

**Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



UNIVERSITÉ DE BAMAKO

Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2009-2010

**PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA CESARIENNE
DANS LE CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE
TOMINIAN**

Thèse

**Présentée et soutenue publiquement le ...//2010 devant la
Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-
Stomatologie**

M. JACQUES DAKOUO

**Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(DIPLOME D'ETAT)**

Jury

Président : Pr. SY Assitan Sow

Membre : Dr. Youssouf TRAORE

CoDirecteur Dr Kounkoun Salif DIALLO

Directeur de thèse : Pr. Salif DIAKITE



**DEDICACES
ET
REMERCIEMENTS**

DEDICACES

AU SEIGNEUR TOUT PUISSANT

Je te remercie de m'avoir protégé durant toutes mes études .Tu m'as permis une fois de plus de voir ce jour que j'attendais tant ; à toi seul gloire pour toujours amen.

A mon père HAREFO PIERRE:

Vous avez consacré le meilleur de vous-même à notre éducation pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui. Vos sages conseils et bénédictions nous accompagneront toujours pour guider nos pas dans la vie. Votre soutien tant moral qu'affectif, matériel et financier a contribué à la finalisation de ce travail. Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de toute ma reconnaissance. Que le seigneur vous accorde encore longue vie et bonne santé auprès de nous. Nous sommes fiers de vous et cela pour toujours.

A ma mère TIABWA CHRISTINE DEMBELE :

Les mots me manquent pour vous qualifier. Votre soutien tant moral qu'affectif, matériel et financier a contribué à la finalisation de ce travail. Merci pour tous les sacrifices consentis à notre éducation. Puisse ce travail témoigner l'expression de ma profonde affection et de ma sincère reconnaissance.

REMERCIEMENTS

A :

Tous nos maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako pour la qualité des enseignements que vous nous avez prodigué tout au long de notre formation.

Hommages respectueux :

Aux docteurs : Kounkoun Salif DIALLO, Eduardo Fernandez NAOMAR, Issa KEITA, Abdrahamane SIDIBE, Seriba DAKOUO du CS Réf de Tominian je vous présente mes sincères remerciements pour la qualité et la rigueur de l'encadrement que vous nous avez offert.

A mes frères et sœurs :

Martine, Dieudonné, Agathe, Roger, Moïse, Joseph, Charlotte et à ma femme Henriette KEITA.

Pour le réconfort moral et le soutien matériel que vous n'avez cessés de m'apporter pendant tant d'années d'étude. Recevez par ce travail le signe de mes sentiments affectueux et fraternels. La fraternité n'a pas de prix et j'espère et souhaite qu'elle reste toujours un lien sacré pour nous.

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

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

Restons toujours unis et soyons à la hauteur de nos parents.

Ce travail est l'occasion pour moi de vous dire à quel point vous m'êtes chers.

Que Dieu renforce nos liens.

A Mr. Théophile DEMBELE

Merci pour la disponibilité, le soutien moral et matériel et la qualité exceptionnelle des relations qui ne m'ont jamais fait défaut tout au long de mes études médicales.

Les mots me manquent aujourd'hui pour vous témoigner toute ma reconnaissance. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A Mr. Bekou Benoît DEMBELE:

Vous m'avez considéré comme un petit frère. Vous avez été d'un apport capital à la réalisation de ce travail.

Merci pour tout le soutien matériel et moral pendant mes études médicales.

Puisse Dieu vous payer au centuple.

A Mr. Josias THERA :

Merci pour la disponibilité, le soutien moral et matériel et la qualité exceptionnelle des relations qui ne m'ont jamais fait défaut tout au long de mes études médicales.

Les mots me manquent aujourd'hui pour vous témoigner toute ma reconnaissance. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A mes oncles et tantes :

Je n'ai pas cité de nom pour ne pas en oublier. Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge. Toujours reconnaissant, je prie pour le repos de l'âme de ceux qui ne sont pas parmi nous.

A mes amis de la faculté :

Maxime DEMBELE, Fidèle DIARRA, Jean Wamian KONE et Issa Robert KONE

Merci pour tout le soutien matériel et moral. Pour tous les conseils que vous m'avez donné, que le seigneur exauce vos vœux les plus sincères.

A mes cousins et cousines:

Mr Valérien DEMBELE, Haré Bruno DAKOUO, Apolline Dakouo, Marc DEMBELE, Hyppolite DEMBELE, Clément DEMBELE, Samou Enock DEMBELE, David DAKOUO, Félix DEMBELE, André DEMBELE, Jérémie DEMBELE, Kader DEMBELE, Ezékiel DEMBELE, Marc DEMBELE, Michel, Dr Marie Ange, Mathias, Marie Angeline, Martine, Marius, Martine DEMBELE
Merci pour le soutien matériel et moral ; et les bénédictions qui ne m'ont jamais fait défaut tout au long de mes études médicales. Puisse Dieu vous apporter paix, santé et prospérité.

Aux internes du service :

Siaka SANOGO et Oumar TANGARA.

Merci pour la chaleur, la confiance, l'estime et la qualité de la collaboration tout au long de ces stages internés.

Puisse Dieu exaucer vos vœux les plus intimes.

Au major du service et du bloc opératoire Mr. David DIARRA

Vous m'avez considéré comme un de vous.

Merci cher maître pour les conseils et les services rendus.

Que Dieu vous bénisse et qu'il pourvoie à vos besoins.

Aux deux sages femmes Mme DIALLO Maman Soussaba Naman et Mariam SANOGO pour leur disponibilité constante leur collaboration et la confiance placé en nous durant notre séjour. Puisse le seigneur exauce vos vœux du nouvel an ; amen.

Aux infirmiers, infirmières et matrones:

Aboubacar sidiki NANAKASSE, TIENTA Ibrahim, Djeneba DOLO, Marie KAMATE, Alpha COULIBALY, Mahamane DOUCOURE, Mama DJOURTE, Coumba TRAORE, Fatoumata DOUMBIA dite ADIA, Mamy BAGAYOGO , Hawa KOUYATE.

Merci pour votre disponibilité constante, le soutien et la confiance que vous avez placés en nous. Que Dieu fortifie davantage vos liens et exauce vos vœux les plus sincères amen.

Aux laborantins :

Zacharidia SIDIBE et Ousmane TOURE

Merci pour la disponibilité constante, les conseils et la qualité de la collaboration. Je formule mes plus sincères souhaits pour vos bonheurs respectifs et la réalisation de vos vœux les plus intimes.

Au personnel du DRC et du dépôt de vente :

Baba DIASSANA et MOUKORO Rose, merci pour la disponibilité et la confiance.

Au comptables Mr Abdoulaye DEMBELE, et Almamy DIARRA. Merci pour les grands sacrifices dans la saisie de ce document et votre entière disponibilité.

Au chargé SIS, hygiène et assainissement :

Merci pour votre soutien et la collaboration qui n'a jamais fait défaut tout au long de notre séjour. Que Dieu vous bénisse.

Aux chauffeurs et manœuvres du service :

Sirima DIASSANA, Sanibe DIASSANA, Adama DIONI, Vieux THERA, Nakoua MOUKORO ...

Merci pour la disponibilité constante et la franche collaboration.

A tout le personnel de la maternité particulièrement à la sage femme maîtresse pour avoir donné le maximum de leur temps afin d'une meilleure utilisation des registres et des dossiers obstétricaux par l'équipe de saisie.

A tous ceux qui n'ont pas retrouvé leurs noms ici ; merci infiniment.



**HOMMAGE AUX
MEMBRES DU JURY**

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,
Pr. SY ASSITAN SOW**

**PROFESSEUR TITULAIRE DE GYNECOLOGIE ET
D'OBSTETRIQUE A LA FMPOS.**

**PRESIDENTE DE LA SOCIETE MALIENNE DE GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE (SOMAGO).**

**CHEF DE SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE AU CENTRE
DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DE BAMAKO.**

CHEVALIER DE L'ORDRE NATIONAL DU MERITE DE LA SANTE.

Vous nous avez séduits à travers vos qualités de formateur, votre pragmatisme, votre modestie, votre rigueur et surtout votre franchise.

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations. Cher maître, nous avons été très impressionnés par votre simplicité, votre sens de l'humour et votre humanisme. C'est le moment pour nous de vous rendre un hommage mérité. Trouvez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

Que le seigneur vous accorde encore longévité et santé.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Pr. SALIF DIAKITE

**PROFESSEUR TITULAIRE DE GYNECOLOGIE ET D'OBSTETIQUE
A LA FMPOS.**

GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN AU CHU GABRIEL TOURE.

Vous avez bien voulu accepter la direction de ce travail ; nous en sommes honorés.

La qualité et la clarté de votre enseignement nous ont séduites.

Nous sommes fiers d'être un de vos élèves.

Votre abord facile, votre esprit d'ouverture, votre rigueur scientifique et surtout votre abnégation, associée à vos qualités de maître formateur font de vous un modèle à suivre.

Veillez accepter, cher maître, nos humbles remerciements pour la qualité de l'encadrement et les conseils prodigués tout au long de ce travail.

Que le seigneur vous accorde encore longévité et santé.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr. YOUSOUF TRAORE

GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN AU CHU GABRIEL TOURE.

**MAITRE ASSISTANT EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE A LA
FMPOS.**

SECRETAIRE GENERAL DE SOMAGO.

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury.

En vous remerciant très sincèrement, permettez nous de souligner vos qualités de pédagogue, votre rigueur scientifique, votre disponibilité et votre dynamisme faisant de vous un maître admiré et respecté.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr. KOUNKOUN SALIF DIALLO

**D.I.U EN ORGANISATION ET MANAGEMENT DES SYSTEMES
PUBLICS DE PREVENTION VACCINALE DANS LES PAYS EN
DEVELOPPEMENT.**

**DIVISION PREVENTION ET LUTTE CONTRE LA MALADIE.A LA
DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE.**

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir faire. Votre caractère sociable fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Les mots nous manquent pour vous remercier de votre encadrement et de votre formation afin de faire de nous de futurs bons médecins. Plus qu'un chef, vous êtes pour nous un grand frère adorable. Comptez sur notre disponibilité et notre profonde gratitude, merci infiniment.

LISTE DES ABREVIATIONS :

ATCD = Antécédent

BGR = Bassin Généralement Rétréci

BPN = Bilan prénatal

BDCF = bruit du cœur fœtal

Cm = Centimètre

CS Réf = centre de santé de référence

CPN = Consultation Prénatale

DFP = Disproportion Foeto-Pelvienne

Kg = Kilogramme

Gr = Gramme

Hg = Mercure

CHU GT = Centre hospitalier universitaire Gabriel Touré

CUD = Contraction Utérine Douloureuse

CHU PG = Centre hospitalier universitaire du Point « G »

HRP = Hématome Rétro Placentaire

HTA = Hypertension Artérielle

Kg = Kilogramme

LA = Liquide Amniotique

Mn = Minute

PP = Placenta Prævia

RPM = Rupture Prématuration des Membranes

SA = Semaine d'aménorrhée

SFA = Souffrance Fœtale Aigue.

SOMMAIRE

DEDICACES.....	1
I. INTRODUCTION.....	1
1. OBJECTIFS.....	3
1.1. Objectif général :	3
1.2. Objectifs spécifiques :.....	3
II. GENEALITES.....	4
1. Définition de la césarienne	4
2. Epidémiologie.....	4
3. Historique de la césarienne.....	4
4. Rappels anatomiques :	6
4.1. Le canal pelvi-génital	6
4.2. L’utérus gravide.....	7
5. Les indications de la césarienne.	9
5.1. En urgence	9
5.2. En dehors de l’urgence	9
6. Techniques de la césarienne :	10
6.1. Boite de césarienne :.....	10
6.2. Technique de la césarienne classique :.....	11
6.3. La technique de Misgav-Ladach.....	12
7. Les complications de la césarienne :	17
7.1. Les complications per opératoires :.....	17
7.2. Les complications post-opératoires :.....	17
7.3. Les complications diverses :.....	18
III. METHODOLOGIE	19
1. CADRE D’ETUDE	19
1.1. Historique :	19
1.2. Aspect géographique :	19
1.3. Présentation du district sanitaire :.....	19
1.4. Déroulement des activités :.....	22
2. TYPE D’ETUDE:.....	24
2.1. Période d’étude:	24
2.2. Population d’étude :.....	24
2.3. Echantillonnage :	24
2.4. Plan d’analyse et de traitement des données :	25
2.5. Contraintes et limites :.....	25
2.6. Définitions opérationnelles :.....	25
IV. RESULTATS	29
1. Fréquences	29
2. Profil socio démographique :.....	30

3.	Antécédents médico-chirurgicaux:	34
4.	Antécédent obstétricaux	35
5.	Le déroulement de la grossesse :	38
6.	Le déroulement de l'accouchement :	39
7.	Indications de la césarienne :	42
8.	Données relatives à la césarienne :	43
9.	Pronostic :	46
9.1.	Pronostic fœtal :	46
9.2.	Pronostic maternel	48
V.	COMMENTAIRES ET DISCUSSION	50
1.	Méthodologie	50
2.	Fréquence de la césarienne :	50
3.	Caractéristiques socio démographiques :	50
4.	Données cliniques	52
5.	Pronostic	56
5.1.	Pronostic fœtal	56
5.2.	Pronostic maternel	56
VI.	CONCLUSION	58
VII.	RECOMMANDATIONS	59
1.	Aux autorités sanitaires	59
2.	Au personnel sanitaire du CS Réf:	59
3.	Au personnel des CSC om :	59
4.	A la population:	59
VIII.	REFERENCES	60

I. INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel. 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, intervention consistant en l'ouverture chirurgicale de l'utérus pour l'évacuation rapide du produit de conception (fœtus). ^[12]

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 prævia ont été beaucoup élargies ces trente dernières années.

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 compétent, des moyens de surveillance de la grossesse, la fréquence d'accidents graves de la circulation routière, 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, geste courant, facilement admise, réalisée qu'elle que soient les conditions locales constitue une opération à risque ^[1].

Des études ont été effectuées dans certains centres de santé des pays développés, de la Sous Région et au Mali. Ainsi en 1987 ; 25% des accouchements aux USA et 16% en Allemagne se faisaient par césarienne. ^[1] Au Maroc, la césarienne représentait 90,97% des IOM ; tandis qu'au Niger elle représentait 79,30% des

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

Un fait important est l'existence d'une grande disparité concernant l'efficacité de l'intervention à travers le monde car beaucoup de facteurs (cliniques, socio-économiques, provenance, âge, taille etc....) interviennent dans le pronostic fœto-maternel. Les principales causes de mortalité maternelles et néonatales liées à la césarienne à travers les différentes publications sont : l'hémorragie, l'infection, l'anesthésie, la fistule vésico-vaginale, les plaies viscérales, les déchirures du segment inférieur, la thrombose et les troubles du transit. ^[16]

Au Mali, selon l'EDS-IV 2006 la mortalité maternelle a été estimée à 582 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

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 Tominian une étude sur la césarienne n'a jamais été faite d'où l'intérêt d'une étude d'évaluer la césarienne au centre de santé de référence de Tominian.

1. OBJECTIFS

1.1. Objectif général :

Etudier la césarienne dans le CS Réf de Tominian.

1.2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la césarienne au CS Réf de Tominian.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes.
- Déterminer les indications de la césarienne au CS Réf de Tominian.
- Déterminer le pronostic fœto-maternel au CS Réf de Tominian.

II. GENEALITES

1. Définition de la césarienne

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après coeliotomie et exceptionnellement de nos jours par voie vaginale. ^[13]

2. Epidémiologie

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. ^[12]

3. 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. ^[8]

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 cette période :

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.

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

1826 : césarienne sous péritonéale par BAUDELOCQUE.

1876. : introduction de l'extériorisation systématique de l'utérus suivie de l'hystérotomie en bloc après la césarienne par PORRO qui pensait ainsi lutter contre la péritonite, responsable de la plupart des décès.

Suture systématique de l'utérus par les Allemands KEHRER et SANGER en 1882.

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

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

4. Rappels anatomiques :

4.1. Le canal pelvi-génital

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

✓ Le bassin osseux

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 sacrum et le coccyx en arrière. Il est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison, nous ne décrivons ici que le petit bassin.

✓ 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 :

En avant : le bord supérieur de la symphyse pubienne et le corps du pubis, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées.

De chaque côté les lignes innominées et le bord antérieur des ailerons sacrés.

En arrière : le promontoire.

Diamètres du détroit supérieur :

Diamètres antéro-postérieurs :

- promonto-suspubien = 11cm

- promonto-retropubien = 10,5cm

- promonto-souspubien = 12cm

Diamètres obliques : allant de l'éminence iliopectinée 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.

✓ L'excavation pelvienne :

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

En avant : face postérieure de la symphyse pubienne et des corps du pubis

En arrière : face antérieure du sacrum et du coccyx.

Latéralement : face quadrilatère des os iliaques.

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

✓ Le détroit inférieur ou l'orifice inférieur :

Il constitue le plan de dégagement du fœtus.

✓ Le diaphragme pelvi-génital

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

4.2. L'utérus gravide

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

A terme, l'utérus pèse environ 900 à 1200 gr. 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.

5. Les indications de la césarienne.

5.1. En urgence

- Le placenta prævia 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 est une indication de la césarienne qui sauve le fœtus d'une mort certaine.
- Pré rupture et rupture utérine : Ce sont des urgences extrêmes.

5.2. En dehors de l'urgence

- Les disproportions foeto-pelviennes
- les bassins généralement rétrécis :
 - 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 macrosome dont le poids est supérieur ou égal à 4000gr, et taille supérieure ou égale à 50 cm ; ou isolé ; le cas le plus fréquent étant l'hydrocéphalie.
- la présentation de l'épaule : C'est la présentation transversale où la tête du fœtus se trouve dans un flanc.
La présentation du front : la variété frontale est la plus dystocique : les repères sont les yeux, la racine du nez.
- La présentation de face : Le repère est le menton. C'est la variété mento-sacrée qui est la plus dystocique.
- La présentation de siège : Dans la majorité des cas, ne conduit à la césarienne que lorsqu'il s'associe à d'autres facteurs.

-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.

-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 corporéale.

-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.

-les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales.

-La souffrance fœtale : C'est la première indication pour beaucoup d'auteurs. Elle peut être aiguë ou chronique.

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 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.

6. Techniques de la césarienne :

6.1. Boite de césarienne :

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

1. deux écarteurs de Farabœuf
2. une manche de bistouri

3. deux pinces Péan
4. trois pinces en Cœur
5. quatre pinces Kocher avec griffe
6. quatre pinces Kocher sans griffe
6. deux pinces à disséquer (avec griffe et sans griffe)
7. une valve sus pubienne
8. une pince porte aiguille
9. une cupule
10. une paire de ciseaux dissecteurs
11. Une paire de ciseaux droits
12. une pince porte tampon.

6.2. Technique de la césarienne classique :

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

Deuxième temps : Protection de la grande cavité par 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 vicryl n°2 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.

6.3. La technique de Misgav-Ladach

L'incision abdominale est faite selon la technique de Joël Cohen.

- L'Hystérotomie est effectuée sans décollement vésico-utérin.
- L'hystérorraphie 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.

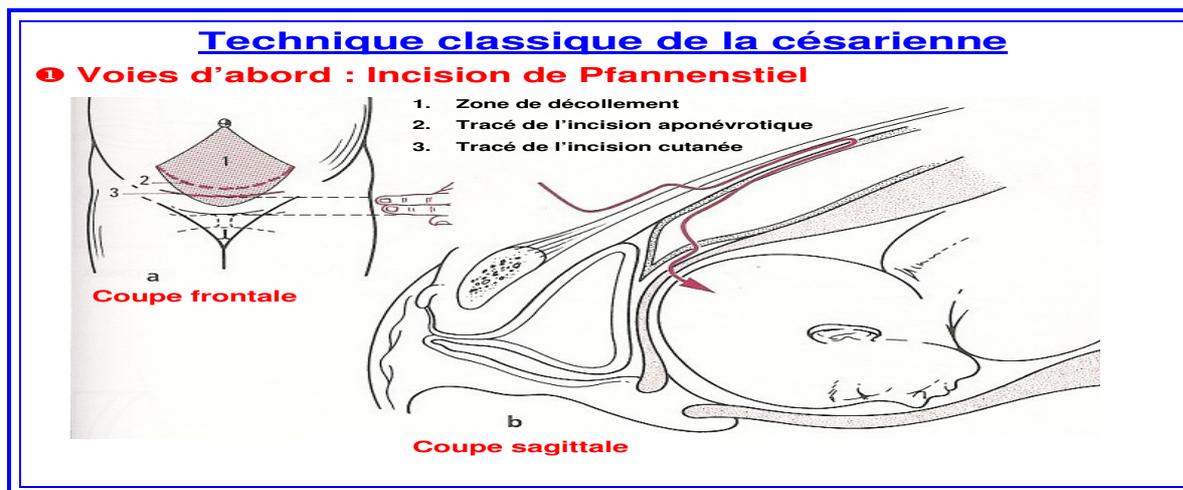


Schéma 1 : technique classique de la césarienne. KAMINA P. [8]

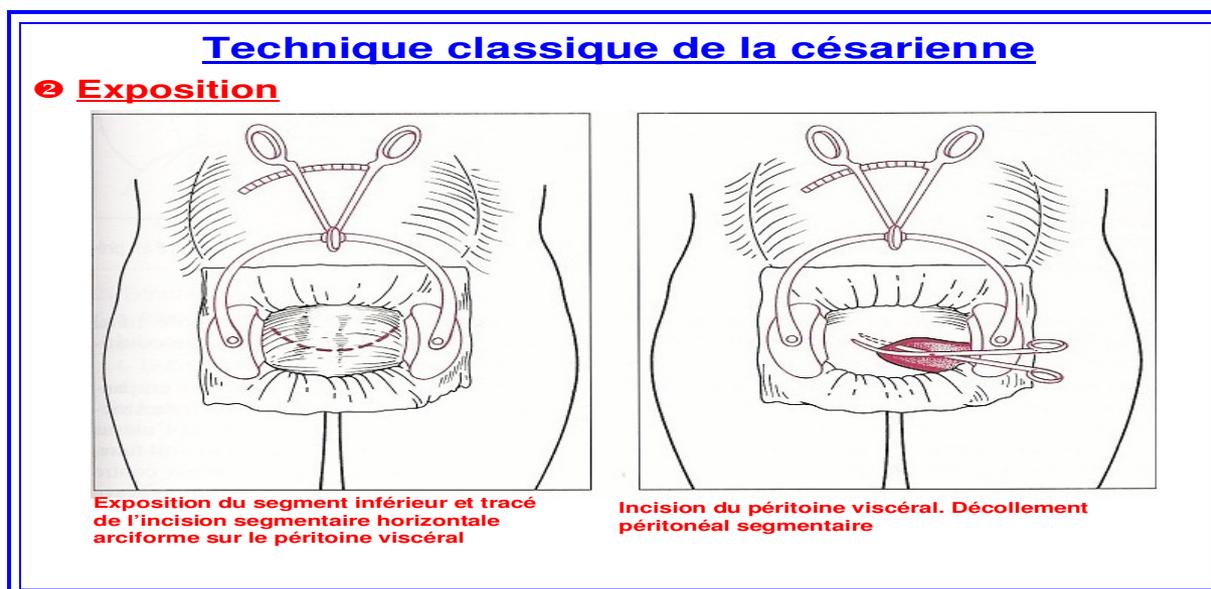


Schéma 2 : technique classique de la césarienne. KAMINA P. [8]

Technique classique de la césarienne

③ Décollement vésical

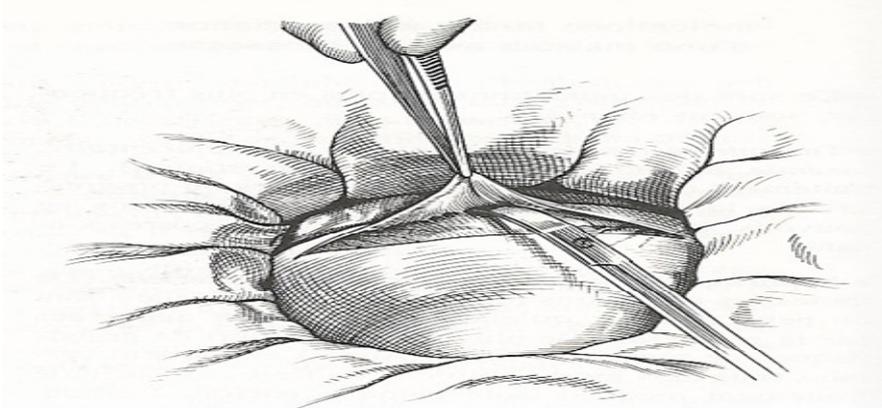


Schéma 3 : technique classique de la césarienne. KAMINA P. [8]

Technique classique de la césarienne

④ Incision du segment inférieur

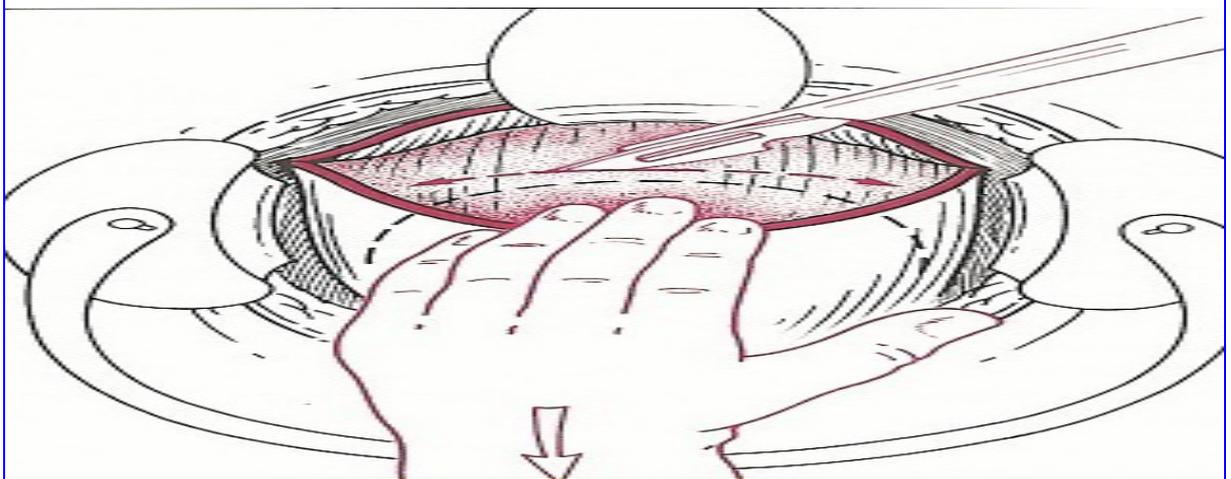


Schéma 4 : technique classique de la césarienne. KAMINA P. [8]

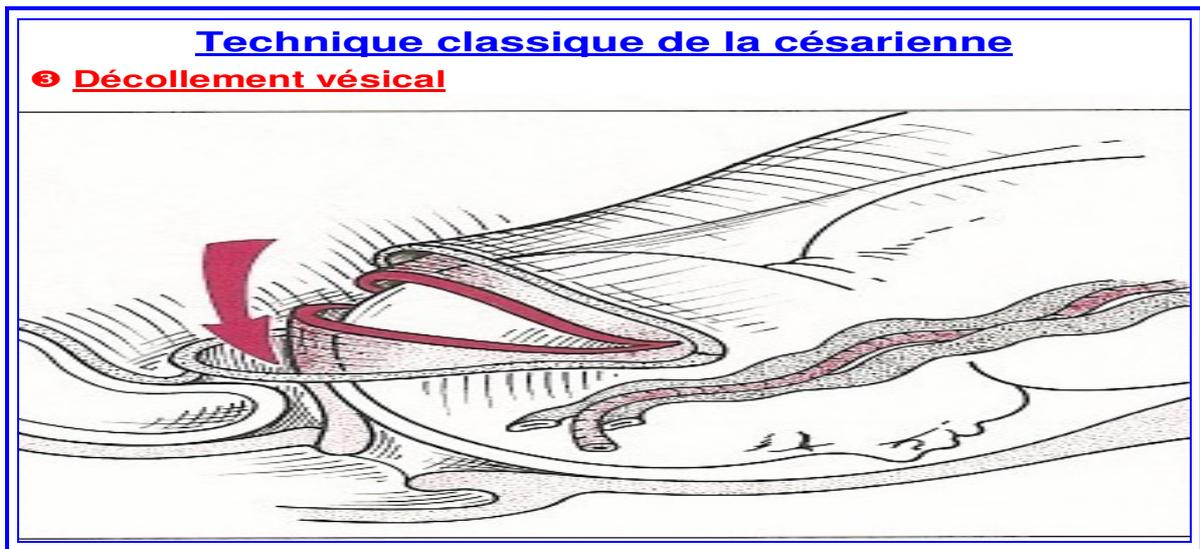


Schéma 5 : technique classique de la césarienne. KAMINA P. [8]

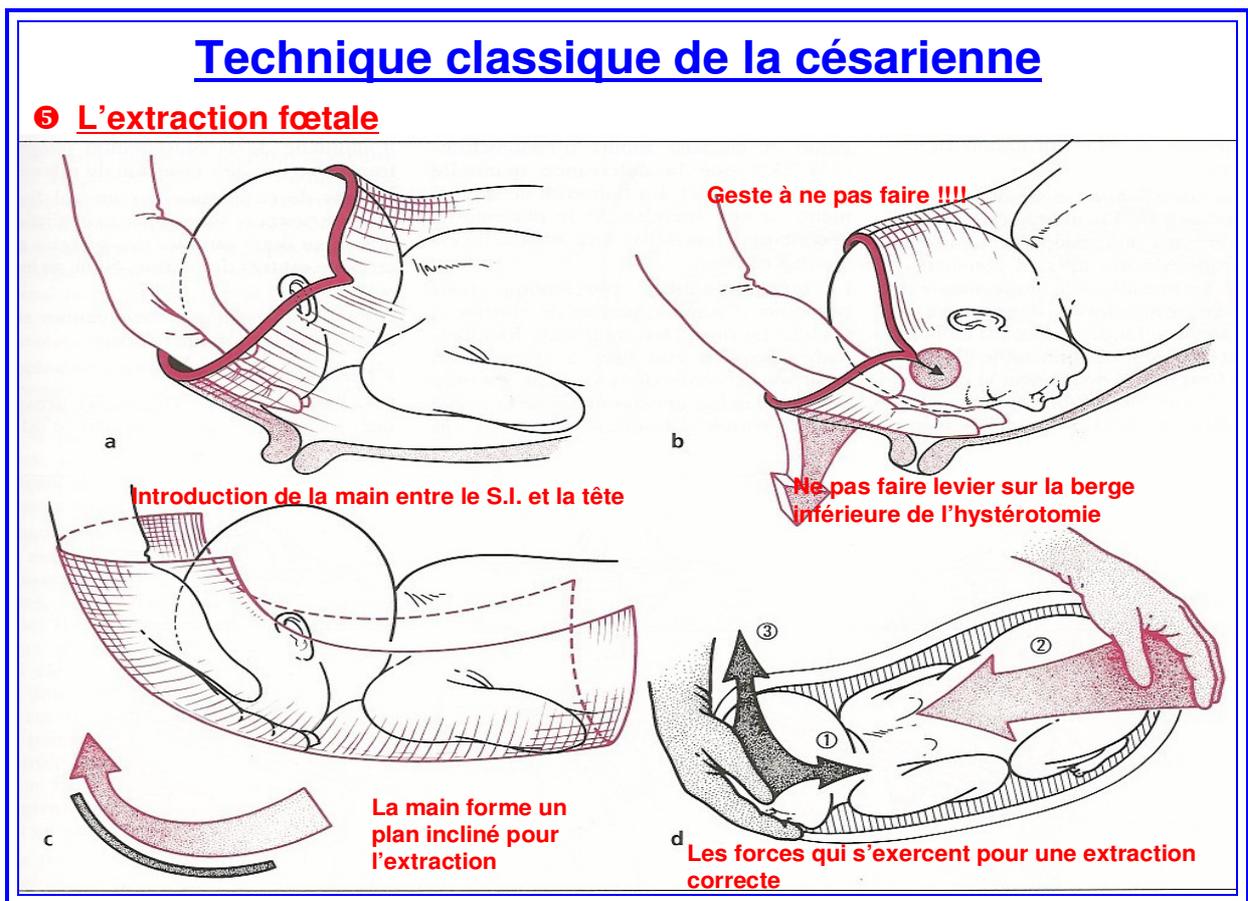


Schéma 6 : technique classique de la césarienne. KAMINA P. [8]

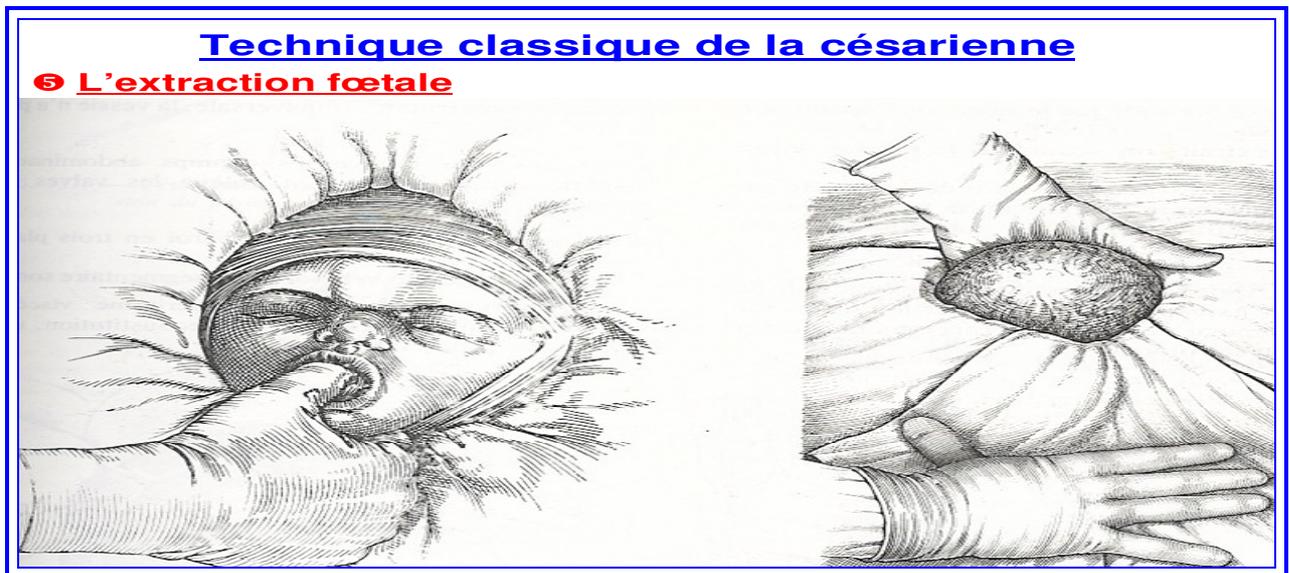


Schéma 7 : technique classique de la césarienne. KAMINA P. [8]

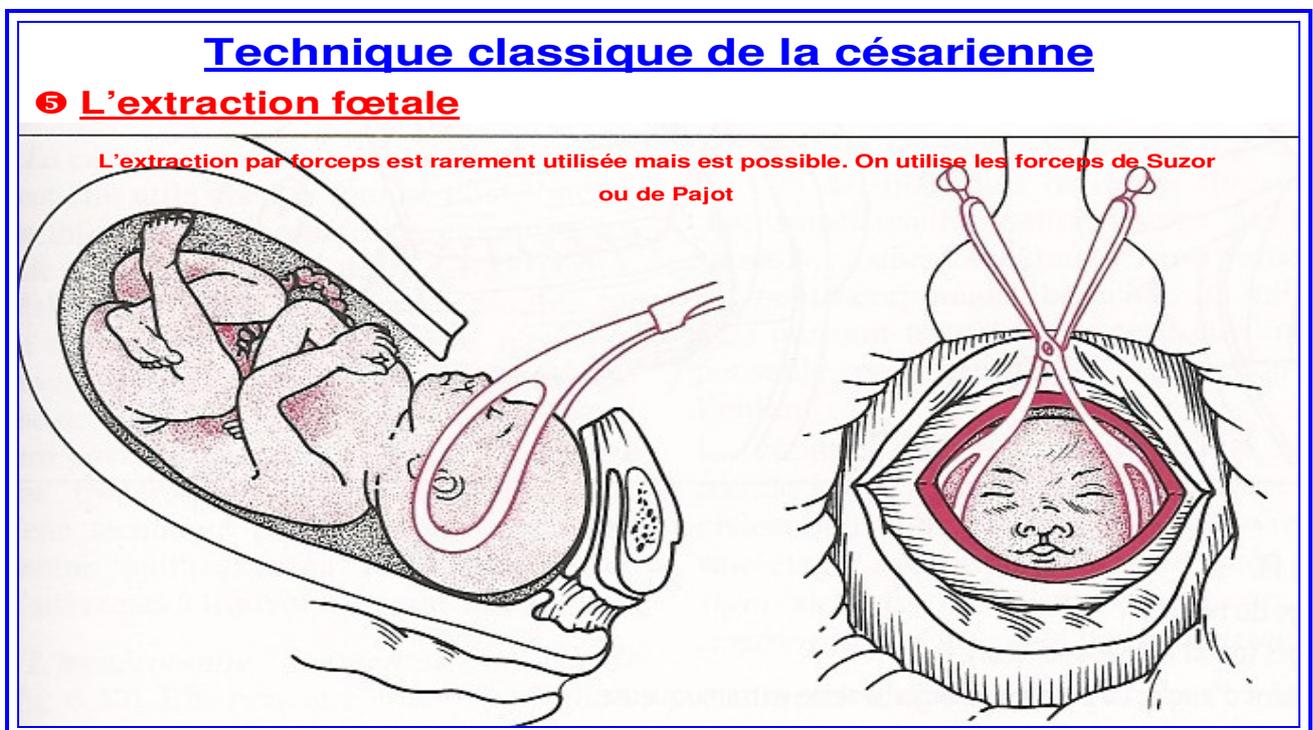


Schéma 8 : technique classique de la césarienne. KAMINA P. [8]

7. Les complications de la césarienne :

Les complications sont en effet nombreuses. Elles peuvent être per ou post opératoires.

7.1. Les complications per opératoires :

✓ L'hémorragie :

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

Généraux : des facteurs de la coagulation et de l'hémostase défectueuse ;

Locaux : alors d'origine placentaire ou utérine (inertie utérine, placenta accreta).

✓ 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.

✓ Les lésions urinaires :

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

✓ La mort maternelle au cours de l'intervention.

✓ Les complications anesthésiologistes :

Hypoxie, asphyxie, arrêt cardiaque à l'induction.

7.2. Les complications post-opératoires :

✓ Les complications infectieuses :

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

✓ L'hémorragie post-opératoire :

Plusieurs sources existent :

L'hématome de paroi, justiciable de drainage, type Redon,

Le saignement des berges utérines par hémostase insuffisante,

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

✓ Les complications digestives :

Iléus paralytique post-opératoire fonctionnel, vomissement, diarrhée, sub-occlusion, voire occlusion.

✓ La maladie thromboembolique :

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

7.3. Les complications diverses :

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

III. METHODOLOGIE

1. CADRE D'ETUDE

L'étude a eu lieu dans le district sanitaire de Tominian.

1.1. Historique :

Le village de Tominian a été fondé vers 1540 par un Somono au nom de Hassana DIASSANA originaire de Thion village de l'actuelle commune de Markala (cercle de Ségou).

1.2. Aspect géographique :

✓ Données géographiques :

Tominian, 7^{ème} district sanitaire de la région de Ségou (4^{ème} région économique du Mali) ; il est situé au Sud-est de celui-ci et couvre une superficie de 6.563 Km². Il est limité :

- Au Nord par les cercles de Bankass et de Djenné (Région de Mopti) ;
- A l'Est par la République du Burkina Faso ;
- Au Sud par le cercle de Yorosso (Région de Sikasso) ;
- A l'Ouest par le cercle de San.

1.3. Présentation du district sanitaire :

✓ Infrastructures du CS Réf :

Le CS Réf de Tominian est composé de :

- Un pavillon administratif composé du bureau du médecin chef, le bureau du gestionnaire comptable, le secrétariat, le bureau du technicien d'hygiène, un magasin et une toilette.
- Un pavillon composé du dépôt répartiteur du cercle (DRC), le dépôt de vente des médicaments DCI, la salle des réunions.

- Un pavillon composé du 1er échelon.
- Un pavillon de maternité composé du bureau de la sage femme, trois salles d'hospitalisation, une salle de garde, une salle d'accouchement avec salle d'attente.
- Un pavillon d'hospitalisation de médecine comprenant 5 salles fonctionnelles.
- Un pavillon d'hospitalisation de chirurgie comprenant 4 salles fonctionnelles.
- Un pavillon abritant le bloc opératoire avec deux salles d'opérations, une salle de stérilisation, trois bureaux de consultation pour les médecins, le laboratoire et le bureau de l'ophtalmologue.
- Une morgue

✓ Le personnel du CS Réf :

Pendant la période de notre étude, le personnel du CS Réf comptait :

Cinq médecins dont quatre à compétences chirurgicale et un médecin coopérant cubain;

Un Technicien supérieur d'hygiène ;

Deux Sage femmes ;

Un technicien supérieur de laboratoire ;

Un technicien de laboratoire ;

Un assistant médical en ophtalmologie ;

Deux infirmières obstétriciennes ;

Une matrone bénévole ;

Six techniciens de santé ;

Deux techniciens supérieurs de santé ;

Deux gestionnaires comptables ;

Un gérant DRC,
Une gérante DV ;
Quatre chauffeurs ;
Un manoeuvre - gardien.

✓ Personnel au niveau périphérique :

Un médecin généraliste ;
Une sage femme ;
Quatre techniciens supérieurs de Santé ;
Dix-huit techniciens de santé ;
Un technicien de laboratoire ;
Vingt et trois matrones ;
vingt aides soignants jouant le rôle d'agents PEV ;
Quinze gérants de DV ;
Douze manoeuvres/gardiens ;

✓ Moyens logistiques :

Le parc auto du CS Réf comptait :
Deux véhicules TOYOTA Hilux.
Deux ambulances TT 4x4 avec un en état passable.
Trois YAMAHA 100.
Trois YAMAHA DT pour la supervision des activités de lèpre et de tuberculose,
une HONDA super N°1 pour les activités du trachome.
L'équipement informatique est déficitaire : comprend trois ordinateurs portables, quatre ordinateurs de bureau dont un en mauvais état, une photocopieuse.

Un groupe électrogène de 16 KVA; de marque DEUTZ qui dessert le bloc opératoire en cas de coupure d'électricité depuis mars 2002.

1.4. Déroulement des activités :

✓ Les activités sont surtout curatives et basées sur :

La consultation curative ;

La prise en charge des cas chirurgicaux tel que : les hernies, les appendicites, les péritonites, les prolapsus, les hydrocèles, la césarienne et ses complications et l'assistance des femmes en travail.

Le diagnostic de confirmation des cas au niveau du laboratoire.

Toutes ces activités se déroulent du lundi au vendredi avec une permanence à partir de 16 heures et du samedi au dimanche à 8 heures.

Le système de référence/évacuation se porte assez bien et est assuré par deux ambulances dont une en état passable.

CARTE SANITAIRE

CERCLE DE TOMINIAN

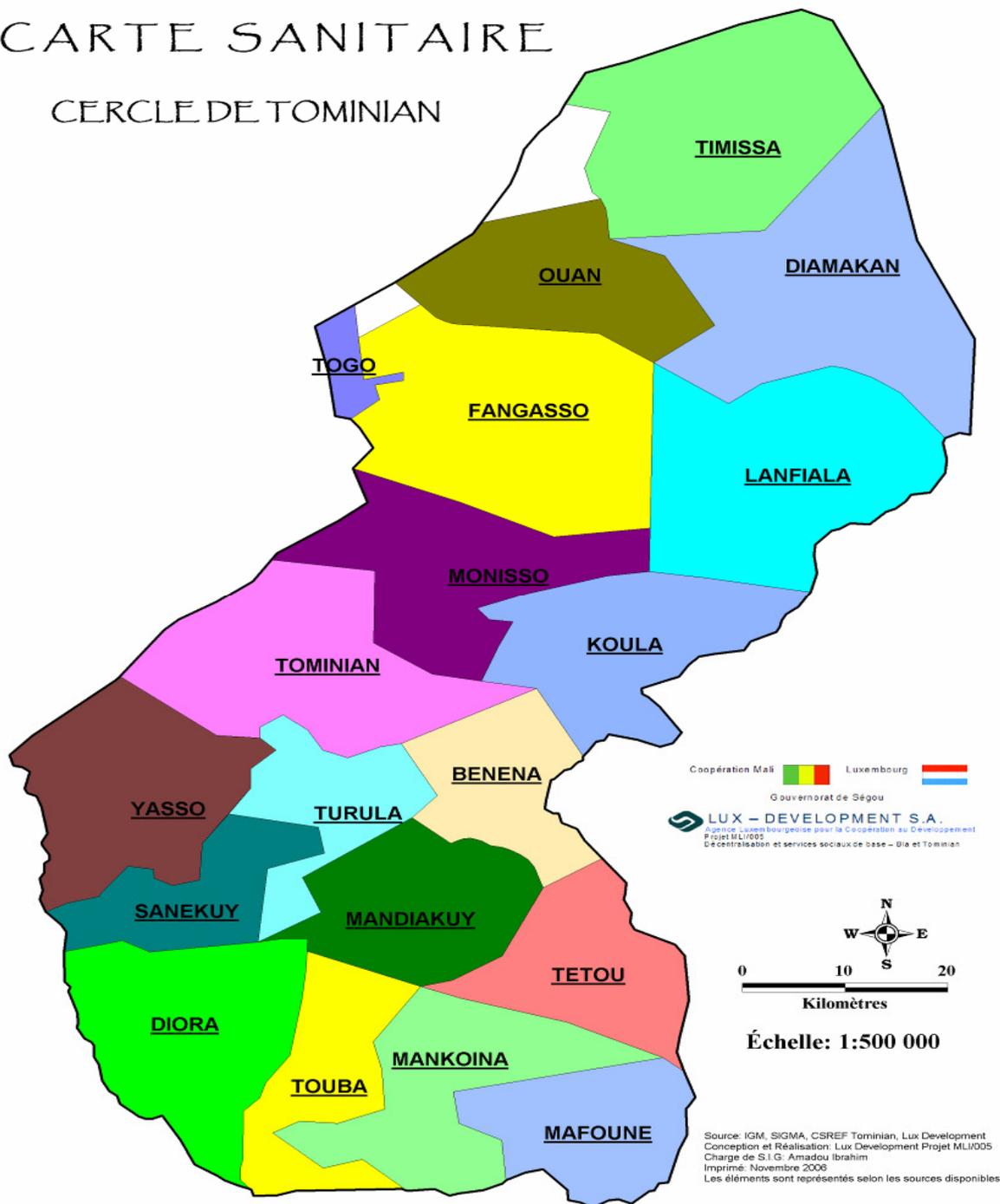


Figure1 : Présentation de la carte sanitaire du district:

2. TYPE D'ETUDE:

Nous avons réalisé une étude prospective.

2.1. Période d'étude:

Elle s'étend sur 12 mois, allant du 1^{er} Septembre 2008 au 31 Août 2009.

2.2. Population d'étude :

Elle a concerné toute les parturientes reçues en salle de travail au CS Réf.

2.3. Echantillonnage :

✓ Critères d'inclusion:

Toutes les parturientes qui ont accouché par césarienne au CS Réf.

Les nouveau-nés issus de ces césariennes vivants ou décédés.

✓ Critère de non exclusion :

Nous n'avons pas inclus dans ce travail toutes les parturientes admises dans le CS Réf et ayant accouché par voie basse.

Toutes les parturientes chez lesquelles on a mis en évidence une rupture utérine.

✓ Collecte des données:

Support des données : il s'agit de la fiche d'enquête élaborée à cet effet, les dossiers obstétricaux des parturientes, et du registre d'accouchement de la maternité.

Technique utilisée: C'est l'interview, et la revue documentaire.

2.4. Plan d'analyse et de traitement des données :

Les données ont été saisies, analysées sur le logiciel Epi info version 3.3.2 de L'OMS ; et le traitement du texte a été fait à partir des logiciels Word et Excel office 2003.

2.5. Contraintes et limites :

Comme toute étude nous avons été, au cours de notre étude, confrontés à des difficultés d'ordre financier, mais aussi à des difficultés liées à l'enquête. Ces difficultés sont surtout l'absence de dossiers obstétricaux mieux adaptés au cours de la période d'étude, l'absence parfois de consultation prénatale et le retard de la référence / évacuation.

2.6. Définitions opérationnelles :

La définition de certains concepts est utile à l'étude de la césarienne, car ils permettent de standardiser la collecte des données et la comparabilité des résultats. ^[6]

✓ L'accouchement :

Il est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et des annexes hors des voies génitales maternelles, à partir du moment où la grossesse a atteint un âge théorique de 28 semaines d'aménorrhées. ^[6]

✓ Naissance vivante :

C'est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception, pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché. [6]

✓ Mort-né:

On entend par mort-né tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance [6].

✓ Terme de la grossesse :

La détermination du terme a été parfois difficile car la date des dernières règles n'était pas toujours connue, ce qui nous a amené à privilégier le résultat de la consultation prénatale. [6]

✓ Accouchement par voie basse :

Il regroupe l'ensemble des accouchements par les voies naturelles y compris les extractions instrumentales et les manœuvres. [6]

✓ Venue d'elle-même :

Gestantes ou parturientes ou accouchées admises directement dans le service sans passer par un autre un CSC om. [6]

✓ Référée :

Toutes gestantes adressée au personnel du CS Réf sans une notion d'urgence. [6]

✓ Evacuée :

Toute gestante adressée par un personnel du CS Réf dans un contexte d'urgence. [6]

✓ Age obstétrical élevé :

Toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35ans à l'admission. ^[6]

✓ L'adolescente :

Toute gestante dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans à l'admission. ^[6]

✓ Bassin :

Son appréciation a été exclusivement clinique ; nous n'avons pas fait de radiopelvimétrie au cours de notre étude. ^[6]

✓ Primigeste :

Il s'agit d'une femme qui est à sa première grossesse ^[6].

✓ Multigeste :

Il s'agit d'une femme qui a entre 4 et 6 grossesses. ^[6]

✓ Grande Multigeste :

Il s'agit d'une femme qui a fait plus 6 grossesses. ^[6]

✓ Primipare:

Il s'agit d'une femme qui est à son premier accouchement. ^[6]

✓ Multipare :

Une femme qui a fait entre 4 et 6 accouchements. ^[6]

✓ Grande multipare :

Une femme qui a fait plus de 6 accouchements. ^[6]

✓ Taux de mortalité périnatale :

C'est le rapport entre le nombre de mort-nés et de nouveau-nés décédés dans la première semaine de vie, et le nombre de naissances totales. On l'exprime pour 1000 naissances. ^[6]

$$\text{Ce taux} = \frac{\text{Nombre de mort-nés +décès (j0-j7)}}{\text{Nombre de naissances totales}} \times 1000$$

✓ Taux de mortinatalité :

C'est le rapport des mort-nés sur le nombre total de naissance vivante. On l'exprime pour 1000 naissances totales. ^[6]

$$\text{Ce taux} = \frac{\text{Nombre de mort-nés}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} \times 1000$$

✓ Taux de mortalité néonatale :

C'est le rapport entre le nombre de décès survenus au cours de la première semaine de vie et le nombre de naissance vivante observée dans la même période. Elle est exprimée pour 1000 naissances vivantes. ^[6]

$$\text{Ce taux} = \frac{\text{Nombre de mort-nés (J0-J7)}}{\text{Nombre de naissances vivantes}} \times 1000$$

IV. RESULTATS

1. Fréquences

Du 1^{er} septembre 2008 au 31 août 2009, nous avons réalisé à la maternité du CS Réf de Tominian 106 césariennes pour un nombre total d'accouchement de 425 soit **24,9%**.

Tableau I: Répartition des césariennes par mois.

Mois	fréquence	pourcentage
Septembre	9	8,5
Octobre	17	16,0
Novembre	9	8,5
Décembre	12	11,3
Janvier	8	7,5
Février	5	4,7
Mars	8	7,5
Avril	8	7,5
Mai	6	5,7
Juin	8	7,5
Juillet	6	5,7
Août	10	9,4
Total	106	100,0%

La fréquence la plus élevée a été observée au mois de Septembre avec **16%** des cas.

2. Profil socio démographique :

Tableau II : Répartition de la césarienne selon l'âge des parturientes.

Age (année)	Fréquence	Pourcentage
16-19	6	5.7
20-30	41	38.6
31-40	53	50.0
>40	6	5.7
Total	106	100,0%

50% des parturientes avaient un âge compris entre 31 et 40 ans. L'âge moyen était de 29 ans.

Tableau III : Répartition des parturientes selon l'ethnie.

Ethnie	fréquence	pourcentage
Bwa	77	72,6
Bambara	5	4,7
Peulh	6	5,7
Dafing	5	4,7
Miniankas	5	4,7
Dogon	3	2,9
Autres	5	4,7
Total	106	100,0%

Les bwa étaient majoritaires avec **72,6%** des cas.

Tableau IV : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial.

Statut	fréquence	pourcentage
Mariée	99	93,4
Célibataire	4	3,8
Veuve	2	1,9
Divorcée	1	0,9
Total	106	100,0%

93,4% des parturientes étaient mariées.

Tableau V: Répartition selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction	fréquence	pourcentage
Analphabète	71	67,1
Primaire	31	29,2
Secondaire	3	2,8
Supérieur	1	0,9
Total	106	100,0%

67,1% des parturientes étaient analphabètes.

Tableau VI : Répartition selon la profession.

Profession	fréquence	pourcentage
Ménagère	100	94,4
Commerçante	3	2,8
Elève/étudiante	2	1,9
Fonctionnaire	1	0,9
Total	106	100,0%

94,4% des parturientes étaient des ménagères.

Tableau VII : Répartition selon le mode d'admission.

Mode d'admission	fréquence	pourcentage
Évacuée	82	77,4
Référée	16	15,1
Venue d'elle-même	8	7,5
Total	106	100,0%

77,4% des parturientes étaient évacuées.

Tableau IIIII : Répartition selon le moyen de transport utilisé.

Moyen de transport	fréquence	pourcentage
Ambulance	78	73,6
Transport en commun	12	11,3
Charrette	8	7,5
Moto	6	5,7
Véhicule personnel	2	1,9
Total	106	100,0%

73,6% des parturientes étaient venues par l'ambulance du CS Réf.

Tableau IX : Répartition selon la provenance des parturientes.

Provenance	fréquence	pourcentage
Tominian	6	5,7
Hors de Tominian	100	94,3
Total	106	100,0%

94,4% des parturientes venaient hors de Tominian.

Tableau X : Répartition des parturientes selon le motif d'admission.

Motif	fréquence	pourcentage
Dystocie	25	23,6
Utérus cicatriciel	18	17,0
HU excessive	10	9,4
Présentation anormale	18	17,0
Hémorragie	8	7,6
CUD	3	2,8
Pré rupture	6	5,6
SFA	3	2,8
Absence de BDCF	4	3,7
Travail stationnaire	4	3,7
Grande multipare	3	2,8
Autres	4	3,7
Total	106	100,0%

La dystocie représentait le motif d'admission le plus fréquent avec **23,6%** des cas.

3. Antécédents médico-chirurgicaux:

Tableau XI : Répartition selon les antécédents médicaux.

Antécédent	fréquence	pourcentage
HTA	2	1,9
Gémellité	3	2,8
Aucun	101	95,3
Total	106	100,0%

95,3% des parturientes n'avaient aucun antécédent médical.

Tableau XII : Répartition selon les antécédents chirurgicaux.

Antécédent	fréquence	pourcentage
Césarienne	24	22,6
Appendicectomie	2	1,9
Aucun	80	75,5
Total	106	100,0%

75,5% des parturientes n'ont eu aucun antécédent chirurgical.

4. Antécédent obstétricaux

Tableau XIII : Répartition selon la gestité.

Gestité	fréquence	pourcentage
Primigeste	15	14,2
Pauci geste	20	18,9
Multigeste	17	16,0
Grande Multi geste	54	50,9
Total	106	100,0%

Les grandes multi gestes prédominaient avec **50,9%**.

Tableau XIV : Répartition selon la parité.

Parité	fréquence	pourcentage
Nullipare	16	15,1
Primipare	8	7,6
Pauci pare	19	17,9
Multipare	21	19,8
Grande multipare	42	39,6
Total	106	100,0%

Les grandes multipares prédominaient avec **39,6%** des cas.

Tableau XV : Nombre d'accouchements en fonction des antécédents de naissances vivantes.

Naissances vivantes	fréquence	pourcentage
0	20	18.9
1-3	36	33.9
4-6	37	34.9
>6	13	12.3
Total	106	100,0%

33,9% des césarisées avaient au moins deux enfants vivants.

Tableau XVI : Répartition selon les antécédents de fausse couche.

Avortement	fréquence	pourcentage
0	73	68,9
1	26	24,5
>2	7	6,6
Total	106	100,0%

24,5% ont fait au moins une fausse couche.

Tableau XVII: Nombre d'accouchements en fonction des antécédents des mort-nés.

Mort-né	fréquence	pourcentage
0	86	81,1
1	16	15,0
2	3	2,8
3	1	0,9
Total	106	100,0%

15,0% des parturientes ont eu un antécédent de mort-né.

Tableau XVIII : Répartition en fonction du nombre de césarienne antérieure.

Césarienne	fréquence	pourcentage
0	83	78,3
1	19	17,9
2	2	1,9
3	2	1,9
Total	106	100,0%

17,9% des parturientes avaient un utérus uni cicatriciel.

5. Le déroulement de la grossesse :

Tableau XIX : Répartition des parturientes selon le nombre de CPN.

CPN	fréquence	pourcentage
0	16	15,1
1-3	88	83,0
≥ 4	2	1,9
Total	106	100,0%

83% ont effectué au moins une consultation prénatale.

Tableaux XX : Répartition des parturientes selon la réalisation du BPN

BPN	fréquence	pourcentage
Fait	35	33
Non fait	71	67
Total	106	100,0%

Seulement **33 %** des parturientes ont fait un élément du bilan prénatal.

Tableau XXI : Répartition des parturientes selon les auteurs des CPN.

Auteur	fréquence	pourcentage
Matrone	103	97,2
Sage femme	3	2,8
Total	106	100,0%

97,2% des CPN sont faites par une matrone.

6. Le déroulement de l'accouchement :

Tableau XXII : Répartition des parturientes selon le terme de la grossesse.

Age de la grossesse	fréquence	pourcentage
28-36 SA	2	1,9
37-42 SA	103	97,2
> 42 SA	1	0,9
Total	106	100,0%

98,1% des parturientes étaient à terme de leur gestation.

Tableau XXIII : Répartition des parturientes selon l'état général

Etat général	fréquence	pourcentage
Bon état	77	72,6
Mauvais état	29	27,4
Total	106	100,0%

72,6% des parturientes avaient un bon état général.

Tableau XXIV : Répartition des parturientes selon la coloration des conjonctives

Conjonctives	fréquence	pourcentage
Colorées	83	78,3
Pâles	23	21,7
Total	106	100,0%

78,3% des parturientes avaient les conjonctives colorées.

Tableau XXV : Répartition des parturientes selon la tension artérielle :

Tension Artérielle	fréquence	pourcentage
12/8 mm hg	80	75,5
14/9 mm hg	16	15,1
9/5 mm hg	10	9,4
Total	106	100,0%

75,5% avaient une tension artérielle normale.

Tableaux XXVI : Répartition des parturientes selon le pouls à l'admission

Pouls	fréquence	pourcentage
80-100/mn	67	63,2
100-120/mn	25	23,6
Filant	14	13,2
Total	106	100,0%

63,2% des parturientes avaient un pouls normal.

Tableau XXVII : Répartition des parturientes selon le bruit du cœur fœtal par minute.

BDCF	fréquence	pourcentage
120-160/mn	89	84,0
0	17	16,0
Total	106	100,0%

Le BDCF est entendu dans **84,0%** des cas.

Tableaux XXVIII : Répartition des parturientes en fonction de la présentation

Présentation	fréquence	pourcentage
Céphalique	82	77,4
Transverse	20	18,8
Siège	4	3,8
Total	106	100,0%

La présentation céphalique représentait **77,4%** des cas.

Tableau XXIX : Répartition des parturientes selon l'état des membranes à l'admission.

Membranes	fréquence	pourcentage
Rompues	59	55,7
Intactes	47	44,3
Total	106	100,0%

55% des parturientes avaient les membranes amniotiques rompues à l'admission.

Tableaux XXX : Répartition des parturientes en fonction de la couleur du liquide amniotique.

Liquide amniotique	fréquence	pourcentage
Claire	39	36,8
Méconial	42	39,6
Sanguinolent	25	23,6
Total	106	100,0%

39,6% des parturientes avaient un liquide amniotique méconial dont **9,4%** purée de pois.

7. Indications de la césarienne :

Tableau XXXI : Les indications de la césarienne.

Indications de la césarienne				fréquence	pourcentage
causes Maternelles	Dystocies mécaniques	DFP	Macrosomie	3	2,8
			BGR	2	1,8
			Bassin limite	8	7,5
	Présentation dystocique		Transverse	20	18,8
			Front	4	3,8
			Face	2	1,8
			Siège	4	3,8
	Dystocie dynamique			2	1,8
	Utérus cicatriciel			14	13,2
	Syndrome de pré rupture			5	4,7
	Total				106

Les causes maternelles représentaient **60,4%** des indications de la césarienne.

Tableau XXXII : Les indications de la césarienne.

Indications de la césarienne		fréquence	pourcentage
causes Fœtales et annexielles	Placenta prævia	11	10,4
	Rupture prématurée des membranes	1	0,9
	Hématome rétro placentaire	10	9,4
	Procidence du cordon battant	4	3,8
	Souffrance fœtale aigue	16	15,1
Total		42	39,6%

Les causes fœtales et annexielles représentent **39,6%**.

8. Données relatives à la césarienne :

Tableau XXXIII : répartition selon le type de césarienne.

Type	fréquence	pourcentage
Urgence	104	98,1
Programmée	2	1,9
Total	106	100,0%

98,1% des césariennes sont pratiquées en urgence.

Tableau XXXIV : répartition selon le délai de la prise en charge

Délai de PEC	fréquence	Pourcentage
20-30 mn	26	24,5%
30-40 mn	68	64,1%
> 40 mn	12	11,4%
Total	106	100,0%

Le délai moyen de prise en charge des parturientes était de 30minutes. Les extrêmes étaient 20 et 60minutes.

Tableau XXXV: Répartition des césariennes selon la voie d'abord utilisée.

Incision cutanée	fréquence	pourcentage
IMSO	82	77,4
Pfannenstiel	24	22,6
Total	106	100,0%

L'incision médiane sous ombilicale a été effectuée dans **77,4%**.

Tableau XXXVI: Répartition des césariennes selon le type d'hystérotomie.

Hystérotomie	fréquence	pourcentage
Segmentaire-transversale	105	99,1
Segmento-corporéale	1	0,9
Total	106	100,0%

L'hystérotomie a été du type segmentaire transversal dans **99,1%** des cas.

Tableau XXXVII : Répartition selon la qualification du chirurgien.

Qualification	fréquence	pourcentage
Médecin généraliste	77	72,6
Faisant fonction d'interne	29	27,4
Total	106	100,0%

72,6% des césariennes sont faites par un médecin généraliste.

Tableau XXXVIII : Répartition des césariennes en fonction des gestes associées

Geste	fréquence	pourcentage
Ligature des trompes	21	19,8
Myomectomie	1	0,9
Aucun	84	79,3
Total	106	100,0%

19,8% des césariennes ont été associé à une ligature des trompes.

9. Pronostic :

9.1. Pronostic fœtal :

Tableau XXXIX : Répartition des nouveau-nés selon le score d'APGAR à la 1^{ère} et à la 5^{ème} minute.

Score	Score APGAR	
	1 ^{ère} minute	5 ^{ème} minute
0	19 (17, 1%)	19 (17, 1%)
1-3	5 (4,5%)	2 (1,8 %)
4-7	29 (26,1%)	15 (13,5%)
8-10	58 (52,3%)	75 (67,6%)
Total	111 (100,0%)	111 (100,0%)

Les 106 césariennes de notre série ont permis d'extraire **111** nouveau-nés dont **101** issus de grossesses uniques, **10** issus de grossesses gémellaires.

52,3% des nouveau-nés présentaient un état satisfaisant.

Tableau XL: Répartition selon le poids des nouveau-nés.

Poids	fréquence	pourcentage
<2500gr	3	2,7
2500-4000gr	103	92,8
>4000gr	5	4,5
Total	111	100,0%

92,8% des nouveau-nés avaient un poids normal.

Le poids moyen est 3500gr avec les extrêmes se situant entre 2000gr et 5000gr.

Tableau XLI: Nombre de complications fœtales ou néonatales.

Complications	fréquence	pourcentage
Aucune	60	54,1
Mort-né	19	17,1
Mort avant j8 de vie	6	5,4
Détresse respiratoire	5	4,5
Malformation	3	2,7
Prématurité	2	1,8
Infection néonatale	16	14,4
Total	111	100,0%

54,1% des nouveau-nés n'ont souffert d'aucune complication.

Tableau XLII : Répartition selon les circonstances du décès périnatal.

Circonstances	fréquence	pourcentage
Hématome retro-placentaire	10	40,0
Placenta Prævia	4	16,0
Souffrance fœtale	11	44,0
Total	25	100,0%

Nous avons rapporté 25 cas de décès périnataux soit **22,5%** des naissances vivantes.

9.2. Pronostic maternel

Tableau XLIII : Répartition des césariennes selon les complications post opératoires.

Complications post césariennes	fréquence	pourcentage
Suppuration pariétale	9	8,5
Endométrite	2	1,9
Thrombophlébite	2	1,9
Fistule vésico-vaginale	2	1,9
Psychose puerpérale	1	0,9
Anémie	3	2,8
Total	19	17,8%

La suppuration pariétale a prédominé avec **8,5%** des césariennes.

Tableau XLIV: Répartition selon les circonstances du décès maternel.

Etiologie	fréquence	pourcentage
Choc hémorragique	3	2,8
Total	3	2,8%

Pendant notre étude, nous avons enregistré 3 cas de décès maternels soit **2,8%** des césariennes.

Tableau XLV: Répartition des césariennes en fonction de la durée d'hospitalisation.

Hospitalisation (jours)	fréquence	pourcentage %
7-8	48	45,3
9-11	47	44,3
12-30	11	10,4
Total	106	100,0%

45,3% des parturientes ont fait une durée de 7 à 8 jours au CS Réf.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 12 jours.

Les extrêmes étaient 6 jours et 40 jours.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Méthodologie

Notre travail est une étude prospective portant sur un an du 1^{er} septembre 2008 au 31 août 2009. L'objectif final de ce travail était d'étudier le pronostic fœto-maternel de la césarienne dans le centre de santé de référence de Tominian.

2. Fréquence de la césarienne :

La fréquence de la césarienne était de **24,9%** dans notre étude, confronté aux données de la littérature, notre taux est supérieur au taux obtenu en France comme le témoignent les travaux de MELCHIOR J. et COLL ^[12] 12,6% à l'Hôpital Universitaire de DUPUYTREN cité par TEGUETE I. dans leur étude rétrospective. ^[22]; de même, il est supérieur à ceux de DIALLO A. ^[5] au Centre de Santé Référence de Koutiala et de SIDIBE Y. dit MOUSSA ^[15] au CS Réf de Koro avec 22,4% et 11,8% dans leurs études respectives en 2006. A la même période, TRAORE I. S. ^[21] avait rapporté 50,8% au CS Réf de Baroueli.

3. Caractéristiques socio démographiques :

Les parturientes césarisées avaient un âge moyen de 29 ans soit **88,6%**. Certains auteurs ont rapporté des résultats comparables aux nôtres. KONATE M. ^[10] au CHU Gabriel Touré avec 82,1% en 2001 TEGUETE I. ^[22] à l'Hôpital de Point «G» a rapporté 79,3% en 1993, SIDIBE Y. ^[15] 58,2% au CS Réf de Koro en 2006.

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

94,3% venait des autres aires de santé. Notre résultat est comparable à celui rapporté par DIALLO A. ^[5] en 2006 au CS Réf de Koutiala avec 93,7%.

Les mariées étaient les plus représentées avec **93,4%**. GUIROU B. ^[6] dans son étude à l'hôpital de Mopti en 2006 a rapporté un résultat similaire au notre avec 91,5%.

Les ménagères représentaient **94,4%**. Les mêmes tendances ont été rapportées par KONATE M. ^[10] en 2001 avec 53,6% par TEGUETE I. ^[22] en 1993 avec 86,01%; et SIDIBE Y. ^[15] avec 95,6% au CS Réf de Koro en 2006. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali, plus de 90% des femmes s'occupent surtout des ménages.

Les parturientes étaient évacuées dans **77,4%** contre 71,87% rapporté par DIALLO A. ^[5] en 2006 au CS Réf de Koutiala.

-Elles étaient référées dans **15,1%**.

-Elles étaient venues d'elles mêmes dans **7,5%** des cas contre 25,62% rapporté par DIALLO A. ^[5] en 2006 au CS Réf de Koutiala. **78%** des parturientes ont utilisé l'ambulance du CS Réf comme moyen de transport. La dystocie représentait le premier motif d'admission avec **23,6%** des cas. Les mêmes tendances ont été rapportées par DIALLO A. ^[5] et GUIROU B. ^[6] en 2006 dans leurs études respectives avec 27,4% et 38,2%.

4. Données cliniques

Dans notre étude, les grandes multi gestes représentaient **50,9%** des cas contre **32,6%** rapporté par BOUREIMA K. ^[2] en 2008 à la commune IV de Bamako.

Les grandes multipares représentaient **39,6%**. Notre taux est supérieur à celui rapporté par DIALLO A. ^[5] au CS Réf de Koutiala avec **31,22%** dans son étude en 2006. **34,9%** des parturientes avaient au moins 5 enfants vivants. **24,5%** avait fait une fausse couche contre **31,6%** rapporté par GUIROU B. ^[6] à l'hôpital Sominé DOLO de Mopti en 2006.

15,0% des césarisées avaient accouché d'un mort-né. Ce résultat est inférieur à ceux rapportés par DIALLO A. ^[5] en 2006 au CS Réf de Koutiala et par B.GUIROU ^[6] en 2006 à l'hôpital de Mopti qui sont respectivement **16,7%** et **19,5%** dans leurs études.

L'utérus cicatriciel représentait **21,7%**. Notre taux est inférieur à celui de KALBA T. ^[7] et supérieur à celui de GUIROU B. ^[6] qui ont rapporté **52,8%** et **19,9%** dans leurs études respectives.

83% avait fait au moins d'une consultation prénatale. Cette tendance est rapportée par KALBA T. ^[7] en 2006 à l'hôpital de Sikasso et par GUIROU B. ^[6] en 2006 à l'hôpital de Mopti avec respectivement **86,4%** et **92,4%** dans leurs études.

97,2% des parturientes ont été suivies par une matrone. Notre résultat est supérieur à ceux rapportés par DIALLO A. ^[5] au CS Réf de Koutiala et par GUIROU B. ^[6] en 2006 à Mopti avec **95,6%** et **86,3%** dans leurs études respectives.

Seulement **33%** des parturientes avaient fait au moins un élément du bilan prénatal. Ce résultat est inférieur à ceux rapportés par GUIROU B. ^[6] à l'hôpital de Mopti et DIALLO A. ^[5] au CS Réf de Koutiala en 2006 avec **78,6%** et **69,4%** dans leurs études respectives.

97,2% des parturientes étaient au terme de leur grossesse. Notre taux est supérieur à ceux rapportés par DIALLO A. ^[5], GUIROU B. ^[6] et SIDIBE Y. ^[15] qui sont respectivement 96,3% et 97,1% et 84,5% dans leurs études en 2006.

72,6% des parturientes avaient un bon état général comme l'ont rapporté GUIROU B. ^[6] et DIALLO A. ^[7] en 2006 avec 76,4% et 69,4% dans leurs études respectives. **48,1%** avait une bonne coloration conjonctivale. Notre résultat est inférieur à celui de GUIROU B. ^[6] avec 64,7% à l'hôpital de Mopti en 2006 mais il est similaire à celui de DIALLO A. ^[7] au CS Réf de Koutiala avec 47,6%.

Seulement **15,1%** des parturientes avaient une hypertension artérielle. Notre résultat est inférieur à celui rapporté par DIALLO A. ^[5] au CS Réf de Koutiala en 2006 avec 24,8% dans son étude.

Dans **84,0%** des cas le bruit du cœur fœtal était entendu contre 92,4% rapporté par KALBA T. ^[7] à l'hôpital de Sikasso en 2006 dans son étude et 93,6% rapporté par GUIROU B. ^[6] en 2006 dans étude.

55,7% des parturientes avaient leurs membranes amniotiques rompues à l'admission contre 65,6% et 71,8% rapporté par TEGUETE I. ^[22] et KALBA T. ^[7] dans leurs études respectives.

Les dystocies mécaniques représentaient **40,5%**, comparé aux travaux africains, ce taux est supérieur à celui de TEGUETE I. ^[22] qui a rapporté 17,9% à l'Hôpital du Point « G » en 1993 et inférieur à celui de KALBA T. ^[7] qui a rapporté 44,9% en 2006 à l'hôpital de Sikasso dans son étude.

La dystocie osseuse représentait **12,2%** des cas. Ce taux est inférieur à celui de TEGUETE I. ^[22] à Bamako, TREGUER J. ^[24] à Ndjamena, et KONATE M. ^[10] à Bamako, qui ont rapporté 37,6%, 27,4% et 40,8% dans leurs études respectives.

Le bassin « limite » : Il représentait **4,7%** des cas. Il est supérieur à celui rapporté par KONATE M. ^[10] au CHU Gabriel Touré en 2001 avec 3,4%.

Le bassin généralement rétrécie est une indication le plus souvent de la césarienne. Il représentait **7,5%** des cas dans notre étude.

Les présentations dystociques représentaient **28,4%** des cas, ce taux est supérieur à celui de TEGUETE I. ^[22] à l'Hôpital du Point « G » ; de KONATE M. ^[10] en 2001 au CHU Gabriel Touré et de SIDIBE Y. ^[15] au CS Réf de Koro en 2006 qui ont respectivement rapporté 21,8%, 22,7%, 19,7% dans leurs études.

La dystocie dynamique représentait **1,9%**. Ce taux est inférieur à ceux de la série Malienne avec 8,4% pour TEGUETE I. ^[22] ; 5,7% pour GUIROU B. ^[6] et 9,3% pour DIALLO A. ^[5] dans leurs études respectives.

Les causes maternelles représentaient **17,9%** des cas. Notre taux est comparable à celui de GUIROU B. ^[6] qui a rapporté 17,3% à l'hôpital de Mopti en 2006.

L'utérus cicatriciel représentait **13,2%** des cas. Ce taux est largement inférieur à ceux de TEGUETE I. ^[22] au Mali et de TREGUER J. ^[24] au TCHAD qui ont respectivement rapporté 22,5% et 21,5% dans leurs études; cependant il est supérieur à celui de KALBA T. ^[7] au Mali à l'hôpital de Sikasso qui a rapporté 12,4% dans son étude en 2006.

Le syndrome de pré rupture utérine représente une urgence obstétricale. Nous avons rapporté **4,7%**. Ce taux est supérieur à celui de KONATE M. ^[10] qui a rapporté 3,1% au CHU Gabriel Touré en 2001 mais inférieur à celui de TEGUETE I. ^[22] qui a rapporté 8,5% dans son étude au CHU du Point-G en 1993.

Nous avons rapporté **10,4 %** de placenta prævia. Notre taux est supérieur à ceux rapportés par DIALLO A. ^[5] et KALBA T. ^[7] qui sont respectivement 8,12% et 8,68% dans leurs études en 2006 ; cependant il est inférieur à celui de GUIROU B. ^[6] qui a rapporté 13,6% dans son étude en 2006 à l'hôpital de Mopti.

L'hématome retro-placentaire représentait **9,4 %** des cas. Notre taux est supérieur à ceux rapportés par DIALLO A. ^[6], COULIBALY G. ^[3] qui étaient respectivement 5,62%, et 6,25% ; cependant il est inférieur à celui de GUIROU B. ^[6] 12% et de KONATE M. ^[10] 11,78% dans leurs études respectives.

Nous avons rapporté **3,8%** de procidence du cordon battant. Notre taux est comparable à ceux rapportés par GUIROU B. ^[6] ; DIALLO A. ^[5] qui sont respectivement 3,49% et 3,12% mais supérieur à celui de TEGUETE I. ^[22] qui a rapporté 0,6% dans son étude au CHU du point-G en 1993.

Nous avons rapporté **15,1%** de souffrance fœtale. Notre taux est supérieur à celui de KONATE M. ^[10] au CHU Gabriel TOURE qui a rapporté 4,21% en 2001 et inférieur à ceux rapportés par TREGUER J. ^[24] au TCHAD et GUIROU B. ^[6] à l'hôpital de Mopti en 2006 qui sont 40% et 43,3% dans leurs études respectives. **100%** des césariennes ont été effectuées sous anesthésie générale. Ce résultat est légèrement supérieur à celui de DIALLO A. ^[5] au CS Réf de Koutiala en 2006 qui a rapporté 98,1% dans son étude.

L'incision médiane sous ombilicale était pratiquée dans **77,6%** des cas. Notre taux est inférieur à celui rapporté par GUIROU B. ^[6] qui était à 89,6% et supérieur à celui rapporté par KALBA T. ^[7] en 2006 à l'hôpital de Sikasso qui était à 87,0% dans son étude.

L'hystérotomie segmentaire était pratiquée chez **105** parturientes soit **99,1%** des cas. Ce résultat est similaire à ceux rapportés par TEGUETE I. ^[22] en 1993. ; GUIROU B. ^[6] en 2006 ; qui sont respectivement 97,0% et 99,6% dans leurs études.

5. Pronostic

5.1. Pronostic fœtal

52,3% des nouveau-nés présentaient un état satisfaisant à la première minute de vie.

Nous avons rapporté **2,7%** de malformations. Ce sont deux hydrocéphalies et un bec de lièvre. KALBA T. ^[7] en 2006 et KONATE M. ^[10] en 2001 ont rapporté des taux supérieurs au notre avec 4,1% et 6,4% dans leurs études respectives.

La détresse respiratoire du nouveau-né représentait **4,5%** et l'infection néonatale **14,4%**. Notre taux est similaire à ceux de KALBA T. ^[7] et de GUIROU B. ^[6] qui ont rapporté 4,7% et 4,9% de détresse dans leurs études respectives en 2006.

DIALLO A. ^[5] au CS Réf de Koutiala en 2006 et TREGUER J. ^[24] au TCHAD ont rapporté respectivement 15,2% et 11,6% d'infection néonatale.

Nous avons rapporté 19 mort-nés sur les 111 naissances soit **171** pour mille. Notre taux est largement supérieur à celui de ZINZOUR D. et COLL. ^[27] qui ont rapporté **23** pour mille dans leurs études cependant il est inférieur à celui rapporté par SIDIBE Y. ^[15] au CS Réf de Koro en 2008 avec 247 pour mille.

Nous avons rapporté 6 cas de décès néonataux précoces soit **54** pour mille contre 30 pour mille rapporté par GUIROU B. ^[6] en 2006, 45 pour mille par DIALLO A. ^[5] au CS Réf de Koutiala en 2006 et 95 pour mille rapporté par SIDIBE Y. ^[15] au CS Réf de Koro en 2008.

5.2. Pronostic maternel

Nous avons rapporté **2,8%** de complications per opératoires. Notre taux est inférieur à ceux rapportés par GUIROU B. ^[6] à l'hôpital de Mopti en 2006 et DIALLO A. ^[5] au CS Réf de Koutiala en 2006 avec 8,4% et 5,9% dans leurs études respectives. Quant aux complications post opératoires, elles étaient dominées par la suppuration pariétale avec **8,5%** des cas. Notre taux est supérieur à ceux rapportés par TEGUETE I. ^[22] en 1993 et KONATE M. ^[10] en

2001 qui étaient 5,7% et 7,4% dans leurs études respectives mais il est inférieur à celui rapporté par SIDIBE Y. ^[15] au CS Réf de Koro en 2008 avec 20,8%.

L'endométrite représentait **1,9%** des césariennes. Notre taux est similaire à ceux rapportés par DIALLO A. ^[6] et KALBA T. ^[7] en 2006 qui étaient respectivement 1,9% et 1,8% cependant il est inférieur aux taux rapportés par GUIROU B. en 2006 ^[6] et COULIBALY G. ^[3] en 1999 qui ont rapporté 4,2% et 5,6% dans leurs études respectives.

L'anémie sévère a représenté **2,7%** des complications. Elle est souvent consécutive aux hémorragies per et post opératoires. Notre taux est supérieur à ceux rapportés par DIALLO A. ^[6] et TEGUETE I. ^[22] qui sont 1,0% et 2,5% dans leurs études respectives; mais inférieur aux taux rapportés par GUIROU B. ^[6] et KALBA T. ^[7] en 2006 qui étaient 3,4% et 5,7% dans leurs études respectives.

Les suites opératoires ont été mortelles dans **2,8%** des césariennes. Notre taux est supérieur à ceux rapportés par KALBA T. ^[7]; GUIROU B. ^[6] et SIDIBE Y. ^[15] qui sont respectivement 0,4% ; 1,5% et 1,1% cependant il est inférieur à ceux rapportés par TEGUETE I. ^[22] 1993, DIALLO A. ^[6] en 2006 et TRAORE I. S. ^[21] en 2008 au CS Réf de Baroueli qui étaient 3,9%, 5,6% et 4,2% dans leurs études respectives.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 12 jours. TEGUETE I. ^[22], DIALLO A. ^[5], KEITA S. ^[9] et TOGORA M. ^[23] ont respectivement rapporté 9, 8, 7 et 4 jours dans leurs études respectives. Il faut noter que nous avons gardé les femmes jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie opératoire.

VI. CONCLUSION

La césarienne est un facteur de réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale. Cependant dans notre contexte actuel, cette prise en charge est limitée par un système de référence/évacuation déplorable, plateau technique défectueux, l'insuffisance et l'instabilité de personnel qualifié.

VII. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude nous formulons quelques recommandations.

1. Aux autorités sanitaires

- ✓ Doter le laboratoire d'un matériel suffisant et permanent pour les besoins de transfusion (poche, transfuseur, réactifs).
- ✓ Doter le CS Réf d'une nouvelle ambulance.

2. Au personnel sanitaire du CS Réf:

- ✓ Améliorer le plateau technique surtout le matériel des soins post opératoires (pinces, ciseaux, gants, alcool) pour diminuer les infections.
- ✓ Former un ou deux infirmiers anesthésistes supplémentaires.

3. Au personnel des CSC om :

- ✓ Référer ou évacuer les parturientes à temps au niveau supérieur pour minimiser les risques qui sont doubles (maternel et fœtal).

4. A la population:

- ✓ Fréquenter les centres de santé afin de bénéficier d'une surveillance adéquate de la grossesse et accoucher en milieu médicalisé.

VIII. REFERENCES

1 BUREAU C. « Fait-on trop de césarienne ? ».

Cellule de la planification et de statistique (PS), Ministère de la santé, de solidarité et des personnes âgées. Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV) Mali 2006.

2 BOUREIMA K. La césarienne : les complications infectieuses post-césarienne au CS Réf de la commune IV du district de Bamako. Thèse de méd.08-M-257.2008.

3 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.

4 CISSE S.

La césarienne de qualité dans le centre de santé de référence de la commune VI à propos de 400 cas. Thèse de méd. ; Bamako 2008 ; 06-M-196

5 DIALLO A. La césarienne : indications ; pronostic fœto-maternel au CS Réf de Koutiala du 1^{er} janvier 2006 au 31 Décembre 2007. Thèse de médecine.2007 ; 06-M-108.

6 GUIROU B. Etude de la césarienne à l'hôpital SOMINE DOLO de Mopti du 1^{er} février 2005 au 31 janvier 2006.thèse de médecine. Bamako 2006. 06-M-319.

7 KALBA T. Etude de la césarienne à l'hôpital régional de Sikasso du 1^{er} février 2005 au 31 janvier 2006. Thèse de médecine Bamako 2006 ; 06-M-320.

8 KAMINA P. Anatomie en gynécologie et obstétrique. Eds Maloine, Paris, 2000, 326P

9 KEITA S. La césarienne de qualité au centre de santé de référence de Niono à propos de 400 cas. Thèse de méd.2008 ; 06-M-484.

10 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, 05-M-74.

11 MARIKO.S. L. Les complications maternelles de la césarienne dans le centre de santé de Koutiala.thèse de méd; Bamako 2008: 08-M-546

12 MERGER R.; LEVY J.; MELCHIOR J.; Précis d'obstétrique 5^{ème} édition MASSON 1986.

13 N'DIAYE B. La Mortalité maternelle dans le CSRéf de San;Thèse de médecine,Bamako,1998, 24P-N°74.

14 OMS (PHIL POTT) Partogramme santé maternelle et maternité sans risque - Division de la santé familiale. La partographie de l'OMS réduit les complications du travail et de l'accouchement.

15 SIDIBE Y. dit MOUSSA Impact de la gratuité de la césarienne au centre de santé de référence de Koro du 1^{er} janvier 2006- au 31 décembre 2006. Thèse de méd.2008 ; 08-M-474.

16 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.

17 SOUMOUNOU K. I. Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des complications septiques de la césarienne à propos de 326 observations recueillies à l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de Méd. Bamako ; 1991, N° 27.

18 TALL S. F. contribution à l'étude de la mortalité féminine liée à la grossesse et à l'accouchement dans les centres de santé de référence de la 4^{ème} région. Thèse méd. 1992 n° 154.

19 THIERO L. La césarienne au CS Réf de Kadiolo du 1^{er} Février 2001 au 31 Janvier 2002. Thèse de médecine Bamako 2002, N° 07-P-115.

20 TOURE S. Etude épidémiologique des urgences obstétricales au CS Réf de la commune V de 2003-2004 à propos de 1205 cas. Thèse de médecine ; Bamako 2005, N° 05M-294.

21 TRAORE I. SEYDOU Impact de la gratuité de la césarienne au centre de santé de référence de Baroueli. Thèse de méd. 2008 ; 08-M-474.

22 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 Méd. BKO, 1996, 133p, N°17.

23 TOGORA M. Etude qualitative de la césarienne au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako de 2000-2002 à propos de 2883 cas. Thèse de méd. Bamako 2003 N° 07-M-208.

24 TREGUER J. « 390 césariennes en 2 ans à la maternité de N'Djaména »
Rev. Fr. Gynécol. Obstét, 1991, 86 : 294-300.

25 YATTARA M. Accouchement chez l'adolescent à la maternité du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré en un an. Thèse de médecine, Bamako 1998 ; N° 83.

26 YATTASAYE A. Aspects démographiques et obstétricaux des complications infectieuses post césariennes dans le service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré. Thèse de médecine ; Bamako 1999 53p, N°43.

27 ZINZOUR D. et COLL. « La césarienne. Etude rétrospective de 274 cas »
Médecine, d'Afrique Noire ; 1986, 33 (3), 180-182.

ANNEXES :

-FICHE SIGNALELITIQUE

-FICHE D'ENQUETE

-SERMENT D'HIPOCRATE

FICHE SIGNALITIQUE:

NOM : DAKOUO
PRENOM : Jacques
TITRE DE LA THESE : pronostic fœto-maternel de la césarienne dans le CS Réf de Tominian du 1^{er} Septembre 2008 au 31 Août 2009 à propos de 106 cas.
VILLE DE SOUTENANCE: BAMAKO
ANNEE UNIVERSITAIRE: 2009-2010
PAYS D'ORIGINE: MALI
LIEU DE DEPOT: BIBLIOTHEQUE DE LA FMPOS
SECTEUR D'INTERET: GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

RESUME:

L'objectif principal de notre étude était d'étudier le pronostic fœto-maternel de la césarienne dans le CS Réf de Tominian.

Les objectifs spécifiques sont :

- Déterminer la fréquence de la césarienne au CS Réf de Tominian.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des parturientes.
- Déterminer les indications de la césarienne au CS Réf de Tominian.
- Déterminer le pronostic fœto-maternel au CS Réf de Tominian.

Nous avons réalisé une étude prospective allant du 1^{er} Septembre 2008 au 31 Août 2009. Elle a concerné toute les parturientes reçues en salle de travail et ayant accouché par césarienne au CS Réf.

Les nouveau-nés issus de ces césariennes.

Nous n'avons pas inclus dans ce travail toutes les parturientes admises dans le CS Réf et ayant accouché par voie basse.

Toutes les parturientes chez lesquelles on a mis en évidence une rupture utérine. Nous avons utilisé une fiche d'enquête élaborée à cet effet, les dossiers obstétricaux des parturientes, et le registre d'accouchement de la maternité.

Les techniques utilisées étaient l'interview, et la revue documentaire.

Pendant la période d'étude nous avons effectué 106 césariennes pour un nombre total d'accouchement de 425 soit une fréquence de 24,9%.

94,3% des parturientes provenaient des aires de santé contre 5,7% de l'aire de Tominian.

Les césariennes étaient des ménagères dans 94,4%, commerçantes dans 2,8%, évacuées dans 77,4% des cas.

La césarienne était réalisée en urgence dans 98,1%.

La dystocie mécanique constituait la principale indication dans 40,5%.

La voie d'abord privilégiée est l'incision médiane sous ombilicale avec 77,4%.

17,1% des nouveau-nés étaient mort-nés et 4,5% en état de mort apparente.

Le taux de mortalité était de 225,2 pour mille naissances vivantes.

L'infection post opératoire a été la principale complication (10,4%).

La mortalité maternelle post césarienne a été de 2,8%.

Mots clés : césarienne ; pronostic fœto-maternel ; fréquence ; dystocie mécanique ; CS Réf de Tominian.

FICHE D'ENQUETE

PRONOSTIC FOETO-MATERNEL DE LA CESARIENNE.

I IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1 : nom : prénom : N° :...../

Q2: âge: 1 (16-19) ; 2 (20- 30) ; 3 (31- 40) ; 4>40

Q3 : ethnie : 1) bwa ; 2) bambara ; 3) peulh ; 4) dafing ; 5) minianka ; 6) sonrhäï ; 7) dogon ; 8) Sarakolé ; 9) autre à préciser...../

Q4 : date d'entrée/

Q5 : résidence :1) Tominian 2) hors de Tominian à préciser...../

Q6 : statut matrimonial : 1) mariée 2)célibataire 3) divorcé 4) veuve

Q7 : niveau d'instruction : 1) analphabète 2) primaire 3) secondaire 4) supérieur

Q8 : profession :1) ménagère 2) élève /étudiante 3) commerçante 4) fonctionnaire 5) autre à préciser...../

Q9 : procréateur :

1) adresse.....

2) profession.....

II ADMISSION

Q10 : mode d'admission : 1) évacuée 2) référée 3) venue d'elle-même

Q11 : moyen de transport :

1) ambulance

2) transport en commun

3) charrette

4) moto

5) véhicule personnel

6) autre à préciser.....

Q12 : provenance (lieu et distance parcourue).....km

Q13 : délai d'admission : 1) < 1/2 ; 2) 1-2 ; 3) 3-4 ; 4) >4

Q14 : horaire de départ effectif de la patiente.....

Q15 : motif d'admission.....

III ANTECEDENT

Q16 : médicaux : 1) HTA ; 2) diabète ; 3) asthme ; 4) drépanocytose ;

5) bilharziose 6) autre à préciser.....

Q17 : chirurgicaux.....

.....

.....

Q18 : obstétricaux :

a) gestité...../ b) parité...../ c) avortement...../

d) vivant...../ e) mort né...../ f) I I G/

d) césarienne antérieure.....

IV GROSSESSE ACTUELLE

Q19 : DDR...../

Q20 : AG en semaine d'aménorrhée...../

Q21 : DPA...../

Q22 : CPN :

a) nombre..... / b) auteur..... / c) lieu...../

Q23 : VAT (nombre)/

Q24 : BPN : a) fait b) non fait

Q25 : échographie obstétricale faite a) oui b) non

Si oui, préciser la date, le nombre et le résultat.....

...../

Q26 : Pathologie au cour de la grossesse/

Q27 : chimio prophylaxie à la SP a) oui b) non

Q28 : Supplémentation en fer/acide folique a) oui b) non

Q29 : début du travail : dateheure...../

Q30 : rupture de la poche des eaux a) oui b) non

Si oui, le délai/

V EXAMEN PHYSIQUE

1-EXAMEN GENERAL

Q31 : TA : a) hypotension b) modérée

c) hypertension d) pas d'hypertension

Q32: température: a) <37,5 b) 37,6 -38 c) > 38.....°c

Q33: FR (cycle /mn)/

Q34: poids :kg

Q35: pouls (puls / mn): a) 80- 100 b) 100-120 c) filant d)

imprenable

Q36 : état général : a) bon b) mauvais

Q37 : conscience : a) lucide b) obnubilé c) altérée

Q38 : muqueuses : a) colorées b) pales c) moyennement colorées

Q49 : présence d'œdèmes a) oui b) non

2-EXAMEN OBSTETRICAL

Q40 : présence de cicatrice a) oui b) non

Q41: axe de l'utérus : a) longitudinal b) transverse c) oblique

Q42 : HU (en cm) :...../

Q43 : CU a) oui b) non

Si oui, nombre de CU /10 mn :/

Q44 : Position du dos : a) à droite b) à gauche

Q45 : BDCF : a) Oui b) Non

si oui, donner la fréquence en battementpar mn

Q46 : BDCF : a) réguliers b) irréguliers

Q47 : présentation : a) Céphalique b) Transversale c) Siège

Q48 : Aspect du col au toucher vaginal :

a) Consistance : a) Ramolli b) Ferme c) Dure

b) Longueur (en Cm) :/

c) Position : a) Antérieur b) Postérieur c) Central d) Latéral

- d) Degré d'ouverture du col (en cm)/
- Q49 : Engagement de la présentation a) oui b) non
 si oui donner le degré d'engagement/
- Q50 : poche des eaux : a) intacte b) rompue c) fissurée
 si rompu, donner la date et l'heure de la rupture/
- Q51 : liquide amniotique : a) Clair b) méconial
 c) Sanglant d) Purée de pois
- Q52 : Bassin : a) Normal b) Limite c) Rétréci d) Autre

Si autre à préciser...../

VI CESARIENNE

Q53 : Indication :...../

Q53-1 TRAVAIL PROLONGE : /_/

- 1.DFP, 2.Dystocie dynamique, 3.BGR,
 4. Echec d'épreuve de travail

Q53-2 PRESENTATION ANORMALE : /_/

- 1.Transversale, 2.Front, 3.Siège
 4. Face (variété post)

Q53-3 HEMORRAGIE au cours du travail : /_/

- 1.Placenta prævia, 2.HRP

Q53-4 SOUFFRANCE FŒTALE :

- a) SFA b) SFC

Q53-5 PATHOLOGIE MATERNELLE : a) oui b) non

-1.HTA sévère oui/___/ non/___/, 2.Diabète oui/___/ non/___/ ,3. Anomalie du bassin oui/___/ non/___/, 4.Cardioopathie oui/___/ non/___/

Q53-6 AUTRES : a préciser...../

Q54 : Type de la césarienne : a) Urgence b) Programmée

Q55 : type d'incision cutanée...../_/

a) IMSO

b) PFANNESTIEL (transversale)

Si autre, préciser...../

Q56 : Type d'hystérotomie :/_/

a) Segmentaire transversale

b) Segmentaire verticale

c) Corporéale

d) Corporo-segmentaire

Q57: Geste associé à la césarienne :...../

Q58 : Qualification du chirurgien :...../

Q59 : Type d'anesthésie :/_/

a) anesthésie générale

b) anesthésie locorégionale

Q60 : Qualification de l'anesthésiste :/

Q61 : Incidents et accidents : a) Oui b) Non

Si oui, préciser...../

Q62 : Transfusion : a) Oui b) Non

Si Oui, nombre de poche...../

VII NOUVEAU-NE

Q63 : Nombre de fœtus :/

Q64 : Sexe : masculin oui/_/ non /_/ féminin oui/_/non/_/

Q65 : Vivant : a) Oui b) Non

Si oui, donner l'apgar à la 1^{ère} mn :/ et à la 5^{ème} mn :/

Q66 : Réanimé : a) Oui b) Non

Q67 : Mesures anthropométriques :

Poids (en g) :/ Taille (en cm) :/

PC (en cm) :/ PT (en cm) :/

Q68 : Transféré en pédiatrie : a) Oui b) Non

Si oui, donner : a) le motif de référence :/

b) La durée du séjour :/

c) L'évolution : favorable oui/_/ non /_/, décédé oui/_/ non/_/

Q69 : Malformation : a) Oui b) Non

Si oui, préciser...../

VIII EVOLUTION

Q70 : suites a) simples oui/_/non/_/ b) compliquées oui/_/ non/_/

Si oui, préciser le type de complications :

A- Hémorragique :/.../

Hémorragie interne

Hémorragie externe

B- Infectieuses :/.../

Suppuration pariétale

Endométrite

péritonite/pelvipéritonite

Septicémie

C -Thromboemboliques : a) Oui b) Non

D - urinaire :...../_/

1) blessure de la vessie

2) fistule urinaire

E - Autres complications : a) Oui b) Non

Si oui, préciser...../

F- Décès maternel : a) Oui b) Non

Si Oui, préciser la cause du décès :/

F- Anesthésiologies : a) Oui b) Non

Q71 : traitement:/

Antibiothérapie oui /_/ non /_/

Antibio- prophylaxie oui /_/ non/_/

Transfusion oui/_/ non/_/

Fer oui/_/ non/_/

Autres :

Si autre, préciser/

Q72 : durée d'hospitalisation...../

Serment d'Hippocrate

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

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

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

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation de race, de parti ou de classe social 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 les instructions que j'ai reçues de leurs pères.

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

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

JE LE JURE !