

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIERE  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un peuple Un But Une Foi

## UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS)



Année universitaire : 2018 - 2019

N° /...../

### THÈSE

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE CV DU DISTRICT DE BAMAKO

Présentée et soutenue publiquement le 13/08/2020 devant la Faculté de Médecine  
et d'Odontostomatologie

Par :

***Mr. KAMATE MALAKI***

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(DIPLÔME D'ÉTAT)

JURY

Président : Pr. Yacaria COULIBALY

Membre : Dr. TALL Saoudatou

Co-Directeur : Dr. Joseph KONE

Directrice : Pr. Diénèba DOUMBIA



**DEDICACES**

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## DEDICACES

Je rends grâce

A Dieu Tout Puissant, Dieu de grâce et de compassion, lent à la colère, mais riche en bonté et en vérité. Tourne-toi vers moi et fais-moi grâce, donne ta force et ta bénédiction à ton humble serviteur que je suis afin que je puisse exercer la médecine selon ta volonté. Donne à mes yeux la lumière de voir ceux qui ont besoin de soins ; donne à mon cœur la compassion et la compréhension ; donne à mes mains l'habilité et la tendresse ; donne à mes oreilles la patience d'écouter ; donne à mes lèvres les mots qui réconfortent ; donne à mon esprit le désir de partager ; me donner le courage d'accomplir ce travail ardu et d'apporter la joie dans la vie de ceux qui souffrent.

**A ma Chère patrie le Mali**

Que la paix et la prospérité puissent te couvrir

**A Mon père : Benjamin KAMATE :**

Ce travail est le fruit de ton éducation, tes conseils, tes bénédictions permanentes et ta rigueur du travail bien fait. Les mots me manquent pour te remercier car ton soutien spirituel, moral et matériel n'ont jamais fait défaut. Sois-en remercié ici.

**A Ma Mère : Rachelle MOUNKORO.**

Battez-vous ! Soyez toujours unis ! Vous ne savez pas où vous partez mais vous saviez d'où vous venez ! Ceci a toujours été tes revendications. Tes conseils, tes encouragements et ton affection n'ont jamais fait défaut. Mère, nous voici arrivés à ce jour tant attendu par vous tous. Que ce modeste travail soit source de satisfaction et de réconfort pour tout ce que tu as enduré et pour tous tes efforts indéfectibles. Que Dieu t'accorde encore longue vie pour être auprès de nous tes enfants.

## **MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE**

Chers parents pour nous vous êtes des modèles. Puisse Dieu nous aider à conserver les valeurs que vous nous avez inculquées, nous accorder d'être ensemble longtemps afin que vous profitiez des fruits de votre labeur.



**REMERCIEMENTS**

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## REMERCIEMENTS

**A Mon oncle :**

**Levi KAMATE et sa femme Adeline TIENOU**

L'honneur de ce travail vous revient, vous avez été pour nous tous un secours et une hospitalité. Votre soutien et vos conseils n'ont jamais fait défaut. Soyez en remerciés.

Mes frères et sœurs

Merci pour tout ce que nous avons partagé et partagerons encore, sans oublier ma grande sœur **Priscille KAMATE** arrachée à notre affection. Dors en paix !

Puisse Dieu nous garder dans l'union. Amen !

A mes cousins et cousines : vous êtes si nombreux que je ne peux vous citer individuellement. Que ce travail vous donne courage, car le prix de la réussite c'est le travail.

**A mes encadreurs :**

**Dr Oumar Moussokoro TRAORE, Dr Soumana Oumar TRAORE, Dr Saoudatou Tall, Dr Fa Issif KOUYATE, Dr Joseph KONE, Dr Niagale SYLLA, Dr Nouhoum DIAKITE, Dr Karounga CAMARA.**

Merci pour la qualité de l'enseignement, et de la disponibilité constante tout au long de notre formation. Recevez ici mes vœux les plus sincères de bonheur, de longévité, et de réussite dans toutes vos entreprises.

A tous les internes du centre de sante de référence de la commune V du district Bamako et particulièrement mon équipe de garde.

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils. Soyez-en ici remerciés.

**A mes Amis**

## **MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE**

**Manassé Dembélé, Thérèse Kamaté, Etienne Théra et famille, les amis de la rencontre récréative, les amis de la GMS, ...**

A tout le personnel du CSRef commune V du District de Bamako.

Je ne vous remercierai jamais assez pour toute l'expérience acquise à vos côtés et le soutien quasi constant dont j'ai fait l'objet. Mon admission au CSRéf m'a surtout permis de m'exprimer mais aussi de m'affirmer en découvrant le potentiel dont je dispose. Puisse Dieu nous appuyer dans notre vie de tous les jours dans le cadre du bien-être de nos patients

A tous ceux qui de près ou de loin m'ont aidé pour la réalisation de ce travail.

A tous mes Maitres qui m'ont appris les principes de la vie

Merci pour tous les enseignements reçus.

A la mémoire de tous ceux qui ont été arrachés à notre affection

Puisse nos sacrifices vous apporter un bienfait. Nous vous garderons toujours dans nos mémoires. Reposez en paix.



**HOMMAGES AUX  
MEMBRES DU JURY**



# **MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE**

## **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

### **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY**

#### **Professeur Yacaria COULIBALY**

- **Spécialiste en chirurgie pédiatrique ;**
- **Maître de conférences Agrégé à la FMOS ;**
- **Praticien Hospitalier au CHU Gabriel Touré.**

#### **Cher maître,**

C'est un grand honneur que vous nous faite en acceptant de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre rigueur scientifique, votre abord facile, votre humilité, votre simplicité et surtout votre sens élevé du devoir nous forcent estime et admiration. Soyez-en infiniment remercié. Que Dieu dans sa miséricorde, comble toute votre famille de ses biens faits et vous accorde une longue vie.

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**A NOTRE MAITRE ET JUGE**

**Docteur Saoudatou TALL**

➤ **Praticienne en gynécologie obstétrique au CSREF CV**

**Chère maître,**

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce modeste travail. Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre. Je vous remercie sincèrement pour toute votre contribution à l'élaboration de ce travail et pour tout ce vous faites pour les étudiants.

Chère maître trouvez ici cet instant solennel l'expression de notre profonde reconnaissance.

Que DIEU vous protège durant votre carrière !

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR :**

**Docteur Joseph KONE**

- **Spécialiste en anesthésie réanimation ;**
- **Diplômé en Bio statistique et Méthodologie de recherche clinique ;**
- **Certificat Universitaire en anglais médical ;**
- **Certifié en Ethique de recherche médicale par le National Institutes of Health (NIH) des USA.**

**Cher maître,**

Les mots seraient bien faibles pour vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour l'élaboration de ce travail. Nous avons été séduits par votre qualité intellectuelle, votre rigueur dans le travail, votre amour du travail bien et votre sens élevé du devoir.

Ce travail est le fruit de votre volonté de parfaire, de votre disponibilité et surtout de votre savoir-faire. Votre caractère social fait de vous un homme de classe exceptionnelle, toujours à l'écoute et à l'attention des autres. Ces multiples caractères ont forcé notre admiration.

Acceptez ici notre profonde gratitude.

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE :**

**Professeur Diénéba DOUMBIA**

- **Spécialiste en Anesthésie- réanimation**
- **Maitre de conférences à la FMOS**
- **Praticienne Hospitalière au CHU du Point G.**

**Chère maître,**

Nous avons trouvé en vous puisqu'un maître, une mère tant votre disponibilité, votre simplicité et votre humanisme. Vous nous faites un grand honneur en acceptant de diriger ce travail malgré vos multitudes occupations. Chère maître, nous vous réitérons notre attachement indéfectible et notre profonde gratitude. Puise Dieu dans sa miséricorde, vous combler de ses biens faits et vous accorder une longue et heureuse vie.



**SIGLES ET  
ABREVIATIONS**

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## SIGLES ET ABREVIATIONS

**ASACO** : Association de Santé Communautaire

**ATCD** : Antécédents

**BGR** : Bassin Généralement Rétréci

**BPO** : Bilan préopératoire

**CM** : Centimètre

**CPA** : Consultation pré anesthésique

**CPN** : Consultation Prénatale

**CSCOM** : Centre de Santé Communautaire

**CSREF** : Centre de Santé de Référence

**CV** : Commune v

**DES** : Diplôme d'Etude Spécialisée

**HU** : Hauteur Utérine

**HTA** : Hypertension Artérielle

**IMCM** : Institut Malien de Conseil en Management

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ORL** : Oto-Rhino-Laryngologie

**PEV** : Programme Elargi de Vaccination

**PF** : Planification Familiale

**PMA** : Plateau Minimal d'Activité

**PTME** : Prévention Transmission Mère Enfant

**SA** : Semaine d'Aménorrhée

**SAA** : Soins Après Avortement

**SLIS** : Système Local d'Information sanitaire

**USAC** : Unité de soin d'accompagnement et de conseil

$\geq$  : Supérieur ou égal

$\leq$  : Inférieur ou égal

% : Pourcentage



**SOMMAIRE**

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## SOMMAIRE

<b>I.</b>	<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>17</b>
<b>II.</b>	<b>OBJECTIFS.....</b>	<b>21</b>
<b>III.</b>	<b>GENERALITES.....</b>	<b>23</b>
<b>IV.</b>	<b>METHODOLOGIES.....</b>	<b>46</b>
<b>V.</b>	<b>RESULTATS.....</b>	<b>57</b>
<b>VI.</b>	<b>COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....</b>	<b>78</b>
<b>VII.</b>	<b>CONCLUSIONS.....</b>	<b>86</b>
<b>VIII.</b>	<b>RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>88</b>
<b>IX.</b>	<b>REFERENCES.....</b>	<b>90</b>

## ANNEXES





# **INTRODUCTION**

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## 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 que l'on peut faire mieux qu'elle » [1]. L'accouchement par césarienne se présente donc pour l'obstétricien comme une alternative à l'accouchement par la voie basse ; lorsque celui-ci comporte un risque (mortel ou morbide) pour la mère et/ou le fœtus.

La césarienne en urgence entraîne une réduction de la mortalité périnatale mais une augmentation de la mortalité maternelle par rapport à l'accouchement par voie basse [2].

Le risque de la mortalité maternelle est particulièrement important au cours de la césarienne d'urgence, puisqu'il est six fois plus élevé qu'au cours d'une césarienne programmée [3].

Chaque année plus de 529 000 femmes décèdent dans le monde suite à des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, ce qui représente 1449 décès/jour soit un décès/mn [4]. Quarante-vingt-dix-neuf pour cent de ces décès maternels surviennent dans les pays en développement soit 527 000 décès maternels/an contre 25000 dans les pays développés [5].

Au Mali, le taux de mortalité maternelle varie entre 500 à 600 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDSM III). Autrement dit au Mali une femme/24 court un risque de décéder pour cause maternelle pendant l'âge de procréation (15-49 ans) [6].

Si à ses débuts la césarienne était considérée comme une intervention énigmatique, elle est de nos jours couramment pratiquée.

Ses indications se sont considérablement élargies. Ceci a eu pour conséquence l'augmentation de la fréquence des césariennes.

Les taux de césarienne varient d'un pays à un autre et dans le même pays d'un centre à un autre.

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

- La césarienne représentait 25% des accouchements aux USA en 1997 [7 ; 8].
- En Afrique de l'Ouest notamment au Bénin le taux de césarienne était de 12,6% de 2001 en 2002 par M. CHOBLI et coll. [9].
- Au Mali : Les taux nationaux étaient de 6,89% en 2006 et de 7 à 8% entre 2013 et 2017 [7, 10, 11, 12,14,].

Selon l'OMS le taux optimal devrait être compris entre 5 à 15%. Quant aux écarts entre établissement ils ne devraient pas dépasser les 25%. Le taux de césarienne chez la nullipare est passé de 10% en 2001 à 16% en 2007.

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 et 1996] pouvant atteindre 80% dans certains centres hospitaliers et 90% dans les structures privées. 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  $P=0,001$ ) [15].

Le taux élevé de césarienne, constaté dans les études menées sur la question dans nos structures de troisième niveau ne reflétait pas la prévalence réelle de la césarienne car représentant les structures d'accueil de tous les cas référés depuis les structures de base ne pratiquaient pas l'opération. En réalité il s'agit de taux hospitalier ou de district sanitaire ne pouvant pas refléter le taux réel de césarienne [1].

Bien que les taux de césariennes électives soient de plus en plus élevés dans les pays développés [1], les césariennes d'urgence restent encore fréquemment pratiquées en Afrique subsaharienne [15,16]. Celles-ci sont pourtant connues pour avoir un effet délétère sur le pronostic fœtal et maternel en augmentant significativement la morbidité et la mortalité relatives [17,18]. Si des études ont été

## **MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE**

consacrées à la pratique de la césarienne en Afrique subsaharienne, très peu d'entre elles ont tenté d'étudier la morbidité peri-operaétoire de la césarienne en contexte d'urgence

Devant ces constatations il nous a paru important d'apporter notre contribution à l'étude de la morbidité peropératoire de la césarienne en urgence. Pour ce faire nous nous sommes fixés les objectifs ci-après :



**OBJECTIFS**

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## II. OBJECTIFS

### Objectif général

- Etudier la morbidité peri-operaétoire de la césarienne en urgence

### Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence de la césarienne d'urgence ;
- Préciser les indications de la césarienne en urgence ;
- Préciser le profil psychologique des patientes face à la césarienne
- Déterminer le pronostic maternel et fœtal de la césarienne d'urgence



**GENERALITES**

## III. GENERALITES

### 1. RAPPEL ANATOMIQUE :

#### 1.1. L'utérus non gravide :

L'utérus est un organe musculaire creux destiné à recevoir l'œuf fécondé, à le contenir pendant son développement et à l'expulser lors de l'accouchement.

#### **Description :**

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

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

Normalement, l'utérus est en antéflexion et antéversion.

Chez la multipare, sa hauteur est de 7-9 cm, sa largeur est de 4cm et son épaisseur de 3cm. Il pèse 50g. Sa capacité est de 2 à 3 ml.

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

#### **Les moyens de fixité de l'utérus :**

Il s'agit de ligaments. Ce sont essentiellement :

- Le ligament rond
- Le ligament large
- Le ligament utéro-ovarien
- Le ligament utéro-sacré
- Le ligament vésicaux-utérin

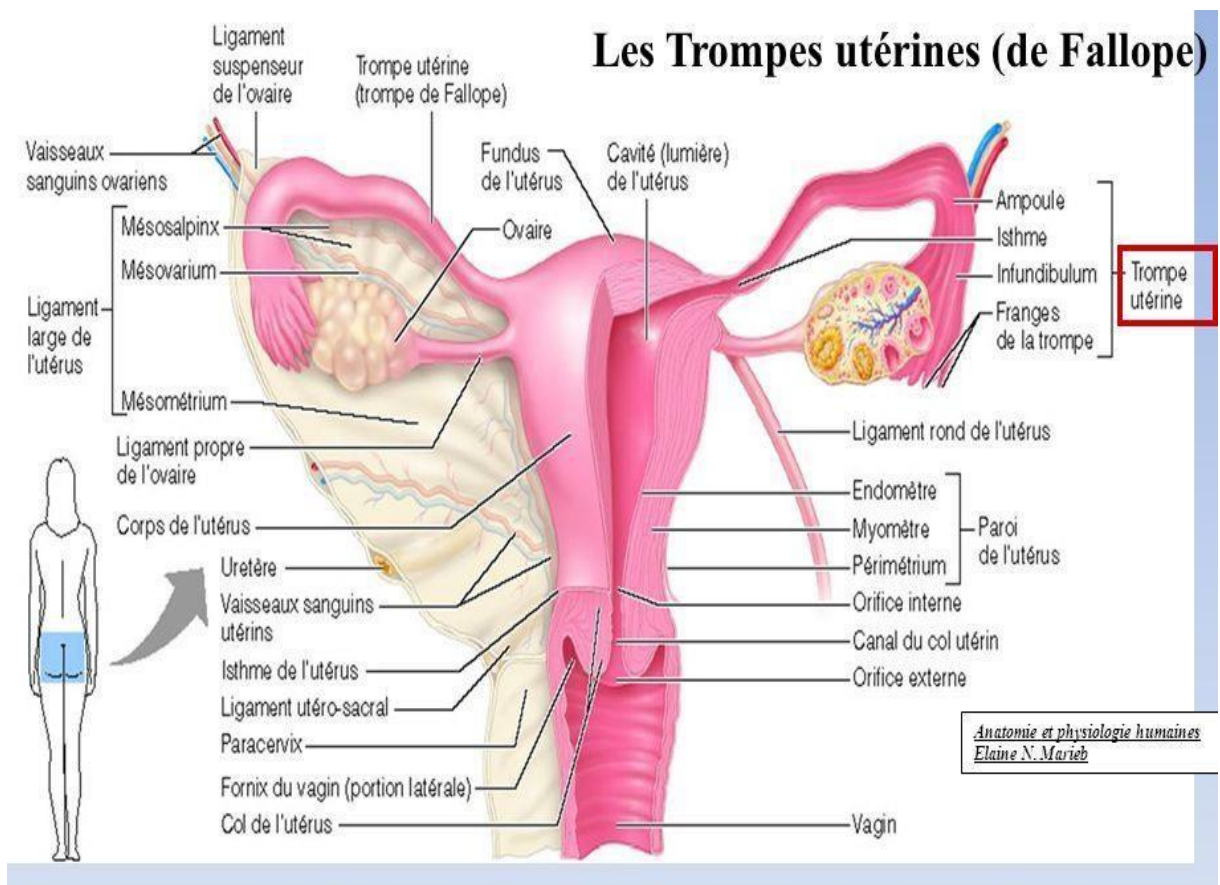


# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## La vascularisation de l'utérus :

Elle est :

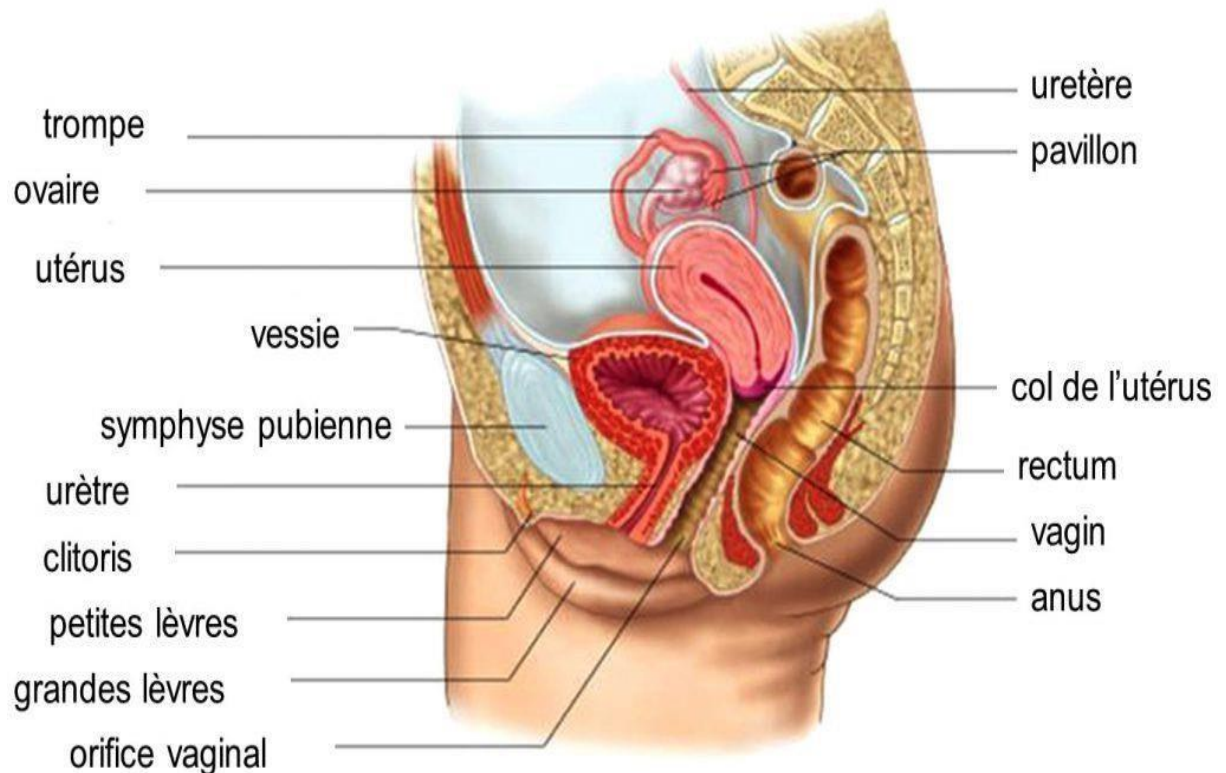
- Artérielle : assurée par l'artère utérine qui naît de l'artère iliaque interne
- Veineuse : constituée par deux voies veineuses, l'une principale et l'autre accessoire.
- Les lymphatique : se drainent surtout le long des vaisseaux lombo-ovariens pour aller dans les ganglions latéro-aortiques.



**Figures1:** organes génitaux internes de la femme (vue postérieure), tirée de

Kamina P <sup>[13]</sup>

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE



**Figure 2 :** organes génitaux internes de la femme (vue latérale), tirée de Kamina P <sup>[13]</sup>

### 1.2. L'utérus gravide :

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

Selon Merger R. [17] les dimensions sont les suivantes :

	<b>Hauteur</b>	<b>Largeur</b>
<b>A la fin du 3<sup>ème</sup> mois</b>	<b>13cm</b>	<b>10cm</b>
<b>A la fin du 6<sup>ème</sup> mois</b>	<b>24cm</b>	<b>16cm</b>
<b>A terme</b>	<b>32cm</b>	<b>22cm</b>

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

Le col utérin se modifie peu en dehors des changements liés à l'imbibition gravidique, le ramollissement, l'effacement et la dilatation en fin de grossesse.

La particularité de l'utérus gravide est l'apparition au dernier trimestre du segment inférieur, entité anatomique développée propre à la grossesse et aux dépens de la région isthmique.

Du point de vue anatomique, son origine, ses limites sa structure faisant l'objet de discussion entre les auteurs, nous nous limiterons à rappeler ces rapports dont la méconnaissance pourrait favoriser la survenue de complications péri-opératoires :

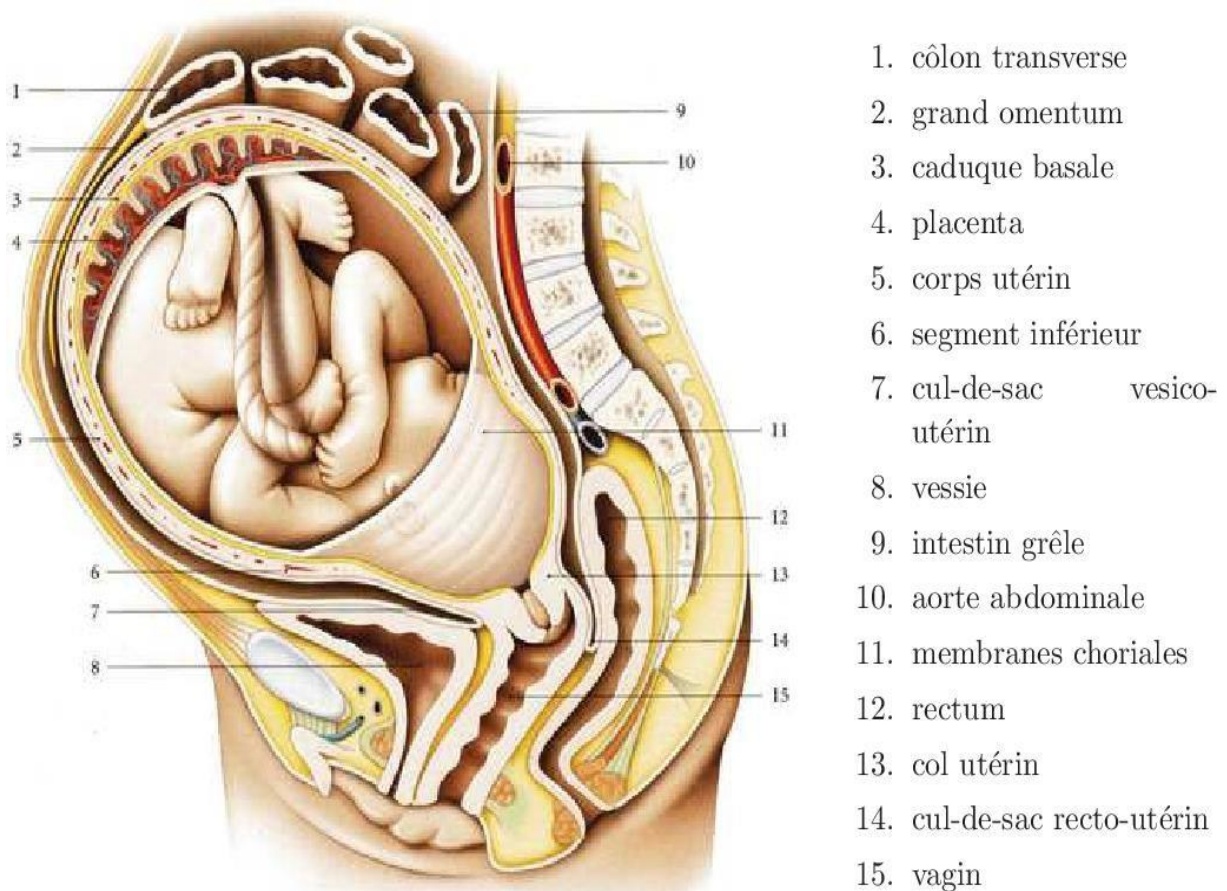
En avant :

- Le péritoine vésico-utérin épaissi par l'imbibition gravidique et facilement décollable
- La vessie, qui même vide reste au-dessus du pubis. Elle est décollable et peut être refoulée vers le bas

Latéralement : la gaine hypogastrique contenant les vaisseaux utérins, croisés par l'uretère.

En arrière c'est le cul-de-sac de Douglas séparant le segment inférieur du rectum et du promontoire.

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE



**Figure 3** : schéma de l'utérus gravide, tirée de Kamina P <sup>[13]</sup>

## 1.3. Rappels anatomiques du bassin : le canal pelvi-génital :

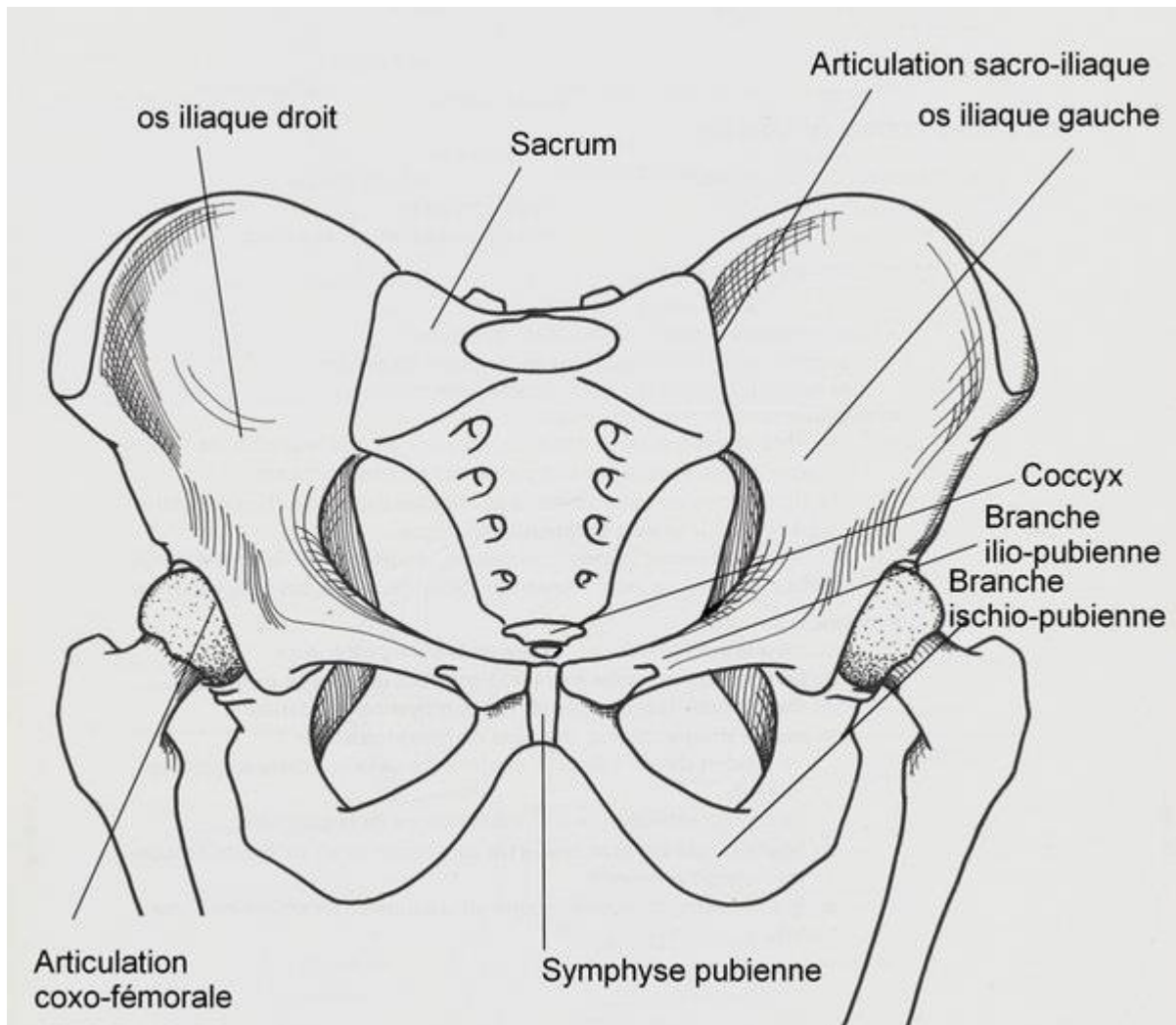
Il comprend 2 éléments :

- Le bassin osseux
- Le diaphragme musculo-aponévrotique du périnée

### 1.3.1. Le bassin osseux :

C'est un canal osseux situé entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs et constitué par les 2 os iliaques en avant et latéralement, et le sacrum et le coccyx en arrière. Il est formé par le grand bassin en haut sans intérêt obstétrical et le petit bassin en bas dont la traversée réalise l'accouchement justifiant ainsi son nom de bassin obstétrical. Pour cette raison, nous ne décrivons que le petit bassin, celui-ci est formé de 2 orifices supérieur et inférieur séparés par une excavation.





**Figure 4 :** bassin osseux vu de face, tirée de Kamina P <sup>[13]</sup>

### 1.3.1.1. Le détroit supérieur ou l'orifice supérieur :

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

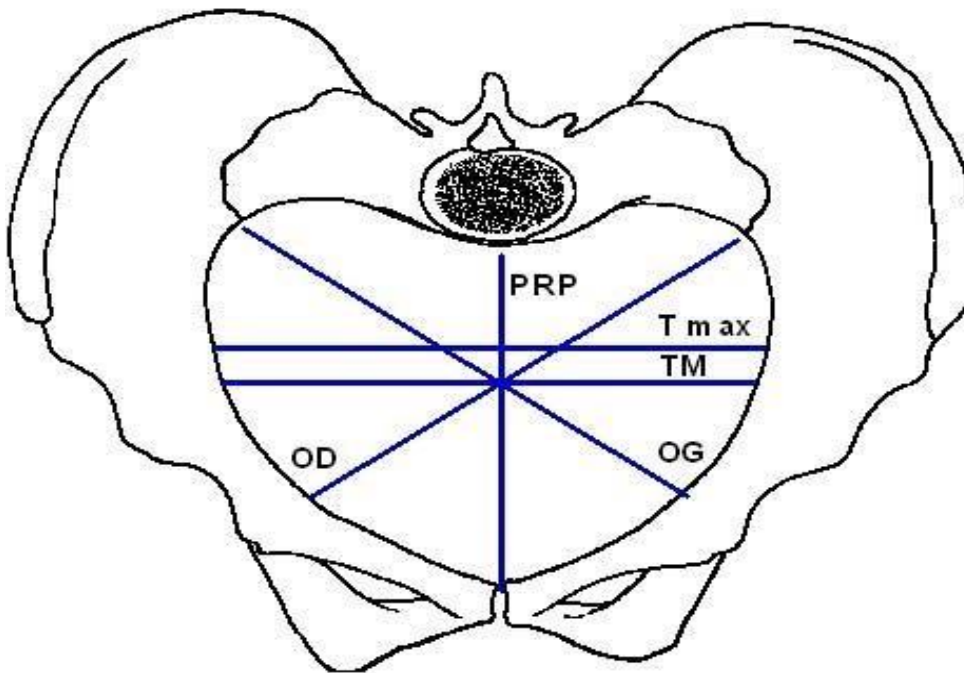
- En avant : le bord supérieur de la symphyse pubienne et le corps du pubis, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées.
- De chaque côté les lignes innominées et le bord antérieur des ailerons sacrés.
- En arrière le promontoire.

Les diamètres du détroit supérieur

\* Les diamètres antéropostérieurs : on distingue

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

- Le promonto-suspubien = 11 cm
  - Le promonto-retropubien = 10,5 cm
  - Le promonto-souspubien = 12 cm
- \* Les diamètres obliques : allant de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse sacro-iliaque du côté opposé et mesurant chacun 12cm.
- \* Les diamètres transversaux : le transverse médian situé à égale distance entre le pubis et le promontoire est le seul utilisable par le fœtus. Il mesure 13cm.
- Les diamètres sacro-cotyloïdiens : allant du promontoire à la région acétabulaire mesurent chacun 9 cm.



**Figure 5** : Les diamètres du détroit supérieur, tirée de Kamina P <sup>[13]</sup>

### 1.3.1.2. L'excavation pelvienne :

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

- En avant : la face postérieure de la symphyse pubienne et du corps du pubis.
- En arrière : la face antérieure du sacrum et du coccyx

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

- Latéralement : la face quadrilatère des os iliaques

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

### 1.3.1.3. Le détroit inférieur ou l'orifice inférieur

Il constitue le plan de dégagement du fœtus. Il est limité en avant par le bord inférieur de la symphyse pubienne, en arrière par le coccyx, latéralement d'avant en arrière :

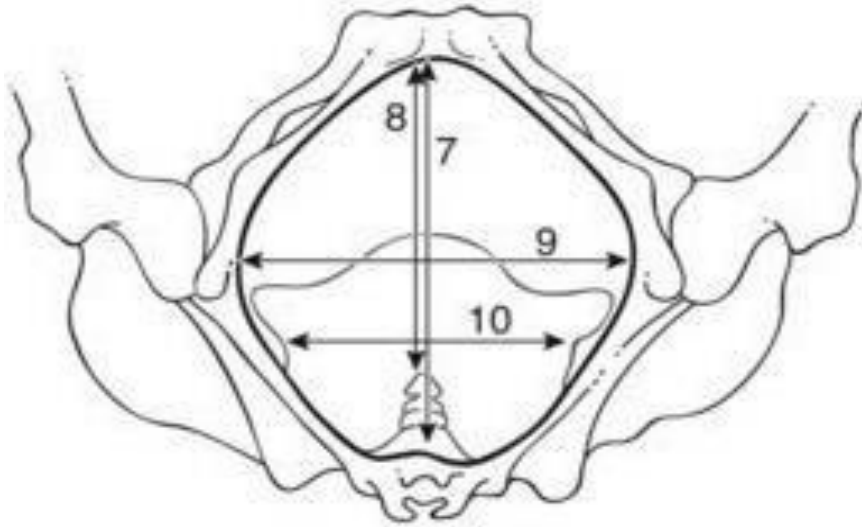
- par le bord inférieur des branches ischio-pubiennes et celui des tubérosités ischiatiques.
- et par le bord inférieur des ligaments sacro-sciatiques.

Les diamètres du détroit inférieur :

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

Tels sont là les différents éléments constitutifs du bassin obstétrical normal. Du point de vue synthétique il existe des variations morphologiques explicitées par CALDWELL, MOLOY, THOMS et autres...

Au-delà de ces variations physiologiques, se trouvent les modifications pathologiques liées aux rétrécissements prononcés, isolés ou globaux des diamètres du bassin.



**Figure 6** : Les diamètres du détroit inférieur, tirée de Kamina P <sup>[13]</sup>

### 1.3.2. Le Diaphragme pelvi-génital :

Le diaphragme pelvien principal :

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

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

Le diaphragme pelvien accessoire :

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

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

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



## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

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

### **2. LA CESARIENNE :**

#### **2.1. Historique :**

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

Le fait que l'intervention soit vieille, très vieille lui confère un caractère légendaire, souvent mythique. Les noms d'INDRA, de BOUDDHA, de DIONYSOS, d'ESCUAPE (la liste ne saurait être exhaustive) lui sont rattachés. Ce mode de naissance étant synonyme de puissance, de divinité ou de royauté. L'association de l'intervention à cette mythologie, crée un terrain de discussion quant à l'origine du mot, bien qu'elle dériverait étymologiquement du latin « CAEDERE » qui signifie couper.

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

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

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

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

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**1596** : MERCURIO dans « la comoreo'rioglitrice » préconise la césarienne en cas de bassin barré.

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

Durant la 2ème moitié du 18ème siècle BAUDELOCQUE fut un grand partisan de la césarienne.

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

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

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

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

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

Suture du péritoine viscéral introduit par l'américain ENGMAN, ce qui évitera les nombreuses adhérences et leurs conséquences.

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

extériorisation temporaire de l'utérus par PORTES.

FRANK en 1907, imagina l'incision segmentaire basse et sa péritonisation secondaire par le péritoine préalablement décollé. Ce fut là « une des plus belles

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

acquisitions de l'obstétrique moderne » selon SHOKAERE, mais sa diffusion fut extrêmement longue car l'habitude est toujours difficile à modifier.

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

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

### **2.2. Définition :**

L'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute presque toujours par voie abdominale après coeliotomie, exceptionnellement de nos jours par voie vaginale [8].

### **2.3. Fréquence :**

En augmentation régulière depuis le début du siècle, la fréquence des opérations césariennes s'est maintenant stabilisée selon la plupart des auteurs entre 5 et 14%.

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

### **2.4- Indications de césarienne prophylactique.**

L'indication est portée en consultation prénatale :

#### **2.4.1-Indications maternelles :**

##### **a- Les anomalies du bassin :**

Les bassins généralement rétrécis ;

Bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise ;

Bassin ostéomalacie ;

Bassin limite + macrosomie fœtale.

##### **b- La présence de cicatrice utérine notamment :**

Un utérus bi cicatriciel ou plus impose une césarienne ;

Un utérus uni cicatriciel associé à un facteur de risque (bassin limite, bassin asymétrique).

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

Les cicatrices de sutures utérines.

### **c- Les pathologies maternelles :**

Cardiopathies maternelles ;

Décollement de la rétine ;

Pré éclampsie sévère ou éclampsie ;

Le diabète : l'intervention est décidée vers 37 SA dans le but préventif de macrosomie fœtale ;

Les antécédents accidents vasculaires cérébraux ou tumoraux ;

Les hémopathies malignes (maladie de Hodgkin) ;

Les cancers du col constituant un obstacle prævia ;

La maladie herpétique (vulvo-vaginal) ;

Les troubles respiratoires avec hypoventilation ;

Les indications circonstanciées existent ;

L'allo-immunisation materno-fœtale. La césarienne est indiquée dans les cas d'atteintes graves et l'accouchement est le plus souvent prématuré. Le diagramme de LILLEY est d'un apport utile.

L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparé.

Les antécédents de déchirure compliquée du périnée.

Les fistules vésico-vaginales ou recto-vaginales.

Les prolapsus génitaux.

### **2.4.2-Indication ovulaire :**

Placenta prævia surtout central et hydramnios du fait du risque de procidence du cordon dont la gravité est aussi importante en siège qu'en sommet.

La rupture prématurée des membranes assombrit légèrement le pronostic. La voie basse est acceptée par certains si elle est isolée.

Kyste de l'ovaire ou fibrome pédicule prolabant dans le Douglas.

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

### 2.4.3-Indications fœtales :

#### **a-Souffrance fœtale chronique :**

Elle observe généralement dans les pathologies avec retard de croissance in utero et dans les dépassements de terme.

Le diagnostic par enregistrement du rythme cardiaque fœtal et par la mesure du potentiel hydrogène (PH) intra-utérin.

#### **b-Malformations fœtales :**

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

#### **c-Prématurité :**

Elle n'est pas une indication de césarienne mais les facteurs associés l'imposent souvent dans l'intérêt du fœtus.

#### **d-Grossesse multiple :**

-Grossesse gémellaire : dont le 1<sup>er</sup> jumeau est en présentation du siège est une indication de césarienne pour certaines équipes ou J1 en une autre présentation non céphalique.

Grossesse multiple (plus de 2 fœtus) dans la majorité des cas accouchés par césarienne.

-Enfant prétentieux : sans hiérarchisation de la valeur des enfants ; cette indication souvent contestée est pourtant justifiée.

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

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

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

### **e-Gros fœtus :**

Les macrosomies, poids estimé à 4000g ou plus, ou diamètre bipariétal >100mm doivent bénéficier d'une césarienne prophylactique.

### **2.4.4-Présentation non céphalique :**

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

La présentation du front.

La présentation de la face.

La présentation de siège : dont la majorité des cas ne conduit à la césarienne que lorsqu'il s'y associe d'autres facteurs. Longtemps considéré comme une présentation eutocique, le siège est aujourd'hui considéré par certains auteurs comme potentiellement dystocique

### **2.5-Modes d'ouverture pariétale :**

L'accès à la cavité péritonéale peut se faire classiquement de deux façons :

- ❖ **Soit par une laparotomie médiane** : Celle-ci peut se faire de deux manières, en sous ombilicale ou en sus et sous ombilicale. La laparotomie médiane sous-ombilicale est utilisée comme une des voies d'abord dans la césarienne segmentaire tandis que la laparotomie sus et sous-ombilicale est utilisée pour la césarienne corporeale.
- ❖ **Soit par une laparotomie transversale basse ou incision PFANNENSTIEL** : C'est une incision sus-pubienne transversale. Elle se situe à environ 3cm au-dessus du rebord supérieur du pubis. On réalise une incision obliquement vers le haut du tissu sous-cutané et une section arciforme de l'aponévrose, qui est ensuite décollé du plan musculo-aponévrotique. Ceci permet d'exposer les muscles grands droits dont la séparation le long de la ligne médiane donne accès au péritoine qui sera

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

incisé longitudinalement. Cette technique est préférable à la laparotomie médiane pour trois raisons :

- Un résultat esthétique meilleur ;
- Une incidence très basse des hernies cicatricielles ;
- Et une meilleure résistance à une éventuelle mise sous tension lors d'une grossesse ultérieure.

Cependant l'exécution de l'incision de PFANNENSTIEL prend beaucoup de temps, d'où elle n'est pas conseillée en cas d'extrême urgence. Cette technique constitue une des voies d'abord de la césarienne segmentaire.

### 2.6- Types d'hystérotomies :

- **Hystérotomie segmentaire transversale :**

L'incision utérine se fait selon un tracé arciforme à concavité sur la face antérieure du segment inférieur. C'est la technique la plus utilisée car elle permet d'obtenir une bonne cicatrisation.

- **Hystérotomie segmentaire longitudinale :** Plus délicate que la segmentaire transversale. L'incision se fait

Longitudinalement sur la face antérieure. Elle offre une cicatrice de moins bonne qualité.

- **Hystérotomie corporeale :**

L'incision se fait longitudinalement sur le corps utérin à sa face antérieure. Cette technique est d'indication restreinte pour deux raisons :

- ❖ Les risques septiques sont très élevés lorsque l'intervention survient après un certain temps de travail à œuf ouvert. Notons qu'avec l'avènement de l'antibiothérapie ce risque est minimisé.
- ❖ La cicatrice obtenue est souvent de mauvaise qualité. Une nouvelle grossesse est souvent mal venue car elle fait courir le risque d'une rupture utérine inopinée au cours du travail d'accouchement.

## **MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE**

### **Hystérotomie segmento-corporéale :**

Commencer le plus bas possible (segment inférieur) l'incision utérine remonte longitudinalement sur le corps utérin pour obtenir l'ouverture nécessaire et suffisante à l'extraction fœtale. Cette technique est souvent décidée en « per opératoire » devant l'impossibilité de réaliser une hystérotomie segmentaire pure.

- **Césarienne itérative :**

Il s'agit d'une hystérotomie à faire sur un utérus cicatriciel, ayant déjà subi une césarienne.

### **2.7- Anesthésie et césarienne :**

L'anesthésie pour une césarienne, classiquement, peut être obtenue de deux manières : une anesthésie générale et une anesthésie locorégionale. Plusieurs autres techniques peuvent être utilisées : l'anesthésie intrathécale et péridurale.

#### **2.7.1- Anesthésie locorégionale :**

##### **Les avantages :**

- La mère est consciente, il n'y a donc pas de risque d'inhalation.
- Le risque de la dépression du nouveau-né est diminué.

##### **Les inconvénients :**

- Une hypotension liée au bloc sympathique, la prévention s'obtient par remplissage vasculaire et administration de vasoconstricteurs.

#### **2.7.2- Anesthésie générale :**

##### **Les avantages :**

- L'induction est rapide, c'est une technique fiable, contrôlable avec hypotension modérée.

##### **Les inconvénients :**

- Le risque d'inhalation est élevé dans ce cas-ci (syndrome de Mendelson).



# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## **2.8-Technique de la césarienne :**

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

### **2.8.1- La césarienne segmentaire :**

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

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

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

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

Cinquième temps : extraction de l'enfant. Dans la présentation céphalique, plusieurs techniques sont décrites.

Dans la présentation du siège, la plupart des auteurs conseillent d'abord de rechercher un pied (grande extraction).

Sixième temps : c'est la délivrance par expression du fond utérin, ou délivrance manuelle par l'orifice de l'hystérotomie.

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

Huitième temps : suture du péritoine pré segmentaire avec du catgut fin par simple surjet non serré.

## **MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE**

Neuvième temps : on enlève les champs abdominaux et les écarteurs ou valves pour ensuite pratiquer la toilette de la cavité abdominale.

Dixième temps : fermeture plan par plan de la paroi sans drainage.

### **Avantage de la césarienne segmentaire :**

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

### **2.8.2- La césarienne selon la technique de Misgav Ladach :**

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

- L'ouverture pariétale par une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ 3cm au-dessus de la ligne inter iliaque unissant les 2 épines antéro-supérieures ;
- ouverture transversale du péritoine pariétal ;
- pas de champs abdominaux
- hystérotomie segmentaire transversale
- suture de l'hystérotomie en un plan par un surjet non passé
- non fermeture des péritoines viscéral et pariétal
- suture aponévrotique par un surjet non passé
- rapprochement cutané par quelques points de Blair-Donati très espacés.

### **Avantages de la technique de Misgav Ladach :**

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

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

- simplifie le plus possible l'intervention.

La simplicité de cette technique et les résultats obtenus par différentes études font penser qu'elle deviendra sous peu la référence en matière d'extraction fœtale par voie haute [19].

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

### **2.9- Les temps complémentaires de la césarienne :**

Il s'agit là des interventions qui sont souvent associées à la césarienne. Parmi elles, les plus fréquentes sont :

- la ligature des trompes
- la kystectomie de l'ovaire
- l'hystérectomie.

### **2.10- Les complications de la césarienne :**

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

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

#### **2.10.1- Les complications per opératoires [21,22]:**

##### **• L'hémorragie :**

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

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

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

### **Les lésions intestinales :**

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

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

- **Les lésions urinaires :**

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

- **Les complications anesthésiques :**

Hypoxie, syndrome d'inhalation, collapsus cardio-vasculaire, arrêt cardiaque à l'induction.

### **2.10.2- Les complications post-opératoires :**

#### **a- Les complications maternelles :**

- **Les complications infectieuses :**

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

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

- **L'hémorragie post opératoire :** Plusieurs sources existent.

hématome de paroi, justiciable de drainage, type Redon

Saignement des berges d'hystérotomie par hémostase insuffisante  
exceptionnellement, l'hémorragie survient vers J10-J15 post opératoire après lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

- **Les complications digestives :**

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

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

- **La maladie thromboembolique :**

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

- **Les complications diverses :**

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésicovaginales, embolies amniotiques.

### **b- Les complications chez le nouveau-né :**

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

Les complications liées aux drogues anesthésiques :

- la dépression respiratoire du nouveau-né
- les complications infectieuses
- la mortalité du nouveau-né.



**METHODOLOGIE**

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## IV. METHODOLOGIE

### 1. CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako.

Sa situation géographique rend son accès facile pour la population de la commune V et des environs.

### 2. DESCRIPTION DU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE V (CSRef)

Dans le cadre de la politique de décentralisation en matière de santé, le gouvernement du Mali a décidé de créer un centre de santé de référence dans chaque commune du district de Bamako : communes I, II, III, IV, V et VI.

C'est ainsi qu'en 1982 fut créé le Centre de Santé de Référence de la Commune V (service socio-sanitaire de la commune V) avec un plateau minimal pour assurer les activités minimales.

La carte sanitaire de la commune V comprend quatorze aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire (ASACO). Dix sur les quatorze aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire (CSCOM) fonctionnel. Les aires de santé se répartissent comme suit :

- Trois aires de santé à Daoudabougou disposant d'un CSCOM avec un PMA (plateau minimal d'activités) complet,
- Trois aires de santé à Sabalibougou disposant chacune d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Trois aires de santé à Kalabancoura dont une seule dispose d'un CSCOM avec PMA complet,
- Une aire de santé à Garantiguibougou disposant d'un CSCOM avec un PMA complet,

## **MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE**

- Une aire de santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier-Mali disposant d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Deux aires de santé à Bacodjicoroni dont une seule dispose d'un CSCOM avec un PMA complet,
- Une aire de santé à Badalabougou SEMA I ne disposant pas de CSCOM.

**Trois Associations de Santé Communautaire disposent de Centre de Santé Communautaire** en location dont l'ASCODA, l'ASACOKALA ACI et l'ASACOKAL KO. Les CSCOM de L'ASACOKALA ACI et l'ASACOKAL KO ne fournissent pas le PMA complet.

L'ASACOBADA SEMA I et l'ASACOBACODJI-ACI ne disposent pas de CSCOM.

**La population de la Commune V du district de Bamako est répartie entre les 10 Centres de Santé Communautaire avec un PMA complet :**

- Le CSCOM de Bacodjicoroni couvre 15% de la population de la Commune ;
- Le CSCOM du Quartier-Mali/Torokorobougou couvre 12% ;
- Les trois CSCOM de Daoudabougou qui couvrent 22% ;
- Les CSCOM de Kalabancoura et Garantiguibougou couvrent 19 % ;
- Les trois CSCOM de Sabalibougou couvrent 23% de la population ;
- La population non couverte dans la Commune représente 9 %.





## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

A la faveur de l'essor du centre par ses bonnes prestations, il fut choisi en 1993 pour tester le système de référence décentralisée. Toujours dans le cadre de la politique sectorielle de santé, le mode de fonctionnement interne du centre fut un succès, ce qui a fait de lui le centre de santé de référence de la commune V. Partant de ce succès, le système de référence a été instauré dans les autres communes du district de Bamako.

En 1997, le Centre de Santé de Référence de la Commune V a reçu le prix de « *CIWARA D'EXCELLENCE* » décerné par l'Institut Malien de Conseil en Management (IMCM) pour ses bonnes performances dans les activités gynécologiques et obstétricales.

En 1999, le Médecin Chef du centre de santé de référence de la commune V a reçu un diplôme honorifique du ministère de la promotion de la famille et de l'enfant pour son engagement en faveur de la promotion de la santé de la femme et de l'enfant. Il a reçu la même année la médaille du Mérite national du Mali.

Actuellement le CSREF CV comporte plusieurs services et unités qui sont :

### **a- Liste des services du centre de santé de référence de la Commune V du District de Bamako**

- 1- Service de Gynécologie Obstétrique ;
- 2- Service d'Ophtalmologie ;
- 3- Service d'Odonto – Stomatologie ;
- 4- Service de Médecine ;
- 5- Service de Pédiatrie/Néonatalogie ;
- 6- Service de Comptabilité ;
- 7- Service de Pharmacie-Laboratoire ;
- 8- Service de l'USAC.
- 9- Service de Chirurgie
- 10- Service d'anesthésie réanimation

## **MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE**

### **b- Listes des unités du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako**

- 1 Unité Technique Bloc Opératoire (Anesthésie) ;
- 2 Unité Hospitalisation Bloc Opératoire ;
- 3 Unité Imagerie Médicale ;
- 4 Unité Médecine Générale ;
- 5 Unité Pharmacie ;
- 6 Unité Laboratoire ;
- 7 Unité Ressources Humaines ;
- 8 Unité Système Locale d'Information Sanitaire (SLIS) ;
- 9 Unité Brigade d'Hygiène ;
- 10 Unité Néonatalogie ;
- 11 Unité Pédiatrie Générale ;
- 12 Unité d'Oto-Rhino-Laryngologie (ORL) ;
- 13 Unité Tuberculose ;
- 14 Unité Lèpre ;
- 15 Unité Consultation Postnatale (CPON) ;
- 16 Unité Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH (PTME) ;
- 17 Unité Consultation Périnatale (CPN) ;
- 18 Unité Nutrition ;
- 19 Unité Suite de Couches ;
- 20 Unité du Programme Élargi de Vaccination (PEV) ;
- 21 Unité Gynécologie ;
- 22 Unité Soins Après Avortement (SAA) ;
- 23 Unité Ophtalmologie ;
- 24 Unité Odontostomatologie ;
- 25 Unité Planification Familiale (PF).

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

26 Unité de réanimation

27 Unité Urologie

### c- Le Personnel

Il comporte :

- Un médecin spécialiste en dermatologie (chef de service) ;
- Quatre médecins spécialisés en gynécologie obstétrique ;
- Un médecin anesthésiste réanimateur ;
- Des résidents en gynécologie obstétrique pour le diplôme d'études spécialisées (DES) ;
- Des médecins généralistes ;
- Des étudiants en médecine en année de thèse ;
- Des pédiatres ;
- Des techniciens supérieurs en anesthésie réanimation ;
- Des sages-femmes ;
- Des instrumentistes ;
- Des infirmières obstétriciennes ;
- Des aides-soignantes ;
- Des chauffeurs d'ambulance ;
- Des infirmiers d'État ;
- Le secrétariat du Médecin-chef ;
- Des manœuvres ;
- Des gardiens ;
- Des techniciens de surface.

### 3. LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables.

## **MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE**

Les consultations externes gynécologiques y compris le suivi des grossesses à risque sont effectuées du lundi au vendredi par les gynécologues obstétriciens.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les vendredis par deux sages-femmes ayant reçu une formation dans le domaine.

Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynéco-obstétricales.

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours ouvrables et vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour les interventions chirurgicales gynéco-obstétricales.

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des événements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par le chef de service ou par un médecin gynécologue obstétricien.

Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCOM, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS.

Une séance d'audit de décès maternel a lieu au moins une fois par mois.

### **4. TYPE ET PERIODE D'ETUDE :**

Il s'agit d'une étude cas/témoins avec collecte prospective des données allant du 1<sup>er</sup> Décembre 2018 au 30 Mai 2019

### **5. ECHANTILLONNAGE :**

#### **5.1 Population d'étude :**

Toutes les patientes ayant bénéficié de la césarienne pendant la période d'étude.

#### **5.2 Technique d'échantillonnage :**

Les césariennes d'urgence constituent les **CAS** et les césariennes programmées les

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## TEMOINS

### 5.3 Critères d'inclusion :

**Cas** : a été incluse dans notre étude toute patiente portant une indication d'une césarienne réalisée en urgence.

Toute patiente initialement programmée pour une césarienne prophylactique mais rentrée en travail avant la date de la césarienne.

Toute patiente hospitalisée dans le service pour grossesse pathologique dont l'accouchement s'est fait par césarienne

**Témoins** : toute patiente ayant bénéficié d'une césarienne programmée et dont l'indication avait été posée lors de la CPN.

### 5.4 Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans notre étude toutes les patientes présentant une pathologie instable, ou pathologie chronique décompensée au cours de la grossesse.

Toute patiente césarisée dans le service et ne répondant pas à nos critères d'inclusion.

### 5.5 Critères d'appariement :

Les Cas et les Témoins ont été appariés selon l'âge et la parité.

### 5.6 Collecte et analyse des données :

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire sur téléphone portable (KoBoCollect) puis analysée avec le logiciel SPSS 20.0

Tests statistique khi2 de student ont été utilisés.

Le seuil de significativité a été fixé à  $p < 5\%$

### 5.7 Supports des données :

Les documents suivants ont servi de supports des données :

Registre d'accouchement ;

Registre de césarienne ;

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

Dossiers obstétricaux ;  
Registre de référence/évacuation ;  
Registre de compte rendu opératoire ;  
Registre de transfert de nouveau-nés ;  
Registre de décès périnatal ;  
Registre de décès maternel ;  
Registre d'anesthésie.

### 6. Définitions opératoires :

-**Patiente** : gestante ou parturiente

- **Pression artérielle** : elle est la force motrice qui fait circuler le sang à travers tous les organes. Elle est calculée à partir du débit cardiaque et de la résistance périphérique.

**Hypertension sévère** : TA  $\geq$  160/110 mm Hg

**Gestité** : nombre de grossesses

**Parité** : nombre d'accouchements

**Primigeste** : 1 grossesse ;

**Paucigeste** : 2 à 3 grossesses

**Multigeste** :  $\geq$  4 grossesses ;

**Primipare** : 1 accouchement ;

**Paucipare** : 2 à 3 accouchements ;

**Multipare** :  $\geq$  4 accouchements ;

-**Référence** : c'est le transfert d'une patiente, d'un service à un autre, au sein d'une formation sanitaire ou, d'un centre à un autre, pour une meilleure prise en charge adoptée, sans la notion d'une urgence.

-**Évacuation** : c'est le transfert d'une patiente, d'une structure sanitaire à une autre, plus spécialisée ; avec un caractère urgent, nécessitant une prise en charge d'urgence.

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**-Pronostic néonatal** : nous entendons par pronostic néonatal, l'issue d'un nouveau-né, né vivant, pendant la période néonatale ; c'est-à-dire, au cours des 28 premiers jours de vie.

**-Césarienne programmée** : césarienne prophylactique organisée, lors des CPN et faite avant le début du travail. Elle nécessite la réalisation d'un bilan préopératoire au préalable et comporte :

- NFS, Glycémie à jeun ;
- Uricémie ;
- Créatinémie ;
- Transaminase ;
- Taux de prothrombine (TP) ;
- Taux de céphaline (TC) ;
- Temps de saignement (TS) ;
- Fibrinémie.

D'autres bilans sont fonctions de l'état clinique de la patiente :EG (électrocardiogramme) en d'HTA, assorti d'une consultation cardiaque.

**-Césarienne en urgence** : césarienne réalisée en urgence, pour prévenir la survenue d'une complication maternelle ou fœtale.

**-Urgence absolue** : Les urgences absolues ont un caractère vital soit pour l'enfant à venir, soit pour la mère.

Dans ce cadre la césarienne elle doit se faire dans les plus brefs délais, selon les indications on peut avoir recours soit une anesthésie générale, rachianesthésie ou cathéter péridural.

**-Urgence relative** : Dans les urgences relatives la mère n'est pas sous la menace d'une complication vitale et le fœtus est l'objet d'un risque non imminent.

**-Satisfaction** : Le sentiment de bien-être et de plaisir qui résulte de l'accomplissement de ce que l'on juge souhaitable.



## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Non satisfaction :** Absence de satisfaction d'une demande, d'un désir.

**Critère de satisfaction :** Le non survenu d'un évènement indésirable

**Critère de non satisfaction :** le ressenti d'au moins un des évènements suivants

- Enfant mort-né
- Accouchement compliqué de décès néonatal
- Suites post opératoires compliquées
- Accouchement par voie basse souhaité malgré la présence d'un facteur de risque
- Perte de l'intégrité corporelle : une incapacité fonctionnelle avec baisse de rendement dans la société



**RESULTATS**

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## V. RESULTATS

### V.1 Résultats globaux

Pendant notre période d'étude nous avons colligé 1107 césariennes sur un total d'accouchement de 4801 soit une fréquence de 23,1%. Pendant la même période 619 patientes présentaient une indication de césarienne d'urgence soit 55,91% des césariennes

Parmi ces 619 patientes seules 244 ont été retenues dans notre étude, le reste était des patientes présentant une pathologie instable, ou pathologie chronique décompensée au cours de la grossesse.

### V.2 Données sociodémographiques

**Tableau I** : répartition des patientes selon la tranche l'âge

Tranche d'âge(années)	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
14-19	20	8,2	40	8,2
20-34	159	65,2	318	65,2
35-40	65	26,6	130	26,6
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 20-34 ans, la moyenne d'âge était  $26,27 \pm 307$  ans avec des extrêmes de 14 et 40 ans.

**Tableau II** : répartition des patientes selon la résidence

Résidence	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Commune V	186	76,2	437	89,5
Autres communes	55	22,5	46	9,5
Hors Bamako	3	1,3	5	1
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

**Khi<sup>2</sup>=13,189**

**p=0,002**

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

La plupart de nos patientes résidaient en commune V avec 76,2% de chez les Cas et 89,5% chez les Témoins.

**Tableau III** : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Célibataires	7	2,9	2	0,4
Mariées	237	97,1	486	99,6
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

Nous avons trouvé 97,1% de patientes mariées ( $p=0,008$ ).

**Tableau IV** : répartition des patientes selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Non instruites	72	29,5	169	34,6
Primaire	111	45,5	141	29,9
Secondaire	39	16,0	80	16,4
Supérieur	22	9,0	98	20,1
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La plupart de nos patientes des deux groupes étaient scolarisées au niveau primaire ( $p=0,002$ ).

### V.3 Résultats descriptifs

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau V** : Répartition des patientes selon le degré d'urgence de la césarienne

Degré d'urgence	Fréquence	Pourcentage
Absolue	70	28,69
Relative	174	71,31
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>

L'urgence absolue a concerné 28,69% de nos patientes césarisées en urgence.

**Tableau VI** : Répartition des complications anesthésique selon le type d'anesthésie

Complication anesthésique	AG (n=29)	Péridurale (n=17)	Rachianesthésie (n=686)
Céphalées	0(%)	2(17,8%)	16 (2,3)
Détresse respiration	0(%)	0(%)	2(0,3)
Détresse respiratoire	0(%)	0(%)	1(0,1)
Echec de la rachi	0(%)	0(%)	2 (0,3)
Hypotension artérielle	12(44,4%)	0(%)	61(8,8)
Nausée/ Vomissement	13(44,8)	0(%)	105(15,2)
Dyspnée	0(0)	0(%)	1 (0,1)

Nous avons observé plus de complications anesthésiques de la rachianesthésie que dans les autres techniques.

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

### V.4 Résultats analytiques

**Tableau VII** : Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Venue d'elle-même	115	47,1	0	0
Adressée par un Médecin	0	0	488	100
Référée/ Evacuée	129	52,9	0	0
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

Toutes les patientes du groupe des programmées étaient adressées par un Médecin par contre 52,9 % du groupe des urgences étaient des références/évacuations ( $p < 0,001$ )

**Tableau VIII** : Répartition des patientes selon le moyen d'admission

Moyen d'admission	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Ambulance	57	23,4	0	0
Taxi	125	51,2	309	63,3
Transport collectif	1	0,4	0	0
Voiture personnelle	61	25,0	179	36,7
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La plupart des patientes du groupe des césariennes d'urgences étaient arrivées avec autres moyens de transport différents de l'ambulance soit 76,6% de CAS

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau IX** : Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Contactations utérines	174	71,3	0	0
Asphyxie fœtale	13	5,3	0	0
Césarienne prophylactique	0	0	488	100
Césarienne d'urgence	1	0,4	0	0
Dilatation stationnaire	12	4,9	0	0
Grande multipare	1	0,4	0	0
HTA sur grossesse	10	4,1	0	0
HU excessive	5	2	0	0
Métrorragie sur grossesse	9	3,7	0	0
Perte liquidienne	13	5,3	0	0
Autres	6	2,5	0	0
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

Les contractions utérines douloureuses étaient le motif d'admission le plus fréquent chez les cas par contre les témoins étaient toutes admises pour césarienne prophylactique.

**Autres** : ATCD de césarienne (3), bassin immature (1), épaule négligée (1), présentation du front (1).

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau X** : Répartition patientes selon les pathologies maternelles

ATCD médical	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Aucun	208	85,2	458	93,9
Asthme	2	0,8	5	1
Diabète	5	2	2	0,4
Drépanocytose	6	2,5	8	1,6
HTA	23	9,4	15	3,1
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

L'hypertension artérielle était l'antécédent médical le plus présent chez les cas avec 9,4% contre 3,1% chez les témoins (p=0,003).

**Tableau XI** : Répartition des patientes selon l'antécédent de chirurgie

ATCD chirurgical	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Aucun	165	67,6	65	13,4
Césarienne	75	30,7	415	85
Hernie ombilicale	2	0,8	0	0
Myomectomie	2	0,8	8	1,6
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La césarienne était l'antécédent chirurgical le plus représenté avec 30,7% chez les cas contre 85% chez les témoins (p=0,001).

.



## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XII** : Répartition des patientes selon la parité

Parité	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Primipare	40	16,4	80	16,4
Pauci pare	124	50,8	248	50,8
Multipares	80	32,8	160	32,8
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La pauci parité était représentée chez 50,8% de nos patientes.

**Tableau XIII** : Répartition des patientes selon l'âge gestationnel

Age gestationnel (SA)	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
28-36	5	2	0	0
37-4	238	97,5	488	100
42	1	0,4	0	0
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La plupart de nos patientes césarisées avaient un âge gestationnel entre 37-41SA.

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XIV** : Répartition des patientes selon la réalisation des consultations prénatales

CPN	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
OUI	195	79,9	488	100
NON	49	20,1	0	0
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La plupart de nos patientes ont réalisé le suivi prénatal 79,9% chez les cas contre 100 chez les témoins (p=0,001).

**Tableau XV** : Répartition des patientes selon la réalisation du BPO

BPO	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
OUI	53	21,7	488	100
NON	191	78,3	0	0
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

78,1% des cas n'avaient pas réalisé la BPO par contre 100% des témoins.

**Tableau XVI** : Répartition des patientes selon la réalisation de la CPA

CPA	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
NON	191	78,3	0	0
OUI	53	21,7	488	100
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

78,3% des cas n'avaient pas eu de CPA contre 100% des témoins qui l'ont réalisé.

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

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

Indication de la césarienne	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Asphyxie fœtale	47	19,3	0	0
Dystocie mécanique	68	27,9	0	0
Dystocie dynamique	23	9,4	0	0
BGR	0	0	8	1,6
Grossesse gémellaire J1 en siège	0	0	4	0,8
Pathologie ovulaire	32	13,1	1	0,2
Macrosomie	0	0	28	5,7
Pathologie maternelle	18	7,4	4	0,8
Primipare âgé	0	0	10	2
Syndrome de pré rupture utérine	4	1,6	0	0
Utérus cicatriciel sur bassin limite	11	4,5	119	24,4
Utérus multi cicatriciel	32	13,1	301	61,7
<b>Autres</b>	9	3,7	13	2,7
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La dystocie mécanique était la plus représentée chez les cas avec 27,9% contre 61,7% des utérus multi cicatriciels chez les témoins ( $p < 0,001$ ).

**Autres =**

**Cas :** Rétention de J2(1) Grossesse trimellaire (1) Primipare âgée (2) Dépassement de terme (5)

**Témoins :** ATCD obstétricaux chargés (3) Enfant ardemment désiré (1)

Primipare âgée (5) ATCD de fistule vésico-vaginale (1), Bassin immature (3)

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XVIII** : Répartition des patientes selon la durée d'extraction en minute (Incision -Extraction)

Durée d'extraction (Minutes)	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
<2	129	52,9	242	49,6
2-4	94	38,5	194	39,8
4-6	20	8,2	50	10,2
6 >	1	0,4	2	0,4
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La durée d'extraction fœtale chez la plupart des cas était inférieure à 2min. Cette durée était 2-4min chez les témoins (p=0,768).

**Tableau XIX** : Répartition des patientes selon la durée d'intervention en minute (Incision-Fermeture pariétale)

Durée d'intervention (Minutes)	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
<30	7	2,9	4	0,8
30-45	162	66,4	373	76,4
46-60	56	23	41	8,6
60>	19	7,8	70	14,3
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La durée d'intervention de la plupart des césariennes chez les témoins était entre 45-60min, cette durée était relativement plus courte dans le groupe des urgences (p=0,0765)

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XX:** Répartition des patientes selon les gestes associés à la césarienne

Geste associé à la césarienne	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Aucun	237	97,1	458	93,9
DIU	3	1,2	15	3,1
LRT	3	1,2	15	3,1
Hystérectomie	1	0,4	0	0
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

Le dispositif intra utérin et la ligature résection des trompes étaient les gestes les plus souvent associés à la césarienne chez les témoins, cependant 1 cas hystérectomie a été notée chez les cas ( $p=0,059$ ).

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XXI** : Répartition selon la qualité de l'opérateur

Opérateur	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Gynécologue	160	65,6	431	88,3
Médecin généraliste compétence gynéco- obstétrique	84	34,4	57	11,7
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La plupart des césariennes étaient réalisées par des D.E.S en gynécologie obstétrique.

**Tableau XXII** : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie

Anesthésie	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Anesthésie générale	23	9,4	6	1,2
Rachianesthésie	220	90,2	466	95,5
Péridurale	1	0,4	16	3,3
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La rachianesthésie était la technique d'anesthésie la plus pratiquées dans les deux groupes (p=0,0111).

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XXIII** : Répartition des patients selon la qualité de l'anesthésiste

Anesthésiste	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Médecin anesthésiste	7	2,9	30	6,1
Assistant médical	237	97,1	458	93,9
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

L'anesthésie était réalisée par des assistants médicaux dans 98,2 % des cas contre 94,1% chez les témoins (p=0,006).

**Tableau XXIV** : Répartition des patients selon les types d'accidents et d'incidents

Accidents et incidents	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Aucun	242	99,2	477	97,8
Collapsus	1	0,4	0	0
Effraction vésicale	1	0,4	2	0,4
Trait de refend	0	0	9	1,8
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

Le trait de refend était le principal accident observé chez les Témoins dans 1,8%. La différence est statistiquement significative (p=0,023)

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XXV** : Répartition des nouveau-nés selon l'état à la naissance

Etat des nouveau-nés	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Mort-nés	22	8,7	0	0
Vivants	230	91,3	492	100
Total	252	100	492	100

Nous avons constaté que 8,7% des enfants issus la césarienne en urgence étaient des mort –nés par contre tous les enfants issus de la programmée étaient nés vivants. La différence est statistiquement significative (p=0,000).

**Tableau XVI** : Répartition de patiente selon le type de grossesse

Type de grossesse	CAS		TEMOINS	
	EFF	%	EFF	%
Unique	244	98,4	484	99,2
Gémellaire	3	1,2	4	0,8
Trimellaire	1	0,4	0	0
<b>Total</b>	<b>248</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>



## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XXVII :** Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 1<sup>ère</sup> min

Score d'Apgar 1 <sup>ère</sup> min	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
0	22	8,7	0	0
1-3	15	5,9	0	0
4-7	43	17,1	6	1,2
8-10	172	68,3	486	98,8
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>492</b>	<b>100</b>

Le score d'Apgar était meilleur dans le groupe des césariennes programmées que dans le groupe des urgences. Cependant, la différence est statistiquement significative (p=0,001)

**Tableau XXVIII :** Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> min

Score d'Apgar 5 <sup>ème</sup> min	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
0	22	8,7	0	0
1-3	0	0	0	0
4-7	16	6,3	0	0
8-10	214	84,9	492	100
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>492</b>	<b>100</b>

Le score d'Apgar était meilleur dans le groupe des césariennes programmées que dans le groupe des urgences. Cependant, la différence est statistiquement significative (p=0,001)

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XXXI** : Répartition des nouveau-nés selon la réanimation à la naissance

Soins aux nouveau-nés	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Réanimés	47	18,7	12	2,4
Non réanimés	205	81,3	480	97,6
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>492</b>	<b>100</b>

Les nouveau-nés étaient réanimés dans 18,7% des cas contre 2,4% des nouveau-nés réanimés chez les témoins (p=0,001)

**Tableau XXX** : Répartition nouveau-nés selon le poids à la naissance

Poids du nouveau-né (Grammes)	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
< 2500	45	17,8	89	18,1
2500-3900	199	79	380	77,2
>4000	8	3,2	23	4,7
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>492</b>	<b>100</b>

Le poids des nouveau-nés est relativement plus grand chez les témoins. La différence est statistiquement significative (p=0,010).

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XXXI** : Répartition des nouveau-nés selon le transfert à la néonatalogie

Nouveau-nés transférés en néonatalogie	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Transférés	113	44,8	58	11,8
Non transférés	139	55,2	434	88,2
<b>Total</b>	<b>252</b>	<b>100</b>	<b>492</b>	<b>100</b>

Les nouveau-nés étaient référés dans 44,8% chez les cas contre 11,8% des chez les témoins ; la différence statistique est significative (p=0,001).

**Tableau XXXII** : Répartition selon le motif de transfert des nouveau-nés en pédiatrie

Motifs	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Asphyxie néonatale	61	54	0	0
Dépassement de terme	7	6,2	2	3,4
Détresse respiratoire	1	0,9	2	3,4
Fracture du fémur	1	0,9	0	0
Hydrocéphalie	0	0	1	1,7
Hypotrophie	17	15	10	17,2
Macrosomie	19	16,8	29	50
Malformation	1	0,9	5	8,6
Risque infectieux	6	5,3	9	15,5
<b>Total</b>	<b>113</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>

L'asphyxie fœtale et la macrosomie étaient les principaux motifs de référence des nouveau-nés en pédiatrie.

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XXXIII : Répartition des patientes selon la complication peropératoire**

Complications peropératoires	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Aucune	235	96,4	483	99
Hémorragie	4	1,6	1	0,2
Déchirure du segment inférieur	1	0,4	0	0
Effraction vasculaire	2	0,8	1	0,2
Lésions vésicales	2	0,8	3	0,6
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

L'hémorragie était la complication peropératoire la plus présente chez les cas et les lésions vésicales chez les témoins (p=0,001)

**Tableau XXXIV : Répartition des patientes selon les complications anesthésiques**

Complications anesthésiques	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Aucune	113	46,3	401	82,2
Dyspnée	0	0	1	0,2
Détresse respiratoire	1	0,4	0	0
Céphalées	5	2	15	3,1
Echec de la rachianesthésie	1	0,4	2	0,2
Hypotension	51	20,9	22	4,5
Nausée	44	18	27	5,5
Vomissement	29	11,9	20	4,1
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

Nous avons observé plus de complications et d'incidents anesthésiques dans le groupe des urgences avec plus de céphalées post-brèche duremérienne dans le groupe des programmées.

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XXXV:** Répartition des patientes selon les complications post opératoires.

Complications post opératoires	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Aucune	187	76,6	472	96,7
Anémie	39	16	11	2,3
Endométrite	4	1,6	0	0
Thrombophlébite	1	0,4	0	0
Suppuration pariétale	11	4,5	5	1
Péritonite	2	0,8	0	0
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

L'anémie et la suppuration pariétale étaient les complications post opératoires les plus fréquentes dans les deux ( $p=0,001$ )

**Tableau XXXVI :** Répartition des patientes selon le pronostic maternel immédiat

Pronostic maternel immédiat (Décès)	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Vivantes	242	99,2	488	100
Décédées	2	0,8	0	0
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

Nous avons enregistré 2 cas de décès maternels soit 0,8% chez les cas. La différence n'est pas statistiquement significative ( $p=0,111$ )

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XXXVII** : Répartition selon le score infectieux

Score infectieux	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
0-4	218	89,3	488	0
5-8	25	10,2	0	0
9-12	1	0,4	0	0
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La plupart de nos patientes avaient un score infectieux entre 0 et 4.

**Tableau XXXVIII** : Répartition des patientes selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation (Jours)	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
3	23	9,4	289	59,2
4-6	200	82	187	38,3
7-15	21	8,6	12	2,5
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La durée d'hospitalisation de la plupart des césariennes du groupe des urgences était de 4-6 jours. Cette durée est relativement plus courte dans le groupe des programmées (p=0,001)

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Tableau XXXIX** : Répartition des patientes selon la préparation à la césarienne

Préparation à la césarienne	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
OUI	99	40,6	488	100
NON	145	59,4	0	0
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

Toutes les patientes programmées étaient préparées à un accouchement par césarienne.

**Tableau XXXX** : Répartition des patientes selon le vécu psychologique de la césarienne

Impression sur la césarienne	Cas		Témoins	
	EFF	%	EFF	%
Non satisfaite	40	16,4	9	1,8
Satisfaite	204	83,6	479	98,2
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>100</b>	<b>488</b>	<b>100</b>

La satisfaction était plus remarquable dans le groupe des programmées.



**COMMENTAIRES  
ET  
DISCUSSION**



## VI. COMENTAIRES ET DISCUSSION

### 1. Fréquence :

La césarienne est l'une des interventions les plus pratiquées en médecine, associée à un taux de morbidité très bas [1]. Elle fait partie des progrès de l'obstétrique moderne.

Sa fréquence a très largement augmenté à l'échelle mondiale au cours des 20 dernières années atteignant 25% aux Etats-Unis et 17,7% en France [7].

Nous avons obtenu une fréquence de 23,1%. Dramé M [30] en 2010 au CSREF de Dioila a obtenu une fréquence de 21%. Cette fréquence élevée dans notre contexte pourrait s'expliquer par le fait que toutes les femmes porteuses d'une grossesse à risque, ou qui présentent une urgence obstétricale sont référées, ou évacuée au CSREF.

En Afrique le taux de césarienne est variable d'un pays à un autre et d'une structure à une autre. Certains auteurs maliens ont rapporté des résultats suivants :

- Coulibaly I. [20] en 2002 CSREF CV avaient trouvé 12.17%.
- Camara K. [24] en 2008 au CSREF CV a trouvé 20%
- Koné A. [6] en 2005 à l'HGT a trouvé 23,1

### 2- Aspects sociodémographiques :

#### 2.1- Age :

La tranche d'âge 20-34 ans a été la plus représentée (65,2%) avec un âge moyen de 26,27ans. Les mêmes tendances ont été rapportées par d'autres auteurs pour la même tranche d'âge : 71% pour Sissoko H [23] et 51% pour Camara K [24]. Il s'agit là de l'âge optimal de fécondité en Afrique au sud du Sahara.

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## 2.2- Statut matrimonial :

Dans notre étude 97,1% des Cas étaient mariés contre 99,6% des Témoins, avec une différence statistiquement significative  $p= (0,008)$ . Tégueté I [12] et Cissé B [25] avaient trouvé respectivement 91,58% et 90, 7% de femmes mariées. Les femmes mariées ont plus accès aux soins prénatals.

## 2.3. Résidence des femmes :

La plupart des femmes de notre étude résidaient en commune V du district de Bamako ; 76,2% pour les Cas et 89,5% pour les Témoins.

Certains auteurs ont rapporté les résultats suivants :

Sissoko H. [23] 71,1% pour les Cas et Camara K. [24] 78% pour les Cas 86,5% pour les Témoins. Mais 22,5% des Cas et 9,5% des Témoins résidaient en dehors de la commune V, Sissoko H. [23] avait trouvé 17,8%. Cela s'explique par le fait que le centre de santé de référence de la commune V reçoit beaucoup des cas des références et évacuations.

## 3. Antécédents

### 3.1-Antécédents médicaux :

Dans notre étude l'hypertension artérielle était la pathologie maternelle la plus retrouvée chez 9,4% des Cas et 3.1% des Témoins avec ( $p=0,001$ ).

### 3.2- Antécédents chirurgicaux :

L'antécédent de césarienne a été retrouvée chez 30,7% des Cas et chez 85% des Témoins avec une différence statistiquement significative  $p= (0,001)$ . Cela s'explique par le fait que la plupart des césariennes programmées ont déjà eu une cicatrice utérine, et chez les quelles la notion d'utérus cicatriciel constituait l'indication majeure.

## 4. Suivi de la grossesse :

Dans notre étude 79,9% des Cas ont effectué au moins une consultation prénatale contre 100% des Témoins avec une différence statistiquement significative  $p=$

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

(0,001). Cela pourrait s'expliquer par les conditions de la programmation des césariennes dans le service

### **5. Admission :**

#### **5.1. Mode d'admission :**

Dans notre étude 47,1% des Cas étaient venues d'elles-mêmes, 52,9% étaient des références ou évacuations à partir d'un autre établissement de santé, expliquant dans certains cas l'urgence de ces césariennes. Sissoko H [23] et Téguté I [12] avaient respectivement trouvé 50,6% et 50,6% de cas de césariennes d'urgence venues directement du domicile. Par contre 100% des Témoins étaient adressées par les médecins du service ( $p < 0,001$ ).

#### **5.2. Motif d'admission :**

La survenue de contractions utérines constituait le motif d'admission le plus dominant (71,3%) pour les cas, suivie de l'asphyxie fœtale diagnostiquée dans un centre de santé avant l'évacuation vers le CSREF. Du fait de la programmation de l'accouchement par césarienne, toutes les patientes sont venues d'elles-mêmes.

### **6. Césarienne :**

#### **6.1 Indications :**

Les dystocies mécaniques dominaient pour les cas avec 27,9%, suivies de l'asphyxie fœtale aiguë (19,3 %) et l'hypertension artérielle et ses complications (7,4%). Pour les témoins 61,7% des césariennes étaient effectuées pour utérus multi cicatriciel. CAMARA K. [24] rapporte comme indication dominante l'utérus multi cicatriciel avec 43% pour les cas et utérus cicatriciel sur bassin limite pour les témoins avec 30%.

#### **6.2. Consultation pré anesthésique :**

Dans notre étude 78,3% de nos cas n'avaient pas réalisé de consultation pré anesthésique, les 21,9% qui l'avaient réalisée étaient des patientes programmées pour une césarienne prophylactique mais qui sont rentrées en travail, ou des

## **MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE**

patientes hospitalisées dans le service pour grossesse pathologique chez qui une indication de césarienne a été posée et qui ont été vues par l'anesthésiste pour une décision consensuelle.

### **6.3 Degré d'urgence de la césarienne :**

Dans notre étude 28,69% des césariennes réalisées en urgence étaient des indications absolues et 71,31% étaient jugées comme indications relatives.

### **6.4. Auteurs de césariennes :**

La plupart des césariennes ont été effectuées par les gynécologues 65,6% pour les cas et 88,3% pour les témoins. Cependant 34,4% des césariennes chez les cas et 11,7% chez les témoins ont été réalisées par des médecins généralistes à compétence gynécologie obstétrique. Ceci s'explique par le système de garde et l'insuffisance en nombre de gynécologues-obstétriciens dans le service.

### **6.5 Anesthésie au cours de la césarienne :**

La rachianesthésie a été la plus utilisée pour les cas 90,2%, contre 95,9% chez les témoins ; cependant 1,4% de rachianesthésie étaient converties en anesthésie générale chez les Témoins. Les 3,7% de péridurale étaient réalisées après une concertation entre l'anesthésiste et le gynécologue pour des patientes présentant un terrain particulier (présence de comorbidité) et en tenant compte du degré d'urgence. Cela peut s'expliquer par la large indication de la rachianesthésie au cours de la césarienne.

## **7. Pronostic :**

### **7.1. Pronostic maternel :**

#### **- Complications anesthésiques et opératoires en per césarienne :**

Les complications observées en per opératoire étaient classiques tant pour la rachianesthésie que pour la l'anesthésie générale. Elles étaient dominées par l'hypotension artérielle 20,9% chez les Cas et 4,5% chez les témoins et a été

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

corrigée par le remplissage vasculaire et l'utilisation d'un vasoconstricteur (Ephédrine).

Les hémorragies (atonie utérine et placenta accreta) ont représenté les complications peropératoires chez 1,6% des Cas et 0,2% des Témoins, l'effraction vasculaire était notée chez 0,8% des Cas contre 0,2% chez les Témoins. Nous avons noté 0,8% de lésions vésicales chez les Cas et 0,6% chez les Témoins. La différence est statistiquement significative ( $p < 0,001$ ).

### - Complications post opératoires :

L'anémie était la complication post-opératoire la plus représentée dans les deux groupes avec 16% et 2,3%, CAMARA K [24] rapporte majoritairement la suppuration pariétale chez les cas avec 10% contre la thrombophlébite chez les témoins avec 1%.

Nous avons enregistré 02 décès (0,8%) dans le groupe des cas qui étaient toutes évacuées pour une urgence absolue : 1 cas de pré éclampsie sévère et 1 cas d'hématome retro placentaire. Ces complications sont connues pour leur létalité élevée dans les pays en développement [28,29]. L'état hémodynamique initial des patientes, l'absence d'une prise charge anesthésique et obstétricale précoce et adéquate pourraient expliquer la survenue des complications souvent causes de décès maternels dans les césariennes en urgence [28]. DRAME M [30] rapporte 1 cas de décès dans le groupe des cas soit 0,5%

## 7.2. Pronostic fœtal :

### - Morbidité :

Dans notre étude 5,9% des nouveau-nés avaient un score d'Apgar morbide (1-3) et 17,1% avaient un score d'Apgar entre 4-7 à la 1<sup>ère</sup> minute pour les cas et 1,2 % avait un score d'Apgar entre 4 et 7 pour les témoins. Il existe une différence significative ( $p < 0,001$ ). Ce qui explique la nécessité de gestes de réanimation

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

néonatale chez beaucoup de nouveau-nés 18,7% des Cas et leur référence en néonatalogie soit 44,8% des nouveau-nés.

Les motifs de transfert des nouveau-nés en néonatalogie étaient dominés chez les cas par l'asphyxie néonatale et la macrosomie avec 54% et 16,8% et chez les témoins par la macrosomie et le risque infectieux avec 50% et 15,5%.

La programmation de la césarienne permettrait de réduire le taux de morbidité néonatale.

### **Mortalité :**

Nous avons enregistré 22 cas de décès périnatal pour les cas soit 5,9%. Aucun cas de décès périnéal n'a été constaté chez les témoins.

Notre taux est supérieur à celui de Cissé B [25] qui était de 5,27% mais inférieur à ceux de Tégueté I. avec 24,6% [12] et Traoré L [27] avec 21,1%. Ce taux nous fait remarquer que le pronostic fœtal est plus mauvais dans les césariennes d'urgence en comparaison avec le groupe témoins.

### **8. Durée d'hospitalisation :**

La durée d'hospitalisation minimale était de 2 jours et la durée maximale 15 jours. Parmi les Cas 8,9% de Cas avaient une durée d'hospitalisation de 7-15 jours contre 2,5 % pour les témoins.

Ce résultat (en termes de durée de séjour) est cependant inférieur à celui de Tégueté I [12], qui a trouvé respectivement 9 jours. Cela pourrait s'expliquer par la différence de niveau des structures, les CSREF font souvent plus de césarienne que le CHU GT et sont confrontés à un manque de place :

### **9. Profil psychologique :**

Dans notre étude 40,6% de nos cas (urgence) étaient préparées à la césarienne. Cependant 16,4% n'étaient satisfaites après l'intervention.



**CONCLUSION**

### VII. CONCLUSION

La césarienne d'urgence permet d'améliorer le pronostic maternel et périnatal; cependant elle comporte une morbidité plus élevée que la césarienne programmée. Les indications majeures étaient les dystocies mécaniques, l'asphyxie fœtale aiguë, les utérus multi cicatriciels en travail. Les complications peropératoires étaient dominées par les vomissements au niveau maternel, et par l'asphyxie et la détresse respiratoire au niveau néonatal. Les autres paramètres portaient sur la durée du séjour hospitaliers et le profil psychologique des parturientes. Une meilleure pratique des CPN, une bonne organisation du système de référence, pourraient améliorer la morbidité peropératoire de la césarienne réalisée en urgence.





**RECOMMANDATIONS**

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## VIII. RECOMMANDATIONS

### Aux autorités sanitaires :

- Assurer la formation continue du personnel sanitaire à travers les supervisions formatives.
- Former le personnel en technique de communication pour le changement de comportement (CCC).
- Réorganiser le système de référence/évacuation.
- Doter le service de réanimation en personnels et en matériels adéquats.

### Aux personnels de santé :

-Promouvoir la consultation prénatale recentrée

- Dépister les facteurs de risques associés à la grossesse (utérus cicatriciel, antécédent de mort intra-partum et décès néonatal précoce) ;
- Expliquer aux patientes les signes de dangers liés à la grossesse et l'accouchement ;
- Remplir correctement les dossiers
- Améliorer le pronostic fœtal par une prise en charge pluridisciplinaire (obstétriciens, Pédiatres, Anesthésistes-réanimateurs)

### Aux populations :

- Fréquenter les établissements de santé maternelle et infantile les plus proches.
- Adhérer aux principes de la CPN recentrée afin d'éviter les situations d'urgence.



**REFERENCES**

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

### IX. REFERENCE

1. **Keita Y** : Etude de la césarienne au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako. Thèse Med. Bamako, 2005,06-M-235
2. **Ministry of health reports and department of social security**. Confidential enquiries into maternal deaths in England and Wales (1979-1981). Londre Her Majesty's stationery office, London, 1986.
3. **OMS, UNICEF, INSPA**.  
Mortalité maternelle en 2002 évaluation de l'OMS, UNICEF, INSPA 2003 ; Genève. Disponible en ligne : <https://www.oms.org>. Swp 2002 Consulté le 20-09-2019.
4. **INSPA**. Etat de la population mondiale en 2004, santé maternelle. Disponible en ligne : [h.t.t.p: /www.infpA.org](http://www.infpA.org). Swp 2002 / Français /ch7/Page 12 htm. Consulté le 20-09-2019.
5. **Maïga I**. Santé de la mère et de l'enfant du Mali. EDS III Mali 2001. Disponible en ligne : [h.t.t.p:/www.measuredhs.com/publications/FR133-DHS-Final-Reports.cfm](http://www.measuredhs.com/publications/FR133-DHS-Final-Reports.cfm). Consulté le 25/10/2019
6. **Kone. A**. Etude comparative de la césarienne classique et de la césarienne de Misgav Ladach. A propos de 164 cas au CHU de Gabriel Touré de Janvier 2002 à Décembre 2003. Thèse Médecine. Bamako, 2005 ; 05-M-75.
7. **Albrech H**. Indication excessive de césarienne. Triangle 1991 ; 31 (2) : 141-148.
8. **Sureau C**. Fait-on trop de césarienne ? Rev. Prat. 1990 ; 24 (40) : 2270-2272.
9. **Chobli M**. Pronostic maternel selon le type d'anesthésie pour la césarienne en milieu urbain au Bénin/Source OMS de 2001 à 2002. Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) département d'anesthésie et de Réanimation FSS 01BP586 Cotonou.  
<http://www.gfmer.Ch/membres/GFmer/pdf/Anesthésie>, Adisso. 2006.

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**10.Direction Nationale de la Santé, cellule sante de la reproduction, département de césarienne.** MALI. Donnée statistique de l'évolution de césarienne en 2006. Disponible en ligne : [h.t.t. p:/www.dni.gov.ml](http://www.dni.gov.ml)

**11.KONATE F :** Anesthésie dans la césarienne en urgence dans le service d'anesthésie- réanimation et d'urgence au CHU du Point G de 2006 à 2007. A propos de 591 cas. Thèse méd, Bamako,2007,07-M-209.

**12.Tegueté I.** Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point « G » de 1991 à 1993. À propos d'une étude de cas témoins de 1544 cas. Thèse méd, Bamako 1996, N° 17, 133P.

**13.Kamina P.** Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris : Maloine 1986 :383-99

**14.Coulibaly S.** Présentation au cours du travail d'accouchement au CHU du Point G de 1990 à 2000. Thèse de Médecine; Bamako 2001 ;71p85.

**15.Maaike APC:** Maternal consequences of cesarean section. A retrospective study of intra operative maternal complications of cesarean section

**16. Lansac J, Body G. Magnin.** Pratique chirurgicale en gynécologie- obstétrique. Paris, édition Masson, 358 Pages.

**17.Melchoir J., Bernard N., Raoust I.** "Evaluation des indications de césariennes". CNGO-MISSE à jour en Gynécologie et obstétrique Vigot éd 1988 ; 13, PP. 251-265.

### **18.Haute Autorité de Santé (HAS)**

Recommandation de bonne pratique : Indications de la césarienne programmée à terme. Disponible en ligne :[h.t.t.p:/www.has.fr](http://www.has.fr). Consulté le 25/10/2019

### **19.Quenum G., Memadji M., Konan B R., Nigue L., Welffens-Ekrac.**

Césarienne de qualité : analyse des facteurs et des déterminants au CHU Ypougon. Presses Universitaires de Côte d'Ivoire (PUCI). Revue internationale de sciences médicales 2001 ; 3(02) :109-115.

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**20. Coulibaly I.** Césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako de 1992 à 1996 (à propos de 3314 cas). Thèse de Médecine ; Bamako 1999 ; 78p85.

**21. Togora M.** « étude qualitative de la césarienne au CSRéf CV du District de Bamako de 2000-2002 (à propos de 2883 cas). Thèse Méd ; Bamako (Mali) 2004 M. 44.

**22. Article :** Complications maternelle peropératoire de à propos de 1404 cas : dans le service de gynécologie obstétrique Sfax en Tunisie 2005,70

**23. Sissoko H.** Complications non infectieuses post-césariennes immédiates au CSREF CV thèse de Médecine Bamako Mali 2006 M-247.

**24. Camara K.** Etude comparative césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique pronostic maternofoetal au CSRef CV du district de Bamako. Thèse de Médecine Mali 2010 ;10M367.

**25. Cissé B.** La césarienne : aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge des complications post opératoires dans le service de gynécologique obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine : Bamako Mali 2001, M.

**26. Konaté M.** L'étude des césariennes dans le service de gynécologie obstétrique sur une période de 5 ans à l'hôpital Gabriel Touré ; Thèse de médecine ; 2001, 05-M-74.

**27. Traoré L.** La césarienne : pronostic materno-foetal au CSRéf de San. Thèse de Médecine Mali 2008 M-304

**28. Lankoande J, Ouedraogo Cm, Ouedraogo A et coll.** – Evacuations sanitaires obstétricales et mortalité foeto-maternelles au Burkina-Faso. Med Trop 1997 ; 57 : 311.

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**29.Haberer Jp, Dieumunsch P** – Anesthésie obstétricale. Encycl Med Chir – Anesthésie-Réanimation, 36-595-A-10, 1992, 10p.

**30.DRAME M.** Contribution à l'étude de la césarienne dans le Csréf de Dioïla. Thèse de méd ;2012 ; 73p123.



# ANNEXES

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

### ANNEXES

**Annexe 1** : établissement du score infectieux et modification de l'attitude thérapeutique en fonction de la gravité de l'infection maternelle.

Cotation	0	1	2
Evacuation	Non suivi dans le service	Maternité de ville	Maternité rurale
Etat proche des eaux à l'admission	Intacte	Rompue <12h	Rompue >12h
Odeur du liquide amniotique	Non fétide [clair]	-	Fétide [purulent]
Température d'admission	<38°C	38°C <T< 39°C	>39°C
Degré d'anémie	Muqueuses colorées		Muqueuses décolorées
Etat du segment inférieur du myomètre peropératoire	Segment normal, utérus bien rétracté	-	Segment inférieur effiloché, corps utérin mou, oedémateux godet +

#### Score :

- de 0-4 : césarienne classique ;
- de 5-8 : césarienne avec extra-péritonisation de la cicatrice d'hystérotomie ;
- de 9-12 : hystérectomie post-césarienne immédiate.

**NB** : < Inférieur ; > Supérieur



## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

### Score :

- de 0-4 : Césarienne classique + mono-antibiothérapie
- de 5-8 : Césarienne + toilette de la cavité péritonéale par du sérum physiologique + bi antibiothérapie.
- De 9-12 :
  - ◆ **En première intention** : césarienne + toilette de la cavité péritonéale par du sérum physiologique, drainage + tri antibiothérapie.
  - ◆ **En deuxième intention** : hystérectomie post césarienne immédiate, toilette de la cavité péritonéale par du sérum physiologique, drainage + triantibiothérapie.

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**GOUVERNORAT DU DISTRICT**

**DE BAMAKO**

+--+--+--+

**DIRECTION REGIONALE DE LA  
SANTÉ DU DISTRICT**

+--+--+--+

**CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE  
DE LA COMMUNE V**

**REPUBLIQUE DU MALI**

+--+--+--+--+

**Un Peuple-Un But-Une Foi**

## FICHE DE SURVEILLANCE DU POST-PARTUM IMMÉDIAT

Nom et prénom de la patiente

.....

Age .....G.....P..... EV.....DCD.....

AV..... Voie d'accouchement

.....

Date et heure d'accouchement

.....

Lieu d'accouchement

.....

Date et heure du début de la surveillance

.....

Identité du responsable de la

surveillance.....

Date et heure	Pouls	T.A	Diurèse	Cycle respiratoire	T°	Etat conscience	Etat des muqueuses	Saignement vulvaire	Globe utérin	Traitement	Observations

**NB :**

## **MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE**

### **- RYTHME DE SURVEILLANCE :**

Toutes les 15 mn les deux 1<sup>ères</sup> heures

Toutes les 30 mn pendant 1 heure (3<sup>e</sup> heure)

Toutes les heures les 4<sup>e</sup> 5<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> heures

Diurèse horaire

### **- DUREE MOYENNE DE LA SURVEILLANCE : 6 HEURES**

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## FICHE D'ENQUETE

### I. IDENTIFICATION DE LA PATIENTE

Q1. LOCALITE : BAMAKO

Q2. STRUCTURE : Centre De Sante De Reference De La Commune CV

Q3. DOSSIER N° :

.....

Q4. Date d'entrée ...../...../.....heure :.....

Q5. Nom et prénoms : .....

Q6. Age .....

Q7. Ethnie : .....

Q8. Adresse (domicile / résidence) .....

Q9. Statut matrimonial : .....

1) Mariée 2) Célibataire 3) Divorcée 4) Veuve

Q10 .Niveau d'instruction : .....

1) Analphabète ...2) Primaire ...3) Secondaire ..... 4) Supérieur

Q11.Profession :1) Ménagère 2) Elève ou étudiante 3) Salariée 4) Autres

Q12. Procréateur :

1) Age : .....

2) Adresse : .....

3)Profession : .....

4)Niveau d'instruction : .....

### II. ADMISSION :

Q13. Mode d'admission :.....

1) évacuée

2) référée

3) venue d'elle même

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

Q14 ) Moyen d'admission: .....

1) ambulance    2) transport en commun    3) voiture personnelle    4) autres

### III. ANTECEDANTS :

Q 15) Médicaux :

1 .FAMILLAUX :a Gémellité :   b HTA :  c Diabète  d Drépanocytose :  
e Aucun :

2. PERSONNELS :a HTA  b Diabète  c Drépanocytose  Aucun

Q16 .CHIRURGICAUX

.....

Q17.)GYNECOLOGIQUES : .....

a)Fibrome b) Fistule vésicaux-vaginales c)Salpingectomie d) Aucun

Q17. ) OBSTETRICAUX :

a) Gestité  b) Parité  c) Enfant vivant  e)Avortement  f) Décès

g) Césarienne antérieure (nombre, date, indication) : .....

### V. EXAMEN PHYSIQUE

1)EXAMEN GENERAL :

Q19) TA en mm hg : .....

Q20) Température : .....

Q21)FR en cycle/mm : .....

Q22) Conscience : lucide :  obnubilée :  altérée

Q23.Poids.....

Q24Taille.....

Q25.Pouls.....

Q26. Etat général : Bon  Passable  Mauvais

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

Q27. Muqueuses : Bien colorées  Moyennement colorées

Pales  Ictérique

### 1. EXAMEN OBSTETRICAL :

Q27. Présence de cicatrice : Oui  Non

Q. 29 Axe de l'utérus : Longitudinale  Transversale  Oblique

Q30. HU (en cm):.....

Q31. CU : oui  non

Si oui, nombre de CU /10 mn :

.....

Q32. Position du dos : à droite  à gauche

Q33. BDCF : Oui  Non

Si oui, donner la fréquence en battement ...../ mn

Q34. BDCF : réguliers  irréguliers

Présentation : Céphalique  Transversale  Epaule  Siège

Q35. Aspect du col au toucher vaginal :

a) Consistance : Ramolli  Ferme  Dure

b) Longueur (en Cm) :

.....

c) Position : Antérieur  Postérieur  Central

Latéral

d) Dilatation (en cm)

.....

Q36. Engagement de la présentation  oui  non

si oui donner le degré d'engagement

.....

Q37. Poche des eaux : intacte  rompue  fissurée

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

Si rompu, donner la date et l'heure de la rupture

.....

.....

.....

Q37. Liquide amniotique : Clair  Méconial  Sanguinolent

Q.38 Bassin : Normal  Limite  Rétréci  Autre

Si  autre, préciser.....

### VI. CESARINNE :

Q39. Indication :

a) Travail prolongé par : Oui  Non

Si oui, préciser la cause : .....

1) Disproportion fœto-pelvienne

2) Echec d'épreuve du travail

3) Bassin rétréci

b) Présentation anormale ou  non

Si oui, le type :

.....

1) Transversale 2) Front 3) Face en variété postérieure 4)

Siège

b) Hémorragie au cours du travail : Oui  Non

Si Oui, préciser la cause :

.....

1) Placenta prævia 2) Hématome retro placentaire

c) Souffrance fœtale : Oui  Non

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

Si oui, préciser le type :

.....

.....

1) Aigue

2) Chronique

d) Causes maternelles : Oui  Non

Si oui, préciser la cause :

.....

1) Anomalie du bassin

2) Cardiopathie

3) Diabète

4) Cardiopathie

5) Hémoglobinopathie

6) HTA sévère

7) Autres

Si autre, préciser :

.....

e) Autres : Oui  Non

Si oui, préciser :

.....

Q40 Degré urgence :

1  2  3  4

Q41. Délai entre admission et décision de césarienne : .....

Q42 Délai entre décision et début de l'intervention : .....

Q43. Durée d'extraction en minute : .....

Q44. Durée de l'intervention :

.....

Q45. Retard de la césarienne : Oui  Non

Si oui, préciser le motif du retard : Kit non disponible Opérateur absent

Kit incomplet  Bloc occupé

Kit non payé pour manque de moyen

Q46. Type d'incision cutanée : .....



## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

1) Médiane sous ombilicale                      2) Transversale

Q47. Type d'hystérotomie .....  .. :

1)Segmentaire transversale                      2) Segmentaire verticale

3)Corpo réale                      4)Corporo-segmentaire

Q47.                      Geste                      associé                      à                      la                      césarienne

.....

Q48.                      Qualification                      de                      l'opérateur

.....

Q49.                      Type                      d'anesthésie                      :

.....

1) anesthésie générale                      3)Rachi

2) anesthésie locorégionale

Q50.                      Qualification                      de                      l'anesthésiste                      :

.....

Q51. Incidents et accidents :    Oui                       Non                     

Si                                            oui,

préciser.....

Q52. Transfusion :                      Oui                       Non

Si Oui, nombre de poche.....

### ***VII. NOUVEAU-NE :***

Q53. Nombre de fœtus : .....

Q54. Sexe :    masculin                                            féminin

Q55. Vivant :    Oui                                            Non

Si oui, donner l'apgar à la 1<sup>ère</sup> mn : .....                      et à la 5<sup>ème</sup> mn :

.....

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

Q56. Réanimé : Oui  Non

Q57. Mesures anthropométriques :

Poids(en g) : ..... Taille(en cm) : ..... PC(en cm) :  
..... PT(en cm) : .....

Q58. Transféré en pédiatrie : Oui  Non

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

b) La durée du séjour :  
.....

c) L'évolution : favorable  décédé

Q59. Malformation : Oui  non

Si oui, préciser.....  
.....

### VIII. EVOLUTION :

Q60. SUITES : simples  compliquées

Si oui, préciser le type de complications :

a) Hémorragique : .....

- 1) hémorragie interne
- 2) hémorragie externe

b) Infectieuses : .....

- 1) suppuration pariétale
- 2) endométrite
- 3) péritonite/ pelvipéritonite 4) septicémie

c) Thromboemboliques : Oui  Non

d) Urinaire.....

## MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

1) blessure de la vessie 2) fistule urinaire

d) Autres complications : Oui  Non

Si oui,  
préciser.....

.....

e) Décès maternel : Oui  Non

Si Oui, préciser la cause du décès :

.....

f) Anesthésiologies : Oui  Non

Q61. TRAITEMENT : .....

1) antibiothérapie 2) anti bio- prophylaxie 3) transfusion sanguine 4) thérapie martiale

### IX. PROFIL PSYCHOLOGIQUE :

Q62. Avis de la patiente par rapport à la césarienne : Favorable

Non favorable

Si non, pourquoi .....

Si autre, préciser

.....

Q63. Y a-t-il une préparation à ce mode  d'accouchement :

Oui Non

Q64. La patiente est-elle satisfaite de la césarienne :  Oui

Non

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**Nom : KAMATE**

**Prénom : Malaki**

**Date et lieu de naissance : Le 08 juin 1990 à Mankoina**

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

**Titre : Morbidité péri opératoire de la césarienne en urgence au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.**

**Année universitaire : 2018-2019**

**Pays d'origine : Mali**

**Ville de soutenance : Bamako**

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

**E-mail : mala90kama@gmail.com**

**Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique**

## **Résumé de la thèse :**

Notre étude s'est déroulée au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako.

Il s'agissait d'une étude cas/témoins à collecte prospective des données. L'échantillon était constitué de 244 cas pour 488 témoins (soit 1 cas pour 2 témoins).

La fréquence totale de la césarienne pendant la période d'étude a été de 23,1%. La césarienne d'urgence a représenté 60,97% de l'ensemble des césariennes. L'âge moyen des patientes était de  $26,27 \pm 3,07$  avec des âges extrêmes de 14 à 40 ans.

79,9% de nos patientes (Cas) avaient réalisée au moins une consultation prénatale contre 100% Témoins.

Les motifs d'admission les plus fréquemment évoqués ont été : la souffrance fœtale aigue, la perte liquidienne, et la dilatation stationnaire avec respectivement 5,03%, 5,03% et 4,09%.

L'essentiel des indications de césarienne était dominé par les dystocies mécaniques 27,9% et l'asphyxie fœtale 19,03% chez les Cas contre les utérus multi cicatriciels 61,07% chez les Témoins.

## **MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE**

Le pronostic materno-fœtale des Cas est mauvais lorsque qu'on sait que le score d'Apgar était 1-3 soit 5,9% et 44,8% des nouveau-nés ont été transférés en néonatalogie, 1cas hystérectomie pour rupture utérine, 18,3% d'anémie post opératoire

Nous avons enregistré un taux de mortalité périnatal à 5, 9% chez les Cas contre 0% chez les Témoins.

Chez les Cas nous enregistré 2 décès maternels soit 0,8% suites à des complications de la pré éclampsie et l'hématome retro placentaire selon la conclusion du comité d'audit de décès maternel. Par contre aucun cas n'a signalé chez les Témoins.

**Les mots clés :** Césarienne, Urgence, Fréquence, Evacuation, Pronostic materno-fœtal.

# MORBIDITE PERIOPERATOIRE DE LA CESARIENNE EN URGENCE

## Serment d'Hippocrate

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Je le jure.