

MINISTERE DE L'EDUCATION NATION

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple – Un But – Une Foi

**FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET
D'ODONTO - STOMATOLOGIE**

THESE N°

**LA CESARIENNE AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE KOUTIALA :
INDICATIONS ET PRONOSTICS FOETO-
MATERNELS**

THESE

PRESENTE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

DEVANT

LA FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE, ET D'ODONTO- STOMATOLOGIE

PAR

ABDOUL KARIM COULIBALY

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)**

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT :

Pr. Mamadou TRAORE

MEMBRE DU JURY :

Dr Niani MOUNCORO

MEMBRE DU JURY :

Dr Moustaph TOURE

DIRECTRICE :

Pr. SY Aïda SOW

Année Académique 2006- 2007

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA – PROFESSEUR

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

2^{ème} ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE – MAITRE DE CONFERENCES**

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE – PROFESSEUR**

AGENT COMPTABLE : Mme **COULIBALY FATOUMATA TALL- CONTROLEUR DES FINANCES**

PROFESSEURS HONORAIRES

M. Alou BA	: Ophtalmologie
M. Bocar SALL	: Orthopédie traumatologie secourisme
M. Souleymane SANGARE	: pneumo-phtisiologie
M. Yaya FOFANA	: Hématologie
M. Mamadou L. TRAORE	: Chirurgie générale
M. Balla COULIBALY	: Pédiatrie
M. Mamadou DEMBELE	: Chirurgie générale
M. Mamadou KOUMARE	: Pharmacognosie
M. Ali Nouhoum DIALLO	: Médecine interne
M. Aly GUINDO	: Gastro-entérologie
M. Mamadou M. KEITA	: Pédiatrie
M. Siné BAYO	: Anatomie-pathologie-histoembryologie
M. Sidi Yaya SIM AGA	: Santé publique
M. Abdoulaye Ag RHALY	: Médecine interne

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS :

M. Abdel Karim KOUMARE	: Chirurgie générale
M. Sambou SOUMARE	: Chirurgie générale
M. Abdou Alassane TOURE	: Orthopédie traumatologie, Chef de D.E.R
M. Kalilou OUATTARA	: Urologie
M. Amadou DOLO	: Gynéco-obstétrique
M. Alhoussemi Ag MOHAMED	: O.R.L.
Mme Sy Assitan SOW	: Gynéco-obstétrique
M. Salif DIAKITE	: Gynéco-obstétrique
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie-réanimation
M. Djibril SANGARE	: Chirurgie générale
M. Abdel Kader TRAORE dit DIOP	: Chirurgie générale

2. MAITRES DE CONFERENCES:

M. Abdoulaye DIALLO	: Ophtalmologie
M. Gangaly DIALLO	: Chirurgie viscérale
M. Mamadou TRAORE	: Gynéco obstétrique
M. Filifing SISSOKO	: Chirurgie générale
M. Sékou SIDIBE	: Orthopédie –traumatologie
M. Abdoulaye DIALLO	: Anesthésie –réanimation
M. Tiéman COULIBALY	: Orthopédie – Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	: Ophtalmologie

M. Mamadou L. DIOMBANA : Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE : Gynéco obstétrique
M. Nouhoum ONGOIBA : Anatomie et chirurgie générale
M. Sadio YENA : Chirurgie générale et thoracique
M. Youssouf COULIBALY : Anesthésie –réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS :

M. Issa DIARRA : Gynéco obstétrique
M. Samba Karim TIMBO : Oto-rhino-laryngologie
Mme TOGOLA Fanta KONIPO : Oto- rhino-laryngologie
M. Zimogo Zié SANOGO : Chirurgie générale
Mme Diénéba DOUMBIA : Anesthésie –réanimation
M. Zanafon OUATTARA : Urologie
M. Adama SANGARE : Orthopédie –traumatologie
M. Sanoussi BAMANI : Ophtalmologie
M. Doulaye SACKO : Ophtalmologie
M. Ibrahim ALWATA : Orthopédie –traumatologie
M. Lamine TRAORE : Ophtalmologie
M. Mady MACALOU : Orthopédie –traumatologie
M. Aly TEMBELY : Urologie
M. Niani MOUNKORO : Gynéco- obstétrique
M. Tiemoko D. COULIBALY : Odontologie
M. Souleymane TOGORA : Odontologie
M. Mohamed KEITA : Oto-rhino-laryngologie
M. Bouraïma MAIGA : Gynéco/ obstétrique

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS :

M. Daouda DIALLO	: Chimie générale et minérale
M. Amadou DIALLO	: Biologie
M. Moussa HARAMA	: Chimie organique
M. Ogobara DOUMBO	: Parasitologie –mycologie
M. Yénimégué Albert DEMBELE	: Chimie organique
M. Anatole TOUNKARA	: Immunologie, Chef de D.E.R.
M. Bakary M. CISSE	: Biochimie
M. Abdourahamane S. MAIGA	: Parasitologie
M. Adama DIARRA	: Physiologie
M. Massa SANOGO	: Chimie analytique
M. Mamadou KONE	: Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES :

M. Amadou TOURE	: Histoembryologie
M. Flabou BOUGOUDOGO	: Bactériologie- virologie
M. Amagana DOLO	: Parasitologie
M. Mahamadou CISSE	: Biologie
M. Sékou F. M. TRAORE	: Entomologie médicale
M. Abdoulaye DABO	: Malacologie, biologie animale
M. Ibrahim I. MAIGA	: Bactériologie-virologie

3. MAITRES ASSISTANTS :

M. Lassana DOUMBIA	: Chimie organique
M. Mounirou BABY	: Hématologie
M. Mahamadou A. THERA	: Parasitologie
M. Moussa Issa DIARRA	: Biophysique
M. Kaourou DOUCOURE	: Biologie
M. Bouréma KOURIBA	: Immunologie
M. Souleymane DIALLO	: Bactériologie-virologie
M. Cheik Bougadari TRAORE	: Anatomie pathologie

4. ASSISTANTS :

M. Mangara M. BAGAYOKO	: Entomologie moléculaire médicale
M. Guimogo DOLO	: Entomologie moléculaire médicale
M. Abdoulaye TOURE	: Entomologie moléculaire médicale
M. Djibril SANGARE	: Entomologie moléculaire médicale
M. Mouctar DIALLO	: Biologie parasitologie
M. Boubacar M. TRAORE	: Immunologie
M. Bokary Y. SACKO	: Biochimie
M. Mamadou BA	: Biologie, parasitologie, entomologie médicale
M. Moussa FANE	: Parasitologie entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS :

M. Mamadou K. TOURE	: Cardiologie
M. Mahamane MAIGA	: Néphrologie
M. Baba KOUMARE	: Psychiatrie, Chef de D.E.R.
M. Moussa TRAORE	: Neurologie
M. Issa TRAORE	: Radiologie
M. Hamar A. TRAORE	: Médecine interne
M. Dapa Aly DIALLO	: Hématologie
M. Moussa Y. MAIGA	: Gastro-entérologie hépatologie
M. Somita KEITA	: Dermato léprologie
M. Boubakar DIALLO	: Cardiologie
M. Toumani SIDIBE	: Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES:

M. Bah KEITA	: Pneumo-phtisiologie
M. Abdel Kader TRAORE	: Médecine interne
M. Siaka SIDIBE	: Radiologie
M. Mamadou DEMBELE	: Médecine interne
M. Mamady KANE	: Radiologie
M. Saharé FONGORO	: Néphrologie
M. Bakoroba COULIBALY	: Psychiatrie
M. Bou DIAKITE	: Psychiatrie
M. Bougouzié SANOGO	: Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	: Endocrinologie
M. Adama D. KEITA	: Radiologie

3. MAITRES ASSISTANTS :

Mme TRAORE Mariam SYLLA	: Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	: Dermatologie
M. Daouda K. MINTA	: Maladies infectieuses
M. Kassoum SANOGO	: Cardiologie
M. Seydou DIAKITE	: Cardiologie
M. Mahamadou B. CISSE	: Pédiatrie
M. Arouna TOGORA	: Psychiatrie
Mme DIARRA Assétou SOUCKO	: Médecine interne
M. Boubacar TOGO	: Pédiatrie
M. Mahamadou TOURE	: Radiologie
M. Idrissa A. CISSE	: Dermatologie
M. Mamadou B. DIARRA	: Cardiologie
M. Anselme KONATE	: Hépatogastro-entérologie
M. Moussa T. DIARRA	: Hépatogastro-entérologie
M. Souleymane DIALLO	: Pneumologie
M. Souleymane COULIBALY	: Psychologie
M. Soungalo DAO	: Maladies infectieuses
M. Cheïck Oumar GUINTO	: Neurologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS :

M. Boubacar Sidiki CISSE	: Toxicologie
M. Gaoussou KANOUTE	: Chimie analytique, Chef de D.E.R.
M. Ousmane DOUMBIA	: Pharmacie chimique
M. Elimane MARIKO	: Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES :

M. Drissa DIALLO : Matières médicales
M. Boulkassoum HAIDARA : Législation
M. Alou KEITA : Galénique
M. Benoît Yaranga KOUMARE : Chimie analytique
M. Ababacar MAIGA : Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS :

Mme Rokia SANOGO : Pharmacognosie
M. Yaya KANE : Galénique

4. ASSISTANTS :

M. Saïbou MAIGA : Législation
M. Ousmane KOITA : Parasitologie moléculaire

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR :

M. Sanoussi KONATE : Santé publique, chef de D.E.R

2. MAITRE DE CONFERENCES:

M. Moussa A. MAIGA : Santé publique

3. MAITRES ASSISTANTS :

M. Bocar G. TOURE	: Santé publique
M. Adama DIAWARA	: Santé publique
M. Hamadoun SANGHO	: Santé publique
M. Massambou SACKO	: Santé publique
M. Alassane A. DICKO	: Santé publique
M. Mamadou SOUNCALO TRAORE	: Santé publique

4. ASSISTANTS :

M. Samba DIOP	: Anthropologie médicale
M. Seydou DOUMBIA	: Epidémiologie
M. Oumar THIERO	: Biostatistique
M. Seydou DIARRA	: Anthropologie médicale

CHARGES DE COURS ET ENSEIGNANTS VACATAIRES :

M. N'Golo DIARRA	: Botanique
M. Bouba DIARRA	: Bactériologie
M. Salikou SANOGO	: Physique
M. Boubacar KANTE	: Galénique
M. Souleymane GUINDO	: Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	: Mathématiques
M. Modibo DIARRA	: Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	: Hygiène du milieu
M. Mahamadou TRAORE	: Génétique
M. Yaya COULIBALY	: Législation
M. Lassine SIDIBE	: Chimie organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	: Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	: Pharmacodynamie
Pr Mounirou CISS	: Hydrologie
Pr Amadou Papa DIOP	: Biochimie
Pr. Lamine GAYE	: Physiologie

DEDICACE

Je dédie cette thèse à :

1 Mon père feu Abdoulaye Hatié COULIBALY ;

Qui nous a quitté prématurément, mais dont je garde l'image d'un père rigoureux et réunificateur : merci pour tous les efforts consentis pour l'épanouissement de la famille ; puisse Allah t'accorder sa grâce et son pardon éternel

1 Ma mère, Assitan dite Chata DEMBELE ; nous sommes fiers de t'avoir comme maman et d'avoir reçu de toi une éducation de qualité

Tu n'a ménagé aucun effort pour nous prouver ton amour maternel et l'amour du prochain, ces caractères ont fait de toi une maman exemplaire.

Que Dieu te garde encore longtemps auprès de nous . Amen !

Que ce travail récompense tous tes sacrifices et prières que tu as consentis durant toutes ces longues années.

2 Monsieur Boubacar DEMBELE et Salimata COULIBALY, Moussa DIONI et Rokia COULIBALY

L'amour familial que vous avez entretenu à mon égard a été un atout favorable pour l'accomplissement de ce travail.

Soyez-en infiniment remercier

Vous resterez toujours pour moi l'image de cette entente ; de l'amour, de l'union ; de l'entraide et de la solidarité que les parents nous ont inculqué.

Que Dieu veille sur votre famille, Amen !

3 Mes frères ; sœurs, cousins et cousines

Puisse ce travail être pour vous le témoignage de mon affection.

Que le tout puissant préserve et renforce notre fraternité.

4 Mes tantes et oncles ce travail est le fruit de vos multiples sacrifices et vos bénédictions.

Trouvez ici l'expression de mes reconnaissances et du respect à votre égard.

REMERCIEMENTS

S'adressent à :

5 **Allah** ; le tout puissant ; le clément et miséricordieux, et à son prophète Mohamed (paix et salut sur lui) ; pour m' avoir donner le courage te la santé nécessaire de mener à bien ce travail .

6 **Tous mes maîtres de la FMPOS de l'université de Bamako** dont l'enseignement a contribué à ma formation de médecin ;

7 **Tous les médecins du centre de santé de référence e Koutiala :**
Médecin chef TRAORE, docteur Abdoulaye SANOGO, docteur N'thian MAGASSA , docteur Sedou DIALLO, Docteur Fanta KANTE , Docteur Ami GOITA , Docteur DIARRA

Merci pour votre enseignement de qualité qui a contribué à ma formation de médecin

8 **Familles : Coulibaly, Dembélé, Traoré, Doumbia,**
vos conseils ne m'ont jamais fait défaut . Trouvez ici l'expression de tout mon respect.

9 **Mes amis d'enfance :** Baba KAMATE ; Drissa MARIKO ; Habib TRAORE ; Boubacar MARIKO ; Abdoulaye MACALOU ; Yaya TRAORE ;

En souvenir des bons rapports d'amitié.

10 **Amis et camarades de la FMPOS**

Ahmadou Oumar ; Moussa TRAORE (MOISO) ; Adama SISSOUMA ; Séverin KEITA ; Mody ; Barou DIAWARA ; Moustapha COULIBALY ; Ramata MAIGA ; Yama ; Pierre KAMATE.

Trouvez ici l'expression de mes sentiments d'amitié et de camaraderie.

11 **Mes amis :** Baba KAMATE ; Djenebou DOUMBIA ; Bakary F. COULIBALY (PC) ; Moussa COULIBALY

Trouvez ici l'expression de mes sentiments très respectueux

12 **Tout le personnel de CSREF de Koutiala :**

Trouvez l'expression de ma profonde reconnaissance

13 Tous mes camarades de promotion de lycée Danzié KONE de Koutiala
Trouvez ici mes profonds respects

HOMMAGE PARTICULIER AUX DIFFERENTS MEMBRES DE JURY

A notre maître et président de thèse : Professeur Mamadou TRAORE
Professeur agrégé de Gynécologie et obstétrique
Médecin chef de centre de santé de référence de la commune V
Secrétaire général adjoint de la SAGO
Membre du réseau malien de lutte contre la mortalité maternelle

Cher maître nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations, votre simplicité et votre humanisme font de vous un père et un formateur exemplaire

Honorable maître, votre rigueur scientifique, la rigueur dans le travail, l'amour de travail bien fait, votre abord facile et votre simplicité sont autant de qualités qui forcent l'admiration

Hommage respectueux à vous

A notre maître et membre de jury : Docteur Niani MOUNCORO
Gynécologue obstétricien
Assistant chef de clinique à la FMPOS

La rigueur dans le travail, l'amour de travail bien fait et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout votre savoir faire ; votre caractère social fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et l'attention des autres .

Les mots me manquent pour vous remercier de tout ce que vous avez fait pour notre formation afin de nous faire des bons médecins

Acceptez ici notre profonde gratitude

Merci infiniment

A notre maître et membre du jury : Docteur Moustaph TOURE
Gynécologue obstétricien
Diplômé d'échographie de la faculté de médecine de Brest,
Titulaire d'un certificat du cours européen d'épidémiologie
tropicale de Bale (Suisse),
Titulaire d'un certificat de fécondation in vitro d'Hambourg
(Allemagne),
Titulaire du master en recherche sur le système de santé de
l'université libre de Bruxelles ,

Médecin chef de centre de santé de référence de la commune IV du
district de Bamako,
Chevalier de l'ordre national.

Honorable maître, c'est un grand honneur et un réel plaisir pour nous de vous avoir
comme membre de jury

Intégrité, assiduité, le courage, le sens élevé de la responsabilité, le souci du travail
bien fait sont des qualités que vous incarnez et qui force l'admiration
Nous vous souhaitons longue et heureuse vie
Veillez accepter cher maître l'expression de notre plus haute considération

A notre maître et directrice de thèse, professeur SY Aïda SOW

Professeur titulaire de gynécologie obstétrique à la FMPOS
Chef de service de centre de référence de la commune II

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail ,
malgré vos multiples occupations , votre rigueur scientifique , et votre abord facile ,
votre humilité , votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous imposent
l'estime et l'admiration

Soyez-en infiniment remercier

Que Dieu dans sa miséricorde, comble toute votre famille de ses bienfaits et vous
accorde une vie longue et heureuse

SOMMAIRE

I/ INTRODUCTION

II/ OBJECTIFS

- 1 Objectif général
- 2 Objectifs spécifiques

III/ GENERALITES

IV/ METHODOLOGIE

- 1 Cadre d'étude
- 2 Type d'étude
- 3 Période d'étude
- 4 Population d'étude
- 5 Echantillonnage
- 6 Collecte des données

V/ RESULTATS

VI/ ETUDE ANALYTIQUE

VII/ COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

VIII/ CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- 1 CONCLUSIONS
- 2 RECOMMANDATIONS
- 3 LISTE DES ABREVIATIONS
- 4 RESUME

IX/ REFERENCE

- 1 ANNEXE

I/ INTRODUCTION

« La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel »^[37] Cette assertion de RIVIERE reste une vérité non seulement de son temps, mais aussi de nos jours : Ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin de réaliser les conditions les meilleures pour une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement.

Ainsi, on pourrait expliquer l'introduction de la césarienne comme technique obstétricale, interventions consistant en l'ouverture chirurgicale de l'utérus pour l'évacuation rapide du produit de conception (fœtus).

Considérée comme une intervention dangereuse et de dernier recours, la césarienne est maintenant proposée dans de nombreux cas car ses indications, jadis limitées aux dystocies mécaniques et aux obstacles praevia ; se sont beaucoup élargies ces vingt dernières années^[37].

Dans le monde, toutes les minutes, une femme meurt de complications liées à la grossesse et à l'accouchement ; soit 1400 femmes par jour et plus d'un demi million par an ; de milliers d'autres restent invalides^[19].

Ces décès sont dus dans 80% des cas à cinq causes directes : l'hémorragie, l'infection, l'éclampsie, le travail obstrué et l'avortement à risque ; à ceux-ci peuvent s'ajouter le paludisme et l'anémie^[3].

En Afrique occidentale et Centrale, ces complications constituent la première cause de mortalité maternelle.

Dans les pays développés, en raison du développement des infrastructures socio-sanitaires, la césarienne constitue presque une intervention sécurisante.

Par contre, dans de nombreux pays africains particulièrement au Mali, la faiblesse de la prophylaxie obstétricale, du personnel médical, de la surveillance et des moyens de surveillance des grossesses ou du travail, la fréquence d'accidents graves, l'existence pour des raisons nutritionnelles ou pathologiques d'anomalies osseuses au niveau du bassin, certaines pratiques néfastes pour la santé font que la césarienne est un geste courant, facilement admise, réalisée quel que soient les conditions locales et constituent une opération à risque^[18].

Des études ont été effectuées dans certains centres de santé des pays développés, de la Sous-Région et au Mali. Certains chiffres en témoignent, ainsi en 1987, 25% des accouchements aux USA et 16% en Allemagne se faisaient par césarienne ; Mr Abdrahamane DIALLO a trouvé 22,48% au CS.Référence de Koutiala en 2003. Au Maroc, la césarienne représentait 90,97% des IOM ; tandis qu'au Niger elle représentait 79,30% des IOM, quand à SUREAU^[44], il trouve que 40% des accouchements au Brésil se font par césarienne (ce taux atteint 80% dans certaines régions de ce pays).

Ces taux varient donc d'un pays à un autre, mais aussi d'un hôpital à un autre dans le même pays.

Les taux du Point « G » sont passés de 13,80% en 1988 à 20,88% en 1991 selon le rapport des premières journées du service de gynécologie et d'obstétrique^[35] ; TEGUETE I.^[46] à l'Hôpital du Point «G» trouve 24,05% en 1996, quant à DIALLO Ch.^[16], en 1989, il avait trouvé 7,82% de césarienne à l'Hôpital Gabriel TOURE de Bamako.

La plupart des auteurs s'accordent à dire que l'élévation des taux de césarienne est un phénomène général et préconisent des mesures pour une césarienne la plus judicieuse possible.

Un fait important est l'existence d'une grande disparité en ce qui concerne l'efficacité de l'intervention à travers le monde car beaucoup de facteurs

(cliniques, socio-économiques, provenance, âge, taille etc....) interviennent dans le pronostic foeto-maternel.

Au Mali, selon l'EDS III 2001 ; le ratio mortalité maternelle sur nombre de naissance vivante a été estimé à 582 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes^[7]. Il apparaît donc que la césarienne, intervention presque aussi vieille que l'obstétrique, demeure un sujet d'actualité. Dans ce contexte, une étude sur la césarienne ne saurait être sans intérêt. Elle est même nécessaire pour évaluer et prendre des décisions ; or dans le cas du CS.Réf. de Koutiala ; une étude sur la césarienne n'a jamais été faite sauf Mr Abdrahamane DIALLO « *Etude des besoins obstétricaux non couverts dans le Cercle de Koutiala* »

Il nous a paru intéressant d'étudier l'évolution non pas d'une seule activité ; mais plusieurs activités « La césarienne au centre de santé de référence de Koutiala : indications et pronostics foeto-maternels du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2006.

II / OBJECTIFS

Pour se faire, notre travail a pour objectif :

Objectif général :

Evaluer les indications de la césarienne et pronostics fœto-maternels dans le CS.Réf. de Koutiala

Objectifs spécifiques :

- 1 Déterminer la fréquence de la césarienne pendant la période d'étude.
- 2 Déterminer les indications de la césarienne pendant la période d'étude.
- 3 Déterminer les pronostics fœto-maternels.
- 4 Formuler les recommandations en vue d'améliorer la prise en charge des parturientes.

III/ GENERALITES :

1/ Historique de la césarienne

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'ESCALAPE (la liste ne saurait être exhaustive) lui sont rattachés . Ce mode de naissance étant synonyme de puissance, de divinité ou de royauté. L'association de l'intervention à cette mythologie crée un terrain de discussion quant à l'origine du mot, bien qu'elle dériverait étymologiquement du latin «CAEDERE» = 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 :

1 1500 : Jacob NUFER, châtreur de porc, suisse de Thurgovie, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme.

- 1 1581 : François ROUSSET publie le « Traité nouveau d'hystérotomie ou enfantement césarien » qui est le premier traité sur la césarienne en France.
- 2 1596 : MERCURIO préconise la césarienne en cas de bassin barré
- 3 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. . . .
- 4 BAUDELOCQUE fut un grand partisan de la césarienne à l'époque (seconde moitié du 18^e siècles).
- 5 1769 : première suture utérine par LEBAS au fil de soie
- 6 1788 : introduction de l'incision transversale de la paroi et de l'utérus par LAUVERJAT
- 7 1826 : césarienne sous péritonéale par BAUDELOCQUE
- 8 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 la plupart des décès. La mortalité maternelle était de 25% et de 22% pour l'enfant sur une série de 1907 interventions de PORRO effectuées entre 1876 et 1901.
- 9 .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 l'intervention une relative bénignité :
- 10 Suture du péritoine viscéral introduit par l'Américain ENGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences
- 11 Suture systématique de l'utérus par les Allemands KEHRER et SANGER en 1882

12 Extériorisation temporaire de l'utérus par PORTES

13 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

14 1908 : PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait déjà été évoquée par certains anciens

15 1928 : découverte de la pénicilline G par Sir Alexander FLEMMING.

2. Rappels anatomiques :

16 En matière de césarienne, deux éléments méritent d'être étayés certaines notions. Il s'agit :

17 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 indications de césarienne

2.1 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 xiphoïde

Volume : Merger ^[31]	Hauteur	largeur
à la fin du 3 ^e mois	13 cm	10 cm
à la fin du 6 ^e mois	24 cm	16 cm
à terme	32 cm	22 cm

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

Le col utérin se relâche, devient mou, plus ou moins effacé ou dilaté, extra péritonéal 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 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 mieux. 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.

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

Il comprend 2 éléments :

- 1 Le bassin
- 2 Le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée.

2.2.1 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.

2.2.2. Le détroit supérieur ou l'orifice supérieur :

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

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

Diamètres du détroit supérieur :

Diamètres antéro-postérieurs :

- promonto-suspubien = 11cm
- promonto-retropubien = 10,5cm
- promonto-souspubien = 12cm

Diamètres 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 mesurent chacun 9 cm. Il est très important dans le bassin asymétrique

2.2.3 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-postérieurs. 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 quadrilatère des os iliaques

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

2.2.4 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 :

- 1 Le bord inférieur des branches ischion pubiennes et celui des tubérosités ischiatiques
- 2 Le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques

Diamètres du détroit inférieur :

Le diamètre sous-coccy-sous-pubien : 9,5 cm mais, peut atteindre 11 à 12 en rétro pulsion ;

Le diamètre sous-sacro-sous-pubien : allant de la pointe du sacrum au bord inférieur du pubis est de 11 cm.

Tels sont là les différents éléments constitutifs du bassin obstétrical normal. Nous ne nous aventurerons pas dans les variations morphologiques explicités par CALDWELL 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 mobil foetal faisant souvent recours à la césarienne.

2.2.5 Le diagnostic pelvi-génital

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

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

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 des chiffres 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 »^[48]

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, foetal ou mixte...

Aucune ne fait certes l'unanimité mais sachant qu'une césarienne repose sur l'association l'indication relative, c'est-à-dire sur un faisceau d'arguments^[36]

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 ^[36,56] 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 de forte asymétrie congénitale ou acquise
- bassin traumatique avec grosse cale
- les bassins généralement rétrécis : tous les diamètres sont réduits. Le bassin est complètement exploré à l'examen clinique au 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 ou égal à 4 kgs, et taille supérieure ou égale à 50 cm ^[31] ; ou isolé le cas le plus fréquent étant l'hydrocéphalie.

Les obstacles praevias:

- 2 kyste de l'ovaire ou fibrome pédiculé prolabant dans le Douglas
- 3 placenta praevia recouvrant.

Les présentations dystociques :

- 4 la présentation de l'épaule : c'est la présentation transversale où la tête du fœtus se trouve dans un flanc.
- 5 La présentation du front : la variété frontale est la plus dystocique : les repères sont les yeux, la racine du nez.
- 6 La présentation de face : le repère est le menton. C'est la variété mento-sacrée qui est la plus dystocique ^[31]

7 La présentation de siège : dans la majorité des cas, ne conduit à la césarienne que lorsqu'il s'associe à d'autres facteurs. Longtemps considéré comme une présentation eutocique, le siège est aujourd'hui considéré par certains auteurs comme «potentiellement dystocique »^[36]

B. Les dystocies dynamiques :

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

C. Les indications liées à l'état génital

- La présence d'une cicatrice utérine

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

L'idée première «One's a cesarean, always a cesarean» 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 utérine par l'hysterosalpingographie. Lorsqu'elle est suspecte, on tentera l'épreuve sur cicatrice. Cette épreuve doit être abandonnée en cas d'apparition de souffrance fœtale, de signes de pré rupture, d'arrêt de la dilatation ou de baisse brutale de la pression intra cavitaire au cathétérisme intra-utérin.

Les utérus bi cicatriciels où 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 dystocie 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.

E. Pathologies gravidiques :

Maladies préexistantes aggravées :

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

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

- 2 Cardiopathie sur grossesse reste une indication formelle de césarienne, même si l'intervention reste dangereuse.

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 hypoventilation

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

- L'allo immunisation fœto-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 foeto-maternelle.

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

Prématurés :

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 gémellaires : en l'absence d'une souffrance fœtale chronique c'est le plus souvent la dystocie dynamique 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 deux fœtus)

Dans la majorité des cas accouchent par césarienne.

Mort habituelle de fœtus : lorsque survient régulièrement à la même date, il faut pratiquer la césarienne une semaine au paravent.

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 pathologies maternelles 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 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 au fœtus. La pensée

constante de l'obstétricien de faire naître un enfant indemne d'anoxie 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 ;

De l'autre, 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 trois à sept fois supérieure 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 néonatalogie grâce à l'introduction en obstétrique de moyens diagnostiques, biochimiques et biophysique modernes, l'évaluation du risque fœtal s'est considérablement affinée tout en revêtant une signification prospective de plus en plus nette. Il s'ensuit 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 au mieux la santé de la mère et de l'enfant.

3.4. Contre-indications :

Peut-on parler de contre-indication à la césarienne ?^[36]

En dehors d'une malformation fœtale (sauf risque maternel non négligeable), incompatible avec la vie (incurable même chirurgicalement) : 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 SA⁽²⁶⁾. La césarienne peut être indiquée pour une :

- 1 dystocie fœtale (monstre double par exemple avec risque maternel)
- 2 amphalocèles ou laparokisis.

3.5. Techniques de la césarienne :

3.5.1. Boite de césarienne :

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

1. 2 Ecarteurs de Farabœuf

2. 1 Manche de bistouri
3. 2 Pincés Péan
4. 3 Pincés en Cœur
5. 4 Pincés Kocher avec griffe
6. 4 Pincés Kocher sans griffe
6. 2 Pincés à disséquer (avec griffe et sans griffe)
7. 1 Valve suspubienne
8. 1 Pince porte aiguille
9. 1 Cupule
10. une paire de ciseaux dissecteurs
11. Une paire de ciseaux droits
12. 1 Pince porte tampon.

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 la césarienne corporéale, et la technique de Misgav-Ladach. Nous n'avons pas la prétention d'être exhaustif, 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 uns 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, sécurisés 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'anesthésiste, la perfusion, un ou deux aides, un médecin, une sage-femme et une puéricultrice aseptiquement habillée pour recevoir l'enfant.

-La technique de **Misgav-Ladach**.

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 procédé ayant ses adeptes bien que le premier semble être 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 conseillent 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 serrée du péritoine pré segmentaire avec du catgut fin 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 :

- 2 Incision autonome du péritoine viscéral possible permettant une bonne protection de la suture,
- 3 Incision de l'utérus dans une zone qui redeviendra pelvienne,
- 4 Incision de la partie non contractile de l'utérus donc moins de risque de rupture,
- 5 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 corporéale n'a que des inconvénients. Ses indications sont :

- 6 les césariennes itératives avec accès difficile ou impossible au segment inférieur du fait des adhérences ;
- 7 les cas où la césarienne doit être suivie d'une hystérectomie (néoplasie du col utérin opérable) ;
- 8 chez les cardiaques où la césarienne est effectuée en position semi assise, césarienne suivie de ligature des trompes ;
- 9 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-corporéale, sachant quand bien même qu'elle est très mal cotée par la plupart des auteurs.

3.5.2.3. La technique de Misgav-Ladach

Incision abdominale a été faite selon la technique de Joël Cohen.

- L'Hystérotomie est effectuée sans décollement vésico-utérin.
- L'hysterorrhaphie réalisée après extériorisation de l'utérus en un plan par un surjet au fil de suture résorbable.
- Les péritoines viscéral et pariétal n'ont pas été suturés.
- L'aponévrose était fermée par un surjet commençant du côté de l'opérateur.
- La peau était fermée par 3 à 4 points de blair donati ou en surjet simple.
- L'alimentation orale autorisée 6 h après l'intervention.

L'ablation des fils de suture a été faite au 5^{ème} jour après l'intervention

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

- 10 la stérilisation ;
- 11 la myomectomie ;
- 12 la kystectomie de l'ovaire ;
- 13 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 :

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

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 coliques 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 post-opératoires :

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 l'abcès de la paroi, voire même la septicémie.

3.5.4.2.2. L'hémorragie post-opératoire :

Plusieurs sources existent :

- 1 L'hématome de paroi, justiciable de drainage, type Redon,
- 2 Le saignement des berges utérines par hémostase insuffisante,
- 3 exceptionnellement, l'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 post-opératoire 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.

3.5.4.2.5. Les complications diverses :

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), la fistule vésico-vaginales, l'embolie gazeuse, l'embolie amniotique

3.6. Grossesse après césarienne : Utérus cicatriciel.

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

Principes de surveillance de l'accouchement par la voie basse :

- 1 Surveillance intensive par tocographie interne recommandée mais qui ne met pas totalement à l'abri d'une rupture utérine ;
- 2 expulsion assistée par forceps afin de limiter les efforts expulsifs maternels ;
- 3 révision utérine systématique pour contrôle de la cicatrice d'hystérotomie.

Kit césarien et ordonnance avant l'accouchement normal

Tableau I : Les médicaments utilisés en cas de césarienne

Produits	Quantité
S. Glucosé 5%	4 Flacons
S. Salé	4 Flacons
Perfuseur	7
Catheter 18G	2
Sparadrap	2 metres
Alcool 90%	1 Flacon
Povidone	2 Flacons
Gant 7 ½	2 Paires
Gant 8	2 Paires
Lame à bistouri	1
Ketamine	2 Flacons
Atropine 0,5	2 Ampoules
Diazépam inj 10mg	2 Ampoules
Ocytocine 10 UI	2 Ampoules
Methylergometrine maleate 0.2 mg/ 1ml	2 Ampoules
Perfalgan 1g	3 Flacons
Vicryl 0	2
Vicryl 1	1
Sonde urinaire	1
Poche à urine	1
Compresse 40x40	5 Boîtes
Amoxicilline inj.	14
Eau distillée	14

Seringue 10CC	14
Dexamethasone inj.	1
Vit K1	1

Tableau II : Ordonnance délivrée avant un accouchement normal

Produit	Quantité
Ocytocine	3 Ampoules
Seringue 10CC	3
Gants stériles 7 ½	2 Paires
Alcool 90%	1
Buthyl inj.	1boîte

IV/ METHODOLOGIE

1 CADRE D'ETUDE : Le cercle de Koutiala

Historique

Crée en 1930 après la pénétration Française, Koutiala est une déformation de « Koulé Dianka » ce qui signifie en Minianka le village de fils de koulé.

Ce vieux village malien devenu ville au XIXème siècle, connut un essor économique au lendemain de la seconde guerre mondiale (1939-1945).

Commune mixte depuis 1939, elle devint commune de plein exercice en 1966.

Koutiala est membre de la fédération mondiale des villes jumelées depuis 1964 (Koutiala- Alençon)

ASPECT GEOGRAPHIQUE

1 Situation géographique

Au carrefour des routes reliant le Mali au Burkina Faso et République de la Côte d'Ivoire, Koutiala est le chef lieu du cercle (sous préfecture).

- 1 au Nord et au Nord-Ouest par le cercle de San et Bla (région de Ségou)
- 2 au Sud par le cercle de Sikasso et le Burkina Faso
- 3 à l'Est par le cercle de Yorosso
- 4 à l'Ouest par le cercle de Diola.

Il a une superficie de 12 270 Km² et six (6) arrondissements et la commune de Koutiala.

2 Relief

La ville est située dans une plaine au site verdoyant.

3 Climat

Le climat est de type soudanais avec des précipitations importantes atteignant 900-1000 mm de pluie par an.

La savane constitue l'essentiel de la végétation. Les essences dominantes sont entre autres : le karité, le Baobab, le caïcedrat, le tamarinier, le balanzan, le kapokier et le fromager.

4 Hydrographie

Le réseau hydrographique est peu fourni et se caractérise en quelques cours d'eau négligeable alimentant les affluents du fleuve Niger.

On peut citer comme rivières : le pinpedogo et le koniquis écoulent du sud vers le Nord.

5 Voies de communication :

Elles sont constituées pour l'essentiel de deux grands axes routiers :

5 Axe Ségou – Koutiala – Bobo-Dioulasso

6 Axe Mopti – Koutiala – Sikasso

Un central téléphonique (depuis 1987) et la téléphonie mobile.

L'existence de sept radios libres (Kayira, Yeredon, Jamana, Wassa, Wessou, Koulé FM, Miniankala FM) contribuent à l'IEC en santé des habitants du cercle de Koutiala.

6 Population

Koutiala est la ville la plus cosmopolite du Mali après Mopti et Bamako avec une population de 500 057 habitants réparties en 240 villages et un taux d'accroissement de 2,20, soit une densité de 30 habitants/km². Koutiala compte 36 communes dont une urbaine.

Dans cette population, on rencontre toutes les ethnies du MALI et plus particulièrement les Miniankas (Majoritaire, autochtone) et les dionka ; les bobos et les senoufo.

Le dialecte de la majorité est le Minianka tandis que le Bambara demeure en fait la langue de liaison la plus répartie.

7 Religion :

Trois cultes dominent la religion du cercle. Il s'agit (par ordre de priorité) de l'Islam, du Christianisme, et de l'Animisme.

8 Economie – Finance :

Le cercle de Koutiala a une économie rurale particulièrement agro-pastorale. Le Cercle est souvent présenté comme étant la capitale Malienne du coton (ou or blanc) qui joue depuis l'indépendance un rôle très important dans l'évolution économique des paysans du cercle de Koutiala.

9 Industrie – commerce :

L'installation des deux grandes unités industrielles : la **CMDT** (4 usines d'égrenage), l'**HUICOMA** et **FAMAB** : Fabrique Malienne d'Aliment Bétail, sont liées à la production de coton, transformation et la vente du coton graine et fibre.

En plus une brasserie de boissons sucrées, une laiterie et quelques boulangeries modernes.

L'installation des Banques (BNDA, BDM, BIM, BOA) et des caisses d'épargne (Cafo jiguineu et Condo jiguima...) et les facilités de transport ont favorisé le développement du commerce.

Koutiala est devenue une plaque tournante dans une région agricole prospère.

10 Infrastructure socio sanitaire

Sur le plan sanitaire, le cercle est divisé en 42 aires de santé dont quatre (4) aire urbaines et deux (2) périurbaines (ville de Koutiala).

La ville dispose en outre : deux cabinets médicaux privés, une clinique médicale privée, un dispensaire d'entreprise, un centre médicale inter entreprise, deux (2) maternités confessionnelles.

Il existe aussi huit (8) officines de pharmacie privée, un dépôt de médicament de la pharmacie populaire du Mali (structure étatique chargée de ravitailler le cercle en médicaments essentiels).

Sur les 42 aires de santé, 14 sont fonctionnelles en 2006 ; ce qui signifie qu'elles disposent d'un centre de premier échelon fonctionnel appelé centre de santé communautaire (CSCOM). La gestion des CSCOM est assurée par la communauté (ASACO) qui est « propriétaire ».

Toutes les aires de santé gravitent autour de centre de référence (CS Réf) qui se trouve dans la ville de Koutiala. Le centre de santé de référence dispose un médecin spécialiste en gynéco-obstétrique, deux (2) médecins généralistes en compétence chirurgicale (MGCC) et six (6) sages femmes. Il existe deux (2) salles opératoires fonctionnelles, une salle de Réanimation et, deux (2) ambulances fonctionnelles.

2- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude transversale prospective.

3- Période d'étude :

Elle s'étend sur douze mois ; 01 janvier 2006 au 31 décembre 2006.

4- Population étudiée :

La population de femmes césarisées dans le CS Réf de Koutiala. Elle est répartie en deux (2) groupes :

- 7 Une population « urbaine » habitant dans un rayon de 15km autour du CS Réf
- 8 Et une population « rurale » habitant à plus de 15km de CS Réf.

5- Echantillonnage :

5-1 Critères d'inclusion :

- Femmes admises dans la maternité et ayant subi une césarienne ;
- Les femmes ayant présenté une complication per ou post césarienne avec ou sans décédés ;
- Les nouveau-nés réanimés ou décédés.

5-2 Critères de non inclusion :

- Femmes admises dans la maternité mais n'ayant pas bénéficié une césarienne

6-Collecte des données :

Support des donnés

- 1 le registre d'accouchement de la maternité ;
- 2 le registre du bloc opératoire ;
- 3 les dossiers obstétricaux.

7-Le traitement des données a été réalisé sur les logiciels suivants :

- 9 Microsoft Word ;
- 10 Epi INFO Version 6.

Définition opératoire

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

PARITE : c'est le nombre d'accouchement chez la femme

- 1 Nullipare : 0 accouchement
- 2 Primipare : 1 accouchement
- 3 Paucipare : 2-4 accouchements

4 Multipare : 5-6 accouchements

5 Grande multipare : plus de 6 accouchements

Evacuation : c'est lorsque la patiente est transférée d'un service à un autre plus spécialisé dans un contexte d'urgence.

Référence : c'est le transfert d'une patiente vers service plus spécialisé en l'absence de toute situation d'urgence.

Facteur de risque : c'est un ensemble d'élément qui expose un individu à développer une pathologie déterminée.

Score APGAR : permet de déterminer le pronostic foetal avant un accouchement (il est coté de 0 à 10)

1 0 = mort -né

2 1-3 = état de mort apparente

3 4-7 = état morbide

4 8 = bon APGAR ou satisfaisant

Misgav ladach : nom de l'hôpital Israélien ou Michael Stark a pratiqué cette technique de césarienne

Hysterorrhaphie : suture de l'utérus

Hystérotomie : ouverture de l'utérus

V/ RESULTATS

1- Fréquence de la césarienne :

Du 1^{er} Janvier 2006 au 31 Décembre 2006, **1412** accouchements ont été effectués à la maternité du Centre de Santé de Référence de Koutiala.

Pendant la même période ; **401** césariennes y ont été effectuées soit une fréquence de **28,40%** avec une moyenne de **33,41** opérées par mois.

- Sur l'ensemble des urgences, la césarienne représente 52,21%,
- Elle représente également 78,47 % de l'ensemble des urgences gynéco-obstétricales.
- La césarienne représente aussi 87,78 % sur total des urgences obstétricales

1-1. Fréquence par mois

Tableau I : Répartition des patientes par mois

Mois	Effectif	Fréquence
Janvier	36	8,97
Février	42	10,47
Mars	53	13,25
Avril	40	9,97
Mai	42	10,47
Juin	33	8,22
Juillet	29	7,23
Août	28	6,98
Septembre	34	8,47

Octobre	26	6,48
Novembre	20	4,98
Décembre	18	4,48
TOTAL	401	100%

2 Caractéristiques socio-démographiques :

2-1. Données administratives :

2.1.1 L'âge des patientes

Tableau II : Répartition des patientes en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Effectif	%
13-19 ans	54 cas	13,40
20 -24 ans	125 cas	31,16
25 - 29 ans	96 cas	24
30 -34 ans	37 cas	9,22
35 - 39 ans	32 cas	8
40 - 44	45 cas	11,22
> 45	12 cas	3
Total	401 cas	100

2.1.2 Provenance des patientes

Tableau III : Répartition des patientes selon la structure de provenance

Structure de provenance	Effectif	Fréquence
Centre de santé communautaire CSCOM	94	42
Circonscription	121	54
Dispensaire catholique	9	4
Total	224	100

2.1.3 La profession des patientes

Tableau IV : Répartition des patientes selon la profession.

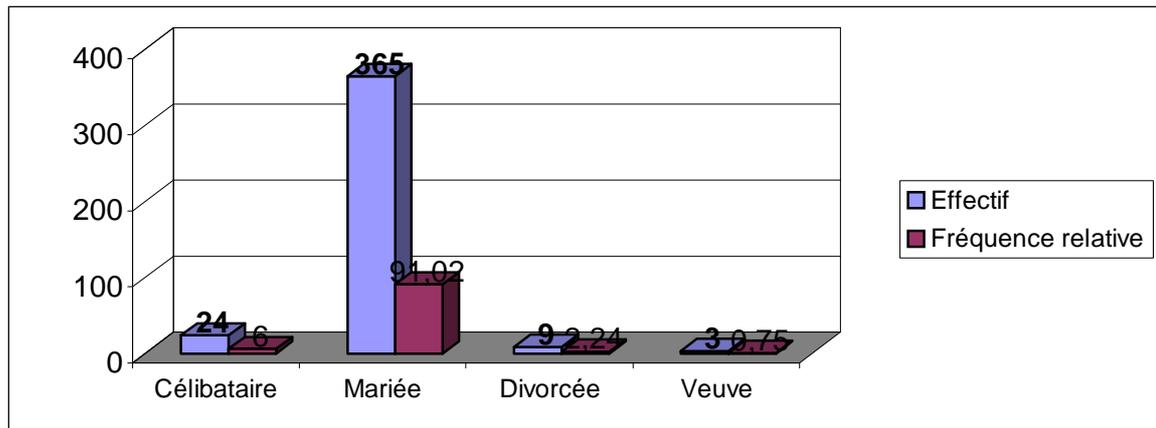
Profession	Effectif	Fréquence
Ménagère	266	66,33
Aide ménagère	42	10,47
Elève – étudiante	36	8,97
Fonctionnaire	15	3,74
Commerçante	38	9,47
Indéterminée	4	0,99
TOTAL	401	100

2.1.4 Profession de leurs maris

Tableau V : Répartition de l'effectif selon la profession du mari

Profession	Effectif	Fréquence relative
Fonctionnaire	12	3
Commerçant	53	13,22
Ouvrier	73	18,20
Cultivateur	263	65,58
TOTAL	401	100

-Graphique 2 : Répartition des patientes selon le statut matrimonial



3 Antécédent obstétrical :

2.1.5 Mode d'admission

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

Mode d'admission	Effectif	Fréquence
Referée	26	6,48
Evacuée	224	55,86
Venue d'elle- même	151	37,66
TOTAL	401	100

2.1.6 Qualification des personnels sanitaires

Tableau VII: Répartition des patientes en fonction de la qualification de l'agent ayant organisé l'évacuation ou de référence

Qualification de l'agent	Effectif	Fréquence
Infirmier	96	38,4
Médecin	66	26,4
Sage femme	62	24,8
Matrone	16	6,4
Autres (aide soignants)	10	4
TOTAL	250	100

2.1.7 Le support d'évacuation

Tableau VIII : Répartition des patientes selon le support d'évacuation

Evacuées	Effectif	Fréquence relative
Fiche + partogramme	15	6,70
Fiche	105	46,87
Ni fiche, ni partogramme	104	46,43
Total	224	100

2.1.8 Motif de référence

Tableau IX : Répartition des patientes selon le motif de référence

Motif	Effectif	Fréquence
IC	4	15,40
Hydramnios	9	34,60
HTA	11	42,30
B.G.R	2	7,7
Total	26	100

3 - Antécédents

3-1- Obstétricaux

3.1.1 Gestité

Tableau X : répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Fréquence relative
Primigeste	92	22,95
Paucigeste	121	30,17
Multigeste	54	13,46
Grande multigeste	134	33,41
Total	401	100

3.1.2 Parité

Tableau XI : Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectif	Fréquence
Primipare	92	23
Paucipare	139	34,66
Multipare	80	20
Grande multipare	90	22,44
Total	401	100

3.1.3 L'intervalle inter-genesique

Tableau XII : Répartition des patientes selon l'intervalle inter-genesique

L'espace intergenesique	Effectif	Fréquence
< 1ans	98	24,44
1 -2 ans	256	63,44
2- 3ans	29	7,23
3- 4ans	13	3,25
>5ans	5	1,24
Total	401	100

3-2- Chirurgicaux

3.2.1 Antécédents chirurgicaux

Tableau XIII: Répartition des patientes selon les antécédents chirurgicaux

ATCDS	EFFECTIF	%
césarienne	15	65,21
Myomectomie	6	26,1
Rupture utérine	2	8,69
Total	23	100

3-3- Médicaux

3.3.1 Antécédents médicaux

Tableau XIV : Répartition des patientes selon les antécédents médicaux

Antécédents	Effectif	Fréquence
HTA	55	91,66
Diabète	3	5
Drépanocytose	2	3,34
Asthme	0	0
Insuffisance rénale	0	0
TOTAL	60	100

4 - Facteur de risque

4.1 Suivi prénatal

Tableau XV : Répartition des patientes selon le suivi prénatal :

Nombre de CPN	Effectif	Fréquence
0	198	49,37
1-3	177	44,15
≥ 4	26	6,48
TOTAL	401	100

5 - Examen clinique général

5.1 Le poids

Tableau XVI : Répartition des patientes selon leur poids à l'admission

Pois (kg)	Effectif	%
45- 49	10	2,50
50- 54	6	1,5
55- 59	98	24,43
55- 64	205	51,12
65- 69	38	9,47
70- 74	12	3
75-79	2	0,5
indéterminé	30	7,48
Total	401	100

5.2 Taille

Tableaux XVII : Répartition des patientes selon la taille à l'admission.

Taille (cm)	Effectif	%
< 150	86	21,44
≥ 150	315	78,56
Total	401	100

5.3 Coloration des conjonctives

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon la coloration des conjonctives à l'admission

Conjonctives	Effectif	Fréquence
Bien colorée	96	24
Moyennement colorée	81	20,19
Pâle	224	55,81
Total	401	100

6 Examen Obstétrical

6.1 Hauteur utérine

Tableau XIX : Répartition des patientes selon la hauteur utérine

H U (cm)	Effectif	Fréquence
28-30	76	19
31-33	142	35,41

34-36	144	36
> 36	39	9,59
Total	401	100

6.2 Mode de présentation

Tableau XX : Répartition des patientes selon le mode de présentation à l'admission dans la maternité

Présentation	Effectif	Fréquence
Céphalique	341	85
Siège	8	2
Transverse	16	4
Procidence	36	9
Total	401	100

6.3 Type de bassin

Tableau XXI : Répartition des patientes selon le type de bassin

Type de bassin	Effectif	Fréquence
Bassin normal	372	93
Bassin pathologique	29	7
Total	401	100

6.4 Bruit de cœur fœtal

Tableau XXII : Répartition des patientes en fonction bruit du cœur foetal à l'amission

Bruit du cœur foetal	Effectif	Fréquence
0	100	25
< 120	27	6,73
120- 160	122	30,42
> 160	106	26,43
Indéterminé	46	11,42
Total	401	100

6.5 L'état de la poche des eaux

Tableau XXIII : Répartition des patientes selon l'état de la poche des eaux à l'admission

PDE		Effectif	Fréquence
Intacte		117	44,13
	0-4H	159	39,65
	5-9H	17	4,24
	10-12H	38	9,48
	> 12H	10	2,5
Total		401	100

6.6 L'aspect de liquide amniotique

Tableau XXIV : Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique à l'admission

Coloration amniotique	Liquide	Effectif	Fréquence
Claire		57	25,44
Méconiale		47	21
Jaune		12	5,35
Sang		108	48,21
Total		224	100

6.7 Phase du travail

Tableau XXV : Répartition des patientes en fonction de la phase du travail

Phase du travail	Effectif	Fréquence
Phase de latence	96	25,6
Phase active	279	74,4
Total	375	100

--	--	--

6.8 Césarienne prophylactique

Tableau XXVI : Répartition des patientes selon la césarienne prophylactique

Indication	Effectif	Fréquence
Insuffisance cardiaque	4	15,38
Hydramnios	2	7,69
Hypertension artérielle	5	19,23
Bassin généralement rétréci	15	57,7
Total	26	100

7. Indications de la Césarienne :

7.1 Indications

Tableau XXVII : Répartition des patientes selon les indications de la césarienne.

Indications de césarienne	Nombre de cas	Fréquence
- Dystocies osseuses	34	8,48
<i>Bassin G. rétréci</i>	24	6
Bassin limite	5	1,24
Bassin immature	5	1,24
- Présentations dystociques et autres anomalies mécaniques		
Présentation transverse	46	11,47
- Transverse	16	4
- Epaule négligée	12	3
- Procidence du bras	18	4,47
Présentation défléchie	8	2
- Front	2	0,5
- Face (mento sacré)	6	1,5
Présentation du siège	8	2
Grossesse multiple		
- Jumeau	2	0,5
Disproportion foeto pelvienne	37	9,22
- Gros fœtus	34	8,47
- Hydrocéphalie	3	0,75
Prérupture	20	5
Total	155	38,65
œ		
Procidence du cordon battant	6	1,5
Placenta previae	17	4,24
Hématome retroplacentaire	47	11,72
Total	70	17,46

Indications de césarienne		Nombre de cas	Fréquence
	Utérus cicatriciel	15	3,74
	- utérus cicatriciel	7	1,74
	- 1 ^{ère} itérative	2	0,5
	- 2 ^e itérative	4	1
	- 3 ^e itérative	2	0,5
	Rupture utérine	38	9,5
	Total	53	13,26
	HTA	2	0,5
	Pré –éclampsie	4	1
	Eclampsie	10	2,5
	Total	16	4
	Dilation stationnaire	19	4,73
	Travail prolongé	16	4
	Total	35	8,72
	FVV	1	0,25
	Ancienne déchirure du périnée	2	0,5
	Diaphragme vaginale	3	0,74
	Total	6	1,5
œ	Souffrance foetale aiguë	27	6,73
	Fœtus en duplicato	3	0,74
	Enfant précieux	10	2,5
	Total	40	9,97
	Total global	375	100

8 – Pronostics maternels

8-1 – Paramètre per opératoire

8.1.1 Type d'incision cutanée

Tableau XXVIII : Répartition des patientes en fonction de type d'incision cutané

Incision	Effectif	Fréquence
LMSO	386	96,25
Pfannentiel	15	3,75
TOTAL	401	100

8.1.2 Délai d'incision cutanée et extraction fœtale

Tableau XXIX : Répartition des patientes en fonction de délai d'incision cutanée et extraction fœtale

Délai incision et extraction fœtale	Effectif	Fréquence
4 min	156	39
5- 9 min	227	56,60
10- 14 min	18	4,40
Total	401	100

8.1.3_Saignement per opératoire

Tableau XXX_: Répartition des patientes selon le saignement per- opératoire

Saignement per opératoire(cc)	Effectif	Fréquence
< 100	34	8,48
100- 500	158	39,40
> 500	209	52,12
Total	401	100

8.1.4_Interventions associées

Tableau XXXI : Répartition des patientes selon les interventions associées à la césarienne.

Interventions associées	Effectif	%
Hystérectomie	5	5,88
Ligature des trompes	63	74,11
Kystectomie de l'ovaire	15	17,66
Myomectomie	2	2,35
Total	85	100

8.1.5 L'incident per opératoire

Tableau XXXII: Répartition des patientes selon l'incident per- opératoire

Incident per opératoire	Effectif	Fréquence
Lésion vésicale	5	1,24
Lésion intestinale	2	0,50
Aucun	396	98,26
Total	401	100

8.1.6 Durée de l'intervention

Tableau XXXIII : Répartition des patientes en fonction de la durée totale d'intervention

Durée Total d'intervention (min)	Effectif	Fréquence
25- 29	12	3
30- 34	53	13,21
35- 39	27	6,73
40- 44	94	23,44
45- 49	78	19,45
50- 54	32	8
55- 59	46	11,47
> 1H	59	14,70
Total	401	100

8.1.7 Durée de la prise en charge

Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon le délai de la prise en charge globale de la parturiente

Délai prise en charge	Effectif	Fréquence
30' - 1H	26	6,47
1H- 1H 30'	52	13
1H 30' - 2H	85	21,19
2H- 2H 30'	167	41,64
3H- 3H 30'	67	16,70
Indéterminé	4	1
Total	401	100

8.1.8 Moyens de transport

Tableau XXXV : Répartition des patientes selon le moyen de transport emprunté pour se rendre au CSREF

Moyens de transport	Effectif	%
Ambulance	208	52
Transport commun	46	11,47
Moto	147	36,53
Total	401	100

8-2- Paramètre post opératoire

8.2.1 Complications post-opératoires

Tableau XXXVI : Répartition des patientes selon les complications post-opératoires

Complications post opératoires	Effectif	Fréquence
Endométrite	23	20,17
Suppurations pariétales	35	30,70
Hémorragie postopératoire	7	6,15
Ballonnement	35	30,70
Lâchage total	14	12,28
Total	114	100

8.2.2 Durée de séjour au CSREF

Tableau XXXVII : Répartition des patientes en fonction de la durée de séjour au CSREF

Durée de séjour (jour)	Effectif	Fréquence
< 5	6	1,49
5- 8	281	70,1
9- 15	57	14,21
16- 21	53	13,21
> 21	4	0,99
Total	401	100

8.2.3 Causes de décès maternels

Tableau XXXVIII : Répartition des patientes selon la cause du décès

Causes de décès maternels	Nombre de cas	%
Choc septique	2	0,5
Choc hypovolémique	3	0,76
Eclampsie	1	0,24
Inconnue	1	0,24
Total	7	1,74

9 - Pronostic fœtal

9.1 L'apgar à la première minute

Tableau XXXIX : Répartition des patientes en fonction d'Apgar 1'

Apgar 1'	Effectif	Fréquence
0	88	22
< 8	218	53,75
≥8	98	24,25
Total	404	100

9.2 L'apgar à la cinquième minute

Tableau XXXX : Répartition des patientes en fonction de l'Apgar 5'

Apgar 5'	Effectif	%
0	12	3
< 8	193	48
≥8	199	49
Total	404	100

9.3 Décès néonataux

Tableau XXXXI : Répartition selon le décès néonatal.

Décès néonataux	Effectif	Fréquence
Mort-né frais	88	22
Nouveaux-nés décédés dans les 24 heures après l'intervention	12	3
Total	100	25

9.4 Type d'anesthésie utilisée au cours de l'intervention

Tableau XXXXII : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie effectué

Types d'anesthésie	Effectif	Fréquence
Anesthésie générale	401	100
Rachianesthésie	0	0
TOTAL	401	100

VII/ COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

1. Fréquence de la césarienne :

Dans notre étude, la fréquence de césarienne pendant la période s'élève à 28,40%, confrontés aux données de la littérature, notre taux est supérieur au taux obtenu en France comme le témoignent les travaux de MELCHIOR et COLL ^[29] 12,6% ; à l'Hôpital Universitaire de DUPUYTREN 10,32% cités par TEGUETE ^[46].

Il est inférieur à celui du continent Américain avec 40% au Brésil, Il est également inférieur à ceux de Abdrahamane DIALLO au Centre de Santé Référence de Koutiala 22,48% et de l'Hôpital Gabriel TOURE en 1996 avec 12,17%.

2. Les caractéristiques socio-demographiques des malades :

a. L'âge :

Les parturientes césarisées avaient un âge compris entre 13 et 48ans. Dans l'ensemble, les femmes césarisées étaient relativement jeunes, avec un âge moyen de 26 et une prédominance de césarienne entre 15 et 35 ans soit 83,28%. Certains auteurs ont trouvé les résultats comparables aux nôtres, KONATE au CHU Gabriel Touré 82,1% ^[55], TEGUETE à l'Hôpital de Point «G» 79,3% ^[46], KOUYATE 88,75% ^[23].

En effet, nous trouvons que ceci est du au fait que cette tranche d'âge constitue le groupe de population en pleine activité génitale.

b. La résidence :

La majorité des malades est venue de Koutiala soit 44,14% ; ceci s'explique par le fait que le Centre de Santé de Référence est situé en plein centre de Koutiala et d'accès facile.

Par ailleurs, toutes les circonscriptions sont représentées, de même le service reçoit les parturientes des maternités périphériques

c. Profession :

Selon l'occupation, les ménagères sont les plus nombreuses : 96%, les mêmes faits se trouvent chez KONATE 53,6%, TEGUETE ^[46] 86,01% ; cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali, plus de 90% des femmes sont analphabètes, donc s'occupent surtout des ménages.

d. Ethnie :

Les Miniankas ont été les plus nombreux 82,6%.

e. La structure des provenances :

Les parturientes dans notre étude ont été :

- évacuées dans 44,13% contre 71,87% pour DIALLO CH ^[16], 91,90% pour TRAORE AF ^[50].

CSCOM et les maternités périphériques : 40,28%.

- Venues d'elles mêmes : 37,65% dans notre étude contre 8,10% pour TRAORE AF ^[50], 25,62% pour DIALLO CH ^[16].

3. Antécédents :

1 Obstétricaux

- Gestite

Dans notre étude ; les grandes multigestes dominant avec 33,41% contre BAMBAM CHU Gabriel Touré qui trouve 32,26%. ^[17]

- Parité :

Dans notre étude, les paucipares dominant avec 34,66% suivies des primipares avec 23% contre DIALLO au C.S.Référence de Koutiala avec respectivement 31,22% et 27%.

- Intervalle inter-genesique.

La majorité de nos césarisées avaient leur intervalle génésique entre 1-2 ans soit 63,84%.

Cela s'explique que 74,28% de femmes en période d'activités génitales ne pratiquaient pas les moyens de contraception.

Notre taux est supérieur à celui de DEMBELE D., KONATE M., qui trouvent respectivement 25,02% et 23,32%.

2 Chirurgicaux :

L'utérus cicatriciel a été le plus représenté avec 65,21%. Notre taux est supérieur à celui de TRAORE D,^[24] inférieur à celui de GUINDO G qui trouvent respectivement 52.8 % et 67.38 % .

Cette situation s'explique par le fait que les parturientes reçues ne respectent pas le délai de cicatrisation normal de l'utérus (2 ans).

3 Médicaux :

L'hypertension artérielle a dominé avec 71,66% de nos antécédents, 49,37% des femmes reçues n'ont pas effectué de suivi prénatal.

4 Examen clinique général :

- Poids :

51,12% de nos césarisées retrouvent leurs poids entre 59-64 kg.

- Taille :

78,56% de nos césarisées avaient leurs tailles \geq 150cm.

- Conjonctives : 55,81% de nos césarisées étaient pâles.

• Examen obstétrical :

- Hauteur utérine

Dans notre étude ; 09,59% des parturientes avaient leur H.U. $>$ 36cm. Notre taux est supérieur à celui de Abdramane DIALLO au C.S.Ref de KOUTIALA 08,26%^[12], mais inférieur à celui de KEITA M. 11 ,49%.^[19]

- Présentation :

La présentation céphalique représente 85%

- B.D.C.F.

30 42% avaient leur B.D.C.F. 120-160. Notre taux est comparable à celui de DJEME D. 31,02% au CSREF de la commune II.

- P.D.E.

04,46% de nos parturientes avaient leur poche des eaux rompue $>$ 12H

Chez la primipare, R.P.E. ne doit pas excéder 6 heures et plus de 12 heures chez la multipare

4- Indication de césarienne

Dans le Centre de Santé de Référence de Koutiala, comme dans beaucoup d'autres centres hospitaliers ou CHU, le cadre des indications de césarienne s'est considérablement élargi conduisant ainsi à des taux élevés de césarienne.

Si dans les pays développés, on assiste maintenant à une extension de ces indications qui privilégient l'état foetal (faire naître le nouveau né dans le meilleur état neurologique possible) ; par contre dans le Centre de Santé de Référence en raison de la précarité de nos moyens, de la fréquence des complications, de l'augmentation de la mortalité et de la morbidité maternelle, l'obstétricien n'est pas toujours certain de réserver un pronostic meilleur à la mère.

« Et la césarienne ne doit pas être une intervention de facilité ou de couverture car si certaines indications sont impérieuses d'autres au contraire se veulent étalon de l'art de l'obstétrique dans une maternité »^[57].

Dans notre service, l'intervention césarienne est très souvent pratiquée pour sauver d'abord la mère puis l'enfant d'une mort certaine. L'épreuve de travail est de règle, la césarienne semble être un dernier recours

Nous avons regroupé les indications sous diverses entités à savoir :

4-1. Dystocies mécaniques :

Elles représentent 155 cas soit 38,65% de nos césariennes.

Comparé aux travaux africains, ce taux est supérieur à celui de TEGUETE^[46] qui trouve 17,92% à l'Hôpital du Point « G » de Bamako en 3 ans sur 574 cas de dystocie mécanique sur un total de 3209 parturientes, ce taux est inférieur à ceux de DIALLO CH^[16], TRAORE M. et COLL^[51] qui trouvent 48,12% ; et 44,96%.

4-1-1. Dystocies osseuses :

Elles représentent en 34 cas 8,48% de nos césariennes ; ce taux est de loin inférieur à ceux de TEGUETE I.^[46] à Bamako, TREGUER^[52] à N'Djaména, DOUMBIA M. et SOW A.^[17] à Bamako, qui trouvent respectivement 37,6%, 27,4% et 40,8%.

Ce taux est comparable à ceux de BERTHE Y. ^[4] cité par TEGUETE ^[46] au CHU de Bouaké et ANOMA ^[3] au CHU de Cocody qui trouvent 8,26% et 10,02%, il est inférieur à celui de KONATE du CHU de Gabriel TOURE qui trouve 16,32%.

Dans les dystocies osseuses, le BGR domine les indications de césarienne avec 84 cas soit 6% de nos césariennes. Ce taux est inférieur à celui de KONATE CHU Gabriel Touré à propos de l'étude de la césarienne dans le Service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Gabriel TOURE sur une période de 5 ans qui trouve 7,51%.

Le BGR : Son existence implique le plus souvent la césarienne dans notre service. La voie basse n'est exceptionnellement acceptée qu'en cas de prématurité et d'hypotrophie fœtale sévère ou de mort fœtale in utero

Le bassin « limite » : Il représente 1,24% de nos césariennes qui est inférieur à celui avancé par KONATE ^[58] CHU Gabriel Touré qui est 3,43%.

Le bassin immature : représente 5 cas soit 1,24% de nos césariennes qui est supérieur à celui avancé par KONATE au CHU Gabriel Touré qui est de 0,21%.

4-1-2Présentation dystocique :

Elles ont été les premières indications de césarienne dans notre service pendant la période d'étude. Elles représentent 121cas soit 30,17%, ce taux est supérieur à celui de TEGUETE I ^[46] à l'Hôpital du Point « G » de Bamako, Mr KONATE CHU Gabriel Touré ^[58] ; DIALLO CHU ^[16] à l'Hôpital Gabriel TOURE de Bamako, TREGUER ^[52] ont trouvé respectivement 21,8%, 22,77%, 12,5%, 6,2%.

- Elles sont dominées par la présentation transverse 46 cas soit 11,47%. En effet KONATE au CH de Gabriel TOURE 12,38% ; DIALLO CH ^[6] à l'Hôpital Gabriel TOURE de Bamako 6,9%. Ce taux est comparable à celui trouvé par KONATE et supérieur à celui trouvé par DIALLO. Dans cette série l'épaule négligée et la procidence du bras ont représenté respectivement 16 cas soit 4% et 18 cas soit 4,47%.

- **Les présentations défléchies** : représentent 2 cas soit 0,5% et 6 cas soit 1,5%. Ce taux est inférieur avec ceux avancés par Mr KONATE qui trouve 4,15%.

Plusieurs auteurs signalent la plus grande fréquence du front par rapport à la face. La première présentation étant unanimement considérée comme dystocique alors que la seconde ne l'est que dans les variétés mento-sacrée.

- **La présentation de siège** : 8 cas soit 2% de nos césariennes. Notre taux est inférieur à ceux avancés par Mr KONATE 4,15% mais comparable à celui de certains auteurs Africains M'BIYE KAMUMA et COLL ^[27] et DIALLO CH^[16] qui ont trouvé 2,13% et 1,9% mais les avis sont partagés quant à la voie d'accouchement dans la présentation de siège.

Les auteurs Français ; en prenant le rôle potentiellement dystocique de cette présentation avec les risques de rétention de la tête derrière, de grande extraction traumatisante, penchent vers un accouchement par césarienne large et édite des conditions très strictes pour la voie basse ^[59].

Leurs fréquences d'indications de césarienne pour cette présentation sont donc à la hausse.

4-1-3Prérupture et rupture utérine :

Elles représentent l'urgence extrême obstétricale pour le sauvetage maternel d'abord avec un taux de 14,5% qui est supérieur à ceux trouvés chez KONATE ^[59], TEGUETE et M'BIYE KAMUMA ^[27] soit 3,17% ; 8,5% et 13,9%.

Dans notre étude ; la rupture utérine a représenté 38 cas soit 9,5%. Notre taux est supérieur à ceux de KONATE, de DOUMBIA M. et SOW A. ^[17] ,et TRAORE AF qui trouvent respectivement au Mali 4% ; 5,6% et 7,9% et TREGUER à N'Djaména trouve 3,58%

-Grossesse Multiple

Elle représente 2 cas soit 0,5% :

-Disproportion foeto-pelvienne.

Elle représente 37 cas soit 9,22%. Notre taux est supérieur à celui avancé par KONATE : 3,94% et inférieur à celui trouvé par Abdrahamane DIALLO 19,64% [43].

Au Mali la DFP a représenté 41% des indications [25].

4-2 Dystocie dynamique :

Elle représente 35 cas soit 8,72% de nos césariennes. Notre taux est inférieur celui avancé par KONATE 10,11% cependant RACINET a trouvé 8 cas soit 12%.

4-3 Indications liées à l'état génital :

Elles représentent 15 cas soit 3,74% de nos césariennes.

Utérus cicatriciel : Il représente 07 cas soit 1,74% de nos césariennes. Notre taux est inférieur à ceux avancés par KONATE, THIERO qui trouvent respectivement 8,17% et 8,1%.

Nous avons colligé aussi 2 cas soit 0,5% de 1^{ère} itérative ,4 cas soit 1% de 2^{ème} itérative ; 2 cas soit 0,5% de 3^{ème} itérative.

4-4 Indications liées aux annexes fœtales :

Elles représentent 70 cas soit 17,46% de nos césariennes, ce taux est comparable à celui avancé par KONATE CH Gabriel Touré : 16,94%.

- **HRP :** représente 47 cas soit 11,72% de nos césariennes ; ce taux est supérieur à ceux trouvés chez KONATE, Abdrahamane DIALLO : 4,36% et 9,72% [46].

Notre taux est supérieur à ceux avancés par DIALLO CH [16], THIERO M. [47] qui trouvent respectivement 5,62%, et 6,25% mais comparable chez CAMARA S. 12% et TRAORE AF. 11,78%. Dans notre étude, elle constitue l'indication la plus représentée.

4 Placenta Previae :

Il représente 17 cas soit 4,24% de nos césariennes : Notre taux est inférieur à ceux avancés par DIALLO CH [16] TRAORE AF [50] qui sont respectivement 8,12% et

8,68% ; cependant notre taux est supérieur à celui de THIERO M. 2,5% et avoisine à celui de CAMARA S. 3,58%.

5 Procidence du cordon battant :

Elle représente 6 cas soit 1,5% de nos césariennes.

Notre taux est inférieur à ceux trouvés par KONATE ; DIALLO CH qui sont respectivement 3,49% et 3,12% mais supérieur à celui de TEGUETE I. 0,6%.

La procidence du cordon battant est une indication urgente de césarienne pour laquelle on sauve l'enfant d'une mort certaine dans la mesure du possible.

4-5 Indications fœtales :

Elles représentent 40 cas soit 9,73% de nos césariennes.

6 Souffrance fœtale Aiguë :

Elle représente 27 cas soit 6,73% de nos césariennes. La plupart des auteurs trouvent que leur fréquence est élevée ces dernières années. Notre taux est supérieur à celui de KONATE CH Gabriel TOURE qui trouve 4,21%. Nous estimons que notre chiffre est loin du chiffre réel, en dehors du stéthoscope obstétrical et l'aspect teinté du liquide amniotique, le service ne dispose pas d'autres moyens de diagnostic.

7 **l'enfant précieux** : représente 10 cas soit 2,5% de nos césariennes. Ce taux est supérieur à ceux trouvés par KONATE ; Alihonou ^[1] cité par DIALLO CH ^[16] qui trouvent respectivement 0,64% et 0,55% mais de loin inférieur au taux de BER ZAND cité par RACINET CL ^[36] 8,2%.

8 **fœtus en duplicato** : représente 3 cas soit 0,74% de nos césariennes.

4-6 Dystocies des parties molles :

Elles représentent 6 cas soit 1,5% de nos césariennes.

Notre taux est comparable à ceux avancés par DIALLO CH ^[16], TEGUETE I^[46] qui trouvent respectivement 1,87% et 1,53%. Notre taux est supérieur à celui de KONATE CH qui est 1,06%.

Le diaphragme vaginal et les FVV : représentent respectivement 0,74% et 0,25% contre 0,15% chez KONATE.

Ancienne déchirure du périnée : représente 2 cas soit 0,5% contre 0,30% avancé par KONATE.

4-7 Indications générales :

Elles représentent 16 cas soit 4% de nos césariennes. Ce taux est inférieur à ceux de TRAORE M. et COLL ^[51] DIALLO CH ^[16] et TEGUETE I. qui trouvent respectivement 8,33% ; 11,25% et 5,56%.

9 l'éclampsie : est l'indication dominante de cette série avec 10 cas soit 2,5%. Ce taux est inférieur à ceux de DIALLO CH, 3,75% ^[16] et KONATE CH 3,00% et supérieur à celui TEGUETE I. 1,3%. ^[46]

10 L'HTA : Elle représente 6 cas soit 1,5% de nos césariennes. Ce taux est supérieur à celui de KONATE CH ^[61] qui trouve 0,06%.

Nous pensons que ces chiffres sont vraisemblables. Dans la pratique : bon nombre de ces parturientes rentrent dans le service le plus souvent sans carnet de suivi prénatal (HTA non détectée au préalable) .

4. 8 Prophylactique : représente 26 cas soit 6,48% de nos césariennes.

5. Pronostics maternels :

5-1. Décès maternel :

Le Centre de Santé de Référence de Koutiala a enregistré au total 7 de décès maternels intra-hospitaliers dont 5 cas ont eu lieu lors de l'intervention 1,24% 2 cas après l'intervention 0,50%.

Sur 401 cas césarisés effectués dans le Centre, le décès maternel a représenté un taux de 1,74% de nos césariennes. Notre taux est inférieur à ceux trouvés par KONATE CH et Abdrhamane DIALLO au Centre de Santé Référence de Koutiala 2005 avec respectivement 3,5% et 2,5%.

Tous ces décès proviennent en milieu rural.

Dans la province du Butare au Rwanda le décès maternel a représenté 1,76% des césariées.

Les 7 décès ainsi observés sont imputables à la rupture utérine, l'infection et à l'éclampsie respectivement 42,87% ; 28,57% et 14,28%.

5-2 Morbidité :

Pendant la période d'étude 114 cas de nos césariennes ont subi des complications maternelles per post opératoires soit 28,43%. Notre taux est inférieur à ceux de DIALLO CH ^[16], KONATE CH, KOUYATE, Aissa A. qui trouvent respectivement 43,12% ; 16,93% ; 40,8%, et 62,8% supérieur à celui de TEGUETE 15,4% ^[46].

Dans notre étude ; ces complications sont d'ordre.

11 **Infectieux** dont 23 cas d'endométrite ; 35 cas de suppurations pariétales et 12 cas de lâchage totale de fil, 32 cas de ballonnement soit respectivement 20,17%, 30,70% ; 10,52% et 28,07%.

12 **Hémorragiques** avec 5 cas d'hystérectomies ont été effectuées suite à une rupture utérine, soit 4,4% et hémorragie post opératoire (HRP, atonie utérine), 7 cas ont été enregistrés soit 6,14%.

Comparé à bon nombre d'auteurs, notre taux est relativement élevé.

5-3 Durée de séjour après césarienne CSREF :

« C'est un sujet d'actualité mais relativement peu documenté » comme l'attestent MERCHAOUJ et COLL.

Dans notre étude, nous avons trouvé 1,4% de nos patientes avaient une durée d'hospitalisation inférieure à 5 jours, 70,1% de 5 à 8 jours et 1,1% supérieur à 21 jours.

La moyenne d'hospitalisation est estimée à 8 jours. Cette durée moyenne inférieure à la durée moyenne observée chez TEGUETE ^[46] à l'HPG de BKO 9,3 jours.

4 Pronostics fœtaux :

Il s'agit des mort-nés frais et des nouveau-nés décédés dans les 24 heures après l'intervention.

Pour l'ensemble des parturientes admises ayant subi la césarienne au centre de santé référence de Koutiala, nous avons enregistré 100 cas de mortalités néonatales soit 25% avec 88 cas mort-nés frais soit 22% et 12 décédés dans les 24h soit 3%.

Notre taux est comparable à celui avancé par Abdrahamane DIALLO au centre de santé référence de Koutiala en 2005 avec 25% de décès néonataux. Parmi ces femmes la mortalité néonatale précoce est plus élevée chez les enfants de celle provenant du milieu rural (82%) que celles du milieu urbain (18%) ; cela s'explique par le fait que le temps qui s'écoule entre l'évacuation d'une mère dans ces milieux éloignés vers la maternité de référence ne la permet pas toujours de se rendre à temps pour assurer la survie de son enfant souvent du soit à une mauvaise organisation du système de référence par évacuation, soit à une condition socio-économique défavorable. Cela s'explique par les 3 niveaux de retard observés dans le système référence par évacuation à savoir :

13 Retard au niveau de la communauté

14 Retard au niveau des moyens transports

15 Retard dans la prise en charge de la parturiente au centre de santé référence

VIII/ CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

- CONCLUSIONS

Cette étude transversale prospective qui a évalué indications de la césarienne ; pronostic foeto-maternel dans le CS Réf de Koutiala concernant la population des femmes enceintes admises dans la maternité de référence ayant subi une césarienne, des cas compliqués lors ou après l'intervention césarienne, les femmes et les nouveaux-nés décédés à la suite de l'intervention.

L'analyse des résultats de notre étude a conduit aux conclusions suivantes :

- Le pronostic maternel est satisfaisant ;
- Le pronostic foetal est sombre

- RECOMMANDATIONS

Pour rendre encore plus performant la prise en charge des parturientes césarisées dans ce service ; nous formulons les recommandations suivantes aux :

Aux Ministère de la Santé

-Implication des accoucheuses traditionnelles dans le système de référence, évacuation

11 Inciter chaque aire à développer leur moyen d'évacuation en élaborant une politique « chaque aire/une ambulance »

12 Assurer la disponibilité de sang « muni banque de sang » dans le centre de santé de référence pour des possibilités transfusionnelles en cas de nécessité car de nos jours, l'hémorragie reste la première cause de décès maternel.

Plaidoyer auprès des partenaires pour les investissements (plateau technique et moyens de communication).

Redynamiser le système de suivi de référence et contre référence.

Au personnel Sanitaire

Tenir correctement les supports : remplissage correct et régulier les différents registres (maternité, bloc opératoire, hospitalisation, référence).

- 13 Organiser les audits internes devant tous cas de décès maternels et tous les autres cas compliqués
- 14 Renouveler certains instruments du bloc opératoire de plus 5 ans et changer les bottes, et les blouses
- 15 Informer les femmes en âge de procréer sur les risques relatifs et permanents liés à tout accouchement pour leur fréquentation actions des maternités
- 16 Bien faire les CPN qui doivent effectivement répondre à leurs buts de protection de la femme enceinte et de son futur nouveau-né
- 17 Pratiquer les différents examens obstétricaux dans les meilleures conditions possibles d'asepsie, ce qui ne peut s'obtenir que par la réduction des TV, l'utilisation des gants, stériles à usage unique au cours du travail, surtout après la rupture des membranes qui ne doit se faire qu'au moment opportun, en tout cas, ne jamais rompre les membranes chez une femme qui, de toute façon doit être évacuée.
- 18 Eviter la cohabitation des malades infectées et non infectées et prendre en charge les soins des literies pour assurer les bonnes conditions d'hygiènes
- 19 Stériliser correctement le bloc opératoire, contrôler son accès et exiger les mesures d'asepsie.

Ces précautions constituent le maillon de la chaîne de lutte contre l'infection.

20 Assurer l'approvisionnement correct en médicaments nécessaires, avoir les médicaments d'urgence sous la main pour la pérennité du kit dans le CS Réf

21 Mise en place l'équipe chirurgicale en permanence.

Aux autorités municipales

Permettre une connaissance précoce de l'ampleur et des causes de mortalité maternelle par l'enregistrement rigoureux des naissances, des décès et des causes de décès maternels.

LISTE DES ABREVIATIONS

ASACO : Association Santé Communautaire

BGR : Bassin généralement rétréci

CMDT : Compagnie Malienne de Développement Textile

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de Référence

DFP : Disproportion Foeto – Pelvienne

DM : Dystocie Mécanique

FAMAB : Fabrique Malienne d'Aliment Bétail

FVV : Fistule Vésico – Vaginale

HUICOMA : Huilerie Cotonnière du Mali

HRP : Hématome Rétro placentaire

HTA : Hyper tension Artérielle

MGCC : Médecin Généraliste a compétence Chirurgicale

PP : Placenta Previae

SFA : Souffrance Foetale Aigue

BDCF : Bruit De Cœur Foetal

PDE : Poche Des Eaux

IC : insuffisance cardiaque

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : COULIBALY

Prénom : Abdoul Karim

Titre : La césarienne au centre de santé de référence de Koutiala : Indications et Pronostics foeto – maternels.

Année de soutenance : 2006-2007

Ville de Soutenance : Bamako

Pays d'Origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de pharmacie, et d'odontostomatologie

Secteur d'intérêt : Gynéco- Obstétrique

RESUME : Notre étude est une étude transversale prospective ; 401 Césariennes ont été colligées au C.S.R.E.F entre le 01^{er} Janvier 2006 et le 31 Décembre 2006 soit une fréquence de 28,40^o/°. L'étude des césarisées révèle que les parturientes venaient dans les 36 Communes de Koutiala et y compris la Commune urbaine de Koutiala. Il ressort également que :

- 1 la DM a été la 1^{ere} cause de Césarienne avec une fréquence relative de 38,65% de cas.
Elle a été dominée par la présentation transverse.
- 1 L'hématome retroplacentaire a été la 1^{ere} indication de Césarienne dans notre service soit 11,72%
- 2 La Rupture Utérine représentait 9,5%
- 3 28, 43^o/° de nos Césariennes s'accompagnent de complication Maternelle et 1,74 % de décès maternels dont l'hémorragie et l'infection ont été les deux principales causes.
- 4 25% de décès néonataux ont été observés.
- 5 5, 88 % d'hystérectomie ; 74,11% de ligature des trompes ; 17,66% de kystectomie de l'ovaire ; 2,35% de myomectomie ont été mentionnés comme intervention associée au cours de la césarienne.

L'amélioration de ces résultats nécessite le concours de chacune des composantes de la société.

LES MOTS CLES : césarienne ; indications ; évacuation et pronostics foeto – maternels

XI/ REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 ABDRAHAMANE D

« Etude des besoins obstétricaux non couverts dans le cercle de Koutiala ».

