

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi

-----=0=-----

UNIVERSITE DES SCIENCES DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO.

FACULTE DE MEDECINE ET D'OTONTOSTOMATOLOGIE

Année Universitaire 2021-2022

N° / ___ /

**CESARIENNE EXTRA-PERITONEALE AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE LA COMMUNE III DU DISTRICT DE
BAMAKO : ASPECTS SOCIODEMOGRAPHIQUES, CLINIQUES,
INDICATIONS ET PRONOSTIC.**

MEMOIRE

Présenté et soutenu le / / 2023

Devant la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de l'Université des
sciences des techniques et des technologies de Bamako

Par : Dr. Souleymane TRAORE

Pour obtenir le grade du Diplôme National de spécialité en Gyneco-Obstetrique
(Diplôme d'Etat)

Jury :

Président : Pr TRAORE Youssouf

Membres : Pr KANTE Ibrahim

Pr FANE Seydou

Pr KOUMA Aminata

Au nom d'ALLAH le tout MISERICORDIEUX, le très MISERICORDIEUX.

Louange à ALLAH l'Omniscient l'Omnipotent qui m'a permis de mener à bien ce travail.

A notre PROPHETE MUHAMMED salut et paix sur lui.

DEDICACE

Je dédie ce travail :

A ma Marâtre, Feue Minata SAMAKE.

Que Dieu t'accorde sa grâce et son pardon (amen).

A ma Mère, Fanta DEMBELE.

Ce travail est le tien. Brave femme, mère dévouée, courageuse, croyante, généreuse, source de ma vie, pionnière de mon éducation. Tu nous as toujours choyés, rassurés et réconfortés. Tu incarnes pour nous l'amour, la tolérance, la bonté.

Tes sacrifices pour tes enfants et les enfants d'autrui feront de nous tes enfants ce que tu as toujours souhaité.

Pardon pour tous les soucis, les angoisses et la fatigue que je t'ai causés, tu es et seras notre fierté de tout le temps.

A mon Père, Dougoufana TRAORE.

Grâce à toi, j'ai appris le sens du combat dans la vie, la dignité, la tolérance, la probité, le respect de soi et des autres, la rigueur et la persévérance. Ton soutien moral, affectif et matériel ne m'ont jamais manqué. Sans toi, je ne serai pas là aujourd'hui. Pour te dire que je suis fier d'être ton fils. Tu as été pour moi un modèle de fierté dans lequel je me reconnais et qui font que je marche la tête haute. . Merci Père ; qu'Allah le tout puissant te garde encore longtemps près de nous.

A mon Epouse, Mariam SANGARE et nos enfants : Idrissa S. TRAORE, Saba B. TRAORE, Aicha K. SANGARE et Moriba S. TRAORE.

Je vous remercie pour votre amour, votre compréhension et pour votre soutien.

**Césarienne Extra-péritonéale au Centre de Santé de Référence de la commune III du district de Bamako :
Aspects Sociodémographiques, Cliniques, indications et pronostic.**

Saches, en effet, que l'honneur de ce travail vous revient.

Merci ! Que le Tout Puissant vous donne la bonne santé et qu'il nous garde longtemps ensemble. Amen !

A mes frères et sœurs,

Vous avez été infatigable, généreux et des conseillers extraordinaires. Vous avez été là tout au long de ce parcours de combattant.

J'ose croire que le tout puissant vous a mis sur mon chemin pour tout mon bonheur. Que l'avenir soit pour vous un soulagement et une satisfaction. Amen !

REMERCIEMENTS

A tous les Maîtres qui m'ont enseigné du cycle fondamental à l'université:

Mes sincères remerciements et ma profonde gratitude pour la qualité des enseignements que vous m'avez prodigués tout au long de ma formation.

Mes remerciements s'adressent singulièrement.

A tous mes amis : Dr Drissa DIARRA, Dr Balilé H. TOURE, Dr Soumaila SAVADOGO, Dr Moussa SANGARE, Dr Modibo SISSOKO, Dr Souleymane dit Papa Coulibaly, Dr Mahamane TRAORE, Dr Modi Baba TEMBELY, Dr Hamadoun KOUYATE.

Retrouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de toute ma sympathie pour tout ce que vous avez fait pour moi. Que la grâce du Seigneur vous accompagne.

A tout le personnel: des services de gynécologie- obstétrique du CHU Gabriel Touré, du CHU du Point G, du CHU le « Luxembourg », du CHU BSS de Kati, des CSRef des communes CI, CII, CIII, CIV, CV, et CVI ; merci pour votre étroite collaboration.

A tous les DES de gynécologie-obstétrique :

Que de courages,

Que de sacrifices,

Que de dévouements.

Je ne saurais trouver les mots pour vous remercier. Bonne chance.

Hommages respectueux.

A mes maîtres formateurs:

Pr DOLO Amadou, Pr TRAORE Mamadou, Pr DIARRA Issa, Pr MOUNKORO Niani, feu Pr MAIGA Bouréïma, Pr TOURE Moustapha, Pr TEGUETE Ibrahima, Pr TRAORE Youssouf, Pr THERA Thioukany Augustin, Pr Aminata KOUMA, Pr TRAORE Soumana Oumar, , Pr BOCOUM Amadou, Pr FANE Seydou, Pr SIMA Mamadou , Pr KANTE Ibrahim, Pr TRAORE Mamadou S, Pr COULIBALY Ahamadou, Pr DAO Seydou Z, Dr SISSOKO Abdoulaye, Dr SANOGO Siaka, Dr KONE Diakaridia, , Dr SISSOKO Hamady, Dr Saoudatou TALL, Dr KALLE Safiatou, feu Dr ONGOIBA Ibrahim

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A nos Maîtres :

- ❖ Professeur Youssouf TRAORE**
- ❖ Professeur Ibrahim KANTE**
- ❖ Professeur Seydou FANE**
- ❖ Professeur Aminata KOUMA**

Nous reconnaissons en vous les qualités d'enseignant juste et rigoureux.

Puisse le seigneur vous donne longue vie et la force nécessaire pour la réalisation de vos ambitions.

Veillez trouver ici, l'assurance de notre reconnaissance et de notre profond respect.

Sommaire

I-Introduction	1
II-Généralités :	4
III- Méthodologie	24
IV- Résultats	30
V- Commentaires et Discussion :	46
VI-Conclusion et Recommandations	57
VII- Références bibliographiques	59
VIII-Annexes	65

Abréviation et Sigle

% : Pourcentage

< : Inférieur

> : Supérieur

≤ : Inférieur ou égale

≥ : Supérieur ou égale

BDCF : Bruit Du Cœur Fœtal

CCL : Césarienne Classique

Cm : Centimètre

CmHg : Centimètre de mercure

CML : Césarienne selon Misgav Ladach

CNOS : Centre National d'Odonto-Stomatologie

CPN : Consultation Périnatale

HRP : Hématome Rétro-placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

IOTA : Institut Ophtalmologie Tropicale d'Afrique

Km² : Kilomètre carré

N : Nombre

NB : Noté Bien

°C : Degrés Celsius

**Césarienne Extra-péritonéale au Centre de Santé de Référence de la commune III du district de Bamako :
Aspects Sociodémographiques, Cliniques, indications et pronostic.**

PDE : Poche Des Eaux

RCF : Rythme cardiaque foetal

RPDE : Rupture de la Poche Des Eaux

Introduction

La césarienne, dont le taux de mortalité alarmant a été évité il y a un peu plus d'un siècle, est maintenant le mode d'accouchement d'une femme sur trois aux États-Unis [1] et jusqu'à quatre femmes sur cinq dans certaines autres régions du monde [2]. Sa longue histoire reflète l'évolution de l'opinion chirurgicale à travers les âges concernant les saignements, les infections, la douleur, les sutures et, plus récemment, la durée d'hospitalisation et la réduction des coûts.

La méthode chirurgicale standard de la césarienne est la technique chirurgicale modifiée de Misgav Ladach [3]. Dans cette technique, après avoir traversé les couches sous-cutanées et aponévrotiques, le chirurgien accède à la cavité abdomen en disséquant la couche péritonéale de manière émoussée ou tranchante. Elle a été définie comme une césarienne trans-péritonéale.

C'est ainsi que Docteur Denis Fauck et Jacques Henri Ravina décrivent en 1996 avec plus d'innovation une technique celle de la césarienne extra péritonéale dont l'historique remonte au XIX siècle dans une thèse d'exercice de Louis-Auguste Baudelocque [4] avec l'implication de plusieurs auteurs [5] soulignant ses avantages potentiels en termes de confort, d'autonomie postopératoire des patientes et le moindre cout de dépenses à viser antalgique surtout. La fréquence des césariennes est variable d'une région à une autre sinon d'un pays à l'autre en fonction du niveau médical. Ainsi cette fréquence atteint 23% dans la région européenne, 35,6% dans la région américaine, 24,1% dans la région pacifique ouest, 3,8% dans la région africaine et 8,8 % dans région d'Asie sud-est [6] selon les derniers chiffres de l'OMS disponible 2008. Au Mali, la fréquence est entre 7 et 8% [7] et le CSRéf de la commune III était à 7,93 % du taux de césarienne en 2018 [8] Ainsi la grossesse considérée comme un événement heureux pour le couple et la famille crée un climat de stress, d'angoisse, de crainte et de mauvais sort si elle doit avoir comme issue la césarienne de

mauvaise réputation pour la plupart des femmes de notre pays, sans oublier le coût économique. Ce dernier totalement pris en charge par le gouvernement de notre pays depuis le 23 juin 2005 afin de rendre l'intervention accessible pour tous mais aussi de diminuer la morbi-mortalité maternelle et périnatale qui reste toujours un défi à relever pour notre pays à travers sa politique nationale de santé [9]. La césarienne extra-péritonéale consiste à ne surtout pas ouvrir le péritoine lors de l'intervention césarienne et cette particularité lui offre tous ses avantages en terme de confort, d'autonomie et de minimiser les risques d'infection post-opératoire. Cependant les différents gestes réalisés dans la césarienne extra-péritonéale font des fois que les durées d'interventions sont souvent prolongées. La césarienne extra-péritonéale pourrait convenir à nos pays en développement ou les impératifs de la maternité à moindre risque font que le taux de césarienne est croissant, alors que les ressources financières sont limitées. Peu d'étude ont été faites dans les centres hospitaliers publics et privés sur cette nouvelle technique au Mali, c'est la raison pour laquelle nous avons initié ce travail.

1. Objectif général

Étudier la césarienne extra-péritonéale dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence (CSRéf) de la commune III du district de Bamako en 2022.

2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la fréquence des césariennes extra-péritonéales au CSRéf de la commune III du district de Bamako;
- Déterminer les indications de la césarienne extra-péritonéale au CSRéf de la commune III du district de Bamako ;
- Déterminer le pronostic des patientes ayant subies la césarienne extra-péritonéale dans le CSRéf de la commune III du district de Bamako.

II. Généralités

1. Définition de la césarienne

La césarienne est une intervention chirurgicale permettant d'extraire le fœtus et ses annexes en incisant l'utérus par voie abdominale habituellement, la voie vaginale étant exceptionnelle [4].

❖ Définition de la Césarienne extra péritonéale :

La césarienne extra-péritonéale consiste à ne surtout pas ouvrir le péritoine lors de l'intervention césarienne et cette particularité lui offre tous ses avantages en terme de confort, d'autonomie et de minimiser les risques d'infection post-opératoire.

2. Histoire de l'opération Césarienne

Les historiens s'accordent pour estimer l'origine de la césarienne vers l'an 1000 avant Jésus Christ. En effet, les motifs pour une femme proche du terme de subir une laparotomie, une hystérotomie accidentelle n'étaient pas si rares dans les millénaires qui ont précédé la naissance du Christ. Deux exemples nous illustrent ce qu'auraient pu être ces césariennes accidentelles:

-Le premier est celui d'un noble Espagnol du XII^{ème} siècle qui, découvrant une femme enceinte qui venait d'être tuée par les Sarrasins, vit les bras d'un enfant émergé de la plaie abdominale. Il saisit cet enfant qui survécut, qu'il éleva comme son fils et qui devint le roi Sancho de Navarre.

-Le deuxième exemple est celui rapporté par Desault au XVIII^{ème} siècle d'une femme proche de son terme qui fût victime à Saint Sébastien d'un coup de corne de taureau dans l'abdomen lors d'une Corrida. L'enfant fût sailli par la plaie, il survécut ainsi que sa mère [4]. Nous ne saurons donc jamais qui du guerrier préhistorique ou de la bête sauvage fût le premier «Chirurgien». Quoi qu'il en

soit, de tels actes ont pu être faits pour faire comprendre aux contemporains qu'un fœtus parfois viable pouvait être extrait du ventre de sa mère. L'auteur qui semble avoir entériné le terme «césarienne» pour désigner l'extraction par voie abdominale de l'enfant est François Rousset (1535-1598) qui publia en 1581 un livre intitulé « traitement nouveau de l'hystérotomie ou enfantement césariens ». On peut distinguer plusieurs étapes historiques [4] :

- Première étape à partir de l'année 1581: Les essais: l'ouverture pratique par incision médiane et sous ombilicale, l'hystérotomie corporeale, suture pariétale avec drainage, pas de suture de l'aponévrose la mortalité était de 50 à 80 %.

- Deuxième étape à partir de 1770 : Les essais: La fermeture marquée par la suture extra muqueuse.

- Troisième étape à partir de 1882: La confirmation, la suture séro-séreuse, le mode de suture fait chuter la mortalité de 10%. Cette étape est marquée par la césarienne segmentaire transversale.

- La dernière étape à partir de 1909 : La cicatrisation utérine dont la qualité est évaluée par l'hystérogaphie. Cependant, pour faire progresser la césarienne, il manquait aux chirurgiens de l'époque ce que Mondor a appelé le « Trépied d'or de la chirurgie»: l'anatomie, l'asepsie et l'anesthésie. C'est l'acquisition des différents éléments de ce trépied qui va faire progresser la césarienne d'un bond de géant en quelques décennies [4]. L'anatomie fut le premier élément de ce trépied à être mise sur pied ; et depuis les travaux de Vésale, l'anatomie avait cessé d'être le simple recopiage des travaux anciens qui n'avaient pas été faits sur l'humain le plus souvent. L'anesthésie fût découverte et vulgarisée en Obstétrique. L'asepsie fût imposée par les travaux de Pasteur et Lister, mais sa nécessité avait été démontrée auparavant par Semmelweis qui, au prix du simple lavage des mains avait fait chuter la fièvre puerpérale dans la maternité de Vienne (Autriche) où il travaillait [4].

3. Anatomie de l'utérus gravide

C'est l'utérus qui contient l'œuf fécondé. Petit organe de 40 grs à 50 grs chez la nullipare, 70 grs chez la multipare, l'utérus peut atteindre au voisinage du terme, le poids de 1000 grs [9,10]. L'endomètre, le muscle utérin, le tissu conjonctif et l'accroissement de la vascularisation participent à ce gain pondéral.

En fin de gestation, il présente trois segments étagés de morphologie et de fonctions différentes: le corps, le segment inférieur, le col. La situation de l'utérus et ses 6 rapports varient avec son développement. Avant le troisième mois de gestation, il est pelvien, puis devient abdominal après le premier trimestre. La formation du segment inférieur commence après le troisième mois de grossesse. Les conséquences de la grossesse sur le pelvis de la femme sont multiples: le péritoine viscéral est hypertrophié. La vascularisation subit une inflation. L'utérus gravide à terme mesure de 30 à 33cm de long ramenant le fond utérin en contact avec les coupes diaphragmatiques. La formation du segment inférieur bouleverse l'anatomie de la région [9,10].

3.1. Le segment inférieur

Ce n'est pas une entité anatomique définie car de forme et de taille très variées. Il se constitue à partir du sixième mois chez une primipare beaucoup plus tard chez une multipare [9]. Le segment inférieur correspond à la partie amincie de l'utérus gravide à terme, compris entre le corps et le col utérin. La paroi antérieure plus mince que la paroi postérieure qualifiée de « Face chirurgicale par Kamina » mesure 10cm au moins. Sa limite supérieure est délimitant et correspond à la limite inférieure de l'accolement du péritoine sur l'utérus. Le segment inférieur est très riche en éléments conjonctifs ce qui favorise la cicatrisation [11]. A ce niveau, la muqueuse est moins épaisse, les plexus veineux situés entre les deux couches profondes ont une direction transversale. Le segment inférieur est recouvert étroitement par le fascia pré-segmentaire

émanation du fascia pré-cervical : C'est l'élément essentiel de la solidité de la cicatrice d'hystérotomie. Les artères du segment inférieur sont essentiellement les branches des artères cervico-vaginales, elles sont peu nombreuses, sinueuses de directions transversales [11]. Les points de sutures simples doivent être préférés aux points en «X» plus ischémiant.

3.2. Rapports péritonéaux

Le péritoine pelvien est solidaire à la face supérieure de la vessie, du corps utérin, de la face antérieure du rectum. Il est libre et décollable au niveau du cul de sac vésico-utérin. Au cours des six premiers mois, les rapports ne sont pas modifiés. Au cours du troisième trimestre de la grossesse, la distension isthmique déplace vers le haut, le repli vésico-utérin. Le péritoine revêt la plus grande partie du segment inférieur et est aisément décollable [9, 10,].

Au cours du travail, le cul de sac vésico-utérin accentue son ascension et la moitié inférieure du segment inférieur est en rapport avec la face postérieure de la vessie dont elle reste facilement clivable [9, 10].

3.3. Rapports Antérieurs

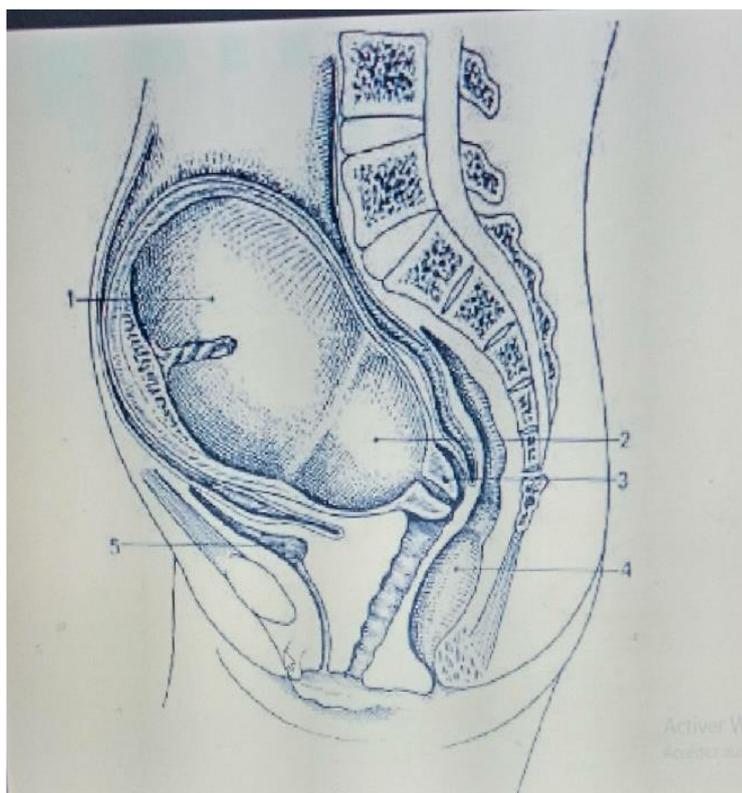
L'ascension de la vessie n'est pas seulement due aux variations topographiques du péritoine. Pendant l'amplification vésicale, la face supérieure de cet organe ne peut trouver place qu'au-dessus du pubis et la face antérieure du segment inférieur répond sur presque sa totalité à la face postérieure de la vessie. Le cul de sac vésico utérin est peu profond. Le sondage vésical est une nécessité de sécurité lors de l'abord chirurgical de la cavité abdominale. Il y a aussi l'élongation de l'uretère [9,10].

3.4. Rapports latéraux

Le ligament large est épaissi. L'uretère qui est solidaire du péritoine pénètre dans le pelvis en croisant les vaisseaux iliaques primitifs à gauche et les vaisseaux iliaques externes à droite. Il se trouve en arrière de l'artère utérine à gauche et en avant de l'artère utérine à droite. Du côté droit, il croise en «X» très allongé pour se placer derrière l'artère utérine à l'abord du feuillet postérieur du ligament large. Pendant la grossesse cette portion est raccourcie [9].

Dans la base du ligament large (paramètre) l'uretère chemine obliquement en avant et en dedans, croise le bord latéral du vagin à 15 mm.

L'uretère est à égale distance de la paroi et du cul de sac latéral du vagin. L'artère utérine enjambe l'uretère de dehors en dedans pour gagner l'utérus. Le dôme vaginal, distendu en fin de grossesse se rapproche de l'uretère et entre en contact avec celui-ci sur toute la surface latérale. Le tissu cellulaire dense contenant l'uretère peut être latéralement décollé du segment inférieur sans effusion de sang. Les rapports sont surtout éloignés du côté gauche à cause de l'asymétrie des artères iliaques et de la dextro-rotation de l'utérus. La césarienne par incision transversale du segment inférieur (césarienne segmentaire transversale) est rendue possible par toutes ses modifications anatomiques [9].



Crâniale



Gauche

Figure 1 : Utérus gravide [12]

1 : Le corps utérin; **2 :** Le segment inférieur; **3 :** Le col utérin; **4 :** Le rectum; **5 :** La vessie.

4. Voies d'abord

4.1. Incision de Rapin-Kushner

Elle consiste à inciser transversalement à 3 ou 4 cm au-dessus de la symphyse pubienne et on réalise un vaste décollement sous cutané pour inciser l'aponévrose verticalement sur la ligne médiane comme dans une laparotomie médiane sous ombilicale.

4.2. Incision de Pfannenstiel

Cette technique consiste en l'incision transversale sus pubienne décalée des plans cutané et aponévrotique suivie du décollement vers le haut et vers le bas de la gaine des grands droits. Ces muscles sont dissociés sur la ligne médiane donnant accès au péritoine qui est incisé verticalement.

4.3. Incision de Cherney

Elle consiste en une incision transversale sus pubienne, l'aponévrose est incisé transversalement et l'incision est étendue sur le grand oblique après isolement et désinsertion des muscles grands droits dans le sens des fibres; plus profondément, on dissocie le plan fibreux ou musculaire venu du tendon conjoint jusqu'au niveau de l'arche musculaire des muscles petits obliques et transverses qui se tendent transversalement en haut de l'incision. Les vaisseaux épigastriques sont sectionnés et l'incision péritonéale élargie latéralement en dehors d'eux.

4.4. Incision de Mouchel

Il s'agit d'une incision basse transversale de tous les plans (peau, aponévrose, péritoine) comprenant une section des muscles grands droits au-dessus de la naissance des pyramidaux, avec hémostase des artères qui saignent.

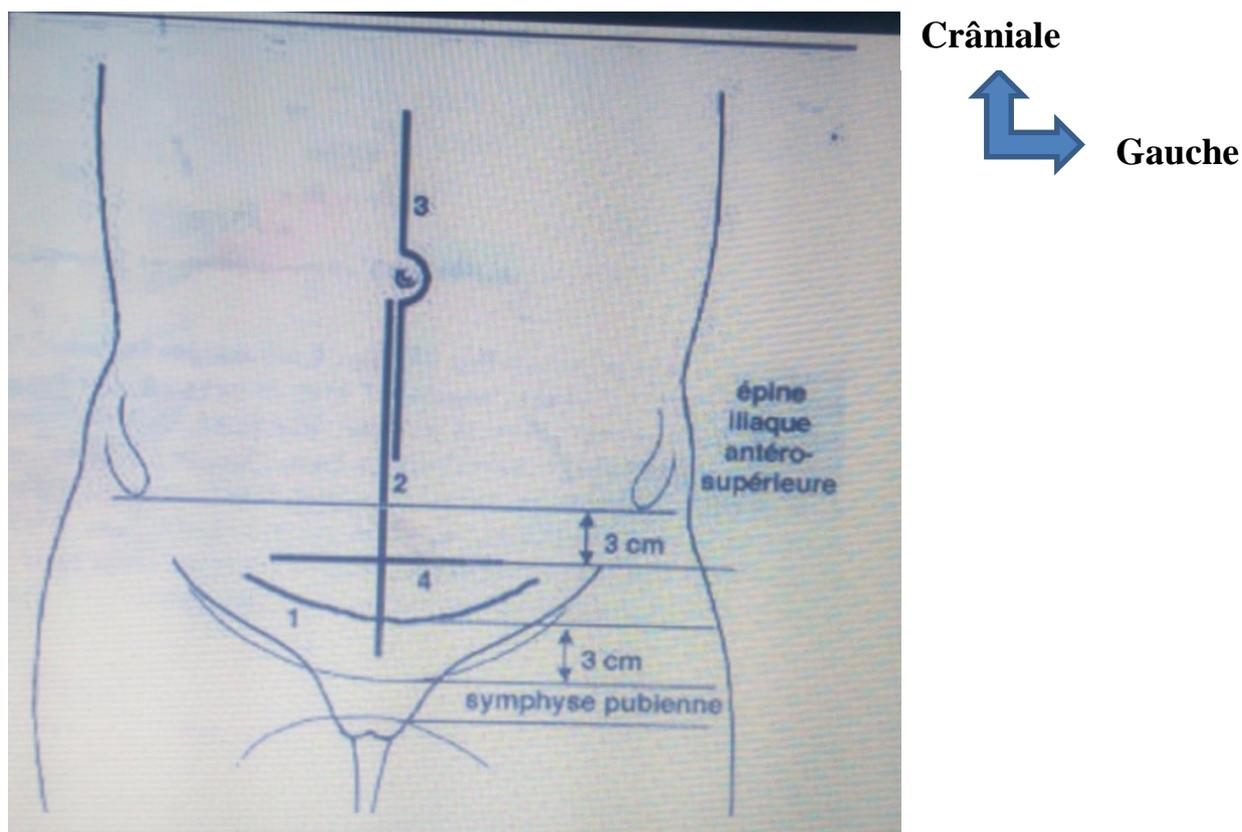


Figure 2 : Quelques types d'incisions cutanées [12]

1 : Incision Pfannenstiel; **2** : Incision médiane sous ombilicale; **3** : Incision médiane sus et sous ombilicale; **4** : Incision de Joël Cohen

5. Technique de Misgav Ladach [13,14].

Micheal Stark a inventé une technique qu'il a modestement appelé méthode de Misgav-Ladach (nom de l'hôpital où l'expérience fut réalisée).

Cette technique implique une ouverture utérine segmentaire transversale après incision pariétale selon la technique de Joël-Cohen modifiée qui consiste à faire une incision rectiligne transversale superficielle de la peau à environ trois centimètres (3 cm) au-dessous de la ligne inter iliaque unissant les deux épines iliaques antéro-supérieures : l'opérateur étant à droite de la patiente.

L'incision est approfondie au centre avec le scalpel jusqu'au contact de l'aponévrose des muscles grands droits de l'abdomen que l'on ouvre transversalement sur deux centimètres (2 cm) à ce moment et au moyen des index. L'aponévrose est étirée crânialement et caudalement afin de réaliser l'exposition pour la prochaine étape et de mettre en évidence la ligne blanche. L'opérateur et l'assistant vont introduire de part et d'autre l'index et le médius d'une main sous le muscle grand droit, puis étirer transversalement de façon bilatérale les muscles, l'aponévrose et le tissu sous cutané jusqu'à obtenir l'orifice nécessaire à l'extraction.

Si plus de force est requise, l'index et le médius de l'autre main sont placés sur les deux doigts de la première main et non pas à côté.

Le péritoine pariétal est fragilisé transversalement par étirement digital, en utilisant les deux index jusqu'à l'obtention d'un orifice permettant l'introduction des index, qui, par étirement cranio-caudal, vont permettre l'ouverture transversale du feuillet péritonéal.

Si l'ouverture digitale du péritoine s'avère difficile, on utilisera les ciseaux.

Un écarteur de paroi est mis en place afin d'optimiser l'accès au segment inférieur de l'utérus. Une simple valve sus pubienne peut être utilisée à cet effet.

On effectue au scalpel à deux centimètres (2 cm) au-dessus du repli vésico-utérin, une courte incision transversale du segment inférieur jusqu'à voir bomber les membranes amniochoriales. Aucun décollement vésico-utérin n'est nécessaire, puis au moyen de ses deux index l'opérateur va étirer latéralement les fibres musculaires lisses pour obtenir l'hystérotomie transversale.

Après la délivrance, l'utérus est extériorisé hors de la cavité abdominale.

L'hystérotomie est suturée en un plan en chargeant la totalité de l'épaisseur du

myomètre par un surjet non passé au fil résorbable de Vicryl N°1.

Si l'hémostase n'est pas parfaite, des points simples sont rajoutés.

Après élimination manuelle d'éventuels caillots sanguins l'utérus est réintégré dans l'abdomen.

Les péritoines viscéral et pariétal ne sont pas suturés et les muscles de l'abdomen ne sont pas rapprochés à l'aide de fils, l'aponévrose est fermée à l'aide d'un surjet non passé au fil résorbable de Vicryl N°1. Cette fermeture aponévrotique est aidée par la pose de 4 pinces de Kocher : une à chaque angle et les deux autres au centre, sur les bords de l'incision.

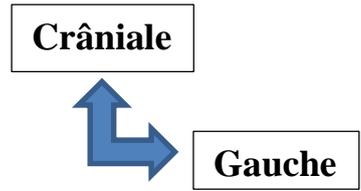
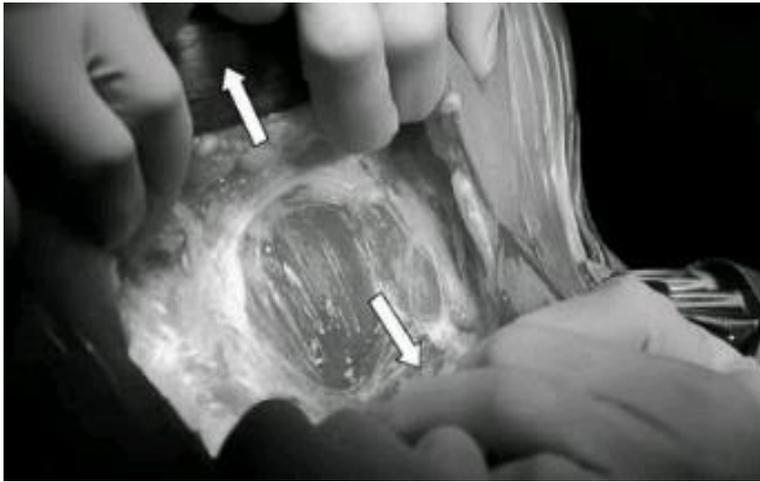
Alors que l'assistant soulève les pinces de Kocher centrales pour extérioriser l'aponévrose, l'opérateur débute le surjet à l'angle de son côté, de l'intérieur vers l'extérieur pour que le nœud se retrouve sous l'aponévrose.

Progressant vers l'angle du côté de l'assistant, l'opérateur tend le surjet de sa main gauche. Lorsqu'il atteint cet angle, l'assistant soulève la dernière pince de Kocher pendant que le nœud bloquant le surjet est fait sous l'aponévrose.

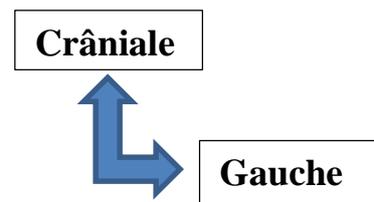
Le tissu graisseux sous-cutané n'est pas suturé.

La peau est affrontée au fil à peau par 3 ou 4 points de Blair-Donnati très espacés. Les intervalles sont rapprochés par 4 pinces d'Allis posées pour 5 minutes.

**Césarienne Extra-péritonéale au Centre de Santé de Référence de la commune III du district de Bamako :
Aspects Sociodémographiques, Cliniques, indications et pronostic.**



SCHEMA N° 3: Divulsion crâniale et caudale de l'aponévrose par traction [15]



SCHEMA N°4: Traction par deux mains placées l'une sur l'autre [15]

6. Description de la technique de césarienne extra-péritonéale

La césarienne extra péritonéale est réalisée selon ces différentes étapes :

- Incision cutanée horizontale basse de type Pfannenstiel
- Incision aponévrotique paramédiane verticale (2 cm de façon horizontale puis 6 cm vers le pubis et 8cm vers l'ombilic vers le côté gauche)
- Seul le muscle grand droit gauche est récline et la vessie non sondée est ensuite poussée du doigt sur le côté droit
- Hystérotomie segmentaire basse arciforme sans ouverture péritonéale
- Au cours de l'extraction, en cas de difficulté avec absence d'obstacle osseux permet d'utiliser la ventouse de type CCD pour guider la sortie fœtale
- Hystérorraphie en bourse pour diminuer la longueur, augmenter l'épaisseur de la cicatrice utérine et réduire ainsi le risque de déhiscence lors des grossesses ultérieures
- Suture de l'aponévrose (en fonction du plan d'incision)
- Suture de la peau

Césarienne Extra-péritonéale au Centre de Santé de Référence de la commune III du district de Bamako :
Aspects Sociodémographiques, Cliniques, indications et pronostic.

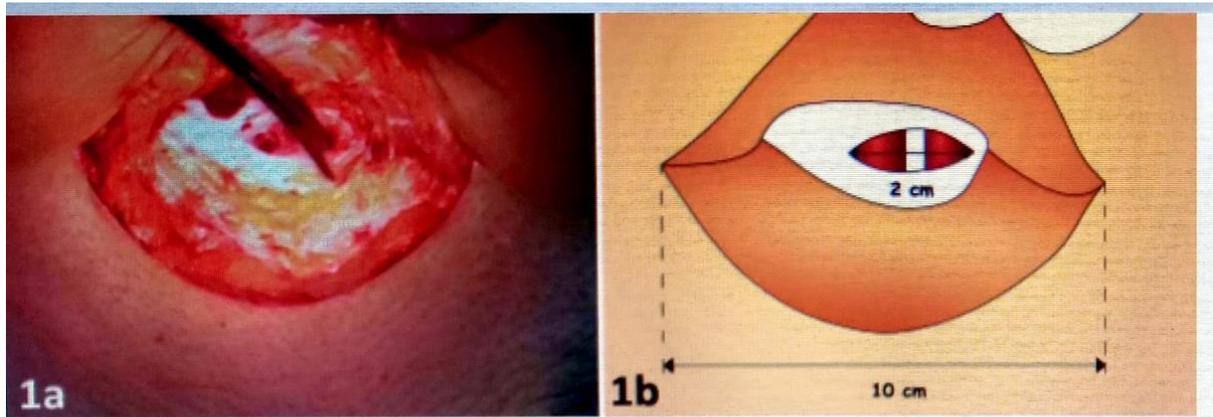
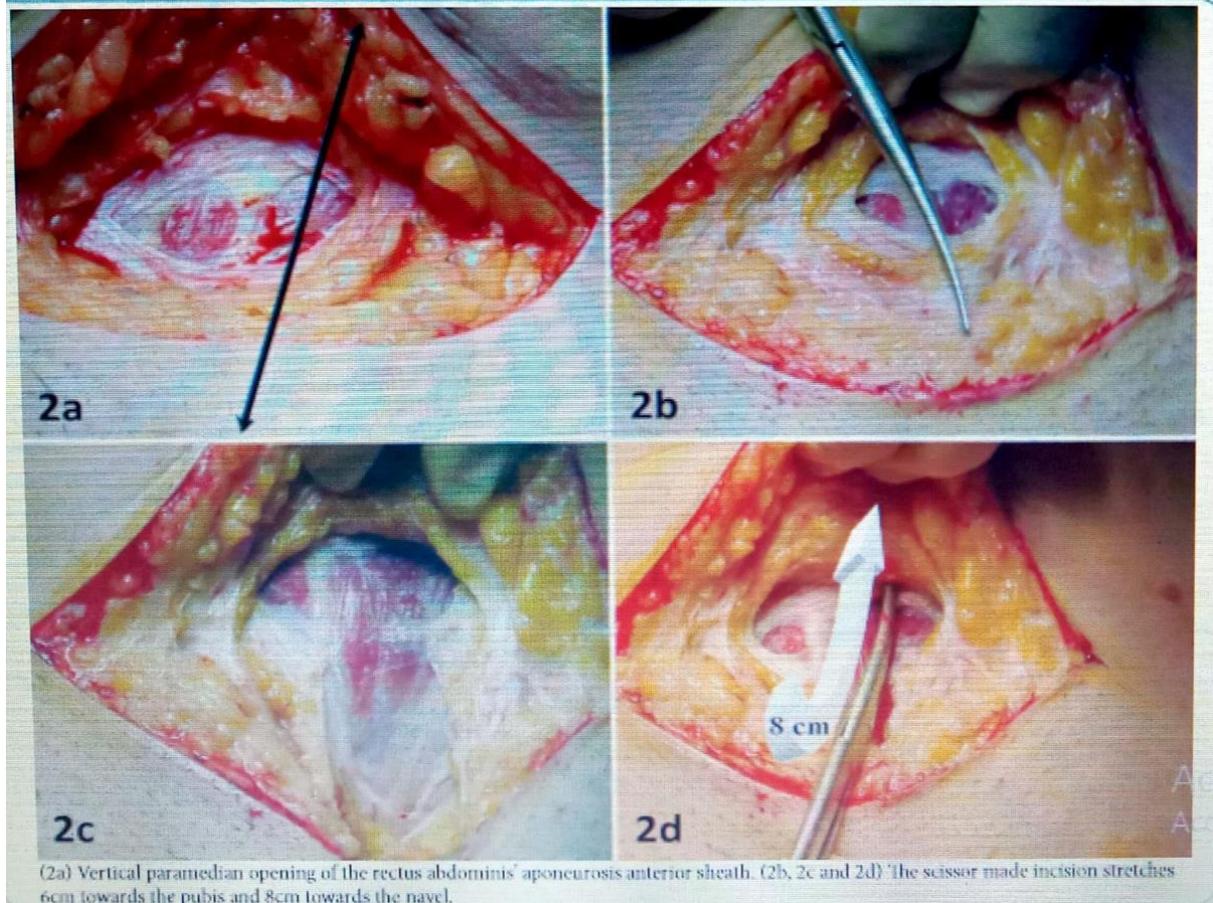


Figure 1: (1a) Aspect of the skin arciform incision. The adipose layer is not separated. (1b) Size landmarks are indicated, and the anterior aponeurosis sheath of rectus abdominis is opened transversally on a short distance (2 cm) centered by the linea alba.



(2a) Vertical paramedian opening of the rectus abdominis' aponeurosis anterior sheath. (2b, 2c and 2d) The scissor made incision stretches 6cm towards the pubis and 8cm towards the navel.

Crâniale



Gauche

Figure 5: Incision paramédiane de l'aponévrose [16]

Césarienne Extra-péritonéale au Centre de Santé de Référence de la commune III du district de Bamako :
Aspects Sociodémographiques, Cliniques, indications et pronostic.

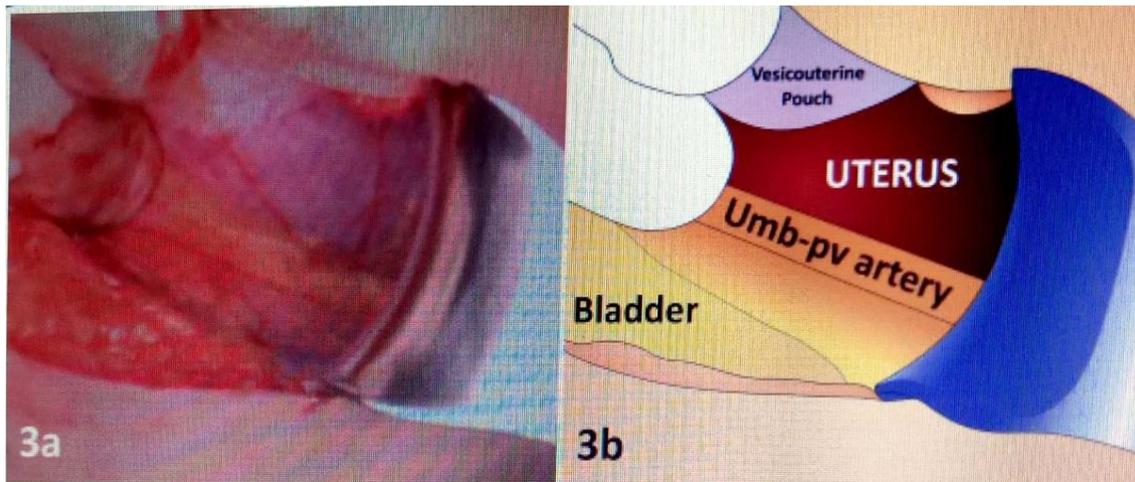


Figure 6 : Accès au segment inférieur [16]

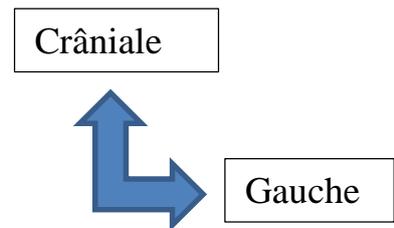
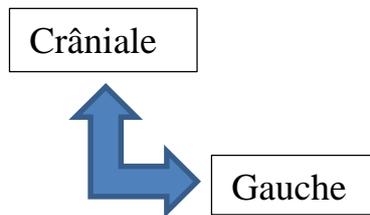


Figure 7 : Incision segmentaire [16]

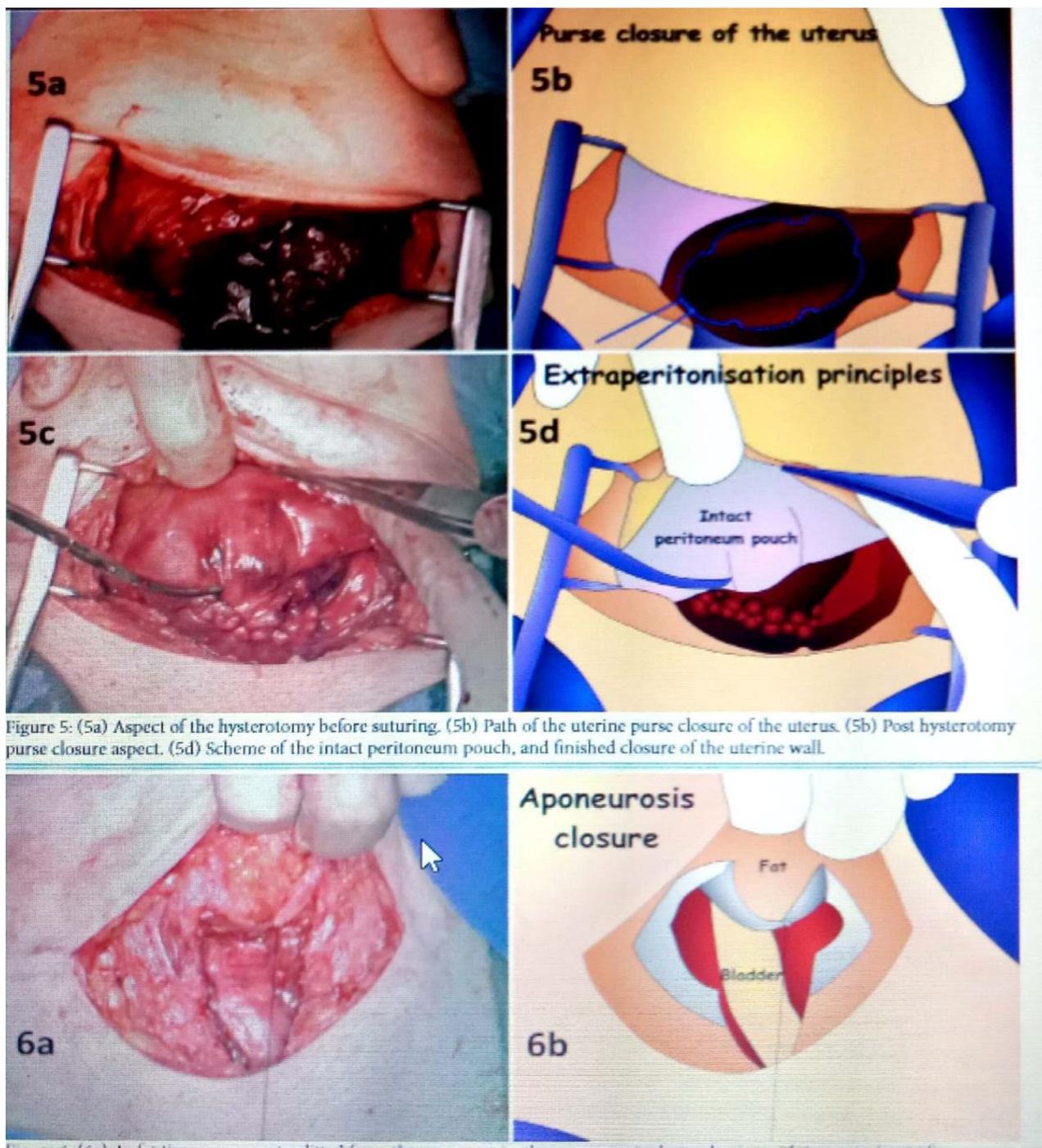
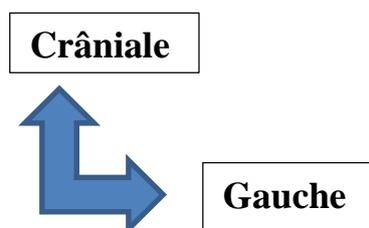


Figure 8 : Hystérorraphie en bourse et suture aponévrotique [16]



6.1 Indication de la césarienne selon Maillet [17]

Cette classification faisait intervenir la notion d'indications obligatoires, de prudence, de nécessité et abusive.

6.2 Les indications obligatoires

Il s'agit des situations pathologiques de la grossesse ou de l'accouchement où une parturition normale est impossible, l'absence d'intervention menaçant le pronostic materno-fœtal (par exemple, la disproportion foeto - pelvienne, présentation anormale excepté le siège, placenta prævia hémorragique).

6.3 Les indications de prudence

Il s'agit des situations où l'accouchement par voie basse est théoriquement possible, mais l'intervention apporte surtout une meilleure survie néonatale où préviennent certaines complications (par exemple la souffrance fœtale, présentation de siège).

6.4 Les indications de nécessité

Elles concernent des pathologies de la grossesse ou de l'accouchement généralement accessible au traitement médical curatif ou préventif. Mais en l'absence d'une prise en charge adéquate et précoce, l'évolution conduit à des complications nécessitant une intervention de sauvetage maternel ou fœtal (par exemple, l'hypertension artérielle et ses complications, autre pathologie maternelle).

6.5 Césariennes abusives

Concernent toutes les indications de césarienne par excès ou qui auraient pu être évitées (dystocie dynamique non traitée médicalement, bassin limite sans épreuve de travail correcte, souffrance fœtale sur la base du seul critère présence du liquide amniotique teinté, d'une bradycardie isolée, tachycardie isolée,...).

6.6 La classification de Michael Robson:

Ce système classe les femmes en fonction de leurs caractéristiques obstétricales, permettant ainsi de comparer les taux de césariennes.

Cette classification a été largement approuvée par l'OMS, ce qui lui a valu d'être proposée comme système de classification de référence.

L'OMS a réalisé deux revues systématiques visant à évaluer la valeur, les avantages et les inconvénients éventuels de l'utilisation de cette classification pour mieux comprendre les taux de césarienne et les tendances en la matière dans le monde.

Ce système définit 10 groupes sur la base de quatre caractères obstétricaux:

La catégorie de la grossesse : grossesse mono fœtale /multiple, la présentation fœtales,

Les antécédents obstétricaux : Parité et existence de cicatrice utérine,

Le mode de début du travail et le moment de la césarienne par rapport au travail : travail spontané, le travail induit, césarienne avant le travail,

L'âge gestationnel au moment de la césarienne.

Parmi les systèmes de classification existants, la classification en 10 groupes également appelée « classification de Robson » (Figure n°9) a été adoptée par l'OMS comme système international de référence pour l'évaluation, la surveillance, et la comparaison des taux de césarienne au sein des établissements obstétricaux.

**Césarienne Extra-péritonéale au Centre de Santé de Référence de la commune III du district de Bamako :
Aspects Sociodémographiques, Cliniques, indications et pronostic.**



Figure n°9 : La classification en dix (10) groupes de Robson [18].

7. Complications de la césarienne

7.1. Les complications Maternelles

La mortalité maternelle est de l'ordre de 1 à 3% soit un risque six fois supérieur à celui de l'accouchement par voie basse [19]. En Afrique, ce taux est de 4,7% au Sénégal ; 3,5% à Brazzaville [20]. Dans les pays développés, la mortalité maternelle après césarienne se situe entre 0,07 à 0,34% [19]. Les causes de ces

morts sont : les infections, les hémorragies, les accidents anesthésiques, les pathologies maternelles préexistantes. Une césarienne peut se compliquer en allongeant la durée d'hospitalisation et le coût de la prise en charge.

7.1.1 Les complications per opératoires

→ Les complications anesthésiques : Elles sont les mêmes que pour toutes les autres interventions. Le syndrome de Mendelson est plus fréquent au cours de la césarienne car faite plus souvent en urgence chez les parturientes non à jeûne [21].

→ L'hémorragie per opératoire : La césarienne peut comporter les complications hémorragiques liées:

- Aux facteurs généraux : troubles de la coagulation et de l'hémostase.

- Aux facteurs locaux : d'origine utérine et placentaire.

- Lésions traumatiques pré ou per opératoires, inertie utérine per ou post - opératoire.

→ Déchirure du segment inférieur de l'utérus : Elle est secondaire à une hystérotomie de taille inadaptée au poids fœtal ou à des manœuvres brutales lors de l'extraction de la tête. Parfois la déchirure file vers les pédicules utérins, il faut se méfier de l'uretère qu'il faut vérifier après arrêt de saignement.

→ Plaies vésicales : Elles sont rares, elles se font soit à l'ouverture du péritoine pariétale; soit lors de l'incision du péritoine vésicale. Toute plaie vésicale diagnostiquée doit être suturée en deux temps au fil résorbable et oblige à la mise en place d'une sonde urinaire à demeure pendant 6 à 7 jours minimum.

→ Les autres complications de la chirurgie abdominale : Les plaies digestives, les lésions de l'uretère sont exceptionnelles. Leurs réparations nécessitent la compétence des spécialistes [19].

7.1.2 Les complications post opératoires

→ Les complications infectieuses : Elles représentent 20% des complications des césariennes. Elles résultent des évacuations et prise en charge tardive, travail d'accouchement prolongé; il s'agit: d'endométrite, d'infection urinaire, de suppuration de la paroi, lâchage de paroi, de péritonite asthénique qui surviennent dans un contexte de fièvre.

→ Les hématomes pelviens : Elles sont moins fréquentes.

→ Les complications thrombo - emboliques : Bien que rares, elles sont graves du fait du risque vital. Il faut insister sur les thérapeutiques préventives, les dépistages post opératoires basés sur les signes de «PANCARTE» (Tension artérielle, Température, Pouls) et la palpation attentive des cuisses et mollets.

→ L'anémie : Elle est fréquente, il faut la rechercher par la clinique et la numération globulaire sanguine systématique.

→ Les troubles du transit: Ils sont rares et souvent associés à une collection hématique ou infectée sous péritonéale qu'il faut rechercher et évacuer.

7.2. Les complications fœtales

→ La mortalité périnatale : Dans certaines séries son chiffre apparaît plus élevé du fait que parmi les patientes césarisées, on retrouve, outre la pathologie obstétricale, le risque néonatal.

→ La morbidité néonatale : Le risque de traumatisme fœtal existe : Paralysie de plexus brachial. Fracture de l'humérus. Fracture du fémur. La détresse respiratoire est due à certaines drogues anesthésiques. Le retard de résorption du liquide pulmonaire lié au fait que le thorax fœtal n'est pas soumis à la compression qu'il subit par voie basse

IV. Méthodologie

1. Lieu d'étude

Notre étude s'est déroulée au centre de santé de référence de la commune III (CS Réf. CIII) du district de Bamako.



Figure 10 : Carte de la commune III [22].

2. Type et Période d'étude

Il s'agit d'une étude analytique cas / témoin sur une période allant de du 11 octobre 2017 au 10 octobre 2018 soit une durée de 12 mois.

3. Population d'étude

La population d'étude était constituée par les femmes enceintes admises à la maternité de la commune III pour accouchement pendant la période d'étude.

❖ Définition des cas et des témoins

Cas : Il s'agit de toutes les femmes enceintes admises dans le service de gynécologie obstétrique chez qui la technique de la césarienne extra-péritonéale a été réalisée.

Témoin : Il s'agit de toutes les femmes enceintes admises dans le service de gynécologie obstétrique chez qui la technique de la césarienne de Misgav Ladach.

3.1. Critères d'inclusion

Etaient incluses dans notre étude toutes les femmes enceintes chez qui les techniques de césarienne intra-péritonéales et extra - péritonéale ont été réalisées et qui ont accepté de participer à l'étude.

3.2. Critères de non inclusion

N'étaient pas incluses dans notre étude toutes femmes enceintes ayant accouchées par voie basse ou les cas de césarienne vaginale.

Echantillonnage

- Technique d'échantillonnage

Nous avons colligé de façon exhaustive tous les cas de césarienne extra-péritonéale ou non en dehors des césariennes vaginales au cours de la période d'étude.

4. Collectes des données

4.1. Support et techniques de collecte des données

Le recueil des données a été fait avec des questionnaires individuels (Fiches d'enquête) à partir des dossiers obstétricaux, du registre des anesthésistes et du registre du compte rendu opératoire.

4.2. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies sur Word 2010 et analysées sur le logiciel SPSS.

Les tests statistiques utilisés ont été le test de Chi² avec comme seuil de significativité $P < 0,05$.

5. Critère d'appariement

Nous avons apparié :

Un cas pour deux témoins,

Les témoins ont été sélectionnés de façon aléatoire.

V. Résultats

1. Fréquence

Durant la période d'étude, nous avons colligé 2849 accouchements dont 675 césariennes soit 23,69 %. La fréquence de la césarienne extra-péritonéale par rapport aux césariennes a été 8,59 % soit 58 cas. La fréquence de la césarienne extra-péritonéale par rapport aux accouchements a été 2 % soit 58 cas.

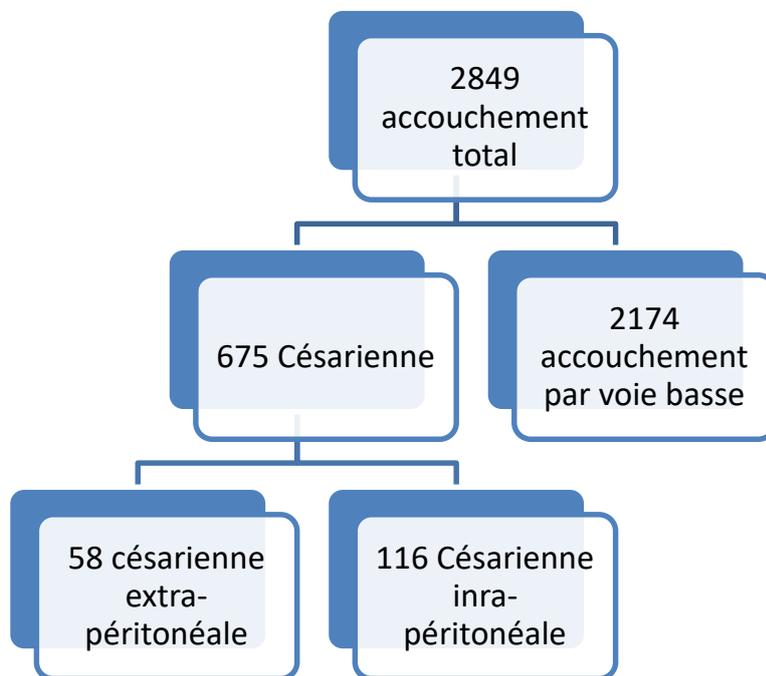


Figure 11 : Diagramme de Flux

2. Profil Sociodémographique et antécédents obstétricaux

Tableau I : Profil Sociodémographique et antécédents obstétricaux.

Variables mesurées	Cas		Témoin		Chi ² Pearson	de Valeur- P
	N=58	%	N=116	%		
Tranche d'Age en année						
≤ 19	12	20,7	17	14,7	1,114	0,564
20-34	35	60,3	78	67,2		
≥ 35	11	19,0	21	18,1		
Statut Matrimonial						
Marié	57	98,3	111	95,7	0,777	0,378
Célibataire	1	1,7	5	4,3		
Niveau de scolarisation						
Non scolarisée	11	19,0	35	30,2	6,878	0,076
Primaire	8	13,8	24	20,7		
Secondaire	21	36,2	38	32,8		
Supérieur	18	31,0	19	16,4		
Mode d'admission						
Référée	42	72,4	46	39,7	18,921	0,000
Évacuée	6	10,3	13	11,2		
Ve.nue d'elle-même	10	17,2	57	49,1		
Gestite						
Primigeste	28	48,3	30	25,9	17,419	0,001
Paucigeste	24	41,4	44	37,9		
Multigeste	5	8,6	28	24,1		
Grande multigeste	1	1,7	14	12,1		
Parité						
Primipare	30	51,7	33	28,4	15,654	0,001
Paucipare	25	43,1	47	40,5		
Multipare	2	3,4	27	23,3		
Grande multipare	1	1,7	9	7,8		

3. Antécédent médico-chirurgicaux :

Tableau II : Répartition des patientes selon les antécédents médico-chirurgicaux.

ATCD Médico-chirurgicaux	Cas		Témoin	
	N=58	%	N=116	%
ATCD Médicaux				
HTA	4	6,9%	9	7,8%
Diabète	1	1,7%	4	3,4%
Drépanocytose	4	6,9%	5	4,3%
Arthrose	1	1,7%	0	0,0%
Epilepsie	2	3,4%	1	0,9%
Hépatite B	3	5,2%	3	2,6%
UGD	1	1,7%	0	0,0%
Hyperthyroïdie	0	0,0%	1	0,9%
VIH Type I	0	0,0%	2	1,7%
Aucun	42	72,4%	91	78,4%
ATCD Chirurgicaux				
Césarienne	11	19,0	42	36,2
Myomectomie	1	1,7	3	2,6
Salpingectomie	0	0,0	1	0,9
Aucune	46	79,3	73	62,9

4. Examen à l'entrée :

4.1. Examen Clinique et Suivi de grossesse :

Tableau III : Répartition des patientes selon les signes généraux et le suivi de grossesse.

Signes généraux et suivi de grossesse	Cas		Témoin	
	N=58	%	N=116	%
Pression Artérielle				
< 140/90	50	86,2	95	81,9
140/90 à 150/100	5	8,6	11	9,5
≥ 160/110	3	5,2	10	8,6
Température				
< 36,5	5	8,6	15	12,9
36,5-37,5	51	87,9	99	85,3
> 37,5	2	3,4	2	1,7
IMC				
Normal	28	48,3	31	26,7
Surpoids	14	24,1	50	43,1
Obésité	16	27,6	35	30,2
Nombre de CPN				
0	0	0,0	1	0,9
1-3	10	17,2	33	28,4
≥ 4	48	82,8	82	70,7

IMC= Normal : 18-25 Kg /m², Surpoids > 25-30 kg/m², Obésité > 30 kg/m².

4.2. Examen obstétrical :

Tableau IV : Répartition des patientes selon l'examen obstétrical

Examen Obstétrical	Cas		Témoin	
	N=58	%	N=116	%
Age de la grossesse en SA				
≤ 28 SA	1	1,7	1	0,9
29-32 SA	0	0,0	1	0,9
32-34 SA	0	0,0	1	0,9
34-36 SA	6	10,3	12	10,3
Présentation du fœtus				
Céphalique	52	89,7	104	89,7
Siège	4	6,9	7	6,0
Transversale	2	3,4	5	4,3
BDCF				
0	0	0,0	3	2,6
< 120	2	3,4	14	12,1
120 à 160	55	94,8	99	85,3
> 160	1	1,7	0	0,0
Poche des eaux				
Intacte	50	86,2	100	86,2
Rompue	8	13,8	16	13,8
Délai de la Rupture de la poche des eaux				
< 12 heures	4	6,9	13	11,2
12-24 heures	0	0,0	2	1,7
> 24 heures	4	6,9	1	0,9
Intactes	50	86,2	100	86,2

Période du travail d'accouchement

Latence	3	5,2	27	23,3
Active	10	17,2	31	26,7
Non en travail	45	77,6	58	50,0

5. Prise en charge

5.1. Type de césarienne

Tableau V : Répartition des patientes selon le type de césarienne

Type de Césarienne	Cas		Témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
Programmée	36	62,1	37	31,9
Urgence	22	37,9	79	68,1
Total	58	100	116	100

OR= 3,49 [1,80-6,75],

5.2. Indications de la césarienne

Tableau VI: Répartition des patientes selon les indications de césarienne

Indication de la césarienne	Cas		Témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
Utérus (Uni ou multi cicatriciel)	14	24,1	36	31,0
Dystocie osseuse	16	27,6	13	11,2
HTA et Complication d'HTA	5	8,6	7	6,0
Primipare âgée	9	15,5	6	5,2
Trouble du rythme cardiaque fœtal	3	5,2	20	17,2
Présentation dystocique	6	10,3	10	8,6
Chorioamniotite	3	5,2	1	0,9
HRP grade II	0	0,0	2	1,7
HRP grade III	0	0,0	3	2,6
PP centrale hémorragique	0	0,0	4	3,4
Macrosomie	1	1,7	9	7,8
Crise d'éclampsie sur grossesse	0	0,0	2	1,7
Procidence du cordon 2 ^{ème} degré Battant	0	0,0	3	2,6
Drépanocytose forme SS	1	1,7	0	0,0
Total	58	100	116	100

Chi² de Pearson : 31,000, P : 0,003, ddl : 13.

5.3. Type d'anesthésie

Tableau VII : Répartition des patientes selon le type d'anesthésie

Type d'Anesthésie	Cas		Témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
Générale	0	0,0	14	12,1
Rachi anesthésie	46	79,3	101	87,1
Péri durales	9	15,5	0	0,0
1+2	2	3,4	1	0,9
1+3	1	1,7	0	0,0
Total	58	100	116	100

Chi² de Pearson : 28,776, P : 0,000, ddl : 4.

NB : 1+2 : il s'agit de cas de rachi anesthésie convertie en anesthésie générale.

1+3 : correspond au cas d'anesthésie péridurale convertie en anesthésie générale.

Tableau VIII : Répartition des patientes selon la qualification des opérateurs

Opérateurs	Cas		Témoin		OR [IC]
	Effectif	%	Effectif	%	
Gynécologue	21	36,2	6	5,2	1
DES Gynéco	1	1,7	11	9,5	9,33 [1,41-61,61]
Médecin Généraliste	36	62,1	93	80,2	2,787 [1,97-3,92]
Etudiant en année de thèse	0	0,0	6	5,2	-
Total	58	100	116	100	

Tableau IX : Répartition des patientes selon l'ouverture de la paroi abdominale.

Ouverture de la paroi abdominale	Cas		Témoin		OR [IC]
	Effectif	%	Effectif	%	
Pfannenstiel	56	96,6	22	19,0	1
Joël Cohen	2	3,4	92	79,3	33,74 [8,50-133,87]
IMSO	0	0,0	2	1,7	-
Total	58	100	116	100	

Tableau X: Répartition des patientes selon les complications per opératoires

Complications per opératoires	Cas		Témoin		OR [IC]
	Effectif	%	Effectif	%	
Atteinte vésicale	2	3,4	1	0,9	1
Ouverture accidentelle du péritoine	2	3,4	0	0,0	-
Aucun	54	93,1	115	99,1	4,25 [0,37-48,003]
Total	58	100	116	100	

Chi² de Pearson : 5,645, P : 0,59 ddl : 2

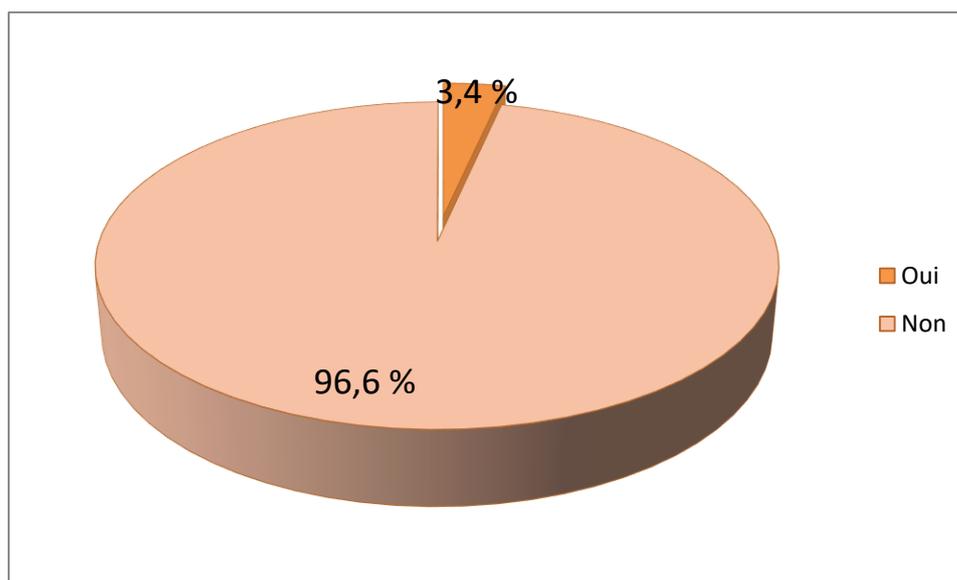
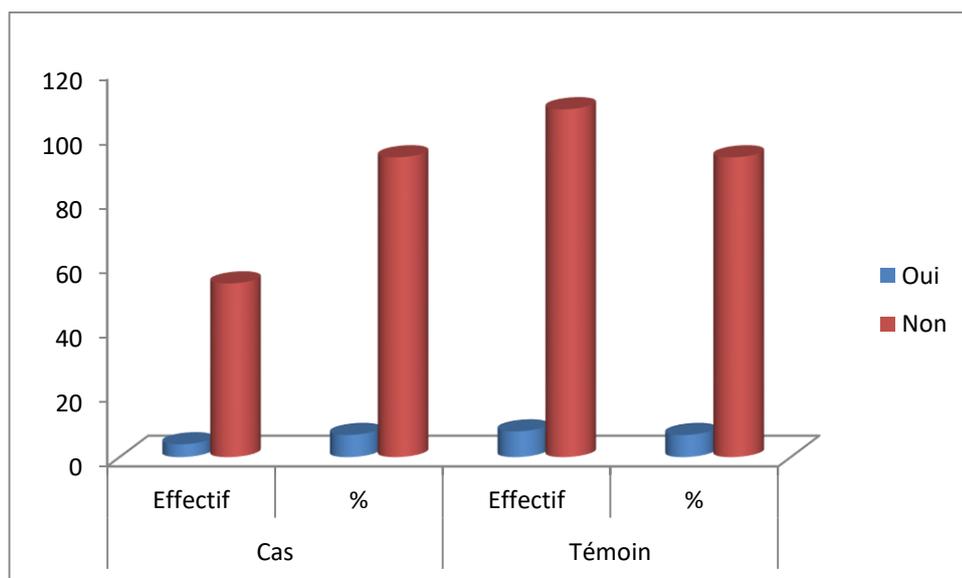


Figure 12 : Répartition des patientes selon la conversion de l'intervention en Intra péritonéale.

**Césarienne Extra-péritonéale au Centre de Santé de Référence de la commune III du district de Bamako :
Aspects Sociodémographiques, Cliniques, indications et pronostic.**



Chi² de Pearson : 0,000, P : 1,000, ddl : 1

Figure 13 : Répartition des patientes selon les difficultés d'extraction fœtale.

Tableau XIV: Répartition des patientes selon la durée d'intervention

Durée d'intervention	Cas		Témoins		OR [IC]
	Effectif	%	Effectif	%	
< 20 min	1	1,7	11	9,5	1
20-30 min	7	12,1	28	24,1	0,36 [0,04-3,309]
30-60 min	41	70,7	74	63,8	0,16 [0,02-1,31]
> 60 min	9	15,5	3	2,6	0,03 [0,003-0,344]
Total	58	100	116	100	

Chi² de Pearson : 15,828, P : 0,001, ddl : 3.

Tableau XV: Répartition des patientes selon la durée d'extraction fœtale

Durée d'extraction fœtale en minute	Cas	Témoins	Cas	Témoins
	Effectif	%	Effectif	%
≤ 5	14	24,1	105	90,5
6-10	32	55,2	11	9,5
≥ 11	12	20,7	0	0,0
Total	58	100,0	116	100,0

Chi² de Pearson : 81,575, P : 0,000, ddl : 3

Chez les cas la durée moyenne d'extraction fœtale a été de 7,93 minutes avec des extrêmes 2 à 17 minutes et chez les témoins c'était de 3,13 minutes avec des extrêmes de 1 à 9 minutes.

Tableau XVII: Répartition des patientes selon le poids du nouveau-né

Poids du nouveau-né en gramme	Cas		Témoins	
	Effectif	%	Effectif	%
< 2500	12	20,7	20	17,2
2500-3999	45	77,6	85	73,3
≥ 4000	1	1,7	11	9,5
Total	58	100	116	100

- ✓ Poids moyens chez les cas était de 2877,41g avec des extrêmes de 1250-4200 g.
- ✓ Poids moyens chez les témoins était de 3054,82 g avec des extrêmes de 795 – 4770 g

Tableau XVIII: Répartition des patientes selon le poids du 2^{ème} Jumeau

Poids Foetal du 2 ^{ème} Jumeau	Témoin	
	Effectif (N =6)	%
< 2500	2	1,7
2500-3999	4	3,4
Total	6	5,1

Tableau XIX: Répartition des patientes selon l'Apgar à la 1^{ère} minute.

Apgar à la 1 ^{ère} min	Cas		Témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
0	0	0,0	3	2,6
1-3	0	0,0	1	0,9
4-7	3	5,2	19	16,4
≥ 8	55	94,8	93	80,2
Total	58	100	116	100

Chi² Pearson : 6,817, P : 0,078, ddl : 3.

Tableau XX: Répartition des patientes selon l'Apgar à la 5^{ème} minute.

Apgar a la 5 ^{ème} min	Cas		Témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
0	0	0,0	3	2,6
4-7	0	0,0	2	1,7
≥ 8	58	100	111	95,7
Total	58	100	116	100

Chi² de Pearson : 2,574, P : 0,275, ddl : 2.

Tableau XXI: Répartition des patientes selon la douleur post opératoire

Douleur Post Opératoire	Cas		Témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
Oui	7	12,1	107	92,2
Non	51	87,9	9	7,8
Total	58	100	116	100

Chi ² de Pearson : 110,009, P : 0,000, ddl : 1, OR=0,12 [0,004-0,033]

Tableau XXII: Répartition des patientes selon l'antalgique utilisé

Antalgique utilisé	Cas		Témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
Pas d'antalgique	51	87,9	9	7,8
AINS + Paracétamol	1	1,7	41	35,3
AINS seul	0	0,0	4	3,4
Paracétamol seul	4	6,9	30	25,9
Paracétamol + Nefopam	2	3,4	21	18,1
Para+AINS+Nefopam	0	0,0	11	9,5
Total	58	100	116	100

Chi ² de Pearson : 111,082, P : 0,000, ddl : 1.

Tableau XXIII: Répartition des patientes selon la mobilité post opératoire

Mobilité Post opératoire	Cas		Témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
Précoce (dans les 03h)	52	89,7	35	30,2
Tardive (\geq 06h)	6	10,3	81	69,8
Total	58	100	116	100

Chi ² de Pearson : 54,724, P : 0,000, ddl : 1, OR=20,057, IC= [7,886-51,010]

Tableau XXIV: Répartition des patientes selon la reprise du transit

Reprise du transit	Cas		Témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
Instantanée (< 24h)	52	89,7	31	26,7
Tardive (> 24h)	6	10,3	85	73,3
Total	58	100	116	100

Chi ² de Pearson : 61,383, P : 0,000, ddl : 1, OR=23,763, [9,284-60,822]

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

Durée d'hospitalisation	Cas		Témoin		OR [IC]
	Effectif	%	Effectif	%	
< 24 H	3	5,2	0	0,0	1
24-48 H	49	84,5	63	54,3	2,28 [1,85-2,82]
> 48 H	6	10,3	53	45,7	9,83 [4,60-20,99]
Total	58	100	116	100	

Chi² de Pearson : 25,715, P : 0,000, ddl : 2.

Tableau XXVII: Répartition des patientes selon les complications post opératoire.

Complication Post Opératoire	Cas		Témoin	
	Effectif	%	Effectif	%
HPPI	3	5,2	0	0,0
Suppuration pariétale	0	0,0	1	0,9
Endométrite	1	1,7	0	0,0
Aucune	54	93,1	115	99,1
Total	58	100	116	100

Chi² de Pearson : 8,645 P : 0,034, ddl : 3.

VI. Commentaires et discussion

1. Aspect Méthodologique:

Nous avons fait une étude rétrospective cas / témoins s'étendant sur 12 mois. Notre étude s'est portée sur 58 césariennes extra-péritonéales et 116 césariennes intra-péritonéales réalisées dans notre service. Cependant les difficultés rencontrées ont été surtout les insuffisances de chirurgiens qualifiés et des d'études similaires pouvant servir de référence.

2. Fréquence:

Durant notre période d'étude, la fréquence de césarienne était de 23,69 %. Cette fréquence s'explique par le fait que le Centre de Santé Référence CIII reçoit beaucoup de cas d'évacuation et de référence des Centres de Santé Communautaire et des structures privées, c'est un centre qui est beaucoup sollicité malgré qu'il soit le plus jeune des centres de santé de référence du District de Bamako. En ce qui concerne la césarienne extra-péritonéale nous avons obtenu une fréquence de 8,59 % par rapport aux autres techniques. Contrairement à notre valeur, Kaouther et al [13] et Nanda SS et al [23] ont trouvé respectivement un taux de césarienne extra péritonéale à 65 % et 79,63 %. L'introduction de cette technique dans notre service est récente et certains de nos chirurgiens n'ayant aucune maîtrise de cette nouvelle technique, ont préféré les autres techniques de césariennes. Nous pouvons ajoutés aussi que ses indications étant très strictes (du fait qu'elle n'est pas utilisée dans tous les cas surtout dans certains cas d'urgences) peuvent expliquées ce taux bas enregistré au cours de notre étude.

3. Caractéristiques sociodémographiques:

L'âge moyen de nos patientes était de 27 ± 24 ans avec des extrêmes 14 et 42 ans. La tranche d'âge la plus représentative dans notre série était celle de 20-34 ans soit 35 cas (60,3 %) contre 78 témoins (67,2 %). Contrairement à notre valeur, Nanda SS et al [23] ont trouvé respectivement une tranche de 21-30ans (71 %) et Sharma PP et al [15], 18 et 32 ans et l'âge moyen était de $21,31 \pm 2,62$ ans.

En effet, nous trouvons que ceci est dû au fait que cette tranche d'âge fait partie de la population en pleine activité génitale; l'âge est un facteur de risque de césarienne qui intervient par lui-même, aussi bien chez la primipare que chez la multipare. Ceci s'expliquerait par la préoccupation du médecin et des parents, laquelle est d'autant plus importante que la primipare est âgée [24,25]. Dans notre série plus de la moitié de nos patientes ont été adressées par un Médecin soit 72,4 parmi les quelles 36 cas soit 62,1% contre 37 témoins soit 31,9% de de césarienne prophylactique, ce qui prouve son caractère de programmation qui est mieux indiqué par rapport à celui de l'urgence.

Il existe une relation statistiquement significative entre la nature de la césarienne et le mode d'admission avec $P < 0,000$.

4. Déroulement de la grossesse:

Plus de la moitié de nos patientes avaient effectuée au moins 4 C.P.N avec 48 cas et 82 témoins soit 82,8 % et 70,7 %.

Huit femmes de 15-49 ans ayant eu une naissance vivante au cours des cinq dernières années sur 10 (80 %) ont effectué au moins une visite prénatale auprès d'un prestataire formé (médecin, infirmière, sage-femme, matrone). Le nombre et le moment des visites sont également importants. Moins de la moitié des

femmes (43 %) ont effectué au moins quatre visites prénatales et pour 36 % la première visite s'est déroulée avant quatre mois de grossesse.

L'efficacité des soins prénatals dépend de la qualité des services rendus lors des consultations [26].

5. Aspects cliniques :

5.1 Examen obstétrical:

Dans notre étude, nous avons obtenu chez les cas 89,7 % de présentation céphalique, 6,9 % de présentation de siège et 3,4 % de présentation transverse, contre 89,7 % de présentation céphalique, 6,0 % de présentation de siège et 4,3 % de présentation transverse, ce qui se rapproche beaucoup des données obtenues par Nandia SS et al [23] qui avaient 93% de présentation céphalique, suivie siège (5%) et transverse (2%).

Seulement 13,8 % de nos patientes avaient les membranes ovulaires rompues au moment de la césarienne contrairement chez Nandia SS et al [23] qui avaient une majorité de ses patients avec membranes rompues à l'admission (72%). L'ouverture de l'œuf avant l'accouchement comporte un risque septique et qui s'augmente avec le délai de la rupture, justifiable pour de nombreux auteurs d'une antibioprophylaxie.

5.2 Indication de la césarienne:

Les dystocies osseuse ont été dominantes dans notre série soit 27,6 % de cas, qui regroupait les bassins généralement rétrécis, bassins asymétriques, l'échec de l'épreuve de travail (bassin limite avec fœtus de poids normal) suivit des césariennes itératives 24,1 % et dans notre série nous avons obtenu 15,5 % de primipare âgée ; contre 31,0% des césariennes itératives, 17,2% de trouble du rythme cardiaque fœtal et 11,2 % de Dystocie osseuse chez les témoins.

En matière de dystocie osseuse, PAUL et MILLER [27], considèrent que les obstétriciens doivent être vigilants avant de poser l'indication de la première césarienne car «césarienne une fois, césarienne pour toujours». Pour cela, une bonne confrontation céphalo pelvienne par une radio-pelvimétrie et une échographie obstétricale grâce au diagramme de Magnin permettrait de bien préciser la conduite à tenir.

Pour plusieurs auteurs, la césarienne a permis d'améliorer le pronostic périnatal chez les femmes toxémiques, notamment en cas de prématurité ou d'hypotrophie fœtale avec souffrance fœtale chronique. Nous comptons 8,6 % d'hypertension artérielle gravidique parmi les indications de nos césariennes. La présentation dystocique comprenait les présentations transverses, les présentations du front et de la face (menton-sacré) ; elles étaient au nombre de 10,3 % dans notre série, un taux qui se rapproche à celui de Nandia SS et al [23] qui avaient trouvé 7 %.

Au cours de notre étude le siège était associé à la césarienne dans 4 % des cas, un taux proche de celui obtenu par Nandia SS et al [23]: 5 %. Les taux de cette indication sont plus variables; ceci tient du fait que la conduite à tenir devant une présentation du siège n'est pas univoque. Lors des 10 dernières années, la présentation du siège a contribué à l'augmentation du taux des césariennes [28, 29,30]. Actuellement, la césarienne programmée pour présentation du siège est mise en cause. Il faudrait abandonner toute démarche systématique au profit d'une démarche raisonnée [24,31].

Dans notre étude, la présentation transverse était de 3,4 % proche de celui de la valeur obtenue par Nandia SS et al [23] soit 2%. Nous relevons 3 cas des Troubles des rythmes cardiaques fœtaux soit 5,2 % de l'ensemble de nos indications, un taux qui est plus bas par rapport à celui de Nandia SS et al [23] qui était de 36 %. Nous retenons comme critère de la souffrance fœtale aiguë:

les modifications du rythme cardiaque fœtal ou l'apparition d'un liquide amniotique teinté au cours du travail en dehors d'une présentation de siège. Le monitoring électronique du rythme cardiaque fœtal, surtout dans les grossesses à risque permet de dépister une éventuelle souffrance fœtale aigüe. Une étude Danoise a mis en évidence une augmentation du taux de césarienne de 15% dans les maternités qui utilisent le RCF par rapport à celles qui ne l'utilisent pas [32]. Dans les cas douteux, il faudrait le Ph du scalp pendant le travail [29, 30, 31,33]. En fait, l'idéal serait de déterminer le pH sanguin fœtal, technique trop peu utilisée même dans les pays les plus médicalisés [29]. La rupture prématurée des membranes est rarement individualisée comme indication, mais elle est souvent associée à un phénomène pour lequel elle renforce l'indication de césarienne. Toutefois, du fait de sa complication majeure qui est l'infection amniotique (Chorioamniotite), elle est de plus en plus fréquente comme indication de césarienne et qui est surtout mieux indiqué dans notre contexte-ci pour éviter une propagation infectieuse au niveau de la cavité abdominale voir une péritonite. Dans notre série, nous avons enregistré 3 cas de Chorioamniotite soit 5,2 %.

5.3 Déroulement de la césarienne:

Dans notre série, nous avons noté 55 cas (94,8%) d'anesthésie locorégionale, (46 cas (79,3%) de rachi-anesthésie contre 9 cas (15,5 %) d'anesthésie péridurale) et la conversion à l'anesthésie générale a été réalisé dans 3 cas (5,1%) , un taux qui se rapproche à celui de Tappauf [16] qui avait enregistré la rachi-anesthésie chez 51 de ses cas et la conversion à l'anesthésie générale a été réalisé dans 3 cas pour insuffisance de gestion de la douleur per-opératoire.

Cela était dû au fait que la plupart de nos patientes étaient reçues par programmation.

Durant notre étude, nous avons enregistré au total 6,8 % de complications peropératoires dont 2 cas (3,4%) de lésions vésicales (l'une suturée en intra-péritonéale et l'autre en extra-péritonéale), 2 cas (3,4 %) d'ouverture accidentelle du péritoine contre 1 (0,9 %) de lésions vésicales chez les témoins; Nandia SS et all [23] rapporte 11,12 % de complications per-opératoires à type d'ouverture accidentelle péritonéale qui se sont abouties à leurs conversions en intra-péritonéales alors que Tappauf [16] rapporte 2 cas d'ouverture accidentelle de la cavité péritonéale suivie de conversion intra-péritonéale.

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la nature de la césarienne et les complications per opératoire P : 0,059.

Nous avons constaté 6,9 % de difficultés extractions parmi les quelle 1,7 % d'extraction instrumentale par ventouse. Ceci est du en général à l'abord même de la technique qui fait intervenir des gestes à type d'écarter, décoller et surtout l'accès du segment inférieur par la voie extra-péritonéale.

Dans notre série, la durée d'intervention était comprise entre 30-60 minutes dans 70,7 %, inférieure à 20 minutes dans 1,7 % et supérieure à 60 minutes dans 15, 5 % contre 30-60 minutes dans 63,8 %, inférieure à 20 minutes dans 9,5 % et supérieure à 60 minutes dans 2,6 % chez les témoins.

En outre la durée minimale était de 13 minutes et la durée maximale de 70 minutes, soit une durée moyenne 45 minutes. Contrairement aux valeurs de Nandia SS et all [23] qui rapport en tune durée moyenne de 50,5 minutes alors que Tappauf [16] rapporte une durée moyenne de 29 minutes.

Dans notre étude la durée d'extraction fœtale la plus fréquente chez les cas étaient de 6-10 min soit 74,4% contre 1-5 min soit 88,2 % chez les témoins.

Il existe une relation statiquement significative ente la nature de la césarienne et la durée d'extraction fœtale P < 0,000.

Les retards observés sont surtout liés aux gestes réalisés avant l'accès au segment inférieur (incision paramédiane de l'aponévrose, les muscles écartés, décollement vésical, accès du segment inférieur par la voie extra-péritonéale) et les difficultés d'extractions rencontrées en plus les opérateurs n'étaient pas encore habitué à cette technique opératoire.

Il existe une relation statistiquement significative entre la nature de la césarienne et la durée totale de l'intervention $P < 0,000$.

5.4 Réhabilitation post-opératoire:

Dans notre série seulement 12,1 % soit 7 de nos patientes ont manifesté des douleurs post-opératoires contre 92,2% soit 107 témoins.

Les 3 patientes avec douleur intense sont des patientes qui ont bénéficié d'une conversion intra-péritonéale suite à des complications per opératoires. Nandia SS et al [23] avaient trouvé 84 % avec des scores de douleur allant de 0 à 5.

Les femmes qui n'avaient pas besoin d'analgésiques étaient de 87,9 %. Dans cette technique nous mettons surtout l'accent sur le fait que nous ne sectionnons point le péritoine à plus forte raison de le suturer.

La mobilité était précoce chez 94 % des patientes après les trois (3) heures qui ont suivi la césarienne contre 30,2 chez les témoins et 6 % qui ont eu une mobilité tardive supérieur à six (6) heures après intervention (il s'agit notamment des 6 % convertis en intra-péritonéale) contre 69,8 % pour les témoins.

Contrairement à nos valeurs, Nandia SS et al [23] ont trouvé une mobilisation des patientes survenant dans les 24 heures chez 52 % et après les 24 heures chez 48 % des patientes. Dans notre série une reprise du transit dans les 03 heures après intervention a été observée chez 94 % de cas contre 6 % de cas de reprise

tardive (≥ 24 heures), il s'agit des 6% convertis en intra-péritonéale; contrairement aux valeurs de Nandia SS et all [23] le retour des bruits intestinaux était présent entre 5 et 12 heures 58 % des femmes; chez 42 % des femmes, les bruits intestinaux ont apparu à 4 heures post-opératoire. Ce confort est surtout lié au fait qu'on n'a pas ouvert la cavité péritonéale à plus forte raison de toucher aux intestins qui sont susceptibles d'engendrer un arrêt du transit intestinal et qui est une particularité avec les autres techniques de césarienne. Nous avons enregistré 93,1 % de nos patientes ayant une précocité d'alimentation (≤ 03 heures) à boire et à manger contre les 6 % convertis en intra-péritonéale chez qui l'alimentation a été tardive (≥ 06 heures).

Chez les témoins cette précocité d'alimentation était de 28,4% et elle a été tardive dans 71,6%.

Ceux-ci pourraient s'expliquer par le fait que la chaîne du transit intestinal n'a pas été interrompue par une manipulation des organes abdominaux et la non ouverture de la cavité péritonéale contrairement aux autres techniques de césariennes.

Il existe une relation statistiquement significative entre la nature de la césarienne et la mobilité, la reprise du transit et l'alimentation $P < 0,000$.

6.Aspects Pronostics :

Dans notre contexte, une suture de hystérotomie par bourse en deux plans : une suture par bourse qui va permettre une constriction du segment inférieur qui offre les avantages hémostatiques et capitonnage utérin; une suture superficielle offre un effet hémostatique, une solidification d'une suture en deux plan et une bonne rétraction utérine en post-opératoire. Nous avons enregistré 4 cas de complication post opératoire dont 3 cas l'hémorragie du post partum immédiate

par atonie utérine (5,2%) et une endométrite (1,7 %) contre un cas de suppuration pariétale soit 0,9% chez les témoins.

En postopératoire, Nandia SS et all [23] ont enregistré une pyrexie présente dans 4% des cas, infection des voies urinaires dans 4 % des cas. L'un des bénéfices de la voie extra-péritonéale est par rapport au risque faible d'infection péritonéale du fait qu'on ne fait pas de lésion péritonéale.

Il n'existe pas de relation statistiquement significative entre la nature de la césarienne et les complications post opératoire $P > 0,034$.

Nous avons noté au cours de l'étude une durée de séjour inférieure à 24- 48 heures chez 84,5 % de nos patientes contre 10,3 % qui ont séjourné au centre pendant 48 heures ou plus et c'étaient les 3,4 % convertis en intra-péritonéale suite aux complications per-opératoires et les 1,7 % non converti mais ayant subit une lésion vésicale. Nandia SS et all [23] rapporte une durée d'hospitalisation ≤ 4 jours dans 86 % des cas, 14 % des cas avaient un séjour prolongé à l'hôpital supérieur à 8 jours alors que Tappauf [16] rapporte une durée d'hospitalisation de 05jours.

Il existe une relation statistiquement significative entre la nature de la césarienne et la durée d'hospitalisation $P < 0,000$.

Dans notre série 5,2 % des nouveau-nés avaient des Apgars à 4-7 à la 1^{ère} minute contre 94,8 % qui avaient des Apgar ≥ 8 mais à la 5^{ème} minute on avait 100 % de nos nouveau-nés avec des Apgars entre 8 et 10.

Chez les témoins 16,4 % des nouveau-nés avaient des Apgars à 4-7 à la 1^{ère} Minute contre 80,2 % qui avaient des Apgar ≥ 8 et à la 5^{ème} minute on avait 95,7 % qui avaient des Apgars entre 8 et 10.

**Césarienne Extra-péritonéale au Centre de Santé de Référence de la commune III du district de Bamako :
Aspects Sociodémographiques, Cliniques, indications et pronostic.**

Nanda SS et all [23] ont trouvé un score néonatal APGAR ≥ 7 dans 90,91 % des cas. Malgré les risques infectieux liés aux ruptures prématurées des membranes, dans notre série nous n'avons pas enregistré d'infection ni de mortalité néonatales. A noter que les nouveau-nés adressés à la néonatalogie pour risque infectieux ont bénéficié des bilans infectieux dont les résultats ont été sans particularités.

VII- Conclusion et Recommandations

❖ Conclusion :

La césarienne extra-péritonéale est une procédure peu traumatique, évitant les complications classiques à type d'infections péritonéales, les iléus paralytiques, offre surtout un confort, un meilleur vécu à la patiente et raccourcir le temps de séjour à l'hôpital. La technique nécessite la connaissance approfondie de l'anatomie chirurgicale pelvienne et obstétrique biomécanique appliquée à la césarienne.

Les auteurs ne la pratiquent pas, de sorte que la courbe d'apprentissage devient plus difficile. Pour les débutants, le stage avec un chirurgien expérimenté familier avec la technique est fortement recommandé pour éviter les complications car elle reste toujours pertinente à l'heure actuelle.

❖ **Recommandations**

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités sanitaires:

-Assurer la formation continue des Médecins en charge des maternités en technique de césarienne extra péritonéale.

Au personnel sanitaire:

-Encourager la pratique de la césarienne extra-péritonéale sur toute l'étendue du territoire afin d'améliorer le pronostic materno-fœtal.

-Respecter les indications de la césarienne extra péritonéale.

Références Bibliographiques

- 1- Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJ, Driscoll AK. et Rossen LM.** Vital statistics rapid release. Naissances : données provisoires pour 2017. Centers for Disease Control and Prevention. 2017. vol. 2020.p. 1-10,
- 2-Nakamura-Pereira M, do Carmo Leal M, Esteves-Pereira AP, Domingues RM, Torres JA, Dias MA, et al.** Utilisation de la classification de Robson pour évaluer les taux de césarienne. Robson pour évaluer le taux de césariennes au Brésil : le rôle de la source de paiement de l'accouchement. *Reprod Health* 2016 ; 13:128.
- 3-Gedikbasi A, Akyol A, Ulker V, et al.** Cesarean techniques de césarienne dans les cas ayant déjà subi une césarienne : comparaison entre Misgav Ladach modifié et Pfannenstiel-Kerr. *Arch Gynecol Obstet* 2011 ; 283 : 711-716.
- 4-Perkins, Fong, Riley, Zaczek, Zabransky.** Conforts post-opératoire de la césarienne extra-péritonéale. www.cesarienne-extra-peritoneale.fr. Consulté le 10/11/2018.
- 5-Tsatsaris V, Audebert F.** Le HELLP syndrome Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Paris : Vigot, 1999; 32p.
- 6-Contenay A J.** L'OMS déplore l'épidémie de césarienne dans le monde. <https://www.lemonde.fr/sante/article/2015/04/10/>. Consulté le 28/11/2022.
- 7- Haidara A A. Mali : Ces multiples césariennes que subissent les femmes:** «C'est pour ne pas avoir mal lors des contractions», estime-t-on. <https://maliactu.net/mali-ces>. Consulté le 10/11/2018.
- 8-Fomba I.** Dernier monitoring du Centre de santé de référence de la commune III sur le taux de césarienne au compte de l'année 2018 .SIS du Centre de Santé de Référence de la Commune III; Bamako 2018.

9-Abdourahmane M B. Etude de la césarienne au centre de sante de référence de Kita. Thèse Médecine Bamako 2010, N°400.

10-Lansac J, Berger C, Magnin G. Obstétrique pour le praticien. Paris: Masson, 1997; 410 P.

11-Vokaer R. Traité d'obstétrique: Tome 2. La grossesse pathologique et l'accouchement dystocique. Paris : Masson, 1985; 689P.

12-Kamina P. Anatomie Gynécologique et Obstétrique. Paris : Maloine, 1984;516 P.

13- Anita P. A Clinical Study-Extraperitoneal Cesarean Section, Indian Journal of obstetrics and Gynecology Volume 5, October – December **2017**.

14- Kaouther D, Ami O, Fauck D, Simon B, Velemir L, Triki1 A. French ambulatory cesarean: Mother and newborn safety. Int J Gynecol Obstet 2020; 148: 198–204, DOI: 10.1002/ijgo.13013

15-Kaouther D, Ahmed H, Amine K, Olivier A, Simon B, Velemir L, Fauck D, Triki A. The extraperitoneal French AmbUlatory cesarean section technique leads to improved pain scores and a faster maternal autonomy compared with the intraperitoneal Misgav Ladach technique: A prospective randomized controlled trial. journal.pone.0245645 January 22, 2021. Doi.org /10.1371/

16-Tappauf C, Schest E, Reif P, Lang U, Tamussino K, Schoell W. Extraperitoneal versus transperitoneal cesarean section: a prospective randomized comparison of surgical morbidity. Am J Obstet Gynecol 2013;209:338.e1-8.

17-De Tourris H, Henrion R, Delecour M. Abrégé illustré de gynécologie et d'obstétrique. Paris : Masson, 1979;570P.

18-Poinstaud C, Boukerrou M. Césarienne selon Joël Cohen : la vraie, Saint-Pierre, Trente septième journées nationales du CNGOF, Paris, 2013, P.345-357

19-Maillet R, Schaal JP, Sloukji JC, et al. Comment réduire les taux de césarienne en CHU. Rev Fr Gynéco Obstétr 1991;86:294-300.

20-Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement.2ème éd, Paris: Simep, 1992;349P.

21-Bellier G. 390 césariennes en deux ans à la maternité de Ndjamen. Med Trop 1975; 35: 301-4.

22-Dione D. Étude comparative de la césarienne classique et de la césarienne Misgaw Ladach. Thèse Médecine Bamako 2008; N°361.

23-Nanda SS, Dash S, Huria A, Mehra Retal. Anobservational study on extraperitoneal caesarean section inpresentera. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.2014sept ; 3 (3):724-727.

24-Ami O, Fauck M, Simon B, Benhamou R, Caraco J-J, Velemir L, et al. , Int J Gynécol Clin Pract 2017,4:131.

25-Harlow BL, Frigoletto FD, Cramer DW, Evans JK. Epidemiologic predictors of cesarean section in nulliparous patients at low risk. Radius Study Group. Routine Antenatal Diagnostic Imaging with Ultrasound Study. Am J Obstet Gynecol 1995;172:156-162.

26-Ministère de la santé/DNSI-CPS. Enquête démographique et de santé Mali (EDNSM VI). 2018 ; 8 p.

27-Parrish KM, Holt VL, Easterling TR, Connell FA, LoGerfo JP. Effect of changes in maternal age, parity, and birth weight distribution on primary cesarean delivery rates. JAMA 1994 ; 271 : 443-7.

28-Adashek JA, Peaceman AM, Lopez-Zeno JA, Minogue JP, Socol ML.

Factors contributing to the increased cesarean birth rate in older parturient women. Am J Obstet Gynecol 1993; 169 : 936-40.

29-Boisselier Ph, Maghioracos P, Marpeau L, Hajali B, Barrat J.

Évolution dans les indications des césariennes de 1977 à 1983, à propos de 18605 accouchements. J Gynécol Obstétr Biol Reprod 1987; 16:251-60

30-Macara LM, Murphy KW.

The contribution of dystocia to the cesarean section rate. Am J Obstet Gynecol 1994; 171:71-7.

31-Gardner MO, Rouse DJ.

Reductions in cost and cesarean rate by routine use of external cephalic version: a decision analysis. Obstet Gynecol 1995; 86:476-8.

32-Maillet R, Schaal JP, Sloukji JC, Dulard E, Colette C.

Comment réduire le taux de césariennes en CHU ? Rev Fr Gynécol Obstétr 1991;86:294-300.

33-Meehan FP.

Cesarean section-post, present and what of the future ? Jof Obstet and Gynecol 1988;8:201-5.

34-World Health Organization, UNICEF.

Revised 1990 estimate of Maternal Mortality a new approach by WHO and UNICEF.WHO.16P

35-Paul RH, Miller DA.

Cesarean birth: how to reduce the rate. Am J Obstétr Gynécol 1995;172:1903-11.

36-Gordah N.

Les opérations césariennes: épidémiologie, indications, complications maternelles et fœtales. A propos de 1333 césariennes réalisées au CMNRT (1986 1987). Thèse médecine 1989, n°142, Tunis.

37-Mestiri A G. Évolution des indications de la césarienne à la Maternité du CHU de Monastir (à propos de 805 cas de 1986 à 1988).

Thèse médecine 1990, Tunis.

38-Papiernik E, Cabrol D, Pons JC. Obstétrique. Paris: Flammarion 1995: 584.

39-Racinet C, Favier M. La césarienne : indications techniques, complications. Paris : Masson 1984:1-164

40-Diallo M. La césarienne extra-péritonéale au centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako : série de 50 cas. Thèse de Médecine ; Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie de Bamako; 2019 ;N..

41-Clarel A. and Bruce K. Young. Cesarean section one hundred years 1920–2020: the Good, the Bad and the Ugl

42-Lansac J. La césarienne extra péritonéale: techniques, intérêts et limites. Collège national des gynécologues et obstétriciens français ; Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique – TOME XXXII publié le 3.12.2008

43-Bebincy D S, Chitra J. Extraperitoneal versus transperitoneal cesarean section in surgical morbidity in a tertiary care centre, Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2017 Aug;6(8):3397-3399

44-Labedev A.S., Ponomareva N.A., Luneva I.S. The new possibilities of extraperitoneal cesarean section application. Kursk Medical University, Kursk, Russia.

45-Omer E, Yapca, Yunus E, Topdagi & A. Al Ragip. Fetus delivery time in extraperitoneal versus transperitoneal cesarean section: A randomized trial, The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine, DOI: 10.1080/14767058.2018.1499718

46-Onur K, Gürcan T, Erkan Ş.

Extraperitoneal Cesarean, is it Safe and Comfortable ? East J Med 25(4): 530-534, 2020 DOI: 10.5505/ejm.2020.78790

47-Li-Hsuan W, Kok-M S, Li-Ru C and Kuo-H C.

The Health Impact of Surgical Techniques and Assistive Methods Used in Cesarean Deliveries: A Systemic Review. Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 6894; doi:10.3390/ijerph17186894

48-OMS. Déclaration de l’OMS sur le taux de césarienne. Genève: OMS;2015.http://apps.who.int/iris/bit-stream/10665/161443/1/WHO_12.02_fré.pdf.

IX. Annexes

Fiche d'enquête

I-IDENTIFICATION:

Q01-Age:.....(en année) 1=14–25, 2=26–35, 3=36-42

Q02-Statut Matrimonial..... 1-Marié 2-Célibataire 3-Divorce 4-Veuve

Q03-Scolarité..... 1-Non scolarisée 2-Primaire 3-Secondaire 4-Supérieur

Q04-Profession..... 1-Ménagère 2-Élève/Étudiante 3-Fonctionnaire 4-
Commerçant 5-autres

Q05-Mode d'admission..... 1-Référée / Évacuée 2-Venue d'elle-même 3-
adressée par Médecin

Q06-Motif d'admission..... 1- CUD sur Grossesse 2-Césarienne
prophylactique 3-Autres (à préciser)

II-ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

Q07-Gestité.....

Q08-Parité.....

Q09-Vivant.....

Q10-Décédés.....

Q11-Avortement.....

III-ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX

Q12-HTA..... 1-oui 2-Non

Q13-Diabète..... 1-oui 2-Non

Q14–Drépanocytose..... 1-oui 2-non

Q15-Autres..... 1-Arthrose 2-Épilepsie 3-Hépatite B 4-UGD

Q16-ATCD Chirurgical.....

1-césarienne 2-myomectomie 3-kystectomie 4-autres (à préciser)

V-EXAMEN GENERAL

Q17-Taille..... 1-Inf. à 1 m5

02-Sup ou égal à 1m50

Q18-Poids...../..... /(en kg) 1-inf. à 50, 2=50-80, 3-sup à 80

Q19-TA...../...../ (mmhg) 1-inf. à 140/90 2-sup à 140/90 à 150/100

3=sup ou égal 160/110

Q20-Température..../...../ (degré Celsius) 1-inf. à 36 2=36,5-37,5 3-sup à 37,5

Q21-Conjonctives..... 1-Bien colorées 2-Moyennement colorées 3-Pales

VI-EXAMEN OBSTRICAL

Q22-CPN..... 1=0, 2=1- 4, 3- sup ou égal à 5

Q23-Age gestationnel.....(en SA) 1-inf. à 28 SA, 2=28-36 SA 3-sup ou égale à 37 SA

Q24-HU.....(en cm) 1=24-28, 2=29-36, 3-sup à 36

Q25-Présentation..... 1-céphalique, 2-siège 3-transversale

Q26-BDCF.....(bpm) 1-inf. à 120, 2=120-160, 3-sup à 160

Q27-PDE..... 1-intacte, 2-rompue

Q28-Délai de la RPDE et la césarienne..... 1-inf. à 12 heures 2=12-24 heures 3-sup à 24heures

Q29-Contractions utérines..... 1=Oui , 2=Non

Q30-Période du travail..... 1-Latence 2-Active

VIII-Prise en charge

Q31-Type de césarienne..... 1-Programme, 2-Urgence

Q32-Indication de la césarienne..... 1-utérus cicatriciels..... 1=Oui, 2=Non

2-Dystocie osseux..... 1=Oui, 2=Non

3-Dystocie dynamique..... 1=Oui, 2=Non

4-HTA et Complication d'HTA..... 1=Oui, 2=Non

5-Primigesteâgée..... 1=Oui, 2=Non

6-Trouble du rythme cardiaque fœtal..... 1=Oui, 2=Non

7-Présentation dystocique..... 1=Oui, 2=Non

8-Chorioamniotite..... 1=Oui, 2=Non

Q33-Type anesthésie..... 1-Générale, 2-Rachi-anesthésie, 3-Péri-durale

Q34-Type INCISION..... 1=Pfannenstiel, 2= Joël Cohen

Q35-Complication peropératoire..... 1-atteinte vésicale, 2-ouverture accidentelle du péritoine, 3-atteinte des vaisseaux fémoraux, 4- atteinte des anses 5-autre à préciser

Q36-Conversion en intra-péritonéale..., 1-Oui, 2-Non

Q37-Difficultés d'extraction fœtale..... 1-Oui, 2-Non

Q38-Type d'extraction fœtale... 1-céphalique, 2-paudalique,

3-ventouse, 4- Forceps.

Q39-Durée intervention...../...../(en min)

1-inf. à 40, 2=40-60, 3-sup à 60

Q40-Nombre de fils utilisé...../...../ 1- inf. ou égal à 3, 2-sup ou égal à 4

Q41-Nombre d'instrument utilisé..... 1-Inf. ou égal à 20, 2-Sup.à 20

Q42-Quantité de soluté utilisée.....(en litre) 1-Inf. à 4, 2=4-6, 3-Sup. à 6

Q43-Saignement peropératoire...../...../(en ml) 1-Inf .à 500, 2=500-1000

3-Sup.à 1000

Q44-Poids du Nouveau-né.....(en grs) 1-Inf. à 2500, 2=2500 à 3900,

3-Sup.ou égal à 4000

Q45-Apgar 1mn après extraction...../...../ 1-inf. ou = 7/10, 2= 8-10/10

Q46-Apgar 5mn après extraction...../...../ 1-inf. ou = 7/10, 2= 8-10/10

IX-Réhabilitation post- opératoire:

Q47-La douleur post-opératoire..... 1- Pas de douleur, 2-Intensité sévère,

3-Intensité modérée, 4-Intensité légère

Q48-Antalgique Utilisé....., 1-Pas d'antalgique, 2-AINS + Paracétamol

3-AINS seul, 4-Paracétamol seul

Q49-La mobilité post-opératoire..... 1-Précoce (dans les 03h), 2-Tardive (≥ 06h)

**Césarienne Extra-péritonéale au Centre de Santé de Référence de la commune III du district de Bamako :
Aspects Sociodémographiques, Cliniques, indications et pronostic.**

Q50-La survenue de nausée / vomissement..... 1-Oui, 2-Non

Q51-La reprise du transit....., 1-Instantanée, 2-Tardive ($\geq 24h$)

Q52-La précocité de l'alimentation....., 1-Oui, 2-Non

Q53-Administration des premiers soins du Nouveau-né par la mère..... 1=Oui,
2=Non

Q54-Durée d'Hospitalisation.....(en heure) 1-inf. à 24 heures, 2=24-48
heures, 3-sup à 48heures

Q55-Complication post-opératoire:.....

1-Hémorragie du post-partum,

2-Suppuration pariétale

3-Autres à préciser

4-Aucune

Q56-Satisfaction post-opératoire..... 1-Oui, 2-Non.

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : TRAORE

Prénom : Souleymane

E-mail : souleymanetraore944@gmail.Com

Tel : +223 76 08 92 58 / 66 08 92 58.

TITRE DE MEMOIRE: Césarienne Extra-péritonéale au Centre Santé de Référence de la commune III du district de Bamako : Indication et pronostic.

Année universitaire : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Gynéco-obstétrique

Résumé : Il s'agissait d'une étude analytique cas /témoins effectuée dans le service de Gynécologie- Obstétrique du centre de santé de référence de la commune III du District de Bamako allant du 11 octobre 2017 au 10 septembre 2018 (Soit 12 mois) et portait sur 58 cas de césarienne extra-péritonéale.

La fréquence de cette césarienne a été 23,69% sur un total de 675 césariennes et 2% de césarienne extra péritonéale sur un total de 2849 accouchements effectués durant la période d'étude.

L'âge moyen de notre population d'étude était 27 ans avec des âges extrêmes 14 et 42 ans et l'indication la plus fréquente a été utérus les dystocies osseuse soit 27,6 %.

Nous avons noté au cours de l'étude une durée de séjour inférieure à 24- 48 heures chez 84,5 % de nos patientes et 5,2 % des nouveau-nés avaient des Apgars à 4-7 à la 1^{ère} minute contre 94,8 % qui avaient des Apgar \geq 8 mais à la 5^{ème} minute on avait 100 % de nos nouveau-nés avec des Apgars entre 8 et 10.

Mots clés : Césarienne extra péritonéale, Clinique, pronostic, materno foetal.