

République du Mali
Un Peuple-Un But-Une Foi

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE

UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie

ANNEE : 2005-2006

Thèse N°.....

**Résultats de l'étude des césariennes au Centre
de santé de référence de la Commune IV du
District de Bamako.**

A propos de 200 cas

Thèse présentée et soutenue publiquement le
Faculté de Médecine de Pharmacie et D'Odonto-Stomatologie
Par **Mme Diarra Yaye Diarra**
Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY :

Président du jury:	Pr Sy Aissata Sow
Membres du jury:	Dr Broulaye Coulibaly
Directeur de these :	Pr Salif Diakité
Codirecteur de thèse :	Dr El Hadji Seydou Diarra

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT – UNE FOIS

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2005 - 2006

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR

1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

2^{eme} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA

MR Bocar SALL

Mr Souleymane SANGARE

Mr Yaya FOFANA

Mr Mamadou L. TRAORE

Mr Balla COULIBALY

Mr Mamadou DEMBELE

Mr Mamadou KOUMARE

Mr Mohamed TOURE

Mr Ali Nouhoum DIALLO

Mr Aly GUIDO

Ophthalmologie

Orthopédie traumatologie – Secourisme

Pneumo – phtisiologie

Hématologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Chirurgien Générale

Pharmacognosie

Pédiatrie

Médecine interne

Gastro-Entérologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE

Chirurgien Générale

Mr Sambou SOUMARE
Mr Abdou Alassane TOURE
Mr Kalilou OUATTARA
Mr Amadou DOLO

Chirurgien Général
Orthopédie – Traumatologie, Chef de D.E.R
Urologie
Gynéco Obstétrique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Djibril SANGARE
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP
Mr Alhousseini Ag MOHAMED
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Gangaly DIALLO
Mr Mamadou TRAORE

Ophthalmologie
Chirurgie Générale
Chirurgien Générale
O.R.L
Anesthésie – Réanimation
Chirurgie Viscérale
Gynéco Obstétrique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mme SY Aïda SOW
Mr Salif DIAKITE

Gynéco Obstétrique
Gynéco Obstétrique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE
Mr Sadio YENA
Mr Filifing SISSOKO
Mr Issa DIARRA

Gynéco Obstétrique
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Gynéco Obstétrique

5. ASSISTANT CHEF DE CLINIQUE

Mr Mamadou L. DIOBANA
Mr Sékou SIDIBE
Mr Abdoulaye DIALLO
Mr Tiéman COULIBALY
Mme TRAORE J. THOMAS
Mr Nouhoum ONGOÏBA
Mr Zanafon OUATTARA
Mr Zimogo Zié SANOGO
Mr Adama SANGARE
Mr Youssef COULIBALY
Mr Samba Karim TIMBO
Mme TOGOLA Fanta KONIPO
Mr Sanoussi BAMANI
Mr Doulaye SACKO
Mr Ibrahim ALWATA

Stomatologie
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
Orthopédie - Traumatologie
Ophthalmologie
Anatomie et Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Orthopédie - Traumatologie
Anesthésie - Réanimation
O.R.L.
O.R.L.
Ophthalmologie
Ophthalmologie
Orthopédie - Traumatologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO
Mr Bréhima KOUMARE
Mr Siné BAYO

Chimie Générale & Minérale
Bactériologie - Virologie
Anatomie – Pathologie - Histoembryologie

Mr Yéya T. TOURE
Mr Amadou DIALLO
Mr Moussa HARAMA
Mr Ogobara DOUMBO

Biologie
Biologie
Chimie Organique
Parasitologie – Mycologie Chef de D.E.R.

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Yénimégué Albert DEMBELE
Mr Anatole TOUNKARA
Mr Amadou TOURE
Mr Flabou BOUGOUDOGO

Chimie Organique
Immunologie
Histoembryologie
Bactériologie - Virologie

3. MAITRES DE CONFERENCE

Mr Bakary M. CISSE
Mr Abdourahamane S. MAÏGA
Mr Adama DIARRA
Mr Mamadou KONE
Mr Massa SANOGO
Mr Ibrahim I. MAÏGA
Mr Amagana DOLO

Biochimie
Parasitologie
Physiologie
Physiologie
Chimie Analytique
Bactériologie - Virologie
Parasitologie

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadou CISSE
Mr Sékou F.M. TRAORE

Biologie
Entomologie médicale

Mr Abdoulaye DABO
Mr Abdourahamane TOUNKARA
Mr Moussa Issa DIARRA
Mr Kaourou DOUCOURE

Malacologie, Biologie Animale
Biochimie
Biophysique
Biologie

5. ASSISTANTS

Mr Mounirou BABY
Mr Mahamadou A. THERA

Hématologie
Parasitologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALISTES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdoulaye Ag RHALY
Mr Mamadou K. TOURE
Mr Mahamane MAÏGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Issa TRAORE
Mr Mamadou M. TRAORE
Mr Hammar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO


Médecine Interne
Cardiologie
Néphrologie
Psychiatrie, Chef de D.E.R.
Neurologie
Radiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Hématologie

2. MAITRES DE CONFERENCE AGREGES

Mr Toumani SIDIBE
Mr Bah KEITA
Mr Boubacar DIALLO
Mr Somita KEITA
Mr Moussa Y. MAÏGA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Saharé FONGORO

Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Cardiologie
Dermato-Leprologie
Gastro-entérologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Néphrologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mamady KANE
Mme Tatiana KEITA
Mr Diankiné KAYENTAO 
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Adama D. KEITA
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mme Habibatou DIAWARA

Radiologie
Pédiatrie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Radiologie
Endocrinologie
Dermatologie

4. ASSISTANTS CHEF DE CLINIQUE

Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Mahamane B. CISSE
Mr Arouna TOGORA

Psychiatrie
Gastro-entérologie
Psychiatrie
Cardiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Psychiatrie

5. ASSISTANTS

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie


D.E.R. DES SCIENCE PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE
Mr Gaoussou KANOUE

Toxicologie
Chimie analytique

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Arouna KEITA 
Mr Ousmane DOUMBIA

Matière Médicale
Pharmacie Chimique

3. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Boulkassoum HAIDARA
Mr Elimane MARIKO

Législation
Pharmacologie, Chef de D.E.R.

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bénéoit KOUMARE
Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Ababacar I. MAÏGA
Mr Yaya KANE

Chimie analytique
Matière médicale
Galénique
Toxicologie
Galénique

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sidi Yaya SIMAGA

Santé Publique, Chef de D.ER.

2. MAITRE DE CONFERENCES AGREGE

Mr Moussa A. MAÏGA

Santé Publique

3. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique

4. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G. TOURE
Mr Adama DIAWARA
Mr Hamadoun SANGHO
Mr Massambou SACKO
Mr Alassane A. DICKO

Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique
Santé Publique

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATEURS

Mr N'Golo DIARRA
Mr Bouba DIARRA
Mr Salikou SANOGO
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Boubacar KANTE

Botanique
Bactériologie
Physique
Biochimie
Galénique

Mr Souleymane GUINDO
Mme DEMBELE Sira DIARRA
Mr Modibo DIARRA
Mme MAÏGA Fatoumata SOKONA
Mr Arouna Coulibaly
Mr Mahamadou TRAORE
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Yaya COULIBALY
Mme Rokia SANOGO
Mr Boubacar TRAORE
Mr Saïbou MAÏGA
Mr Ousmane KOITA
Mr Samba DIOP
Mr Seydou DOUMBIA
Mr Oumar THIERO
Mr Mangara M. BAGAYOGO

Gestion
Mathématiques
Nutrition
Hygiène du milieu
Mathématiques
Génétique
Psychologie Médicale
Pharmacognosie
Pharmacognosie
Législation
Parasitologie Moléculaire
Anthropologie Médicale
Epidémiologie
Biostatistique
Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale

Mr Guimogo DOLO
Mr Abdoulaye TOURE
Mr Djibril SANGARE
Mr Moctar DIALLO

Entomologie Moléculaire Médicale
Entomologie Moléculaire Médicale
Biologie Parasitologie
Ophtalmologie

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA
Pr. Babacar FAYE
Pr. Mounirou CISSE
Pr. Amadou Papa DIOP

Bromatologie
Pharmacodynamie
Hydrologie
Biochimie

**DEDICACES
ET REMERCIEMENTS**

JE REMERCIE

ALLAH LE TOUT PUISSANT

QUI,

PAR SA GRACE

A PERMIS LA REALISATION

DE CE MODESTE TRAVAIL

Je dédie cette thèse :

Au prophète Mahomet (paix et salut sur lui) et à toute la Ummah islamique
« Lis au nom de ton seigneur qui a créé l'homme d'une adhérence. Lis ! ton seigneur est le très noble , qui a enseigné par la plume le (calame), a enseigné à l'homme ce qu'il ne savait pas ».
Sourate 96 Verset 1-5.

A mon père Boubacar Diarra

Tu nous as toujours dit avec la même ferveur que le travail et le courage fournissent les réponses à toutes les questions .

Tu as créé en nous l'amour du travail bien fait.

Tes infatigables conseils ont porté fruit .Tu nous as guidés avec rigueur mais aussi avec amour.

Ta présence à chaque étape de notre vie , ta ferme volonté de nous voir réussir et ton grand soutien, font de toi un digne père et sans pareil.

Que DIEU te récompense et te garde encore longtemps parmi nous.

Amen.

A ma mère Koni Tangara

Douce mère ;

Tendre mère ;

Vénérable mère ;

Tu es toujours prête à tout sacrifier pour que nous tes enfants devenions meilleurs.

Tu as toujours été là quand nous avons eu besoin de toi .Ton amour et ton soutien ne nous ont jamais fait défaut.

Tes qualités humaines font de toi un être exceptionnel.

Ce travail est le fruit de ton effort sans cesse renouvelé.

Maman qu'est –ce qu'un enfant peut offrir à sa mère en signe de gratitude et de reconnaissance que son affection ? Tu me répétais sans cesse que « seul le travail bien fait est gage de réussite »

Maman tu me connais mieux que moi même ,aucun mot ne saurait traduire à sa juste valeur ce que je ressens pour toi .Je voudrais que tu comprennes comme dans nos moments de complicités ,où les mots n'existent pas , où un seul regard suffit.

Nous espérons être à la hauteur et ne jamais te décevoir .

Puisse Dieu te garder encore longtemps à nos cotés.

Amen.

**A mes frères et sœur :Ibrahima Diarra ;Daoada Diarra
et Kadidia Diarra**

J'ai toujours pu compter sur vous quelque soit le moment .La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance.

L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Ce travail est le votre.

Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

Sentiment fraternel

« Unissez-vous par le lien de DIEU et ne divisez point »

Sourate 3 Verset 103

A mon très cher époux Alassane Diarra

Puisse DIEU te récompenser pour tout ce que tu as fait pour moi .La meilleure récompense est auprès de DIEU .

En signe d'affection .Trouve ici l'expression de tout mon amour .

**A mes deux filles : Fatoumata Diarra dite Nana et Koni
Diarra dite Adja**

Je vous présente toutes mes excuses pour ces multiples moments d'absences .Après ce travail nous aurons un temps long de récréation.

Sachez mes puces que la vie est un long chemin de parcours et je souhaite que le tout puissant guide vos pas vers le bon chemin . Puisse DIEU vous accorder longue vie .

Amen

**A mon neveu Tiemoko Diarra dit Le Vieux et ma nièce
Founè Kanté**

Courage et persévérance, vous avez toutes mes bénédictions . Puisse DIEU vous accorder longue vie.

Amen

Remerciements

A l'Afrique toute entière .

Que la recherche de la paix et du développement soit la priorité de tes fils. Que ce modeste travail contribue à l'amélioration de l'état de santé de ta population .

A mon pays natal ,le Mali

Tu m'as vu naître, grandir, et tu m'as permis de faire mes premiers pas vers l'acquisition d'une instruction .

Tu m'as donné un savoir incommensurable .

Profonde gratitude.

A la faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie du Mali.

Plus qu'une faculté d'études médicales, tu as été pour nous une école de formation pour la vie.

Nous ferons partout ta fierté.

Remerciements infinis.

A toutes les femmes césarisées et à tous les enfants issus d'un accouchement par césarienne.

Heureuse et longue vie.

A mon oncle Diassé Tangara et sa femme.

Recevez à travers ce travail l'expression de mon attachement filial.

A mes tontons Tiemoko Diarra , Bassirou Diarra , Moussa Diarra et famille.

Vous resterez pour moi une référence.

Croyez en ma profonde reconnaissance.

A Feu Modibo Coulibaly et famille.

Ce travail est le votre. Merci pour tout.

A mon cousin Mamadou G Diarra

Merci cous . Puisse DIEU te récompenser.

A mes ami (e) s :Alpha Sanogo , Kani Tounkara , Zoumana Traoré , Bassan Traoré , Hawa Traoré

Merci pour votre soutien.

A mes aînés du CSRef CIV

Vous nous avez guidés et soutenus tout au long de notre formation .

Merci infiniment.

A mes camarades de promotion du CSRef CIV

Merci pour ces moments passés ensemble.

A mes cadets internes du CSRef CIV

Courage et persévérance

A tout le personnel du CSRef CIV

Médecins ,sage femmes ,infirmiers ,aides –soignants ,manœuvres ,gardiens . Nous formions une véritable famille ,merci pour toutes ces connaissances acquises .

A mes enseignants de l'école fondamentale et du lycée

Merci pour tout

**Aux familles Kouma , Keita , Danioko , Diarra ,Traore
à Hamdallaye**

Merci pour tout

A feu Djigui Diarra et famille à Bolibana

Merci pour votre compréhension

A la familles Tall à Magnambougou

Merci pour tout

A mademoiselle Penda Koné

Merci pour le service rendu

A mon ,cousin Soumaila Diarra et famille

Merci pour tout

A docteur Ibrahim DOLO

Merci pour le service rendu . Profonde gratitude

A tous ceux qui ont apporté leur soutien moral ou matériel pour la réalisation de ce travail et que nous avons omis.

Nous les remercions de tout notre cœur

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et présidente du jury

Professeur SY Aïssata SOW

Chef de service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II

Nous vous remercions d'avoir accepté de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations

L'assiduité, la rigueur et la ponctualité dans le travail sont autant de qualités que vous cultivez chaque jour chez la jeune génération

Votre amour pour le travail bien fait , votre abord facile et vos qualités humaines forcent estime et admiration.

Honorable maître et chère mère, permettez nous de vous exprimer ici, l'expression de notre respect et profonde gratitude

Puisse le bon DIEU vous accorder santé et longévité

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Salif DIAKITE

Gynécologue accoucheur dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Gabriel Touré

Votre rigueur scientifique ,votre désir d'égalité entre les hommes et votre franchise sont autant de qualités qui nous ont conduit vers vous

C'est un grand honneur et une chance pour nous d'avoir été a votre école.

Vous êtes toujours resté disponible pour nous et c'est le moment de vous rendre un hommage mérité.

Cher maître veuillez accepter ici le témoignage de notre profonde admiration et de nos sincères remerciements.

Puisse le tout puissant vous rendre vos bienfaits.

A notre maître et Codirecteur de thèse

Docteur El Hadji Seydou DIARRA

Gynécologue obstétricien ;

Titulaire d'un diplôme universitaire de cardiologie congénitale et pédiatrique à Paris 7, France ;

Titulaire d'un certificat de fertilité stérilité de Nancy , France ;

Titulaire d'un diplôme de colposcopie de Reims, France ;

Titulaire d'un certificat de MST et de médecine fœtale de Strasbourg ;

Chef de service de gynécologie obstétrique de l'hôpital mère-enfant « le Luxembourg ».

Cher maître vos qualités d'homme de science très méthodique, votre dévouement, votre courage et votre sens élevé d'humanisme font de vous un gynécologue très sollicité.

Soyez rassuré cher maître de notre sincère reconnaissance

A notre maître et membre du jury

Docteur Broulaye TRAORE

Spécialiste en pédiatrie

Chef de service de la pédiatrie III de l'HGT

Cher maître

C'est un signe d'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury de thèse

Votre disponibilité votre abord facile nous ont profondément touché

Vos remarques vos critiques et vos suggestions contribueront à l'amélioration de ce travail

Permettez nous de vous exprimer ici notre profonde gratitude

SOMMAIRE	Pages
I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	3
1.Objectifs généraux	4
2.Objectifs spécifiques.....	4
III. GENERALITES.....	4
1.Historique de la césarienne.....	4
2.Rappel anatomique	6
3.Révue de la littérature.....	11
4.Cout en générale de la prise en charge d'une césarienne.....	23
IV. METHODOLOGIE	24
1.Cadre de l'étude.....	24
2.Méthodologie.....	26
2. 1. Type étude.....	26
2.2.Période d'étude.....	26
2.3.Population d'étude.....	26
2.4.Echantillonnage.....	26
2.5.Critère d'inclusion.....	26
2. 6.Critère de non inclusion.....	26
2.7.Classification des indications.....	26
2.8 Analyse des données.....	28
2.9 Aspects éthiques.....	28
V. RESULTATS.....	29
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	52
VII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	61
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	63
IX. ANNEXES.....	68

X. RESUME.....72

LES ABREVIATIONS

- HU : Hauteur Utérine**
- BGR: Bassin Généralement Rétréci**
- DFP: dysproportion foeto-pelvienne**
- PDE: Poche Des Eaux**
- PP: Placenta Praevia**
- HRP: Hématome Rétroplacentaire**
- SFA: Souffrance Fœtale Aiguë**
- RPM: Rupture Préaturée des Membranes**
-
- SOU: Soins Obstétricaux d’Urgence**
- SOUB : Soins Obstétricaux d’Urgence de Base**
- SOUC : Soins Obstétricaux d’Urgence Complet**
- CSRef : Centre de Santé de Référence**
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé**
- HNPG : Hôpital National du Point G**
- HGT : Hôpital Gabriel Touré**
- ATCD: Antécédent**

INTRODUCTION

L'Afrique Occidentale représente la région la plus concernée par le fléau de la mortalité maternelle qui est estimée à 1.020 décès pour 100.000 naissances vivantes (44) . Au Mali, selon le rapport de l'EDS III 2001 582 femmes meurent en couche sur 100 000 naissances vivantes soit en moyenne un décès maternel toutes les 3 heures. 57 nouveau-nés sur 1000 naissances vivantes soit en moyenne plus de 80 nouveau-nés meurent chaque jour au Mali (27) ; c'est face à ce drame qu' est la mortalité maternelle et néo-natale que se sont tenues plusieurs conférences et rencontres aussi bien à Bamako que dans d'autres pays , il s'agit entre autres de :

- l'initiative pour une maternité sans risque tenue au SRI LANKA en Octobre 1997 qui a identifié certaines priorités (31).
 - la spécification du contenu et des objectifs de la consultation prénatale
 - la centralisation de l'évaluation des programmes de santé maternelle sur les indicateurs de processus et les indicateurs de couverture
 - le renforcement au niveau des hôpitaux de référence, de la couverture et de la qualité des soins obstétricaux

- Vision 2010 tenue à Bamako en 2002 par les premières dames de la sous région et dont les objectifs étaient (29) :
 - obtenir l'engagement et le soutien politique en faveur de la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale
 - faire plaidoyer en faveur des politiques de promotion notamment l'affectation des ressources pour l'amélioration des soins de santé maternelle et du nouveau-né.
 - Augmenter le niveau de connaissance sur l'ampleur de la mortalité maternelle et néo-natale en Afrique de l'Ouest et du centre.
 - Partager les expériences en matière de réduction de la mortalité maternelle et néo-natale dans la région.

C'est dans ce cadre que la césarienne est rendue gratuite sur toute l'étendue de la république . En effet la césarienne joue un rôle très important dans les SOU

Des études ont été effectuées dans ce sens dans certains pays développés et les chiffres en témoignent : selon le Professeur **ALBERECHT H** (5) en 1970 5 à 6% des accouchements aux U.S.A et 7% des accouchements en Allemagne se faisaient par césarienne ; en 1987, ces taux ont atteint 25% aux Etats-Unis et 16% en Allemagne Fédérale. Quant à Sureau (55) il trouve que 40% des accouchements au Brésil se faisaient par césarienne (ce taux atteint 80% dans certaines régions de ce pays) **BARRIER J** (13) à l'hôpital du collège universitaire Galway en Irlande, les taux sont passés de 6,06% en 1973 à 10,18% en 1987.

Malgré tout au Mali la césarienne reste peu pratiquée 0,8% alors que la norme souhaitée est de 5 à 15%. Dans le district de Bamako le taux de césarienne est de 3,5%. Elle est de nos jours proposée dans de nombreux cas car ces indications jadis limitées aux dystocies mécaniques et aux obstacles praevia, se sont beaucoup élargies ces vingt dernières années (49)

Cet élargissement des indications de la césarienne ci-dessus cité répond au souci constant de l'obstétricien d'améliorer au maximum le pronostic fœto-maternel des accouchements (50)

Mais est-ce dire que l'issue de la césarienne est toujours favorable ?

C'est pour répondre à cette question que nous nous sommes fixés certains objectifs.

OBJECTIVAS

OBJECTIF GENERAL :

- Analyser les résultats de l'étude des césariennes effectuées au centre de santé de référence de la CIV du district de Bamako

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence de la césarienne
- Déterminer la fréquence des complications post césariennes ainsi que leur nature
- Déterminer les facteurs de risques des complications post- césariennes
- Préciser la mortalité et la morbidité périnatales
- Faire des suggestions en vue d'améliorer l'issue de la césarienne donc le pronostic fœto- maternel.

GENERALITIES

1. HISTORIQUE DE LA CESARIENNE

L'historique 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 était 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 dérive étymologiquement du latin « CAEDERE » = 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.

Après cette période légendaire, la seconde étape de la césarienne dure environ trois siècles de 1500 à 1800, durant lesquels, elle apparaît comme un véritable pis-aller à cause de l'incertitude qui la caractérisait.

Les faits marquants de cette période :

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

. **1581** : François ROUSSET publie le « Traité nouveau d'hystérotomie ou enfantement césarien » qui est le premier traité sur la césarienne en France.

. **1656** : MERCURIO dans « La Comore o'orioglitrice » préconise la césarienne en cas de bassin barré.

. **1721** : MAURICEAU, comme AMBROISE PARE dans un second temps, condamne la césarienne en ces termes : « lettre pernicieuse, pratique empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi fatale de la femme.

BAUDELLOCQUE fut un grand partisan de la césarienne à l'époque (seconde moitié du 18^e siècle).

. **1769** : Première suture utérine par LEBAS au fil de soie.

. **1788** : introduction de l'incision transversale de la paroi et de l'utérus par LAUVERJAT.

. **1826** : césarienne sous péritonéale par BAUDELOCQUE

. **1876** : introduction de l'extériorisation systématique de l'utérus suivie de l'hystérotomie en bloc après la césarienne par PORRO qui pensait ainsi lutter contre la péritonite, responsable de plupart des décès. La mortalité maternelle était de 25% et de 22% pour l'enfant sur une série de 1907 intervention de PORRO effectuées entre 1876 et 1901.

La troisième étape de la césarienne, celle de sa modernisation, s'étale sur un siècle environ. Elle n'aurait pas vu le jour sans l'avènement de l'asepsie et l'antisepsie qui ont suscité des espoirs illimités. De nouvelles acquisitions techniques ont réussi à conférer à l'intervention une relative bénignité :

. suture du péritoine viscéral introduite par l'Américain ANGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences.

. suture systématique de l'utérus par les Allemands KEHRER et SANGER en 1882
extériorisation temporaire de l'utérus par PORTES.

. Frank en 1907, imagina l'incision segmentaire basse et sa péritonisation secondaire par le péritoine préalablement décollé. Ce fut là « une des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne » selon SHOKAERT, mais sa diffusion fut extrêmement longue car l'habitude est toujours difficile à vaincre.

. **1908** : PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait déjà été évoquée par certains anciens.

. **1928** : découverte de la Pénicilline G par Sir Alexander FLEMMING.

2. RAPPELS ANATOMIQUES

En matière de césarienne, deux éléments méritent d'être étayés .

Il s'agit de :

L'utérus gravide parce que c'est l'organe sur lequel s'effectue la césarienne et de la filière pelvi-génitale dont beaucoup de facteurs peuvent être à l'origine des l'indications de césarienne.

2.1. L'utérus non gravide

L'utérus non gravide est un organe musculaire creux destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son développement et à l'expulser à terme.

2.1.1 Description

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

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

2.1.2 Orientation de l'utérus

Normalement, il est en anteflexion et antéversion.

2.1.3 Dimensions de l'utérus

Chez la multipare, la hauteur est de 6,5 cm, la largeur de 4 cm et l'épaisseur de 2 cm. Il pèse 50 g, sa capacité est de 2 à 3 ml.

2.1.4 Structure de l'utérus

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

2.1.5 Les moyens de fixité de l'utérus

Ce sont de puissants ligaments. Il s'agit essentiellement :

- du ligament rond
- du ligament large
- du ligament utéro-ovarien
- du ligament utéro-sacré
- du ligament vesico-utérin

2.1.6 La vascularisation de l'utérus

- artérielle : elle est assurée par l'artère utérine qui naît de l'artère iliaque interne
- veineuse : qui se divise en deux voies veineuses, une principale et l'autre accessoire
- lymphatique : se draine surtout le long des vaisseaux lombo-ovariens pour aller dans les ganglions latéro-aortiques.

2.2. L'utérus gravide

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

Volume : Merger (40)	hauteur	largeur
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

A terme l'utérus pèse environ 900 à 1200 g. sa capacité est de 4 à 5l.

Le col utérin se relâche, devient mou, plus ou moins effacé ou dilaté, partiellement intra vaginal, pauvre en éléments musculaires.

Les artères et les veines augmentent de calibre et de longueur et deviennent sinueuses.

Si toutes ces modifications sont nécessaires au bon déroulement soit de la grossesse, soit de l'accouchement d'une manière générale, une cependant a un intérêt particulier dans la césarienne : c'est la modification morphologique avec l'apparition au dernier trimestre de la grossesse du segment inférieur qui constitue avec le corps et le col les

trois parties de l'utérus gravide. Sauf cas particuliers, tous les auteurs sont unanimes à reconnaître que l'incision de la césarienne doit porter sur le segment inférieur. « Ce n'est pas une entité anatomique définie » selon LACOMME. Son origine, ses limites, sa structure faisant l'objet de discussion entre les auteurs, nous nous limiterons à rappeler ses rapports dont la méconnaissance pourrait favoriser la survenue de complications per-opératoires :

- en avant : -le péritoine vésico-utérin épaissi par l'inhibition gravidique et facilement décollable
- la vessie, qui, même vide reste au-dessus du pubis. Elle est décollable et peut être refoulée vers le bas

- latéralement : la gaine hypogastrique contenant les vaisseaux utérins, croisés par l'uretère
- en arrière : -c'est le cul-de-sac du Douglas séparant le segment inférieur du rectum et du promontoire

- la dextrorotation de l'utérus gravide : lors de la grossesse, l'utérus est un peu basculé vers la droite. Ce qui entraîne une incidence sur l'installation de la patiente au cours de la césarienne. Ainsi, si on veut effectuer l'incision segmentaire sur l'utérus, à savoir c'est le côté gauche qui se présente de plus. Donc, il est préférable de tenir compte de cette rotation. On va de gauche vers la droite, mais plus large à droite après une boutonnière.

2.3. Rappels anatomiques du bassin osseux : le canal pelvi-génital

Il comprend 2 éléments :

- le bassin
- le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée.

2.3.1. Le bassin

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs ; constitué par les 2 os iliaques en avant et latéralement, et par le rectum 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 ici que le petit bassin. Celui-ci est formé de 2 orifices supérieur et inférieur séparés par une excavation.

2.3.1.1. Le détroit supérieur ou l'orifice supérieur

- c'est le plan d'engagement du fœtus, séparant le petit bassin du grand bassin. Il est formé par :
- en avant : le bord supérieur de la symphyse pubienne et le corps du pubis, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées.
- De chaque côté les lignes innominées et le bord antérieur des ailerons sacrés
- En arrière : le promontoire.

Diamètre du détroit supérieur :

- diamètres antéro-postérieurs :
 - promonto-suspubien = 11 cm
 - promonto-retropubien = 10,5 cm
 - promonto-souspubien = 12 cm.
- diamètre obliques : allant de l'éminence iliopectiné à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12 cm. Ils sont d'une importance capitale dans l'appréciation du bassin asymétrique.
- Diamètres transversaux : le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus. Il mesure 13 cm.
- Diamètres sacro-cotyloïdiens : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurant chacun 9 cm. Il est très important dans le bassin asymétrique.

2.3.1.2. L'excavation pelvienne

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

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

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

2.3.1.3. Le détroit inférieur ou l'orifice inférieur

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

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

Diamètre du détroit inférieur

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

Tels sont là les différents éléments constitutifs du bassin obstétrical normal. Nous ne nous aventurerions pas dans les variations morphologiques explicitées par CALDAWELL et MOLOY, THOMS et autres... Nous rappelons seulement que la modification, surtout la diminution prononcée, isolée ou globale des diamètres surtout au détroit supérieur constitue des obstacles à la progression du mobile fœtal faisant recourir à la césarienne.

2.3.2. Le diagnostic pelvi-génital

c'est un ensemble musculo-aponévrosique qui ferme en bas la cavité pelvienne. C'est le périnée anatomique. Il se divise en :

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

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

3. REVUE DE LA LITTÉRATURE DE LA CESARIENNE

3.1. Définition

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

3.2 Fréquence

En augmentation régulière depuis le début du siècle, la fréquence des opérations césariennes s'est maintenant stabilisée pour la plupart des auteurs entre 5 et 14%. Les grandes variations des chiffres fournis par la littérature dépendent essentiellement du degré de risque des effectifs analysés ainsi que les attitudes et des options particulières de chaque obstétricien ou école obstétricale.

3.3 Indications et leurs évolutions

3.3.1 Indications

Comme nous l'avons déjà signalé, les indications de la césarienne sont actuellement très nombreuses. Cet élargissement des indications est dû à plusieurs facteurs : le souci qu'ont les obstétriciens de faire baisser par tous les moyens la mortalité périnatale, l'amélioration des moyens techniques de surveillance de la grossesse et de l'accouchement mais aussi la convenance personnelle comme le disait EASTMAN cité dans l'E.M.C. « J'ai plus souvent regretté de n'avoir effectué une césarienne que d'avoir posé une indication abusive » (59)

La fréquence des indications pose alors des difficultés de classification. Celle-ci peut se faire selon la chronologie par rapport au début du travail, selon l'intérêt maternel, fœtal ou mixte...

Aucune ne fait certes l'unanimité mais on sait qu'une césarienne repose sur l'association d'indications relatives, c'est à dire sur un faisceau d'arguments (48) Nous adopterons la classification analytique.

A. Les dystocies mécaniques

- Les disproportions foeto - pelviennes :

Cette notion renferme en réalité 2 entités nosologiques distinctes : il s'agit soit d'une étroitesse du canal pelvi-génital, soit d'un excès de volume du fœtus ; l'une ou l'autre constituant une entrave à la progression du mobile fœtal (48 ;63). La pelvimétrie associée à l'échographie permettent la réalisation du diagramme de MAGNIN, très important dans le pronostic de la traversée par le fœtus de la filière pelvienne. Les principales étiologies des dystocies qui en résultent sont :

- bassin ostéomalacique : l'ostéomalacie réalise une déminéralisation osseuse diffuse le bassin atteint est déformé avec enfoncement du sacrum entre les 2 os iliaques ;
- bassin traumatique avec gros cal
- bassin de forte asymétrie, congénitale ou acquise
- les bassins généralement rétrécis : tous les diamètres sont réduits. Le bassin est complètement exploré à l'examen clinique ou toucher vaginal.
- bassin « limite » : au toucher vaginal le promontoire est atteint. Dans la grande majorité des cas, la césarienne n'est indiquée qu'après l'échec de l'épreuve du travail de l'accouchement ou s'il y a autres facteurs associés.
- excès de volume fœtal : il peut être global, c'est le gros fœtus dont le poids est supérieur à 4 kgs (1) ou isolé le cas le plus fréquent étant l'hydrocéphalie.

--Les obstacles praevias :

- kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolabant dans le douglas
- placenta praevia recouvrant

-les présentations dystociques :

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

-le présentation du front : la variété frontale est la plus dystocique : les repères sont les yeux, la racine du nez.

-la présentation de face : le repère est le menton. C'est la variété mento-sacrée qui est la plus dystocique (40)

-la présentation du siège : dans la majorité des cas, ne conduit à la césarienne que lorsqu'il s'associe à d'autres facteurs. Longtemps considérée comme une présentation eutocique, le siège est aujourd'hui considéré par certains auteurs comme « potentiellement dystocique ». (48)

B. Les dystocies dynamiques :

Les dystocies dynamiques pures sont actuellement rares du fait de la meilleure connaissance de leur physiologie et de la thérapeutique adéquate qu'on y oppose. Il faut cependant avoir à l'esprit que l'arrêt de la dilatation au cours du travail d'accouchement peut être la traduction d'une dystocie mécanique parfois difficile à cerner.

C. Les indications liées à l'état génital

- la présence d'une cicatrice utérine :

Elle pose le problème de sa solidité et de sa résistance qui est variable selon le moment où la césarienne a été effectuée ou selon qu'elle soit segmentaire ou corpéale.

L'idée première « Onc's a cesarean, always a cesarean »(30) est considérée actuellement par la plupart des auteurs comme caduque. Un antécédent de césarienne conduit à une nouvelle césarienne lorsque la cause persiste. Parfois, après vérification de l'état de la cicatrice par l'hystérosalpingographie, lorsqu'elle est suspectée, on tentera l'épreuve sur cicatrice. Cette épreuve doit être abandonnée en cas d'apparition de souffrance fœtale, de signes de prérupture, d'arrêt de la dilatation ou de baisse de la pression intra-cavitaire au cathétérisme intra-utérin.

Les utérus bi-cicatriciels ou plus imposent la césarienne. Les cicatrices des sutures utérines pratiquées en dehors de la grossesse (myomectomie, hystéroplastie, etc...) sont en général de bonne qualité mais les circonstances dans lesquelles elles sont effectuées imposent parfois la césarienne prophylactique.

-les malformations génitales :

Elles peuvent conduire ou non à la césarienne selon le contexte. Mais il faut savoir qu'elles peuvent être découvertes au cours d'une césarienne pour dystocies dynamique ou mécanique.

-pré rupture et rupture utérine :

Ce sont des urgences extrêmes.

-Existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparé : les antécédents de déchirure compliquée du périnée.

- autres lésions –les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales
- les prolapsus génitaux.

On y ajoute les lésions ou anomalies telles que cancer du col, les diaphragmes transversaux du vagin, les volumineux kystes vaginaux.

D. Indications liées aux annexes fœtales

-le placenta praevia conduit à la césarienne dans 2 circonstances : soit parce qu'il est recouvrant, soit parce qu'il est hémorragique.

-L'hématome retro-placentaire dans sa forme dramatique conduit à la césarienne

-procidence du cordon battant

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

E. Pathologies gravidiques

-Maladies préexistantes aggravées :

- HTA (2 à 9% selon la littérature) : elle impose la césarienne en urgence lors des accidents aigus qui mettent en jeu la vie du fœtus et de la mère : éclampsie, hématome retro-placentaire. Par ailleurs, la gravité de l'atteinte maternelle (uricémie > 60mg/litre) et l'hypotrophie fœtale sévère, la souffrance chronique avec greffe d'une SF aiguë peuvent conduire à la césarienne.
- Cardiopathie sur grossesse reste une indication formelle de césarienne, même si l'intervention reste dangereuse.
- Diabète : l'intervention est décidée aux alentours de la 37^e S.A. dans un but préventif de sauvegarde fœtale. De nos jours toutes les parturientes diabétiques ne sont pas systématiquement césarisées.

-Autres affections :

- Les antécédents cérébraux vasculaires ou tumoraux
- Les hémopathies malignes (maladie de Hodgkin)
- Les cancers du col constituant un obstacle praevia
- L'ictère avec souffrance fœtale

- La maladie herpétique, vulvo-vaginite
- Troubles respiratoires avec hypo-ventilation
-

Cette liste n'est pas exhaustive. De nombreuses indications circonstanciées existent.

-l'allo-immunisation foeto-maternelle : la césarienne est indiquée dans les cas d'atteinte grave et l'accouchement est le plus souvent prématuré. Le diagramme de Lilley est d'un apport utile.

F. La souffrance fœtale

C'est la première indication pour beaucoup d'auteurs. Elle peut être aiguë ou chronique. Sa fréquence selon la littérature varie de 20 à 25%. Elle est l'une des causes de la hausse du taux des césariennes dans le monde. On la rencontre en général dans le cadre d'une pathologie materno-fœtale..

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

La souffrance fœtale aiguë survient au cours du travail d'accouchement. Elle peut survenir sur une souffrance fœtale chronique : alors redoutable ; ou être la résultante d'une mauvaise conduite du travail.

Le diagnostic de la souffrance fœtale se fait par l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et par la mesure du potentiel hydrogène intra utérin (PH).

G. Autres indications fœtales

-Malformations fœtales :

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

-Prématurités :

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

-Grossesses multiples

* **Grossesses géminaires** : en l'absence d'une souffrance fœtale chronique du premier jumeau qui conduit à la césarienne , les télescopages entre les jumeaux et les mauvaises présentations du deuxième jumeau risquant d'entraîner des traumatismes en cas de manœuvre de version, imposent aussi la césarienne.

* **Grossesses multiples** : (plus de 2 fœtus)

Dans la majorité des cas la femme accouche par césarienne.

-**Mort habituelle de fœtus** : lorsqu'elle survient régulièrement à la même date, il faut pratiquer la césarienne une semaine auparavant.

-**Enfant précieux** : sans hiérarchisation de la valeur des enfants, cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.

La faible fécondité des naissances programmées, l'existence de pathologie maternelle limitant les possibilités de grossesse exigent de minimiser les traumatismes obstétricaux dans leurs répercussions fœtales en terminant la grossesse par une césarienne.

-**la césarienne post-mortem** :

elle repose sur certains principes édictés par DUMONT :

-grossesse d'au moins 28-29 semaines ;

-B.D.C.F. présents avant l'intervention ;

-le délai est d'au plus 20 mn après le décès maternel ;

-la réanimation maternelle doit être poursuivie jusqu'à la fin de l'intervention.

H. La césarienne vaginale :

Elle s'effectue exclusivement sur les prématurés pour lever l'obstacle cervical chez les femmes menacées par une pathologie grave et surtout en l'absence d'une dystocie mécanique.

4.3.2 Evolution des indications

Les indications de la césarienne ont beaucoup évolué, et l'évolution n'est certainement pas terminée. D'abord destinée à éviter un obstacle praevia ou à triompher d'une anomalie irréductible de la dilatation du col, elle a nécessairement perdu du terrain dans un domaine où la pathologie est devenue à la fois plus rare et moins grave. En revanche d'autres indications se sont multipliées, en particulier les indications d'ordre médical et plus encore celles qui tiennent aux fœtus. La pensée constante de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxies ou de

traumatisme, le rend beaucoup plus large sur les indications. Il faut noter que deux éléments sont venus modifier la situation antérieure : d'une part les raisons médicales amenant le plus souvent à terminer la grossesse chirurgicalement dans l'intérêt de la mère et de l'enfant ;

d'autre part, une meilleure connaissance de l'état global liée à la surveillance instrumentale entraîne l'augmentation des interventions obstétricales tant au cours de la grossesse que pendant le travail d'accouchement.

D'une manière générale, l'élargissement des indications aux opérations césariennes a contribué à l'amélioration du pronostic obstétrical tant fœtal que maternel. Il est cependant fondamental de se souvenir que la morbidité et la mortalité maternelle liées à l'accouchement par césarienne restent supérieures aux risques d'un accouchement par les voies naturelles. Alors que certains auteurs estiment que le recours à la césarienne augmente les risques de décès maternels dans une proportion allant de 3 à 7 fois supérieurs en cas d'accouchement par voie basse. Il serait donc abusif de voir dans l'élargissement des indications de la césarienne une solution à tous les problèmes obstétricaux.

La décision d'intervenir par césarienne sera fondée sur des indications toujours plus précises et plus critiques établies à la lumière d'une approche pluridisciplinaire, impliquant non seulement l'expérience de l'obstétricien, mais encore les compétences de l'anesthésiste et du néonotologue grâce à l'introduction en obstétrique de moyen diagnostic, biochimique et biophysique modernes. L'évaluation du risque fœtal s'est considérablement affinée tout en revêtant d'une signification prospective de plus en plus nette. Il s'en suit que l'obstétricien s'est trouvé conduit à repenser l'ensemble des indications des opérations obstétricales et notamment des césariennes.

Un compromis à risque minimal sera ainsi adopté à chaque situation particulière dans le but de ménager en mieux la santé de la mère et de l'enfant.

3.4. Contre-indications

Peut-on parler de contre-indications à la césarienne ? (48)

En dehors d'une malformation fœtale (sauf risque maternel non négligeable), incompatible avec la vie (incurable même chirurgicalement) : Hydramnios, retard de croissance intra utérin sévère. La mort fœtale doit évidemment faire préférer la voie basse, au besoin après embryotomie . Mais ces opérations, rarement pratiquées peuvent être dangereuses pour la mère et nécessitent une dilatation avancée (la césarienne vaginale peut résoudre élégamment ce problème). L'état maternel (CIVD par exemple) peut contraindre à une évacuation utérine rapide par hystérectomie malgré la mort fœtale.

Le défaut de maturité fœtale doit être mis en balance avec le risque de mort fœtale in utero. Dans les centres possédant des équipes de réanimation néonatale entraînées, on a pu reculer les limites de la césarienne jusqu'à 28 semaines. Sauf cas très particulier, il ne semble pas raisonnable de descendre au-dessous de 32 (35)

La césarienne peut être indiquée pour une :

- dystocie fœtale (monstres doubles par exemple avec risque maternel)
- omphalocèles ou laparoscisis.

3.5. Techniques de la césarienne

3.5.1. Boîte de césarienne

Elle est presque la même que les autres boîtes de laparotomie d'urgence. Elle est constituée de :

- une boîte métallique inox, 40x20x10 cm
- une valve de DOYEN ou de RICHARD, trois valves, 80mm
- un écarteur de GOSSET, grand modèle
- un bistouri N° 4
- une paire d'écarteurs de FARABEUF, grand modèle, largeur 15 mm
- deux lames malléables, 28 cm
- une porte-aiguille MAYO-HEGAR, 18 cm
- une paire de ciseaux de METZEMBAUM, courbe 18 cm
- une paire de ciseaux de METZEMBAUM (Nelson), courbe 25 cm
- une pince à disséquer à griffes, 14 cm
- une pince à disséquer à griffes, 25 cm
- une pince à disséquer sans griffe, 25 cm
- six pinces à cœur
- dix pinces de KELLY, courbes, 14 cm
- deux pinces de KOCHER, droites, 14 cm
- deux pinces de FAURE, courbes, 21 cm
- quatre pinces à champ BACKAUS, 10 cm
- deux pinces de BENGOLEA sans dent, courbes, 20 cm.

3.5.2 Technique de la césarienne

Notre objectif n'est pas de décrire toutes les techniques si nombreuses depuis les débuts de l'intervention jusqu'à maintenant. Ainsi, ne seront décrites ici que la césarienne segmentaire et la césarienne corporelle. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustive, c'est pourquoi nous nous contenterons d'un aperçu général.

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

La préparation de l'intervention proprement dite nécessite l'installation de la patiente (légèrement basculée à gauche), l'anesthésie, la perfusion, un ou deux aides, un médecin, une sage-femme et une puéricultrice aseptiquement habillée pour recevoir l'enfant.

3.5.2.1 La césarienne segmentaire

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

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

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

Quatrième temps : Incision transversale ou longitudinale du segment inférieur ; l'un ou l'autre procédés ayant leurs adeptes bien que le premier semble être plus usité selon la littérature.

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

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

Septième temps : suture du segment inférieur qui se fait en un plan avec des points séparés croisés en X sur les extrémités et les points séparés extra muqueux sur les berges.

Huitième temps : suture non serré du péritoine pré-segmentaire avec du catgut 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.

Avantages de la césarienne segmentaire

-Incision autonome du péritoine viscéral possible permettant une bonne protection de la suture

-incision de l'utérus dans une zone qui redeviendra pelvienne

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

-la cicatrisation est d'excellente qualité.

3.5.2.2 . La césarienne corporéale

premier temps : coeliotomie médiane sous et/ou sus ombilical

deuxième temps : mise en place des champs et protection par des valves.

Troisième temps : Incision de l'utérus, longitudinalement en plein corps après son extériorisation préalable ou non.

Quatrième temps : extraction du fœtus par un pied après amniotomie (si la poche des eaux est intacte).

Cinquième temps : c'est la délivrance. Lorsque l'incision tombe sur le placenta (PP antérieur), la délivrance est effectuée avant l'extraction du fœtus.

Sixième temps : suture utérine en deux ou un plan dans toute l'épaisseur de la paroi en respectant la muqueuse.

Septième temps : fermeture plan par plan de la paroi.

Par rapport à la segmentaire, la corporeale n'a que des inconvénients. Ses indications sont :

- les césariennes itératives avec accès difficile ou impossible au segment inférieur du fait des adhérences ;
- les cas où la césarienne doit être suivie d'une hystérectomie (néoplasie du col utérin opérable) ;
- chez les cardiaques où la césarienne est effectuée en position semi assise, césarienne suivie de ligature des trompes
- la césarienne post-mortem.

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

Nous évoquons volontiers la césarienne segmento-corpéale, sachant quand bien même qu'elle est très mal cotée par la plupart des auteurs.

3.5.3. 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 stérilisation
- la myomectomie
- la kystectomie de l'ovaire
- l'hystérectomie

3.5.4. Les complications de la césarienne

Bien que le pronostic de la césarienne soit actuellement bon parce qu'ayant bénéficié des progrès techniques, de l'asepsie, de l'antibiothérapie etc..., la mortalité n'est pas et ne sera jamais nulle, car les indications comme le placenta praevia hémorragique, les infections sévères du liquide amniotique et l'éclampsie existeront toujours redoutables.

Par ailleurs, la morbidité post césarienne n'est pas négligeable, d'où l'intérêt de bien peser les indications. Les complications sont en effet nombreuses. Elles peuvent être per ou post opératoires.

3.5.4.1. Les complications per opératoires

3.5.4.1.1. 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 accreta).

3.5.4.1.2. 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 des lésions traumatiques gréliques ou colliques qui doivent être suturées.

3.5.4.1.3. Les lésions urinaires

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

3.5.4.1.4. La mort maternelle

Au cours de l'intervention.

3.5.4.1.5. Les complications anesthésiologiques

Hypoxie, asphyxie, arrêt cardiaque à l'induction.

3.5.4.1.6. L'hystérectomie d'hémostase

3.5.4.2. Les complications postopératoires

3.5.4.2.1. 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 GRALL : « 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 septicémie.

3.5.4.2.2. L'hémorragie postopératoire

plusieurs sources existent :

-hématome de paroi, justiciable de drainage, type Redon

-saignement des berges d'hystérectomie par hémostase insuffisante

-exceptionnellement, hémorragie vers J10-J15 post opératoire après lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

3.5.4.2.3. Les complications digestives

Iléus paralytique postopératoire fonctionnel, vomissement, diarrhée, subocclusion, voire occlusion.

3.5.4.2.4. La maladie thromboembolique

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

3.5.4.2.6. les complications diverses

ce sont les troubles psychiatriques (psychoses, puerpérales), fistule vésico-vaginale, embolie gazeuse, embolie amniotique.

3.6. Grossesse après césarienne : utérus cicatriciel

.L' accouchement par la voie basse possible, à discuter cas par cas, en fonction de l'indication de la première césarienne ; tout risque surajouté doit faire pratiquer une nouvelle césarienne.

. principe de surveillance de l'accouchement par la voie basse :

-surveillance intensive par tocographie interne recommandée mais qui ne met pas totalement à l'abri d'une rupture utérine.

-expulsion assistée par forceps afin de limiter les efforts explosifs maternels

-révision utérine systématique pour contrôle de la cicatrice d'hystérotomie.



1. CADRE DE L'ETUDE :

Lieu de l'étude

L'étude s'est déroulée dans le centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako.

La commune IV fut créée par l'ordonnance 78-34 / CMLN du 18 Août 1978 et placée sous la tutelle du Gouverneur du district de Bamako. Elle est constituée par 8 quartiers dont le plus ancien est LASSA et le tout nouveau SIBIRIBOUGOU.

La commune IV du district de Bamako a une Superficie de 3768 Km² soit 3768 hectares pour une population de 207834 habitants (source DNSI, recensement Avril 1998).

Le Centre de santé de référence est situé en plein cœur de la commune à Lafiabougou , d'abord PMI de Lafiabougou il a été érigé en centre de référence pour répondre aux besoins de santé des populations de la commune.

Le personnel

Le centre de santé de référence emploie :

- . Un médecin gynécologue obstétricien qui est le médecin chef du centre
- . Un médecin ophtalmologiste
- . Un chirurgien généraliste
- . Deux médecins généralistes
- . Vingt sages femmes
- . Cinq Anesthésistes réanimateurs
- . Trois Infirmières d'Etat
- . Deux techniciens supérieurs de laboratoire
- . Deux techniciens Supérieurs en Odonto-Stomatologie
- . Dix Aides soignants
- . Une gérante de pharmacie
- . Quatre manœuvres
- . Trois chauffeurs
- . Deux comptables

Les locaux

Le centre de santé comporte :

- . Un bureau de consultation gynécologique
- . Un bureau de consultation chirurgicale
- . Un bureau de consultation médical
- . Un bureau de consultation ophtalmologique
- . Un bloc opératoire
- . Une salle d'accouchement
- . Douze salles d'hospitalisations
- . Une unité de CPN
- . Une unité de consultation post-natale
- . Un cabinet dentaire
- . Un laboratoire
- . Un service de prise en charge des tuberculeux
- . Une salle de soins
- . Une morgue

2. METHODOLOGIE

2.1. Type d'étude

Notre étude a été transversale ; descriptive et analytique

2.2. Période d'étude

L'étude s'est déroulée du 08/ 01/2005 au 20/01/06 soit une durée de 13 mois.

2.3. Population d'étude

L'étude avait porté sur les femmes césarisées au CSRef CIV du district de Bamako et leurs nouveau-nés durant la période d'étude et des nouveau-nés issus de ces césariennes.

2.4. Critère d'inclusion

- les parturientes chez qui l'indication de césarienne a été posée et dont l'opération s'est déroulée dans le service.
- Les nouveau -nés issus de ces césariennes

2.5. Critère de non inclusion

Les cas de rupture utérine n'ont pas été pris en compte aussi bien que les femmes césarisées ailleurs et venues pour des complications

2.6. Echantillonnage

l'échantillonnage des unités statistiques (femmes césarisées) à été faite par la méthode non probabiliste. Ainsi nous avons utilisé la technique d'échantillonnage par commodité : les cibles (femmes césarisées) .

la taille sur laquelle l'étude a eu lieu a été de 200 femmes césarisées durant la période d'étude .

2.7. Outils de collectes

Un questionnaire constitué de différentes variables a été élaboré corrigé et pré testé avant d'être appliqué aux femmes césarisées : ceci a permis d'éclairer les questions à compréhension difficile pour les femmes et à élaguer les questions non nécessaires

2.8. Classification des indications de césariennes

La classification des indications de césariennes est une question à discussions et difficile à répondre.

Dans le cadre de notre étude en nous situant sur le plan résolument opérationnel , nous avons utilisé une classification des indications proches de celles de MAILLET (45) et de BOISSELIER (41) et déjà utilisées dans plusieurs études dont celles du Sénégal (17) et du Burkina Fasso (20).

Nous avons retenu une classification des indications de césariennes en 5 groupes.

2.7.1 Urgence absolue

La vie de la mère est en danger immédiat si la césarienne n'est pas pratiquée. C'est le cas de placenta praevia recouvrant hémorragique par exemple. Toutes les urgences absolues concernent la vie de la mère sauf la procidence du cordon avec fœtus vivant qui est l'exception : césarienne de prudence car la vie de la mère n'est pas en danger, elle doit être réalisée dans un temps minimum.

2.7.2 Césariennes obligatoires

Concernent les situations pour lesquelles l'accouchement ne peut être réalisé autrement que par la voie haute (Placenta praevia, présentation anormale excepté le siège, les dystocies mécaniques). L'absence d'intervention expose à la mort maternelle ou à des séquelles très graves.

2.7.3 Césariennes de nécessité

Correspondant à des pathologies de la grossesse ou de l'accouchement généralement accessibles à un traitement médical curatif ou préventif mais qui, en l'absence de surveillance ou de prise en charge pendant la grossesse ou l'accouchement peuvent avoir une évolution défavorable conduisant à une intervention chirurgicale réalisée souvent en urgence pour sauvetage maternel (dystocie dynamique, pathologie hypertensive , autre pathologie maternelle).

2.7.4 Césariennes de prudence

Correspondant à des circonstances pour lesquelles une intervention n'est pas indispensable, l'accouchement par la voie basse est théoriquement possible, mais l'intervention peut apporter dans certains cas un meilleur pronostic vital ou fonctionnel à la mère mais surtout à l'enfant (utérus cicatriciel, présentation du siège, souffrance fœtale aiguë).

2.7.5 Césariennes abusives

Concernent toutes les indications de césarienne par excès ou qui auraient pu être évitées (dystocie dynamique non traité médicalement, bassin limite sans épreuve

de travail correcte SFA, sur la base d'un seul critère liquide amniotique teinté
bradycardie, tachycardie isolée etc.....)

3. ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été saisies et analysées sur un logiciel Epi-info (version 6)

Le test utilisé est le test de khi2 avec un seuil de signification de 5%

Le traitement de texte a été fait sur Word.

4. ASPECTS ETHIQUES

L'étude a été faite avec le consentement éclairé des parturientes et dans la confidentialité. L'anonymat a été gardé dans tous les cas par rapport à l'identité des parturientes.

Les informations recueillies n'ont pas été utilisées à d'autres fins.

RESULTATS

1) Aspect Sociodémographique

Figure1

Répartition des parturientes selon l'âge

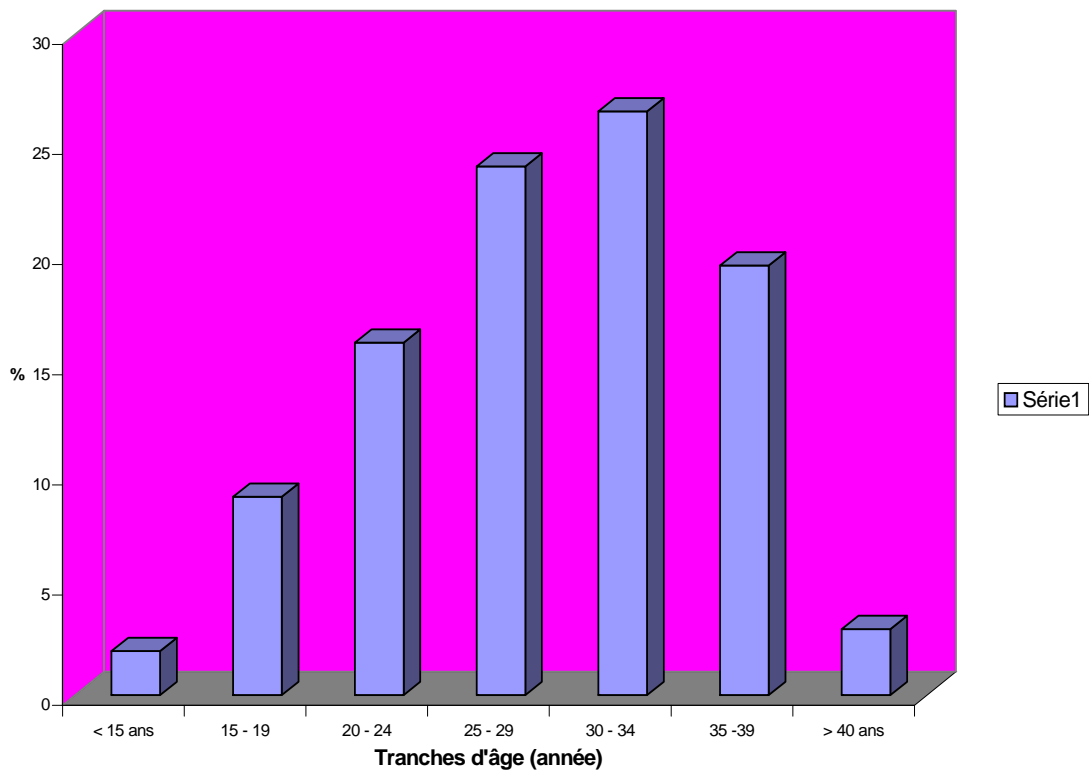


Figure 1

La tranche d'âge de 30 à 34 ans a été la plus représentée avec 26,5%.
L'âge moyen était de 27,5 ans .

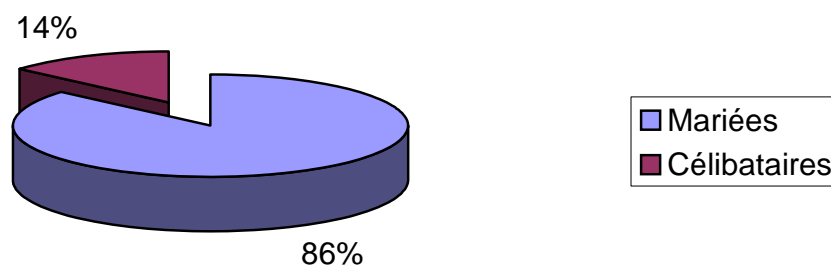
Tableau I : Répartition des parturientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Aides ménagères	5	2,5
Elèves – Etudiants	14	7
Commerçantes	24	12
Fonctionnaires	25	12,5
Ménagères	132	66
Total	200	100

Les ménagères ont représenté 66% (n = 132) de notre population d'étude

Figure2

Répartition des parturientes selon le statut matrimonial



86% (n = 172) de nos parturientes étaient mariées contre 17% (n = 28) de célibataires

2) Mode d'admission

Tableau II : Répartition des parturientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
Evacuées	27	13,5
Venue d'elles mêmes	38	19
Référées	135	67,5
Total	200	100

67,5% (n = 135) de nos parturientes nous ont été référées , 19% (n = 38) sont venues d'elles mêmes et 13,5% évacuées

3) Antécédents obstétricaux

Tableau III : Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste	53	26,5
Paucigeste	84	42
Multigeste	50	25
Grande multigeste	13	6,5

Total	200	100
--------------	------------	------------

Les paucigestes ont été les plus représentées (42% n = 84) de notre population d'étude. Les primigestes ont représenté 26,5% (n = 53)

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la parité :

Parités	Effectif	Pourcentage
Primipares	56	28
Paucipares	87	43,5
Multipares	42	21
Grande multipare	15	7,5
Total	200	100

43,5% de nos parturientes étaient des paucipares.
Les primipares et les multipares ont représenté respectivement 28 et 21% .

4) CPN

Tableau V : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
0	27	13,5
< 4	45	22,5

> ou = 4

128

64

Total

200

100

13,5% de nos parturientes n'avaient pas fait de CPN

22,5% avaient fait moins de 4 CPN et 64% avaient fait plus de 4 CPN

5) Examen obstétrical

Tableau VI : Répartition des parturientes selon la Hauteur Utérine

Hauteur utérine	Effectif	Pourcentage
> 36 cm	39	19,5
< 36 cm	161	80,5
Total	200	100

Nous avons trouvé 19,5% (n=39) de hauteurs utérines excessives.

Tableau VII: Répartition des parturientes selon les BDCF

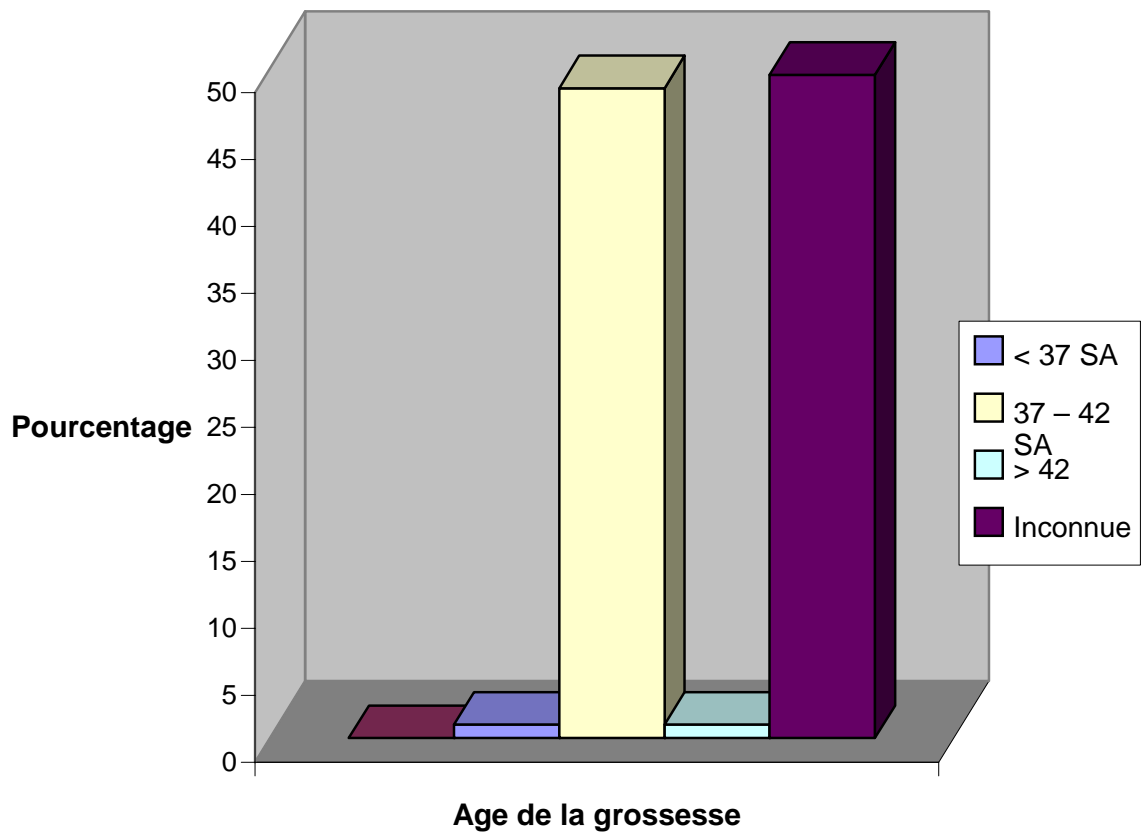
BDCF	Effectif	Pourcentage
0	2	1

> 160	14	7
< 120	20	10
120 – 160	164	82
Total	200	100

82% des nouveau-nés avaient des BDCF normaux
Seuls 2 nouveau-nés étaient en état de mort apparente à la naissance

Figure3

Répartition des parturientes selon l'age de la grossesse



L'âge de la grossesse n'était pas déterminé chez 49,5% (n = 99) de nos parturientes pourtant elles avaient fait des CPN

Figure4

Répartition des parturientes selon la presentation

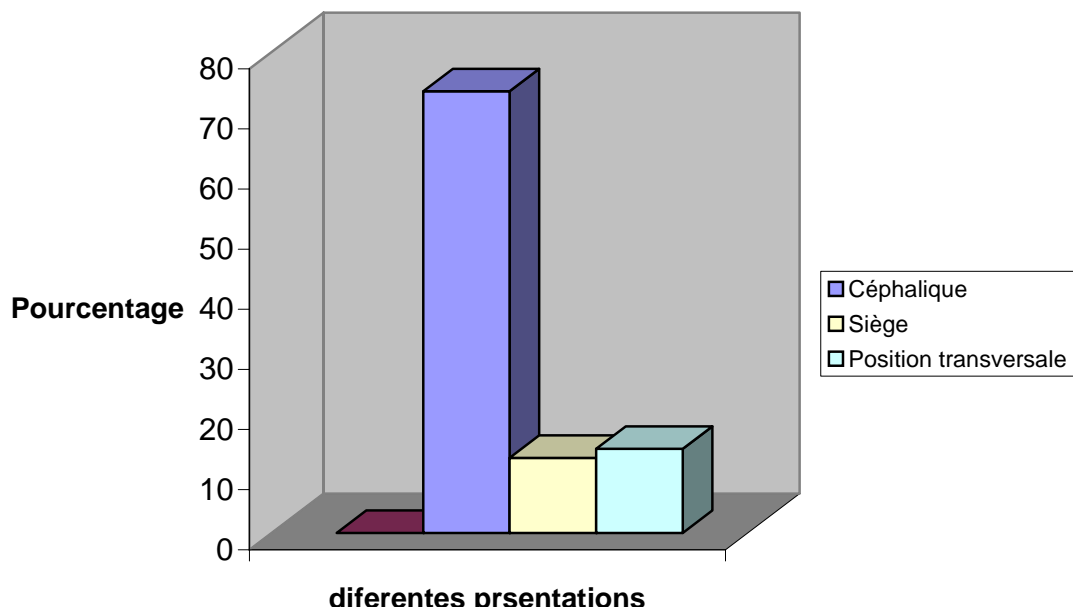


Figure 4

73,5% (n=147) des présentations étaient céphaliques (toutes les formes) contre 28,5% (n= 53) de présentations vicieuses

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon l'aspect du liquide amniotique

Aspect du liquide amniotique	Effectif	Pourcentage
Méconial	5	2,5
Indéterminé	28	14
Légèrement teinté	32	16
Clair	135	67,5
Total	200	100

L'aspect du liquide amniotique indéterminé chez 14% (n = 28) de nos parturientes
Le liquide amniotique était clair dans 67,5% des cas

6) La césarienne

Tableau IX : Fréquence de la césarienne

Accouchements	Effectif	Pourcentage
Nombre d'accouchements	1667	82
Nombre de césariennes	200	12
Total	1867	100

La fréquence de la césarienne a été de 12% dans notre étude.

Tableau X : Répartition des parturientes selon le délai d'action

Délai d'action	Effectif	Pourcentage
> 1 heure	18	9
< 1 heure	182	91
Total	200	100

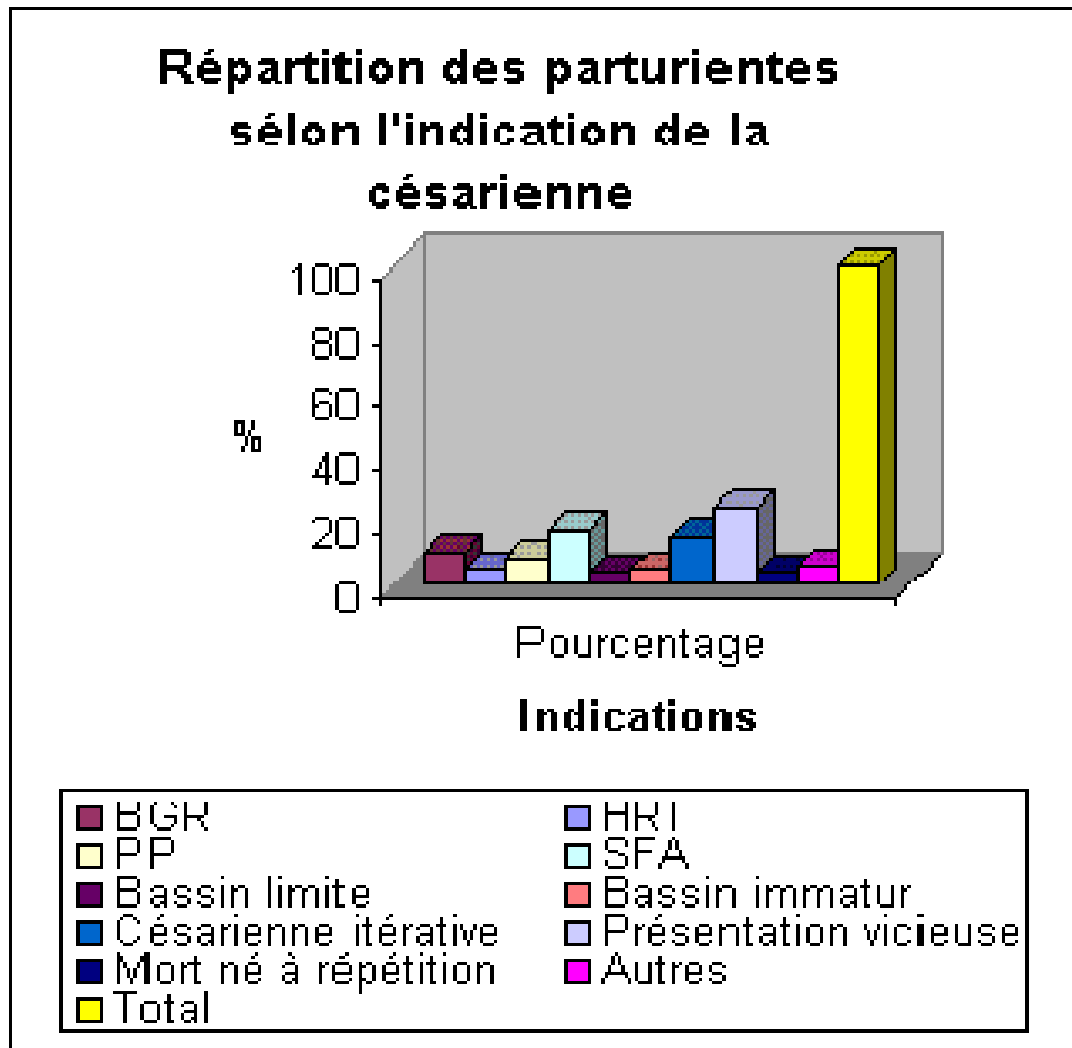
L'intervalle de temps écoulé entre la prise de décision et la réalisation de l'acte opératoire était inférieur à 1 heure dans 91% des cas.

Tableau XI : Répartition des parturientes selon le motif du retard

Motif du retard	Effectif	Pourcentage
Kit non disponible	6	3
2 blocs occupés	12	6
Pas de retard	182	91
Total	200	100

Le principal motif du retard de la césarienne était l'occupation des 2 blocs opératoires dans 6% des cas (n = 12) dans notre série et la non disponibilité du kit dans 3%

Figure5



□

Les indications les plus représentées étaient : les présentations vicieuses avec 24,5% (n = 49), SFA 17,5% (n = 35). Les autres étaient représentées par des grossesses multiples avec J1 en position vicieuse et les césariennes de convenance.

7) Suites opératoires

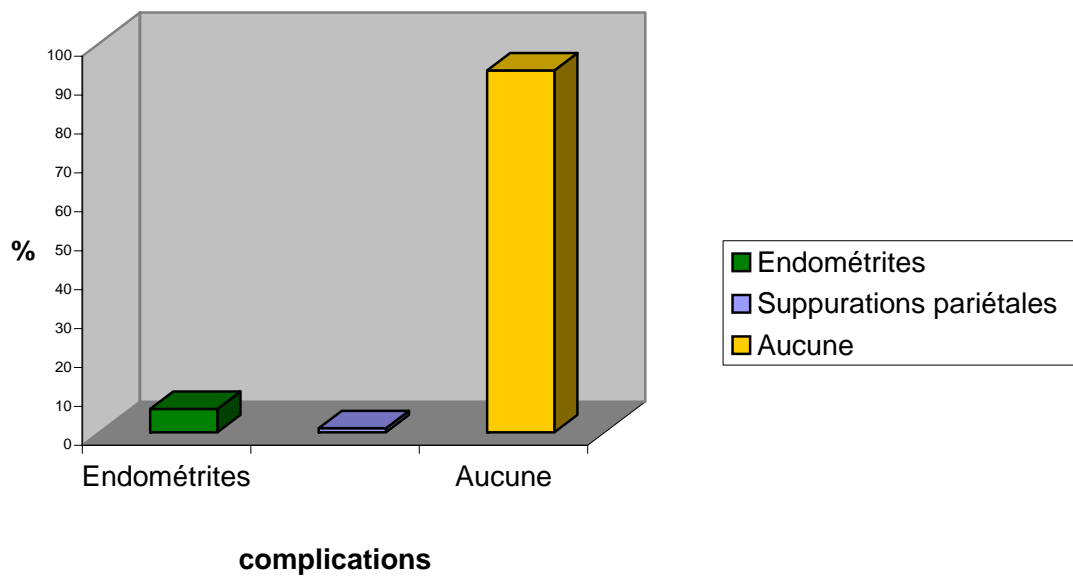
Tableau XII : Répartition des parturientes selon les suites opératoires

Suites opératoires	Effectif	Pourcentage
Compliquées	14	7
Simple	186	93
Total	200	100

Les suites opératoires étaient simples dans 93% (n = 186) des cas et compliquées dans 7% des cas(n=14

Figure 6

Répartition des parturientes selon les types de complications



Les endométrites ont représenté 6% (n = 12) des complications et 1% (n = 2) de suppuration pariétale
93% (n = 186) n'ont pas eu de complication.

8) Nouveau-nés

Tableau XIII : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar

Apgar	Effectif	Pourcentage
0	2	1
< 7	27	13,5
> 7	171	85,5
Total	200	100

Le score > 7 a été observé dans 85,5% des cas et < 7 dans 13,5% des cas

Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

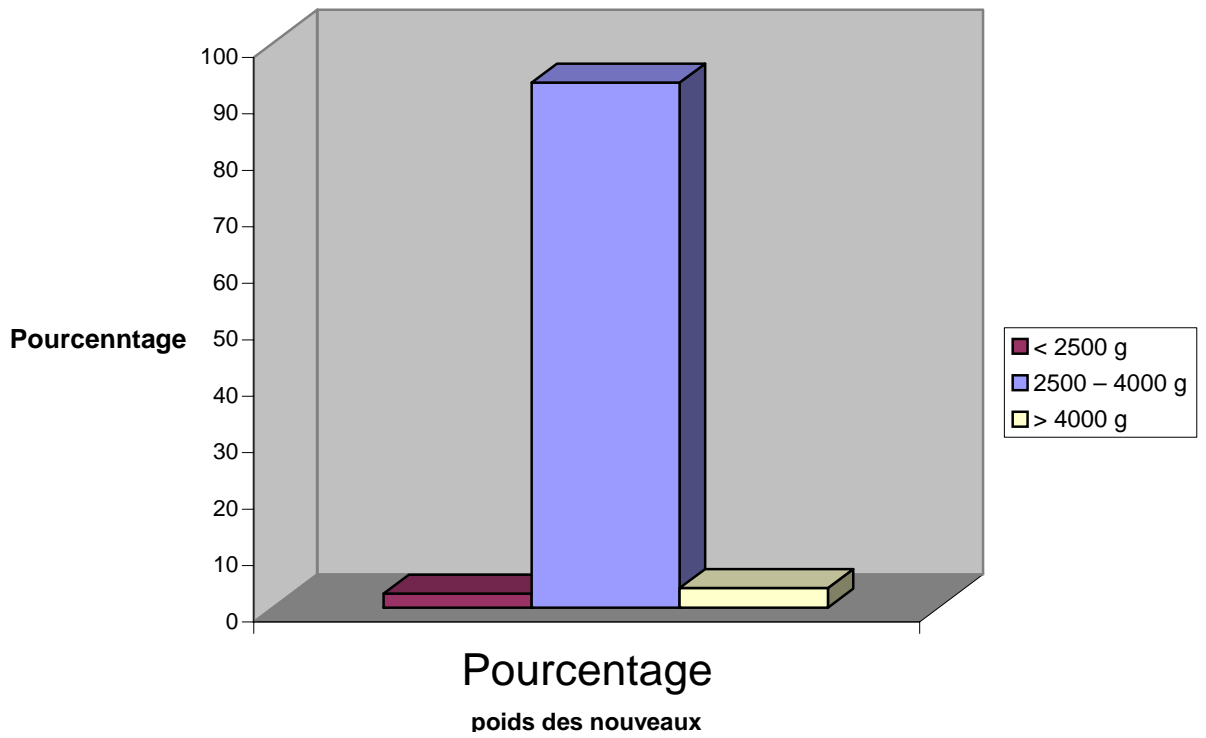


Figure7

94%(n=188)de nouveau- nés avaient des poids normaux contre 2,5% (n=5) de petit poids de naissance et 3,5%(n=7) de gros foetus

9)

Tableau XIV : Répartition des parturientes selon les suites opératoires et l'âge

Suites opératoires	Simple		Complicées		Total	
AGE	n	%	n	%	n	%
< 19 ans	28	14	2	1	30	15
≥ 36 ans	36	18	7	3,5	43	21,5
20-35 ans	122	61	5	2,5	127	63,5
Total	186	93	14	7	200	100

122 /200 soit 61% des parturientes avaient des suites simples et un âge entre 20 et 35ans

P= (0,25 et 0,69) L' âge n'a pas d'influence sur la survenue des complications

Tableau XV : Répartition des parturientes selon les suites opératoires et le statut matrimonial

Suites opératoires	Simple		Complicées		Total	
Statut Matrimonial	n	%	n	%	n	%
Célibataire	25	12,5	2	1	27	13,5

Mariée	161	80,5	12	6	173	86,5
Total	186	93	14	7	200	100

161/200 soit 80,5 étaient mariées et avaient des suites simples

P=1 n'est pas statistiquement significatif

Tableau XVI : Répartition des parturientes selon les suites opératoires et niveau d'instruction

Suites opératoires Niveau d'instruction	Simples		Complicquées		Total	
	n	%	n	%	n	%
	Analphabètes	85	42,5	7	3,5	92
Alphabètes	101	50,5	7	3,5	108	54
Total	186	93	14	7	200	100

42,5% de nos parturientes avaient des suites simples et étaient analphabètes (P=0,75) n'est pas statistiquement significatif

Tableau XVII : Répartition des parturientes selon les suites opératoires et la résidence

Suites opératoires	Simples		Complicquées		Total	
	n	%	n	%	n	%
Hors de Bamako	12	6	8	4	20	10
Commune IV	73	36,5	2	1	75	37,5
Reste de Bamako	101	50,5	4	2	105	52,5
Total	186	93	14	7	200	100

12/200 soit 6% des parturientes résidaient hors du district de Bamako et avaient des suites simples

(P=0,61) n'est pas statistiquement significatif (pas d'influence)

Tableau XVIII : Répartition des parturientes selon les suites opératoires et la profession des parturientes

Suites opératoires	Simples		Complicées		Total	
	Profession des parturientes					
	n	%	n	%	n	%
Ménagère	125	62,5	7	3,5	132	66
Elève/Étudiant	13	6,5	1	0,5	14	7
Commerçantes	22	11	2	1	24	12
Fonctionnaires	22	11	3	1,5	25	12,5
Aide ménagère	4	2	1	0,5	5	2,5
Total	186	93	14	7	200	100

125/200 soit 62,5% de nos parturientes ménagère avaient des suites simples (P=0,71) .La profession ménagère n'a pas d'influence sur la survenue des complications

Tableau XIX: Répartition des parturientes selon les suites opératoires et le retard de césarienne

Suites opératoires	Simples		Complicées		Total	
	Retard					
	n	%	n	%	n	%
Retard	6	3	12	6	18	9

Pas de retard	180	90	2	1	182	91
Total	186	93	14	7	200	100

Sur les 9% des parturientes qui avaient eu un retard de césarienne, 6% ont eu des complications

($P=0,0021$) est statistiquement significative

Tableau XX : Répartition des parturientes selon les suites opératoires et nombre de CPN

Suites opératoires		Simples		Complicquées		Total	
Nombres de CPN		n	%	n	%	n	%
0		90	45	6	3	96	48
< 4		70	35	4	2	74	37
> 4		26	13	4	2	30	15
Total		186	93	14	7	200	100

70/200 soit 35% de nos parturientes avaient des suites simples et pourtant avaient moins de 4 CPN (P=0,23)

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon les suites opératoires et la Gestité

Suites opératoires		Simples		Complicquées		Total	
Gestité		n	%	n	%	n	%
Primigestes		48	24	5	2,5	53	26,5
Paucigestes		76	38	8	4	84	42
Multigestes		62	31	1	0,5	63	31,5
Total		186	93	14	7	200	100

La gestité n'a pas d'influence sur la survenue de complications dans notre étude. (P=0,07 et 0,9)

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon les suites opératoires et la Parité

Suites opératoires		Simples		Complicquées		Total	
Parité	Simples		Complicquées		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Primipares	51	25,5	6	3	57	28,5	
Paucigestes	79	39,5	6	3	85	42,5	
Multigestes	56	28	2	1	58	29	
Total	186	93	14	7	200	100	

3% sur 28,5% de nos primipares avaient eu des complications
(P=0,002) est statistiquement significative

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon les suites opératoires et l'aspect du liquide amniotique

Suites opératoires	Simples		Complicquées		Total	
	n	%	n	%	n	%
Aspect du liquide amniotique						
Meconial	5	2,5	0	0	5	2,5
Indéterminé	26	13	2	1	28	14
Clair	26	13	6	3	32	16
Teinté	129	64,5	6	3	135	67,5
Total	186	93	14	7	200	100

L'aspect du liquide amniotique n'a pas d'influence sur la survenue des complications chez la femme
($\chi^2=27$ P=0,07)

Tableaux XIV : Répartition des parturientes selon les suites opératoires et antécédents médicaux

Suites opératoires		Simples		Complicquées		Total	
ATCD médicaux	n	%	n	%	n	%	
Présent	36	18	3	1,5	39	19,5	
Absent	150	75	11	5,5	161	80,5	
Total	186	93	14	7	200	100	

36/200 soit 18% des parturientes ayant des ATCD médicaux avaient des suites simples.

La présence des ATCD médicaux n'a pas d'influence sur la survenue des complications ($P=0,73$)

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon les suites opératoires et antécédents chirurgicaux

Suites opératoires		Simples		Complicquées		Total	
ATCD chirurgicaux	n	%	n	%	n	%	
Présent	70	35	2	1	72	36	
Absent	116	58	12	6	128	64	
Total	186	93	14	1	200	100	

70/200 soit 35% des parturientes ayant des ATCD chirurgicaux avaient des suites simples.

La présence des ATCD chirurgicaux n'a pas d'influence sur la survenue des complications (P=0,14)

Tableau XXVI : Répartition des parturientes selon les suites opératoires et circonstance de la césarienne

Suites opératoires Circonstance de la césarienne	Simple		Complicées		Total	
	n	%	n	%	n	%
Programmées	25	12,5	0	0	25	12,5
Urgences	161	80,5	14	7	175	87,5
Total	186	93	14	7	200	100

25/200 soit 12,5% des parturientes programmées n'avaient eu des complications
 .14/200 soit 7% des parturientes opérées en urgence avaient eu des complications
 La différence est hautement significative. P=0,001 OR = 4

Tableau XXVII : Répartitions des parturientes selon les suites opératoires et le score apgar du nouveau-né

Suites opératoires Apgar	Simple		Complicées		Total	
	n	%	n	%	n	%
0	2	1	0	0	2	1
<7	24	12	11	5,5	35	17,5
>7	160	80	3	1,5	163	81,5

Total	186	93	14	7	200	100
--------------	------------	-----------	-----------	----------	------------	------------

Le score <7 n'a pas d'influence sur la survenue des complications
)

Tableau XXVIII : Répartitions des parturientes selon la résidence et le score d'apgar du nouveau-né

Résidence Apgar	CIV		Hors CIV		Total	
	n	%	n	%	n	%
<7	3	1,5	26	13	29	14,5
>7	15	7,5	156	78	171	85,5
Total	18	9	182	91	200	100

X²=28 P=0,01 est statistiquement significatif

OR=3,92

Cela signifie qu'une parturiente qui vient de loin a 4 fois plus de chance que son enfant fasse une SFA que celle qui habite non loin du centre de santé

Tableau XXIX : Répartitions des parturientes selon le retard de la césarienne et le score d'apgar du nouveau-né

Rérard Apgar	Retard		Pas de retard		Total	
	n	%	n	%	n	%
<7	16	8	13	6,5	29	14,5
>7	2	1	169	84,5	171	85,5
Total	18	9	182	91	200	100

Le retard de la césarienne une influence sur le score d'apgar du nouveau-né
X²=8,52 P=0,03 est statistiquement significatif

Dans notre étude nous avons enregistré 1% de décès maternels (n=2) et 3,5% de décès périnatal (n=7)

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude a porté sur 200 femmes césarisées dans le service de gynéco-obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV.

Elle avait pour objectif générale d'analyser les résultats des césariennes composé d'objectifs spécifiques.

Les objectifs ont été atteints car la fréquence de la césarienne et des complications ont été déterminées, les facteurs de risques sociaux, obstétricaux et ATCD influençant les suites opératoires ont été identifiés

Le protocole conçu a été respecté pour avoir ces résultats. Ces résultats ne peuvent pas être extrapolés à toutes les femmes, mais seulement à celles qui ont été opérées dans ce centre. Dans ce cas une taille d'échantillon plus élevée aurait donné une plus grande importance à notre étude.

1. Caractéristiques socio-démographiques des parturientes

1.1. Selon l'âge

Pour une population nationale dont 50 % ont moins de 15 ans (41-6), nos parturientes césarisées avaient un âge compris entre 14 - 45 ans avec une fréquence élevée entre 30-34 ans soit 26,5 % , puis entre 25-29 ans soit 24%. L'âge moyen est de 27,5ans.

Ces résultats sont inférieurs à ceux de TOGORA M .(61) qui avait trouvé une tranche d' âge de 19-35 ans avec 67,3% de prédominance. CISSE B (19) avait trouvé 61,17 %.

Notre âge moyen avoisine ceux de COULIBALY I (22) 26 ans, OUEDRAGO C et COLL (45) 26, 3 ans, CISSE T.C (20) 26 ans, B DAO ET COLL (12) 26,26 ans. Il est égal à ceux de ANNIE F (9) 27 ans,. TOKANNOU S. (14) et MBAZUMUTIMA (37) qui ont trouvé 29 ans.

Selon MERCHAOUI (39) l' âge des parturientes Césarisées est sans influence sur le pronostic des césariennes. C'est également le cas dans notre étude.

1.2. Selon le statut matrimonial :

86,5 % des nos de parturientes étaient mariées. Ces résultats sont inférieurs à ceux de TOGORA M. (61) 96,6 % .

Les célibataires ont représenté 11,5 % de notre population d'étude. Ces résultats sont supérieurs à ceux de CISSE B (19) 8,7 % DIALLO C-H (25) 5,6% et ceux de TEGUETE I (57) 9,4 % .

Le statut matrimonial n'a pas d'influence sur le pronostic foeto-maternel des césariennes.

1.3. La profession des parturientes :

66 % des parturientes césarisées sont des ménagères ou exercent une profession libérale informelle (vendeuse artisanale etc...). Ces résultats sont inférieurs à ceux de TOGORA M (61) 80 % , KOUYATE (33) 82,6 % TEGUETE (57) 86,01 %.

Des études faites au BENIN par ALIHONOU et COLL (7-8) ,AGUEMON B. (3) et MZEYIMANAN.I (43), ont relevé la fréquence des complications opératoires dans ce groupe socioprofessionnel, nous ne l'avons pas constaté dans notre étude.

2. Modalités de référence

2.1 Le motif de références

D'une manière générale, les motifs de référence étaient en rapport avec les urgences obstétricales. Il s'agit :

- De l'arrêt de la progression : 30 %
- de la position transversale : 10 %
- de la présentation du siège : 9 %
- de la SFA : 35 %

Ces résultats diffèrent de ceux du cercle de Bla (24) où les références étaient motivées par :

- la DFP représentant (130/221 cas) soit 58,8% des évacuées
- la présentation transversale : 28/221 cas soit 12,7 % des cas

2. 2. Le mode d'admission

67,5% de nos parturientes nous étaient référées contre 19% qui étaient venues d'elles-mêmes.

Ces résultats sont supérieurs à ceux de TOGORA M (61) 51,8 % évacuées contre 45,2 % venues d'elles-mêmes, de CISSE B (19) qui avait trouvé 46 % référées et TEGUETE I (57) 49,35%.

Comparés aux chiffres de la littérature, nos résultats sont comparables à ceux de COULIBALY I. (22) à l'HGT soit 60,56 % ; ANNIE F. (9) 62,4 % et inférieurs à ceux de TRAORE A.F (62) : 91,10 % .

Une analyse des résultats par AGBANGLAC. (2) en 1998 sur la prise en charge des urgences obstétricales, nous permet de dire que le mode d'admission a une influence non négligeable sur le mode d'accouchement.

3. Les Caractéristiques Obstétricales

3.1. La Parité

Les multipares ont représenté 21 % de notre échantillon pour 33,2 % trouvés par TOGORA M (61) et 30,10 % par AOUANOU (10).

Notre étude a montré que la primiparité est un facteur de risque (complications) .

3. 2. Les consultations prénatales:

Dans notre série, 64 % des parturientes avaient bénéficié d'au moins 4 CPN . Ces chiffres sont inférieurs à ceux de ANNIE F (9) BERTHE Y. (14) et TOGORA M. (61) qui respectivement ont trouvé 94,9 % , 93,1 % et 86,1%

Nos chiffres sont supérieurs à ceux de DIALLO CH. (25) et TEGUEIE I. (57) qui ont trouvé 50,2% et 38,2%.

Dans notre étude , 13,5 de nos parturientes n'avaient pas fait de CPN

Parmi nos parturientes césarisées en urgence il y avait des cas de BGR qui avaient pourtant fait plusieurs CPN cela nous amènent à remettre en cause la qualité actuelle de la CPN.

Cela traduit la qualité insuffisante et le caractère non opérationnel des CPN telles qu'elles sont pratiquées actuellement. D'ailleurs il ressort de l'enquête du Sénégal, dans le cadre de l'étude multicentrique sur la mortalité et la morbidité maternelle grave en Afrique de l'Ouest (MOMA) (65) et d'une étude de ALIHONOU et COLL au Bénin (16) que l'absence de CPN ne constitue pas un facteur de risque déterminant .Il Importe quand même que le personnel de santé chargé des consultations prénatales soit reformé et/ou recyclé sur le dépistage des facteurs de risque au cours de la surveillance prénatale.

4. La Césarienne

4.1. La fréquence

Dans notre étude, la fréquence de la césarienne a été de 12%. Ce résultat est comparable à celui de TOGORA M (61) 12,88% et à celui de COULIBALY I (22) 12 ,17% , mais inférieur à celui de CISSE B (19) qui avait trouvé 13,61%. Notre taux est supérieur à celui de DIALLO CH (25) qui a trouvé 7,82%

4.2. Le délai d'action

Il s'agit là du temps écoulé entre la prise de décision et la réalisation de la césarienne. Dans notre étude, le retard de césarienne a été observé dans 9% des cas comparable à celui de TOGORA M (61) 8,90% cela est dû principalement à 2 choses : soit l'occupation des blocs opératoires soit la non disponibilité du kit .

Notre étude a révélé que le retard de césarienne a une influence défavorable sur le pronostic maternel et sur le pronostic fœtal.

4.3 Circonstance de la césarienne

Le pronostic des césariennes programmées est 4 fois meilleur que celui des césariennes d'urgence. Cela peut s'expliquer par les conditions dans lesquelles les césariennes d'urgence sont faites.

4. 4. Les indications de la Césarienne

Les indications des césariennes sont multiples et toute pathologie obstétricale peut en être une (47)

Le souci constant de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie et de traumatisme, tout en ménageant au mieux la santé de la mère, l'amène à être plus large sur les indications.

Nous constatons dans notre étude une augmentation particulière des indications témoignant d'un plus grand souci d'améliorer le pronostic fœtal et maternel de l'accouchement.

Ces préoccupations ne doivent pas faire négliger les conséquences de la césarienne pour la mère ainsi que l'hypothétique qu'elle fera peser sur les accouchements ultérieurs .

Dans la plupart des cas, l'indication de la césarienne était double (mère et fœtus) MELCHIOR et COLL (38) avait retrouvé la même situation ainsi que COULIBALY I. (22).

Les indications , les plus fréquentes de notre étude étaient :

- Les présentations vicieuses 24,5%
- Les souffrances fœtales 17,5 %

- P.P hémorragie 15%
- Les césariennes itératives 15%
- Le BGR 10,5 %
-

Ces différentes indications ont été diversement appréciées par plusieurs auteurs dont la plupart ont relevé la fréquence élevée de la dystocie et des indications fœtales.

Ainsi TOGORA M (61) 2004 a trouvé les indications les plus fréquentes selon l'ordre suivant :

- Les dystocies 50,9 %
- Les souffrances fœtales 25,7%
- Les hémorragies 9,6 %.

ANNIE F (9) en 2001 a trouvé les indications suivantes :

- Les souffrances fœtales 40 % ;
- Les obstacles praevias 34,4 % ;
- Les césariennes itératives 13,8% ;
- Les pathologies maternelles 13,8 %.

JAMET (32) dans une série littéraire sur la césarienne en situation précaire en Afrique avait trouvé :

- Les dystocies mécaniques 30 %
- Les dystocies dynamiques 16 %
- Les présentations dystocique 9,4 %
- La S F A 4,2 %.

5. Le Pronostic Maternel

5. 1. La morbidité maternelle :

Décrire avec précision et objectivité la morbidité induite par la césarienne reste très difficile. En effet, la plupart des publications trouvent des chiffres et des résultats variables puisque certains retiennent les complications, d'autres ne conservent que les anomalies imposant une hospitalisation (36).

Dans notre étude les suites opératoires ont été :

- Simples dans 93% des cas
- Compliquées dans 7 % des cas (**6% d'endométrites et 1% de suppurations pariétales**)

Comparé aux données de la littérature , notre taux est nettement inférieur à ceux de nombreux auteurs. Ainsi, on retrouve les taux suivants :

- AISSA A. GERMAIN (4) 62,8 %
- TISSOT et coll. (60) 13 %
- HADDAO (52) 19,2 %

Notre taux est supérieur à celui de CISSE B. (19) 5 % de complication au CS Réf-CV en 2001 et comparable à celui de TOGORA M (61) 7,6 %

Les complications infectieuses sont en tête de liste. Ce constat a été fait par d'autres auteurs (34, 28, 6, 23, 22, 18, 16) . Ces complications se résument en :

- Suppuration pariétale dans 89,2 % ;
- Endométrite dans 8,3 % ;
- Choc septique dans 1,9 % ;
- Infection urinaire dans 0,6 %.

Les endométrites occupent donc la première place des complications infectieuses dans notre étude, comme l'avaient aussi observées Annie F. (28), DIALLO C.H (25) et BERTHE Y. (14) . TEGUETE I (57) et TOGORA M (61) avait trouvé respectivement en 2^e position puis en 1^e position après et avant les endométrites.

La césarienne est une intervention parfois pourvoyeuse d'hémorragie. Ainsi la prise en charge de ces hémorragies et des cas d'anémie qui en découlent est souvent difficile . En effet, la maternité du CS Réf CIV ne disposant pas de sang de façon permanente et le manque de sang souvent constaté au CNTS retarde considérablement la prise en charge de ces cas.

5. 2. La mortalité maternelle

Dans notre série le taux de mortalité a été de 1% ce taux est comparable à celui de TOGORA M (61) 0,9% , et légèrement inférieur à celui de CISSE B (19) qui avait

trouvé 1,3% ,en 2001 COULIBALY I (22) 3,5% 1996 TEGUETE I (57) avait trouvé 3,88% .

Dans la littérature ont retrouve les taux suivants :

Au Mali :

TRAORE AF(62) en 1986 avait trouvé 17,6%

DIALLO CH (25)en 1990 avait trouvé 10,62%

En Afrique :

7,7% à la maternité de N'Djamena

6 % au Ghana

3 % au Sénégal

En Europe

Le taux de mortalité maternel est passée de 2% à 0,69% de 1975 à 1999

E n analysant ces données on s'aperçoit que la mortalité maternelle par césarienne a considérablement diminué dans la temps.

6 . Le pronostic foetal

L'appréciation du pronostic foetal est faite pendant le séjour post opératoire de la mère dans le service.

6.1. La morbidité :

Dans notre étude nous avons eu 4 nouveaux- nés prématurés qui ont été référés à la pédiatrie ou ils ont été pris en charge et libérés au bout 7 à 10 jours .

En considérant comme morbide tous les nouveau-nés ayant un score d'APGAR<7, comme l'ont précédemment fait d'autres auteurs (ANNIE F, BERTHE Y.), notre taux de morbidité s'élève à 14,5 %. Il est comparable à celui de TEGUETE I (57) 16,19 % , légèrement inférieur à celui de TOGORA M (61) 21,7 et largement inférieur à celui de ANNIE F. (9) 38,8 %, TRAZIE 47,48 % Cité par BERTHE Y. (14) dont le taux de 68,77 % est largement supérieur au nôtre.

Notre étude a montré que la résidence de la parturiente et le retard de la césarienne ont une influence très significative sur le score d'apgar donc sur le pronostic foetal

Très souvent la morbidité est le reflet de la souffrance antérieure plutôt que celle due à la césarienne (11).

La plupart des auteurs ont tendance à montrer qu'un taux élevé de césarienne peut être compatible avec d'excellents résultats néonataux (11, 46, 52, 54, 64).

6.2. La mortalité

Lors du contrôle du 7^e jours nous avons constaté que 3 de nos nouveau-nés étaient décédés. Ces 3 nouveau-nés décédés avaient un score < 7 à la 1^{ère} minute, mais ils avaient été réanimés sur place aux bloc opératoire et avaient atteint un score de 7 à la 5^e minute.

Sur nos 4 nouveau-nés prématurés 2 sont décédés pendant la période d'hospitalisation en pédiatrie.

Au cours de l'étude, nous avons recensé 2 cas de morts-nés et 5 cas de décès de nouveau-nés dans les 7 jours ce qui fait un taux de mortalité périnatale de 3,5 %. Il est inférieur à celui de TOGORA M (61) 9,8 % et ANNIE F(10,1%). Ces taux sont supérieurs à ceux des pays développés.

En France, RACINET C.P et FAVIER M (47) trouvent un taux de 0,93 %.

**CONCLUSION
ET RECOMMANDATIONS**

Conclusion

Entre le 8 Janvier 2005 et le 20 Janvier 2006 s'est déroulée dans le service de gynéco obstétrique dans le CSRef C IV une étude portant sur les résultats des césariennes. La fréquence des césariennes a connu une évolution croissante tout au long des années.

Les proportions des parturientes référées dans notre échantillon étaient de 67,5% et 13,5% évacuées.

Les indications de césariennes les plus fréquentes ont été :

- Présentation vicieuse avec 24,5%
- SFA avec 17,5%
- Césarienne itérative 15%
- PP hémorragique avec 15%
- BGR avec 10,5%

Dans notre étude nous avons noté 7% de complications post-opératoires, 1% cas de décès maternel et 3,5% de morts périnatales.

Nous retenons après cette étude que le pronostic des césariennes programmées est 2 fois meilleurs que celui des césariennes d'urgence car toutes les complications ,les morts nés ,les décès périnatales ont été observés dans la série des césariennes d'urgence. Cela s'explique par les conditions dans lesquels les urgences sont gérées

Nous ne prétendons pas avoir tout dit à ce sujet., nous sommes conscients de ses limites mais nous espérons que ce travail :

- facilitera la recherche en gyneco-obstétrique
- contribuera à améliorer le pronostic materno-foetal des césariennes .

Nous formulons les suggestions suivantes afin d'améliorer la qualité de la césarienne.

Recommandations

Au terme de cette étude, quelques suggestions nous paraissent nécessaires pour améliorer nos résultats et rendre encore plus performant le pronostic fœto-maternel des césariennes en particulier et aspirer à une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement en général.

A l'endroit du gouvernement de la république du Mali en général et du Ministère de la santé en particulier

- Mettre en place un système d'information continue afin que la population puisse comprendre les problèmes qui peuvent être liés à un mauvais suivi de la grossesse
- Former ou recycler le personnel de santé notamment les sages-femmes sur l'intérêt de la CPN et ses objectifs, la référence en temps utile, et sur la qualité de la surveillance du travail.
- Organiser et promouvoir un système d'évacuation et de référence.

A l'endroit du personnel de la santé

- Entreprendre des travaux d'évaluation de la qualité des soins en vue de l'améliorer.
- Savoir référer les parturientes à temps à un niveau supérieur pour minimiser les risques qui sont doubles (maternels et fœtaux) donc regrettables quand ils surviennent.(58)
- Renforcer l'asepsie en salle d'opération et dans la pratique des soins gynécologiques et obstétricaux en général.

A l'endroit des ASACO et des femmes enceintes

- S'organiser en mettant en place des mutuelles pour assurer le déplacement des parturientes et leur prise en charge dans un meilleur délai.
- Faire suivre la grossesse par un médecin ou une sage-femme dès la conception jusqu'à l'accouchement, de manière à ce que les grossesses soient mieux suivies et les complications dépistées à temps.

En effet, nous souhaitons que ce travail soit utile aux différents responsables de la santé maternelle et infantile des pays africains comme il l' est pour nous mêmes.

La santé maternelle et infantile constituent un bon reflet du niveau de développement d'un pays ; sans une politique sanitaire adéquate et volontariste, il ne saurait y avoir un quelconque développement. Avec les programmes d'ajustement structurel en cours, la santé des femmes et des enfants est souvent laissée pour compte, alors que ce sont eux les véritables moteurs du développement. Investir dans ce sens, c'est sûrement jeter les bases pour un développement durable.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIES

1. ABBASSI H . , ABOULFALAH A . , EL KAROUMI M . , BOUHYA S . , BEKKAY M .

<<Epreuve de travail sur utérus bi cicatriciel>>

Etude prospective à propos de 130 cas

J.Gynecol .Obstet. Reprod ;1998,27 :806-810

2. AGBANGLA C.

Prise en charge des urgences obstétricales dans le département de l'Atlantique

Thèse Med ., Cotonou, 1993 , N°554

3. AGUEMON B.

« Contribution à l'étude des suppurations pariétales post opératoires dans le service de chirurgie viscérale du CHU de Cotonou »

Thèse Med, Cotonou 1994, N°584

4. AISSA GERMAIN ALAIN

« Complication maternelle des césariennes (étude rétrospective sur 780 césariennes colligées en 1 an au CHU de Tchieville :Du 1^{er} Janvier 1988 au 31 Décembre 1988) ».Mémoire

Med. CGS.

5. ALBNEACHT H,

« Indications excessive des césarienne » Triangle ,1991 ;31(2) :141-148

6. ALI. Y .

Analysis of caesarean delivery in jimma hospital, South-Western Ethiopia .East Afr Med j 72,1: 60 - 63, 1995.

7. ALIHONOU E. ,TAKPARA I. ,BOUYER J ., ET AL

Mortalité maternelle en République Populaire de Bénin : Causes et stratégies de lutte
In : Réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement .

Paris INSERM/CIE, 1989 :6784

8. ALIHONOU E., HEKPAZO A. , PERRIN R., GBANGBADE S., AGUESSY B ., LALEYE H .,

“Prestation des soins au cours de la gravido-puerperalité en République populaire du Bénin”.

Prévenir ou guérir ?

Rev. Fr .Gynecol .Obstet. 1987-82 (2) 89-95

9. ANNIE SELOME FAGNISSE.

L'opération césarienne à la maternité lagune de Cotonou .

Etude rétrospective de 1995 à 1995 et prospective d'Avril à juin 2000 à propos de 5702 cas

Thèse de med. ;Bamako 20001,N°53.

10. AOUANOU G.K.B.

“Contribution à l'étude de l'opération césarienne à Cotonou”

Thèse Med, Cotonou , 1988 N°373.

11. AZOULEY P et COLL .

Evolution des indications de césariennes de 1986 à 1990 à la maternité de la conception a Marseille (à propos de 1051 cas).

Thèse Med ,Aix- Marseille 2 1992 ,708.

12. B . DAO, B. TOURE ,M BAMBARA, J.P.YARA, A.P. KOALAGA et A.J. BAZIE

<<Indications et suites opératoires de la césarienne en milieu africain :l'expérience de la maternité du centre hospitalier national SOURO SANOU de BOBO DIOULASSO au Burkina Fasso >> Louvain Med. 117 : 96 –101 ,1998.

13. BARRIER J , CIRARU-VIGNERON M , GUYON-TANLYNG et ELHAIK

« Evolution dans les indications de césarienne ,comparaison entre 1971- 1976 et 1976-1979 à la maternité de l'hôpital Louis Mourrier » . J. Gynécol. Obstet .Biol. Reprod., 1985 ; 14 :375-384

14. BERTHE Y.

“Pronostic foëto-maternel des accouchements par césarienne à propos de 218 cas enregistrés au service de gyneco –obstet. de Bouaké en un an .

These Med :Abidjan 1992

15. BESOINS OBSTETRICAUX D'URGENCE AU MALI

Brochure 2002 Bamako ministère de la santé.

16. BIGBWA BIRINGANINE S.

“Contribution à l'étude de l'opération césarienne .A propos de 122 cas recensés aux cliniques universitaires de Kinshasa du 01-01 au 31-12-1997”

17. BOISSELIER , MOGHIORACOS .P , MARPEAU L ,et AL

Evaluation des indications de césarienne de 1977 à 1983 .A propos de 18605 accouchements .J Gynécol. obstétrique biol. .Reprod .1987 :16 :251-60

18. BOUVIER – COLLE M.H., VARNOUX N., BREARTG.,

« Les morts maternelles en France .Analyses et prospectives »

INSERM ED .PARIS , 1994,pp .39 - 47.

19. CISSE BRAHIMA

La césarienne : aspect clinique épidémiologique et prise en charge des complications post opératoires dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V.These de médecine :Bamako Mali,2001,M.27,page 10.

20. CISSE C.T , FAYE E.O, De BENISL , DUJARDIN B ,DIADHIOU F .

césarienne au Sénégal :couverture des besoins et qualités des services . Cahier de santé 1998 ; (5) :369-77

21. CISSE C.T , ANDRIAMADY C , FAYE EO , DIOUF A , BOUILLIN D, DIADHIOU F ,

Indication et pronostic de l'opération césarienne au CHU de DAKAR .

J gynecol .obstet .biol .reproduction .1995 :25 194-7

22. COULIBALY . I. GAOUSSOU

La césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de l'H.G.T de Bamako de 1992 a1996 (A propos 3314 cas)

Thèse de med ., Bamako,1999, N° 85

23. DE MUYLDER X

« Caesarean section mormidity at distrit level in zimbabwe »

Journal of tropical medecine and hygiene, 1989 (92) 2 ,89 – 92

24. DEMBELE R ., DIABATE L ., M HACHEM I, H .DIALLO, D.H. SIDIBE , S. A. BA, A. SHESOKO EMILIE

« Evaluation du fonctionnement du système de référence/ évacuation dans le cercle de Bla d' Avril 1996 à Décembre 1998 »

25. DIALLO C. H.

« Contribution à l'étude de la césarienne à propos d'une série continue de 160 cas au service de gyneco-obstétrique de l'HGT »

Thèse de Med, Bamako (Mali),1990 M.37.

26. ENQUETTE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE MALI II :

EDSII de 1995-page 181

27. ENQUETTE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE MALI III :EDSIII de 2001

28. ERNY R., GAMERE M., MARTIN M.

“complication des césariennes .Mise à jour en Gynécologie Obstétrique”

Vigot, Paris 1981

29. FORUM sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique Occidentale et Centrale :VISION 2010.Mai 2001 au palais de congrès de Bamako

30. HADDAD H., LUNDY L

“ Changing indications for caesarean section” Obstet .Gynecol., 1978 ; 51:133 –137
Deuxième journée d’obstétrique du collège de Gynécologie de Bordeaux et du sud – ouest .18 Novembre 1995 Bordeaux.

31. INITIATIVE POUR UNE MORTALITE SANS RISQUE : Sri Lanka
1997(12)

32. JAMET F., BENO P.,HEDON B., LAFFARGUE F.,

“La césarienne en situation précaire”

Rev. Fr. Gynécol. . en situation précaire, page 48

33. KOUYATE A.S.

« Les aspects démographique et obstétricaux des complication infectieuses post césariennes dans le service de gynéco- obstétrique de l’ HGT »

Thèse de Med . , Bamako (Mali) ,1995 M. 42

34. LANKOANDE J., AKOTIONGA M., SANOU J., TOURE B., ZNRE B., KONE B.,

« Indications et place de la césarienne dans les activités de la maternité du centre hospitalier national Yalgado Ouedrago »

ann. Univers Ouagadougou, Série B ,2 :10-16 ,1994.

35. MAILLET R.,CHALL J.P ; SLOUKGI J .C., DULARD E.,COLETTE C

<< comment réduire le taux césarienne en CHU ? Résumé >>.Rev. F

Gynecol.,1991:84,(4) pp. 294 –300

36. MARES PIERRE

“Mortalité et morbidité de la césarienne”.

Deuxième journées d’obstétrique du collège de Gynécologie de Bordeaux et du Sud ouest .18 Novembre 1995 bordeaux

37. MBAZUMUTIMA K.

Contribution à l’étude de l’opération césarienne .A propos de 2007 cas recensés à la CUGO du 1e janvier au 31 décembre 1997.

Thèse Med. ; Cotonou,1998,N)783.

38. MELCHIOR J ., BERNAR N ., RAOUST R

Evolution des indications de césarienne . CNGOG –Mise à jour en Gynécologie et obstétrique . Vigot ed .,1998 ;13, pp.251265.

39. MERCHAOUI J ., FEKIH M.A., SFAR R.

Facteurs influençant la durée d’hospitalisation après une césarienne.

Rev. Fr.Gyneccol Obstet. , 1992; 1 (92), 17 – 20.

40. MERGER . ,LEVY K .,MELCHIOR J

.<< précis d'obstétrique>> Masson , Paris1989 pp.618-627

**41. MINISTERE DE LA SANTE DE LA SOLIDARITE ET DES
PERSONNES AGEES.**

Cellule Nationale de Planification

Direction Nationale de la Santé

Enquête démographique et de santé au Mali 1996-1997

**42. MINISTERE DE LA SANTE :Guide pour la mise en œuvre de la gratuité de
la césarienne 2006**

43. NZEYIMANA N. I.

“ Les complications de la chirurgie effectuée par voie haute en obstétrique à propos
de 1677 cas recensés à la maternité lagune de Cotonou pour la période du 01-01- au
31-12-1997”

These Med Cotonou ,1998,N° 788.

44. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE :

Nouvelle estimation de la mortalité relevé epid hebd 1996 71 :97-100

45. OUEDRAGO C ,ZOUNGRANAT T, DAO B, BUJARDIN B, KONE B

La césarienne de qualité au centre hospitalier YALGADO OUEDRAGO de
OUAGADOUGOU . Analyse des déterminants a propos de 478cas colligés des
services de gynecol obstet .Médecine d’Afrique noir 2001-48(11) :444

46. PHELAN J.P., CLARK S.L., PAUL R.H.

Vaginal birth after caesarean .Am J obstet Gynecol ,1987, 157 1510 – 1515.

47. RACINE C . , FAVIER M .

« La césarienne :Indications ,techniques ,complications »

Masson , Paris 1984 , 185 pp .

48. RACINE CP., FAVIER A.

« La césarienne » .Masson , Paris , 1984, pp 52

49. RIVIERE M.

mortalité maternelle au cours de l’état gravido-puerperal, avortement excepté.
Introduction générale.

Rev.Fr.Gynecol.Obstet.,1959 ;16 (11) :141-143

50. SAGBO F

Etude des indications de la césarienne à la maternité du CHU de Treicheville à propos 780 cas colligés en 1988 .Mémoire de CES Abidjan 19891

51. SENEGAL , PNUD ,OMS UNIVERSITE COLUMBIA .

Rapport de la deuxième mission d'identification pour la réduction de la mortalité maternelle au Sénégal ,réf SNE/86/007 ; Dakar1989 :99-100

52. SEVENE L.

Evolution des indication de la césarienne au CHU de Rennes.

These Med. Renne , 1986 ,N°143.

53. SOUME BKB : la césarienne à propos d'une série continue de 145 cas en 3ans(01-07-1985 au30-06-1988) au centre régional d'Odienné CES. Cote d'Ivoire

54. SUREAU C., CABROL D, LEBRUN F. et COLL.

L'évolution des indications de césarienne à la recherche du juste milieu .

In :PUECH F., BLANC B., Médecine périnatale, pp 223-228.18e journée nationale, Toulouse 1988. Communications libres. Paris, Arnette,1988.

55. SUREAU C « fait on trop de césarienne ? » Rev prat . 1990(40) ; 24 pp 2270 – 2272

56. TAKANNOU S.

« opération césarienne à la maternité Lagune de Cotonou à propos de 1953 cas recensés de 1989 à 1993 »

Thèse Med ., Cotonou, 1994 , N°619

57. TEGUETE I.

« Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l' hôpital du Point G de 1991 a 1993 (à propos d'une étude de cas témoin de 1544 cas) ».Thèse de Médecine., Bamako (Mali) 1996 M.17 .

58. THIERO M.

“ Evacuation sanitaire d'urgence en obstétrique à l'HGT à propos de 160 cas”

Thèse méd. , Bamako, Mali ; 1995, M17.

59. THOULON J .M.

« Les césariennes » Encyclo .Med .Chir. ;Paris obstétrique, 5102A –10 ;10 –1979

**60. TISSOT GUERRAZ F. , MOUY L. , AGNIEL F. , ANDRE A. ,
REVERDY M.E. , MIELLET C.C , URDA P. , PUTET C , SEPETJAN M. ,
DARGENT D:**

« Infections hospitalières en maternité :trois années de surveillance portant sur 9204 accouchements dont 1333 césariennes »

J.Gynecol. Obstet .Biol. Reprod., 1990; 1 ; (1) pp 19 - 24.

61. TOGORA M

« Étude qualitative de la césarienne au centre de santé de référence de la CV du district de Bamako de 2000 –20002 à propos de 2883 cas »

These Med ., Bamako (Mali).2004 .-135p; .40

62. TRAORE A. F

Etude des complications obstétricales et de la mortalité maternelle à la maternité de HGT .

Thèse Med ., Bamako(Mali). 1989 .M 46.

63. VOLKAER R. , BARRAT J., BASSAT H. et COLL . <<DFP .La grossesse et l'accouchement dystocique>> . Traité d'obstétrique II , 1985 ; 427-457

64. WESTGREN I.M.R

Indication for ceasarean delivery of the low-birth weight infant

In:PHELAN J.P.,LARK S.I.,CAESAREAN Delivery pp 91-98, New York.

Elsevier ,1988.

.

65. ZINZOU R..D. COLL

“La césarienne étude rétrospective de 274 cas” .Med ., d'Afr. Noire .1986 ,33 (3) : 180 - 182

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

- Q1 NON :
- Q2 PRENON :
- Q3 PROFESSION :
- Q4 AGE :
- Q5 ETHNIE :
- Q5 NIVEAU D'INSTRUCTION :
- Q6 RESIDENCE :
- Q7 STATUT MATRIMONIAL :
- Q8 PROFESSION DU CONJOINT :
- Q9 ADRESSE DU CONJOINT :

II MODE DE REFERENCE

- Q10 VENUE D'ELLE MEME :
- Q11 ADRESSE PAR :
- Q12 REFER PAR :
- Q13 HEURE DE PRISE DE DECISION :
- Q14 HEURE DE LA CESARIENNE :
- Q15 RETAR DE CESARIENNE :
- Q16 MOTIF DURETAR :

III DIAGNOSTIC

- Q17 DIAGNOSTIC PREOPERATOIRE :
- Q18 DIAGNOSTIC POSTOPERATOIRE :

IV ANTECEDANTS

- Q19 MEDICAUX :
- Q20 CHIRURGICAUX :
- Q21 GYNECO-OBSTETRICAUX :
- Q21 ACICATRICE UTERINE :
- Q21 BSI OUI POURQUOI :
- Q21 CGESTITE :
- Q21 DPARITE :

- Q21 ENOMBRE D'AVORTEMENT :
- Q21 FCARACTERISTIQUE DE L'AVORTEMENT :

V CPN

- Q22 NOMBRE DE CPN :
- Q23 AUTEUR DE LA CPN :

VI EXAMEN GENERAL

- Q24 TA :
- Q25 POOL :
- Q26 POIDS :
- Q27 TAILLE
- Q28 TEMPERATURE :

VII EXAMEN OBSTETRICAL

- Q29 AGE DE LA GROSSESSE :
- Q30 HU :
- Q31 BDCF :
- Q32 RYTHME DES BDC :
- Q33 MAF :
- Q34 CU :
- Q35 PRESENTATION :
- Q36 METRORRAGIE :
- Q37 POCHE DES EAUX :
- Q38 LIQUIDE AMNIOTIQUE :

VIII CESARIENNE

- Q39 TYPE DE CESARIENNE :
- Q40 TECHNIQUE :
- Q4 GESTES ASSOCIES :
- Q42 INCIDENTS :
- Q43 ACCIDENTS :

IX SUITES OPERATOIRES

Q44 ASIMPLES /...../ COMPLIQUEES /...../

Q44 ACOMPLICATIONS :

Q44 BSI OUI LA NATURE :

Q44 CQUAND :

Q45 ADECES :

Q45 BSI OUI POURQUOI :

Q45 CQUAND :

X NOUVEAU-NES

AJO

Q46 VIVANT :

Q47 NOMBRE :

Q48 REANIME :

Q49 POIDS :

Q50 TAILLE :

Q51 PC :

Q52 SCORE D'APPGAR : 1^{ER} MN 5MN

Q53 MALFORMATION :

Q54 SI OUI PRECISE :

BJ7

Q55 EXAMEN CLINIQUE :

Q56 EXAMEN PARACLINIQUE :

Q57 CAT :

Q58 DECES :

Q59 SI OUI POURQUOI :

RESUME

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : DIARRA

Prénom : Yaye

Titre : Résultats de l'étude des césariennes au C.S.R.ef
CIV du district de Bamako à propos de 200 cas

Année universitaire : 2005 – 2006

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie, obstétrique

RESUME

Du 08 Janvier 2005 au 20 Janvier 2006 s'est effectuée une étude transversale descriptive et analytique sur les césariennes dans le service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence C IV.

L'étude révèle que les parturientes venaient de toutes les Communes du District de Bamako et hors du District. Il ressort également que les référées sont les plus nombreuses 47,5%. La SFA et les présentations vicieuses ont été les premières causes de césarienne avec des fréquences de 17,5% et 24,5 respectivement. Les césariennes itératives ont également une fréquence non négligeable 15%. Nous déplorons 2 cas de décès maternel , 3,5 % de morts périnatales et 7 % de complications tous dans la série des césariennes d'urgence.

Le retard de l'intervention a été retrouvé dans 3,5% des cas.

Le séjour moyen d'hospitalisation a été de 3 jours.

Mot clés : Césarienne - Issue – Pronostic .

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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

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

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

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

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !