

Ministère de L'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali
Un Peuple—Un But—Une Foi



UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES
ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO

*Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie
(F.M.O.S)*

Année Académique : 2014-2015

N°

THEME

ETUDE DES SUITES DE COUCHES POST CESARIENNES AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le/..../2015
Devant la faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par Monsieur. Ibrahim SACKO

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine
(Diplôme D'Etat)

Jury

Président du Jury : Pr. Salif DIAKITE
Membre du Jury : Dr. Mamadou Salia TRAORE
Co-directeur de Thèse : Dr. Sakoba KONATE
Directrice de Thèse : Pr. SY Assitan SOW

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014

ADMINISTRATION

DOYEN : **ANATOLE TOUNKARA †** - PROFESSEUR
VICE-DOYEN : **IBRAHIM I. MAIGA** - PROFESSEUR
SECRETAIRE PRINCIPAL : **MAHAMADOU DIAKITE**- MAITRE DE CONFERENCE
AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL** -
CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS A LA RETRAITE

Mr Alou BA †	Ophthalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdourahamane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie

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

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP †	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mr Mohamed KEITA	ORL
<i>Mr Mady MACALOU</i>	<i>Orthopédie/Traumatologie</i>
Mme TOGOLA Fanta KONIPO †	ORL
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
<i>Mr Tiemoko D. COULIBALY</i>	<i>Odontologie</i>
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
<i>Mr Aly TEMBELY</i>	<i>Urologie</i>
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
<i>Mr Souleymane TOGORA</i>	<i>Odontologie</i>
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL

Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seïdou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahima TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréissy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Broulaye Massaulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaïla KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

4. ASSISTANTS

Mr. Drissa TRAORE	Anatomie
-------------------	----------

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA †	Immunologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie

Mr Sékou F.M. TRAORE
DER
Mr Ibrahim I. MAIGA

Entomologie Médicale **Chef de**
Bactériologie – Virologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE
Mr Mahamadou A. THERA
Mr Djibril SANGARE
Médicale
Mr Guimogo DOLO
Mr Cheik Bougadari TRAORE
Mr Bokary Y. SACKO
Mr Bakarou KAMATE

Histoembryologie
Parasitologie -Mycologie
Entomologie Moléculaire
Entomologie Moléculaire Médicale
Anatomie-Pathologie
Biochimie
Anatomie Pathologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bakary MAIGA

Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mamadou BA
Médicale
Mr Moussa FANE
Mr Issa KONATE
Mr Hama Abdoulaye DIALLO
Mr Mamoudou MAIGA
Mr Harouna BAMBABA
Mr Sidi Boula SISSOKO
Mr Bréhima DIAKITE
Mr Yaya KASSOUGUE
Mme Safiatou NIARE
Mr Abdoulaye KONE
Mr Bamodi SIMAGA
M. Aboubacar Alassane Oumar
M. Seidina Aboubacar Samba DIAKITE
M. Sanou Khô Coulibaly

Biologie, Parasitologie Entomologie
Parasitologie Entomologie
Chimie Organique
Immunologie
Bactériologie
Anatomie Pathologie
Hysto-Embryologie
Génétique
Génétique
Parasitologie
Parasitologie
Physiologie
Pharmacologie
Immunologie
Toxicologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mahamane MAIGA
Mr Baba KOUMARE
Mr Moussa TRAORE
Mr Hamar A. TRAORE
Mr Dapa Aly DIALLO
Mr Moussa Y. MAIGA
Mr Somita KEITA

Néphrologie
Psychiatrie
Neurologie
Médecine Interne
Hématologie
Gastro-entérologie – Hépatologie
Dermato-Léprologie

Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses Chef de DER
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Souleymane DIALLO	Pneumologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE †	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Seydou DIAKITE	Cardiologie
Mr Mahamadou TOURE	Radiologie
Mr Idrissa Ah. CISSE	Rhumatologie/Dermatologie
Mr Mamadou B. DIARRA	Cardiologie
Mr Moussa T. DIARRA	Hépatogastro-entérologie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Cheick Oumar GUINTO	Neurologie
Mr Anselme KONATE	Hépatogastro-entérologie
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie
Mr Boubacar TOGO	Pédiatrie
Mr Arouna TOGORA	Psychiatrie
Mr Souleymane COULIBALY	Psychologie
Mme KAYA Assétou SOUCKO	Médecine Interne
Mr Ousmane FAYE	Dermatologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Mahamadoun GUINDO	Radiologie
Mr Yacouba TOLOBA	Pneumo-phtisiologie
Mme Fatoumata DICKO	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Médecine Interne
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA	Neurologie
Mr Modibo SISSOKO	Psychiatrie
Mr Ilo Bella DIALL	Cardiologie
Mr Mahamadou DIALLO	Radiologie
Mr Adama Aguisa DICKO	Dermatologie
Mr Abdoul Aziz DIAKITE	Pédiatrie
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO	Pneumologie
Mr Salia COULIBALY	Radiologie

Mr Ichaka MENTA	Cardiologie
Mr Souleymane COULIBALY	Cardiologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Médecine Légale/Ophthalmologie

4. ASSISTANTS

Mr Drissa TRAORE	Anatomie
------------------	----------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie, Chef de D.E.R.
-------------------	--------------------------------------

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Adama DIAWARA	Santé Publique

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale
Mr Abdrahamane ANNE	Bibliothéconomie-Bibliographie
Mr Abdrahamane COULIBALY	Anthropologie médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Cheick O. DIAWARA	Bibliographie
Mr Ousmane MAGASSY	Biostatistique

Mr Ahmed BAH
Mr Mody A CAMARA
Mr Bougadary
Mr Jean Paul DEMBELE
Mr Rouillah DIAKITE
Mme Djénéba DIALLO
Mr Alou DIARRA
Mr Ousseynou DIAWARA
Mme Assétou FOFANA
Mr Seydou GUEYE
Mr Abdoulaye KALLE
Mr Amsalah NIANG
Mr Mamadou KAREMBE
Mme Fatouma Sirifi GUINDO
Mr Alassane PEROU
Mme Kadidia TOURE
Mr Oumar WANE

Chirurgie dentaire
Radiologie
Prothèse scellée
Maladies infectieuses
Biophysique et Médecine Nucléaire
Néphrologie
Cardiologie
Parodontologie
Maladies infectieuses
Chirurgie buccale
Gastroentérologie
Odonto-Préventive et sociale
Neurologie
Médecine de Famille
Radiologie
Médecine dentaire
Chirurgie dentaire

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Lamine GAYE

Physiologie

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Anesthésie générale

ATCD : Antécédent

BPN : Bilan prénatal

BDCF : Bruit du cœur fœtal

BGR : Bassin généralement rétréci

CHU : Centre hospitalier universitaire

CSCOM : Centre de santé communautaire

CPN : Consultation prénatale

CPON : Consultation post-natale

DFP : Disproportion fœto-pelvienne

DDR : Date des dernières règles

FVV : Fistule vésico-vaginale

GIE : Groupement d'intérêt économique

HGT : Hôpital Gabriel Touré

HRP : Hématome rétro-placentaire

HNPG : Hôpital national du Point G

HTA : Hypertension artérielle

ICor : Intervalle de confiance de l'odds ratio

INPS : Institut national de prévoyance sociale

IMSO : Incision médiane sous ombilicale

LCR : Liquide céphalo-rachidien

L1 et L2 : 1 et 2^{ème} vertèbres lombaires

OMS : Organisation mondiale de la santé

ORL : Oto-rhino-laryngologie

OR : Odds ratio

ONG : Organisation non gouvernementale

P : Probabilité

PF : Planification familiale

PEV : Programme élargi de vaccination

PDSC : Plan de développement socio-sanitaire de la commune

RPM : Rupture prématurée des membranes

RCF : Rythme cardiaque fœtal

SA : Semaine d'aménorrhée

SAA : Soins après avortement

SFA : Souffrance fœtale aigue

SFC : Souffrance fœtale chronique

SP : Sulfadoxine pyrimétamine

S1 et S2 : 1 et 2^{ème} vertèbres sacrées

USA: United States of America

PLAN

I. Introduction

II. Généralités

III. Méthodologie

IV. Résultats

V. Commentaires et Discussion

VI. Conclusion et Recommandations

VII. Références bibliographiques

VIII. Annexes

1. Fiche d'enquête

2. Fiche signalétique

TABLE DES MATIERES

I.INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
Objectif général.....	3
Objectifs Spécifiques.....	3
II. GENERALITES	4
1.Définition	4
2.Complications de la césarienne.....	5
2.1.Historique.....	5
2.2.Mortalité et morbidité de la césarienne.....	6
2.2.1.Mortalité maternelle.....	7
2.2.2.Morbidité maternelle.....	7
2.2.2.1.Complications Per-opératoires.....	8
2.2.2.2.Complications Post-opératoires	16
2.2.2.3.Complications à distance	23
III. METHODOLOGIE	26
1. Cadre d'étude.....	26
2. Type et Période d'étude.....	28
3. Population d'étude.....	28
4. Echantillonnage.....	28
4.1. Critères d'inclusion.....	28
4.2. Critères de non inclusion.....	28
5. Déroulement de l'étude.....	28

6. Technique de collecte des données.....	29
6.1. Outils de collecte des données.....	29
6.2. Plan d'analyse et de traitement des données.....	29
7. Variables.....	30
8. Aspects éthiques.....	31
9. Définitions opératoires.....	31
IV. RESULTATS	33
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	51
VI. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :.....	60
1. Conclusion.....	60
2. Recommandations	61
VII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	62
VIII. ANNEXES	67
1. Fiche d'enquête.....	67
2. Fiche signalétique.....	74

I/ INTRODUCTION

La société traditionnelle Malienne considère la grossesse et l'accouchement comme « La guerre des femmes » pour souligner le risque mortel que courent la femme et/ou le fœtus pendant la grossesse et l'accouchement.

La césarienne réalise un accouchement artificiel par extraction du fœtus par voie abdominale en générale ou rarement par voie vaginale chaque fois que l'accouchement par les voies naturelles comporte un risque maternel ou fœtal. Elle permet d'améliorer le pronostic maternel et fœtal. [20]

L'émergence des problèmes médico-légaux et surtout le souci constant pour l'obstétricien d'assister la naissance d'un nouveau-né sain avec une mère bien portante ont contribué à l'augmentation de la fréquence de la césarienne. Les taux de césarienne rapportés par la littérature sont : 17- 23 % en France, 15,8% en Grande Bretagne et 35,43% aux Etats-Unis [8].

En Afrique la fréquence est de : 2,3% au Burkina Faso ; 3,32% au Sénégal ; 2,1% au Benin [9] et 2,4% au Mali. [6]

Dans de nombreux pays africains et particulièrement au Mali, la faible couverture sanitaire et le faible taux de surveillance prénatale n'améliorent guère le pronostic maternel et fœtal. Ainsi les suites de couches sont grevées de morbidité et de mortalité maternelle non négligeable dans ces pays.

La grossesse est considérée comme un événement heureux pour le couple et la famille. Elle crée un climat de stress, d'angoisse, de crainte et de mauvais sort si elle doit avoir comme issue la césarienne [30]. Cette dernière a une mauvaise réputation pour la plupart des femmes de notre pays. Elle a un coût économique élevé. Ce qui a motivé l'institution de la gratuité de la césarienne par le gouvernement de notre pays le 23 juin 2005 afin de rendre l'intervention accessible à toutes et de diminuer le taux de mortalité et demorbidité maternelles et périnatales.

Cependant malgré une certaine sécurité de cette opération, les suites de couches post-césariennes sont émaillées de complications variables.

Si l'avènement de l'antibiothérapie et de l'asepsie ont permis de réduire ces complications qui sont essentiellement les infections, celles-ci sont encore fréquentes dans les pays en voie de développement comme le Mali [31].

Trois études réalisées du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006 à Bamako, ont déjà abordé le sujet :

-La première étude a été faite au service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Gabriel Toure par Siby O. [28] ; celle-ci a rapporté 1081 césariennes sur 2665 accouchements avec un taux de césarienne de 40,83% et une fréquence de complication post-césarienne de 31,3%.

-La deuxième étude faite à la maternité du centre de santé de référence de la commune I par Camara.B.S. [4] a rapporté 628 césariennes sur 3998 accouchements avec un taux de césarienne de 15,62% et une fréquence de complication post césarienne de 18,47%.

-Et enfin la troisième étude à la maternité du centre de santé de référence de la commune IV par Coulibaly.B. [5] a rapporté 610 césariennes sur 3686 accouchements avec un taux de césarienne de 16,55% et une fréquence de complication post césarienne de 19,02%.

Ces suites de couches post-césariennes prolongent souvent le séjour hospitalier et augmentent le coût de la prise en charge.

C'est devant ces constatations et l'absence d'étude antérieure sur les suites de couches post césariennes dans le centre de santé de référence de la commune II du District de Bamako que nous avons initié ce travail en nous fixant les objectifs ci-après :

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les suites de couches post-césariennes dans le service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako.

Objectifs spécifiques :

- Déterminer le taux de complications dans les suites de couches chez les femmes césarisées.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des femmes présentant des complications post-césariennes
- Déterminer les facteurs de risque de survenue de complications dans les suites de couches post-césariennes.
- Déterminer le pronostic maternel et néonatal du nouveau né.

II. GENERALITES

1-DEFINITIONS :

1-1 Césarienne :

La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus après ouverture de l'utérus, abordée généralement par voie abdominale, exceptionnellement par voie vaginale. Cette définition exclut l'extraction d'un fœtus de la cavité abdominale après rupture de l'utérus ou en cas de grossesse abdominale [25].

1-2- les suites de couches :

C'est la période entre l'accouchement et le retour des couches c'est-à-dire les premières règles normales. Elle est marquée par la disparition progressive des modifications de l'organisme liées à l'état grévide. Elle dure environ 40 jours [21].

Les modifications sont rapides les deux premières semaines. Les principales sont :

L'involution du corps utérin

-Après l'accouchement, le fond utérin est à un ou deux travers de doigt sous l'ombilic.

-vers le 7^{ème}-10^{ème} jour, il est à peine palpable au dessus du pubis.

-Entre ces deux dates, la hauteur utérine décroît régulièrement et l'utérus reste de consistance ferme.

La reconstitution du col utérin

-En post partumimmédiat, le col utérin est flasque et béant.

-Il se reconstitue en quelques jours, son volume est cylindrique, et sa consistance est ferme

-L'orifice interne, encore perméable au doigt à 7jours, doit être fermé au-delà du 10^{ème} jour.

La régression des lochies

-Elles sont sanglantes les premiers jours, mais leur volume n'excède pas celui des règles normales

-Elles deviennent rosées et de moins en moins abondantes à la fin de la première semaine.

La mise en route de l'allaitement maternel

-A la naissance, les seins secrètent du colostrum, peu abondant mais riche en protéines.

-La disparition de la sécrétion placentaire de progestérone stimule la sécrétion de prolactine. La lactation s'installe en 24-48 heures : C'est la montée laiteuse. Les seins gonflent, deviennent tendus et sensibles, la femme peut présenter une fébricule passagère à 38°C.

Au-delà des deux premières semaines :

-L'involution utérine se poursuit plus lentement. Elle n'est complète qu'après au moins deux mois.

-La sécrétion basale de prolactine diminue progressivement, même en cas d'allaitement maternel.

Cette période dure 6 semaines en moyenne et se termine par le retour des menstruations (retour de couches) [35].

Au cours de cette période surviennent des bouleversements physiques et psychiques, avec possibilité de complications infectieuses, mammaires, thromboemboliques, des troubles physiques et psychiques [35].

2. COMPLICATIONS DE 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'ESCULAPE (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 dérive 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.
- ✚ **1596** : MERCURIO 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 2^e moitié du 18^e 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 ; puis de l'anesthésie et de la réanimation 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 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. Mortalité et morbidité de la césarienne

2. 2.1 Mortalité maternelle : [3 ; 13 ; 35]

L'OMS définit la mortalité maternelle comme « le décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle,

ni fortuite». La mortalité maternelle est très élevée dans les pays en voie de développement. Elle touche plus le milieu rural, les communautés pauvres et moins instruites, et particulièrement les adolescentes et les femmes âgées.

La mortalité maternelle par césarienne est nettement supérieure à celle de l'accouchement par voie basse avec un risque relatif voisin de 6 (4 à 10 selon les études) et elle est le plus souvent imputable à la pathologie qui a nécessité l'intervention.

La responsabilité directe de l'intervention ne semble être en cause que dans 1,6/10 000 (DAVIS, 1986 Massachusetts) soit environ le double de la mortalité maternelle après accouchement par voie basse [35].

2. 2.2 Morbidité maternelle :

2. 2.2 .1. Complications préopératoires

Elles concernent environ 4,6% des césariennes [26] et sont représentées par :

❖ Les hémorragies préopératoires

Elle complique environ 10 % des césariennes et peut précéder la décision de césarienne, être constatée au cours ou au décours de celle-ci.

Le diagnostic précis de l'origine de l'hémorragie doit être déterminé pour choisir le traitement adéquat. [15]

• Etiologies

- **Facteurs généraux :** troubles de la coagulation et de l'hémostase
 - Congénitaux : (rare) Willebrand, déficit en facteur XI
 - Acquis : (le plus fréquent) :
 - Conséquences des traitements anti coagulants(TAC)
 - Déficit hépatique (hépatite Aigue, stéatose aigue...)
 - Coagulopathie acquise : septicémie à Gram-, rétention de fœtus mort, embolie amniotique, HRP, Hémorragie importante mal contrôlée, anomalies plaquettaires, hémopathies...

○ **Facteurs locaux :**

- Troubles de la placentation : placenta accreta, très rare : 0,5 à 1 ‰

2^{ème} cause d'hystérectomie d'hémostase pour hémorragie obstétricale. Selon le degré de fusion utéro-placentaire, on distingue :

- Placenta accreta vrai : simple soudure à la paroi utérine (Pas d'interposition de caduque)
- Placenta increta : pénétration des villosités au sein même de la musculuse (invasion Partielle du myomètre)
- Placenta percreta : la pénétration peut aller jusqu'à la séreuse péritonéale et même l'effondrer (Ex : placenta prævia percreta avec envahissement vésical).

-Rupture utérine :

Elle peut ou non intéresser les pédicules vasculaires latéraux, peut s'étendre aux organes de voisinage : dôme vaginal, Vessie (adhérence). Elle peut être intra ou sous péritonéale [27]

-Traumatismes opératoires hémorragiques :Extension de l'incision d'hystérotomie ou trait de refend.

Ces traumatismes surviennent surtout lors d'extractions laborieuses et sur utérus cicatriciel.

Certains auteurs conseillent de compléter l'hystérotomie aux ciseaux sur utérus cicatriciel plutôt qu'aux doigts (diminuent les risques de déchirures) [26;2 ; 23]

● **Moyens thérapeutiques :**

○ **Traitement médical** (Anesthésiste réanimateur) :

Le traitement médical consiste à faire

- Un remplissage vasculaire afin de maintenir l'état hémodynamique
- Transfusion de plasma frais congelé si trouble de la coagulation
- Administration des utérotonique (Syntocinon, Methergin)
- Massage utérin après la révisionutérine
- compression de l'Aorte

L'aide comprime l'aorte en avant du promontoire.

A ne pas prolonger, mais pour permettre une économie de sang non négligeable dans les hémorragies importantes.

- **Traitement chirurgical**

- **Ligatures vasculaires :**

- **ligature de l'artère utérine** (proposée par Waters en 1952)

* Technique :

Elle consiste à lier les pédicules utérins de chaque côté au fil résorbable. L'aiguille sertie passe dans l'épaisseur du myomètre à la hauteur du segment inférieur après ouverture du péritoine vesico utérin. Les vaisseaux utérins sont ainsi cravatés par la ligature. La technique est très simple et rapide.

Tsirulnikov suggère de ligaturer non seulement les pédicules utérins mais aussi les trois voies principales d'apport sanguin à l'utérus : Les artères utero ovariennes, les artères des ligaments ronds, et les artères utérines. [26]

O'Leary a publié ses résultats en 1995 et fait état de plus de 95% de succès [105]

- **ligature des artères hypogastriques :**

Elle est recommandée dans le but d'éviter l'hystérectomie. C'est une technique plus lourde qui donne des résultats moins satisfaisants qu'attendus puisque seulement 42% de succès ont été observés par certains auteurs [26]. Elle est efficace essentiellement dans les atonies utérines, peu efficace dans les placentas accreta et inefficace dans les ruptures utérines [26 ; 1]

Cette ligature supprime les à-coups systoliques et transforme le système artériel en système veineux, rendant l'hémostase complémentaire plus facile.

* Technique :

Elle consiste à aborder les vaisseaux iliaques, à individualiser les artères iliaques internes qui seront liées au fil résorbable. Il faut d'abord ouvrir le péritoine en regard de l'artère iliaque externe, dans l'axe des vaisseaux. Le péritoine est

décollé vers le haut jusqu'à la bifurcation iliaque. Le repérage de l'artère hypogastrique est suivi d'une dissection prudente entre l'artère et la veine hypogastrique. Il faut alors passer un dissecteur d'O'Shaugnessy entre artère et veine pour passer un fil résorbable autour de l'artère. Le serrage du nœud permet l'occlusion de l'artère hypogastrique.

En raison du taux de succès ne dépassant pas 50 % (dans les différentes études) et du risque potentiel de complications sévères, cette technique doit être réservée aux patientes à parité basse désirant d'autres grossesses et après échec de la ligature des utérines. Sinon préférer l'hystérectomie [26].

-Hystérectomie d'hémostase :

C'est la solution radicale ultime. En cas de contre-indication ou échec des ligatures vasculaires. La technique ne sera pas détaillée...il s'agit en général d'une hystérectomie subtotale ++ [25]

(Sauf si la lésion responsable a une topographie cervico-segmentaire)

-Embolisations artérielle

C'est une technique radiologique interventionnelle utilisée soit en prévention en cas de haut risque d'hémorragie (placenta accreta notamment), soit le plus souvent en traitement d'urgence de l'hémorragie obstétricale. Le cathétérisme fémoral unilatéral permet d'aborder les vaisseaux hypogastriques de façon sélective et si besoin de descendre de façon hyper sélective dans les branches du tronc antérieur(utérine et vaginales).Dans 50% des cas environ, l'artère cervico vaginale naît de l'artère utérine. C'est la raison pour laquelle l'embolisation de l'artère utérine est le plus souvent efficace.

❖ Les plaies urinaires

Elles sont plus fréquentes que les plaies digestives, intéressant surtout le dôme vésical ; plus rarement les uretères (surtout gauche) [15]

- **plaies vésicales**
 - **Fréquence** variable

Elles restent une complication rare évaluée à 2,5 ‰.

La fréquence est majorée si une césarienne hystérectomie est pratiquée et on retrouve des taux de 5,2 % (Mickail) 4,1 % (Barchy) [15]

- **Les principaux facteurs de risque de survenue :**
 - Les antécédents de chirurgie pelvienne
 - La parité
 - Le volume utérin

- **réparation :**

La réparation par voie endo vésicale est indiquée pour les lésions trigonales et sus trigonales, alors que la voie exo vésicale est réservée aux lésions du dôme vésical.

La réparation est effectuée après extraction fœtale et hystérorraphie.

Parfois plus difficile ; on peut s'aider de sondes urétérales pour repérer les trajets urétéraux. Le drainage vésical post-opératoire est indispensable pour éviter la surdistention vésicale qui expose au risque de lâchage des sutures.

- **Prévention :**

- Sondage vésical préopératoire systématique
- Pénétration prudente dans la cavité abdominale (Surtout en cas de césarienne itérative)
- Prudence si césarienne antérieure ou césarienne faite en urgence.

- **Plaies urétérales [27]**

- Fréquence : rares, elles sont rapportées de manière sporadique.

Ce sont des complications survenant au décours de la chirurgie abdomino-pelvienne. Dans 80% des plaies urétérales, l'urètre pelvien est concerné. Les mécanismes lésionnels sont essentiellement : Ligature, section et ischémie par

altération de la vascularisation urétérale. Les principaux facteurs de risque sont : L'inflammation pelvienne et la survenue d'une hémorragie pré opératoire.

EISENKOP et Al rapportent 7 plaies urétérales / 7527 césariennes ; dont 5 cas lors d'une tentative de contrôle d'un saignement lié à l'extension de l'hystérotomie et 2 cas, non diagnostiquées en per-opératoire.

Le diagnostic a été porté dans les 48 heures post-opératoires par UIV. Les patientes ont été réopérées (urétéroneocystostomie) et les suites furent simples.

L'uretère gauche est le plus souvent exposé (à cause de la dextro-rotation de l'utérus gravide).

Les plaies urétérales peuvent passer inaperçues, le diagnostic sera fait en post-opératoire (certains auteurs estiment que 1/3 seulement des blessures urétérales sont reconnues en pré-opératoire), d'où l'importance de s'assurer de l'intégrité de l'appareil urinaire avant fermeture et de ne pas refermer en cas de doute.

- Circonstances :

- Réparation des déchirures par extension de l'hystérotomie vers le vagin ou le ligament large surtout si hémorragique ++
- Réparation des ruptures utérines

- Moyens du diagnostic :

- Injection IV de colorant (indigocarmin)
- Injection directement dans l'uretère (0,5 ml de bleu de méthylène) avec aiguille de faible gauge (O'LEARY)
- Cathétérisme urétéral rétrograde après cystotomie
- UIV sur table

- Réparation : [27]

Le choix du traitement est fait en fonction de la topographie de la plaie, de l'extension de la plaie, du délai entre la survenue de la plaie urétérale et le moment du diagnostic. En cas de plaie urétérale non traitée les lésions irréversibles apparaissent après sept(7) semaines. La voie endoscopique est souvent privilégiée en première intention pour le traitement des plaies urétérales,

la sonde urétérale est également envisageable mais elle est privilégiée dans les lésions peu étendues seulement.

La réparation s'effectue après préparation des berges par : points séparés extra-muqueux au fil résorbable 3/0 ou 4/0 sur sonde urétérale (simple ou JJ). La sonde urétérale est laissée 7 à 10 jours.

La sonde vésicale pouvant être retirée normalement.

- **Prévention** : Repérer et isoler l'uretère au moindre doute, au besoin par sonde urétérale (Cystoscopie/cystotomie)

❖ **Les plaies digestives:[19 ; 11 ; 36]**

Accident rare, estimé à moins de 0,1 %. HOKEGARD 1984 rapporte un cas sur 1319 césariennes soit 0,75 %.

• **Facteurs de risque/ circonstances :**

- Antécédent de laparotomie et césariennes itératives
- Antécédent d'infection pelvienne (adhérences ?), surtout si la césarienne est faite en urgence.

Le risque est lié à la présence d'adhérences à la paroi lors de l'ouverture péritonéale et plus rarement à l'utérus ou à la vessie lors de la libération de celles-ci.

• **Prévention :**

Ouverture péritonéale prudente, très progressive, en palpant soigneusement entre pouce et index l'épaisseur du péritoine [19].

On distingue : les plaies du grêle et les plaies du colon.

1. Plaies du grêle

Elles sont totalement imprévisibles. Toute adhérence qui ne gêne pas l'hystérotomie ne doit pas être réséquée avant l'extraction fœtale, ensuite, on ne pratiquera ces adhésiolyse qu'en l'absence de risque d'effraction intestinale) [11].

La suture du grêle consiste à refermer une brèche dans la lumière intestinale.

Trois(3) soucis doivent être présents à l'esprit :

- .Obtention d'une suture étanche ;
- . Suture de tissus sains exclusivement (Réséquer d'éventuels tissus contus et cyanosés) ;
- .Absence de rétrécissement de la lumière intestinale
(Refermer transversalement toute incision longitudinale).

- Technique (en cas de plaie du grêle)

- Isoler l'anse atteinte entre 2 champs imbibés d'antiseptique et fixés par une pince atraumatique (ou clamps digestifs) ;
- Terminer l'extraction fœtale et hystérorraphie ;
- Inventaire de l'intestin (dévider en entier, examen de chaque face)

1^{er} cas : brèche séreuse simple

Suture par points séparés séro-musculaires au Vicryl 3/0 (aiguille ronde)

2^{ème} cas : Plaie opératoire nette (bords ni contus, ni ecchymotiques)

Enterorraphie simple points séparés extra muqueux, 1 plan Vicryl 3/0 (aiguille ronde)

3^{ème} cas : Plaie intéressant le bord mésentérique de l'intestin. Il existe un hématome à la base du mésentère dans lequel se confond la plaie intestinale ce qui peut gêner l'inventaire de la lésion.

4^{ème} cas : Plaie contuse, ecchymotique, multiple ou étendue

- Lavage soigneux de la cavité abdominale
- Antibio prophylaxie
- Sonde naso-gastrique, en aspiration douce jusqu'à reprise du transit (2 à 3 jours en général)
- Fermeture sans drainage (en général)

2. Plaies du colon ou du recto sigmoïde [11]

Elles sont exceptionnelles, liées à la libération d'adhérences du fond utérin et de l'annexe gauche ou lors de césarienne-hystérectomie.

L'absence de préparation digestive habituelle oblige à des techniques prudentes (risque infectieux).

Les principes de base restent valables :

- Conditions d'étanchéité
- Suture non ischémique (paroi plus mince et plus fragile que le grêle)
- Éventuel appel du chirurgien digestif
- Drainage efficace
- Antibio prophylaxie indispensable
- Sonde naso-gastrique

2. 2.2 .2. Complications post-opératoires

Le taux de morbidité post-opératoire varie considérablement d'un auteur à l'autre (10 à 42 %) selon qu'ils prennent en compte ou non les incidents mineurs des suites de couches. Elles touchent grossièrement 1 patiente sur 3 [25 ; 13]. Et sont dominées par les problèmes infectieux et thrombo-emboliques.

❖ complications infectieuses ; 20 % des complications :

- Endométrite pouvant entraîner une infection annexielle voire une paramétrite et / ou péritonite ou une septicémie.
- Infection urinaire (favorisée par le sondage vésical)
- Abscesses de paroi (4 à 8 % des césariennes)
- Infection pulmonaire

❖ complications thrombo-emboliques : 0,5 à 1 % des complications.

Bien que rares, elles sont graves car le pronostic vital est engagé, leur fréquence a considérablement diminué avec le lever précoce et la large diffusion des héparines de bas poids moléculaire.

❖ **complications hémorragiques post-opératoires et anémie post-opératoire [15]** : Ils concernent environ 4% des césariennes.

• **en cas d'hémorragie génitale :**

Les deux principales étiologies à rechercher :

- lésions traumatiques basses (surtout si tentatives infructueuses d'extraction avant décision de césarienne)
- atonie utérine secondaire ou récidivante

La conduite à tenir diffère peu de la prise en charge des hémorragies génitales après accouchement par voie basse. On fait un examen des voies génitales basses sous valves et éventuelle réparation. Mais si l'atonie persiste (à côté de la réanimation médicale) :

- * Révision utérine
- * Massage utérin
- * Traitement médical utérotonique
- * Reprise chirurgicale pour ligatures vasculaires ou hystérectomie d'hémostase
- * place de l'embolisation artérielle sélective à discuter.

• **Hématome de paroi**

• **Hématome du Ligament Large :**

(Saignement de la tranche d'hystérotomie par hémostase insuffisante)

- **Hémorragie secondaire** : (rare) à distance de la césarienne 10-15 jours par lâchage secondaire de la suture avec nécrose du myomètre nécessitant une reprise chirurgicale.

❖ **complications digestives post-opératoires**

• **Iléus post-opératoire fonctionnel banal [23]**

Phelan rappelle les principaux signes de l'iléus post-césarienne :

- Nausées et /ou vomissements
- Distension abdominale
- Absence de Gaz

- Bruits intestinaux absents ou minimes
- Distension colique à l'ASP

L'estomac et le sigmoïde sont les derniers à reprendre leur péristaltisme (max : 3 – 4 jours). A l'opposé, le grêle retrouve rapidement sa fonction et commence à absorber l'eau, les électrolytes, le glucose, les acides aminés en 1 à 2 jours.

Les troubles du transit post-opératoire, sont rares et souvent associés à une collection hématique ou infectée sous-péritonéale qu'il faut rechercher et évacuer.

L'anesthésie, la douleur post-opératoire, ainsi que les antalgiques peuvent également participer à l'iléus post-opératoire

Penser à l'ASP (compresse oubliée).

GRENOM, 1979 en analysant 214 cas de césariennes, insiste sur le rôle de l'alimentation précoce qui :

- * Favorise la reprise du transit intestinal
- * Diminue en intensité et en durée la phase de catabolisme post-opératoire
- * Apporte le confort et un effet psychologique bénéfique

- **Pseudo obstruction colique : Syndrome d'Ogilvie (1948)**

C'est une dilatation colique aigue sans obstacle d'aval réalisant un tableau d'O.I.A (occlusion intestinale aigue) et survenant en général chez des patients âgés ayant une pathologie associée contemporaine.

En l'absence de traitement, il peut y avoir une perforation caecale avec péritonite stercorale.

Il survient à l'occasion d'un processus pathologique dans 88 à 95 % des cas.

Chez la femme, la césarienne apparaît comme l'intervention chirurgicale le plus fréquemment associée : 41 cas ont été décrits dans la littérature après césarienne, avec 17 perforations caecales.

○ **Etiopathogénie**= [36]

Encore inexpliquée. Cependant plusieurs hypothèses et travaux récents mettent en évidence le rôle du système nerveux neurovégétatif autonome du colon comme responsable de l'obstacle fonctionnel à l'origine de la dilatation (déséquilibre entre système para et ortho-sympathique).

Localisation élective de la perforation au niveau du caecum

- Loi de Laplace (diamètre supérieur puis cercle vicieux...)

-Fragilité congénitale du caecum pour certains

- Continence de la valvule de Bauhin pour d'autres

○ **Clinique** =

Tableau d'occlusion intestinale aigüe basse, en général atypique installation en quelques jours le plus souvent. Dans les 3 cas rapportés par Weber et Dallenbach(1993), les premiers signes sont apparus dès le lendemain de l'intervention : distension abdominale importante, avec paroi souple.

Les signes d'occlusion sont plus ou moins importants : arrêt des matières et des gaz, douleur, nausées et vomissements, bruits intestinaux normaux ou augmentés.

❖ **complications non fibrinocruoriques**

● **Embolies non fibrinocruoriques [20 ; 29] :**

○ **Embolies gazeuses**

C'est l'ensemble des manifestations pathologiques liées à la migration de bulle d'air ou d'un autre gaz dans la circulation sanguine.

KAWAHITO, 1994, rapporte 3 cas d'embolies gazeuses au cours d'une césarienne diagnostiqués devant une désaturation brutale avec hypoxémie sévère, Il insiste sur l'intérêt du monitoring de la saturation artérielle pendant la césarienne.

MATTHEWS, 1990 prouve par étude doppler, que l'embolie gazeuse survient entre le moment de l'hystérotomie et la délivrance.

Elle apparaît moins fréquente au cours des anesthésies générales que lors d'anesthésies régionales.

Les facteurs prédisposant retrouvés sont :

- Membranes rompues
- Intervalle entre hystérotomie et délivrance allongée.

Ces accidents relèvent d'une prise en charge en réanimation avec oxygénothérapie hyperbare.

○ **Embolies de liquide amniotique [20 ; 29]**

L'embolie amniotique est une complication rare, mais grave de l'accouchement ; causée par le passage du liquide amniotique dans la circulation maternelle suite à la déchirure du placenta et des veines utérines. Imprévisible, cette complication met en jeu le pronostic vital maternel et foetal.

Quelques cas ont été décrits au cours d'une césarienne. La Fréquence est difficile à évaluer : Elle est estimée a 1/ 3000 à 1/ 42 000 selon les auteurs.

Sur le plan physiopathologique, 3 voies de pénétration du LA ont été décrites (à l'origine de l'embolie de L.A) :

- veines endocervicales déchirées
- zone de désinsertion placentaire ou rupture haute des membranes
- brèche utérine traumatique ou chirurgicale

Facteurs prédisposants [20]

- Age maternel avancé
- Multiparité
- Macrosomie foétale
- Longueur et difficulté du travail (surtout si utilisation d'ocytociques)
- Rupture haute des membranes, insertions basses du placenta

Il ya deux(2) phases caractéristiques dans cette maladie (HEIDENREICH) :

- choc cardiorespiratoire aigu (hypotension brutale avec hypoxémie
- CIVD sévère avec syndrome hémorragique (il peut exister des prodromes).

Malgré les progrès de la réanimation, il s'agit d'une pathologie grave avec une mortalité maternelle estimée entre 60 et 86 % selon les études.

Le diagnostic doit être évoqué devant tout collapsus brutal maternel (diagnostic différentiel des états de choc maternels) diagnostic de présomption = cellules squameuses et autres débris présumés d'origine fœtale retrouvés dans le sang veineux central de la symptomatique.

Le diagnostic de certitude est souvent fait sur l'autopsie (éléments cellulaires fœtaux dans la circulation pulmonaire)

Prise en charge :

- dans ce cas le traitement obstétrical est déjà effectué
- le traitement repose essentiellement sur la réanimation cardio-pulmonaire et la correction des troubles de l'hémostase.

❖ **autres complications non spécifiques des suites de couches :**

- Troubles psychiatriques
- Problèmes d'allaitement ...

2.2.2.3. Complications à distance

- ❖ problèmes particuliers liés à la cicatrice utérine et à l'avenir gynécologique et obstétrical des patientes césarisées ne seront pas envisagés [27]

❖ **complications « digestives » à distance [35] :**

• **Eventrations :**

L'éventration est une hernie abdominale développée sur un orifice acquis : une cicatrice chirurgicale le plus souvent. Tous les types d'incisions peuvent être le siège d'une éventration, mais la cicatrice médiane est la plus à risque.

La seule complication grave imposant une intervention en urgence est l'étranglement ; dans ce cas l'éventration devient douloureuse et ne rentre plus. Peuvent venir ensuite des vomissements et un arrêt du transit intestinal (occlusion intestinale). L'intestin bloqué dans l'éventration risque la gangrène ;

qui est une complication peu fréquente, mais grave car pouvant entraîner une infection du péritoine (péritonite).

- **Adhérences et occlusions sur bride**

La cicatrice utérine mal péritonisée, est à l'origine d'adhérences intestinales, surtout si une myomectomie complémentaire est réalisée.

Une occlusion sur bride est une obstruction d'un segment du système digestif au niveau d'une bride intestinale, une cicatrice à l'intérieur de l'abdomen, généralement consécutive à une opération chirurgicale mais pouvant aussi survenir naturellement suite à certaines infections.

Elles semblent plutôt être le fait des césariennes corporéales ou segmento-corporéales.

Les principaux symptômes sont de vive douleur à l'abdomen, des vomissements, ainsi que l'arrêt de la production des selles ; le transit étant coupé au niveau de l'occlusion.

- ❖ **fistules uro-génitales [7] :**

La survenue des fistules uro-génitales est directement reliée aux difficultés techniques rencontrées lors de l'intervention et inversement proportionnelles à l'expérience du chirurgien.

La non-reconnaissance per-opératoire de la blessure urinaire (ou digestive) est le principal facteur pathogénique.

- **Les fistules vésicales (vesico-vaginales et vesico-utérines) [7]**

Les fistules les plus fréquentes sont celles survenues après une chirurgie gynécologique notamment après une hystérectomie totale pour lésion bénigne. On peut noter aussi des fistules au cours des césariennes en urgences sur les utérus cicatriciels. La vessie est intimement adhérente à la face antérieure du segment inférieur qui est mince et fragile. Au cours de l'extraction fœtale, un trait de refend peut se prolonger dans la paroi vésicale et être à l'origine de fistule vesico-vaginale ou vesico-utérine.

L'incidence des fistules vesico-vaginales post-césariennes est estimée à 0,04 % (elle est de 0,3 à 0,9 % après césarienne-hystérectomie).

Elles résultent d'une plaie vésicale non diagnostiquée (clampage agressif, suture...)

Diagnostic :

Le diagnostic de la fistule vesico-vaginale peut être évoqué devant :

- Une perte involontaire d'urine après un accouchement dystocique ou après une chirurgie gynécologique
- Une hématurie
- Des pertes vaginales
- Une dermatose vulvoperinéale
- A l'inspection de la vulve, dans les cas d'une fistule large, elle prend le diagnostic devant un écoulement qui sourd par le vagin alors que le méat est sec, même lors des efforts de poussées.
- Le cathétérisme urétral : ne permet pas l'assèchement de la fuite
- Toucher vaginal : il peut sentir une fistule large.
- Dans les fistules discrètes, peu visibles et sans fuite évidente, on peut s'aider de la translumination de la paroi vésicale par le cystoscope ou de l'injection de bleu de méthylène dans la vessie (l'apparition de bleu dans le vagin sans écoulement par le méat urétral affirme la fistule.

Examens complémentaires :

- L'examen cytbactériologique des urines qui est un préalable à toute investigation endoscopique et au traitement.
- L'endoscopie urétrale et vésicale. Elle est indispensable pour situer la fistule par rapport au col vésical et aux orifices urétéraux,
- L'urographie intra veineuse est toujours nécessaire pour vérifier le haut appareil urinaire et apprécier le retentissement d'une éventuelle fistule
- L'échographie qui fournit des renseignements sur le retentissement rénal
- L'uretro cystographie rétrograde

- HSG en cas de négativité des différents examens

Réparation :

Moyens médicaux :

.Les antibiotiques pour traiter une infection éventuelle avant la chirurgie.

.Les soins locaux : Antiseptiques et oestrogenotherapie.Ils sont fait pour préparer la chirurgie. Ils permettent de supprimer l'infection et d'améliorer la trophicité des tissus.

.Le sondage vésical per urétral ou par cystostomie : le seul sondage peut constituer le seul traitement des petites fistules.

Les moyens chirurgicaux sont constitués essentiellement de la dérivation des urines : Elle peut être faite en préopératoire pour permettre la cure de fistule. Parfois, elle constitue la seule alternative en cas de fistule compliquée en complexe pour permettre un léger confort de vie de la femme.

La technique à utiliser pour la cure de la fistule dépend du type de fistule. La cure peut se faire par voie haute ou basse.

- **Les fistules urétérales (urétero-vaginales et urétero-utérines) [7]**

Leurs fréquences est inferieur par rapport aux fistules vésicales

Seulement 30 cas de fistules urétero-utérines ont été décrits dans la littérature [29].

Après césarienne-hystérectomie on retrouve 0,7 % de fistules urétero-vaginales ; les cas après césarienne simple sont sporadiques

- les circonstances des blessures urétérales ont déjà été évoquées, atteinte préférentielle de l'uretère gauche (d'extro-rotation utérine)

Diagnostic : outre les différents tests cliniques, il repose sur certains examens mettant en évidence la communication :

- UIV ++ (visualisation de la fistule / dilatation urétérale)

-Urétero-pyélographie rétrograde ++ (visualise la fistule) intérêt pour décider du type de chirurgie en fonction de l'uretère sain d'aval

-(HSG pas essentiel).

Le traitement est chirurgical +++, en général différé de quelques semaines (délai pendant lequel les urines seront dérivées). Néphrostomie si dilatation importante.

- anastomose urétero-urétérale si bon moignon d'aval (rare)
- Réimplantation urétero-vésicale avec trajet anti-reflux ++

Cas particuliers :

. Néphrectomie si rein détruit

. Dérivation par pyélostomie d'une pyélonéphrite obstructive.

2. 2.3.Morbidité néonatale : non envisagée

III/METHODOLOGIE

1. Cadre d'étude :

Notre étude a été réalisée dans le service de gynécologie et d'obstétrique du **Centre de Santé de Référence de la Commune II** de Bamako.

- **Situation géographique et service** : la commune II couvre une superficie de 17 km² soit environ 7 % de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est limitée:

- Au Nord par la colline du Point G ;
- Au Sud par le fleuve Niger ;
- A l'Est par le marigot du Banconi ;
- A l'Ouest par le boulevard du peuple.

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médine, Missira, Niarela, Quinzambougou, TSF, Zone industrielle, N'Gomi).

Le Centre de Santé de référence se trouve à Missira.

Le service de gynécologie obstétrique occupe le rez-de-chaussée.

Il comporte:

- une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchement ;
- un bureau pour la sage femme maîtresse qui sert en même temps de salle de garde pour les sages femmes, les infirmières et les aides soignantes ;
- une toilette externe pour le personnel ;
- une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- une unité de planning familial (PF)
- Une unité de consultation post natale ;
- Une unité de PTME (Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH) ;
- Une salle d'échographie ;
- Une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque ;
- 18 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation.

Le personnel comprend:

- Trois spécialistes en gynécologie obstétrique dont le chef de l'unité de gynécologie et obstétrique ;
- des médecins en spécialisation en gynécologie obstétrique de nombre variable ;
- des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- 18 sages-femmes dont la sage-femme maîtresse;
- 4 infirmières obstétriciennes ;
- 20 aides-soignantes ;
- 4 chauffeurs ;
- 5 manœuvres.

Fonctionnement :

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens.

Un staff se tient tous les jours ouvrables pour discuter de la prise en charge des dossiers des entrantes et les événements survenus lors de la garde.

Une équipe de garde quotidienne travaille vingt quatre heures sur vingt quatre. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, d'un CES, d'un médecin généraliste, d'un anesthésiste de deux internes, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante, d'un chauffeur et de deux manœuvres.

La visite des patientes hospitalisées est quotidienne et est dirigée par un gynécologue obstétricien.

2. Type et période d'étude :

Il s'agissait d'une étude longitudinale, descriptive et analytique, allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2013.

3. Population d'étude :

Elle a concerné l'ensemble des accouchements réalisés dans le service pendant la période d'étude.

4. Echantillonnage :

4-1. Critère d'inclusion :

Il s'agit de toutes les femmes ayant bénéficié d'une césarienne d'urgence ou programmée dans le service durant la période d'étude

4-2. Critère de non inclusion :

- Les césariennes post mortem ;
- Les césariennes effectuées dans d'autres services, adressées dans le nôtre pour des complications post opératoires ;
- Les ruptures utérines ;
- Les indications posées dans notre centre mais dont la césarienne a été réalisée dans d'autres structures ;

4-3. Taille de l'échantillon :

On a procédé à un échantillonnage exhaustif de tous les cas répondant aux critères d'inclusion ci-dessus cités.

5. Déroulement de l'étude :

Les objectifs de l'étude ont été clairement expliqués aux patientes. Leur consentement éclairé a été obtenu.

Les objectifs et le rythme de l'examen ont été expliqués à toutes les patientes. Cet examen comprenait l'interrogatoire et l'examen physique complet 2 fois par jour jusqu'à leur sortie. Un premier pansement était fait le jour de la sortie. Le reste du suivi dépendait de la présence ou non de complication.

6 .Technique de collecte des données :

Les données ont été collectées à partir d'un questionnaire élaboré pour la circonstance.

6.1. Outils de collecte des données :

Les données ont été collectées sur les fiches d'enquêtes individuelles à partir des dossiers obstétricaux complétés au besoin par :

- Le registre d'accouchement
- Le registre d'admission
- Le registre de compte rendu opératoire

6.2. Plan d'analyse et traitement des données :

- La rédaction de la thèse a été faite sur Microsoft office Word 2007 et l'analyse statistique a été faite sur Epi-info version 3.5.
- Les données qualitatives ont été présentées sous forme de fréquences exprimées en pourcentage et les variables quantitatives sous forme de moyenne.
- Les tests statistiques utilisés pour la comparaison ont été le Khi2 de Pearson, le test de Fisher, l'Odd ratio et son intervalle de confiance pour l'estimation du risque de survenue de complications dans le postcésarienne. Les différences étaient significatives si $p < 0,05$.

7. Les variables:

Plusieurs variables on été mesurées et recodées dans le tableau ci-dessous :

Tableau I. Principales variables étudiées

Variables	Type	Echelle de mesure	Technique de collecte
Age	Quantitative discontinue	En année	Interrogatoire
Parité	Quantitative discontinue	-	Interrogatoire
Complication de la grossesse	Groupes de variables logiques	1= oui 2= non	.examen du carnet de CPN .examen de la fiche opérationnelle de suivi .examen physique
Terme de la grossesse	Quantitative discontinue	En semaine d'aménorrhée ou en mois	Interrogatoire (DDR) ou échographie précoce
Complications de la césarienne	Groupes de variables Logiques	1= oui 2= non	.examen du compte rendu-opérateur .examen physique post-césarienne
Température	Quantitative continue	En degréCelsius	Température axillaire lue sur un thermomètre à mercure augmentée de 0,5°c
Complications post césarienne	Qualitative nominative	1= Court terme 2= long terme	Interrogatoire Examen physique
Période de décès maternelle	Qualitative nominative	1= Sur la table d'opération 2= Dans les 24heures de la césarienne 3= Après 24heures de la césarienne 4= Pendant les 6semaines de la césarienne	.Examen en salle d'opération .Surveillance du post partum immédiat .Surveillance quotidienne en hospitalisation .Examen systématique après 6 semaines de la césarienne ..Interrogatoire
La cause de décès	Qualitative nominative	1= Hémorragie 2= Infections 3=Cardiaque/ Respiratoire 4= Anesthésiologiques 5= Autres	. Examen physique+ Autopsie verbale+ examen complémentaire

8. Aspects éthiques

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figurent dans aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail est purement scientifique et concerne le secteur de la gynécologie-obstétrique avec la morbidité et la mortalité maternelle post césariennes. Ceci afin de fournir aux décideurs locaux un certain nombre d'éléments utiles pour agir en vue de réduire la survenue de complications dans le post césarienne, ou bien les orienter vers certains axes à explorer de façon plus poussée.

9. Définitions opératoires

- **Naissance vivante** : C'est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère d'un produit de conception, pesant au moins 500g qui, après toute séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie tel que battement du cœur, pulsation du cordon ombilical, ou contraction effective d'un muscle soumis à l'action de la volonté, que le cordon ombilical ait été coupé ou non et que le placenta soit ou non demeuré attaché [5].
- **Mort-né** : On entend par mort-né tout enfant n'ayant manifesté aucun signe de vie à la naissance.
- **Venue d'elle-même** : Gestantes ou parturientes ou accouchées admises directement dans le service sans passer par un autre centre.
- **Age obstétrical élevé** : Toute gestante dont l'âge est supérieur ou égal à 35ans à l'admission.
- **L'adolescente** : Toute gestante dont l'âge est inférieur ou égal à 19 ans à l'admission
- **HTA** : Les tensions artérielles systoliques supérieures ou égales à 140 mm Hg et ou diastoliques supérieures ou égal à 90 mm Hg.
- **Hémorragie per opératoire** : toute perte sanguine au cours de la césarienne supérieure à 1000cc

- **Référence:** mécanisme par lequel une formation sanitaire oriente un cas qui dépasse ses compétences vers une structure plus spécialisée et mieux équipée sans notion d'urgence.
- **Evacuation:** la référence dans un contexte d'urgence.
- **Gestité :** elle se définit comme étant le nombre de grossesse d'une femme
- **Primigeste :** c'est une femme qui a contractée une seule grossesse
- **Paucigeste :** c'est une femme qui a contractée 2 ou 3 grossesses
- **Multigeste :** c'est une femme qui a contractée entre 4 ou 5 grossesses
- **Grande multigeste :** lorsque le nombre de grossesse est ≥ 6 .
- **Parité :** c'est le nombre d'accouchement
- **Primipare :** c'est une femme qui a accouchée 1 fois
- **Paucipare :** c'est une femme qui a accouchée 2 ou 3 fois
- **Multipare :** c'est une femme qui a accouchée 4 ou 5 fois
- **Grande multipare :** lorsque le nombre d'accouchement est ≥ 6 .
- **Suites de couches post césariennes à court terme :** Depuis la sortie de la patiente au bloc opératoire jusqu'à son exéat.
- **Suites de couches post césariennes à long terme :** De l'exéat de la patiente, jusqu'au retour des couches.
- **Travail prolongé :** lorsque la durée du travail d'accouchement est supérieure à douze(12) heures.
- **césarienne de durée prolongée :** Si la durée de la césarienne dépasse 60 minutes.

IV/RESULTATS

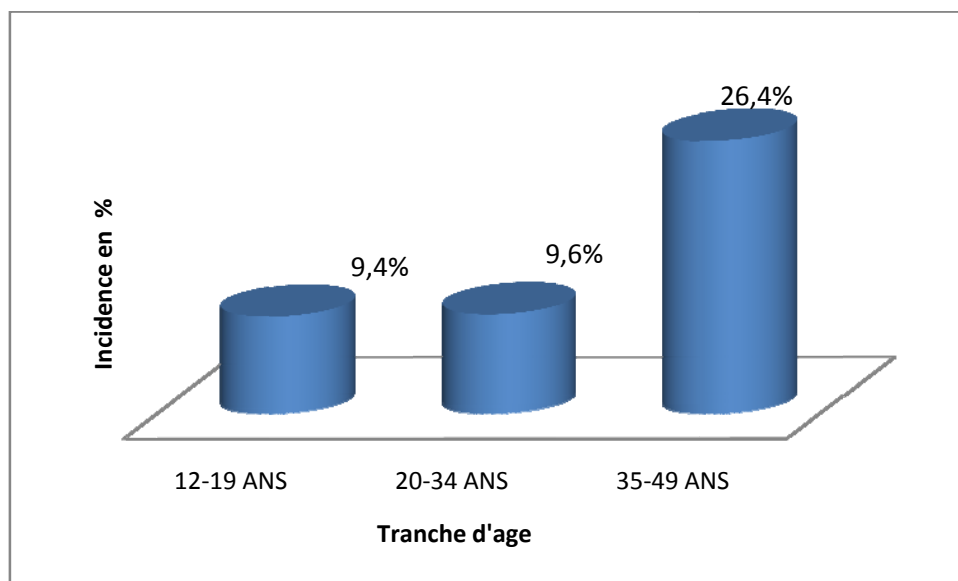
1. Fréquences:

Du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2013 il a été réalisé dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de sante de référence de la commune II 500 césariennes pour un nombre total d'accouchement de 2981 soit un taux de césarienne de 16,77%.

Le taux de césariennes compliquées à court terme a été de 11% (55/500) ; et 1% (5/500) à long terme ; soit un taux global de complication post-césarienne de 12% (60/500).

2. Caractéristiques sociodémographiques

2.1. L'âge :



Graphique N°1: Répartition des complications post-césariennes par tranches d'âge :

$$\text{Khi}^2 = 16,4939$$

$$\text{ddl} = 2$$

$$p = 0,0003$$

La fréquence des complications est plus élevée pour les tranches d'âge supérieur à 35ans avec une différence statistiquement significative. ($P < 0,05$).

2.2. Statut matrimonial

Tableau N°II : Relation entre les complications post-césariennes et le statut matrimonial

statut matrimonial	Suites de couches simples		Suites de couches compliquées		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
célibataire	37	86	6	14	43	100
mariée	403	88,2	54	11,8	457	100
TOTAL	440	88	60	12	500	100

$$\text{Khi}^2 = 0,4192 \quad \text{ddl} = 1 \quad p = 0,2552$$

Il n'y a pas d'association statistiquement significative entre la survenue de complications post césariennes et le statut matrimonial dans notre étude ($P > 0,05$).

2.3. Le niveau d'étude

Tableau N°III : Relation entre les complications post césariennes et le niveau d'étude

niveau d'étude	Suites de couches simples		Suites de couches compliquées		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Non scolarisée	193	80,8	46	19,2	239	100
medersa	26	96,3	1	3,7	27	100
fondamental	122	95,3	6	4,7	128	100
secondaire	66	95,7	3	4,3	69	100
supérieur	33	89,2	4	10,8	37	100
TOTAL	440	88	60	12	500	100

$$\text{Khi}^2 = 24,0029 \quad \text{ddl} = 4 \quad p = 0,0001$$

Il y a une forte association entre le niveau d'étude et la survenue de complications post-césariennes ($P < 0,05$). En effet les non scolarisées sont les plus représentées parmi celles qui ont eues des suites de césarienne compliquées.

2.4 La profession de la parturiente

Tableau N°IV : Relation entre les complications post-césariennes et la profession des parturientes.

profession	Suites de couches simples		Suites de couches compliquées		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
aide ménagère	15	68,2	7	31,8	22	100
coiffeuse	11	100	0	0	11	100
élève/étudiante	44	95,7	2	4,3	46	100
fonctionnaires	36	100	0	0	36	100
Femme au foyer	274	88,7	35	11,3	309	100
teinturière	7	87,5	1	12,5	8	100
vendeuse/commerçant	53	77,9	15	22,1	68	100
TOTAL	440	88	60	12	500	100

$$\text{Khi}^2 = 23,7922 \quad \text{ddl} = 6 \quad p = 0,0006$$

Il existe une différence hautement significative entre les césariennes dont les suites sont compliquées et celles dont les suites sont simples dans leur répartition en fonction de la profession ($P < 0,05$).

Les aides ménagères, et les vendeuses sont les plus représentées dans le groupe des complications.

3. Mode d'admission :

Tableau N° V : Relation entre les complications post césariennes et le mode d'admission

mode d'admission	Suites de couches simples		Suites de couches compliquées		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
évacuée	74	74	26	26	100	100
référée	6	100	0	0	6	100
venue d'elle même	360	91,4	34	8,6	394	100
TOTAL	440	88	60	12	500	100

$$\text{Khi}^2 = 23,6175$$

$$\text{ddl} = 2$$

$$p = 0,0001$$

Le tableau N°V permet de constater que l'évacuation est la modalité d'admission la plus représentée dans le groupe des césariennes compliquées avec une différence statistiquement significative. ($P < 0,05$).

4. Antécédents obstétricaux :

Tableau N° VI : Relation entre les complications post-césariennes et les antécédents obstétricaux

ATCD Obstétricaux	Suites de couches simples	Suites de couches compliquées	Total	OR	IC or	Kh ²	P
Gestité							
PRIMIGESTES	28,86% (127/440)	16,16%(10/60)	137/500	0,56	0,24-1,16	2,64	0,164
PAUCIGESTES	88/440 (20%)	12/60 (20%)	100/500	1,13	0,52-2,30	0,13	0,720
MULTIGESTES	43,63% (192/440)	41,66% (25/60)	217/500	2,10	0,60-3,00	2,11	0,144
GRANDE MULTIGESTES	8,63% (38/440)	8/60 (13,33%)	46/500	2,82	0,69-5,27	3,11	0,025
Parité							
PRIMIPARES	32,5% (143/440)	23,33% (14/60)	157/500	0,72	0,35-1,40	1,01	0,313
PAUCIPARES	94/440 (21,36%)	(15%) 9/60	103/500	0,73	0,30-1,58	0,68	0,410
MULTIPARES	42,04% (185/440)	25/60(41,66%)	210/500	1,17	0,64-2,14	0,30	0,022
GRANDE MULTIPARES	5,22%(23/440)	11,66% (7/60)	30/500	3,68	0,92-7,86	7,96	0,020

Les grandes multigestes et les grandes multipares sont les plus représentées parmiles femmes césarisées dont les suites sont compliquées (P<0.05).

5. Nombre de CPN

Tableau N° VII : Relation entre les complications post césariennes et le nombre de CPN effectuée

Nombre de CPN	Suites de couches simples		Suites de couches compliquées		TOTAL	
	Eff	%	Eff%		Eff%	
0	19	70,4	8	29,6	27	100
1	34	89,5	4	10,5	38	100
2	61	88,4	8	11,6	69	100
3	59	80,8	14	19,2	73	100
4	99	91,7	9	8,3	108	100
5	50	83,3	10	16,7	60	100
6	41	89,1	5	10,9	46	100
7	41	95,5	2	4,7	43	100
8	28	100	0	0	28	100
9	7	100	0	0	7	100
12	1	100	0	0	1	100
TOTAL	440	88	60	12	500	100

$$\text{Khi}^2 = 213737$$

$$\text{ddl} = 10$$

$$P = 0,0186$$

Il existe une différence statistiquement significative entre la survenue de complications post césariennes et le nombre de CPN effectuée. ($P < 0,05$). En effet, les femmes n'ayant pas réalisé de CPN sont les plus représentées parmi celles qui ont eues des suites de césariennes compliquées.

6. Auteurs de la CPN

Tableau N° VIII : Relation entre les complications post-césariennes et les auteurs de la CPN

Auteur de CPN	Suites de couches simples		Suites de couches compliquées		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Infirmière obstétricienne	2	100	0	0	2	100
Médecin généraliste	80	87	12	13	92	100
Gynécologue obstétricien	132	96,4	5	3,6	137	100
Sage femme	207	84,8	37	15,2	244	100
TOTAL	421	88,6	54	11,4	475	100

$$Kh^2= 12,1021$$

$$ddl=3$$

$$P= 0,0070$$

Il existe une différence statistiquement significative entre la survenue de complications post césariennes et l'auteur de la CPN ($P < 0,05$). On remarque que le risque de survenue de complication post césarienne diminuait lorsque l'auteur des CPN était plus qualifié (Gynécologue obstétricien)

7. Type de pathologie au cours de la grossesse :

Tableau N° IX. Relation entre les complications post césariennes et le type de pathologie au cours de la grossesse

Pathologie au cours de la grossesse	Suites de couches simples	Suites de couches Compliquées	Total	OR	IC or	Kh ²	P
Infection urinaire	7/440(1,59%)	10/60 (16,66%)	17/500	13,90	4,48-44,8	41,11	0,001
Infections génital	18/440(4,09%)	25/60(41,66%)	43/500	19,77	9,13-42,73	106,78	0,001
Anémie	1/440(0,22%)	4/60(6,66%)	5/500	34,82	3,31-1718,4	24,56	0,001
Métrorragies	4/440(0,90%)	4/60(6,66%)	8/500	8,71	1,56-47,8	12,74	0,003
HTA	14/440(3,18%)	8/60(13,33%)	22/500	5,24	1,80-14,15	15,12	0,001
Retrovirose positive	5/440(71,4%)	2/60(28,6%)	7/500	3,320	0,62-17,54	0,788	0,174

Les résultats de ce tableau montre qu'il y a une association significative entre la survenue de complications post-césariennes et la présence de pathologie au cours de la grossesse ($P < 0,05$) ; sauf en cas de séroposativité au HIV, ceci est du au fait que les patientes séropositives connues font le plus souvent régulièrement les CPN et sont mises sous traitements anti rétroviraux si nécessaire, elles bénéficient d'une surveillance particulière au cours de la grossesse.

8. Type de complications post césariennes

Tableau N°X : Répartition des patientes selon le type de complications post césariennes

Type de Complications	Effectif	Fréquence %
Hémorragie de la délivrance	10	16,7
Suppuration pariétale	15	25
Endométrite	15	25
Infection urinaire	2	3,34
Anémie	14	23,33
Syndrome de Mendelson	1	1,66
Réaction allergique	1	1,66
OAP	2	3,34
Total	60	100

Les infections ont dominé les complications dans les suites de couches post césariennes, soit 53,33% de nos complications.

9. Examen clinique à l'admission

Tableaux N° XI : Relation entre les complications post césariennes et l'examen clinique à l'admission

Examen clinique	Suites de couches simples	Suites de couches compliquées	Total	OR	IC OR	Kh ²	P
Conscience altérée	0/440(0 %)	1/60 (1,66 %)	1/500	-	0,001-2,348	8,107	0,044
HTA	19/440 (4,31 %)	14/60 (23,33%)	33/500	7,66	3,27-17,38	35,64	0,001
Fièvre	3/440 (0,68 %)	16/60 (26,66%)	19/500	60,4	16,01-330,94	108,13	0,001
Membrane rompue	112/440 (25,45 %)	22/60 (36,66 %)	134/500	1,98	1,05-3,67	5,49	0,019
Anomalie du liquide amniotique	27/440 (6,13 %)	9/60 (15 %)	36/500	3,03	1,18-7,13	7,77	0,053
Métrorragie	10/440 (2,27 %)	10/60(16,66%)	20/500	9,67	3,38-27,21	32,37	0,001

Tous les paramètres étudiés ici à l'examen d'admission sont associés à la survenue de complications post-césariennes.

10. Facteurs de risques :

Tableau N°XII : Facteurs de risques de complications post-césariennes

Facteurs de risques	Suites de couches simples	Suites de couches Compliquées	Total	OR	IC or	Kh ²	P
RPM	8/440(1,81%)	13/60(21,66%)	21/500	16,91	6,03-49,35	58,02	0,0001
Travail prolongé	12/440(2,72%)	5/60(8,33%)	17/500	3,61	0,95-11,53	6,09	0,0135
Métrorragie	10/440(2,27%)	10/60(16,66%)	20/500	9,67	3,38-27,21	32,37	0,0001
Anémie	1/440(0,22%)	4/60(6,66%)	5/500	34,82	3,31-1718,4	24,56	0,0001
Césarienne de durée prolongée	6/440(1,36%)	20/60(33,33%)	26/500	41,81	14,73-133,24	121,75	0,0001
Césarienne en urgence	340/440(77,27%)	47/60(78,33%)	387/500	3,52	0,81-9,58	5,29	0,3501

Les facteurs de risques associés aux complications post-césariennes dans notre étude ont été : La rupture prématurée des membranes, le travail prolongé, la métrorragie à l'admission, l'anémie, la césarienne prolongée, et la césarienne d'urgence.

11 : Facteurs de risques et certains types de complications post césariennes :
Tableau N^o XIII : Relation entre les facteurs de risques et certains types de complications post césariennes :

Facteurs de risque	Types de complications	Total	OR	IC or	Kh²	P
RPM	Endométrite	9 cas d'endométrites/21cas de RPM	18,5	4,28-79,8	24,37	0,0001
Travail prolongé	Endométrite	6 cas d'endométrites/17 cas de travail prolongé	8,04	3,42-34,7	12,06	0,0001
Césarienne d'urgence	Suppuration pariétale	13 cas de suppurations pariétales/387 césariennes d'urgences	42,9	7,5-247,2	46,54	0,0001
Césarienne prolongée	Hémorragie de la délivrance	5 cas d'hémorragies de la délivrance/26 cas de césariennes prolongées	48,04	2,3-521,2	54,6	0,0001
	Anémie du post partum	10 cas d'anémie/26 cas de césariennes prolongées	11,04	3,46-35,1	24,82	0,0001
Métrorragie à l'admission	Anémie du post partum	4 cas d'anémie/20 cas de métrorragies à l'admission	21,8	7,1-50,03	31,3	0,0001

Les facteurs de risqué étudiés ici (RPM, Travail prolongé, Césarienne d'urgence, Césarienne prolongée, Métrorragie) ont été associés de façon significative a la survenue de certains types de complications post césariennes (Endométrite, Suppuration pariétale, hémorragie de la délivrance, Anémie du post partum).

12. Type d'anesthésie

Tableau n° XIV : Relation entre les complications post césariennes et le type d'anesthésie

Type d'anesthésie	Suites de couches simples		Suites de couches compliquées		Total	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
AG	130	79,9	33	20,5	163	100
Rachi anesthésie	310	92	27	8	337	100
Total	440	88	60	12	500	100

Khi² : 16,355

ddl : 2

P : 0,0003

Le tableau N°XIX permet de constater que l'anesthésie général est le type d'anesthésie la plus représentée dans le groupe des césariennes compliquées avec une différence statistiquement significative. ($P < 0,05$).

13. Les paramètres de la césarienne :

Tableau N°XV: Etude des facteurs de risque selon les paramètres de la césarienne :

Paramètre de la césarienne	Suites de couches simples	Suites de couches compliquées	Total	OR	IC OR	Kh²	P
Type de césarienne							
Urgence	340/440 (77,27%)	47/60 (78,33%)	387/500	3,52	0,81-9,58	5,29	0,3501
Programmée	100/440(22,72%)	13/60(21,66%)	113/500	0,55	0,22-1,23	2,29	0,1301
Type d'anesthésie							
AG	130/440(29,54%)	31/60(51,66%)	161/500	3,13	1,70-5,79	16,53	0,0001
Rachianesthésie	310/440(71,59%)	24/60(40%)	339/500	0,32	0,17-0,59	2,53	0,2312
Type d'incision							
IMSO	60/440(13,63%)	6/60(10%)	66/500	0,79	0,26-1,95	0,28	0,5944
Joël Cohen	306/440 (69,54%)	41/60 (68,33%)	347/500	1,33	0,68-2,73	0,77	0,3801
Pfannentiel	79/440 (17,95%)	8/60(13,33%)	87/500	0,79	0,31-1,77	0,35	0,5531
Durée du travail							
> 12 Heures	12/440(2,72%)	5/60(8,33%)	17/500	3,61	0,95-11,53	6,09	0,0130
< 12 Heures	325/440(73,86%)	37/60(61,66%)	362/500	0,76	0,40-1,47	0,81	0,3670
Perte sanguine							
>1000cc	0/440(0%)	6/60(10%)	6/500	-	-	49,14	0,0001
<1000cc	440/440(100%)	49/60(81,66%)	489/500	0,00	0,0-0,110	0,149	0,6322
Durée de la césarienne							
>60 minutes	6/445(1,36%)	20/60(33,33%)	26/500	41,81	14,73-133,2	121,75	0,0001
<60 minutes	439/440(99,77%)	35/60(58,33%)	474/500	0,02	0,01-0,07	0,110	0,5020

Les paramètres de la césarienne qui sont significativement associés aux complications post césariennes dans notre étude ont été : La césarienne d'urgence, l'anesthésie générale, durée du travail > 12 Heures, perte sanguine > 1000cc, durée de la césarienne > 60 minutes.

14. Etude des facteurs de risque selon la durée d'hospitalisation

Tableau N° XVI : Facteurs de risque selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	Suites de couches simples		Suites de couches compliquées		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
≤3.jours	434	97,5	11	2,5	445	100
> 3.jours	6	15	49	100	55	100
TOTAL	440	88	60	12	500	100

$$Kh^2= 350,112$$

$$ddl =3$$

$$P=0.0001$$

La survenue de complication prolonge la durée d'hospitalisation : En effet, tous nos cas compliqués sont restés dans le CS Réf pendant plus de 3jours. En dehors de complication la durée d'hospitalisation est le plus souvent inférieure ou égale à 3jours.

15. Cause des décès maternel

Tableau N°XVII : Répartition des complications post césariennes en fonction des causes de décès maternel :

Causes de décès	Effectif	Fréquence (%)
Syndrome de Mendelson	1	0,2
Réaction allergique a la kétamine	1	0,2
Total	2	0,4

Dans notre étude, nous avons noté deux (2) cas de décès maternel post césarienne soit 0,4% de nos patientes.

16. Consultation post-natale

Tableau N° XVIII : Répartition des patientes en fonction de la consultation post natale :

CPON	Effectif	Fréquence (%)
CPON faite	160	32
CPON non faite	340	68
Total	500	100

Sur 500 césariennes, seulement 160 sont venues à la consultation post-natale (CPON).

17. Type de pathologies à la consultation post-natale :

Tableau N°XIX : Répartition des patientes en fonction du type de pathologies à la consultation post-natale

Type de pathologie	Effectif	Fréquence (%)
endométrite	1	20
suppuration pariétale	4	80
Total	5	100

Les infections ont dominés les complications à long terme (**100%**). Le taux de césarienne compliquées dans les suites de couches tardives est de **1% (5 /500)**.

18. Etat des nouveau-nés à la naissance :

Tableau N° XX: Relation entre les complications post césariennes et l'état des nouveau-nés à la naissance

état du nouveau né	Suites de couches simples		Suites de couches compliquées		TOTAL	
	Eff	%	Eff	%	Eff	%
décédé	0	0	7	100	7	100
mort apparente	0	0	2	100	2	100
Vivant	440	89,6	51	10,4	491	100
TOTAL	440	88	60	12	500	100

Khi² : 67,2098

ddl : 2

P : 0,0001

Le décès du nouveau né est aussi lié aux facteurs entrainant les complications post-césariennes.

19. Apgar à la 1^{ème} minute

Tableau XXI : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 1^{ème} minute

Apgar 1 ^{ère} minute	Effectif	Fréquence(%)
≤ 7	150	30
> 7	350	70
Total	500	100

L'Apgar supérieur à 7 à la 1^{ère} minute était le plus représenté soit 70%.

20. Apgar à la 5^{ème} minute

Tableau XXII : Répartition des nouveau-nés selon l'Apgar à la 5^{ème} minute

Apgar5 ^{ème} minute	Effectif	Fréquence(%)
8-9	163	32,6
10	337	67,4
Total	500	100

Le score d'Apgar 10/10 à la 5^{ème} minute était le plus représenté avec 78,92%.

V/COMMENTAIRES ET DISCUSSION

Les résultats que nous avons obtenus du 1^{er} janvier au 31 Décembre 2013 ont été commentés et discutés à la lumière de la littérature

Difficultés de l'étude

Comme tout travail, nous avons rencontré un certain nombre de difficultés parmi lesquelles :

-La perte de certains carnets de CPN, certaines évacuations qui se faisaient sans partogramme ou sans fiche d'évacuation.

Mais ces problèmes n'ont pas eu d'incidents sur nos résultats.

1-Fréquence :

La gratuité de la césarienne (depuis le 23 juin 2005 en République du Mali) a amélioré l'accessibilité financière mais l'accessibilité géographique à la césarienne reste préoccupante.

Les différents travaux déjà faits ont abordé la césarienne dans sa globalité.

C'est ainsi que l'enquête MOMA (morbidité maternelle en Afrique de l'Ouest) réalisée de décembre 2000 à 2007 dans 7 districts sanitaires (Bamako, Nouakchott, Ouagadougou, Abidjan ; Kaolack ; Saint Louis, Lagos) a rapporté des taux de césarienne inférieurs aux normes fixées par l'OMS (5 à 15 %) pour la prise en charge optimale des urgences obstétricales. Le même constat s'est révélé dans certains pays en développement comme le Mali, la Bolivie, le Guatemala, le Haïti où les taux nationaux sont respectivement de 2,4 % ; 4,9 % ; 4,9 % et 1,6 % [18, 25,32].

Au cours de notre étude nous avons colligé 500 césariennes sur un nombre total d'accouchement de 2981 soit un taux de césarienne de 16,77% et parmi ces 500 césariennes nous avons observé 55/500 complications dans les suites de couches immédiates soit 11% et 5/500 cas de complications dans les 40 jours suivant la césarienne soit 1%.

La fréquence globale de complications post césariennes a été de 12%(60/500).

Ce taux global de césarienne élevé dans notre série, s'explique d'une part par le statut référentiel de notre service, recevant des patientes venant de divers horizons et d'autre part par l'augmentation du nombre de gynécologues-obstétriciens qui sont effectivement impliqués dans la prise en charge des grossesses à risque.

Notre taux de complication post césarienne est parmi les plus faibles (12%), comparé à ceux de la littérature. Siby O. [28] à Bamako en 2006 a trouvé 31,3% de complication post césarienne au CHU Gabriel Touré.

Camara B S. [4] à Bamako en 2006 a trouvé 18,47% de complication post césarienne au centre de sante de référence de la commune I.

Coulibaly B. [5] à Bamako en 2006 également trouve 19,02% au centre de santé de référence de la commune I.

2. Caractéristiques socio démographiques :

2.1. Age

La tranche d'âge 35-49 ans était la plus représentée dans le groupe des complications avec une fréquence de 26,4%. Cette augmentation du taux de complications avec l'âge pourrait s'expliquer par l'atonie utérine chez les multipares, l'augmentation du poids fœtal avec la parité, l'hydramnios ou l'oligo-amnios provoqué par les pathologies les plus fréquentes avec l'âge (HTA, diabète), les fibromes et le placenta prævia.

Les extrêmes d'âges étaient de 12 ans et de 47 ans avec un âge moyen de 29 ans. Cet âge moyen est inférieur à celui de Siby O. [28] 37,8%, et supérieur à ceux de Camara B S. [4] 16,84% et Coulibaly B. [5] 22,48%.

2.2. Niveau d'instruction

Les patientes non scolarisées représentaient 19,2% dans le groupe des complications. Le bas niveau intellectuel de ces patientes fait qu'elles sont sujettes à des grossesses tardives parce qu'elles ont moins d'information par rapport au danger de la grossesse à cet âge de la vie et par rapport aux moyens de contraception.

Ce taux s'explique aussi par le faible niveau de scolarisation au Mali et particulièrement celui des filles. Il constitue un problème majeur dans le suivi des grossesses et la compréhension des patientes. Ce taux est inférieur à ceux de Camara B S. [4] 37,23% et Coulibaly B. [5] 71%.

2.3. Profession

Les femmes au foyer, les aides ménagères et les vendeuses représentaient respectivement 11,3% ; 31,8% et 22,1% dans le groupe des complications. Ces taux peuvent s'expliquer par le bas niveau socio-économique de notre pays. Il constitue un problème dans le suivi de la grossesse notamment la réalisation de certain bilan prénatal. Ce taux est inférieur à ceux de Camara B S. [4] qui trouve respectivement 40%, 11,70%, 12,76%.

2.4. Statut matrimonial

Il n'y a pas d'association significative entre la survenue de complications post césariennes et le statut matrimonial dans notre étude ($P > 0,05$). Cette tendance est retrouvée chez : Siby O. [28] à L'Hôpital Gabriel Toure en 2006, Camara.B.S. [4] au CS réf CI en 2006, et Coulibaly.B. [5].] au CS réf CIV.

3. Evacuation :

Dans notre étude l'évacuation est associée de façon significative aux complications dans le post césarienne avec ($P < 0,05$), notre taux d'évacuation a été de 20%. La fréquence des évacuations sanitaires d'urgence en obstétrique est variable en fonction des pays de la zone et des saisons. Les évacuations sont le fait d'une centralisation des structures sanitaires et du personnel qualifié et équipé dans les grandes villes [11]. La fréquence relativement élevée des évacuations s'explique par le fait qu'il n'y a que peu ou pas de structures intermédiaires pouvant prendre en charge certaines complications obstétricales [12]. En effet malgré l'instauration du système de Référence/Evacuation en 1994 au Mali avec la périnatalité comme porte d'entrée dans les cercles, les centres de santé ne sont pas toujours équipés en personnel ou en structure permettant une prise en charge adéquate des patientes. Le faible taux d'évacuation trouvé par

Diarra N. [10] (7,9%) concerne un district sanitaire de la Côte d'Ivoire où la distance moyenne entre l'hôpital de référence et les infrastructures périphériques est de 60km avec un réseau routier de 2357km de terre difficilement praticable en saison de pluie. Le service est doté d'un seul gynécologue obstétricien aidé de quatre sages femmes. La plupart des patientes évacuées sont plutôt adressées au Centre Hospitalier Régional de Yamoussoukro.

Takpara I. au Bénin [33] avait un taux d'évacuation de 66%.

4. Antécédents obstétricaux

Les grandes multigestes et les grandes multipares sont les plus représentées parmi les césariennes ayant présenté une complication dans notre étude avec ($P < 0,05$). Cela pourrait s'expliquer dans notre contexte par le fait que ces gestantes se croient plus expérimentées et accordent moins d'importance aux CPN ou se gênent d'aller à la CPN. Cette même tendance est retrouvée chez Camara B S. [4], Siby O. [28] Coulibaly. B. [5].

5. La non réalisation des consultations prénatales:

La CPN est un des piliers de la maternité à moindre risque. Malheureusement sa mise en œuvre reste encore déficitaire dans la plupart de nos pays.

Dans ce travail, nous constatons que les femmes n'ayant pas réalisées de CPN (29,6%) sont plus représentées parmi celles qui ont eu des suites de césarienne compliquées avec ($P < 0,05$).

Par contre, lorsque les gestantes fréquentent les centres de CPN et qu'elles bénéficient de soins appropriés, elles sont protégées contre de nombreux événements non désirés. Il est à noter que la réalisation des consultations prénatales (CPN) par les gestantes constitue une réponse adéquate à deux problèmes majeurs de santé publique dans notre pays qui sont l'anémie et le paludisme, qui sont également pourvoyeurs de complications dans les suites de césarienne comme démontré par les travaux de **Diarra F.L.[10]** en 2001 à l'hôpital Gabriel Touré. Les bénéfices tirés de ces actions de prévention auraient

pu être mieux si les CPN étaient réalisées conformément aux recommandations des Politiques normes et procédures en santé de la reproduction.

Malheureusement, dans notre pays, les consultations prénatales, axe fondamental de la lutte pour la réduction de la mortalité et morbidité maternel posent de sérieux problèmes liés largement à des obstacles socioculturels, à la qualité de la prise en charge de la grossesse, d'orientation, d'accessibilité aux soins mais aussi de l'insuffisance du plateau technique en ressources humaines et matérielles.

La majeure partie de nos revues de littérature sont du même avis (Diallo A.K. [9] en 2005 au Mali, Takpara I. [33] en 1994 au Bénin et Yahiaoui H. [37] en 1992 au Tunis).

6. Auteurs des CPN

Le risque de survenue de complication post césarienne diminuait lorsque l'auteur des CPN était plus qualifié. Mais dans notre étude, l'essentiel du suivi était assuré par les sages femmes 51,4%. Pour diminuer le taux de complication post césarienne, un accent particulier devra être mis sur la CPN recentrée : C'est-à-dire une CPN non basée sur le nombre mais sur la qualité. Donc des CPN assurées par un personnel qualifié surtout pour les grossesses à risque. La majeure partie de nos revues de littérature sont du même avis (Diallo A.K. [9] au Mali, Takpara I. [33] au Bénin et Yahiaoui H. [37] à Tunis).

7. Facteurs de risque

-Rupture prématurée des membranes : Dans notre étude 23,63% des femmes qui ont présenté une complication dans les suites de césarienne avaient fait une RPM. Les risques de celles-ci étaient multipliés par 16,91 avec une différence hautement significative ($P < 0,05$). Nous remarquons que plus, le délai de la rupture des membranes est long, plus le risque d'infection amniotique est grand et plus grand est le risque de complications post césariennes. Cette rupture prématurée des membranes a été observée chez les parturientes dont le travail a été également long favorisant les complications post opératoires.

Plus le délai du travail est long, plus, la parturiente est exténuée, plus le nombre d'examen gynécologique est élevé et plus grand est le risque d'ascension des germes du vagin vers la cavité utérine. La plupart de nos revues de littératures ont trouvé des résultats similaires : Siby O. [28] à L'Hôpital Gabriel Touré où 68, 1% des femmes dont les suites sont compliquées avaient fait une RPM ;

Camara.B.S S. [4] au CS réf C I où 79 % des femmes dont les suites sont compliquées avaient fait une RPM ; et Coulibaly.B. [5].] au CS réf C IV où 51% des femmes dont les suites sont compliquées avaient fait une RPM.

- **La métrorragie** : La métrorragie observée a l'admission ou en tant que motif d'évacuation était associée aux complications dont elle multipliait le risque par 9,67($P < 0,05$). Nos résultats convergent vers nos revues de littératures (Siby ; O [114] au Mali à l'H.G.T.et Coulibaly.B [5] en C IV ont respectivement trouvé 2,83 et 2,77 avec $P < 0,05$)

- **Césarienne en urgence** : Le caractère urgent de la césarienne multipliait le risque de complications post-césariennes par 1,81 ($P=0,130$) dans notre étude. Notre taux élevé de complications post-césariennes(78,33%) dans la série des césariennes en urgence s'explique par le fait que ces césariennes se font dans les conditions d'extrêmes urgences ou les règles d'asepsie et d'antisepsie ne sont pas toujours au premier plan, c'est la parturiente et son fœtus qui le sont surtout. Cette série de césariennes en urgence est essentiellement constituée de parturientes évacuées ou référées donc un risque accru de complications dans les suites de césarienne.

Dans nos revues de littératures tous les auteurs partagent cette affirmation (Diallo A.K. [9] à l'H.G.T.et l'HPG ;Takpara I. [33])

8. Pronostic :

8.1 : Pronostic maternel

Morbidité maternelle post-césarienne : notre taux de morbidité post-césarienne est essentiellement constitué d'infections, d'hémorragie et d'anémie.

***Les infections :** elles ont représenté **6,4%** de l'ensemble de nos complications, elles ont été dominées par **l'endométrite et la suppuration pariétale**.

Ces taux s'expliquent par le fait que la rupture prématurée des membranes, la prolongation de la durée du travail d'accouchement, associées à des touchers vaginaux répétés multipliaient le risque d'infection respectivement par: 16,91 et 3,61 avec $P < 0,05$. A cela s'ajoutent le caractère urgent de la césarienne, l'hémorragie per-opératoire et la prolongation de la durée de la césarienne avec $P < 0,05$. Car plus de 85% de nos césariennes ont été réalisées dans un contexte d'urgence.

Dans nos revues de littérature, le taux de morbidité maternel lié à l'infection varie en fonction : du milieu d'étude, de la population d'étude, de la taille de l'échantillon.

Diallo AK [9] a trouvé 12,9% comme taux de complication infectieuse post césarienne à Bamako au Mali en 2005 CHU Point G ;

Tégueté I. [34] a trouvé 15,4% à Bamako au Mali en 1996 à l'Hôpital National du Point G ; et Mbiye K. [17] a trouvé 89,14% à Bangui en République Centrafricaine en 1989 au centre National Hospitalier Universitaire de Bangui.

*** L'hémorragie :** elle est due le plus souvent à une atonie utérine, à une prolongation de la durée de césarienne ou à une difficulté d'hémostase par lésions vasculaires.

Notre taux de complication hémorragique per-opératoire est parmi les plus faibles (**2%**) comparé à ceux de la littérature. Klass K. [16] à Tunis a trouvé 14% au CHU Habib Thameur de Boulanger ; J.Ch [3] à Paris a trouvé 10% à

l'hôpital Notre Dame, Tégueté I. [34] à Bamako a trouvé 12,6% à l'Hôpital du PointG

* L'anémie post-césarienne : Elle constitue une des principales complications post opératoires. Elle vient en 2^e position après la morbidité infectieuse. Nous relevons 15 cas d'anémie soit **3%** de l'ensemble de notre série.

La morbidité maternelle liée à l'anémie est très variée dans la littérature ; l'anémie constatée en post opératoire est le plus souvent liée soit à une anémie chronique; soit aux pertes sanguines anormalement élevées (supérieur à 1000cc) au cours de l'intervention.

La fréquence de la morbidité maternelle post césarienne liée à l'anémie est plus élevée dans les pays en voie de développement que dans les pays développés. Notre critère d'appréciation de l'anémie était essentiellement basé sur la biologie (taux d'hémoglobine), et l'examen clinique.

Najah [22] Tunisie en 1985 a trouvé 1,7% à l'Hôpital Charles Nicole

Poulain P [24] à Paris en 1991 a trouvé 0,7% en milieu hospitalier

Diallo AK [9] à Bamako en 2005 a trouvé 13,14% au CHU du PointG

Cela est dû le plus souvent aux mauvaises conditions socio-économiques et à une alimentation mal équilibrée chez la plupart des femmes enceintes de ces pays en voie de développement.

-Mortalité Maternelle

Nous déplorons **deux (2)** cas de décès maternel post césarienne soit 0,4%. IL s'agit de patientes décédées dans un contexte de syndrome de Mendelson (un cas) et de réaction allergique à l'anesthésie générale à la kétamine (un cas).

Durant la même période d'étude nous avons noté deux (2) cas de décès maternel après un accouchement par les voies maternelles soit un taux de décès maternel de 0,06%

Le taux de décès maternel après césarienne est plus élevé que celui après un accouchement par les voies maternelles dans notre étude.

Cette tendance fut notée par la plupart de nos revues de littérature = Diallo Ak [9] au Mali en 2005 ; Racine C. F.[26] à Paris ; Tégueté. I [34], et Yahiaoui H [37], à Tunis.

En effet Erny R. (13) entre 1970- 1981 a trouvé un taux de décès maternel de 3,80% après césarienne contre 0.86% après un accouchement par les voies maternelles.

Evrard Z. R (14) a noté 6,90% après une césarienne contre 0,24% après un accouchement par voie basse entre 1965- 1975.

Cependant le syndrome de Mendelson et la réaction allergique à l'anesthésie générale à la kétamine ont été les deux causes de décès maternel post-césarienne dans notre étude avec 0,2% pour chacune.

8.2. Le pronostic fœtal

L'appréciation du pronostic fœtal est faite pendant le séjour post opératoire de la mère dans le service.

- La morbidité

En considérant comme morbide tout nouveau-né ayant un score d'Apgar ≤ 7 , notre taux de morbidité s'élève à 30 %. Ce taux est inférieur à celui de Diaby M. [8] avec 31,7% et est supérieur à celui de Tégueté I. [34] avec 16,9%.

- La mortalité

Au cours de notre étude, nous avons recensé 7 cas de décès néonatal. Ce taux est inférieur à ceux de Camara B S[4] et de Siby O[28] qui ont respectivement trouvé 43 et 109 cas de décès néonatal. Cette diminution du taux de mortalité néonatale est due à des consultations prénatales régulières, le dépistage et la prise en charge des grossesses à risque, une surveillance fœtale au cours du travail et une meilleure réanimation néonatale, la disponibilité constante des kits de césarienne et la stabilité du personnel qualifié.

VI/CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS :

1.CONCLUSION :

Il s'agit d'une étude longitudinale ,descriptive et analytique avec collecte des données dans le service de gynécologie et d'obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, qui s'est déroulée du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2013.

Pendant cette période 500 césariennes ont été réalisées dans le service contre 2981 accouchements soit un taux de césarienne de 16,77% .Nous avons noté 12% de complication post césarienne .Les deux premières complications sont respectivement l'infection 6,4% et l'anémie 3%. Deux (2) cas de décès ont été enregistrés soit un taux de décès maternel de 0,4%.

Les facteurs de risque de ces complications sont : la grande multiparité, la non réalisation de la CPN, la durée prolongée du travail d'accouchement, la rupture prématurée des membranes, la métrorragie, le caractère urgent de la césarienne, la césarienne de durée prolongée, et l'anesthésie générale.

2. RECOMMANDATIONS :

Nous recommandons :

■ A l'administration du centre de santé de référence de la commune II de:

- Désinfecter régulièrement les blocs opératoires et les salles d'hospitalisations
- La mise à la disposition constante du sang et produits dérivés pour la prise en charge des cas d'hémorragie.
- Mettre dans le kit de césarienne le matériel nécessaire à l'anesthésie locorégionale

■ Aux personnels socio-sanitaires:

- D'assurer une meilleure qualité des CPN;
- De décider à temps les références ou les évacuations surtout au niveau des structures périphériques.

■ A la population :

- La réalisation des consultations prénatales depuis les premières semaines de la grossesse pour le dépistage et la prise en charge précoce des grossesses à risque
- Suivre les conseils et les recommandations des prestataires de santé.

VII.REFERENCES

1-Barrat. J.

Histoire de la césarienne, son implication dans la conduite obstétricale actuelle. Gynéco Obstétrique 1988 ; 83 : 225-30.

2 – Boisselier. Ph,

Indication de la césarienne itérative sur utérus cicatriciel à la clinique ste ANNE CHATELLERAUT. Deuxième journée d'obstétrique du collège de gynécologie de Bordeaux et du sud ouest. 18 Novembre 1995 Bordeaux

3-Boulanger J Ch, Vits M, Verhoest P.

Les complications maternelles des césariennes. Gynéco Obstétrique Biol Reprod 1986 ; 15 : 327-32.

4- Bouvier colle M.H. et Al:

Mortalité maternelle en Afrique de l'ouest. Résultat d'une enquête en population à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint Louis, Kaolak. INSERM – unité 149, ministère des affaires étrangères : coopération et francophonie 1993 : 116p.

Evolution des indications de césariennes. Comparaison entre 1971-1976 et 1976-1979 à la Maternité de l'hôpital Louis-Mourier. Revue de la littérature J Gynécol Obstét Biol Reprod 1985 ; 14 : 375-84.

5-. Cisse C.T NGomp. M ; Guisse A Faye E.O Moreau JC.

Réflexion sur l'évolution du taux de césarienne en milieu Africain : exemple du CHU de Dakar entre 1992 et 2001.

Gynécologie obstétrique et fertilité 2004, vol 32, n°3 ; PP 210- 217.

6-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, 1998 No 85.

7- Crimail-Ph et Coll

8-Diaby M.

Etude de la césarienne à la maternité du centre de référence de la commune I du district de Bamako

Thèse de médecine Bamako 2006 No : 286 P67-68-69

9- Diallo A.K.

Facteurs de risque des complications maternelles post césariennes à l'Hôpital Gabriel Touré et à l'Hôpital du Point G

Thèse de médecine Bamako 2005 .No 224 P.

10–Diarra FL :

Etude de l'anesthésie dans les césariennes en urgence de l'Hôpital Gabriel Touré

Thèse de médecine 2001, N° 91.

11–Dumont-M

A propos de la dilatation aigue idiopathique du colon droit ou syndrome d'Ogilvie.Rev.Fr-Gynecol-Obstet.1990 Déc. ; 85(12) :709-10

12-Dumont M, Morel P.

Histoire de l'obstétrique et de la Gynécologie. Lyon: Simep édition1968: 18-82.

13– Erny .R Gammere M. et Martin A.

Complication des césariennes. Mise à jour en gynécologie et obstétrique, Paris,Vigot Edit 195 – 217,1981.

14– Evrard J. R et Gols E.M.

Caesarean section and maternal mortality in Rhode Island.Incidence and risk factors 1965 – 1975 obstetric.Gynaecology;50, 594 – 597,1977.

15. Gabriel-R,etcoll coll.

Hémorragie de la délivrance .Mise à jour en gynécologie et obstétrique-1994 ; 2P; 88-90

16-Klass K.

Etude analytique des indications de la césarienne et pronostic materno-fœtal à propos de 277 cas de césariennes pratiquées à la maternité du nouveau CHU Habib Thameur (du 4 Avril 1987 au 31 Janvier 1989). Thèse médecine 1989, Tunis.

17- Mbiye K, Sepou A, Ferre J. :

Les indications opératoires de césariennes pratiquées au Centre Nationale Hospitalier et Universitaire de Bangui 1983-1986 médecine d'Afrique noire ; 1989 (36) ; PP. 42-46.

18- Merchaoui J. Fekih M.A, Sfar R

Facteurs influençant la durée d'hospitalisation après une césarienne : étude statistique sur 645 césariennes. Revue Française Gynéco. Obstet 1992 vol 87, n° P. 17-20.

19. Mercier-v ; Samama-G

Colectasie droite aigue après césarienne traitée par colectomie droite. Presse-Med.1986 Oct ; Vol 152 :1199-1200

20-Merger R , Levy J, Melchior J.

Intervention par voie haute : césarienne et hystérectomie. Précis d'obstétrique. Masson 1979 : 618-27.

21- Merger R, Levy J, Melchior J.

Précis d'obstétrique. Masson Paris, 5eme édition, 1985. 755 P.

22-Najah S.

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

23-Phelan J, Clark SL.

Cesarean delivery: the transperitoneal approach. New York: Elsevier, Med 1988: 201-18.

24. Poulain P, Palaric JC, Jacquemart F et al. Les césariennes. Editions techniques Encycl. Méd.Chir (Paris-France), Obstétrique, 5-102-A10, 1991: 15.

25– Racinet, Favier. M

La césarienne, Indication, technique, Complication, Masson, Paris, 1984 : 140-3.

26- RacinetC, Favier. M

Césarienne : complication maternelle

Pratique médicale édition 1982 : 31.

27- Racinet-CI ; Bouzid-F.

Césariennes .Encycl.Med.Chir.(Paris France)_Techniques chirurgicales.Urologie-Gynécologie,41-900,1994

28- Sperling L.S, HenriksenT.B, Ulrichsen Hedegard.M, Moller H, Hansen V, OVLISEN B. SECHER N.J.

Indications for caesarean section in singleton pregnancies in two Danish countries with different caesarean section rate. Act obstetric et gynaecological scandinarca. 1994 (73) 2, PP129 -135.

29. Sperling L.S. Schantz-AL; Toftager-Larsen-K; Ovlisen-B

Non-obstructive cervical dilatation and perforation after cesarean section.Acta-obstet-Gynecol-Scand.1990;69(5):437-9

30 – Stark M, Cavkin, Kupfers, Tain, Finkel AR.

Evaluation of combination of procedures of caesarean Into J. Gynaecology-Obstetric 1995, 48: 273-6.

31- Stringer J, Réveillez D.J, Goldenberg RL.

Livraison césarienne prophylactique pour la prévention de transmission du virus de l'immunodéficience Humaine prénatale : Les cas pour retenu. JESTAssocia 1999 ; 281 1946-1949.

32-Sureau C :

Fait-on trop de césarienne ? Prat. 1990; (40) 24; PP – 2270-2272.

33–takpara I , Alihonoue, Perrrinr, Koalaga A .

Complication des césariennes à la clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique du CNHU de Cotonou.

J. Soc. Biol. CHU Benin, 1994, 11 2.PP. 43-46.

34-Tégueté I.

Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'Hôpital de Point G. de 1991 à 1993.

A propos d'une étude cas –témoins de 1544 cas.

Thèse de médecine : Bamako, 1996 ; 17 (37).

35-Thoulon JM.

Les césariennes. Encycl. Méd. Chir (Paris-France), Obstétrique, 5-102-A10, 10-1979.

36-Weber V.E.

Post mortem cesarean section: review of the litterature and case reports.AmJ.Obstetgynecol 1971; 110: 158-65

37-Yahiaoui H.:

Evaluation du risque obstétrical et néonatal au service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Charles Nicolle par une enquête en post partum immédiat .Thèse de Médecine 1992, Tunis.

VIII- ANNEXES

1. Fiche d'enquête

Date :/...../.....

N° d'ordre :

I. caractéristiques sociodémographiques :

Q-1 Nom :

Q-2 Prénom :

Q-3 Profession :

Ménagère=1, fonctionnaire=2, vendeuse/commerçant=3, coiffeuse=4 Autre

Préciser.....

Q-4 Age.....

Q5 Résidence :

Q-6 Statut matrimonial :

Mariée=1, divorcée=2, Célibataire= 3, Veuve=4, concubinage=5

Q-7 Niveau d'étude :

Aucune étude=1, Niveau fondamental=2, niveau secondaire=3, niveau supérieur=4

medersa=5 Autres=6 préciser.....

Q-8 Ethnie

Bambara=1, Peulh=2, Soninké=3, Malinké=4, Sénoufo=5, Minianka=6, Bobo=7 Khasonké=8, maure=9, autres=10

Autres précisé :

Q-9 Profession du mari :

Paysan=1, vendeur/commerçant=2, fonctionnaire=3, mécanicien=4, menuisier=5,

manœuvre=6 ouvrier=7, chauffeur=8 autres=9 préciser

II. circonstance de l'admission :

Q-10 mode d'admission : venue d'elle-même=1, référée=2, évacuée=3

Q-11 motifs CUD=1, utérus cicatriciel=2, siège sur bassin limite=3, BGR=4, HU

excessive=5, dilatation stationnaire=6, SFA=7, présentation transverse=8, éclampsie=9,

HTA=10, refus de pousser=11, hémorragie=12, PP=13, HRP=14 Autres=15.....

Q-12 Adressée par : elle-même=1, médecin=2, Sage femme=3, matrone=4

Q-13 Si évacuée/référée, provenance : CSCOM=1, CSréfCI=2, CIII=3, CIV=4,

CV=5, CVI=6, autres=7 préciser

Q- 14 Localité

III-Antécédents :

A- Médicaux :

- Q-15 HTA = oui=1 non=2, Q-18 Cardiopathie= oui=1 non=2,
Q-16 Néphropathie oui=1 non=2, Q-19 Diabète= oui=1 non=2,
Q-17 asthme= oui=1 non=2 Q-20 Drépanocytose= oui=1 non=2
Q-21 si drépanocytose préciser la forme : SS=1, AS=2, SC=3
Q-22 Autres oui=1 non=2 si oui précisé

B- Chirurgicaux :

- Q-23-Césarienne oui=1 non=2,
Si oui préciser l'indication.....
Q- 24 Myomectomie oui=1 non=2
Q-25 cure de fistule recto-vaginale oui=1 non=2,
Q-26 Autres oui=1 non=2 si oui précisé

C- Obstétricaux :

- Q-27 gestité :
Q-28 parité :
Q-29 Nombre d'enfant vivants :
Q-30 Nombre d'enfants décédés :
Q-31 Nombre d'avortement :
Q-32 IIG.....

IV- Consultation prénatale :

- Q-33 Nombre de CPN
Q-34 Auteur de CPN
Infirmière=1, Stage femme=2, Médecin généraliste=3, Obstétricien=4, Matrone=5, Autres=6,
Préciser
- Q-35 pathologies au cours de la grossesse oui=0 non=1.
Si oui lesquelles :
- Q-36 Infections urinaires oui=1 non=2
Q-37 infection génitales : oui=1 non=2
Q-38 Anémie oui=1 non=2
Q-39 Métrorragies oui=1 non=2
Q- 40 Retrovirose oui=1 non=2
Q- 41 HTA/pré éclampsie oui=1 non=2
Q-42 Autres précisé

Q-43 Traitement au cours de la grossesse

Fer + SO=1, antibiotiques=2, antispasmodique=3, antipaludéen (curatif)=4, ARV=5

Transfusion=6, fer SP + antipaludéen=7, fer+Sp+antispasmodique=8

Si autre (a préciser)=9

V- Examens à l'admission :

V-1 Examen général :

Q-44 Etat de conscience bonne=1, altérée=2

Q-45 muqueuses bien colorées=1 pales=2 ictérique=3

Q-46 TAS

Q-47 TAD.....

Q-48 Température

Q-49 Pouls.....

Q-50 Poids en Kg :

Q-51 Taille

V-2 Examen obstétrical :

Q-52

HU Q-53 CU oui=1 non=2,

Q-54 BDCF/mn

Q-55 MAF oui=1 non=2

Q-56 Présentation : sommet=1, front=2, face=3, siège=4, transverse=5

Q-57 Travail oui=1 non=2

Q-58 Métrorragies oui=1 non=2

Q-59 PDE intacte=1 rompue=2

Q-60 Si Rompue prématuré=1 durée :..... précoce=2 tempestive=3

Q-61 Aspect du LA : clair=1, teinté=2, méconial=3

Q-62 Facteurs de risque oui=1 non=2

Q-63 Si oui lesquels :

Utérus cicatriciel=1, BGR=2, Bassin asymétrique=3, RPM=4, HU excessive=5,

Anémie=6, HTA=7, grossesse gémellaire=8,

Autres=9 Si autres préciser

VI- Césarienne :

Q-64 En urgence : oui=1 non=2

Q-65 Prophylactique oui=1 non=2

Q-66 Programmée : oui=1 non=2

Q-67 Type anesthésie Péridurale=1, AG=2, Rachianesthésie=3

A-68 Incision : IMSO=1, Pfannentiel=2, Joël-Cohen=3

Indications :

Q- 69 dystocies mécaniques BGR=1, bassin asymétrique=2, BTR=3, bassin limite=4 échec

Épreuve de travail=5, DFP=6, présentation transversale=7, présentation de face variété mento pubienne=8, présentation du front variété bregmatique frontal=9, présentation de face menton sacrée=10, présentation de siège=11, échec d'une extraction instrumentale=12, Bassin immature=13

Q-70 causes maternelles générale Eclampsie=1, diabète et Grossesse=2 help syndrome=3HTA=4 Toxémie sur grossesse=5 HRP=6 Cardiopathie+grossesse=8

Q-71 causes ovulaires Procidence du cordon=1 hydramnios=2 oligoamnios=3 Placenta prævia=4

Q-72 causes fœtales gros fœtus=1 souffrance fœtale aigue=2 grossesse multiple=3malformation fœtale=4

Q-73 dystocies dynamiques dystocie du col (œdème, sténose du col)=1, dilatation stationnaire=2

Q- 74 causes infectieuses chorioamniotite=1 RPM=2,

(Syndrome de pré rupture=3 ; Utérus bi cicatriciel= 4 ; Utérus tri cicatriciel= 5 ; prématurité=6)

Q- 75 Autres =.....

Q- 76 Durée du travail :

VII- Interventions associées :

Q-77 Hystérectomie oui=1 non=2

Q-78 si oui motifs : rupture utérine = 1, Hémorragie = 2, chorioamniotite sévère=3 Autre=4 précisé

Q-79 LRT oui=1 non=2

Q-80Kystectomie dl non=2

Q-81 Autre (à préciser)=3

Traitement reçu en per-opérateur :

Q-82 Antibiotiques oui=1 non=2

Q-83 ocytocique oui=1 non=2

Q-84 Transfusion oui=1 non=2

Q-85 autres

- Q-86 produits anesthésiques :
- Q-87 pertes sanguines :
- Q-88 durée de l'intervention :
- Q 89 scores ASA :
- Q-90 Etat du nouveau-né : mort-né=1, vivant=2
- Q-91 Score d'APGAR : à la 1^{ère} mn :
- Q-92 Score d'APGAR à la 5^{ème} mn :
- Q-93 Poids à la naissance en grammes
- Q-94 Malformation : oui=1 non=2
- Q-95 N.Né référé à la pédiatrie oui=1 non=2
- Q-96 motif : détresse respiratoire=1, SFA=2, Prématuré=3 ; hypotrophie=4

VII-suites de couches :

Sécrétion lactée :

- Q-97 Montée laiteuse effectuée : à 48 heures=1 plus de 48 heures=2

Utérus

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	J9	10
HU										

- Aspect des lochies : sanglantes=1, séro-sanguinolentes=2, séreuse=3
- Q-98 J0-J3 :
- Q-99 J4-J8 :
- Q-100 J9-J15 :
- Quantité des lochies : minime=1, moyenne=2, abondante=3, tariées=4
- Q-101 J0-J3 :
- Q-102 J4-J8 :
- Q-103 J9-J15 :
- Q-104 Odeur : non fétide=1, fétide=2
- Q-105 J0-J3 :
- Q-106 J4-J8 :
- Q-107 J9-J15 :
- Suites de couches
- Q-108 Simples : oui=1 non=2
- Q-109 Compliquées :
- Q-110 Suppuration pariétale isolée, oui=1 non=2

Q-111 Endométrite isolée, oui=1 non=2

Q-112 Péritonite oui=1 non=2

Q- 113 Eviscération=6 oui=1 non=2

Q- 114 Infection urinaire oui=1 non=2

Q- 115 Thrombophlébite oui=1 non=2

Q- 116 Anémie oui=1 non=2

Q 117 occlusions intestinales oui=1 non=2

Q- 118 Iléus paralytique oui=1 non=2

Q- 119 Autres (à préciser)=.....

Q- 120 Durée d'hospitalisation :

Q-121 Traitements reçus Postopératoire oui=1 non=2

Si oui lesquels :

Q-122 Antibiotiques : oui=1 non=2

Préciser type, dose

Durée

Q-123 ocytociques oui=1 non=2

Q-124 antipaludéens oui=1 non=2

Q-125 Transfusion oui=1 non=2

Q-126 Antalgiques oui=1 non=2

Q-127 Autres

Q-128 Décès maternel : oui=1 non=2

Q-129 Causes : hémorragie=1, endométrite=2, pelvipéritonite=3, éclampsie=4

Accès palustre=5 cause inconnue=6

Autres (à préciser)=7

Q-130 Date du décès : décès sur table=1, inf. à 24H=2, 24 – 48H=3, 3-7jour=4

Supérieur à 7jours=5

VIII Q-131 Consultation du post-partum oui=1 non=2

Q-132 plaintes : fièvre=1, céphalées=2, douleur mammaires=3, douleurs pelviennes=4, asthénie=5 autres à préciser=6

Q-133 Retour des couches oui=1 aménorrhée=2 écoulement utérin=3

Etat de la mère

Q-134 bien portante : oui=1 non=2

Q-135 malade : HTA=1, métrorragies=2, endométrite=3, paludisme=4, Dysenterie=5, autre=6 (préciser).....

Q-136 décédée : oui=1 non=2

Q-137 Si oui date :

Q-138 Cause hémorragie=1, endométrite=2, pelvipéritonite=3, éclampsie=4,
Cause inconnue=5

Autre préciser=6

Q-139 état de l'enfant : vivant=1 décédé=2

Q-140 si décès a quel âge J0-J7=1 J8-J28=2 supérieur à J28

Q-141 cause : SFA=1 Prématurité=2, Souffrance cérébrale=3, INN=4,
Cardiopathie=5

Autre préciser=6

2. FICHE SIGNALÉTIQUE:

Nom:SACKO

Prénom : Ibrahim

Titre : Etude des suites de couches post-césariennes au centre de sante de référence de la commune II du district de Bamako

Année universitaire : 2014-2015

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie ;

Secteur d'intérêt : Gynécologie obstétrique, chirurgie, anesthésie- réanimation.

Résumé :

Objectifs :

- Déterminer la fréquence de complications dans les suites de couches chez les femmes césarisées.
- Préciser les caractéristiques sociodémographiques des femmes qui ont présenté des complications en post-césariennes.
- Identifier les facteurs de risque de survenue de complications dans les suites de couches post-césariennes
- Déterminer le pronostic maternel et néonatal du nouveau né

Méthodologie.

Etude longitudinale descriptive et analytique, allant du 1^{er} Janvier au 31 Décembre 2013.

Résultats : Au total, 500 Césariennes ont été réalisées pour un nombre total d'accouchements de 2981. Le taux de césarienne est de 16,77%; la fréquence de complications dans les suites de couches post-césariennes est de 12%

Le profil des femmes ayant présenté une suite de césarienne compliquée a été établi : la plupart des femmes ayant présenté une suite de césarienne

compliquées ont référées en urgences (20,8%), elles sont aide ménagères (25%), multipares (45,45%), l'âge ≥ 35 ans (15%), analphabète (17,6%).

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés : la rupture prématurée des membranes (OR=16,91), le travail prolongé (OR=3,61), la métrorragie à l'admission (OR=9,67), la césarienne en urgence (OR=1,81), la prolongation de la durée de césarienne (OR=41,81) et l'anémie (OR=34,82) exposent à la survenue de complications dans le post-césarienne. Les principales complications ont été : l'infection (53,33%) ; l'anémie (23,33%) et l'hémorragie (16,7%).

Nous avons noté 2 cas de décès maternel dans le post-césarienne soit (0,4%) de l'ensemble de nos césariennes.

Les stratégies de réduction des complications dans les suites de couches post-césariennes doivent améliorer la prise en charge des grossesses pathologiques et des grossesses à risque et ses complications, la gestion du travail d'accouchement, la réalisation des CPN de qualité, une bonne planification des grossesses et par une formation continue du personnel.

Mots clés : Suites de couches ; post-césarienne ; Facteurs de risque, Complications ; pronostic maternel et néonatal du nouveau né.

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 que s'y passe ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à compromettre les mœurs, ni à favoriser le crime.

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

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

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

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

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

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !