

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



Année Universitaire 2011-2012

Thèse N°/ __/

TITRE :

ETUDE DE LA CESARIENNE A LA MATERNITE DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE KADIOLO

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 09 / 12 /2011 devant la
Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie
de l'Université de Bamako

Par Mr. Noumoutié SANOGO

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

JURY

PRESIDENT : PR SALIF DIAKITE

MEMBRE : DR BROULAYE TRAORE

CO-DIRECTEUR : DR BAKARY TRAORE

DEDICACES

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

« Gloire à toi. Nous n'avons de savoir que ce que tu nous a appris. Certes, c'est toi l'omniscient, le sage ».

Louange et gloire à Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

A notre prophète Mohamed, paix et salut sur lui, à toute sa famille, tous ses compagnons et tous ceux qui le suivent jusqu'au jour du jugement dernier.

Après avoir rendu grâce à Dieu , je dédie ce travail à :

Mon père feu Zié SANOGO : vous avez consacré le meilleur de vous – même à notre éducation pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui.

Notre souhait était que nous puissions vivre ensemble et célébrer ce grand jour mais le bon Dieu en a décidé autrement. Je prie Dieu pour le repos de votre âme en paix et qu'il vous accueille dans son paradis. Amen.

Ma mère : Kafougoutio KONE : merci pour tout, les mots me manquent pour te remercier. Tu ne t'es jamais fatiguée d'apprendre à tes enfants que nous sommes le courage, la tolérance et surtout la patience. Ce modeste travail est le fruit de ta bonté.

A mon grand frère Seydou SANOGO : vous êtes plus qu'un grand frère pour moi.

Mes reconnaissances vont à l'endroit de mon grand frère qu m'a toujours soutenu durant ma formation. Ce travail est le vôtre. Pardonnez-moi s'il m'est

arrivé un jour de vous décevoir sans le savoir. Je vous serai toujours reconnaissant.

Merci pour tout mon grand frère

A mes tantes et Tontons.

Vous étiez toujours présents quand j'avais besoin de vous. Puisse ce travail contribuer au couronnement de vos sacrifices consentis.

A mes frères et sœurs :

En témoignage de notre fraternité et de notre union sacrée, trouvez ici l'expression de toute mon affection et de mon respect à votre égard.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements s'adressent.

A tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

Au corps professoral de la FMPOS :

Pour la qualité de l'enseignement dispensé et votre entière disponibilité.
Trouvez ici l'expression de notre sincère reconnaissance.

A mes logeurs Kali COULIBALY ; famille feu Nafanga OUATTARA, le sergent chef Oumar K KONE et Drissa KONE.

Je n'ai pas de mot pour vous remercier. A la maison, je n'ai jamais rencontré de problème.

Votre manière de comprendre la vie m'a encore donné de l'espoir. Recevez ici l'expression de ma profonde gratitude.

Au Médecin Chef du CSREF de Kadiolo.

Merci de m'avoir accueilli dans votre service et favorisé la réalisation de ce travail.

Aux Docteurs : Emilien DIARRA, Modibo DOUMBIA, Kita Karim DIARRA, Abdoul Karim SANGARE, Maïmouna KANTE : merci pour les conseils prodigués tout au long de mon séjour.

A tout le personnel du CSRéf de Kadiolo :

Toute ma reconnaissance ; vous m'avez rendu le séjour agréable.

A mes frères et amis : Lamine SANGARE, Bréhima M KONE, Assétou KANTE, Abou Koné, Dr Zahana TRAORE, Dr Sanogo Abdoulaye, Dr Cyrille Sanogo, Dr

Tiémoko TRAORE, Dr Youssouf Koné, Dr Modibo DOUMBIA, Badra Alou DISSA, Fatoumata DEMBELE, Daouda DAOU, Adama Z DIALLO, Yacouba Salia SANOGO, Seydou N OUATTARA, Dr Drissa Traoré, Dr Traoré Mamadou Salia, Diakalia OUATTARA...

Les mots me manquent pour vous remercier, plus que des amis, vous êtes pour moi des frères, que vos bons actes ne soient jamais oubliés.

Tous les membres du collectif des étudiants en santé de Kadiolo (CESKA).

Les membres de l'état major renaissance convergence syndicale : pour les luttes syndicales menées ensemble.

Tous les états major de la FMPOS

Les membres de l'amicale des étudiants ressortissants de la 3^{ème} région et sympathisants particulièrement le président d'honneur Pr Salikou SANOGO.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre maître et président du jury

Professeur Salif DIAKITE

Gynécologue Obstétricien

Professeur honoraire de gynécologie obstétrique à la FMPOS

Chèr maître vous nous faites un honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Vos qualités humaines, votre rigueur scientifique et vos qualités académiques et professionnelles font de vous un maître admirable.

Merci pour votre disponibilité et acceptez chèr maître, l'expression de notre profonde gratitude.

A notre Maître et membre du Jury

Docteur Broulaye TRAORE

- ❖ **Praticien hospitalier**
- ❖ **Président de l'Association Malienne de Lutte contre les déficiences mentales chez l'Enfant (AMALDEME)**
- ❖ **Chef de service de la pédiatrie du CHU Gabriel Touré**
- ❖ **Chargé de cours dans les Centres de Formation Socio-sanitaire**

Votre rigueur, votre conscience professionnelle, votre souci du travail bien fait et de la bonne formation des étudiants font de vous un homme tout simplement bien.

Merci d'avoir accepté de siéger parmi ce jury malgré vos multiples occupations.

Permettez-moi chère maître, de vous souhaiter aussi bonne chance dans la vie de tous les jours. Puisse Allah vous accorder longue vie.

Chère maître soyez rassuré de notre profonde reconnaissance.

A notre maître et codirecteur de thèse

Dr Bakary TRAORE

Médecin Chef du CSRéf de Kadiolo

Cher maître, vous avez su diriger des mains de “ maître ” ce travail. Plus qu’un maître vous avez été pour nous une source intarissable de savoir ; vous nous avez particulièrement impressionnés, par votre simplicité et votre humanisme a forcé notre admiration.

Croyez, cher maître, à notre très haute considération.

A notre Maître Directeur :

Pr Colonel Issa DIARRA

- ❖ **Gynécologue obstétricien**
- ❖ **Maître de conférences à la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie**
- ❖ **Médecin colonel de l'armée Malienne**
- ❖ **Chevalier de l'ordre National**

Cher maître, nous sommes heureux de l'honneur que vous nous faites en acceptant de diriger ce travail malgré vos multiples occupations.

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

Veillez recevoir chère maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre sincère reconnaissance.

Puisse ALLAH vous accorder santé et succès.

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS. Organisation Mondiale de la Santé

PEV : Programme Elargie de Vaccination

CSRéf : Centre de Santé de Référence

JC : Jésus – Christ

AV : Avant

TP : Taux de Prothrombine

TCA : Temps de Céphaline Active

HTA : Hypertension Artérielle

ATCD : Antécédent

CIVD : Coagulation intra- vasculaire disséminée

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

ARV : Anti rétro viraux

RAC : Réseau administratif de communication

CMDT : Compagnie malienne pour le développement des textiles

ORTM : Office de radio télévision du Mali

RN : Route Nationale

DRC : Dépôt Répartiteur du Cercle

CPN : Consultation prénatale

CUD : Contraction utérine douloureuse

SFA : Souffrance fœtale aigue

< : Inférieur

> : Supérieur

FVV : Fistule Vésico Vaginale

BDCF : Bruit du cœur fœtal

DFP : Disproportion foeto Pelvienne

BGR : Bassin généralement rétréci

PP : Placenta praevia

HRP : Hématome rétro placentaire

IMSO : Incision médiane Sous – Ombilicale

OAP : Oedeme aigu du poumon

FMPOS : Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie

HU : Hauteur utérine

IIG : Intervalle intergénésiq

TA : Tension artérielle

MAF : Mouvement actif du fœtus

AG : Anesthésie générale

PD : Péridurale

RA : Rachi anesthésie

SOMMAIRE

| | |
|--|--------------|
| I. INTRODUCTION..... | 1-3 |
| Objectifs | |
| II. GENERALITES..... | 4-28 |
| 1. Historique | |
| 2. Rappels anatomiques | |
| 3. Technique de la Césarienne | |
| 4. Indication de la Césarienne | |
| III. METHODOLOGIE..... | 29-37 |
| 1. Cadre d'étude | |
| 2. Type d'étude | |
| 3. Période d'étude | |
| 4. Population d'étude | |
| 5. Echantillonnage | |
| 6. Plan de collecte des données | |
| 7. Collecte des données | |
| 8. Plan d'analyse et de traitement des données | |
| IV. RESULTATS..... | 38-56 |
| V. Commentaires et discussion..... | 57-62 |
| VI. Conclusions..... | 63 |
| VII. Recommandation..... | 63 |
| VIII. Références Bibliographiques..... | 64-69 |

IX. Annexes.....7-75

I. INTRODUCTION

« De la conception à l'accouchement la nature fait bien les choses ». On a le droit d'intervenir si la nature dévie et que l'on pense qu'on peut mieux faire qu'elle.

L'accouchement par césarienne se présente pour l'obstétricien comme une alternative à la voie basse lorsque celle-ci comporte un risque (morbide ou mortel) pour la mère et/ ou le fœtus. La césarienne (accouchement par voie haute) consiste à extraire le fœtus et ses annexes après ouverture chirurgicale de l'abdomen et de l'utérus.

Cependant, les statistiques montrent que le taux de césarienne ne cesse d'augmenter dans les pays développés. En France en 1999, 17,5% des enfants sont nés par césarienne, 8% des femmes en âge de procréer avaient un utérus cicatriciel. Le taux de césarienne a plus que doublé en 20 ans en France passant de 6% en 1972 à 11% en 1981 et de 14,23% en 1991 à 15,9% en 1995 et 17,5% en 1998. Le taux de césarienne chez la nullipare est passé de 10% en 1981 à 16% en 1985 et 18% en 1995. Le taux d'hystérotomie varie de 5% à Dublin, 10% aux pays Bas à 13% en Allemagne de l'Ouest. Il atteint 25% aux Etats-Unis [1].

On relève des taux de césarienne très élevés dans certains pays en voie de développement d'Amérique Latine tels que le Brésil 27,1% entre 1994 et 1996, le Chili 40% au cours de la même période (1994-1996) pouvant atteindre 80% dans certains centres hospitaliers et 90% dans les structures privées[2]. Dans ces pays les taux dépassaient largement les 15% fixés par l'OMS.

Il existe une corrélation négative entre le taux de césarienne et la mortalité maternelle et périnatale dans ces pays (mortalité périnatale $P= 0,032$, mortalité maternelle $P= 0,001$ [3].

Par contre, dans ces mêmes contrées les taux nationaux de certains pays n'atteignent guère 4% en Haïti, 1,6% au Guatemala et en Bolivie 4,9%. Chacun de ces taux est inférieur à (10%) fixé comme taux minimal de césarienne par l'OMS [2].

L'augmentation du taux de césarienne constaté dans les études menées sur la question dans certaines de nos structures de troisième niveau ne reflétait pas la

prévalence réelle de la césarienne. Ces taux représentaient des taux hospitaliers ou de districts sanitaires.

Dans les pays pauvres en voie de développement d'Afrique dont le nôtre, le taux de césarienne n'atteint pas également les 10 à 15% de l'OMS [4].

On a relevé à Bamako, Abidjan, Ouagadougou et Niamey respectivement 1,6%, 1,5%, 2,7% et 2,1% entre (1994-1996).

Si la césarienne constitue un mode d'accouchement sécurisant pour beaucoup dans les pays développés où les conditions opératoires et la gestion des suites opératoires sont meilleures, elle reste redoutée et redoutable encore dans les pays en voie de développement où la pauvreté et l'insuffisance du personnel de santé sont caractéristiques ainsi que les suites grevées de morbidité et de mortalité maternelle.

Ainsi, la grossesse considérée comme un événement heureux pour le couple et la famille crée un climat de stress d'angoisse de crainte et de mauvais sort. La césarienne a été rendue gratuite par le gouvernement de notre pays depuis le 23 juin 2005 afin de rendre l'intervention accessible pour atteindre le taux minimum fixé par l'OMS et diminuer la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale. L'amélioration des conditions socio-économiques et sanitaires, l'augmentation du nombre de personnels (Spécialistes en gynécologie et d'Obstétriques, sages-femmes, infirmières obstétriciennes), la formation continue du personnel existant contribueront certainement à améliorer le pronostic obstétrical dans notre pays.

La prise en compte de la vaccination des enfants contre la poliomyélite par le PEV depuis 1987 aurait des répercussions positives non seulement sur le développement harmonieux des jeunes filles mais aussi sur les bassins (moins de filles rachitiques, moins de filles naines, moins de filles paralysées et moins d'indication de césarienne liée aux bassins).

Devant ces constats, il nous a paru utile d'apporter notre contribution à l'étude de la césarienne dans la maternité du centre de santé de référence de Kadiolo.

Pour ce faire, nous nous sommes fixés les objectifs ci-après.

Objectif général :

Etudier la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de Kadiolo.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la césarienne durant la période d'étude ;
- Préciser les caractéristiques sociodémographiques des patientes ;
- Identifier les indications opératoires ;
- Préciser les caractéristiques temporelles (durée d'intervention, durée moyenne de séjour à l'hôpital);
- Identifier le pronostic maternofoetal.

II. GENERALITES

1. Historique :

La césarienne fût pendant longtemps considérée comme une intervention mythique réservée aux dieux ; l'origine même du mot prête à discussion, bien qu'il dérive probablement du mot latin *caedere* (=couper) ; Et contrairement à la légende Jules César ne naquît pas par césarienne, tant ce double succès était invraisemblable (sa mère aurait survécue plusieurs années après son accouchement) [5].

L'évolution de la césarienne fût au fil du temps marquée par plusieurs étapes :

- Moyen âge : la césarienne post mortem fût codifiée par NUMA POMPILIUS (715 – 612 av J.C)
- **1500** : JACOB NÜFER tente et réussit la première césarienne sur femme vivante (sa propre femme) ;
- **1560** : Premier traité sur la césarienne publié par FRANÇOIS ROUSSET en : *Traité nouveau de l'hystérotocotomie* (ou enfantement par césarienne) ;
- **1561** : AMBROISE PARE condamne la césarienne sur femme vivante en raison de "la mort quasi fatale de la femme" ;
- **1721** : MAURICEAU partage cette opinion et qualifie de la césarienne de "pernicieuse pratique, empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie" ;
- **1769** : Première suture utérine au fil de soie par LEBAS ;
- **1788** : LAUVERJAT préconise l'incision transversale de la paroi de l'utérus ;
- **1876** : PORRO, reconnaissant la responsabilité de la péritonite dans la plupart des décès, extériorisait l'utérus gravide et pratiquait l'hystérectomie en bloc après césarienne. Ce qui permit de réduire la mortalité maternelle et néonatale à respectivement 25% et 22% ;

Malgré ces progrès, les obstétriciens sont restés réticents à la césarienne. Dans le précis d'obstétrique de VARNIER publié en 1900 pas un seul chapitre n'est consacré à la césarienne.

Il a fallu attendre l'ère moderne avec l'apparition de l'asepsie et de l'antisepsie, l'acquisition de nouvelles techniques pour que le pronostic de la césarienne soit relativement bon.

- Première suture du péritoine viscéral réalisée par ENGMAN ;
- Suture utérine systématique préconisée par KEHRER et SÄNGER en **1882** ;
- Incision sur le segment inférieur imaginée par FRANK en **1907** avec péritonisation secondaire sur la cicatrice utérine ;
- Introduction de la césarienne segmentaire en France par SCHICKELE et BRINDEAU en **1921** qui fût un progrès décisif permettant désormais d'opérer après rupture des membranes sur une femme en travail et rend possible l'épreuve du travail ;
- **1906** : PFANNENSTIEL proposa une incision transversale de l'abdomen.

L'évolution progressive du pronostic maternel fût liée non seulement aux progrès de la technique opératoire, mais aussi à l'évolution de l'anesthésie, à l'avènement des sulfamides et des antibiotiques, ainsi qu'au progrès de la transfusion sanguine et à la lutte contre les accidents thromboemboliques ; si bien que pour beaucoup cette intervention, autrefois redoutable et décriée, est devenue quasi inoffensive d'où l'augmentation progressive du nombre de césariennes.

2. Rappels anatomiques

2.1. L'utérus gravide :

Au cours de la grossesse l'utérus subit des modifications portant sur sa structure, sa morphologie, ses rapports et ses propriétés physiologiques [14 ; 15] :

- Le péritoine viscéral s'hypertrophie,
- La vascularisation tant artérielle que veineuse subit une inflation considérable,

- L'imbibition gravidique facilite les clivages,
- Enfin l'utérus et ses rapports avec les organes pelviens se modifient au cours de la grossesse.

L'utérus gravide, à terme, mesure 30 à 35 cm de long, ce qui amène le fond utérin en contact avec les coupes diaphragmatiques. En plus de l'augmentation globale de son volume, l'utérus s'incline légèrement à droite présentant une dextro-rotation variable de 10° à 90°.

Plus importante encore est la formation du segment inférieur qui bouleverse l'anatomie de la région au cours du dernier trimestre de la grossesse. C'est une portion musculaire amincie, peu vascularisée, située entre le corps et le col utérin. Il est le lieu électif de l'hystérotomie pour de nombreuses raisons (paroi antérieure «face chirurgicale" très mince ; richesse en tissus conjonctifs favorisant la bonne cicatrisation etc.).

La connaissance de ses rapports et de ses limites, est importante pour limiter les complications per opératoires:

Les limites sont:

- En bas l'orifice interne du col d'autant moins perceptible que la dilatation est complète et la présentation plongeante ;
- En haut environ 1 – 2 cm en dessous, la limite supérieure du décollement du péritoine vesico-utérin ;
- Latéralement les pédicules utérins avec les risques d'hémorragies qu'ils présentent.

Il est en rapport avec :

- En avant la vessie qui s'étale à la partie basse de la face antérieure de l'utérus. Même vide elle reste au dessus du pubis. Le décollement du péritoine vesico-utérin permet de la refouler en bas.

- En arrière le cul-de-sac de Douglas qui sépare le segment inférieur du rectum et du promontoire.
- Latéralement, la gaine hypogastrique contenant les vaisseaux croisant l'uretère [6 ; 7].

2.2. Le canal pelvi-génital :

Pendant l'accouchement le fœtus contenu dans l'utérus, puis engainé par le vagin, doit traverser la filière pelvi-génitale ; ce qui exige une morphologie et des dimensions adéquates [8]. En effet, nombre de césariennes sont indiquées pour des anomalies de celle-ci.

Le canal pelvi-génital est formé de deux parties :

➤ Canal osseux ou bassin :

C'est une ceinture osseuse située entre la colonne vertébrale qu'elle soutient et les membres inférieurs sur lesquels elle s'appuie.

Il formé de l'union de quatre os :

- En avant et latéralement les deux os iliaques ;
- En arrière le sacrum et le coccyx.

Il est divisé en deux parties par les lignes innominées :

- En haut : le grand bassin sans intérêt obstétrical ;
- En bas : le petit bassin (bassin obstétrical) auquel on décrit deux orifices (supérieur et inférieur) séparés par une excavation.

a. Orifice supérieur (Detroit supérieur) : Plan d'engagement de la présentation, il sépare le grand bassin du petit bassin. Il est formé :

- En avant par la face postérieure du bord supérieur de la symphyse pubienne et des corps pubiens, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées ;
- Latéralement par les lignes innominées, puis le bord antérieur des ailerons sacrés ;
- En arrière par le bord antérieur de l'articulation sacro lombaire (promontoire).

Sa forme est à grand axe transversal avec un arc antérieur et un arc postérieur qui est, en son milieu, repoussé en avant par la saillie du promontoire.

Ses diamètres sont :

- Diamètres antéropostérieurs :
 - Promonto-sous-pubiens : 11 cm
 - Promonto-retro pubien : 10,5 cm
 - Promonto-souspubien : 12 cm.
- Diamètres transverses :
 - Transverse maximum : 13,5 cm (non utilisé par la présentation)
 - Transverse médian : 13 cm (diamètre utile) situé à égale distance entre le promontoire et la symphyse pubienne.
- Diamètres obliques : (12 cm) qui vont de l'éminence iliopectinée à la symphyse sacro iliaque du côté opposé ;
- Diamètre sacro cotyloïdien : 9 cm, réunit le promontoire à la région acétabulaire.

Le plan du détroit supérieur passe par le promontoire et le bord supérieur de la symphyse pubienne. Chez la femme debout, il est oblique en haut et en avant et forme avec l'horizontale un angle de 60° ; chez la femme en décubitus dorsal, il est oblique en bas et en arrière et s'incline de 45° sur l'horizontale. L'axe de ce plan, oblique en avant et en haut, va de l'ombilic au milieu du coccyx [6 ; 9 ; 10 ; 11].

b. Excavation : C'est le canal dans lequel la présentation effectue sa descente et sa rotation. Il est constitué :

- En avant par la face postérieure de la symphyse pubienne et des corps du pubis ; convexe de haut en bas ;
- En arrière par la face antérieure du sacrum et du coccyx fortement concave de haut en bas ;
- Latéralement par la surface quadrilatère de l'os coxal, par la face interne de l'épine sciatique et du corps de l'ischion.

Dans son ensemble, l'excavation forme un tronc de tore avec un orifice supérieur à grand axe transversal et un orifice inférieur à grand axe antéropostérieur.

Tous les diamètres de l'excavation sont sensiblement égaux et mesurent 12 cm sauf le diamètre transversal unissant les épines sciatiques qui mesure 10,8 cm.

Son axe est représenté par une courbe à concavité antérieure unissant le centre du détroit supérieur à celui du détroit inférieur **[12 ; 9]**.

c. Orifice inférieur (Détroit inférieur) : Elle constitue le plan de dégagement de la présentation. Il est ostéofibreux, limité :

- En avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne ;
- En arrière par le bord inférieur des branches ischiopubiennes, le bord des tubérosités ischiatiques ; et des ligaments sacrosciatiques ;

Ses diamètres sont :

- Sous-cocci-sous-pubien : 9,5 cm (pouvant atteindre 11 à 12 cm lorsque le coccyx est repoussé);
- Sous-sacro-sous-pubien : 11 cm ;
- Transverse bi ischiatique : 11 cm ;

Sa forme est losangique à grand axe antéropostérieur.

Le plan du détroit inférieur est oblique en bas et en haut formant un angle de 11° avec l'horizontale. Son axe est presque vertical en position debout, allant de l'angle sacro vertébral à l'anus **[6 ; 9 ; 11]**.

➤ **Diaphragme pelvi-génitale :**

C'est un diaphragme musculo-aponévrotique dont la concavité supérieure s'oppose à celui du diaphragme proprement dit. Sensiblement attaché au détroit moyen, ce diaphragme est formé de quatre muscles : les deux releveurs de l'anus et les deux muscles ischio-coccygiens. L'obliquité de leurs fibres en bas et en dedans forme "un infundibulum, un entonnoir qui soutient dans sa concavité tous les organes pelviens" (FARABEU) [8].

Dans son ensemble, le diaphragme pelvi-génital se divise en deux parties :

- Le plancher coccy-périnéal (muscle aponévrotique) ;
- Le plancher pelvipérinéal qui se divise à son tour en deux parties :
 - ❖ Périnée antérieur : musculo-aponévrotique qui comprend les muscles péri vaginaux et péri vulvaires, et le noyau fibreux central.
 - ❖ Périnée postérieur qui comprend en avant le muscle sphinctérien anal et en arrière un ensemble musculaire se joignant sur le raphé ano-coccygien.

Au cours de l'accouchement une bonne ampliation du périnée est indispensable ; d'où le recours à la césarienne en cas de délabrement important de celui-ci lors de l'accouchement précédent pour ne pas compromettre la réparation chirurgicale d'une telle lésion si grave au point de vue fonctionnel [8].

3. Technique de la césarienne

Envisagée dans son sens restrictif, la technique de la césarienne est facile et simple, conduisant souvent à l'abus. Ce qui fait que sa technique doit être prise actuellement dans un sens large ; c'est-à-dire :

- reposer tout d'abord sur une indication réfléchie (connaissance de l'obstétrique) ;
- être accompagnée d'une préparation de l'intervention, de l'anesthésie et d'une éventuelle réanimation (connaissance de l'anesthésie et une bonne organisation des maternités) ;

- être exécutée de façon sûre par un opérateur qui connaît l'anatomie de l'utérus gravide (connaissance de la chirurgie et de l'obstétrique) ;
- être accompagnée de bons soins au nouveau-né et d'une surveillance des suites de l'intervention (mère et nouveau-né) [11].

➤ **Préparation de l'intervention :**

Elle doit se faire dès que l'on pressent l'indication de la césarienne avant de se trouver dans une situation d'urgence et comprend :

- Préparation de la paroi effectuée en salle de naissance :
Lavage soigneux de la paroi abdominale,

Mise en place d'une sonde vésicale avec asepsie,

- Prise d'une voie veineuse de calibre suffisant
- Bilan pré anesthésique : dans les situations à haut risque de césarienne (déclenchement – épreuve de travail) il est réalisé dès l'entrée en salle de travail : Groupage/rhésus – TP - TCA - Plaquettes). Sinon il faut montrer la patiente le plus tôt possible à l'anesthésiste et faire partir ce bilan en urgence.

- Bilan obstétrical :
L'avancement du travail apprécié par le toucher vaginal dans les cas de problèmes de fin de dilatation ;

L'état du fœtus (appréciation des bruits du cœur foetal) [6].

➤ **Anesthésie :**

Le choix du type de l'anesthésie dépend des circonstances obstétricales, de la pathologie, des contre-indications de chaque méthode et de l'habitude de l'anesthésiste [13 ; 22].

On distingue deux méthodes :

- L'anesthésie locorégionale;
- L'anesthésie générale.

➤ **Techniques :**

a. Composition d'une boîte de césarienne :

Elle est presque la même que les autres boîtes de laparotomie d'urgence et comporte :

- Deux valves de Doyen ;
- Un écarteur de COLLIN ou de PICHARD avec trois jeux de valves mobiles ;
- Deux écarteurs de FARABOEUF grand modèle, largeur 15 mm ;
- Un bistouri N°14 court ;
- Un porte-aiguille de MAYO HEGAR de 20 cm ;
- Une paire de ciseaux de METZBAUM de 23 cm ;
- Une paire de ciseaux de MAYO courbe de 18 cm ;
- Une paire de ciseaux à fil à bout rond ;
- Une pince à disséquer à griffe de 20 cm ;
- Une pince à disséquer sans griffe de 20 cm ;
- Une pince à disséquer sans griffe de BARRAYA de 25 cm ;
- Six pinces à cœur ;
- Dix pinces de KELLY courbes 14 cm ;
- Deux pinces de KOCHER droites 14 cm ;
- Deux pinces de FAURE courbes 21 cm ;
- Quatre pinces à champ de BACKAUS de 10 cm ;
- Deux pinces de BENGOLEA sans dent, courbes, 20 cm ;

b. Techniques de la césarienne :

Les techniques de la césarienne ont évolué avec elle. Sans être exhaustif nous nous contenterons de dégager les grandes lignes des différentes étapes de la

césarienne segmentaire et corporéale et les avantages de chacune d'elle. (Schémas 1-9)

- **Césarienne segmentaire :**

. Premier temps : Mise en place des champs ; coeliotomie. L'incision peut être médiane sous ombilicale ou transversale plus esthétique mais rendant plus difficile les césariennes itératives.

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

. Troisième temps : Incision transversale du péritoine présegmentaire dont le décollement se fait sans difficulté ;

. Quatrième temps : Incision transversale du segment inférieur qui ne nécessite pas un décollement préalable de la vessie et qui reste strictement segmentaire.

. Cinquième temps : Extraction de l'enfant : dans les présentations céphaliques l'extraction est céphalique ; dans les autres (épaule, siège) on saisit un pied.

. Sixième temps : Délivrance. Le placenta est extrait soit par expression sur le fond utérin ; soit par délivrance manuelle.

. Septième temps : Suture du segment inférieur en plan par des points séparés extra muqueux (les points d'angles seront en X) ;

. Huitième temps : Suture du péritoine présegmentaire par un simple surjet non serré ;

. Neuvième temps : On enlève les champs abdominaux. Toilette du péritoine. On enlève les valves ;

. Dixième temps : Fermeture de la paroi en trois plans sans drainage.

Les avantages de la césarienne segmentaire sont nombreux :

- L'incision sélective du péritoine viscéral décollable qui assurera, après reconstitution, une protection excellente ;

- L'incision de l'utérus dans une région qui redeviendra pelvienne dans les suites de couches ;

- L'incision de la partie mince non contractile de l'utérus gravide ;
- L'excellente qualité de la cicatrice utérine.

- **La césarienne corporéale :**

- . Premier temps : coeliotomie médiane sous et/ou sus ombilicale ;
- . Deuxième temps : Mise en place des champs et protection par des valves ;
- . Troisième temps : Incision de l'utérus longitudinalement en plein corps ;
- . Quatrième temps : Extraction de l'enfant par un pied après l'ouverture de l'œuf ;
- . Cinquième temps : Délivrance (lorsque l'incision tombe sur le placenta, on effectue la délivrance avant l'extraction du fœtus) ;
- . Sixième temps : Suture utérine en deux ou en un plan dans toute l'épaisseur de la paroi en respectant la muqueuse.
- . Septième temps : Fermeture plan par plan de la paroi **[7 ; 11]**.

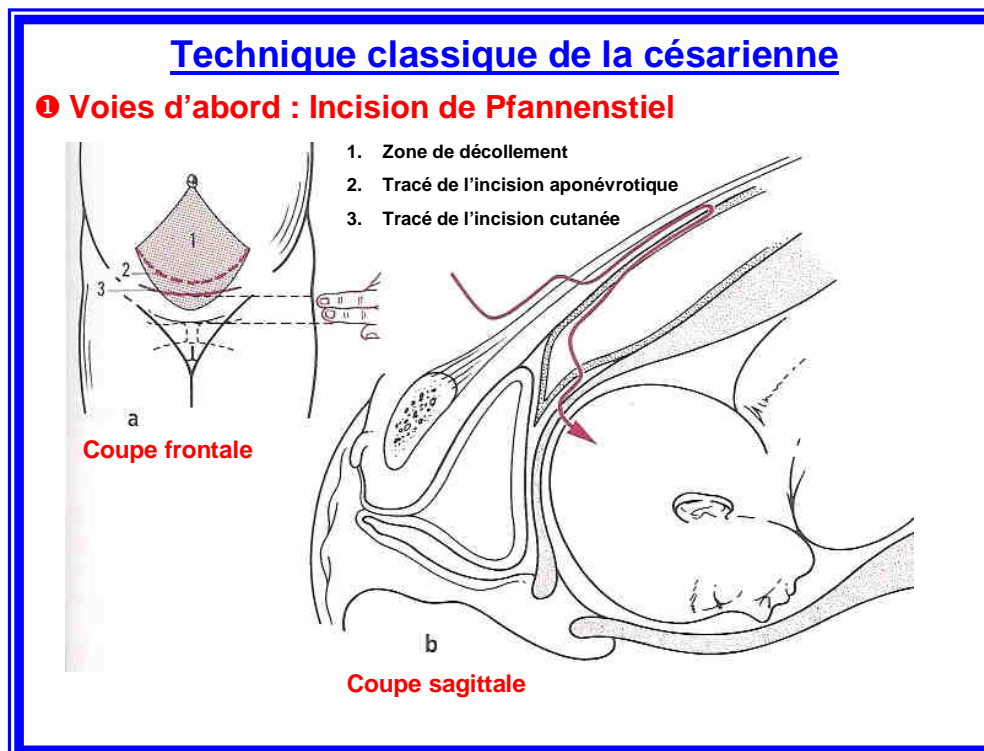
Il faut préciser que cette intervention, classique encore au début du XIX^e siècle, ne connaît que des indications restreintes. En plus, par rapport à la césarienne segmentaire, elle n'a que des inconvénients :

- Moins bonne protection de la grande cavité ;
- Cicatrice utérus moins sûre (qui augmente le risque de rupture utérine) ;
- Risques septiques post opératoires majeurs.

Cependant, elle peut être préférable dans les rares circonstances suivantes :

- Dans les césariennes itératives lorsque le segment inférieur est inaccessible à cause des adhérences ;
- Lorsque la césarienne doit être suivie d'hystérectomie ;
- Chez les cardiaques décompensées (contrainte de la position semi assise) ;
- Dans la césarienne post-mortem **[13]**.

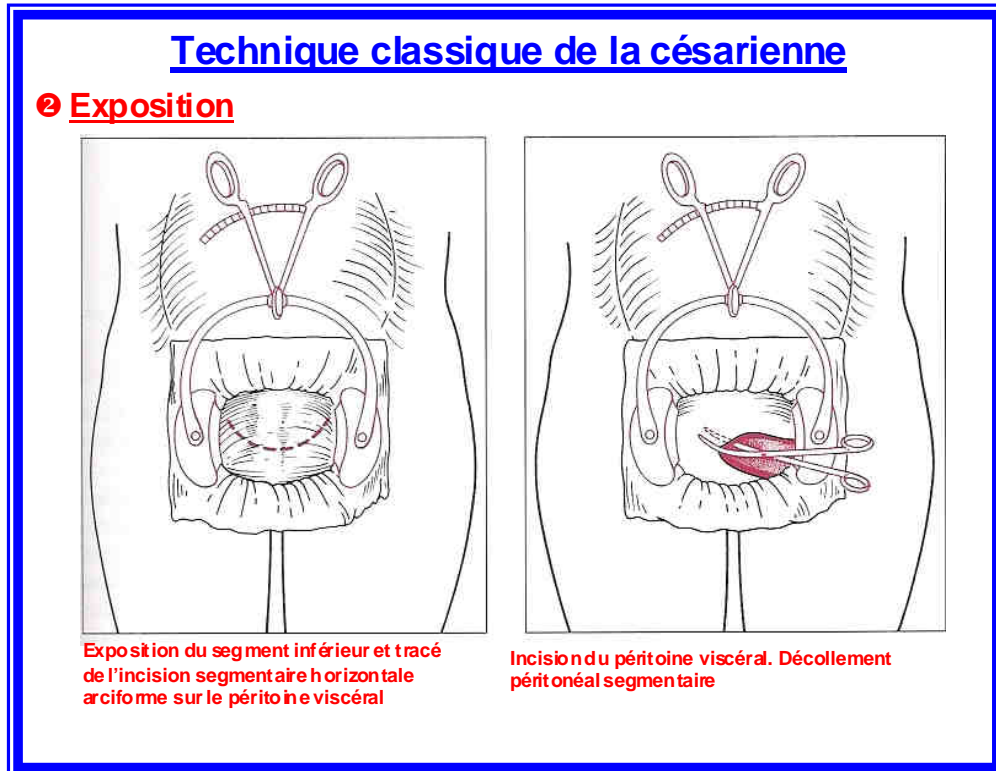
SCHEMA N°1: Voies d'abord (incision de Pfannenstiel) [7]. Racinet C., Flavier M. 4^{eme} Edition



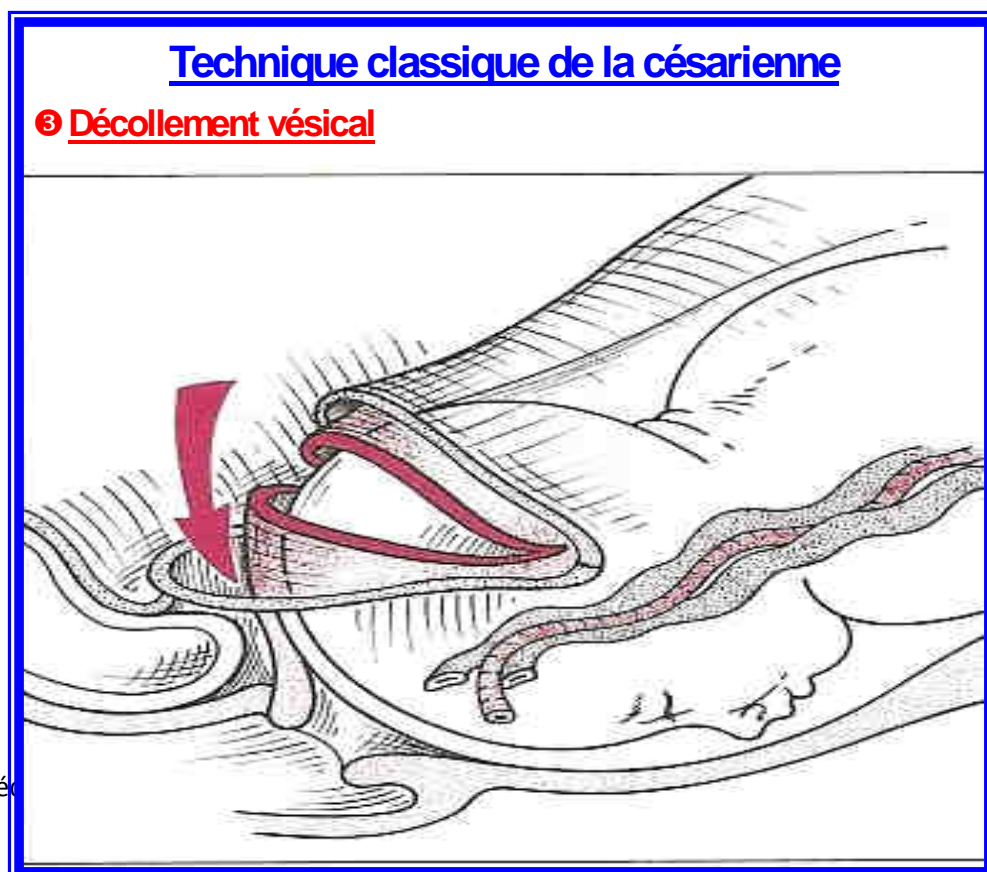
SCHEMA N°2 : Voies d'abord : PFANNENTIEL, IMSO, IMSSO [7].



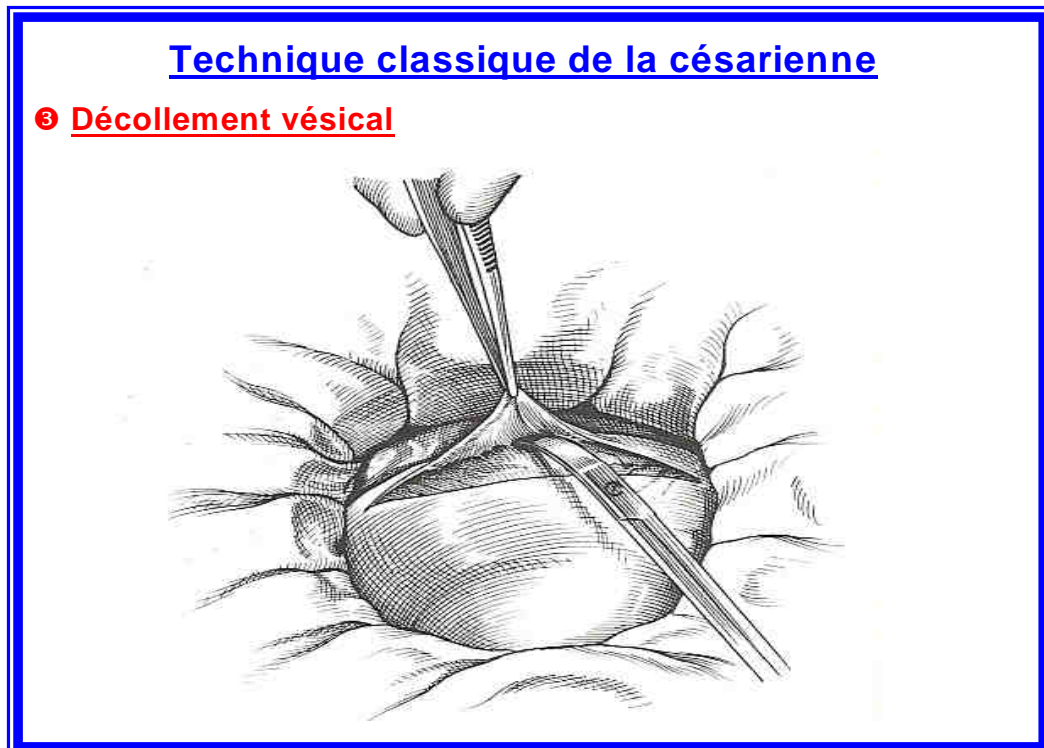
SCHEMA N°3 : Technique de la césarienne : exposition [7]. Racinet C., Flavier M. 4^{eme} Edition



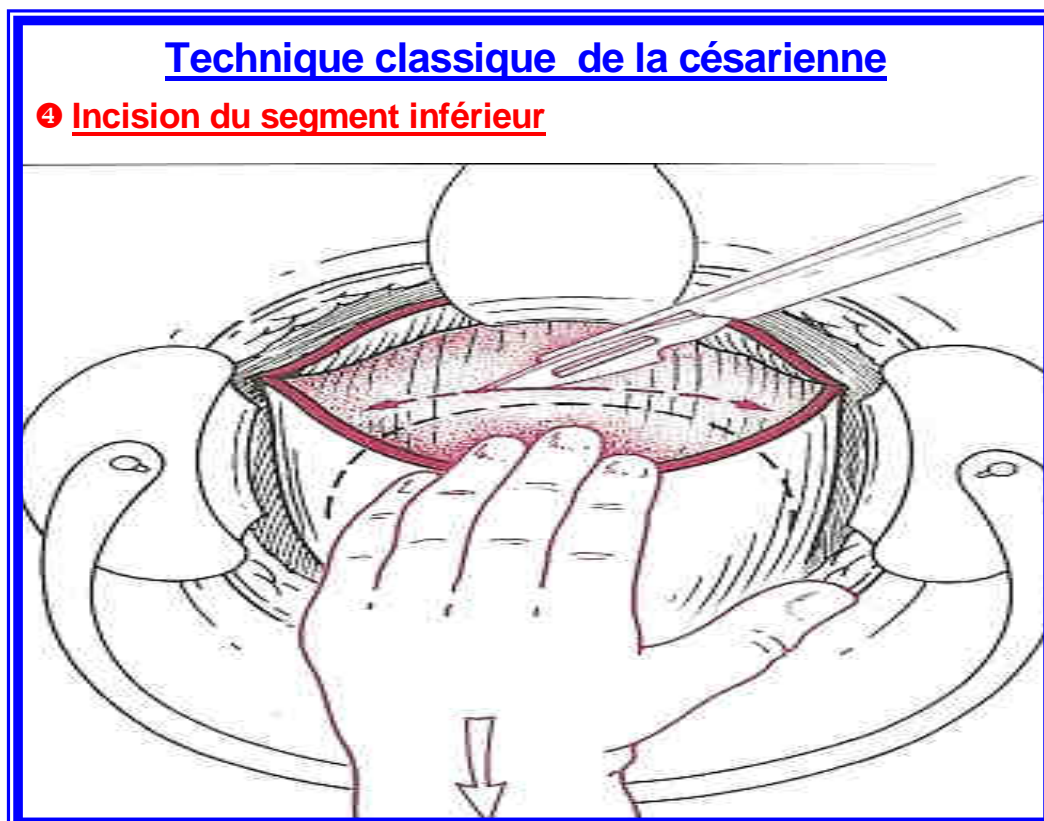
SCHEMA N°4 : Technique de la césarienne : décollement vésical [7]. Racinet C., Flavier M. 4^{eme} Edition



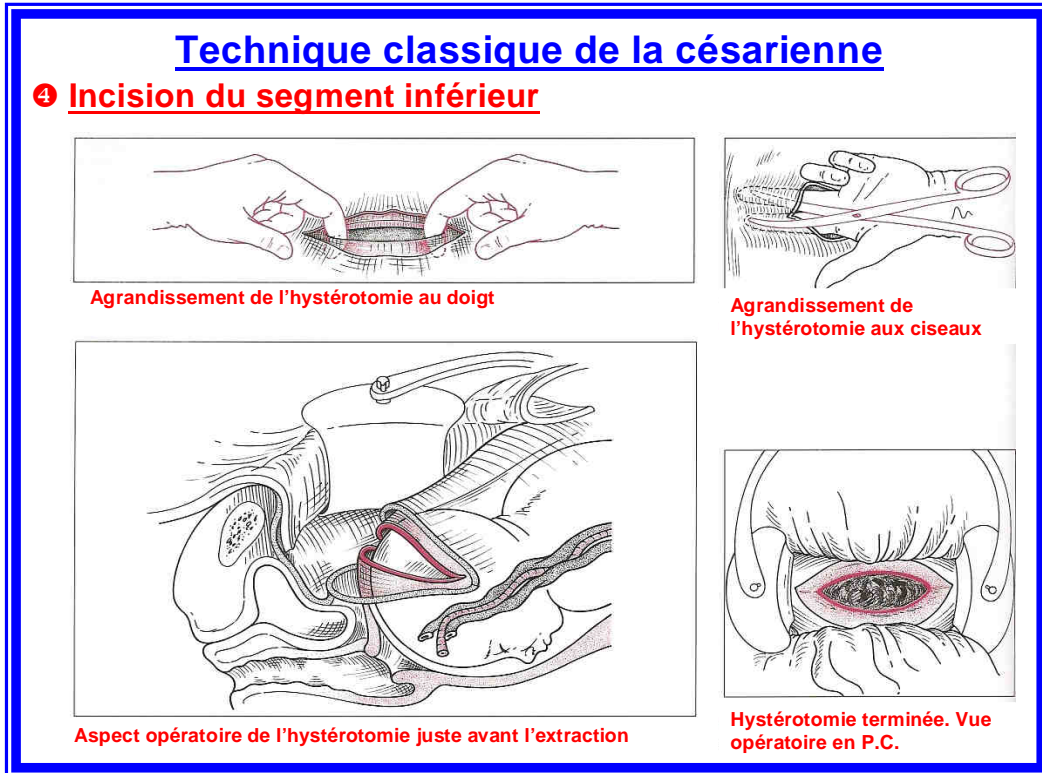
SCHEMA N°5: Technique de la césarienne : décollement vésical [7]. Racinet C., Flavier M. 4^{ème} Edition



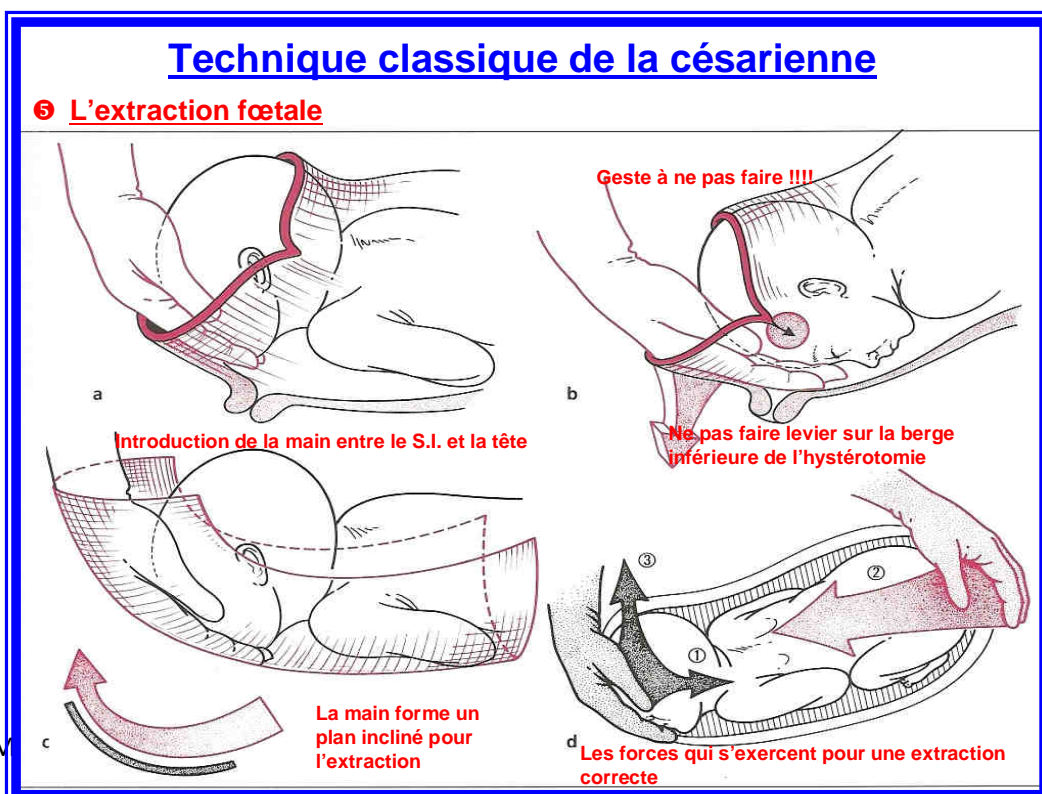
SCHEMA N°6: Technique de la césarienne : hystérotomie segmentaire [7]. Racinet C., Flavier M. 4^{ème} Edition



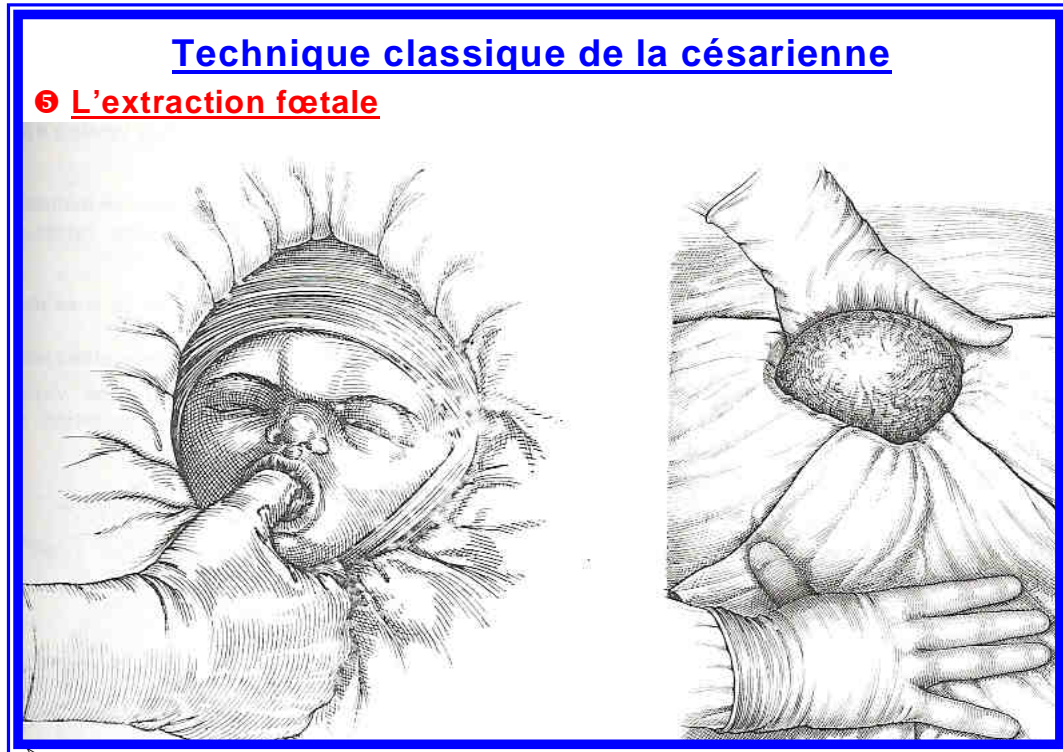
SCHEMA N°7: Technique de la césarienne : incision du segment inférieur [7]. Racinet C., Flavier M. 4^{eme} Edition



SCHEMA N°8: Technique de la césarienne (extraction foetale) [7]. Racinet C., Flavier M. 4^{eme} Edition



SCHEMA N°9: Technique de la césarienne (extraction fœtale) [7]. Racinet C., Flavier M. 4^{eme} Edition



les temps complémentaires de la césarienne :

Il s'agit d'actes qui sont souvent associés à la césarienne ou qu'elle précède. Ces actes comportent des indications propres et des techniques appropriées. Les plus fréquentes sont :

- **La stérilisation :**

Ses indications peuvent être classées en :

- Indication pour motif médical grave (HTA sévère, Néphropathie chronique, Diabète insulinodépendant sévère...);
- Mauvaise qualité (fragilité) de la cicatrice utérine ;
- Indication contraceptive ;

Les techniques de la stérilisation sont nombreuses allant de la ligature tubaire [16], jusqu'à la salpingectomie totale. On distingue :

- Les techniques dites irréversibles : Salpingectomie terminale de KROENER – Technique d'IRVING ;
- Les techniques dites réversibles : Pose de clips – Pose d'anneau de YOON – Technique de POMMEROY [13].

- **La myomectomie :**

L'association d'un myome et d'une grossesse n'est pas exceptionnelle. La coexistence est en général tolérée hormis les cas de complications aiguës (torsion, hémorragie sous capsulaire ou intra péritonéale, nécrobiose aseptique) qui nécessitent une exérèse chirurgicale. En dehors de ces indications per gravidiques qui restent exceptionnelles, c'est essentiellement au cours du travail que se pose le problème d'indication thérapeutique et cela dans trois circonstances :

- Le myome est cervical ou isthmique, réalisant un obstacle à l'accouchement ;
- Le myome est découvert lors de la césarienne ;
- Le myome est corporéal à l'origine d'une dystocie de présentation ou d'une anomalie de contraction.

Les techniques sont fonction du siège du myome, de sa position par rapport à l'endomètre, de la voie d'abord etc. Cependant un certain nombre de principe doit être connu :

- la myomectomie suivra la césarienne et ne la précédera pas ;
- la myomectomie se fera de l'extérieur à l'exception des myomes endo-utérins ;
- le choix du type de césarienne dépend dans une certaine mesure de la localisation du myome [13].

- **La kystectomie de l'ovaire :**

Certains kystes sont découverts au décours de la césarienne réalisée pour une raison quelconque, révélés par l'examen systématique des annexes ; d'autres par contre, du fait de leur volume ou de leur siège (prævia), peuvent être une indication de la césarienne. Il faut cependant noter que l'exérèse du kyste doit toujours suivre la césarienne et conserver le tissu ovarien quelque soit la taille ou la nature du kyste [13].

- **L'hystérectomie :**

Les indications de l'hystérectomie complémentaire sont devenues rares. Certains circonstances peuvent cependant obliger à l'exérèse, principalement dans un but hémostatique, moins souvent en cas d'utérus polomyomateux (myomectomies laborieuses) ou de carcinome du col stade IA et Ib (accouchement par voie basse formellement interdit) [13 ; 8].

Les techniques sont variées ; l'hystérectomie peut être subtotale, totale, ou élargie.

➤ **Les complications de la césarienne :**

La césarienne, grâce aux progrès de la technique, à l'asepsie, et à l'avènement des antibiotiques peut être considérée comme une intervention sécurisée. Toutefois la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales ne sont pas nulles

[17 ; 18 ; 19].

- **Complications maternelles :**

Elles sont nombreuses et peuvent être classées en :

❖ **Complications per opératoires :**

- *complications anesthésiques* : elles sont les mêmes que pour toutes les interventions en dehors du syndrome de MEDELSON (plus fréquent en cas de césarienne d'urgence) ;
- *complications hémorragiques* : qui peuvent être liées à des facteurs généraux (Troubles de la coagulation et de l'hémostase) ; ou locaux d'origine placentaire ou utérine) ;
- *lésions urinaires* : il s'agit essentiellement de plaies du dôme vésical ou de la face postérieure de la vessie ; de traumatismes de l'uretère.
- *lésions digestives* : les plaies intestinales (grêle – colon) sont toutefois exceptionnelles. Elles sont surtout dues à la présence d'adhérences intestinales à la paroi.

❖ **Complications post opératoires :**

- *Complications infectieuses* : sont représentées par :
 - suppuration et abcès de la paroi ;
 - endométrites ;
 - septicémies et infections graves (infection puerpérale) ;
 - infections urinaires.

Leurs facteurs de risque sont nombreux : certains sont liés à l'acte opératoire (urgence – complications per opératoires) ; d'autres aux conditions obstétricales (durée de travail – rupture prématurée des membranes...) ;

- *Complications hémorragiques* : l'hémorragie peut être interne (d'origine vasculaire) ou externe (d'origine utérine).

- *Complications thromboemboliques* : bien que rares, elles sont graves du fait du risque vital.

- *Autres complications* :

- digestives : iléus fonctionnel post opératoire, occlusion intestinale ;
- urinaires : fistules (plaies urinaires méconnues en per opératoires) ;
- psychiatriques : syndrome dépressif ;
- emboliques : embolies gazeuses ou amniotiques rares mais de pronostic sombre.

▪ *La mortalité maternelle* : elle peut être due soit à la cause même de la césarienne (cas graves : Placenta prævia hémorragique, infection amniotique sévère, éclampsie) soit à des complications per ou post opératoires (anesthésiques – infectieuses – hémorragiques)

- **Complications fœtales :**

Le pronostic fœtal de la césarienne est relativement excellent. Cependant la mortalité périnatale reste plus élevée dans la césarienne : Elle dépend essentiellement de la pathologie maternelle ou des facteurs de risque qui ont indiqué l'extraction ; dans certains cas elle est due à l'opération (Anesthésie – extractions difficiles) ou à des complications respiratoires (aspiration du liquide amniotique – membranes hyalines) [7 ; 9 ; 11 ; 13].

3. Indications de la césarienne [23 ; 24 ; 25 ; 26] :

Prendre la décision de faire une césarienne ne doit pas être une solution de facilité. Si la sécurité de cette opération est devenue très grande grâce aux progrès de l'anesthésie réanimation, à la généralisation de la césarienne segmentaire et la possibilité d'une antibiothérapie ; la mortalité maternelle n'a pas pour autant diminué. C'est surtout la morbidité d'une telle intervention (fréquence élevée des complications) qui impose des indications précises et justement posées [13 ; 8].

Les indications de la césarienne ont beaucoup évolué [27 ; 28 ; 29 ; 30]. Alors que les conditions obstétricales se sont beaucoup améliorées, que la pathologie osseuse est devenue plus rare et moins grave ; deux éléments sont modifier la situation : d'une part , des raisons médicales qui conduisent à terminer le plus souvent la grossesse chirurgicalement dans l'intérêt de la mère et/ou de l'enfant ; de l'autre, les possibilités d'une meilleure surveillance de l'état fœtal (imagerie et monitoring); qui entraînent une augmentation des interventions obstétricales, tant au cours de la grossesse que du travail d'accouchement [13].

Actuellement les indications de la césarienne sont devenues très larges et intéressent pratiquement toute la pathologie obstétricale.

Le choix d'une classification reste arbitraire et peut se faire soit en :

-fonction du moment de la décision : césarienne programmée ; césarienne d'urgence ;

-fonction de l'intérêt maternel ou fœtal ;

-fonction de l'évolution des concepts : Indications classiques ou modernes

La difficulté du choix d'une classification originale et le souci d'éviter les répétitions font que beaucoup d'auteurs préconisent de classer les indications de la césarienne de façon analytique en sachant que la décision de pratiquer une césarienne est plus souvent prise sur un faisceau d'arguments (indications relatives) plutôt que sur un argument formel [13].

4. Dystocies mécaniques

Elles résultent d'une anomalie dans le mécanisme d'accouchement ; représentées par :

- Les disproportions foeto-pelviennes : elles sont dues à une anomalie du bassin (bassin rétréci, bassin asymétrique, bassin limite...) ou à l'excès du volume fœtal (hydrocéphalie, macrosomie...).

- Les obstacles prævia :

- Le placenta prævia recouvrant ;
- Les volumineux kystes ovariens (>8 cm) et les fibromyomes pédiculés et/ou siégeant sur le segment inférieur peuvent dans certains cas nécessiter une césarienne.

- Les présentations dystociques :

- Présentation de l'épaule (après échec ou contre-indication de la version par manœuvre externe)
- Présentation du front fixé en début de travail

- Présentation de la face (variété mento-postérieure)
- Présentation du siège : elle est qualifiée de « potentiellement dystocique » [13].

5. Dystocies dynamiques :

L'arrêt de la dilatation ou de la progression du mobile fœtal au cours d'un accouchement dont le pronostic était jusque là bon est souvent la traduction d'une anomalie mécanique telle une légère disproportion foetopelvienne méconnue, ou un défaut de flexion de la tête fœtale (présentations postérieures).

Les dystocies dynamiques pures par anomalie contractile utérine sont plus rares et sont actuellement corrigées par la perfusion d'ocytocine et l'anesthésie péridurale. L'indication de la césarienne se justifie par le souci d'éviter les conséquences fœtales néfastes liées à la prolongation du travail.

L'échec d'un déclenchement artificiel du travail (alors que les conditions locales ne sont pas favorables) est actuellement un motif fréquent de césarienne [13].

6. Indications liées à l'état génital :

- Présence de cicatrice utérine :

- Cicatrice par césarienne :

La césarienne itérative est de règle lorsqu'il existe au moins deux césariennes antérieures ; elle se justifie en outre en cas de :

- * Surdistension utérine (hydramnios, grossesse gémellaire) ;
- * Placenta antérieur marginal ;
- * Curetage après la première césarienne ;
- * Grossesses rapprochées de moins de deux ans ;
- * Suites opératoires fébriles lors de la dernière césarienne.

L'épreuve utérine de la voie basse, après que les garanties de sécurité soient réunies, peut être tentée mais doit être abandonnée en cas d'anomalies du travail : SFA, signes de prérupture, arrêt de la dilatation etc. [6 ; 13].

- Autres cicatrices non obstétricales :

Certaines telles celles de la réimplantation tubaire ou de la salpingectomie avec résection de la corne utérine peuvent imposer la césarienne [8].

➤ Malformations génitales :

Leur connaissance peut pousser à l'intervention lorsqu'elles s'inscrivent dans un contexte peu favorable (utérus cicatriciel, ATCD de stérilité, etc.). Elles sont le plus souvent de découverte fortuite après une césarienne indiquée pour dystocie mécanique ou dynamique [13].

➤ Pré-rupture et rupture utérine :

Elles imposent toujours la césarienne compte tenu de leur gravité non seulement pour le fœtus mais surtout pour la mère.

➤ Anomalies et lésions des voies basses :

* Cancers du col découvert en fin de grossesse ;

* Diaphragmes transversaux du vagin ;

* Déchirures périnéales complètes et compliquées et les fistules génito-urinaires chirurgicalement réparées ;

* Cures d'incontinence urinaire etc. [13].

7. Indications liées aux annexes fœtales :

5.2.1. Le placenta prævia hémorragique : qu'il soit recouvrant ou non ;

5.2.2. L'hématome rétro placentaire : même si le fœtus est mort la césarienne peut être indiquée pour lutter contre la CIVD ou un accès hypertensif qui menacent la vie maternelle.

5.2.3. Procidence du cordon battant : elle impose toujours une césarienne d'urgence.

5.2.4. Rupture prématurée des membranes : la césarienne est indiquée en cas de situation foetale grave ou d'échec du déclenchement ; L'apparition d'une hyperthermie d'origine infectieuse est une indication formelle de la césarienne d'urgence [7 ; 13].

8. Pathologies gravidiques :

➤ Hypertension artérielle :

Elle peut nécessiter l'interruption de la grossesse par une césarienne en urgence lors des accidents aiguës comme la prééclampsie, l'éclampsie, l'HTA sévère (risque d'HRP) ou lorsque l'atteinte maternelle est grave (uricémie >420 mmol/L).

➤ Diabète :

La césarienne est le mode d'accouchement habituel des diabétiques (risque de mort in utero). Souvent cette intervention est imposée par le contexte obstétrical (utérus cicatriciel, anomalie de présentation, macrosomie...) ou psychologique (enfant précieux).

➤ Autres pathologies :

Elles sont nombreuses et l'intervention est nécessitée par le sauvetage de la mère. Dans certains cas la pathologie maternelle est exclusive (cancer, affection neurologique...). Le plus souvent elle a également un retentissement sur le fœtus et la décision d'intervention est prise dans l'intérêt des deux (cardiopathies cyanogènes, poussées d'herpes génitales etc.) [7 ; 13 ; 8].

9. Souffrance foetale :

➤ Souffrance foetale chronique :

Elle s'observe au cours de la grossesse (retard de croissance, terme dépassé). La décision d'extraction se pose lorsqu' existent des signes d'hypoxie associées ou non à une insuffisance de croissance.

➤ Souffrance foetale aiguë :

Elle s'observe au cours du travail. Elle est diagnostiquée par la mesure du pH et la surveillance du rythme cardiaque foetal [7 ; 13].

10- Autres indications :

En dehors d'une souffrance fœtale reconnue, il existe un certain nombre de circonstances où l'indication opératoire est portée pour éviter le traumatisme obstétrical d'un (ou des deux) fœtus particulièrement fragile : malformation, prématurité, grossesses multiples...

Il existe aussi des circonstances exceptionnelles qui peuvent rendre cette intervention nécessaire (mort habituelle du fœtus, enfant précieux etc.) **[13]**.

III- METHODOLOGIE

1- Cadre d'étude :

1.2 : Présentation du cercle de Kadiolo

Le cercle de Kadiolo est situé à l'extrême Sud du Mali. Il est limité au Nord par le cercle de Sikasso, à l'Ouest par le cercle de Kolondièba, au Sud par la République de la Côte d'Ivoire, à l'Est par la République du Burkina Faso.

1.2.1: Historique du cercle de Kadiolo

L'histoire de Kadiolo a été marquée vers les années 1920 par l'existence de deux cantons :

- Le FOLONA regroupant les anciens arrondissements de Kadiolo et de Misseni administrés par **Bakary BAMBA**.
- Le KABOILA administré par **Dramane BERTHE** regroupait les anciens arrondissements de Fourou et de Loulouni.

Ces deux entités fusionnèrent par la suite en une seule pour donner naissance à la subdivision de Kadiolo dont les premiers occupants du chef lieu furent les malinkés dirigés par **More Moussa KEÏTA** venu de l'actuel Cercle de Kangaba.

A la longue le village fut envahi progressivement par les senoufos à telle enseigne que l'administration leur a été confiée par les malinkés.

Après une mésentente qui les a divisées les populations senoufos finirent par s'unir. Cette union appelée « KANDIOLI » concept senoufo signifiant littéralement « coudre le village>> donna son nom au village qui par la suite par déformation est devenu « Kadiolo ».

La circonscription fut érigée en cercle en 1960.

Actuellement sur le plan administratif, le cercle est divisé en 9 Communes rurales et sur le plan sanitaire en 16 aires toutes fonctionnelles.

1.2.2 : Relief

Constitué en majeure partie de plaine ; son relief peu accidenté est dominé à l'Est par les contreforts du massif de la Volta atteignant 200 à 300 m d'altitude dans la commune de Loulouni : le Faco Kourou. Au Sud dans la commune de Fourou se trouve un prolongement du fouta Djallon.

1.2.3 : Climat et végétation

Le climat est de type soudano sahélien avec des précipitations annuelles pouvant dépasser la hauteur des 1000 mm.

On y distingue deux principales saisons ;

- une saison sèche allant de Janvier à Mai ;
- une saison pluvieuse couvrant la période de Mai à Octobre.

A celles-ci s'ajoute une saison intermédiaire allant de Novembre à Février.

La végétation est constituée par la savane herbeuse parsemée de grands arbres et de hautes herbes pendant l'hivernage.

Le long des cours d'eaux on assiste à la formation des forêts galeries. La circonscription compte deux forêts classées ; celle de Kamberké dans la commune de Fourou et de Lougouani dans la commune de Misseni et 27 forêts villageoises.

1.2.4 : Hydrographie

La circonscription de Kadiolo est arrosée par de nombreuses rivières et leurs affluents dont les plus importants sont :

La Bagoé qui sert de frontière naturelle entre les cercles de Kadiolo et de Kolondièba :

Le Zeguedougou, l'un des affluents sépare la commune de Kadiolo de celle de Misseni, rendant l'accès de cette dernière très difficile voire impossible pendant

l'hivernage. On y trouve aussi de nombreux lacs tels que Kambo, Zahlé, Katiorniba (Lofigué, Borogoba) et le lac Oulé.

1.2.5 : Voies de communications

Transport : la principale voie de communication est la voie terrestre avec la route nationale N°7 (RN7) bitumée de Sikasso à Zégoua et qui se prolonge en

Côte d'Ivoire. Elle traverse le cercle sur 60 km. Les autres routes sont en latérite et difficilement praticables en saison de pluies.

Une piste d'atterrissage utilisée pour la mine existe à Syama dans la commune de Fourou située à 55 km à l'Ouest de Kadiolo.

Il existe un système RAC (Réseau Administratif de communication) permettant une communication régulière entre le CSRéf et les 16 CSCom du cercle. Outre le RAC du cercle on compte deux autres (gendarmerie, et la CMDT).

La couverture téléphonique du cercle s'est enrichie avec l'installation de la fibre optique et le réseau GSM (MALITEL et ORANGE) qui couvre les 9 communes du cercle.

Le paysage radiophonique s'est amélioré par l'implantation des radios de proximité (9) et l'antenne TV /FM de l'ORTM.

1.2.6 : Population

Le cercle de Kadiolo comptait 188575 habitants en 2008. La population est de 193667 après le recensement de 2009. La densité est de 23 habitants par km².

La population est essentiellement composée de senoufo, de bambara, de peulh et de Samogho.

Le taux de croissance naturelle est de 2,7% par an.

1.2.7 : Culture – Tradition – Relief

La population est fortement attachée à la tradition. Si en milieu rural la grande famille traditionnelle est conservée encore, dans les centres urbains, les familles tendent à se nucléariser du fait de l'influence occidentale.

En milieu rural c'est habituellement l'aîné qui gère les biens de la famille pendant que les biens privés se transmettent de père en fils.

La polygamie et le mariage précoce demeurent des pratiques courantes.

A côté de l'animisme qui est la religion prédominante on trouve l'islam et le christianisme. Toute fois il est important de noter que l'islam est en pleine expansion.

Les lieux de culte sont les bois sacrés, les marigots, les collines, les maisons fétiches, les mosquées, les chapelles catholiques et les temples protestants.

Les victimes des sacrifices sont le plus souvent le poulet, le chien et le bouc. La kola et la farine de mil sont parfois utilisées.

Les peuples senoufo et Samogho gardent encore les principales valeurs culturelles même si certaines d'entre elles ont été absorbées par les religions monothéistes.

Au niveau du village c'est le patriarche, généralement le plus âgé qui est chargé de diriger les cérémonies traditionnelles car il est plus proche des ancêtres. La société est paysanne et conservatrice.

Les personnes âgées sont maîtresses du patrimoine.

Les cérémonies rituelles sont secrètes et les réjouissances populaires.

Les cultes les plus pratiqués sont l'animisme, l'islam et le christianisme.

1.2.8 : Flux migratoire

Les mouvements migratoires sont intenses. Ils concernent les populations de régions du Nord venant s'installer à la recherche de terres fertiles et de pâturage d'une part et d'autre part l'exode des jeunes y compris les enfants vers les pays limitrophes notamment la Côte d'Ivoire à la recherche de gains pécuniaires.

Les communes de Kadiolo, de Zégoua, de Fourou, de Loulouni et de Misseni sont les localités les plus peuplées. Actuellement les pôles d'attraction de la zone sont : Zégoua du fait de sa situation frontalière et stratégique avec la Côte d'Ivoire par laquelle sont acheminés la plus part des produits d'importation et exportation du Mali ; les communes de Fourou et de Misseni à cause des activités minières (Massiogo ; Finkolo-Dadian, Alhamdoulaye ; Lollè et la mine de Syama).

1.2.9 : Economie du cercle :

Elle est basée sur :

- l'agriculture
- l'élevage
- la pêche
- le commerce

1.2.10 : Education

Il existe dans le cercle 166 établissements d'enseignement fondamental dont 134 écoles du 1^{er} cycle et 32 écoles du second cycle.

Le cercle compte 3 lycées et 1 centre de formation professionnelle.

Le taux de scolarisation des enfants de 7 à 12 ans est de 91,42% pour les garçons et 68,27% pour les filles soit un taux global de 79,84% pour l'ensemble. Le taux d'alphabétisation pour l'ensemble de la population totale était d'environ 20,16%.

Il existe trois établissements préscolaires abritant 233 enfants de 3 à 6 ans. Il existe cependant dans le cercle 72 écoles communautaires d'alphabétisation des enfants pour un effectif de 5 607 enfants inscrits. Le cercle compte également 7 medersas (6 du 1^{er} cycle et 1 du second cycle) abritant environ 814 élèves dont 63 au second cycle.

1.2.11. Données sanitaires :

Le cercle dispose d'un centre de santé de référence de 16 CSCom, de 5 dispensaires, de 12 maternités rurales, de 3 cliniques, de 3 cabinets de soins, de 3 officines de pharmacie, de 2 dépôts de vente de médicaments pour le CSRéf et d'1 par CSCom donc au total de 19 dépôts de vente, d'1 DRC, de 4 infirmeries (lycée, Mananza, Garnison, Fraternité).

Le CSRef de Kadiolo est situé au centre de la ville. De par sa situation géographique, son accès est facile.

Le médecin chef actuel est le Docteur Bakary TRAORE.

2.: Présentation du centre de sante de référence de Kadiolo :

Le centre de sante de référence de Kadiolo comprend :

1.2 : Infrastructures:

- un bloc opératoire,
- un bloc de soins,
- un bloc de césarienne,
- un bloc de médecine,
- un bloc d'hygiène et assainissement et service social,
- une maternité et ses annexes.
- Il y'a eu la réalisation :
 - d'un bloc administratif en 1996
 - d'un bloc d'hospitalisation de chirurgie en 1997
 - d'une maison de passage en 1998

- D'un dépôt répartiteur de cercle et un dépôt de vente en 1998
- D'une adduction d'eau autonome du CSRéf en 1998
- Le service est actuellement en pleine réhabilitation.

2.3 : Ressources humaines :

Actuellement le centre de santé de référence dispose de 5 médecins dont 3 ayant une compétence chirurgicale, de 6 assistants médicaux respectivement dans les domaines de la santé publique, l'odontostomatologie, deux au bloc opératoire et l'anesthésie, de 4 sages-femmes, de 3 infirmières obstétriciennes, de 2 techniciens supérieurs de santé, 5 techniciens de santé, et un technicien supérieur de laboratoire, de 3 aides soignants, d'un comptable, d'une caissière, de 3 gérants de dépôt de médicaments, d'une secrétaire, d'une mâtresse, de 3 manœuvres, de 3 chauffeurs de 2 dépisteurs d'hygiène, d'une lingère et d'un gardien. La plupart du personnel de soutien (14) est payée sur le recouvrement des coûts et bénéfices générés par la vente des médicaments essentiels.

Le personnel qualifié demeure insuffisant et les départs à la retraite ne sont pas pourvus.

Le service du développement social et de l'économie solidaire dispose de 3 administrateurs sociaux et 1 technicien supérieur des affaires sociales.

Le personnel au niveau des CSCOM comprend :

- 22 infirmiers
- 28 matrones
- 17 gérants
- 17 techniciens de surface et gardiens

Cependant, il existe une sage femme à Zégoua et deux infirmières obstétriciennes à Kadiolo central.

2.4 : Equipements techniques :

L'équipement technique indispensable au fonctionnement est disponible. Cependant le bloc ne dispose pas de circuit d'oxygène. Le CSRéf de Kadiolo ne dispose toujours pas d'appareil de radiologie, ni d'échographie.

Malgré l'érection du CSRéf en centre prescripteur d'ARV, son laboratoire dispose d'un spectrophotomètre non installé à cause de la réhabilitation.

2.5 : Moyens logistiques :

Le parc auto du centre de santé de référence est constitué de six véhicules dont trois TOYOTA et trois Ambulances dont deux en mauvais état.

Les mobylettes au nombre de cinq permettent d'une part aux personnels de mener à bien les activités de supervision et d'autre part des moyens de liaison entre le domicile et le lieu de travail.

2.6. Moyens logistiques :

Il existe une mobylette dans tous les CSCom grâce aux partenaires de proximité.

3. types d'étude : il s'agit d'une étude transversale prospective.

4. période d'étude : notre étude a porté sur la période du 1^{ère} Janvier 2010 au 31 Décembre 2010 ; soit une durée de 12 Mois.

5. population d'étude : l'étude a porté sur l'ensemble des parturientes reçues dans le service au cours de la période d'étude dont l'âge minimal de la grossesse est estimé à 28 SA.

6. échantillonnages : l'échantillonnage est exhaustif ; portant sur tous les cas de césarienne pratiqués au cours de la période d'étude.

- **Critère d'inclusion :** il s'agit des parturientes ayant subi une césarienne au cours de la période d'étude au Csref de Kadiolo.

- **Critère de non inclusion :**

. Ruptures utérines

. Accouchements par voie basse

. **Taille de l'échantillon** : tous les cas de césarienne pratiqués ; soit 264

7. Plan de collecte des données : L'enquête s'est déroulée à l'aide d'un questionnaire à la maternité ; au bloc opératoire et sur les lits d'hospitalisation des malades

8. Collecte des données : elle a été faite à l'aide des supports de données suivants :

- Fiche d'enquête.

- Carnet de CPN

- Fiche d'anesthésie

- Registre de compte rendu opératoire

- Dossiers d'hospitalisations

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

Notre plan d'analyse comporte des tableaux de fréquence. L'analyse des données a été faite sur le logiciel EPI info version 6

IV : RESULTATS :

1. Fréquence de la césarienne

Entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 Décembre 2010 ; sur une année que couvre notre étude, nous avons enregistré 264 césariennes pour 715 accouchements au CSREF de Kadiolo, soit une fréquence de 36,9%.

Pendant la même période, il ya eu 8012 accouchements dans la préfecture de Kadiolo, soit une fréquence de 3,3%.

Toutes nos césariennes ont été réalisées au Centre de Santé de Référence de Kadiolo.

L'évolution mensuelle montre que le taux de césarienne le plus élevé a été observé au mois de Décembre, soit une fréquence de 45,8% et le taux le plus bas au mois d'Avril 32,1%.

Tableau I : Répartition mensuelle des taux de césariennes

| Mois | Nombre d'accouchement | Nombre de césariennes | Taux mensuel de césariennes (%) |
|-----------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|
| Janvier | 56 | 21 | 37,5 |
| Février | 58 | 18 | 31 |
| Mars | 73 | 26 | 35,6 |
| Avril | 53 | 17 | 32,1 |
| Mai | 60 | 21 | 35 |
| Juin | 53 | 18 | 34 |
| Juillet | 57 | 26 | 45,6 |
| Août | 59 | 21 | 35,6 |
| Septembre | 60 | 20 | 33,3 |
| Octobre | 57 | 22 | 38,6 |
| Novembre | 57 | 21 | 36,8 |
| Décembre | 72 | 33 | 45,8 |
| Total | 715 | 264 | 36,9 |

2. Profil socio démographique

2.1 Age

Tableau II : Répartition des parturientes selon l'âge

| Age (année) | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|--------------|-------------------|------------------------|
| 13 -19 | 95 | 36 |
| 20-34 | 134 | 50,7 |
| 35-42 | 35 | 13,2 |
| Total | 264 | 100 |

La tranche d'âge de 20 à 34 ans a été prédominante avec 50,7%.

2.2. Statut matrimonial

Tableau III : Répartition des parturientes selon le statut matrimonial

| Statut | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|---------------|-------------------|------------------------|
| Mariée | 235 | 89 |
| Célibataire | 29 | 11 |
| Total | 264 | 100 |

89% des parturientes étaient mariées.

2.3 Résidence :

Tableau IV : Répartition des parturientes selon la résidence

| Résidence | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|------------------------------|-------------------|------------------------|
| Préfecture de Kadiolo | 238 | 90,1 |
| Hors Préfecture | 14 | 5,3 |
| Non Nationaux | 12 | 4,5 |
| Total | 264 | 100 |

La plupart de nos parturientes provenaient de la Préfecture de Kadiolo, soit 90,1%

2.4. Niveau d'alphabétisation en Français

Tableau V : Répartition des parturientes selon le niveau d'alphabétisation en Français

| Niveau d'alphabétisation | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|--------------------------|-------------------|------------------------|
| Analphabète | 228 | 86,4 |
| Primaire | 31 | 11,7 |
| Secondaire | 5 | 2 |
| Total | 264 | 100 |

86,4% de nos parturientes n'avaient pas le niveau d'instruction en Français

2.5 Activités socioprofessionnelles

Tableau VI : Répartition des parturientes selon les activités socioprofessionnelles

| Activité | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|--------------------|-------------------|------------------------|
| Ménagères | 184 | 69,7 |
| Commerçantes | 48 | 18,2 |
| Fonctionnaires | 3 | 1,5 |
| Autres professions | 28 | 10,6 |
| Total | 264 | 100 |

69,7% des parturientes étaient des ménagères.

Autres : teinturières, couturières, griottes.

3. Modalités de la référence

3.1. Mode d'admission

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

| Mode d'admission | Fréquence absolue | Fréquence relative(%) |
|----------------------|-------------------|-----------------------|
| Evacuées | 197 | 74,6 |
| Référées | 24 | 10 |
| Venues d'elles-mêmes | 43 | 16,3 |
| Total | 264 | 100 |

74,6% étaient des évacuations en provenance des CSCOM.

3.2. Moyens de locomotion utilisés

Tableau VIII : Répartition des parturientes selon les moyens de locomotion.

| Moyens de locomotion | Fréquence absolue | Fréquence relative(%) |
|----------------------|-------------------|-----------------------|
| Ambulance | 182 | 68,9 |
| Transport en commun | 10 | 3,8 |
| Personnel | 38 | 14,4 |
| Autres | 34 | 12,9 |
| Total | 264 | 100 |

3.3. Motifs d'admission

Tableau IX : Répartition des parturientes selon les motifs d'admission

| Motifs/référence évacuation | Fréquence absolue | Fréquence relative(%) |
|-----------------------------|-------------------|-----------------------|
| CUD/grossesse | 89 | 33,7 |
| Présentation anormale | 66 | 25 |
| Hémorragie/grossesse | 37 | 14 |
| SFA | 18 | 6,8 |
| Procidence du cordon | 9 | 3,4 |
| Utérus cicatriciels | 27 | 10,2 |
| HTA/éclampsie | 11 | 4,1 |
| Autres | 7 | 2,6 |
| Total | 264 | 100 |

La CUD/grossesse a été le principal motif d'évacuation, soit 33,7%

Autres : gros fœtus, refus de pousser, travail prolongé.

4. Caractéristiques obstétricales

4.1. Parité : elles sont regroupées :

- primipare : un accouchement ;
- paucipare : deux à quatre accouchements ;
- multipare : 5 à 6 accouchements ;
- grande multipare : plus de 6 accouchements.

Tableau X : Répartition des parturientes en fonction de la parité

| Parité | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|------------------|-------------------|------------------------|
| Primipare | 84 | 31,8 |
| Paucipare | 98 | 37,1 |
| Multipare | 48 | 18,1 |
| Grande multipare | 34 | 12,9 |
| Total | 264 | 100 |

Les paucipares ont été les plus fréquentes, soit 37,1% suivies des primipares, soit 31,8%.

4.2. Surveillance prénatale

4.2.1. Nombre de CPN

Tableau XI : Répartition des parturientes en fonction du nombre de CPN

| CPN | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-----------|-------------------|------------------------|
| 0 | 92 | 34,8 |
| ≤4 | 105 | 37,9 |
| >4 | 67 | 25,4 |
| Total | 264 | 100 |

39,7% des parturientes avaient effectué moins de 4 CPN

4.2.2. La qualification des prestataires de CPN

Tableau XII : Répartition des parturientes selon l'auteur de la CPN

| Prestataire de la CPN | Fréquence absolue | Fréquence relative |
|-----------------------|-------------------|--------------------|
| Sage-femme | 42 | 24,4 |
| Mâtrone | 84 | 48,8 |
| Médecin | 9 | 5,2 |
| Infirmier | 37 | 21,5 |
| Total | 172 | 100 |

La majorité des CPN ont été effectuées par des matrones, soit 48,8%.

4.2.3. Le bilan prénatal

- 87 parturientes avaient effectué au moins un élément du BPN
- 78 patientes avaient effectué au moins une échographie au cours des CPN.

La supplémentation martiale et la prise de SP ont été systématiques au cours des CPN.

4.3. Les antécédents pathologiques

4.3.1. Nombre de césariennes antérieures :

La notion de césarienne antérieure a été retrouvée chez 38 de nos patientes, soit 14,4%.

Tableau XII : Répartition des césarisées selon la notion de césarienne antérieure.

| Nombre de césariennes antérieures | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------|
| 0 | 226 | 85,5 |
| 1 | 18 | 6,8 |
| 2 | 11 | 4,2 |
| 3 | 9 | 3,4 |
| Total | 264 | 100 |

4.3.2. Antécédents médico-chirurgicaux

Tableau XIII : Répartition des parturientes selon les antécédents médico-chirurgicaux

| Antécédents | Nombre | Notre série (%) |
|---|--------|-----------------|
| Antécédents médico-familiaux-gémellité 29,9% | 28 | 10,6 |
| -HTA | 35 | 13,2 |
| -diabète | 10 | 3,8 |
| -drépanocytose | 4 | 1,5 |
| -asthme | 2 | 0,8 |
| Antécédents chirurgicaux : - appendicectomie 11,3% | 12 | 4,5 |
| -cure HERNIAIRE | 18 | 6,8 |
| Antécédents gynécologiques – cure FVV 6,4 | 3 | 1,1 |
| - Prolapsus génital | 6 | 2,3 |
| -myomectomie | 8 | 3 |

5. Caractéristiques cliniques

5.1. Terme de la grossesse

Tableau XIV: Répartition en fonction du terme de la grossesse

| Terme de la grossesse | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-----------------------|-------------------|------------------------|
| Pré-terme | 25 | 9,5 |
| A terme | 236 | 89,4 |
| Post-terme | 3 | 1,1 |
| Total | 364 | 100 |

Dans 89,4% la césarienne a été pratiquée sur une grossesse à terme.

5.2. Etat du fœtus à l'admission

Tableau XV : Répartition en fonction des BDCF à l'admission

| BDCF | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-----------------|-------------------|------------------------|
| Non entendus | 30 | 11,4 |
| Entendus | 234 | 88,6 |
| Total | 264 | 100 |
| | | |

Les BDCF ont été entendus dans 88,6% des cas.

5.3. Dilatation cervicale à l'admission.

Tableau XVI : Répartition en fonction de la dilatation cervicale

| Dilatation cervicale | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|----------------------|-------------------|------------------------|
| < 3cm | 105 | 39,8 |
| 4-9cm | 98 | 37,1 |
| 10cm | 61 | 23,1 |
| Total | 264 | 100 |

La majorité de nos césariennes ont été pratiquées à la phase de latence du travail d'accouchement, soit 39,8%.

5.4. Etat des membranes à l'admission

Tableau XVII : Répartition en fonction de l'état des membranes à l'admission.

| Etats des membranes | Fréquence absolue | Fréquence relative |
|---------------------|-------------------|--------------------|
| Intactes | 92 | 34,8 |
| Rompues | 172 | 65,1 |
| Total | 264 | 100 |

Nous avons constaté une rupture de la poche des eaux dans 65,1% des cas.

5.5. Aspect du liquide amniotique après la rupture de la poche des eaux

Tableau XVIII : Répartition en fonction de l'aspect du liquide amniotique

| Aspect du liquide amniotique | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------|
| Clair | 40 | 23,3 |
| Méconial | 38 | 22,1 |
| Teinté (jaune et verdâtre) | 67 | 39 |
| Sanguinolant | 27 | 15,7 |
| Total | 172 | 100 |

Le liquide était teinté dans 39% des cas et méconial dans 22,1%.

6. Indications de la césarienne

Tableau XIX : Répartition selon l'indication opératoire.

| Indications | | Nombre | Fréquence |
|--|---------------------------------------|--------|-----------|
| Dystocie mécanique (49,3%) | .DFP (34,9%)- Bassin limite | 28 | 10,6 |
| | - BGR | 44 | 16,6 |
| | - Bassin asymétrique | 2 | 0,7 |
| | - Gros fœtus | 18 | 6,8 |
| | . Anomalie de la présentation (14,4%) | | |
| | - présentation transversale | 12 | 4,5 |
| | - front | 5 | 1,8 |
| | - face | 7 | 1,5 |
| | - siège | 14 | 5,3 |
| Dystocie dynamique (8,7%) | | 23 | 8,7 |
| Indications liées à l'état génital (21,2%) | - utérus cicatriciel | 38 | 14,4 |
| | - syndrome de pré-rupture utérine | 9 | 3,4 |
| | - ATCD de cure de prolapsus utérin | 6 | 2,3 |
| | - ATCD de cure de FVV | 3 | 1,1 |
| Indications liées aux annexes fœtales (8,4%) | - PP | 10 | 3,8 |
| | - HRP | 7 | 2,7 |
| | - Procidence du cordon battant | 5 | 1,9 |
| Pathologie gravidiques (3,8%) | - HTA | 2 | 0,8 |
| | - Eclampsie | 8 | 3 |
| SFA (5%) | | 19 | 5 |
| Autres indications (1,6%) | | 4 | 1,6 |

Autres : enfants précieux, antécédents de mort-nés à répétition.

7. Déroulement de l'intervention.

7.1. Type de césarienne

Tableau XX : Répartition selon le type de césarienne.

| Type | Nombre | Effectif relatif(%) |
|----------------|------------|---------------------|
| Programmée | 15 | 5,7 |
| Urgence | 249 | 94,3 |
| Total | 264 | 100 |

94,3% des césariennes ont été pratiquées en urgence.

7.2. Type d'anesthésie

Tableau XXI : Répartition selon le type d'anesthésie

| Type d'anesthésie | Effectif absolu | Fréquence relative (%) |
|----------------------------|-----------------|------------------------|
| Rachianesthésie | 13 | 5 |
| Anesthésie générale | 251 | 95 |
| Total | 264 | 100 |

L'anesthésie générale a été prédominante avec 95%.

7.3. Type d'incision cutanée

Tableau XXII : Répartition en fonction du type d'incision cutanée

| Type d'incision cutanée | Effectif | Fréquence relative (%) |
|-------------------------|------------|------------------------|
| IMSO | 214 | 81,1 |
| P Fannenstiel | 50 | 18,9 |
| Total | 264 | 100 |

Incision médiane sous ombilicale a été pratiquée dans 81,1% des cas.

7.4. Gestes associés à la césarienne.

La ligature des trompes a été le principal geste associé à la césarienne.

Nous relevons 38 cas de ligature des trompes, soit un taux de 14,4% ; suivi de 2 cas de myomectomie, soit 0,8%.

7.4. Qualification de l'opérateur

Tableau XXIII: Répartition selon la qualification de l'opérateur

| Qualification de l'opérateur | Effectif | Fréquence relative |
|-----------------------------------|------------|--------------------|
| Médecins généralistes | 85 | 32,2 |
| Faisant fonction d'interne | 179 | 67,8 |
| Total | 264 | 100 |

La majorité de nos césariennes ont été pratiquées par des faisant fonction d'interne, soit 67,8%.

7.4. Caractéristiques temporaires :

Le délai moyen de prise de décision de la césarienne à l'admission de la patiente a été de 57minutes.

La durée moyenne de l'intervention a été de 48minutes.

7.8. Profil psychologique :

Dans notre série 90% des femmes avaient peur de cette intervention.

Cependant, 94% des femmes avaient été satisfaites après l'intervention ; 6% des femmes n'étaient pas satisfaites pour des raisons diverses :

- crainte de l'itérative ;
- limitation du nombre d'enfants ;
- les complications de suites opératoires ;
- accouchements compliqués de décès néonatal.

8. Pronostic

8.1. Pronostic périnatal :

Les 264 césariennes ont permis d'extraire 285 nouveau-nés dont 248 issus de grossesses uniques et 37 de grossesses gémellaires.

8.1.1. Profils des nouveau-nés

a) sexes de nouveau-nés

Tableau XXIV : Répartition des nouveau-nés en fonction du sexe

| Sexe | Nombre | Fréquence relative (%) |
|-----------------|------------|------------------------|
| Masculin | 158 | 55,4 |
| Féminin | 127 | 44,6 |
| Total | 285 | 100 |

55,4% des nouveau-nés étaient de sexe masculin.

b) Poids des nouveau-nés

Tableau XXV : Répartition selon le poids

| Poids | Nombre | Fréquence relative (%) |
|-------------------|------------|------------------------|
| <2000g | 75 | 26,3 |
| 2000-2500g | 89 | 29,9 |
| 2500-4000g | 110 | 38,6 |
| Plus de 4000g | 11 | 3,9 |
| Total | 285 | 100 |

38,6% des nouveau-nés avaient un poids compris entre 2500 et 4000g.

8.1.2. Morbidité périnatale :

Nous avons dégagé les principales complications néonatales observées au cours de notre étude.

Tableau XXVI : Répartition en fonction des complications périnatales

| Complication | Nombre | Pourcentage |
|--|------------|-------------|
| Aucune | 170 | 59,6 |
| Mort-né | 38 | 13,3 |
| Mort avant le 8 ^e jour de vie | 15 | 5,3 |
| Détresse respiratoire | 8 | 2,8 |
| Infections néonatales | 19 | 6,7 |
| Malformations | 8 | 2,9 |
| Traumatisme | 5 | 1,8 |
| Prématurité | 22 | 7,7 |

170 nouveau-nés ; soit 59,6% de l'ensemble des naissances n'ont souffert d'aucune complication périnatale.

Nous comptons dans notre série comme traumatisme fœtal 3 cas de fracture du fémur suite à une extraction laborieuse ; 2 cas d'incision accidentels sur la fontanelle.

Nous relevons 8 cas de malformation fœtale dont :

- 6 cas d'hydrocéphalie,
- 2 cas de doigts surnuméraires

8.1.3. Mortalité périnatale :

Nous relevons dans notre série 194‰ de mortalité périnatale dont 38 mort-nés sur 285 naissances, soit 133,3‰ et 15 morts néonataux précoces sur les 247 naissances vivantes, soit 60,7‰.

. APGAR des nouveau-nés à la naissance

Tableau XXVII: Répartition des nouveau-nés selon l'APGAR à la 1^{ère} minute

APGAR : zéro =mort-né

1-3= état de mort apparente

4-6= état morbide

7-10=bon APGAR

| APGAR | Fréquence absolue | Fréquence relative (%) |
|-------------|-------------------|------------------------|
| 0 | 38 | 13,3 |
| 1-3 | 54 | 18,9 |
| 4-6 | 83 | 29,1 |
| 7-10 | 110 | 38,9 |
| Total | 285 | 100 |

48% des nouveau-nés avaient un mauvais APGAR, contre 13,3% dont l'APGAR était nul.

8.2. Pronostic maternel

8.2.1. Morbidité maternelle

a- Complication maternelle et per-opératoire : elles ont été relevées dans 14 cas, soit 5,3%

Tableau XXVIII: Répartition selon les complications per-opératoires

| Complication per-opératoire | Nombre | Taux (%) |
|----------------------------------|-----------|------------|
| Hémorragie per-opératoire | 10 | 3,8 |
| Complication d'anesthésie | 4 | 1,5 |
| Total | 14 | 5,3 |

b. Complication postopératoire :

Dans notre série nous avons retrouvé 98 cas de complications postopératoires, soit 37,1% des cas.

Tableau XXIX: Répartition des patientes selon les complications postopératoires

| Complications post-opératoires | Nombre | Pourcentage (%) |
|--------------------------------|------------|-----------------|
| Aucune | 166 | 62,9 |
| Suppuration pariétale | 59 | 22,3 |
| Endométrite | 13 | 4,9 |
| Eviscération postopératoire | 3 | 1,1 |
| Anémie | 14 | 5,3 |
| Psychose puerpérale | 4 | 1,5 |
| Occlusion intestinale | 1 | 0,4 |
| Mort maternelle | 4 | 1,5 |

8.2.2. Mortalité maternelle :

Les suites opératoires ont été mortelles dans 4 cas, soit 1,5%. Les principales causes de décès maternelles sont :

- septicémie : 1 cas

- anémie : 2cas

OAP : 1cas.

8.2.3. Durée d'hospitalisation postopératoire

La durée moyenne d'hospitalisation après césarienne était de 6 jours.

Tableau XXX : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

| Durée Hospitalisation/jr | Nombre de Patientes | Pourcentage (%) |
|--------------------------|---------------------|-----------------|
| 0 | 2 | 0,7 |
| 4-5 | 85 | 32,2 |
| 6-14 | 157 | 59,5 |
| 15-21 | 16 | 6,1 |
| Supérieure à 21 | 4 | 1,5 |
| Total | 264 | 100 |

9. Coût de la césarienne : La césarienne a été gratuite chez 252 patientes, soit 95,5% ; par contre chez 4,5%, soit 12 patientes, le coût a atteint 60.000 fcfa.

Les patientes ayant payé le kit et l'acte opératoire sont des non nationaux.

IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Fréquence de la césarienne :

Entre le 1^{er} janvier 2010 et le 31 Décembre 2010, nous avons enregistré 264 césariennes, 8012 accouchements, soit une fréquence de 3,3%.

Notre taux de césarienne est bas par rapport à l'intervalle optimal fixé par l'OMS (10-15%).

Ceci pourrait s'expliquer par l'insuffisance de personnels qualifiés au niveau des CSCOM qui doivent notifier à temps les femmes à risque et les référer vers le Cs réf.

Notre taux diffère de ceux de TOGORA M. (32) ; TEGUETE.I (31) ; COULIBALY AN (33) qui ont obtenu respectivement 12,8% ; 24,05% et 6,8%.

2. Profil des patientes

2.1. Mode d'admission des femmes.

Dans notre série 74,6% des femmes avaient été évacuées contre 26,3% de femmes référées ou venues d'elles-mêmes.

Ces pourcentages témoignent de la bonne marche du système référence-évacuation dans le cercle.

2.2. L'âge :

Dans notre série les âges extrêmes se situent entre 13 et 42 ans. La tranche d'âge correspondant à l'âge optimal (20-34 ans) est la plus représentée dans notre étude soit 50,7%.

Ceci est de règle dans les études de BERTHE (66%) ; de DIALLO CH (88,75%) et COULIBALY AN (51,8%).

Au cours d'une étude similaire réalisée dans le service de gynécologie-obstétrique B de l'Hôpital Charles Nicolle de Tunis ; il n'a pas été trouvé de corrélation significative entre l'âge maternel et l'accouchement par césarienne.

2.3. La parité :

Au cours de notre étude 37,1% de paucipares avaient subi la césarienne ; tandis que COULIBALY AN (33) a trouvé 57,7% de paucipares.

2.4. Niveau d'instruction des femmes :

86,4% des femmes n'étaient pas scolarisées. Ce résultat révèle une fois de plus du faible taux de scolarisation des femmes au Mali, surtout en milieu rural.

2.5. Statut matrimonial :

89% des femmes césarisées étaient mariées et 11% étaient des célibataires.

Cette prédominance des femmes mariées est corroborée par la plupart des études ; car ce sont elles qui mènent une vie sexuelle régulière et sont mariées tôt en milieu rural.

2.6. Profession :

69,7% des femmes ayant subi la césarienne étaient des ménagères.

Cette même tendance est retrouvée par COULIBALY AN (33).

2.2. Moyens de transport :

Au cours de notre étude 68,9% des parturientes étaient transportées par une ambulance contre 3,8% de transport en commun ; ce qui témoigne de l'existence du système de référence-évacuation efficace.

2.8. Motifs d'admission :

Le motif d'évacuation le plus fréquent a été la contraction utérine douloureuse sur une grossesse estimée à terme.

Ce résultat concorde avec la qualification de l'auteur de l'évacuation.

2.9. Césarienne antérieure :

La notion de césarienne antérieure a été retrouvée chez 14,4% de nos femmes.

Si le vieil adage césarienne « césarienne une fois, césarienne toujours » n'a plus de partisan ; il n'en reste pas moins que l'antécédent d'accouchement opératoire par césarienne expose à un risque accru de césarienne ultérieure citée par TEGUTE I.

A la lumière de la littérature notre taux est largement inférieur à ceux de ZAROU K (38) ; AMIRIKIA (4) ; qui ont trouvé respectivement 34,7% et 47,7% de taux d'utérus cicatriciel.

2.10. Consultation prénatale :

La consultation prénatale par rapport au nombre est considérée comme normale quand il est supérieur ou égal à 4 [38].

Dans ce cas 25,4% de nos CPN étaient normales contre 74,5% de mauvaises.

Ces résultats diffèrent de ceux de TEGUETE I (31) ; COULIBALY AN (33) qui ont trouvé respectivement 38,2% et 3,8% de taux de CPN.

2.11. Prestataires de CPN :

Plus de 48,8% des CPN avaient été effectuées par les sages-femmes.

Cet état de fait, montre l'insuffisance du personnel qualifié au niveau des structures périphériques.

2.12. Etat des membranes et du liquide amniotique :

Dans notre série 34,8% des femmes avaient perdu l'intégrité de leurs membranes à l'entrée et 67,8% avaient un liquide amniotique modifié.

Ces taux expliquent la forte fréquence de morbidité néonatale dans notre série ; car la rupture de la poche des eaux pourrait exposer au risque de souffrance fœtale aigüe et d'infections

3. Indication de la césarienne :

3.1. Indication :

La dystocie mécanique composée d'anomalie de la présentation et de la disproportion foeto-pelvienne a été la principale indication de nos césariennes, soit 49,3% dont 34% de DFP et 14,4% d'anomalie de la présentation ; tandis que TEGUETE I (31), DIALLO CH (34) et COULIBALY AN (33) ont trouvé respectivement 73,3% ; 20,12% et 39,3% de dystocie mécanique.

3.2. Types de césariennes :

Dans notre série 94,3% des femmes ont été opérées en urgence.

Ce taux pourrait être diminué si on agissait favorablement sur la qualité de la CPN.

4. Déroulement de l'intervention.

4.1. Incision cutanée :

L'incision cutanée médiane sous ombilicale était la plus pratiquée à cause de sa rapidité et facilitée de réalisation par nos chirurgiens et du désir de plusieurs maternités.

4.2. Gestes associés à la césarienne :

La stérilisation tubaire a été le principal geste associé à la césarienne avec un pourcentage de 14,4% ; et la myomectomie 0,8%.

4.3. Types d'anesthésie.

4.3.1. Anesthésie générale :

A été le principal type d'anesthésie utilisé au cours de notre étude ; soit 95% des femmes.

Cette prédominance du taux d'anesthésie générale est due au libre choix des parturientes.

Les incidents ou accidents liés à ce type d'anesthésie ne sont pas nuls :

- inhalation de liquide gastrique qui peut être gravissime et mortelle.
- le passage transplacentaire des drogues anesthésiantes peut entraîner des dépressions respiratoires chez l'enfant surtout si le temps d'extraction est prolongé.

4.3.2. L'anesthésie péri-durale :

Elle a été décrite pour la première fois en 1884.

Son application par voie caudale est l'œuvre de SOCKEL 1909 (25).

Actuellement la voie caudale est pratiquement abandonnée au profit de la voie lombaire (27).

Au cours de notre étude, son taux est de 5%.

5. Pronostic périnatal.

5.1. Sexe des nouveau-nés :

55,4% de nos nouveau-nés étaient de sexe masculin contre 44,6% de sexe féminin.

Cette prédominance de sexe masculin n'a pas d'explication scientifique à notre connaissance.

5.2. Poids des nouveau-nés :

Les extrêmes ont été de 2000g et 4500g avec 50,2% de petits poids à la naissance.

La malnutrition maternelle chronique et le non suivi de la grossesse pourraient être la principale cause d'hypotrophie fœtale, selon TEGUETE I (31). Donc une amélioration de l'état nutritionnel de la femme enceinte aurait pu contribuer à diminuer cette fréquence.

5.3. Morbidité néonatale :

Le taux de morbidité dans notre série est de 48% ; tandis que COULIBALY AN (33), TEGUETE I (31), TRAZIER (9) ont trouvé respectivement 37,5% ; 16,19% ; et 47,48%.

Ce taux reste élevé quand on sait que toute femme qui rentre en travail à la maternité doit sortir avec son enfant indemne.

Ce taux de morbidité pourrait être lié à la mauvaise prise en charge des parturientes depuis le début de leur travail dans les centres de santé périphérique où la qualité du personnel sanitaire fait défaut.

5.4. Mortinatalité.

Pendant notre période d'étude, nous avons relevé 38mort-nés ; soit 133,3‰, tandis que COULIBALY AN a trouvé 25,94‰ et KLOUZ en Tunisie a eu 10,5‰ de 1993 à 1995.

6. Evolution des suites de couche.

Dans notre série 98 patientes ont présenté des complications postopératoires ; soit 37,1% ; tandis que COULIBALY AN (33) au Mali et DOMMERGUES (29) en Tunisie ont trouvé respectivement 9,2% et 34%.

Ce taux élevé s'expliquerait par le manque d'hygiène des patientes, la promiscuité dans les salles d'hospitalisation et l'absence de climatisation au bloc opératoire.

6.1. Suppuration pariétale : la majorité des auteurs s'accordent quant à l'intérêt d'une antibio-prophylaxie pour réduire le taux des infections postopératoires.

Une étude menée par BIBI a montré que l'antibio-prophylaxie dans les césariennes sans haut risque infectieux a permis d'abaisser la morbidité infectieuse de 33% à 11%.

L'efficacité est évaluée à 66% (4).

Nous avons noté 59 cas de suppuration pariétale ; soit 22,3% ; tandis que AMIRIKA (4) ; BOULANGER (15), CORNIER (24) ; CARLSON (15) ont trouvé respectivement 3,8% ; 2,6% ; 11,8% et 1,6% de taux de suppuration pariétale.

6.2. Eviscération postopératoire : Trois cas ; soit 1,1%, elles ont été jugulées au prix d'une reprise.

Ce type de complication est fréquent en césarienne classique.

6.3. Psychose-puerpérale :

4 cas ; soit 1,5%. Leur prise en charge a été faite au moyen de neuroleptique.

6.4. Anémie : 5,3%, favorisée par les hémorragies per-opératoires, l'infection.

La transfusion sanguine et l'antibiothérapie ont permis leur prise en charge.

6.5. Décès maternels : Nous avons déploré la mort de 4 patientes ; soit 1,5% de nos césarienne.

Notre taux élevé de décès maternel pourrait être due au plateau technique sous équipé et l'absence d'une unité de réanimation.

Notre taux est inférieur à celui de TEGUETE (3,8%) à l'hôpital du Point G en 1996 mais supérieur à ceux des autres auteurs ; AUDRA (6) ; CIRARA-VIGNEROM (20) ; PICAUD (38) qui ont trouvé respectivement 0,0% ; 0,0% et 1,0%.

7. Profil psychologique des femmes :

Dans notre série 90% des femmes répondaient avoir peur de la césarienne, tandis que 94% déclaraient être satisfaites à leur sortie.

Cette peur des femmes de la césarienne était liée à la morbidité et à la mortalité maternelle et néonatale encore élevées dans nos pays en voie de développement et la crainte de l'itérative.

V. CONCLUSION :

Au terme de notre étude la césarienne apparaît comme un facteur de réduction de la morbidité et de la mortalité fœto-maternelle mais comporte toujours des risques de morbidité et de mortalité.

Notre taux de césarienne 3,3% est bas par rapport au taux optimal fixé par l'OMS (10 à 15%).

Le déploiement de personnels qualifiés dans les structures périphériques pourrait contribuer à l'augmentation du taux de césarienne.

La césarienne est parfois mal perçue par la population.

Cependant, l'impression globale après l'intervention est positive.

La gratuité de la césarienne depuis le 23 juin 2005 a été fort appréciée par la population.

VI. RECOMMANDATIONS :

Nous formulons les recommandations suivantes :

1-Aux autorités politiques :

- assurer la pérennité de la gratuité de la césarienne,
- équiper le bloc opératoire du Cs réf en circuit d'oxygène,
- recruter le personnel sanitaire adéquat pour les besoins obstétricaux des CSCOM.

2. Aux autorités sanitaires :

- assurer une meilleure qualité des CPN des femmes au cours de leur grossesse,
- rendre effectif la garde d'urgence au niveau du bloc opératoire,
- organiser en permanence des émissions radiophoniques sur les problèmes de santé à la population.

3. A la population :

- améliorer l'état nutritionnel de la femme enceinte,
- appliquer à la lettre les conduites à tenir dictées par le personnel sanitaire.

VII- REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE :

1. Albrech H.

Indication excessive de césarienne

Triangle 1991:31(2) ; 141-148

2. Albright GA., Fergusson JE., Joyce M., Stevenson DK. Anesthesia in obstetrics: maternal, fetal and neonatal aspects. Second edition. New York : Ed. Butterworths 1986 : 325-63.

3. Alihounou E., Aguessy Ahyi B., Akadiri A.

Revue des indications de césarienne à la clinique universitaire de gynécologie obstétrique de Cotonou.

Dakar Méd. 1983; 28: 529-533

4. OMS

Mortalité périnatale: récapitulatif des données disponibles

Communiqué 46, Genève 1996:1-2

5. Aubard Y., Le Meur Y., Grand Jean MH., Baudet JH.

Histoire de l'opération césarienne

Rev Fr. Gynécol. Obstet 1995, 90(1):5-11

6. Audra PH. Complications infectieuses et hémorragiques de la césarienne. Rev Fr Gynécol Obstét 1995 ; 90 : 111-3.

7 Racinet C., et Flavier M.

La césarienne : indications, technique complications

Masson : Paris 1984 : 185 P. 4eme Edition

La césarienne : ses indications sont-elles trop nombreuses

Rev Fr. Gynecol.Obstet.1979 ; 74 :335-347

8. Baudet JH., Gay., Feiss P. Césarienne et anesthésie péridurale à propos de 50 observations. Rev Fr Gynécol Obstét 1977 ; 72 : 693-8.

9. Organisation Mondiale De La Sante

Nouvelle estimation de la mortalité

Relevé epidemiologie hebdomadaire 1996 ; 71 :97-100

10. Ben Taieb MA. Une année de césarienne au Centre de Maternité et de Néonatalogie de Bizerte. Indications et pronostic materno-foetal à propos de 350 cas. Thèse médecine 1990, Tunis.

11. Bibi M., Megdiche H., Ghanim H et al. L'antibioprophylaxie dans les césariennes à priori sans "haut risque infectieux". Expérience d'une maternité tunisienne. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1994 ; 23 : 451-5.

12. Boisselier PH., Maghioracos P., Marpeau L., Hajali B., Barrat J. Evolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983, à propos de 18605 accouchements. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1987 ; 16 : 251-60

13. Boisselier P., Moghioracas P., Marpeau L., Hajali B., Barrat J.

Evolution dans les indications de césarienne de 1977 à 1983.

J Gynécol Obstet Biol Reprod 1997; 16:251-260

14. Boulanger J CH., Vits M., Verhoest P. Les complications maternelles des césariennes. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1986 ; 15 : 327-32.

15. Boulanger JC., Vitse M., Verhost P., Cannier B., Caron JM., Firmin JM.

Complications maternelles des césariennes

J Gynécol. Obstet Biol. Reprod 1986; 15: 327-332

16. Kaum L., Kamdom Moyo Y., Ngassa P., Shasha W., «controverse sur la méthode de stérilisation au cours de la césarienne»

17. Carlson C., Duff P. Antibiotic prophylaxis for cesarean delivery: is an extended-spectrum agent necessary? Obstet Gynecol 1990 ; 76 ; 343-6.

18. Chauvet-Jauseau MF., Thibault C., Breheret J. Mesures prophylactiques anti-infectieuses dans les césariennes. Rev Fr Gynécol Obstét 1991; 86: 233-42.

19. Chuong CJ., Lee CY., Chuong MC. Does 24-hour supervisory staff coverage in the labour and delivery area change the emergency caesarean section rate ? British J Obstet Gynecol 1986 ; 93 : 983-42.

20. Ciraru-Vigneron N., Guyen Tonlung RM., Elhaik S. Evolution des indications de césariennes. Comparaison entre 1971-1976 et 1976-1979 à la Maternité de l'hôpital Louis-Mourier. Revue de la littérature J Gynécol Obstét Biol Reprod 1985 ; 14 : 375-84.

21. Iranu., Vigneron N., Nguyen R, Elhaiks.

Evolution des indication de césarienne : comparaison entre 1971-1976 et 1976-1979 a la maternité de l'hôpital Louis MOURIER.

J Gynecol .Obstet. Biol Reprod 1985; 14:375-384

22 Darbois Y., Magnin G., Faguer C. L'anesthésie péridurale en obstétrique. Expérience des 500 premières observations. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1977 ; 6 : 1007-26.

23. Klouz Mourad. Les indications de césariennes à la maternité de l'hôpital militaire de Tunis à propos de 150 cas. Thèse médecine 1998, Tunis.

24. Cormier PH., Leng JJ, Janky E., Duthil B., Brouste V. Prévention par l'utilisation du céfotetan des complications infectieuses après césarienne. J Gynécol Obstét Biol Reprod 1989 ; 18 : 388-92.

25. Mbye K., Ferre J, Sipou A.

Indications opératoires des césariennes au CHU de Bangui de 1983 à 1986

Med Af Noire 1989; 36 ; pp. 42-46

26. De Bernis L., Bouillin D Dompnier JP., Gueye A., Ly A et al.

Enquête multicentrique sur la morbidité maternelle grave en Afrique de l'Ouest. (MOMA) rapport Sénégal

Dakar, juin 1997; version 1:38-53

27. De Grandi P., Kaser O. Les opérations césariennes. Traité d'obstétrique, Tome 2.

Paris : Edition Masson 1985 : 665-705

28. Najah S. Les césariennes : Indications, pronostic maternel et fœtal. Etude de 1775 observations (1978-1982) à la maternité de l'hôpital Charles Nicolle de Tunis. Thèse médecine 1985 n°92, Tunis.

29. Peter J., Martaille A., Ronayette D. Les indications de la césarienne. A propos de

1000 cas. Rev Fr Gynécol Obstét 1982 ; 77 : 175-82.

30. Dommergues M., Madelenat P. Césarienne. Technique, indications, complications. La revue du praticien 1985 ; 35 : 1343-62.

31. Elferink-Stinkens PM., Brand R., Van Hemel OJ. Trends in caesarean section rates among high-and medium-risk pregnancies in The Netherlands 1983-1992. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1995 ; 59 : 159-67.

32. Togora M.

Etude qualitative de la césarienne au CSRéf.CV 2000-2002

Thèse Med, Bamako, 2004 n°40

33. Coulibaly A N .

La cesarienne à la maternité du CSRéf C VI 2005-2006

Thèse Med, Bamako, 2006 n° 260.

34. Diallo C. H.

«Contribution à l'étude de la césarienne (à propos d'une série continue de 166 cas au service de gynéco obstétrique de l'HGT »

Thèse Med.Bamako. (Mali) ; 1990M.37.

J Gynécol. Obstet Biol. Reprod 1997; 26: 163-168.

35. Berthe Y. Pronostic foeto-maternel dans les accouchements par césarienne à propos de 218 cas enregistrés au service de Gynéco .obst. du CHU de Bouaké en un an.

36. Amirikia H., Zarewych B., Evans TN. Cesarean section: A 15 years review of changing incidence, indications and risks. Am J Obstet Gynecol 1981 ; 140 : 81-9

Contraception, fertilité ; sexualité ; 1994 ; 22(3), pp167-172

37. Zarouk S. Les complications de la césarienne à propos de 1470 cas. Thèse médecine 1996, n° 49, Tunis.

38. Tshibangu K., Mbokolo E., Kizonde K.

Opération césarienne dans 3 environnements différents au zaïre

J Gynécol. Obstet Biol. Reprod 1989; 28: 395-400.

39. Loncombe A., O., Wood P.B; Dix R.

Ceasarean section: Indication, and risk, in rural Zaire Int.J.Gynécol; obstet, 1990; 33 (3) pp199-202.

40. Macara LM., Murphy KW. The contribution of dystocia to the cesarean section rate. Am J Obstet Gynecol 1994 ; 171 : 71-7.

41. Mansour M. Bilan des césariennes pratiquées à la maternité du CHU Habib Thameur de Tunis de 1978 à 1981. Thèse médecine 1984, n°23, Tunis.

42. Marcoux S., Fabia J. Fréquence et indications des césariennes dans la région du Québec Canada, en 1973 et 1979. Rev Epidem Santé Publ 1983 ; 31 : 459-68.

43. Mares P.

Mortalité et Morbidité de la césarienne

Communication deuxième journée d'obstétrique du collège de gynécologie de bordeaux et du Sud-ouest bordeaux 18 Novembre 1995.

44. Merger R., Levy J., Melchior J. Intervention par voie haute : césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. Masson 1979 : 618-27.

Fiche d'enquête

Etude de la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de Kadiolo.

I. identité de la patiente

Q1 : numéro du dossier

Q2 : nom et prénom

Q3 : âge

Q4 : profession

1-ménagère

5-commerçante ou vendeuse

2-aide-ménagère

6-artisanne

3-fonctionnaire

7-autres

4-élève ou étudiante

Q5 : statut matrimonial

1-mariée, 2-célibataire, 3-veuve, 4-divorcée

Q6 : résidence

1-Kadiolo ville, 2-cercle de Kadiolo, 3-hors cercle.

Q7 : ethnie

1-sénoufo, 2-Bambara, 3-peulh, 4-sarakolé, 5-sonrail, 6-dafi, 7-autres

Q8 : niveau d'instruction.

1-primaire, 2-secondaire, 3-supérieure, 4-illétre

Q9 : mode d'admission

1-venue d'elle-même, 2-référée, 3-évacuée,

Q9A : si référée ou évacuée : provenance

1-CSCOM, 2-cabinet privé, 3-autres

II : Antécédents gynéco-obstétricaux

Q10 : gestité

Q11 : vivant

Q15 : intervalle inter-génésique

Ans

Q12 : parité,

Q13 : décédée,

Q14 : avortement

Q16 : césarienne antérieure : Oui

Non

Si oui précisé le nombre

Q17 : consultation prénatale faite : Oui

Non

Si oui précisé le nombre

Q18 : Antécédents chirurgicaux

1-myomectomie, 2-cure de prolapsus, 3-cure de FVV, 4-autres

Q19 : Eventuelles pathologies décelées au des C P N

1-H T A : Oui Non

2-Drépanocytose, 3-Diabète : Oui Non

4- Anémie : Oui Non

5- Autres

III : EXAMEN CLINIQUE A L'ENTREE

Q20 a état général : Q20 d : Poul

1-Altéré, 2-bon état général Q20 e : taille

Q20 b : température Q20 f : poids

Q20 c : T A

Q21 : Conjonctives

1-bien coloré, 2-pâle

Q22 : HU

Q25 : âge gestationnel en mois

1-6 mois, 2 :7mois, 3 :8mois, 4 :9mois, 5 autres

Q26 : BDCF : fœtal perçu : 1Oui 2 Non

Q27 : Fréquence des BDCF : 1-inférieure à 120/minute, 2 : 120-160, 3 : supérieure à 160

Q28 : MAF présents : 1 Oui 2 Non

Q29 : présentation : 1-céphalique, 2-siège, 3-transversale, 4-autres

Q30 : dilation : 1-phase de latence, 2-phase active

Q31 : poche des eaux : 1-intacte, 2-rompue

Q32 : si rompue depuis combien de temps : 1 : supérieure à 12 heures, 2 : inférieure à 12 heures

Q32 : aspect du liquide amniotique : 1-clair, 2-méconial, 3-teinté, 4-sanguinolant

Q33 : bassin : 1-normal, 2-suspicion d'anomalie

IV : Césarienne

Q34 : indication de la césarienne

Q35 : heure de référence

Q36 : heure d'admission

Q37 : heure de décision

Q38 : délai d'exécution

Q39 : si délai d'exécution supérieure à une heure précisez la cause

Q40 : technique de césarienne : 1-classique, 2-selon Misgav Ladach

Q41 : aspect du liquide amniotique à l'hystérotomie

Q42 : type de césarienne : 1-programmé, 2-urgence

Q43 : type d'antiseptique utilisé : 1-bétadine, 2-alcool, 3-cytéal

Q44 : type anesthésie : 1-AG, 2-PD, 3RA

Q45 : antibiothérapie curative

Q46 : antibiothérapie préventive

Q47 : voie d'abord : 1-IMSO, 2-incision de pfannenstiel

Q48 : intervention associée : 1 Oui 2 Non

Si oui précisez

Q49 : opérateur : 1-gynécologue, 2-médecin généraliste, 3-interne

V : Difficultés opératoires

Q50 : Anomalie de la paroi : 1 Oui 2 Non

Si oui précisez la cause

Q51 : accès au segment inférieur : 1-facile, 2-difficile

Q52 : y a-t-il eu transfusion de sang : Oui Non

Q53 : le sang était-il toujours disponible : Oui Non

Si non précisez la cause

Q54 : quelle est la quantité utilisée : 1 : 1sachet, 2 : 2 sachets, 3 : 3 sachets

Q55 : complication per-opératoire : Oui Non

Si oui précisez la nature

VI : Suivi post opératoire

Q56 : surveillance correcte : Oui Non

Si non précisez la cause : 1-ordonnance non honorée, 2-manque de surveillance du personnel, 3-non observance du traitement

Q57 : décès maternels : 1 : Oui 2 : Non

Si oui précisez la nature

Q58 : durée d'hospitalisation en jour

Q59 : ré hospitalisation : Oui Non

Si oui précisez la cause

VII : Coût de la césarienne

Q60 : kit opératoire disponible : Oui Non

Q61 : kit complété : Oui Non

IVI : Nouveaux nés

Q62 : 1-nouveau à terme 2 : prématuré, 3-post terme

Q63 : état du nouveau né : 1-vivant, 2-mort né

Q64 : réanimé à la naissance : Oui Non

Q65: APGAR: 1^{ere} mn, 5^{eme} mn

Q66: poids du nouveau né à la naissance

Q67 : sexe du nouveau né 1 : M, 2 : F

Q68 : malformation néonatale : 1Oui 2Non

Si oui précisez la nature

Q69 : décès néonatal : 1Oui 2Non

Si oui précisez la cause

Q70 : devenir du nouveau né : 1-satisfaisant, 2-transfert, 3-décès

Si transfert : lieu : 1-unité néonatale du CSREF, 2-pédiatrie hôpital de Sikasso, 3-autres

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SANOGO

Prénoms : Noumoutié

Titre : Thèse : étude de la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de Kadiolo.

Ville de soutenance : Bamako

Année universitaire : 2010-2011

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque FMPOS

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique.

Résumé :

Par le présent travail, nous avons voulu faire le point sur la césarienne à la maternité du centre de santé de référence de Kadiolo.

Pour ce faire, nous avons initié une étude transversale avec collecte prospective des données du 1^{er} janvier 2010 au 31 Décembre 2010. C'est ainsi que nous avons obtenu les résultats suivants :

La fréquence de la césarienne a été de 3,3%.

L'étude du profil de nos femmes montre que les paucipares sont les plus exposées à la césarienne avec 37,1%, suivies des primipares, 31,8%.

Seulement 65,1% des femmes avaient effectué au moins une CPN, contre 34,8% qui n'avaient effectué aucune CPN.

La césarienne a été effectuée sur grossesse à terme dans 89,4% des cas et non à terme dans 9,5% des cas.

L'étude des indications opératoires montre que la dystocie mécanique était la principale indication (49,3%) ; contre 21,2% d'indication liée à l'état général et 5% à la souffrance fœtale aigue.

La césarienne a été réalisée en urgence à hauteur de 94,3%.

L'anesthésie de base était l'anesthésie générale.

L'incision médiane sous ombilicale était le type d'incision fréquemment pratiqué à cause de sa rapidité de réalisation.

74,6% des femmes avaient été évacuées des CSCOM.

Parmi les gestes associés, la stérilisation tubaire a été le principal geste ; soit 14,4%.

Les complications postopératoires étaient dominées par les infections 22,3%, suivies de l'anémie 5,3%.

Nous avons déploré la mort de 4 patientes, soit 1,5%.

Sur le plan périnatal, la mortalité dans notre série est de 194‰, quant à la morbidité elle est de 29,1%.

26,3% des nouveau-nés avaient un petit poids à la naissance.

La césarienne a été gratuite chez les nationaux conformément à la politique nationale.

Mots clés :

Césarienne, fréquence, indication, profil, pronostic, cout.

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'Etre Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure !

