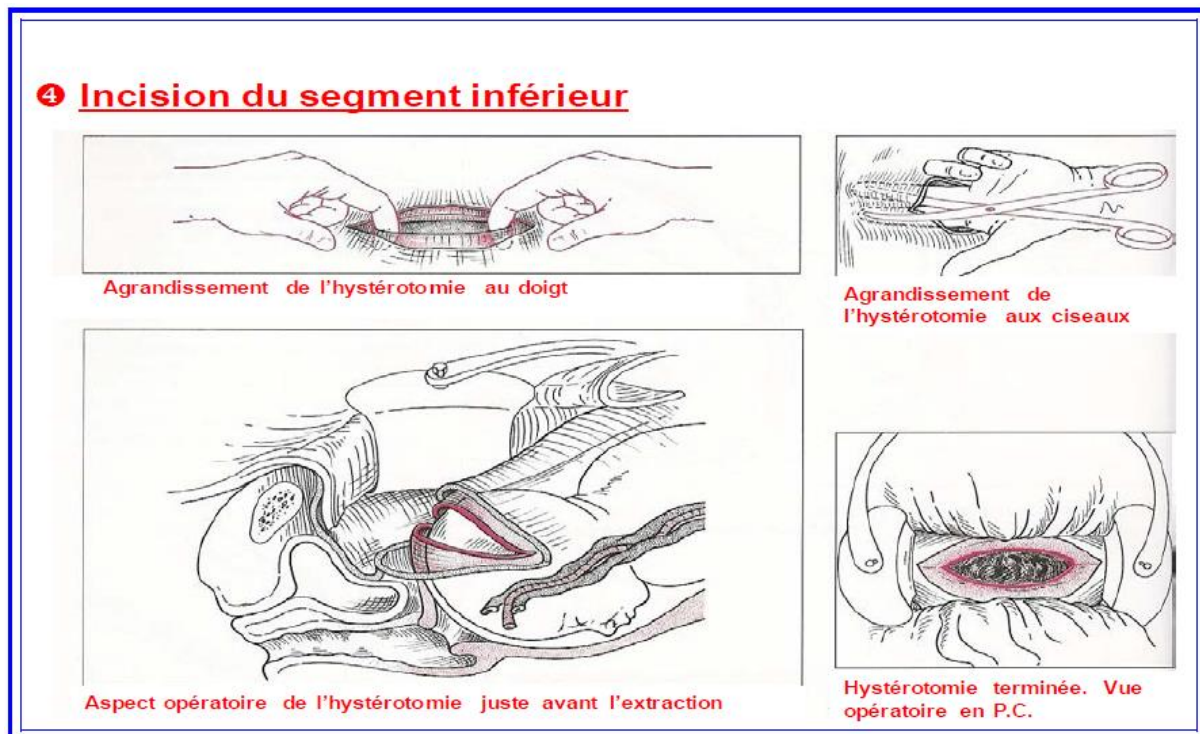


Fig.8 : Technique classique de la césarienne : Incision de Pfannenstiel [6]

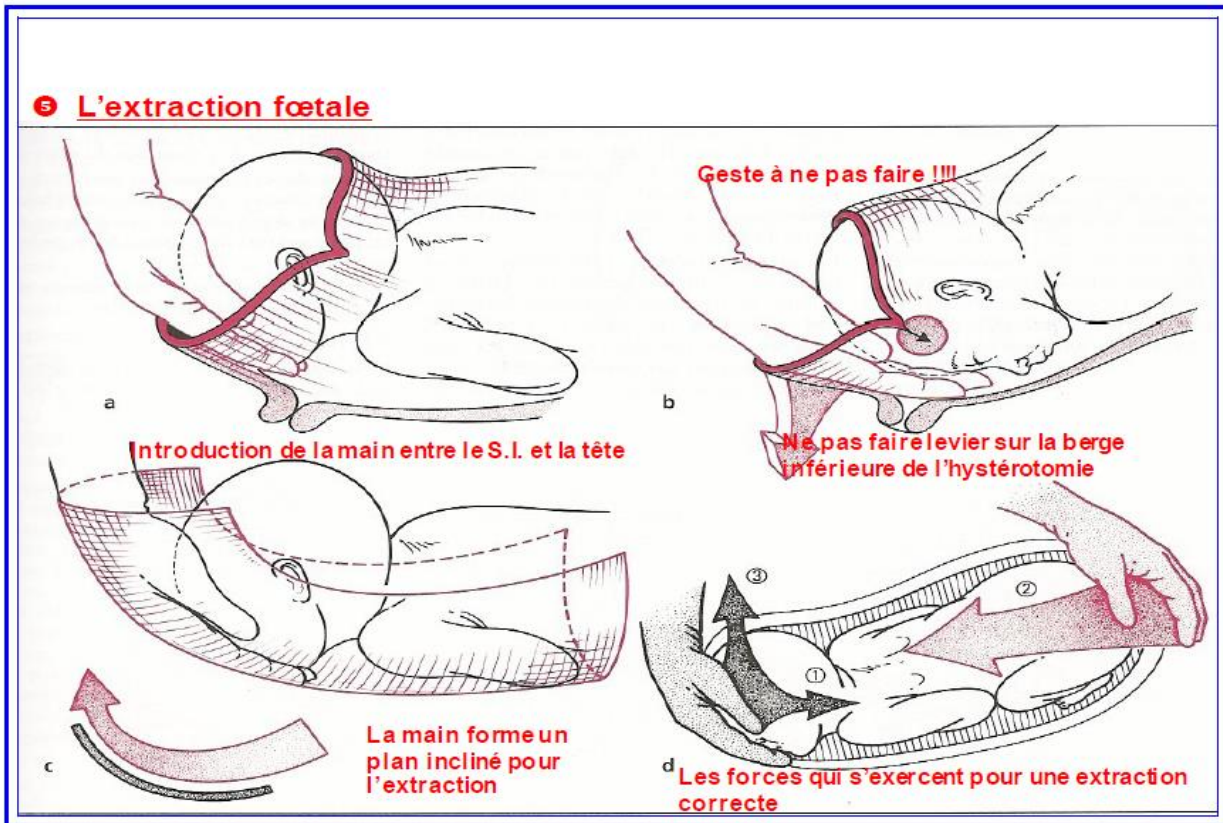


Fig.9 : Technique classique de la césarienne : Incision de Pfannenstiel [6]

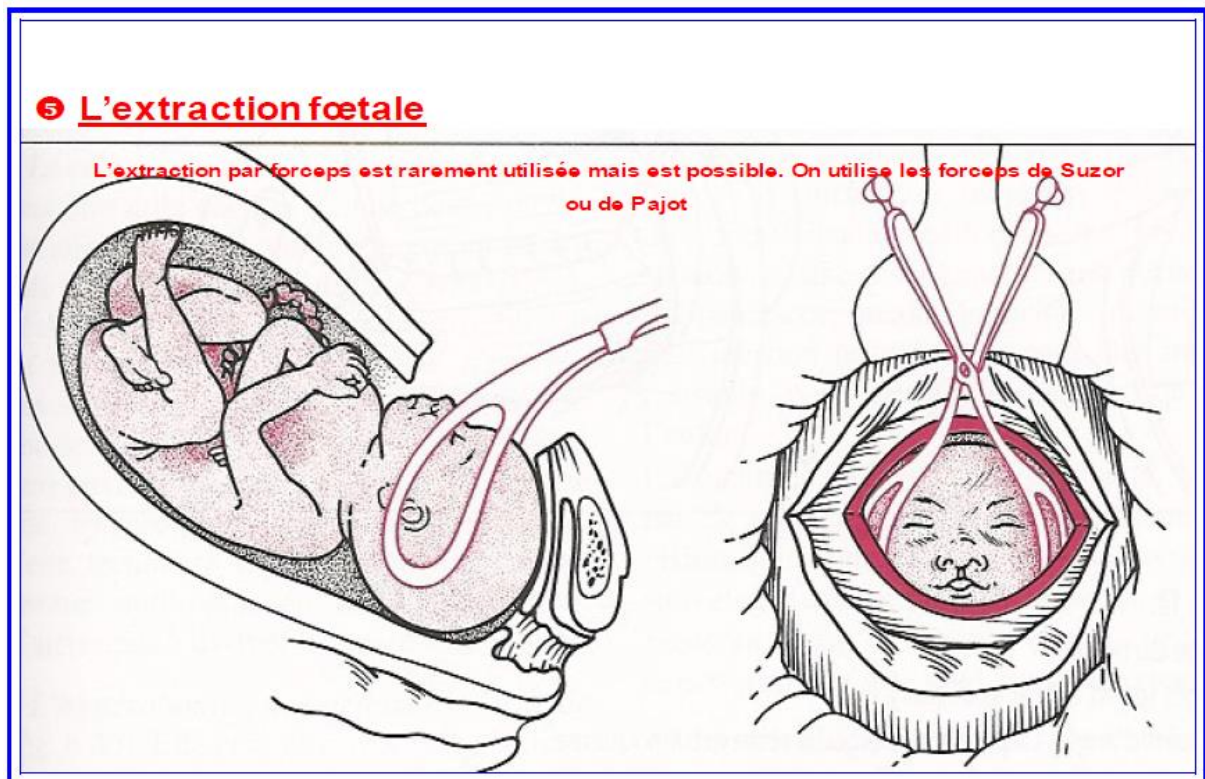


Fig.10 : Technique classique de la césarienne : Incision de Pfannenstiel [6]

2.7. Les temps complémentaires de la césarienne :

Il s'agit là 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.

2.8. Les complications de la césarienne : [12]

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

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

2.8.1. Les complications per opératoires :

• L'hémorragie :

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

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

• Les lésions intestinales :

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

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

• Les lésions urinaires :

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

Les complications anesthésiques :

Les majeures complications de l'anesthésie générale tels que : l'hypoxie, le syndrome de Medelson, le choc anaphylactique, l'arrêt cardiovasculaire, le laryngospasme, le bronchospasme menacent la patiente. L'intubation trachéale peut aussi être à l'origine d'une poussée hypertensive plus particulièrement chez les patientes hypertendues et

ou toxémiques. Les complications liées à l'anesthésie locorégionale sont : l'hypotension, les céphalées intenses et l'infections des sites de ponction.

C'est au cours de la période de réveil que surviennent la majorité des accidents liés à l'anesthésie.

2.8.2. Les complications postopératoires :

2.8.2.1. Les complications maternelles :

• Les complications infectieuses :

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

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

➤ Endométrite :

Le diagnostic de l'endométrite est retenu devant :

- Fièvre à 39°C vers le 3^{ème} jour post opératoire
- Elévation du pouls et en rapport avec la température
- Lochies fétides, sales parfois hémorragiques
- Utérus mal involué et sensible
- Col ramolli et ouvert

Le traitement doit être précoce à base d'antibiotiques à large spectre et d'utérotoniques permettant une guérison sans séquelles sous peine de complications plus graves : péritonite, septicémie.

➤ Péritonite post opératoire :

La recherche d'une collection abdomino-pelvienne cliniquement ou échographiquement est systématique. Le traitement repose sur l'évacuation, le drainage de la collection (hématome sous péritonéal infecté) et l'antibiothérapie est adaptée et appliquée par voie parentérale.

➤ **Suppuration et abcès de la paroi :** Sont reconnus devant :

- Une fièvre oscillante au 4^{ème}, 5^{ème} jour postopératoire
- Cicatrice indurée et douloureuse à la palpation
- Gouttes de pus à la pression de la plaie. La conduite à tenir consiste à introduire une antibiothérapie parfois associée à l'évacuation de la collection sous anesthésie générale.

➤ **Septicémie puerpérale :**

Rare, le tableau est celui d'une pelvipéritonite associée ou non à un état septicémique caractérisé principalement par la fièvre et des frissons. Le prélèvement bactériologique des lochies et des hémocultures permet de confirmer le diagnostic.

➤ **L'infection urinaire :**

Due aux sondages vésicaux, l'infection urinaire doit être suspectée devant toute fièvre en post opératoire associée ou non à une pollakiurie ou une brûlure mictionnelle. L'ECBU permet de confirmer le diagnostic.

➤ **L'hémorragie post opératoire :**

Plusieurs sources existent :

- hématome de la paroi, justiciable de drainage, type Redon ;
- saignement des berges d'hystérectomie par hémostase insuffisante exceptionnellement, l'hémorragie survient vers j10-j15 postopératoire après lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

➤ **Les complications digestives :**

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

➤ **Les complications thromboemboliques :**

Elle est prévenue par le levé précoce, voir l'utilisation des anticoagulants à dose prophylactique en cas de risque (obésité, alitement prolongé, ATCD de maladies thromboemboliques). Les signes en faveur sont :

- La douleur à la palpation du trajet veineux
- La chaleur locale
- La présence d'un œdème discret unilatéral

- La diminution du ballonnement du mollet
- La présence du signe de HOMANS (douleur à la dorsiflexion du pied)

Le tableau doit faire pratiquer l'échographie doppler veineuse des membres inférieurs et entreprendre un traitement anticoagulant à dose thérapeutique sous surveillance biologique.

➤ **Les complications diverses :**

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

2.8.2.2. Les complications chez le nouveau-né :

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

- les complications liées aux drogues anesthésiques : dépression respiratoire du nouveau-né ;
- les complications infectieuses ;
- la mortalité néonatale ;
- La lésion par lame de bistouri ;
- Luxation ou fracture d'un membre.

III. METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE :

1. Cadre d'étude : Notre étude a été réalisée au service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

1.1 Présentation géographique de la région de Ségou :

La région de Ségou, 4^{ème} région administrative du Mali est située au centre du Mali entre 13° et 16° de latitude nord et entre 4° et le 7° longitude ouest. La région de Ségou couvre une superficie de 64947 km² environ soit 5% de la superficie du Mali. Elle est répartie entre 7 cercles (Ségou, Baraouli, Bla, Macina, Niono, San, Tominian) et décentralisée en 118 communes dont 3 urbaines. Elle est limitée au Nord par la république sœur de Mauritanie, à l'est par les régions de Tombouctou et Mopti, au Sud-est par la république du Burkina Faso, au Sud par la région de Sikasso et à l'ouest par la région de Koulikoro. La commune de Ségou dispose de deux (02) formations sanitaires publiques : l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou et le centre de santé de référence Famory Doumbia, cinq (5) centres de santé communautaire, une (1) formation sanitaire parapublique, une (1) formation sanitaire du service des armées, et onze (11) formations sanitaire privées.

L'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou est situé au bord de la route nationale N°6, reliant Bamako aux régions du nord, l'hôpital couvre une superficie de six (6) hectares.

-Description du cadre d'étude :

Le service de gynécologie-obstétrique forme avec le service de pédiatrie le pôle mère enfant situé au nord-est de l'hôpital.

Le service a une capacité d'hospitalisation de 25 lits.

Il comporte :

- Une salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement ;
- Quatre bureaux pour les médecins ;
- Un bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- Une salle de consultation des urgences ;
- Un bloc opératoire (non fonctionnel) ;

- Une salle de réveil non équipée ;
- Une unité de consultation prénatale et de prévention de la transmission mère-enfant du VIH(PTME) ;
- Une unité de planification familiale ;
- Une unité Hospitalisation et soins ;
- Une salle de pansement ;
- Une salle de garde des médecins ;
- Une salle de garde des sages-femmes et infirmières.
- 25 lits répartis en 7 salles d'hospitalisation (une salle d'attente, quatre grandes salles, trois salles VIP).

Le personnel comprend :

- Quatre spécialistes en gynécologie obstétrique ;
- Deux médecins généralistes ;
- Treize sages-femmes ;
- Six infirmières obstétriciennes ;
- Une aide-soignante ;
- 10 thésards

Tableau I : les activités du service sont reparties comme suite dans la semaine (Planning des activités)

Activités	Jour	Horaire
Staff	Lundi-Mardi	8h00mn-9h00mn
	Mercredi	
	Jeudi Vendredi	
Consultation au box	Lundi-Mardi	9h30mn-16H00mn
	Mercredi, jeudi	
Consultation urgence	Tous les jours	24h/24h
Bloc opératoire	Lundi-Jeudi	7h30mn-16h00mn
Visite des patients hospitalisés	Tous les jours	10h30mn
Visite générale	Lundi	10h30mn-13h00mn
Programmation des malades pour le bloc	Vendredi	10h00mn-12h00mn
Dépistage du cancer du col de l'utérus	Vendredi	9h30mn -12h00mn
Soins	Tous les jours	9h30mn-16H00mn
CPN et PTME	Tous les jours	9h30mn-16H00mn
Vaccination	Lundi-Jeudi	9h30mn-16H00mn
Planification familiale	Tous les jours	9h30mn-16H00mn
Garde	Tous les jours	8h00mn - 8h00mm

2. **Type et période d'étude** : Il s'agit d'une étude comparative rétrospective allant du 1^{er} novembre 2019 au 31 juillet 2020 soit 9 mois.

3. Echantillonnage :

3-1- Population d'étude :

Notre étude a concerné les dossiers de toutes les femmes ayant accouché par césarienne dans l'unité de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou durant la période d'étude.

3-2- Technique d'échantillonnage :

Les patientes étaient classées en 2 groupes soit le groupe des césariennes d'urgence et le groupe des césariennes prophylactiques.

3-3- Critères d'inclusion :

Groupe I = Césarienne d'urgence : ont été incluses dans notre étude toute patiente portant une indication de césarienne prophylactique et dont la césarienne a été faite en urgence.

Groupe II : toute patiente ayant bénéficié de la césarienne programmée et dont l'indication avait été posée lors de la CPN.

3-4- Critères de non inclusion :

Ne sont pas incluses dans notre étude toutes les patientes toutes qui ont été césarisé pour une cause non prévisible et les cas d'échec de l'épreuve du travail ou d'épreuve utérine.

Ne sont incluses les laparotomies pour rupture utérine.

Les césariennes réalisées dans d'autres service et qui sont admises pour la suite de la prise en charge.

4- Procédure de la césarienne :

Conformément aux normes et procédures en vigueur dans notre pays, toutes les grossesses à risque sont référées à un niveau supérieur II ou III où existent les compétences requises.

C'est ainsi que certaines grossesses à risque ont été vues en prénatal par des médecins qui, à un certain moment ont posé l'indication de la césarienne prophylactique (programmée ou élective). Cette indication est basée sur les arguments :

- Cliniques : pelvimétrie externe et interne, anomalie de présentation et du poids fœtal (suspicion de gros fœtus) et ou les antécédents de la patiente (mort intra partum ou néonatale précoce sur bassin limite).

- Para cliniques : radiopelvimétrie, scanno-pelvimétrie, échographie obstétricale, radiographie du contenu utérin).

Dans notre service la césarienne prophylactique a lieu vers la 38ème SA parfois avant en cas de pathologie associée (HTA, Diabète) mal maîtrisée, après un bilan pré opératoire assorti d'une consultation pré anesthésique.

Ce bilan pré opératoire systématique comprend entre autre :

- Groupe sanguin ABO, facteur rhésus (pour celles qui n'étaient pas groupées) ;
- NFS plaquettes ;
- Glycémie à jeun ;
- Créatinémie ;
- Taux de prothrombine (TP) ;
- Taux de céphaline Kaolin (TCK) ;
- Fibrinogène.

D'autres examens complémentaires sont fonctions de l'état clinique de la patiente :

ECG (Électrocardiogramme) en cas d'HTA, assorti d'une consultation cardiologique.

Toutes les patientes sont rassurées, informées du bien-fondé de la césarienne et surtout de la « presque innocuité de la césarienne prophylactique ».

A l'issue de la consultation pré anesthésique, le type d'anesthésie est décidé (anesthésie générale, péridurale, la rachi anesthésie)

Une commande de sang iso Groupe, iso Rhésus est faite et remise aux parents de la patiente. Tout ceci est notifié sur une fiche appelée fiche d'anesthésie.

Une fois trouvé, le sang est stocké dans notre mini banque de sang jusqu'au jour de l'intervention. Il sera utilisé en cas de besoin.

La date de l'intervention est alors fixée un jour ouvrable, de préférence aux heures de travail.

Après la césarienne (prophylactique ou d'urgence), les soins post opératoires sont administrés à la mère et au nouveau-né avec surveillance à l'aide d'une fiche de suivi post-partum immédiat.

Ces patientes bénéficient d'une antibiothérapie, supplémentation en fer + acide folique et d'antalgiques et surtout du lever précoce. Une alimentation liquide chaude est donnée quatre heures après une anesthésie locorégionale et six heures après une anesthésie générale. La toilette vulvaire est biquotidienne, les garnitures sont changées en cas de besoin.

Nous procédons à l'ablation de la sonde urinaire (placée avant le début de l'intervention) dès le lendemain de l'intervention en absence d'autres anomalies (lésion vésicale).

Les patientes sont libérées le 3^{ème} jour après l'intervention si l'état clinique le permet. Une complication prolongera anormalement la durée d'hospitalisation et changera l'attitude thérapeutique.

Le 1er pansement de la plaie opératoire a lieu à J7 postopératoire sauf anomalie (suppuration pariétale constatée avant ce délai).

Les patientes sont revues en consultation post opératoire entre 6 et 8 semaines postnatales.

Au cours de cette visite en plus de l'examen clinique nous mettons l'accent sur la communication :

- Réexpliquer à la patiente de l'indication de la césarienne ;
- Orienter la patiente vers un service de planning familial ;
- Communication pour le changement de comportement :
 - Le respect de l'intervalle inter génésique (≥ 2 ans) ;
 - L'absolue nécessité de faire désormais les CPN en milieu obstétrico-chirurgical ;
 - Les avantages de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois ;
 - Les mesures préventives contre le paludisme ;
 - Les inconvénients de l'excision.

Les patientes sont revues une dernière fois 3 mois après l'intervention pour apprécier la qualité de la cicatrice.

5- Collecte des données :

Nos données ont été recueillies sur les fiches d'enquête à partir :

- Des dossiers obstétricaux ;
- Des carnets de CPN ;
- Des registres de compte rendu opératoire ;
- Des registres d'accouchement ;
- Des fiches d'anesthésie ;

6- Plan d'analyse et de traitement des données :

Les données ont été saisies à l'aide de Microsoft Office Word 2016 et l'analyse statistique a été faite sur IBM SPSS statistics version 26. Les tests statistiques utilisés ont été P, OR, IC à 95.

Le seuil significatif a été fixé à 5%.

7- Variables étudiées :

Tableau II : Variables étudiées

Variables	Type	Echelle	Supports
Age	Quantitative	Année	Dossiers obstétricaux
Profession	Qualitative	1 femme au foyer, 2 Etudiante, 3 fonctionnaire...	Dossiers obstétricaux
Résidence	Qualitative	1 milieu urbain, 2 milieu rural	Dossiers obstétricaux
Niveau d'instruction	Qualitative	1 Non instruite, 2 primaire, 3 secondaire,...	Dossiers obstétricaux
Parité	Quantitative	Nombre	Dossiers obstétricaux
Antécédent médical	Qualitative	1 HTA, 2 Diabète, 3 Asthme,...	Dossiers obstétricaux
Antécédent chirurgical	Qualitative	1 Césarienne, 2 Myomectomie,...	Dossiers obstétricaux
Mode d'admission	Qualitative	1 Evacuation, 2 Venue d'elle-même	Dossiers obstétricaux
Motif d'admission	Qualitative	1 césarienne prophylactique, 2 contraction utérine, 3 ancienne césarienne	Dossiers obstétricaux
Notion de CPN	Quantitative	Nombre	Dossiers obstétricaux
Auteur de la CPN	Qualitative	1 Gynécologue, 2 médecin généraliste,...	Dossiers obstétricaux

Indication de césarienne	de	Qualitative	1 BGR, 2 Présentation vicieuse,...	Dossiers obstétricaux
Auteur de césarienne	de	Qualitative	1 Gynécologue, Médecin généraliste	2 Dossiers obstétricaux
Type d'anesthésie		Qualitative	1 ALR, Anesthésie générale	Dossiers obstétricaux
Durée de l'intervention	de	Quantitative	Minute	Dossiers obstétricaux
Complications peropératoires		Qualitative	1 hémorragique, 2 lésion vésicale	Dossiers obstétricaux
Complications post opératoire		Qualitative	1 Suppuration pariétale, 2 Endométrite,...	Dossiers obstétricaux
Score d'APGAR		Quantitative	Nombre	Dossiers obstétricaux
Durée d'hospitalisation		Quantitative	Nombre de jours	Dossiers obstétricaux

8- Définitions opératoires :

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

- **Patiente** : gestante ou parturiente
- **Gestité** : C'est le nombre de grossesse chez la femme.
- **Nulligeste** : C'est aucune grossesse chez la femme.
- **Primigeste** : C'est la première grossesse chez la femme.
- **Paucigeste** : C'est la deuxième ou troisième grossesse chez la femme.
- **Multigeste** : C'est la quatrième ou cinquième grossesse chez la femme.
- **Grande multigeste** : c'est le nombre de grossesse supérieur ou égale à 6 chez la femme.
- **Parité** : c'est le nombre d'accouchement chez la femme.
- **Nullipare** : c'est aucun accouchement chez la femme.

- Primipare** : C'est le premier accouchement chez la femme.
- Paucipare** : C'est le deuxième ou troisième accouchement chez la femme.
- Multipare** : C'est le quatrième ou cinquième accouchement chez la femme.
- Grande multipare** : C'est le nombre d'accouchement supérieur ou égal à 6 chez la femme.
- Evacuation** : C'est lorsque la parturiente est transférée d'un service à un autre plus spécialisé dans un contexte d'urgence.
- Référence** : C'est le transfert de la patiente vers un service plus spécialisé en absence de toute situation d'urgence.
- Hystérotomie** : c'est l'ouverture chirurgicale de l'utérus.
- Césarienne** : est l'extraction du fœtus après ouverture chirurgicale de l'utérus par voie abdominale.
- **Césarienne prophylactique** : césarienne programmée, lors des CPN et faite avant le début du travail d'accouchement.
- **Césarienne en urgence** : césariennes indiquées devant un tableau d'urgence, un problème pathologique actuel et une évolution anormale du travail. Notre groupe d'urgence était constituées des patientes devant normalement bénéficier la césarienne prophylactique mais qui sont admises en travail.
- **Travail d'accouchement** : étaient considérées dans notre étude comme travail d'accouchement, toutes les femmes programmées admises avec des contractions utérines ayant entrainer une modification du col utérin.
- **Score d'Apgar bon** : Apgar supérieur ou égal à 7.
- **Score d'Apgar mauvais** : Apgar inférieur ou égal à 6.

9- Aspects éthiques :

L'autorisation de la direction de l'hôpital avait été obtenue préalablement. L'anonymat a été respecté.

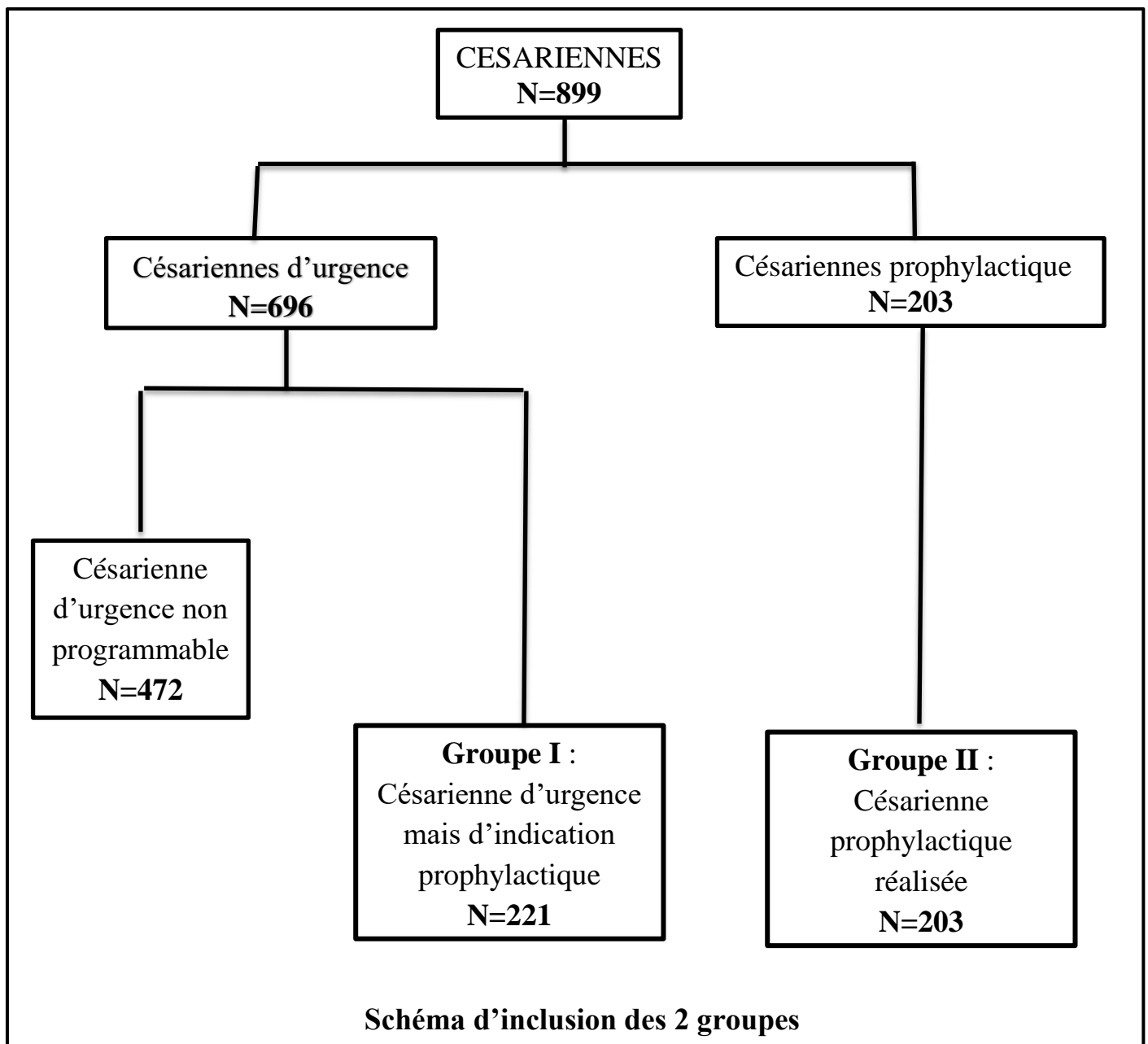
IV. RESULTATS

V. RESULTATS

Pendant la période d'étude nous avons colligé **899 césariennes** sur **2340 accouchements** soit une fréquence de **38,4%**. Pendant la même période 424 patientes (**47,2%**) avaient une indication de césarienne prophylactique.

Parmi ces 424 patientes seules 203 soit **22,6%** ont réellement bénéficié de la césarienne prophylactique contre 221 gestantes soit **24,6%** qui ont été césarisées en urgence mais d'indication prophylactique.

- **Figure XI :** Répartition des patientes selon le type de césarienne. (Schéma d'inclusion des 2 groupes)



➤ **Tableau III** : Répartition des patientes selon la tranche d'âge.

Tranche d'âge (années)	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
≤ 19	41(18,5)	10(4,9)	51(12)	3,8(1,8-7,3)
20 -34	158(71,5)	146(71,9)	304(71,7)	Reference
≥ 35	22(10)	47(23,2)	69(16,3)	0,4(0,2-0,7)
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

L'âge moyen des patientes dans les 2 groupes est : **26 ans ± 6,64**, Age extrêmes : **13 ans et 45 ans**,

➤ **Tableau IV** : Répartition des patientes selon la résidence.

Résidence	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
Milieu urbain	89(40,3)	165(81,3)	254(59,9)	Reference
Milieu rural	132(59,7)	38(18,7)	170(40,1)	6,4(4,1-10)
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

➤ **Tableau V** : Répartition des patientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
Non instruite	134(60,6)	75(36,95)	209(49,3)	10,7(3,1-37,6)
Primaire	45(20,4)	39(19,2)	84(19,8)	6,9(1,9-25,3)
Secondaire	39(17,6)	71(35)	110(25,9)	3,3(0,9-11,9)
Supérieur	3(1,4)	18(8,9)	21(5)	Reference
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

➤ **Tableau VI** : Répartition des patientes selon la profession.

Profession	Groupe I	Groupe II	Total	OR (IC)
	N(%)	N(%)	N(%)	
Femme au foyer	171(77,4)	121(59,6)	292(68,9)	8,1(3,5-18,6)
Elève/Étudiante	24(10,9)	14(6,9)	38(8,9)	9,8(3,5-27,7)
Fonctionnaire	7(3,2)	40(19,7)	47(11,1)	Reference
Commerçante	10(4,5)	17(8,4)	27(6,4)	3,4(1,1-10,3)
Coiffeuse	4(1,8)	5(2,5)	9(2,1)	4,6(0,9-21,3)
Couturière	3(1,4)	4(1,9)	7(1,6)	4,3(0,8-23,4)
Aide-ménagère	1(0,4)	1(0,5)	2(0,5)	5,7(0,3-102,4)
Teinturière	1(0,4)	1(0,5)	2(0,5)	5,7(0,3-102,4)
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

➤ **Tableau VII** : Répartition des patientes selon les ATCD médicaux.

Antécédent médicaux	Groupe I	Groupe II	Total	OR (IC)
	N(%)	N(%)	N(%)	
Hypertension artérielle	5(2,3)	15(7,4)	20(4,7)	0,3(0,1-0,8)
Diabète	1(0,4)	9(4,4)	10(2,4)	0,1(0,01-0,7)
Drépanocytose	0	3(1,5)	3(0,7)	-
Cardiopathie	0	1(0,5)	1(0,2)	-
Aucun	215(97,3)	175(86,2)	390(92)	Reference
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

➤ **Tableau VIII** : Répartition des patientes selon les ATCD chirurgicaux.

Antécédent chirurgicaux	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
Césarienne	112(50,6)	126(62,1)	238(56,1)	0,6(0,4-0,8)
Myomectomie	0	3(1,5)	3(0,7)	-
Salpingectomie	5(2,3)	3(1,5)	8(1,9)	1(0,2-4,5)
Autres	5(2,3)	9(4,4)	14(3,3)	0,3(0,1-1,1)
Aucun	99(44,8)	62(30,5)	161(38)	Reference
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

Autres* :

- **Groupe I** : 2 Kystectomie, 3 cures de fistule vésico-vaginale

- **Groupe II** : 3 cures de prolapsus génital, 1 appendicectomie, 1 cure de fistule vésico vaginale, 1 laparotomie pour rupture utérine, 1 intervention pour méga-œsophage, 1 hémoridectomie.

➤ **Tableau IX** : Répartition des patientes selon les antécédents obstétricaux.

Parité	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
Primipare	62(28,1)	23(11,3)	85(20)	3,6(1,8-7,1)
Paucipare	97(43,9)	90(44,3)	187(44,1)	1,4(0,8-2,5)
Multipare	33(14,9)	51(25,1)	84(19,8)	0,9(0,4-1,7)
Grande multipare	29(13,1)	39(19,2)	68(16,1)	Reference
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

➤ **Tableau X** : Répartition des patientes selon le nombre de CPN.

Nombre de CPN	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
0	28(12,7)	0	28(6,6)	-
1	13(5,9)	3(1,5)	16(3,8)	9,1(2,5-32,8)
2-3	113(51,1)	60(29,6)	173(40,8)	3,9(2,6-6,0)
≥ 4	67(30,3)	140(68,9)	207(48,8)	Référence
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

Nombre moyen de CPN : 3,49±1,84 ; Extrêmes : 0 et 12 CPN ;

➤ **Tableau XI** : Répartition des patientes selon l'auteur la dernière CPN.

Auteur de la dernière CPN	Groupe I n(%)	Groupe II N(%)	Total n(%)
Médecins	37(19,2)	203(100)	240(60,6)
Sage-femme	83(43)	0	83(20,9)
Infirmière obstétricienne	45(23,3)	0	45(11,4)
Matrone	28(14,5)	0	28(7,1)
Total	193(100)	203(100)	396(100)

Nb : 28 patientes du groupe I n'avaient pas réalisé de consultation prénatal.

➤ **Tableau XII** : Répartition des patientes selon le mode d'admission.

Mode d'admission	Groupe I	Groupe II	Total
	N(%)	N(%)	N(%)
Evacuée	106(48)	0	106(25)
Venue d'elle-même	115(52)	203(100)	318(75)
Total	221(100)	203(100)	424(100)

➤ **Tableau XIII** : Répartition des patientes selon le motif d'admission.

Motif	Groupe I N(%)
Contraction utérine	108(48,9)
Ancienne césarienne	30(13,6)
DFP	13(5,9)
Taille <1,5 m	10(4,5)
Ecoulement liquidien vulvaire	11(4,9)
Présentation du bras/épaule	9(4,1)
Travail dystocique prolongé	14(6,3)
Métrorragie/grossesse	9(4,1)
Dilatation stationnaire	4(1,8)
Autres	13(5,9)
Total	221(100)

NB : Toutes les patientes du groupe II ont été adressée pour césarienne prophylactique.

Autres* : Groupe I : Présentation de siège **3**, Dépassement de terme **2**, Bassin limite **2**, Manque d'anesthésiste **1**, Cardiopathie sur grossesse **1**, Procidence du cordon **1**, Utérus cicatriciel sur bassin asymétrique **1**, Grossesse gémellaire sur utérus cicatriciel **1**, HTA sur grossesse **1**.

➤ **Tableau XIV** : Répartition des patientes selon l'état des membranes à l'entrée.

Etat des membranes	Groupe I	Groupe II	Total
	N(%)	N(%)	N(%)
Intactes	123(55,7)	203(100)	326(76,9)
Rompues	98(44,3)	0	98(23,1)
Total	221(100)	203(100)	424(100)

➤ **Tableau XV** : Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse à l'entrée.

Age de la grossesse (SA)	Groupe I	Groupe II	Total	OR (IC)
	N(%)	N(%)	N(%)	
< 37 SA	7(3,2)	3(1,5)	10(2,4)	Référence
≥ 37 SA	214(96,8)	200(98,5)	414(97,6)	0,4(0,1-1,8)
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

Moyenne : 38 SA, Extrêmes : 35 SA – 43 SA

➤ **Tableau XVI** : Répartition des patientes selon le type de bassin. (L'examen clinique du bassin)

Type de bassin	Groupe I	Groupe II	Total	OR (IC)
	N(%)	N(%)	N(%)	
BGR	65(29,4)	45(22,2)	110(25,9)	1,4(0,9-2,3)
Limite	59(26,7)	60(29,6)	119(28,1)	0,9(0,6-1,5)
Normal	97(43,9)	98(47,2)	195(46)	Référence
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

➤ **Tableau XVII** : Répartition des patientes selon l'indication de la césarienne.

Indications des césariennes	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total	OR(IC)
BGR	47(21,3)	17(8,4)	64(15,1)	2,4(0,9-6,1)
Présentation anormale	34(15,4)	26(12,8)	60(14,1)	1,1(0,4-2,8)
Utérus cicatriciel sur bassin limite	38(17,2)	36(17,7)	74(17,4)	0,9(0,4-2,2)
Utérus multi cicatriciel	37(16,7)	58(28,6)	95(22,4)	0,5(0,2-1,3)
Primigeste âgée	15(6,8)	13(6,4)	28(6,6)	Référence
Macrosomie fœtale	6(2,7)	7(3,4)	13(3,1)	0,7(0,2-2,8)
ATCD obstétricaux chargés	1(0,4)	13(6,4)	14(3,3)	0,1(0,1-0,6)
Gémellaire sur utérus cicatriciel	7(3,2)	3(1,3)	10(2,2)	2,0(0,4-9,4)
Diabète mal équilibré	0	5(2,2)	5(1,1)	-
Syndrome de pré-rupture	8(3,6)	0	8(1,8)	-
ATCD de cure prolapsus génital / FVV	3(1,4)	3(1,3)	6(1,3)	0,8(0,1-5,1)
Hydrocéphalie	1(0,4)	3(1,3)	3(1)	0,3(0,1-3,1)
Obstacle prævia	8(3,6)	2(0,9)	4(1,3)	3,4(0,6-19,3)
IIG court sur utérus cicatriciel	12(5,4)	4(1,8)	4(1,3)	2,6(0,7-10,1)
Dépassement de terme sur utérus cicatriciel	0	4(1,9)	4(0,9)	-
Autres*	4(1,8)	9(4,4)	13(3,1)	0,4(0,1-1,6)
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

Autres* : HTA chronique sur IIG logue **2**, ATCD de rupture utérine **1**, Omphalocèle **1**, Condylome vulvaire **1**, Bassin asymétrique **5**, Cardiopathie sur grossesse **1**, ATCD de cure de méga-œsophage **1**, Grossesse trimellaires **1**.

➤ **Tableau XVIII** : Répartition des césariennes par groupe d'indication.

Indications		Groupe I N	Groupe II N	
Dystocie mécanique 51,90%	DFP 37,74%	BGR	47	17
		Utérus cicatriciel/ bassin limite	38	36
		Macrosomie	6	7
		Bassin asymétrique	4	1
		Hydrocéphalie	1	3
	Présentation anormale 14,15%	Transversale	16	8
		Siège chez primigeste	9	4
		Siège sur utérus cicatriciel	3	7
		Gémellaire (j1 non céphalique)	6	7
Indication liée à l'état local génital 26,18%	Utérus multi cicatriciel	37	58	
	Syndrome de pré rupture	8	0	
	ATCD de cure de FVV / Prolapsus génital	3	3	
	Condylome vulvaire	0	1	
	ATCD de rupture utérine	0	1	
Liée à une pathologie maternelle 1,65%	ATCD de cure de méga œsophage	0	1	
	Cardiopathie	0	1	
	Diabète mal équilibré	0	5	
Liée aux annexes 2,35%	Obstacle prævia	8	2	
Autres indications 17,92%	Primigeste âgée	15	13	
	ATCD obstétricaux chargé	1	13	
	Dépassement de terme / utérus cicatriciel	0	4	
	Gémellaire / utérus cicatriciel	7	3	
	IIG court sur utérus cicatriciel	12	4	
	Grossesse trimellaires	0	1	
	HTA chronique + IIG longue	0	2	
	Omphalocèle	0	1	
100 %	TOTAL	221	203	

➤ **Tableau XIX** : Répartition des patientes en fonction de la qualification de l'opérateur.

Auteur de la césarienne	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
Gyneco-obstetricien	87(39,4)	61(30,1)	148(34,9)	Référence
Médecin généraliste	134(60,6)	142(69,9)	276(65,1)	1,5(1,0-2,3)
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

➤ **Tableau XX** : Répartition des patientes selon le type d'incision cutané.

Type d'incision cutanée	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
Joël Cohen	198(89,6)	193(95,1)	391(92,2)	Référence
Pfanenstiel	16(7,2)	2(1)	18(4,3)	7,8(1,8-34,4)
IMSO	7(3,2)	8(3,9)	15(3,5)	0,8(0,3-2,4)
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

➤ **Tableau XXI** : Répartition des patientes selon le type d'hystérotomie.

Type d'hystérotomie	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)
Segmentaire transversale	216(97,7)	203(100)	419(98,8)
Corpoeréale	5(2,3)	0	5(1,2)
Total	221(100)	203(100)	424(100)

➤ **Tableau XXII** : Répartition des patientes selon la durée de la césarienne.

Durée de la césarienne	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
< 30 min	153(69,2)	142(69,9)	295(69,6)	Référence
30 - 60 min	68(30,8)	61(30,1)	129(30,4)	1,0(0,7-1,6)
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

Moyenne : 27,19 ±7,91 ; **Extrêmes** : 10 et 60 min

➤ **Tableau XXIII** : Répartition des patientes en fonction des gestes associés à la césarienne.

Intervention associée	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
LRT	7(3,1)	17(8,4)	24(5,7)	0,3(0,1-0,9)
hystérectomie	1(0,4)	0	1(0,2)	-
Suture de la vessie	4(1,8)	1(0,5)	3(0,7)	3,5(0,4-31,6)
Kystectomie	0	2(1)	2(0,5)	-
Aucun	209(94,5)	183(90,2)	394(92,9)	Référence
Total	221(100)	224(100)	424(100)	

➤ **Tableau XXIV** : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie.

Type d'anesthésie	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
ALR	174(78,7)	197(97)	371(87,5)	Référence
Générale	47(21,3)	6(3)	53(12,5)	8,9(3,7-21,3)
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

➤ **Tableau XXV** : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation.

Durée d'hospitalisation (jours)	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
≤ 3	201(91)	186(91,6)	387(91,3)	1,5(0,6-3,3)
4 à 5	11(5)	15(7,4)	26(6,1)	Référence
≥ 6	9(4)	2(1)	11(2,6)	6,1(1,1-34,2)
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

Moyenne : 3,17 ±1,61 ; **Extrêmes** : 2 et 28.

➤ **Tableau XXVI** : Répartition des patientes selon les complications de la césarienne.

Complications peropératoires	Groupe I N(%)	Groupe II N(%)	Total N(%)	OR (IC)
Hémorragique	2(0,9)	0	2(0,5)	-
Lésion vésicale	4(1,8)	1(0,5)	5(1,2)	3,7(0,4-33,9)
Aucune	215(97,3)	202(99,5)	417(98,3)	Référence
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

Complication post opératoire	N(%)	N(%)	n(%)	
Suppuration pariétale	20(9,1)	2(1)	22(5,2)	10,69(2,4-46,3)
Endométrite	5(2,3)	0	5(1,2)	-
Anémie	7(3,2)	0	7(1,6)	-
Péritonite	1(0,4)	0	1(0,2)	-
Aucune	188(85)	201(99)	389(91,8)	Référence
Total	221(100)	203(100)	424(100)	

➤ **Tableau XXVII** : Répartition des patientes selon le pronostic maternel.

Pronostic	Groupe I	Groupe II	Total
	N(%)	N(%)	n(%)
Décédées	1(0,5)	0	1(0,2)
Vivantes	220(99,5)	203(100)	423(99,8)
Total	221(100)	203(100)	424(100)

P = 0,5

➤ **Tableau XXVIII** : Répartition des patientes selon le poids des nouveaux nés.

Poids (g)	Groupe I	Groupe II	Total	OR (IC)
	n(%)	n(%)	n(%)	
< 2500	17(7,3)	14(6,5)	31(6,9)	1,1(0,5-2,3)
2500 - 3999	202(86,3)	188(87,4)	390(86,9)	Référence
≥ 4000	15(6,4)	13(6,1)	28(6,2)	1,1(0,5-2,3)
Total	234(100)	215(100)	449(100)	

Poids moyen : 3250g±225,5 ; Extrêmes : 2100g à 4700g

➤ **Tableau XXIX** : Répartition des patientes selon le score d'APGAR des nouveaux nés à la 1^{ère} minute.

Score d'Apgar	Groupe I	Groupe II	Total	OR (IC)
	n(%)	n(%)	n(%)	
<7	41(17,5)	1(0,5)	42(9,4)	45,4(6,2-333,6)
≥ 7	193(82,5)	214(95,5)	407(90,6)	Référence
Total	234(100)	215(100)	449(100)	

Moyenne : 8±2,2 ; Extrêmes : 0- 10

Nb : Le total varie à cause des grossesses multiples.

- **Tableau XXX** : Répartition des patientes selon le score d'APGAR des nouveau-nés à la 5^{ème} minute.

Score d'Apgar	Groupe I n(%)	Groupe II n(%)	Total n(%)	OR (IC)
< 7	33(14,1)	1(0,5)	34(7,6)	35,1(4,7-259,3)
≥ 7	201(85,9)	214(99,5)	415(92,4)	Référence
Total	234(100)	215(100)	449(100)	

Moyenne : 9±2,4 ; Extrêmes : 0- 10

Nb : Le total varie à cause des grossesses multiples.

- **Tableau XXXI** : Répartition des patientes selon la notion de réanimation des nouveaux nés.

Réanimation	Groupe I n(%)	Groupe II n(%)	Total n(%)	OR (IC)
Oui	21(9,7)	1(0,5)	22(5,1)	23,0(3,1-172,9)
Non	195(90,3)	214(99,5)	409(94,9)	Référence
Total	216(100)	215(100)	431(100)	

Nb : Le total est le nombre d'enfant vivant à l'extraction (naissance).

➤ **Tableau XXXII** : Répartition des nouveau-nés selon les complications périnatales. (Motif d'admission en néonatalogie)

Motif	Groupe I n(%)	Groupe II n(%)	Total n(%)	OR (IC)
Souffrance Néonatale	22(10,2)	0	22(5,1)	-
Macrosomie	8(3,7)	13(6,1)	21(4,9)	0,6(0,2-1,6)
Risque infectieux	2(0,9)	6(2,8)	8(1,9)	0,4(0,1-1,8)
Mère diabétique	1(0,5)	4(1,8)	5(1,2)	0,26(0,1-2,4)
Prématurité	10(4,6)	1(0,5)	11(2,5)	10,6(1,3-83,6)
Hypotrophie	4(1,8)	9(4,2)	13(3)	0,5(0,1-1,5)
Malformation	1(0,5)	4(1,8)	5(1,2)	0,26(0,1-2,4)
Aucune complication	168(77,8)	178(82,8)	346(80,2)	Référence
Total	216(100)	215(100)	431(100)	

Nb : Le total est le nombre d'enfant vivant à l'extraction (naissance).

➤ **Tableau XXXIII** : Répartition des nouveau-nés selon le pronostic néonatal

Pronostic néonatal	Groupe I n(%)	Groupe II n(%)	Total n(%)	OR (IC)
Mort-né	18(7,7)	0	18	-
Décès néonatal précoce	6(2,6)	1(0,5)	7(1,6)	6,11(0,7-51,2)
Vivant	210(89,7)	214(99,5)	424(98,4)	Référence
Total	234(100)	215(100)	431(100)	

Nb : Le total est le nombre total de nouveau-nés issus des césariennes.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1- Approche méthodologique :

Il s'agissait d'une étude rétrospective comparative portant sur 424 cas de césariennes réparties en deux groupes, allant du 1^{er} Novembre 2019 au 31 juillet 2020 soit 9 mois. La population était constituée de patientes ayant bénéficié la césarienne pendant la période d'étude. Les femmes ayant bénéficié la césarienne prophylactique ont été comparées aux femmes césarisées en urgence qui pour des raisons bien définies auraient pu bénéficier de la césarienne prophylactique.

Le choix de ce type d'étude s'explique par le nombre important de nos césariennes d'urgence et le peu d'études comparatifs. Sur une population de 899 césariennes, nous avons fait une étude comparative entre toutes les gestantes qui ont bénéficié la césarienne prophylactique soit 203 gestantes, et toutes les femmes césarisées en urgence qui auraient pu être programmées, soit 221 patientes.

Les limites de cette étude ont été marquées :

L'absence de support de suivi prénatal et d'évacuation ; la référence tardive de certaines grossesses à risque ; la non fonctionnalité permanente du bloc opératoire de la maternité par panne d'électricité et de manque d'oxygène, devant cette faille le bloc central fut utilisé ; l'absence des données sur l'état de santé de certaines mères et de leurs nouveau-nés après leur sortie de l'hôpital.

2- Fréquence de la césarienne :

La césarienne est l'intervention chirurgicale la plus fréquemment pratiquée en obstétrique au monde dont le taux varie d'un continent à un autre d'un pays à l'autre mais aussi d'un hôpital à l'autre et même d'une équipe à l'autre au sein d'un même hôpital.

Le taux de césarienne dans notre étude est de 38,4 %. Ce taux élevé est en accord avec ceux rapportés dans le monde.

Notre taux élevé s'explique par le fait que l'hôpital reçoit ainsi les références de toutes les formations sanitaires de la région et mêmes des régions avoisinantes.

Beaucoup d'étude ont rapporté des fréquences inférieures à la nôtre comme celles de :

- Camara K.** qui a retrouvé 20% au CsREF de la CV [2]
- Saad B et coll.** qui ont rapporté une fréquence de 9,8% au Maroc [7]
- Camara Y.** avec 25% au CsREF de la CII [12]
- Dao SZ et coll** qui ont rapporté 15,5% CsREF de la CII [14]
- Tamboura B.** qui a retrouvé 31% au CsREF de la CV [15]
- Coumaré S.** avec 29,3% à Diola [16]
- Jean Dupont KN et coll.** ont retrouvé 19,7% au Cameroun [17]
- M'bongo JA et coll.** qui ont rapporté 17,9% à Brazzaville [18]

3- Aspects sociodémographiques :

La tranche d'âge comprise entre 20 à 34 ans a été la plus fréquente avec 71% avec un âge moyen de $26 \pm 6,64$ ans, et des extrêmes de 13 ans et 45 ans et avaient moins de risque de césarienne d'urgence que la tranche d'âge inférieur ou égale à 19 ans. Cette tranche d'âge correspond à l'âge optimal de la fécondité. La même tendance a été rapporté par : **Camara Y.** [12], **Dao SZ et coll.** [14], et **Coumaré S.** [16] avec respectivement 69%, 70,6%, et 63,60% pour la tranche d'âge de 20 à 34 ans.

Dans notre échantillon 81% des césariennes programmées vivaient dans un milieu urbain contre 40% des césariennes d'urgence. 59% des femmes césarisées en urgence vivaient dans un milieu rural contre 18,5 % des femmes programmées.

La résidence des femmes dans le milieu rural est un facteur de risque pour les césariennes d'urgence avec une différence significative [OR=6,44 (4,13-10,03) $P < 0,005$].

Cette tendance s'explique par le fait que les femmes vivant dans le milieu urbain ont un accès facile aux services médico-chirurgicaux spécialisés pour le dépistage et la planification des césariennes prophylactiques.

Dans notre série les femmes non-instruites étaient les plus représentées dans les deux groupes avec 60% dans le groupe des urgences contre 36,5% du groupe des programmés. La non instruction des femmes est un facteur de risque pour les césarienne d'urgence avec une différence significative [OR =10,72(3,05-37,58)

P<0,005]. Cette même tendance a été rapporté par **Coumaré S. [16]** qui a trouvé **98%** de cas et **80%** de témoins qui n'étaient pas instruites.

Les femmes au foyer étaient les plus fréquentes avec 77% dans le groupe des césariennes d'urgence et 59% des césariennes programmées. Les femmes au foyer avaient plus de risque de césarienne d'urgence que les fonctionnaires avec probabilité significative (P<0,005), OR : 8,1(3,49-18,63). L'occupation professionnelle qui est un facteur déterminant du niveau de revenu économique influe sur l'accès aux soins de santé de qualité.

4- Aspects cliniques :

Parmi les patientes césarisées en urgence 48% étaient des évacuations et 52% étaient des patientes venues d'elles-mêmes. Le mode d'admission des césariennes d'urgence s'expliquerait à travers une politique nationale basée sur un système de référence évacuation dans le but de réduire la morbidité et la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Selon ce système les grossesses et les accouchements à risque doivent être pris en charge par les structures de niveau 2 ou 3. La même tendance a été rapportée par : **Camara K. [2]**, **Coumaré S. [16]**, **Coulibaly AK. [19]**, avec respectivement 48% ; 46,3% ; 44,1% de parturientes évacuées.

Les motifs de consultation dans le groupe des césariennes d'urgence étaient dominés par la contraction utérine douloureuse avec 48%. **Coumaré S [16]** avait retrouvé 43 % des césariennes d'urgence ont consulté pour contraction utérine douloureuse.

Parmi les césariennes d'urgence, les indications étaient dominées par les bassins généralement rétrécis avec 21,3%, l'utérus cicatriciel sur bassin limite avec 17,2% de cas, l'utérus multi-cicatriciel avec 17,2% de cas. Les mêmes indications ont été rapportées par **Camara K. [2]** avec respectivement 30% d'utérus multi cicatriciel, 23% de bassins généralement rétrécis et 22% d'utérus cicatriciels sur bassin limite.

Quant aux césariennes prophylactiques l'utérus multi-cicatriciel avec 22,4%, utérus cicatriciel sur bassin limite avec 17,4% étaient les indications les plus fréquentes. **Camara K. [2]** dans son étude avait retrouvé 30% d'utérus cicatriciels sur bassin

limite. **Coumaré S [16]** trouve 28,3% d'indication pour utérus multi cicatriciel pour les césariennes prophylactiques.

-ATCD médicaux : L'hypertension artérielle était l'antécédent médical le plus fréquent avec 2% des césariennes d'urgence contre 7% des césariennes programmées avec $P : 0,008$; $OR : 0,27(0,09-0,76)$. Les deux groupes étaient semblables du point de vue antécédent médical. **Coumaré S [16]** avait rapporté l'hypertension artérielle chez 1,7% des césariennes d'urgence et 3% des césariennes programmées.

- ATCD chirurgicaux : La césarienne était l'antécédent chirurgical le plus fréquent avec 50,7% pour les césariennes d'urgence et 62% pour les césariennes prophylactiques avec $P : 0,004$; $OR : 0,55(0,37-0,83)$. **Coumaré S. [16]** avait rapporté l'antécédent de césarienne chez 29,5% de cas contre 50% chez les témoins.

Dans notre étude 12,7% des patientes césarisées en urgence n'avaient pas réalisé de consultation prénatale ($P : <0,005$). **Tamboura B. [15]** a trouvé 16,5% de patientes césarisées en urgence qui n'avaient pas réalisé de consultation prénatale.

Plus de $\frac{3}{4}$ de nos césariennes d'urgences avaient fait leur consultation prénatale chez une sage-femme avec 43%, une infirmière obstétricienne avec 23% une matrone avec 14%. Ce taux élevé de césarienne d'urgence pourrait s'expliquer par la qualité de la CPN qui n'avait pas permis de dépister à temps les facteurs de risque. La même tendance a été rapportée par **Camara K. [2] en 2009** au CSREF de la commune V.

Toutes les césariennes prophylactiques ont fait leur consultation prénatale chez un médecin.

5. Pronostic maternel et périnatal :

-Maternel :

Malgré les innovations apportées aux techniques opératoires et anesthésiques, à l'antibiothérapie et l'asepsie pour offrir une bonne sécurité maternelle, la césarienne demeure une intervention chirurgicale, dont les complications maternelles per et post opératoires, à cours et à long terme, ne sont pas exceptionnelles et pouvant engager le pronostic vital. [16]

Au cours de notre étude nous avons enregistré un (1) cas d'hystérectomie d'hémostase dans le groupe des urgences après une césarienne réalisée pour grossesse gémellaire avec J1 en présentation de l'épaule (parturiente évacuée), 4 cas de lésion vésicale, 2 cas de difficulté d'hémostase.

La suppuration pariétale a été la plus fréquente des complications maternelles pour la césarienne d'urgence.

Les complications se résument en :

- Suppuration pariétale (9,1%)
- Endométrite (2,3%)
- Péritonite (0,5%).

Deux cas de suppuration pariétale et un cas de lésion vésicale ont été observés dans le groupe de la césarienne prophylactique.

Il existe une relation statistiquement significative entre le type de césarienne et la survenue des complications ($P=0,00$).

Dans notre série les complications infectieuses étaient fréquentes dans le groupe des césariennes d'urgence avec une probabilité significative ($P < 0,005$) comme cela avait été rapporté dans d'autres études Maliennes comme celles de : **Camara K. [2]** avec 19,5%, **Korenzo M. [11]** avec 3,2%, **Coumaré S. [16]** avec 3,8% pour les cas et 1,1% pour les témoins, **Coulibaly AK. [19]** avec 50%.

Cette prédominance des complications infectieuses pourrait s'expliquer par le caractère urgent de ces césariennes mais aussi par les facteurs de risques infectieux car 47% étaient des évacuations, 44% d'entre elles étaient admises avec les membranes rompues, avec fréquence des toucher vaginaux qu'elle implique.

La durée moyenne de la césarienne dans notre série était de 27 minutes avec des extrêmes de 10 et 60 minutes. Pas de différence statistiquement significative en terme de durée entre les césariennes d'urgence et prophylactiques. Cette durée était de 30 minutes en moyenne dans l'étude de **Korenzo M [11]**.

Le décès maternel lié à la césarienne est de plus en plus rare à cause du progrès des techniques opératoires, d'anesthésie réanimation, de l'antibiothérapie et de la

transfusion sanguine, cependant nous avons enregistré un décès maternel dans le groupe des urgences suite à une anémie décompensée du post partum. Notre taux était comparable à celui de **Coumaré S. [16]** qui avait retrouvé 0,5% de décès parmi les cas.

-Nouveau-né : Au cours de notre étude 82,5% des nouveau-nés issus de la césarienne d'urgence avaient un bon Apgar et 17,5% étaient en état de morbidité grave ou de mort-nés contrairement à la césarienne prophylactique le taux de morbidité a été de 0,5% avec OR : 45,46(6,19-333,66) P : 0,00.

Camara K. [2] et Tamboura B. [15] ont trouvé respectivement un taux de morbidité de 22,8% et 21,5% pour les cas et 0,00% et 1% pour les témoins.

L'analyse statistique montre une différence significative ($P < 0,005$) traduisant que la césarienne d'urgence est un facteur de risque de morbi-mortalité néonatale.

Dans notre étude le taux de décès périnatals était de 10,8% dans le groupe des césariennes d'urgence et 0,5% dans le groupe des césariennes prophylactiques. Ce taux est inférieur à ceux de **Coumaré S [14]** et **Tamboura B [15]** avec respectivement 11,6% et 30% de décès périnatal chez les césariennes d'urgences.

Dans notre contexte ce taux de mortalité périnatal pourrait s'expliquer par la qualité du suivi de ces patientes, leur manque de programmation.

La dystocie mécanique étant l'indication majeure de nos césariennes, lorsque ces dystocies ne sont pas diagnostiquées à temps, ces patientes vont subir des rudes épreuves de travail et ne sont pas référées à temps. Le fœtus devant subir un obstacle insurmontable va souffrir et mourir.

Selon l'**OMS [21]** le taux mondial de mortinatalité était à 61 pour 1000 naissances vivantes en 2009 et le taux Africain était estimé à 104 décès pour 1000 naissances vivantes. Ce taux de mortinatalité pourrait être réduit par une meilleure surveillance des parturientes en assurant un monitoring électronique, l'usage systématique et correcte du partographe, une référence précoce, une évacuation précoce des cas compliqués, une amélioration des conditions d'évacuations et l'acquisition du matériel de réanimation des nouveau-nés. De même l'acquisition d'un service de néonatalogie

disponible permanentement pour accueillir les nouveau-nés présentant une souffrance néonatale.

L'insuffisance de la qualité du plateau technique dans les pays en voie de développement pourrait expliquer le mauvais pronostic néonatal des césariennes d'urgence par rapport aux césariennes prophylactiques.

CONCLUSION

CONCLUSION

La césarienne est reconnue comme une intervention chirurgicale efficace pour réduire la mortalité maternelle et périnatale si elle pratiquée judicieusement.

Les décès maternels et périnataux liés aux complications du travail telles que les disproportions foeto-pelviennes, les présentations vicieuses, les utérus muti cicatriciels, sont généralement évitables par une césarienne réalisée dans les meilleurs délais.

Notre étude nous a permis de conclure que la césarienne prophylactique permet d'améliorer le pronostic maternel et périnatal contrairement à la césarienne faite en urgence.

Ainsi pour permettre une meilleure issue de la grossesse et de l'accouchement c'est-à-dire : faire naître un nouveau-né en bonne santé et une mère saine, nous formulons les recommandations suivantes :

RECOMMANDATIONS

RECOMMANDATIONS :

Au personnel sanitaire :

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

Aux populations :

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

Aux autorités sanitaires :

- Assurer la formation continue du personnel sanitaire à travers les supervisions formatives.
- Renforcer la communication pour changement de comportement (CCC).
- Améliorer le système de référence/évacuation.
- Doter les structures de santé en infrastructures et équipements nécessaires pour l'amélioration des conditions de prise en charge des patientes

REFERENCES

REFERENCES :

- 1. Merger R, Levy J, Melchior J.** Précis d'obstétrique, France, Paris, Masson 6ème édition 2001, 596p
- 2. Camara K.** Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-foetal. Etude rétrospective cas /témoin à Bamako Thèse Med ; Bamako 2010, n°367-89p
- 3. Mouguillon M.** Césarienne de convenance : Motivations, représentations et facteurs décisionnels. Mémoire, Université Aix Marseille, Avril 2018, N° Id : dumas-01957556, 70p
- 4. EDSM-V 2012-2013 : Cellule de Planification et de Statistique (CPS/SSDSPF),** Institut National de la Statistique (INSTAT/MPATP), INFO-STAT et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé **au** Mali 2012-2013. Rockville, Maryland, USA : CPS, INSTAT, INFO-STAT et ICF International. 577p
- 5. Kaboré D.** Déterminants de la césarienne de qualité en Afrique de l'Ouest. Thèse Médecine, Paris 2017, 146p, N°96
- 6. Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris : Maloine 1986 :383-99.
- 7. Saad B et coll.** Le profil épidémiologique des complications maternelles de la césarienne au CHR EL Farabi Oujda ; Mar, Rev The Pan African médical journal 2017 ; 27 :108
- 8. Decamps T.** Césarienne en cours de travail : Facteurs de risque à l'entrée en salle de naissance. Thèse Med, 2014 Etude rétrospective à Rhône (France), N° 14, 38p
- 9. Bouaré S.** Opération césarienne d'urgence : pronostic maternel et périnatal dans le CsREF C V du district de Bamako, Thèse Med, Bamako 2010, n°539, 121p
- 10. Lansac J, Descamps P, Oury JF.** Pratique de l'accouchement, 5^{ème} édition, 2011 Elsevier Masson 578p, France
- 11. Korenzo M.** Etude de la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako. Thèse méd. Bamako 2015 ; n° 01

- 12. Camara Y.** Complication post césarienne : aspect épidémio-clinique et pronostic au centre de santé de référence de la commune II. Thèse méd. Bamako 2020 ; n°51 ; 80p
- 13. Mbungu MR, Ntela MJ, Kahindo MP.** Fréquence des césariennes selon la classification de Robson dans 3 maternités de la ville de Kinshasa, en République Démocratique du Congo Ann. Afr Méd, Vol 10, n° 2, Mars 2017.
- 14. Dao SZ, Sidibé K, Traore BA, Korenzo M, Konaté S, Traore T, Traore B, Togo E, Diassana B, Sow SA, Traore Y, Perrin RX, Dolo A I.** Mortalité et morbidité de la césarienne en commune II du district de Bamako/Mali. Jaccr Africa 2020 ; 4(4) : 214-219
- 15. Tamboura B.** Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-foetal, Thèse Med Bamako 2013 ; n°320, 88p
- 16. Coumare S.** Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : Pronostic materno-foetal au CsREF de Dioila ; Thèse med Mali ; 2020 ; n°112, 115p
- 17. Jean-Dupont KN. et coll** Complications maternelles précoces de la césarienne : à propos de 460 cas dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun. Pan African Médical journal 2015, article 21.265.6967 ; 6p
- 18. Mbongo JA, Butoyi JM, Papandi-Ikourou A, Iloki LH,** Césarienne en urgence au Centre hospitalier Universitaire de Brazzaville. Article : The Journal of Médecine and Health Sciences. Vol 17 (1) Janvier Février Mars 2016, 4p.
- 19. Coulibaly AK.** La césarienne au centre de santé de référence de Koutiala : Indications et Pronostics fœto-maternels, Thèse Med 2007 Mali, 2008, n°107-113p
- 20. Sacko I.** Etude des suites de couches post césariennes au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako. Thèse méd. Bamako 2015 ; n° 08, 89p
- 21. OMS.** Statistique sanitaire mondiale 2012, Page 61-175.
- 22. Diallo M, Biaye B, Diouf AA, Niass A, Niassy AC, Diouf A.** Etude comparative de morbi-mortalité maternofoetale de la césarienne programmée vs césarienne

d'urgence au centre hospitalier national de Pikine (Sénégal). Jaccr Africa 2020 ; 4(2) :148-162

- 23. Keita M.** Césarienne : pronostic materno-foetal à l'hôpital Fousseiny Daou de Kayes, Thèse Med, Mali, 2008, n°355-94p
- 24. Pete Y, Ouattara A, Koffi N, Abhé C, Sanou J, Kane M.** Césarienne d'urgence : pronostic materno-foetal au CHU de Cocody ; Mai 2012 à Abidjan. Revue SARAF, tome 17, n°1
- 25. Traoré A.** Césarienne prophylactique dans le service de gynécologie obstétrique du Csréf CV du district de Bamako, Thèse Méd, Bamako 2009 n° 367, 89p
- 26. Koné A.** Etude comparative de la césarienne classique et de césarienne Misgav Ladach. Etude comparative prospective de cohorte, Thèse Med, Bamako, 2005, n°75, 89p
- 27. Guedira I et coll.** Les césariennes prophylactiques, Maroc Médical, tome 32, juin 2010, 6p
- 28. Konaté F.** L'anesthésie dans la césarienne en urgence dans le service d'anesthésie –réanimation – et d'urgence à propos de 591 cas au CHU du Point G, Thèse Med 2007 n°26, 74p
- 29. Valère Mve Koh et al.** accouchement sur utérus cicatriciel dans les pays à faible ressource : circuit de prise en charge et devenir materno-foetal, Yaoundé Août 2018. The Pan African Médical journal – ISSN : 1937- 8688 (www.panafrican-med-journal.com)
- 30. Diallo FB, Diallo MS, Bangoura S, Diallo AB, Camara Y.** Césarienne : facteur de réduction de morbidité et de mortalité fœto-maternel au centre hospitalier universitaire IGNACE DEEN de Conakry (GUINEE), Médecine d'Afrique noire : 1998 ; 45(6) :359-364
- 31. Mbow CT, Kenane N, Niang B, Ndiaye M.** la rachianesthésie pour césarienne d'urgence en cas de pré éclampsie sévère : une étude rétrospective de 44 cas. Dakar : The journal of Médecine and Health Sciances. Janvier Février Mars 2017 ; vol 18

- 32.Sosthène M, Serge P, Jean-François M, Isabelle N, Marie-Thérèse N, Noel O.** L'hystérectomie obstétricale d'urgence à propos de 58 cas au centre hospitalier de Libreville. Cahiers d'études et de recherche francophones / Santé. 2004 ;14(2) :89-92
- 33.Sarra A.** Pronostic materno-foetal des césariennes programmées et des césariennes urgentes. Thèse Med, Faculté de Médecine de pharmacie de Rabat, Maroc en 2014 ; n°35-117p ;
- 34.Labibe L.** Evolution des indications de la césarienne à la maternité Soussi entre 1986 et 2010 (à propos de 35830 cas) Thèse Med 2012 Rabat (Maroc) N°160, 135p
- 35.Tahila I.** Les indications de la césarienne : expérience du service de gynéco-obstétrique B au CHU Mohamed VI de 2009 à 2010. Thèse Med N° 31-155p, à la faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech (Maroc) 2012
- 36.OMS :** Déclaration de l'OMS sur le taux de césarienne. Genève 2014, WHO/RHR/15.02, 8p
- 37.EDSM-VI 2018.** Institut national de la statistique (INSTAT), Cellule de planification et de Statistique, secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), et ICF. 2019. Sixième Enquête Démographique et de Santé au Mali 2018. Indicateurs Clés. Bamako, Mali, et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF, et ICF. 24p
- 38.OMS :** Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015. WHO/RHR/15.23, Genève, Suisse, 16p
- 39.**Journal de gynécologie obstétrique, Vol 29 supplément n°2, Novembre 2000 Elsevier Masson, France, P.729-807
- 40.Kamina P.** Anatomie opératoire en Gynécologie-obstétrique. Paris : Maloine 2000. 336p.

ANNEXES

ANNEXES :

FICHE D'ENQUETE

NUMERO DU DOSSIER :

Date : /..... /.....

{Q0} **Ordre :** 1=Cas, 2=Témoins

I IDENTITE DE LA PATIENTE :

{Q1} **PRENOM :** _____

{Q2} **NOM :** _____

{Q3} **Age :**

{Q4} **Statut matrimonial :** 1=mariée, 2=célibataire

{Q5} **Niveau d'étude**

1=non scolarisé, 2= Ecole coranique, 3= Primaire, 4=Secondaire, 5=Supérieur

{Q6} **Profession :** 1=femme au foyer, 2=Elève/Etudiante 3=Enseignante

4=Secrétaire 5= Policière 6=Couturière 7= Autres : _____

{Q7} IV Lieu de résidence :

1=Commune de Ségou 2=Commune de Pélangana 3=Commune de Sébougou, 4=hors ville de Ségou à préciser _____

II Antécédent :

1/ Médicaux :

{Q8} **HTA :** 1=oui 2=non

{Q9} **Drépanocytose :** 1=oui 2=non

{Q10} **Cardiopathie :** 1=oui 2=non

{Q11} **Diabète** 1=oui 2=non

{Q12} **Asthme** 1=oui 2=non

{Q13} **Autres à préciser :** _____

2/ Chirurgicaux :

{Q14} **Césarienne :** 1=oui 2=non

{Q15} **Si oui, Nombre de césarienne**

{Q16} **Myomectomie :** 1=oui 2=non

{Q17} **Laparotomie pour GEU :** 1=oui 2=non

{Q18} **Autres à préciser :** _____

3/ Obstétricaux :

{Q19} **Gestité :** Parité : Vivant

{Q20} **Intervalle inter génésique :**

{Q21} **Traitement de stérilité :** 1=oui 2=non

III Suivi de la grossesse :

{Q22} **Consultation prénatale :** 1=oui 2=non

{Q23} **Nombre de CPN :**

{Q24} **Lieu de la 1^{ère} CPN :** 1=Hôpital, 2=Csref, 3=Cscom, 4=Clinique Privée, 5=Cabinet médical, 6=Domicile

{Q25} **AG à la 1^{ère} CPN**

1= <15sa 2= ≥15- <28sa 3= ≥ 28sa

{Q26} Auteur de la 1^{ère} CPN : 1=Médecin gynécologue 2=Médecin Généraliste, 3=Sage-Femme, 4=Infirmière Obstétricienne 5=Matrone 6=Interne

{Q27} Transfert à un niveau supérieur au cours de la CPN

1= Oui, 2=Non

{Q28} Lieu de la dernière CPN :

1=Hôpital, 2=Csref, 3=Cscom, 4=Clinique Privée, 5=Cabinet médical, 6=Domicile

{Q29} Age de la grossesse à la dernière CPN

{Q30} Auteur de la dernière CPN : 1=Médecin gynécologue 2=Médecin Généraliste, 3=Sage-Femme, 4=Infirmière Obstétricienne 5=Matrone 6=Interne

{Q31} Césarienne programmée : 1=oui 2=non

{Q32} V Mode d'admission :

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

VI Motif d'admission

{Q33} Contractions utérines : 1=oui 2=non

{Q34} Césarienne prophylactique : 1=oui 2=non

{Q35} Ancienne césarienne : 1=oui 2=non

{Q36} Métrorragie sur grossesse : 1=oui 2=non

{Q37} HTA sur grossesse : 1=oui 2=non

{Q38} HU excessive : 1=oui 2=non

{Q39} Autres à préciser : _____

VII Examen à l'entrée

{Q40} Etat général : 1=Bon 2=passable, 3=altéré

{Q41} Conjonctives : 1=colorés, 2= pales

{Q42} Température :

{Q43} Taux d'hb :

1= < 7g/dl, 2=entre 7 et 11g/dl, 3= >11g/dl

{Q44} Age gestationnel :

1= < 37 SA, 2= entre 37 et 41SA+6j, 3= ≥42 SA

{Q45} Phase du travail d'accouchement :

1= Phase de latence, 2= Phase active, 3= Non en travail

{Q46} Etat des membranes : 1=Intacts 2= rompues

{Q47} Présentation :

1=Céphalique 2=Siège, 3= Transversale

{Q48} Examen clinique du bassin

1= BGR, 2= Bassin limite, 3= Bassin normal

VIII CESARIENNE :

{Q49} Indications : 1=BGR, 2=utérus cicatriciel sur bassin limite

3=utérus multicicatriciel, 4=macrosomie fœtale, 5=Présentation Siège chez primigeste,

6= Présentation siège sur utérus cicatriciel 7= ATCD de cure de FVV, 8= Diabète non équilibré, 9=Primipare âgée 10=Autres à préciser :

{Q50} Type d'incision cutanée

1= Joël Cohen ; 2= Pfanenstiel, 3= IMSO

{Q51} Type d'hystérotomie

1= Segmentaire transversale, 2= Segmentaire longitudinale, 3= Corporeale, 4= Segmento-corporeal

{Q52} Auteurs : 1=Médecin gynéco-obst, 2=Médecin généraliste

{Q53} Durée de l'intervention

1= <30 min, 2= entre 30 et 60 min, 3= >1heure

{Q54} Anesthésie : 1=Générale 2=Loco régionale

{Q55} Intervention associées à la césarienne :

1= LRT, 2= Mise en place d'un DIU, 3=Kystectomie, 4= hystérectomie, 5= Néant, 6=Autres à Préciser _____

IX Nouveau-né :

{Q56} Nombre :

{Q57} Sexe : 1=Masculin 2=féminin

{Q58} Poids : 1= < 2500g ; 2= ≥2500 < 4000g ; 3= ≥ 4000g

{Q59} Apgar : 1ere min : 5eme min : 10ème min

{Q60} Mort-né frais : 1=oui 2=non

{Q61} Mort-né macéré : 1=oui 2=non

{Q62} Réanimée : 1=oui 2=non

{Q63} Adressé à la néonatalogie : 1=oui 2=non

{Q64} Si oui Cause _____

{Q65} Décès néonatal précoce : 1=oui 2=non

X {Q66} Complications peropératoire :

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

{Q67} Décès maternel : 1=oui 2=non

{68} Si **oui** Cause du décès _____

XI {Q69} Score infectieux :

1=0 à 4, 2=5 à 8, 3=9 à 12

XII Complication post césarienne :

{Q70} Iléus paralytique : 1=oui 2=non

{Q71} Suppuration pariétale : 1=oui 2=non

{Q72} Endométrite : 1=oui 2=non

{Q73} Eviscération 1=oui 2=non

{Q74} Thrombophlébite : 1=oui 2=non

{Q75} Décès maternel : 1=oui 2=non

{Q76} Autres à préciser : _____

XIII {q77} Durée d'hospitalisation :

1= ≤ 3, 2=4 à 5, 3= ≥ 6

{Q77} Nombre de jours :

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : Drissa Chiaka

Titre : Pronostic maternel et périnatal Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Année universitaire : 2020-2021

Pays d'origine : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS et FAPH de l'Universitaire des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako.

Email : drissachiakacoulibaly@gmail.com

Téléphone : 00223 79706725

Secteur d'intérêt : Gynécologie-Obstétrique, pédiatrie.

Résumé :

Notre étude s'est déroulée à l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou.

Il s'agissait d'une étude rétrospective comparative, intitulée : Pronostic maternel et périnatal de la césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique. Elle s'est portée sur 221 césariennes d'urgence et 203 césariennes prophylactiques.

L'objectif était de déterminer les indications dans les 2 groupes de patiente, de déterminer l'influence de la qualité du suivi prénatal dans les 2 groupes patientes et de préciser le pronostic maternel et périnatal.

La fréquence de cette césarienne d'urgence était de 24,58% et celle prophylactique de 22,58%. Le nombre total de césarienne était de 899 pour un total d'accouchement de 2340 soit une fréquence de 38,41%.

L'âge moyen dans notre population d'étude était de 27 ans avec des extrêmes de 14 et 45 ans. L'indication la plus fréquente a été le bassin généralement rétréci avec 21,27% pour les césarienne d'urgence, et l'utérus multicatriciel avec 22,41% pour les césariennes prophylactiques. Les indications ont été majoritairement une dystocie mécanique avec 51,90%, suivies des indications liées à l'état génital avec 26,18%.

Le pronostic maternel et périnatal des césariennes d'urgence est moins bon parce que l'on sait que 12,1% des nouveaux nés avaient un score d'APGAR inférieur à 7 ; et 5,42% étaient des mort-nés ; 20 cas de suppuration pariétale, 5 cas d'endométrite, 4 cas de lésion vésicale, 1 cas d'hystérectomie d'hémostase, 1 cas de péritonite post opératoire, 1 décès maternel.

Mots clés : césarienne, pronostic, urgence, élective, maternel, périnatal.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, et 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 race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

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

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

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

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

Je le Jure !