2 BAMBA M

Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V à propos de 387,

Thèse de Médecine, 1998, 34p, N°52

3 BUREAU C

« Fait-on trop de césarienne ? ».

4 Cellule de la planification et de statistique (PS), Ministère de la Santé, de Solidarité et des Personnes Agées. Enquête démographique et de Santé (EDS) MALI.

5 COULIBALY G

La césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako à propos de 3314 cas thèse, Médecine Bamako, 1999, 89p, N°85.

6 DEMBELE DJEME

Evaluation de l'utilisation du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune II de Bamako. These de médecine ; 2001

7 DIARRA O.

Urgences obstétricales dans le service de gynéco obstétrique de l'hôpital du point G (1998) ;

Thèse Médecine 2000

8 DISSAL

Etude épidémiologique-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1205 cas, Thèse Médecine Bamako 2005, N°05 M110

9-GUINDO G.

Les impacts d'une étude des besoins obstétricaux non couverts dans le cercle de Koutiala de 1998 à 2001.

[www.http/uonn.net](http://www.uonn.net)

10-KANANDA N. K.

La mortalité maternelle à la clinique durant l'année 2000 ;
Congo Médical 2002.

11-KANTE M

Etude clinique et épidémiologique de l'utilisation du partogramme dans les maternités publiques, Med, Bamako, 1999, 62p, w°75.

12-KEITA M

La réanimation du nouveau-né en salle de travail moyens et méthodes dans les trois centres des niveaux différents à Bamako ; Thèse de médecine ; 2003

13-KONATE M.

L'étude des césariennes dans le service de gynécologie obstétrique sur une période de 5 ans à l'hôpital Gabriel Touré ; Thèse de médecine ; 2001

14-KOUYATE A.S

« Les aspects démographiques et obstétricaux de complications infectieuses post-césariennes dans le service de gynéco-obstétrique de HGT », thèse, Med, BKO, 1995, 59p, N°42.

15-M'BIYE KAMUMA

« Infections dans les suites opératoires de césarienne ».

16 MERGER R. / LEVYJ. / MELCHIORJ.

Précis d'obstétrique 5^{ème} édition MASSON 1986.

17 N'DIAYE B

La mortalité à la maternité de l'hôpital Gabriel Touré, thèse Med, Bamako, 1995, 65p, w°18.

18 OMS (PHIL POTT)

Partogramme santé maternelle et maternité sans risque

- Division de la santé familiale

19 Organisation Mondiale de la Santé

La partographie de l'OMS réduit les complications du travail et de l'accouchement.

20-PICAUTA. Et al

« La mortalité maternelle au centre hospitalier de libre ville » (1984-1987).

Journée Gynéco- Obstétrique .biol.Reprod.1989.

21-RIVIERE M.

Mortalité maternelle au cours de l'état gravido-puerperal ; avortement excepté.
Introduction générale.

22-SAGBO F.

« Etude des indications de césariennes à la maternité du C.H.U de TREICHVILLE à propos de 780 cas collages en 1988 », Mémoire C.F.S Côte d'Ivoire

23-SOUMOUNOU K.I

« Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des complications septiques des césariennes sur cas impurs, plaidoyer en faveur de la césarienne hors du ventre (à propos de 326 observations recueillies à l'H.P.G »

Thèse Médecine, Bamako (Mali), 1991 M 27.

24 SOW A SY

L'opération césarienne en milieu africain (étude de 260 interventions pratiquées à l'Hôpital de "Point G" à Bamako)

Thèse Médecine, Angers (France), 1973 M.227.

25 TEGUETE I

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du Point « G » de 1991-1993 (à propos d'une étude de cas témoin de 1544 cas, thèse Med BKO, 1996, 133p, N°17.

26 THIERO M

« Evacuation sanitaires d'urgence en obstétrique à l'H.G.T (à propos de 160 cas » ;Thèse de Médecine ; 2005

Thèse Médecine

27 TREGUER J

« 390 césariennes en 2 ans à la maternité de N'Djaména »

Rev. Fr. Gynécol. Obstét, 1991, 86 : 294-300.

28 TRAORE D.

Etude des BONC dans la région de Koulikoro,

Thèse Médecine, 2003 ; N°03 M41

29-YATTASSAYE A.

Accouchement chez l'adolescente à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'HGT en 1 an

Thèse de Médecine, 1998-N°74

30-ZINZOUR D et COLL.

« La césarienne. Etude rétrospective de 274 cas »

Médecine, d'Afrique Noire ; 1986, 33 (3), 180-182.

30-ZINZOUR D et COLL.

« La césarienne. Etude rétrospective de 274 cas »

Médecine, d'Afrique Noire ; 1986, 33 (3), 180-182

QUESTIONNAIRE

CESARIENNE : INDICATION – PRONOSTIC – Fœto-maternel

(Q1) N° Fiche /____/

(Q2) Age /____/année

(Q3)provenance /____/

(Q4)Ethnie /____/

(Q) Statut matrimonial /____/

1.Celibataire ,2.Mariée,3.Divorcée,4.Veuve

1 ANTECEDENTS :

. Obstétricaux

(Q6) gestité /___/ nombres

(Q7) parité /____/

(Q8)Avortement /____/

(Q9) Vivant /____/

(Q10)Gémellité /____/

(Q11) Espace inter-génésique /____/ année

.Chirurgicaux :

(Q12) Césarine /____/ Oui/Non, si oui nombre

(Q13) Plastie utérine /____/Oui /Non

(Q14)myomectomie /____/ Oui/Non

(Q15) Rupture utérine /____/ Oui /Non /____/ (1 = utérus cicatriciel)

.Médicaux :

(Q16) H T A /____/ Oui /Non

(Q17) Diabète /____/ Oui/Non

(Q18) Drépanocytose /____/ Oui/Non

(Q19) Asthme /____/ Oui/Non

(Q20) Insuffisance rénale /____/ Oui/Non

Autres à préciser :

.Facteurs de risque

(Q21) Taille /__/__/__/

(Q22)Hémorragie /___/ Oui/Non

(Q23) CPN /_____/Oui/Non si oui le nombre /___/

(Q24)à terme /____/ Oui /Non

(Q25)Dernier enfant mort-né /____/ Oui/Non

(Q26) Césarienne dernier accouchement /____/ Oui/Non

-Examen clinique général :

(Q27) Poids : /____/ (kg)

(Q28) Taille: /____/ cm

(Q29) Conjonctive /____/ (1 = bien colorée , 2 = moyenne colorée ,3 = pâle)

(Q30) T A /____/ mm HG

(Q31)Pouls /____/

(Q32) Température : /____/°C

17 Examen obstétrical :

(Q33) Age gestational /____/ (S A)

(Q34) H U /____/ cm

(Q35) Présentation /____/ (1 = céphalique,2 = siège,3 = transverse,4 = providence)

(Q36) B D C F /____/mm

(Q37)P D E /____/ (1 = intacte,2 = rompue

(Q37a) si rompue heure.

-Indications de la césarienne :

(Q38)Dystocie mécanique : /____/ (1=0,2=N)

(Q39) : B G R : /____/ (Q 39 a) : D F P : /____/

(Q 40) : Présentation Vicieuse : /____/

(Q41) : Obstacle previae : /____/

(Q42) : Dystocie dynamique /____/

(Q43) : Dilatation stationnaire : /____/

(Q44) : Travail prolongé:/____/

(Q45) : Liée à l'état général de la mère : /____/

(Q45a) : Utérus cicatriciel /____/ ,(Q45b) maladie métabolique)

(Q45c) : Syndromes vasculo-renaux)

(Q45d) : Prophylactique

18 Paramètre par opératoire :

(Q46) Délai incision cutanée et extra fœtale /____/ cm

(Q47) :Coloration L A : /____/ (1 = claire, 2 = méconiale, 3 = jaune, 4 = sang)

(Q48) Nombre total de fils:/____/ 1= 100, 2=100 à 500

(Q49) : Saignement per-opératoire : /____/ 1= inf : 100, 2 = 100 à 500, 3 = supérieur à 500

(Q50) : Durée totale d'intervention /____/ (h /min)

(Q51) : Incident per-opératoire /____/

(Q51a) : Si oui : /____/ (1 = vésicule, 2 = autre)

19 Paramètre post- opératoire :

(Q52) Dose antalgique /____/

(Q52a) = j1 /____/

(Q52b) = j2 /____/

(Q52c) = j3 /____/

(Q52d) = j4 /____/

(Q52e) = j5 /____/

(Q52f) = j6 /____/

(Q52g) = j7 /____/

(Q52h) = j8 /____/

(Q53) : Reprise de transit : /____/

(Q54) Alimentation : /____/

(Q55) Complication : /____/

(Q55a) : Si complication : /____/ (1 = hémorragie, 2 = hématome pariétale, 3 = suppuration pariétale, 4 = lâchage pariétal, 5 = lâchage total, 6 = endométrite, 7 = ballonnement, autres)

(Q55a1) Si suppuration : /____/ (1 = superficielle, 2 = profonde)

(Q56) Plaintes : /____/

(Q56a) Céphalées : /____/

(Q56b) Vomissements : /____/

(Q56c) Douleurs abdominales : /____/

(Q56d) Fièvre : /____/

(Q56e) : paresthésie M.I : /____/

(Q56f) Impotence M.I : /____/

Autres /_____/

(Q57) Durée séjour : /____/ (jours)

(Q58) Apgar 1 : /____/

(Q59) : Apgar 5 : /____/

(Q60) Type anesthésie : /____/ (1 = AG, 2 = ALR, 3 = AP)

(Q61) Coût

(Q62) heure de départ de la femme au lieu de résidence

(Q63) heure d'arrivée au centre de santé de référence.....

(Q64) temps pendant lequel la femme a été prise en charge au CSREF.....

Annexe : Répartition du profil des prestations par aire de santé

Aires de santé	Medecin	SF	IPC	Matrone
Baremba	1	0	1	2
Bogola Zagasso			1	
Bongosso				
Djitamana				
Famoussasso				
Fanfana	0	0	1	1
Ferme				
Garasso	0	0	1	1
Hamdallaye	0	1	0	2
Karagouana	0	0	1	1
Karangasso	0	0	2	3
Koloni				
Konséguela	1	0	0	2
Kouniana	0	0	0	1
Konina	1	0	0	1
Koko : disp. cath	0	1	1	2
Kouo				
Leléni			1	
Médina coura	0	0	1	4
Miéna	1	0	1	2
Molobala	0	0	1	2
M'pessoba	1	0	1	1
N'gountjina	0	0	0	1
N'golonianasso	0	0	1	1
N'togonasso	1	0	1	1
N'tosso	0	0	1	1
N'tossoni			1	1
Oula				
Peguenta	1	0	0	1
Sanguéla	0	0	1	1
Sinkolo			1	
Sincina	1	0	1	1
Sirakelé				
Sogomougou	0	1	0	0
Sougoumba	0	0	1	2
Sorobasso			1	
Tièré	0	0	1	1
Yafola			1	
Zangasso	0	0	0	1
Zanzoni			1	
Zebala			1	
Ziéna			1	

Total	8	3	27	36
--------------	----------	----------	-----------	-----------

Sur les 42 aires de santé , il n y'a que 3 sages femmes

SERMENT D'HYPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

PARACELS

LA RAISON DOMINANTE DE LA MEDICINE EST L'AMOUR.

LA FREQUENTATION CONTINUELLE DES GRANDS MALADES ET SOUVENT DES MOURANTS EMOUSSENT SOUVENT LA SENSIBILITE DES MEDECINS ET DU PERSONNEL SOIGNANT D'UNE MANIERE EFFRAYANTE.

IL FAUT QUE CHACUN LUTTE CONTRE CE DURCISSEMENT ET D'AUTANT PLUS QUAND LA FONCTION EST SUPERIEURE. SI LE MEDECIN-CHEF SE MONTRE LUI-MEME INDIFFERENT ; QU'IL NE S'ETONNE PAS SI SON PERSONNEL L'EST AUSSI.

Pr. H. SCHULTEN.