

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE(MESRS)

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO



Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie



Année universitaire : 2016-2017

N°/.....

THESE

**Les aspects clinique, épidémiologique et thérapeutique de la
césarienne d'urgence au centre de sante de référence de la
commune IV du District de Bamako.**

Présentée et soutenue publiquement le 13/07/2017 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par Lamine B SIDIBE

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)

JURY:

PRESIDENT : Professeur Diénéba DOUMBIA
MEMBRE : Professeur Broulaye SAMAKE, Docteur Amaguiré SAYE
CODIRECTEUR : Docteur Tioukani A THERE
DIRECTEUR : Professeur Youssouf TRAORE

DÉDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH ; le tout puissant, le clément et le très miséricordieux. Nous implorons votre pardon et prions pour que vous nous assistez dans nos actes quotidiens, que vous nous montrez le droit chemin et en nous éloignant du mal. Gloire à Dieu, l'omniscient, le maître des maîtres qui nous a permis de mener à bien ce travail et de voir ce grand jour. Que votre volonté soit faite.

Au Prophète Mohamed (paix et salut sur lui) ; que la paix et la bénédiction de dieu soit sur toi et tous les membres de ta famille ainsi que tes fidèles compagnons.

A feu mon père Bourahima SIDIBE : vous avez consacré le meilleur de vous-même à notre éducation pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui. J'aurai bien voulu te voir dans cette foule aujourd'hui, mais dieu le tout puissant l'a voulu autrement. Père dort en paix, que le tout puissant par sa grâce t'accueille dans son paradis et que le messager de dieu t'apporte la lumière de ce grand événement

A ma mère FANTA TRAORE dite Aya : les mots me manquent pour te qualifier. Tes sages conseils et tes bénédictions nous accompagnent toujours dans la vie. Merci pour tous les sacrifices consentis à notre éducation. Puisse dieu te garder longtemps auprès de nous.

A mon épouse Natenin KEITA dite Mama : ma compagne de tous les temps ; toi qui a accepté de m'épouser dans les moments les plus les durs de ma vie alors que mon avenir n'était pas encore certain, je t'en serai toujours reconnaissant.

Puisse dieu nous accorder longue vie conjugale pleine de santé.

A mes grands-parents feu Lamine SIDIBE, FEUE Fabou TRAORE, FEU Mamadou DOUMBIA. Qu'Allah vous accorde la paix éternelle et vous accepte dans son paradis.

A ma belle-famille à Djicoroni-Para : votre soutien moral et votre amour ne m'ont jamais manqué. Retrouvez ici chers beaux-parents l'expression de ma profonde affection et de ma plus grande reconnaissance.

A ma grande sœur Saran SIDIBE dite Batoma, plus qu'une sœur, tu es une maman pour moi ; tes sages conseils, ton soutien tant moral que financier m'ont beaucoup aidé dans la vie. Je te souhaite longue vie pleine de santé et de bonheur.

A mes frères : Aboubacar SIDIBE; Mahamadou SIDIBE ; Adama KEITA, Seydou BARADJI, Modibo COULIBALY, ce travail est le votre ; courage et persévérance.

A mes nièces, neveux et à ma fille chérie (Kadidiatou SIDIBE) bonne chance dans la vie ; que dieu vous assiste.

A mes oncles et tantes, je n'ai pas cité de nom pour ne pas en oublier. Merci pour votre attention soutenue et votre affection depuis mon jeune âge.

A mes cousins et cousines, merci pour le soutien moral et les encouragements.

A toutes les femmes décédées en donnant la vie.

A mon pays à qui je dois beaucoup.

REMERCIEMENTS

A Dr Saye AMAGUIRE : vous avez initié ce travail depuis son début ; c'est le fruit de votre volonté de parfaire. J'avoue avoir reçu de vous un encadrement de taille. Plus qu'un chef, vous avez été pour un père. Comptez sur ma disponibilité et ma profonde gratitude.

A Dr KONE Diakardia Gynécologue Obstétricien: votre qualité humaine et votre franche collaboration m'ont beaucoup impressionné. Recevez ici l'expression de profonde gratitude.

A Dr DIARRA Déssé Gynécologue Obstétricien : Merci pour tout ce que vous avez fait pour ma formation.

Au Dr Clement DANSOKO et famille : toutes mes reconnaissances pour vos soutiens dans l'élaboration de ce travail.

Cordiales remerciements à tout le personnel de centre de santé de référence de la commune IV surtout ceux de la maternité et du bloc des urgences.

A tout le personnel de différente aire de santé de la commune IV

Tous les membres de l'ADERS.

A tous mes amis et compagnons de lutte : YACOUBA KONE, Ali Badra Koureissy, Aimé Poule DACKO, YOSSI Youssouf, Ousmane SIMPARA, Youssouf KANSSAYE, Mamadou DAFE, Lassine COULIBALY, Diakardia SAMAKE, Mamadou KONATE. Bonne chance dans la vie.

Au corps professoral de la FMPOS : ce travail est le résultat de votre enseignement de qualité. Je ne cesserai jamais de vous remercier.

A mes chers collègues faisant fonction d'interne :

N'golo FOFANA, Mamadou KONATE, Abdoulaye KANE, Amidou TOURE.

Pour vos conseils, écoutes, soutiens et surtout bonne collaboration dans le respect et la considération tout en vous souhaitant courage et abnégation.

**Tous les médecins de garde du centre de santé de référence de la commune
IV :**

Particulièrement : Dr Mamadou KEITA, Dr Clement DANSOKO, Dr Bilali COULIBALY, Dr KONATE Oumar, Dr Siaka FOMBA, Dr Sidi CAMARA, Dr Blaise DIARRA, Dr Abel Philipe KONARE, Dr Moussa DIAKITE, Dr Kaba KONDE, Dr Assim DIALLO, Dr Malamine TRAORE, Dr Seko DEMBELE.

Merci pour votre franche collaboration et votre soutien indéfectible à mon endroit durant toute la période de collecte de mes données.

Sachez que cette recherche est à la vôtre.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Présidente du jury

Professeur DIENEBA DOUMBIA :

- **Maitre de conférences en Anesthésie-réanimation a la FMOS,**
- **Chef de service d'accueil des urgences au CHU-PG,**
- **Enseignante chercheur diplômée et professeur en anesthésie réanimation,**
- **Spécialiste de Médecine d'urgence et catastrophe,**
- **Membre de la société française d'Anesthésie Réanimation,**
- **Membre fondateur de la société de télémédecine du Mali.**

Cher maitre,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le présent de ce modeste travail.

Femme de science réputée et admirée par tout;

Vos qualités de pédagogue, votre rigueur dans la démarche médicale, votre disponibilité et votre dynamisme font de vous un maitre admiré et respecté.

Le sens très élevé du devoir, l'amour du travail bien fait l'amitié profonde pour vos collaborateurs et élèves ont forcé notre admiration.

Recevez ici chère maitre chère Maman et première femme professeur en Anesthésie réanimation du Mali, l'expression de notre profonde gratitude et notre reconnaissance éternelle.

Qu'Allah de tout puissant vous garde longtemps auprès de nous !

A notre Maître et Membre

Professeur BROULAYE SAMAKE

- **Maitre de conférences agrégé en Anesthésie-réanimation à la FMOS,**
- **Membre de SARMU,**
- **Chef de service d'Anesthésie au CHU-GT,**
- **Enseignant chercheur.**

Cher maitre,

C'est un grand honneur pour nous de vous compter parmi les membres du jury, pour juger ce travail.

Nous avons été émerveillés par votre courage, votre amour pour le travail bien fait.

Votre rigueur dans la démarche médicale, vos conseils et votre disponibilité ont été d'un aide capital pour la réalisation de ce travail.

Nous sommes fiers, d'avoir appris a vos coté.

Soyez rassuré cher maitre de notre profond attachement et notre sincère reconnaissance.

Puisse Allah vous donne longue vie !

A notre Maître et Membre

Docteur AMAGUIRE SAYE

- **Gynécologue-Obstétricien au centre de santé de référence commune IV du district de Bamako,**
- **Membre de la société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO).**

Cher Maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant d'être membre du jury de cette thèse malgré vos multiples occupations.

Passionné du travail bien fait, soucieux de la bonne formation et de la réussite des étudiants, vous êtes un modèle à suivre.

Votre abord facile, votre simplicité et surtout votre abnégation font de vous un modèle pour les étudiants.

Nous vous prions, cher maître, d'accepter notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

Veillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre profond respect et de notre très grande considération.

Que le tout puissant Allah vous protège.

A notre Maître et co-directeur de thèse

Docteur TIOUNKANI A THERA :

- **Maître assistant en Gynécologie-Obstétrique à la FMOS,**
- **Chef de service de gynécologie obstétrique au CHU-PG,**
- **Ancien chef du service de Gynécologie-Obstétrique de l'hôpital Nianankoro Fomba de Ségou,**
- **Membre de la société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SOMAGO).**

Cher maître

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité et votre humanisme font de vous un formateur exemplaire.

Honorable maître, votre rigueur scientifique, la rigueur dans le travail, votre compétence, l'amour de travail bien fait et le sens élevé du devoir ont forcé notre admiration.

Nous avons reçu de vous un enseignement strict.

Trouver ici cher maître, l'expression de ma profonde gratitude et nos remerciements sincères.

Puisse Allah vous donne longue vie !

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur YOUSOUF TRAORE :

- **Maître de conférences agrégé en gynécologie obstétrique à la FMOS,**
- **Gynécologue-Obstétricien au CHU-Gabriel Touré,**
- **Secrétaire général de la société Malienne de gynécologie-obstétrique (SOMAGO),**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de méthodologie de recherche clinique (Université Bordeaux II),**
- **Titulaire d'un diplôme universitaire de méthodes et pratiques en épidémiologie (Université Bordeaux II),**
- **Titulaire d'un certificat de cancer and prévention course de la fédération internationale de Gynécologie-Obstétrique (FIGO),**
- **Membre de la société de chirurgie du Mali (SOCHIMA).**

Cher maître,

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme directeur de thèse.

Vous n'avez cessé de nous fasciner par votre simplicité, la qualité de votre enseignement et l'ampleur de votre expérience.

Nous avons très tôt compris et apprécié votre dévouement pour la formation des médecins.

Nous vous prions cher maître d'accepté nos sincère remerciement.

Qu'Allah le tout puissant vous donne une longue vie.

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD = Antécédent.

AG = Anesthésie Générale.

AP = Anesthésie Péridurale.

BGR = Bassin Généralement Rétréci.

BIP = Bipariétal (diamètre).

BDCF = Bruit Du Cœur Fœtal.

CIVD = Coagulation Intraveineuse Disséminée.

Cm = Centimètre.

CPN = Consultation Prénatale.

CSCOM = Centre de Santé Communautaire.

CSREF = Centre de Santé de Référence.

CHU = Centre Hospitalier Universitaire.

CUD = Contraction Utérine Douloureuse.

DFP = Disproportion Fœto -Pelvienne.

Dr = Docteur.

FMPOS = Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie.

HRP = Hématome Retro-Placentaire.

HU = Hauteur Utérine.

HTA = Hypertension Artérielle.

IMSO = Incision Médiane sous Ombilicale.

LA = Liquide Amniotique.

LCR = Liquide Céphalo-Rachidien.

Mm = Millimètre.

MAF = Mouvements Actifs Fœtaux.

OMS = Organisation Mondiale de la Santé.

PP = Placenta Prævia.

RPM = Rupture Prématurée des Membranes.

RA = Rachi Anesthésie.

SA = Semaine d'Aménorrhée.

SFA = Souffrance Fœtale Aigue.

TV = Toucher Vaginal.

SOMMAIRE

I- INTRODUCTION.....	14
II- OBJECTIFS.....	16
III GENERALITES.....	17
IV- METHODOLOGIE	49
V- RESULTATS.....	54
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	66
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	70
VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	73

I. INTRODUCTION :

La césarienne est une intervention qui permet d'extraire le fœtus en incisant l'utérus par voie abdominale le plus souvent, exceptionnellement par voie vaginale, chaque fois que l'accouchement par voie naturelle comporte un risque materno- fœtal supérieur au risque inhérent à la césarienne.

La classification de la césarienne en urgence a été validée par les anesthésistes et les obstétriciens, et ils considèrent qu'elle devient urgente, lorsque le pronostic vital de la mère et/ou du fœtus sont compromis immédiatement ou quasiment immédiatement [1]

Elle constitue un acte chirurgical qui, pratiqué dans de bonnes conditions, contribue à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

Autre fois la césarienne était considérée comme une intervention dangereuse et de derniers recours, elle est maintenant proposée dans de nombreux accouchements car ses indications jadis limitées aux dystocies mécaniques et aux obstacles prævia se sont beaucoup élargies [2] .c'est ainsi que nous notons une évolution de la fréquence des césariennes dans le monde.

Cependant, elle comporte un risque de complications maternelles et périnatales quatre fois plus élevé qu'un accouchement normal [3].

Ces dernières années, les indications de césarienne ont évolué entraînant une augmentation constante de sa fréquence .Cette augmentation de fréquence est liée au souci de l'accoucheur de faire naître le nouveau-né dans le meilleur état possible et une mère en bonne santé [4].

Les taux de césarienne rapportés par la littérature font état en France 20% des naissances se faisaient par césarienne ; 8% des femmes en âge de procréer ont un utérus cicatriciel; le taux de césarienne a plus que doublé en vingt ans en France passant de 10,9% en 1981 à 20% en 2008, 38% en Italie(2005), l'Espagne 26%(2006), 28% en Allemagne en 2005 et 34,5% au Portugal(2005)

[5].En Afrique les fréquences sont fortement plus basses : Sénégal : 15,32%, Burkina Faso 14,87%, Côte d'Ivoire : 10,34 %, Malawi 3,1%, Mozambique 0,7%

Au Mali, le taux de césarienne en 2009 au centre de santé de référence de la commune V a rapporté 20,03% parmi lesquelles la césarienne d'urgence a représenté 88,40%.

Cependant la gratuité de cette intervention au Mali depuis le 23 juin 2005 a considérablement amélioré l'accessibilité financière des patientes à la césarienne et par conséquent a réduit la morbidité et mortalité maternelle et périnatale.

Aucune étude n'a été réalisée sur les aspects de la césarienne d'urgence au centre de santé de référence de la commune IV d'où l'intérêt de cette étude sur les césariennes d'urgence : aspects clinique, épidémiologique et thérapeutique ; avec comme objectifs :

II. OBJECTIFS :

1. Objectif général :

Evaluer les aspects clinique, épidémiologique et thérapeutique de la césarienne d'urgence au centre de sante de référence de la commune IV du District de Bamako.

2. Objectifs spécifiques :

- Déterminer la fréquence des césariennes d'urgence au centre de santé de référence de la commune IV.
- Décrire les indications de la césarienne d'urgence au centre de santé de référence de la commune IV.
- Décrire la prise en charge.
- Déterminer le pronostic fœto-maternel des césariennes réalisées en urgence au centre de santé de référence de la commune IV.

III.GENERALITES

1. Définition et Histoire de la césarienne

1.1. Définition

La césarienne est une intervention obstétricale qui réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus [6].

La césarienne d'urgence est décidée le plus souvent dans la salle de travail.

Toujours imprévue et parfois à caractère d'urgence 55% des césariennes d'urgences sont réalisées avant travail, 45% en cours.

Suivant que l'utérus est indemne ou porteur d'une cicatrice de césarienne antérieure, il s'agit d'une césarienne première (2/3 des cas) ou itérative (1/3) des cas [7].

1.2. Histoire de la césarienne :

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

La césarienne comme césure sont dérivés du verbe latin caedere qui veut dire couper .l' histoire de la césarienne doit être étudiée de trois points de vue différents même si bien entendu existe un certain chevauchement résultant des influences réciproque de l'un sur l'autre.

a .La mythologie : appelons découvrant l'infidélité de coromis la tue ; mais se ravise rapidement et ouvre le ventre qui portait son fils. Zeus constatant la mort de Sémélé ; brulée à feu divin imprudemment allume ouvre le ventre de la mort pour extraire un nouveau ne sain et sauf.

b.L'histoire juridique : certain demandent que tout décès pendant la grossesse, Même si le médecin appelé affirme la mort fœtale, entraîne l'extraction en vue du baptême, quelque soit l'âge de l'enfant à naitre .certain estime qu'il faut opérer des que la mort apparait inéluctable.

c.La technique : elle commence réellement son histoire avec François Rousset en 1581 qui se penche sur la préparation psychologique de la patiente, sur l'installation de l'opérée, sur le trace de l'incision, sur le geste du chirurgien. A cette époque, il s'agissait de « remettre l'utérus doucement dans son lieu sans y rien coudre ». Depuis le XVI^e siècle, existant en fait ce qu'on appelle un prurit opératoire qui démangeait certains en les poussant à tenter l'intervention chirurgicale sur parturientes vivantes. Ainsi la première césarienne sur gemme vivante du réaliser par un chasseur de porc suisse (Jacob) NUFFER.

En 1800 des 24 césariennes pratiquées sur femmes comptaient 24 morts maternelles. La première suture utérine dut réalisée par LEBAS en 1769 au fil de soie et malgré une infection post opératoire ; la survécut. L'aspiration de l'asepsie ouverte des espoirs illimités FRANK en 1907 imagina d'inciser l'utérus par le segment inférieur et de péritonite ensuite la cicatrice d'hystérotomie à l'aide du péritoine préalablement décolle. Cette césarienne segmentaire fut introduite en France par SCHICHELE de Strasbourg et impose par Buridan « 1921 ». Progrès décisif ; car la situation basse du segment inférieur ; sa bonne cicatrisation la possibilité de l'isoler complètement de grande cavité péritonéale vont très vite limiter les complications.

En 1908, Pfannenstiel proposa une incision transversale de l'abdomen, prenant certain travail ancien. Dans les années 1950, l'amélioration progressive du pronostic maternel fut lié non seulement aux progrès de la technique opératoire, mais aussi à l'évolution de la technique anesthésique, à l'avènement des antibiotiques, aussi qu'aux progrès de la transfusion sanguine et de la lutte contre les accidents thrombo emboliques. De plus en plus l'étude sérieusement menées semble démontrer l'utilité de la fermeture des péritoines viscéral et pariétal. Le rapprochement sous cutané fait l'objet de nombreuses controverses et n'en appareillement pas fait la preuve de sa nécessité. Se basant sur ses différents constatation, Micheal Stark de l'hôpital MISGAW LADACH de

Jérusalem, a modifié et rationalisé ses nouvelles stratégie en mettant au point une procédure limitant les attisons tissulaires éliminant les étapes opératoires et simplifiant les plus possibles l'intervention. Aussi cette intervention autre fois redoutable est devenu quasi inoffensive et tant à être une solution de facilité des que un problème obstétrical se présente.

2. Rappel anatomique de l'utérus gravide :

2.1- ANATOMIES DESCRIPTIVE ET TOPOGRAPHIQUE

L'utérus reste entièrement pelvien pendant les deux premiers mois de grossesse. C'est à la fin du 3^e mois qu'il devient abdominal, le corps utérin étant mesurable et palpable au dessus du bord supérieur du pubis.

a- Le corps utérin

-Volume et forme

- L'augmentation du volume est progressive. Cette augmentation se fait d'autant plus vite que la grossesse est plus avancée. Elle est due à l'hypertrophie des éléments musculaires.

La croissance se fait en deux phases :

- + Une phase d'épaississement des parois. Elle couvre les 4 premiers mois. L'utérus prend une forme sphéroïdale.
- + Une phase de distension des parois. Cette distension est due aux annexes (liquide amniotique) et surtout à l'œuf qui grandit. Elle débute à la 20^e semaine d'aménorrhée. L'utérus prend une forme ovoïde à grosse extrémité supérieure.
- + Le passage de la première à la seconde phase est appelé conversion.

- La forme du corps utérin gravide:

Elle varie en fonction de l'âge de la grossesse.

- + Au cours du 1^{er} mois, le développement de l'utérus peut être symétrique. En effet l'œuf se développe d'abord vers la cavité utérine, puis vers la 4^e semaine, il se développe du côté de son implantation utérine.

+ Au 2^{ème} mois, l'utérus est bien rond, comparé à une orange. Les diamètres antéropostérieurs et transversal sont parfaitement égaux.

+ Au 3^{ème} mois, l'utérus a la forme d'un pamplemousse. Sa hauteur dépasse sa largeur de quelques centimètres (3 cm).

+ À partir du 5^{ème} mois, il est successivement cylindrique, ovoïde à grand diamètre longitudinal et à grosse extrémité supérieure. Mais cette forme peut être modifiée par le type de présentation, la parité, le nombre de fœtus en présence ou toute masse utéro-annexielle associée.

-Les dimensions

- A la fin du 2^{ème} mois le fond utérin déborde le bord supérieur du pubis.

- A la fin du 3^{ème} mois, ce fond utérin est à 8 cm au dessus du pubis.

- Dès le 4^{ème} mois, le fond utérin augmente de 4 cm environ chaque mois :

4 mois : 16 cm

5 mois : 20 cm

6 mois : 24 cm

7 mois : 27 cm

8 mois : 30 cm

9 mois : 33 cm

-Une comparaison entre l'accroissement de la hauteur et de la largeur utérine en fonction de l'âge de la grossesse donne le tableau suivant:

- Le poids

De 50 g à l'état non gravide, l'utérus va peser entre 800 et 1 200 g . 10 % de ce poids revient au sang contenu dans l'utérus pendant la grossesse

L'utérus pèse à :

- 2 mois 1/2, 200 g

- 5 mois 700 g

- 7 mois 1/2, 950 g

- terme 800 à 1200 g

- **La capacité**

Elle passe de 2 - 3 ml à l'état non gravide à 4 - 5 litres pendant la grossesse.

- **La direction**

- Au début

Il conserve ou accentue son antéversion physiologique.

- Au 2^{ème} - 3^{ème} mois :

Il se redresse spontanément derrière la paroi abdominale antérieure.

- A terme :

Chez la femme debout, la direction dans le sens antéropostérieure dépend de l'état de la paroi :

+ Paroi abdominale résistante (primipare): l'axe de l'utérus est parallèle à celui du détroit supérieur.

+ Paroi abdominale flasque (multipare): l'utérus se place en antéversion.

+ Sur un plan frontal, l'utérus subit une dextrotorsion de 10 à 90° dans 76 % des grossesses. Ce mouvement de rotation oriente la face antérieure en avant et à droite.

- **Epaisseur des parois**

Elles mesurent :

- En dehors de la grossesse, 1 cm

- A trois mois de grossesse, 2,5 cm

- A 4 mois de grossesse, 3 cm

- A terme :

. 5 à 7 mm pour le corps

. 8 à 10 mm pour le fond utérin

- Après l'accouchement, l'utérus se rétracte et acquiert 2 à 3 cm.

- **La consistance**

L'utérus cesse d'être ferme et devient mou, élastique, souple. Le fond utérin est parfois difficile à délimiter au palper.

Cette souplesse peut être entrecoupée de contractions, signe de grossesse.

b- Les rapports anatomiques de l'utérus gravide :

- Au début de la grossesse (3 premiers mois) :

Ils sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse:

- Etage supra-vaginal

+ Rapports péritonéaux

En disséquant de bas en haut le péritoine on distingue 3 zones :

Une zone inférieure où le décollement est facilement

Une zone moyenne où le décollement est difficile

Une zone supérieure où le décollement est impossible

Le péritoine utérin = périmétrium : sur la face vésicale, la ligne d'adhérence du péritoine, souvent marqué par un sillon est situé au niveau de l'isthme utérin

Sur la face intestinale elle est plus basse au dessus de l'isthme utérin. En avant, le péritoine utérin se continue avec le péritoine vésical. En arrière il descend sur la face postérieure du fornix vaginal.

+ Rapports extra péritonéaux

- La face vésicale repose sur la face supérieure de la vessie

- La face intestinale répond aux anses grêles et au côlon sigmoïde

- Le fundus utérin répond aux anses grêles et souvent au grand omentum

- Chaque bord latéral répond au mésomètre

+ Rapports sous -péritonéaux

La face antérieure = est située sous le cul de sac vésical utérin

La face postérieure recouverte de péritoine, donne insertion aux ligaments utéro sacraux recouverts du péritoine

Chaque bord latéral répond au paramètre situé au dessus de l'urètre

- Etage vaginal

La portion vaginale du col et le fornix vaginal : le fornix vaginal isole la partie vaginale du col septique de l'espace sous péritonéal aseptique

La partie antérieure du fornix vaginal : elle est unie à la vessie, dans l'axe médian, par le tissu conjonctif lâche du septum vésico vaginal, et latéralement par le ligament vésico utérins

La partie postérieure du fornix vaginal : elle répond au cul de sac recto utérin. Cette partie donne insertion aux ligaments utéro sacraux

Chaque partie latérale répond au paracervix et aux vaisseaux cervico-vaginaux

Le fornix vaginal est solidaire du col utérin par des faisceaux musculaires superficiels utéro vaginaux, longitudinaux et des faisceaux profonds vagino-cervicaux récurrents.

- A terme :

Le corps utérin est abdominal, et par l'intermédiaire du péritoine, ses rapports sont :

- En avant : La paroi abdominale antérieure. Normalement il n'y a pas d'interposition d'épiploon et d'anses grêles entre la face antérieure de l'utérus et cette paroi abdominale antérieure.

- En arrière, la face postérieure est en rapport avec:

+ La colonne vertébrale, flanquée de la veine cave inférieure à droite et de l'aorte à gauche

+ Les 2 muscles psoas croisés par les uretères

+ Une partie des anses grêles

- En haut

+ Le fond de l'utérus, recouvert de l'épiploon, soulève le colon

+ Le fond utérin répond à la 1ère ou 2è vertèbre lombaire.

+ A droite, il est en rapport avec le bord inférieur du foie et la vésicule biliaire.

-Latéralement

+ Le bord droit regarde en arrière. Il entre en contact avec le cæcum et le côlon ascendant

+ Le bord gauche répond aux anses grêles et au côlon descendant. Il regarde en avant.

c- Le segment inférieur

- Situation

C'est la partie basse, amincie, peu vascularisée de l'utérus gravide ; il se situe entre le corps et le col de l'utérus. Il occupe au-dessus du col, le 1/3 inférieur de l'utérus.

- Forme :

Il a la forme d'une calotte évasée ouverte en haut. Le col se situe sur sa convexité, mais plus en arrière, de telle sorte que la paroi antérieure est plus bombée et plus longue (9-10 cm) que la paroi postérieure

- Limites :

-La limite inférieure, avant le travail, correspond à l'orifice interne du col.

-La limite supérieure est marquée par le changement d'épaisseur de la paroi qui augmente assez brusquement et devenant corporéale.

Elle se situerait à 2 cm au-dessous de la zone d'adhérence intime du péritoine.

- Caractères :

Le segment inférieur est essentiellement caractérisé par sa minceur : 2 à 4 mm.

Plus il coiffe intimement la présentation, plus il est mince. C'est dire que la minceur du segment inférieur traduisant l'excellence de sa formation, est la marque d'eutocie.

- Dimensions :

Hauteur = 7 à 10 cm. Largeur = 9 - 12 cm. Epaisseur = 3 - 5 mm.

- Origine et formation :

Il se développe aux dépens de l'isthme utérin. Sa formation est progressive. Le début est variable (3^e - 5^e mois) ; il se développe plus tôt et plus complètement chez la primipare que chez la multipare.

Pendant le travail, le col effacé se dilate et se confond avec le segment inférieur pour constituer le canal cervico-segmentaire.

- Les rapports :

-En avant :

.Il est recouvert par le péritoine viscéral qui est facilement décollable.

.Il répond à la vessie dont il est séparé par le cul-de-sac vésico-utérin.

-En arrière : il répond au rectum et au promontoire par l'intermédiaire du cul-de-sac de Douglas.

-Latéralement : Il répond à la base du ligament large, à la gaine hypogastrique contenant les vaisseaux utérins et l'uretère.

d- Le col :

- Volume et forme :

Restent inchangés pendant la grossesse

- Situation et direction

Le col ne change qu'à la fin de la grossesse, au moment où la présentation s'accommode ou s'engage. Il est alors porté en bas et en arrière, très proche du sacrum.

- Aspect et dimensions

Le col gravide a une coloration rose-violacée.

Le volume et la longueur augmentent peu.

C'est pendant le travail que, sous l'effet des contractions utérines, il va s'effacer et se dilater.

Les phénomènes d'effacement et de dilatation se succèdent chez la primipare et évoluent de pair chez la multipare.

- Consistance

En quelques semaines de grossesse, le col se ramollit. Ce ramollissement est inconstant et parfois difficile à apprécier.

En fin de grossesse, il est très mou sur toute la longueur.

e- L'état des orifices

-L'orifice externe

+ Reste fermé jusqu'au début du travail chez la primipare,

+ Est souvent perméable, déhiscent chez la multipare.

- L'orifice interne

+ est fermé jusqu'au début du travail chez toute parturiente

+ Parfois, vers la fin de la grossesse, il s'ouvre et le col commence à s'incorporer au segment inférieur. On parle de mûrissement du col.

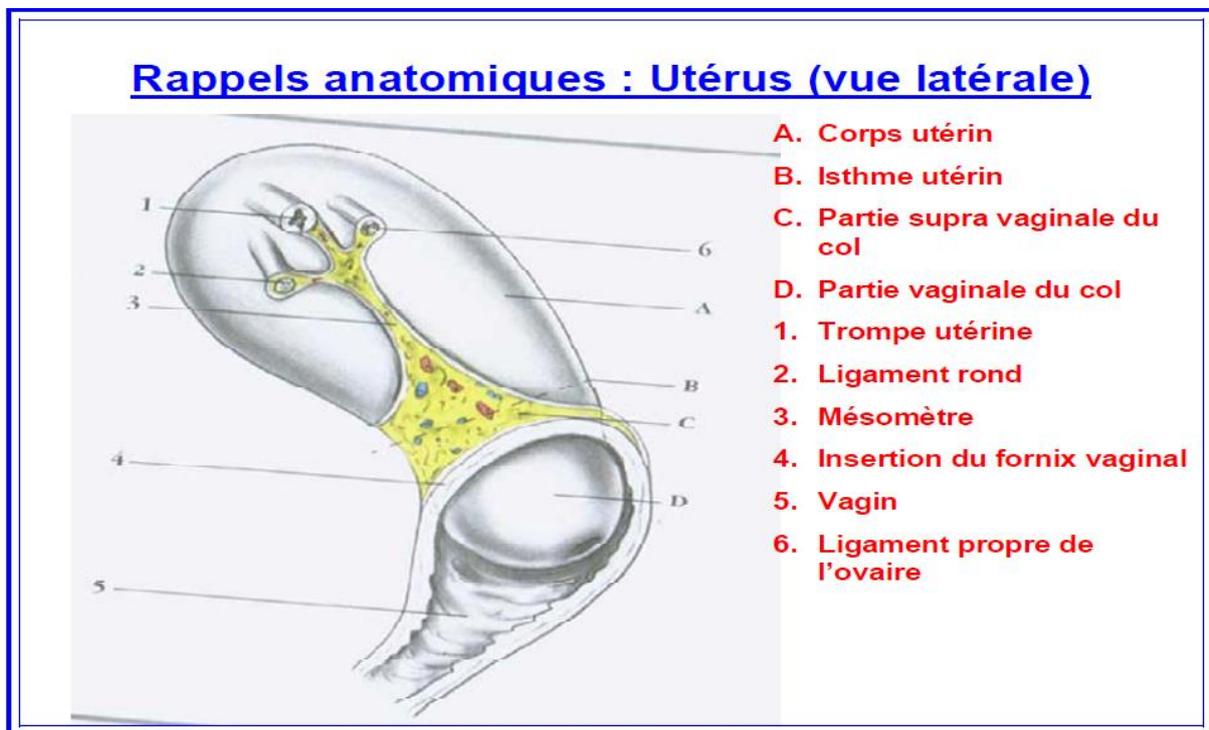


Figure 1: (Tirée de KAMINA P. (62))

2.2- ANATOMIE MICROSCOPIQUE :

a. Le corps utérin

a.1 La séreuse ou péritoine

- suit le développement du muscle en s'hypertrophiant

- adhère intimement à la musculature du corps

- la ligne de démarcation entre le segment inférieur et le corps est dite ligne de solide attache du péritoine.

a.2 La musculuse ou myomètre

-Elle est constituée de 3 couches de fibres lisses :

+ Une couche externe, faite de fibres longitudinales

+ Une couche moyenne, plexi forme, enserreront les vaisseaux. C'est la couche de ligature vivante de PINARD.

+ Une couche interne, faites de fibres transversales.

Les fibres internes et externes forment la partie contractile du corps utérin.

-Le développement du muscle utérin gravide est marqué par :

+ Une hypertrophie des fibres musculaires

+ Une apparition de fibres néoformées

+ Une transformation musculaire de fibres conjonctives du chorion de muqueuse.

La taille des fibres est quintuplée (passe de 50 μ à 200 μ de long)

Les fibres sont groupées en faisceaux et s'anastomosent latéralement et à leurs extrémités constituant chacun, l'unité physiologique élémentaire.

L'évolution morphologique et fonctionnelle de la fibre est fonction de son inhibition hormonale (action de l'œstrogène).

a.3 La muqueuse corpo -réale

Constituée de deux couches en dehors de la grossesse (couche basale et couche fonctionnelle), la muqueuse se transforme en caduque dès l'implantation de l'œuf.

Avec l'évolution de l'œuf, vont s'individualiser trois caduques.

-La caduque basale ou inter-utéro-placentaire

-La caduque ovulaire : elle recouvre l'œuf dans sa partie superficielle et le sépare de la cavité utérine.

-La caduque pariétale : partie extra-placentaire de la cavité utérine.

Pendant les 4 premiers mois de grossesse

L'épaisseur de la muqueuse atteint 1 cm. On y retrouve deux couches :

- une couche superficielle, qui seule, sera la caduque. Elle comporte des cellules déciduales.
- une couche profonde, spongieuse. Elle contient les vaisseaux et le cul-de-sac glandulaire. Elle servira à la régénération de la muqueuse après l'accouchement.

A la fin du 4è mois

Il y a accolement des caduques pariétale et ovulaire. La caduque ainsi formée va s'atrophier et son épaisseur va progressivement diminuer.

A terme

La caduque pariétale ne mesure plus que 1 mm d'épaisseur, recouverte de quelques débris de la caduque ovulaire

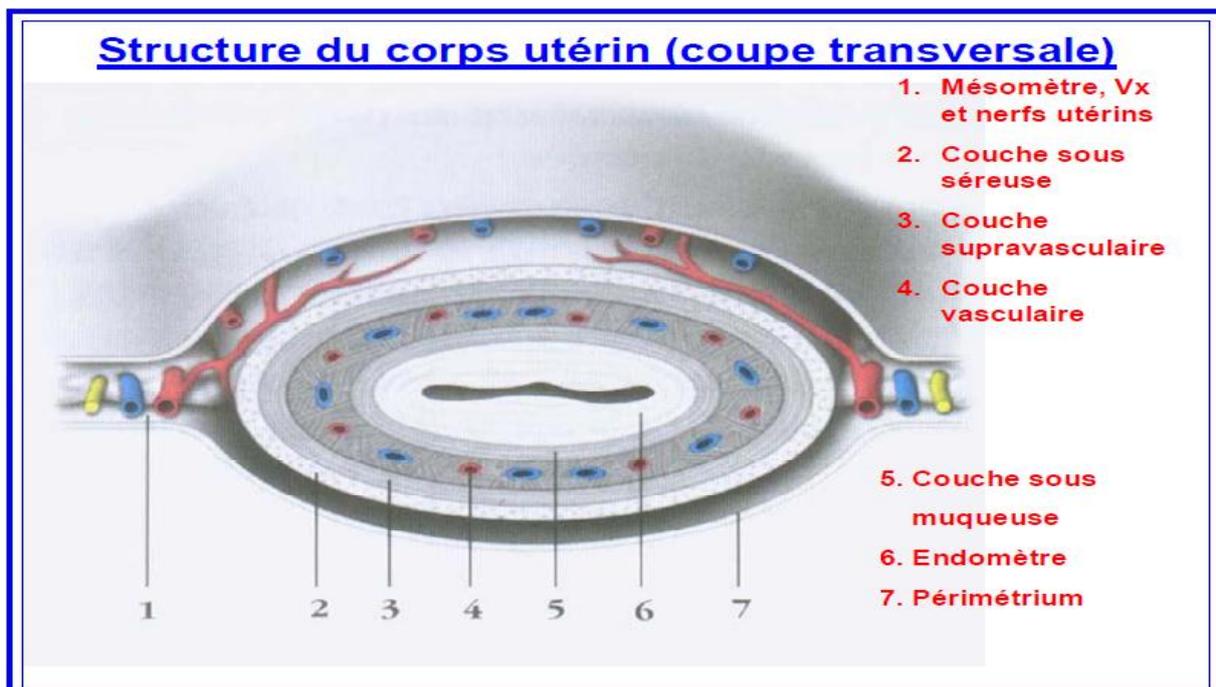


FIGURE 2: (Tirée de KAMINA P. (62))

b. Le segment inférieur

- la séreuse à ce niveau se décolle facilement
- la musculuse est très mince, formé de fibres élastiques et conjonctives
- la muqueuse se transforme en caduque, impropre à une placentation parfaite.

c. Le col

- formé surtout de tissus conjonctifs et de fibres élastiques
- sa muqueuse ne subit pas de transformations déciduales
- les glandes sécrètent un mucus abondant qui formeront le bouchon muqueux
- la structure du tissu conjonctif se modifie en se ramollissant lors du travail sous l'effet des contractions utérines, ce qui entraîne l'effacement progressif du col.

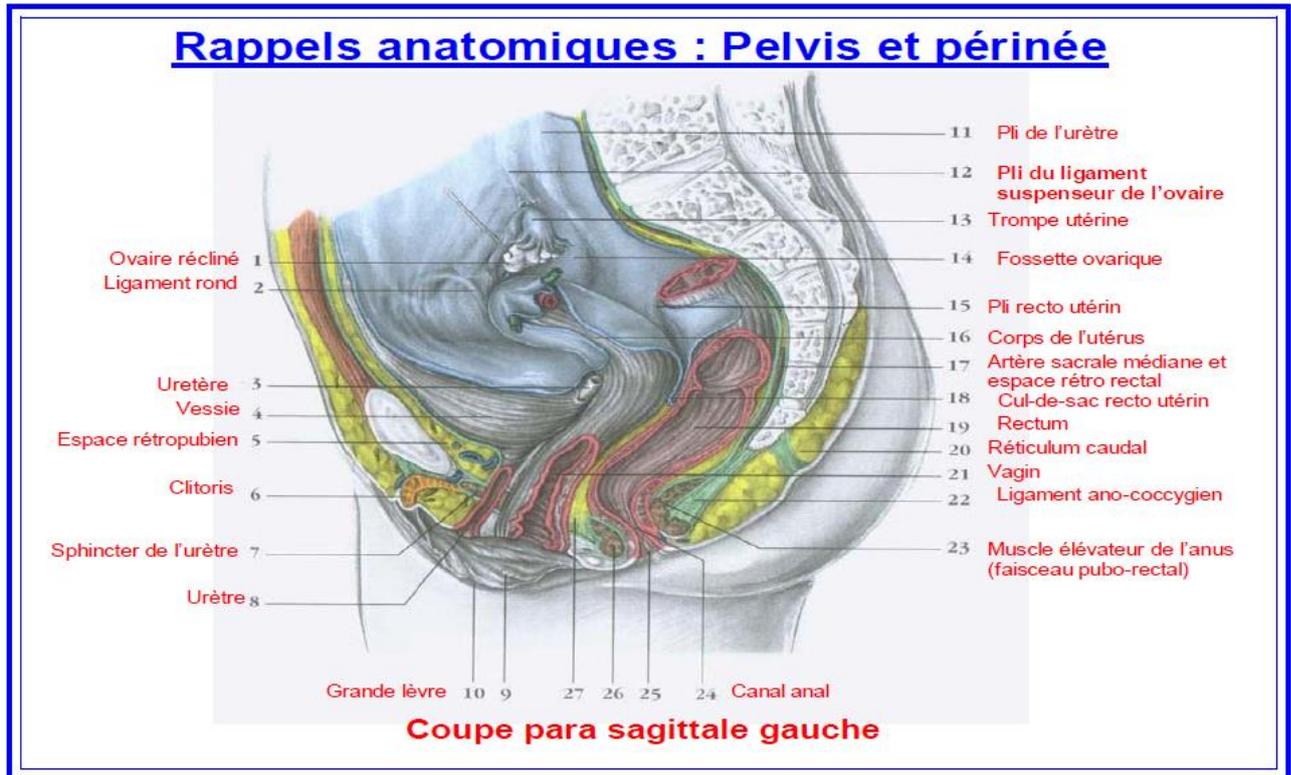


Figure 3: (Tirée de KAMINA P. (62))

2.3 - VASCULARISATION ET INNERVATION :

a. Les artères

Non gravide, l'utérus est essentiellement vascularisé par l'artère utérine (branche de l'hypogastrique) et accessoirement par l'artère ovarique et l'artère du ligament rond.

Gravide,

* la vascularisation artérielle du corps utérin est assurée essentiellement par l'artère utérine.

* accessoirement, il y a l'artère ovarique et l'artère du ligament rond.

* la vascularisation du col provient des artères cervico-vaginales.

a.1 L'artère utérine :

- Branche de l'hypogastrique

- Elle est la branche viscérale la plus volumineuse de l'artère iliaque interne

- Dans son trajet, on lui décrit 3 segments : rétro-ligamentaire, infra-ligamentaire et intra-ligamentaire.

- Sa longueur, totale est de 13 à 15 cm

- Son calibre est de 0,16 cm à 0,3 cm.

- Elle se termine à 15 mm sous la trompe en se divisant classiquement en 3 branches.

- Au cours de la grossesse son calibre ne varie pas

- La portion intra-ligamentaire, spiralée, va s'étirer, se despiraler de telle sorte que la longueur totale sera triplée ou quadruplée.

- De chaque côté de l'utérus, les branches de l'utérine s'anastomosent entre elles (verticalement).

- Cependant, elles ne s'anastomosent pas avec les branches du côté opposé ; ce qui délimite une zone médiane longitudinale peu vascularisée empruntée par l'incision lors des césariennes corporels.

- Dans l'épaisseur du corps, ces artères parcourent les anneaux musculaires et s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire.

- Le calibre de l'utérine ne double jamais

- L'expansion de l'utérus tend à accoler à sa paroi l'artère utérine et ses branches. Mais, du fait de la dextro-torsion, la prise de contact de l'artère avec la paroi utérine est plus en arrière à droite qu'à gauche.

- Quand le segment inférieur est formé, le croisement "uretère-artère utérine" s'éloigne de l'utérus.

a.2 L'artère ovarique :

Elle dérive d'une artère segmentaire Wolffienne. Naît le plus vite à la face antérieure de l'aorte, entre l'artère rénale et la mésentérique inférieure.

Dans 14 % des cas, elle naît de l'artère rénale.

Son trajet est variable, mais dans 80 % des cas elle surcroise la veine cave inférieure à droite, le muscle psoas à gauche, avant de s'insinuer dans le ligament suspenseur de l'ovaire.

Pendant la grossesse, son calibre est multiplié par 2 ou 3. L'augmentation de son calibre va croissante de son origine à sa terminaison.

a.3 L'artère funiculaire :

Elle est d'importance fonctionnelle négligeable pendant la grossesse. Mais l'hémostase du ligament rond doit être parfaite au cours des hystérectomies.

a.4 Les artères cervico-vaginales :

Elles irriguent le col. Elles se bifurquent pour donner une branche antérieure et une postérieure avant de pénétrer dans son épaisseur (col) ; ceci permet au col de se dilater sans léser les artères.

b. Les veines :

Elles subissent une augmentation de nombre et de volume plus considérable que les artères.

Dans le corps utérin gravide, il n'existe pas de zone de vascularisation veineuse à minima.

Au niveau de la paroi du segment inférieur et du col leurs calibres sont inférieurs à celles du corps.

Les veinules proviennent des différentes tuniques et forment à la surface utérine, un réseau veineux plexiforme. Ce réseau veineux plexiforme va se drainer de chaque côté de l'utérus dans:

.les plexus utérins (pour le réseau corporel)

.les plexus cervico-vaginaux (pour le réseau cervical)

Ces 2 plexus s'anastomosent et se jettent dans 3 voies efférentes :

- * les veines du ligament rond qui se jettent aussi dans la veine épigastrique et fémorale.

- * Les veines utéro-vaginales qui se subdivisent en 2 groupes de veines :

 - .le système pré-urétérique accessoire

 - .le système rétro-urétérique. Il est la voie de drainage principale de l'utérus. Il se jette dans la veine iliaque interne.

c. Les lymphatiques :

Les vaisseaux lymphatiques ont pour origine, les différentes tuniques de l'utérus.

Il y a donc un réseau muqueux, un réseau musculaire et un réseau séreux.

Ces réseaux initiaux aboutissent à un réseau collecteur péri-utérin.

Les canalicules de ce réseau ont une direction transversale et se réunissent au bord latéral de l'utérus sous forme d'une longue anastomose verticale.

Le réseau collecteur se déverse enfin dans les troncs collecteurs efférents

- Il y a un tronc collecteur supérieur formé par le pédicule utéro-ovarique et le pédicule funiculaire.

- un tronc collecteur inférieur formé par les pédicules iliaques interne et externe, et le pédicule sacral.

Pendant la grossesse, ces lymphatiques s'hypertrophient et augmentent en nombre

Croisement de l'artère utérine et de l'uretère (vue antérieure)

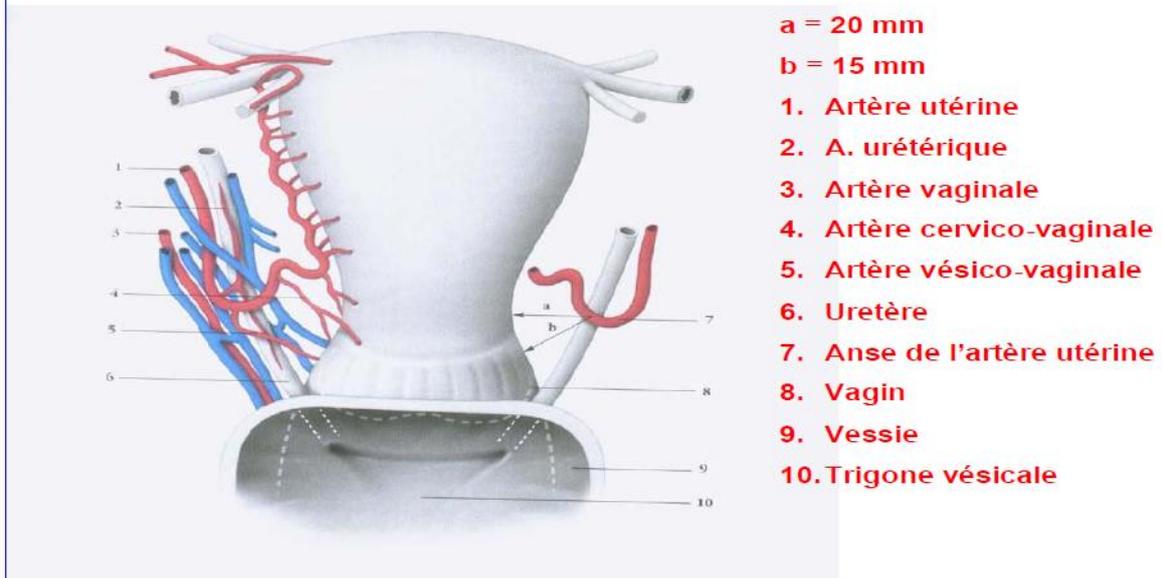
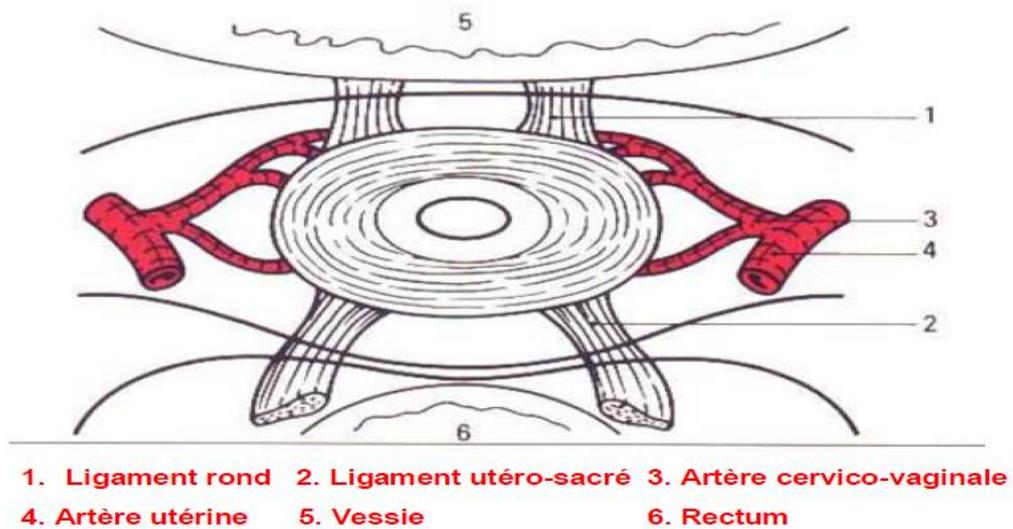


Figure 4:(Tirée de KAMINA P. (62))

Distribution de l'artère cervico-vaginale



Contamin, Rev Fr Gynec-Obstet., 1958, 4, 301-305

Figure 5: (Tirée de KAMINA P. (62))

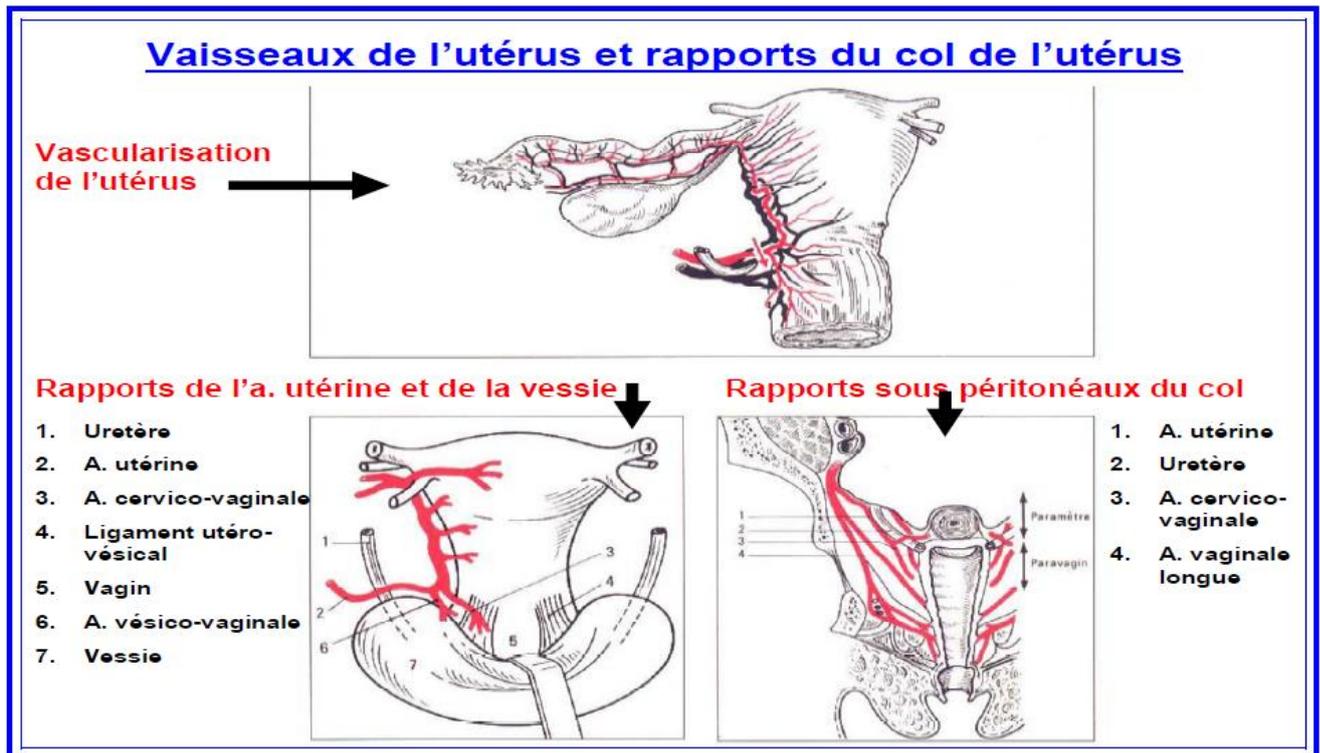


Figure 6: (Tirée de KAMINA P. (62))

d. Innervation : Elle est intrinsèque et extrinsèque

d.1 Le système intrinsèque :

Il est constitué d'un ensemble de ganglions intra-muraux, de para-ganglions et de formations neuro-vasculaires. Ces dernières sont de neurofibres ayant pour médiateur chimique un neuropeptide (vaso-active intestinal peptide). Il offre une certaine autonomie fonctionnelle à l'utérus, de telle sorte que la rupture traumatique, chirurgicale ou anesthésique du Système nerveux extrinsèque n'entrave en rien l'accouchement.

L'appareil nerveux autonome occupe surtout le col et le segment inférieur.

d.2 Le système extrinsèque :

Les structures nerveuses extrinsèques, appelées ganglions juxta-muraux, ganglions hypogastriques ou ganglions de Lee et FRANKENHAUSER, sont en réalité des plexus : les plexus hypogastriques inférieurs. Ce sont des treillis nerveux plaqués sur la face latérale des viscères pelviens.

Ces plexus hypogastriques inférieurs sont constitués par des formations émanant de 2 types de racines :

- Les racines lombaires ou nerfs splanchniques. Elles sont sympathiques et font suite au plexus inter-mésentérique.
- Les racines sacrées

La racine lombaire :

Elle est sympathique et commence à partir de l'artère mésentérique inférieure.

Elle fait suite donc au plexus interne et est formée de deux nerfs pré-sacrés, confondus en une lame pré-sacrée : c'est le plexus hypogastrique supérieur. Il a une forme triangulaire à base inférieure. Des deux angles inférieurs se détachent deux gros cordons nerveux ; ce sont les racines principales afférentes des ganglions hypogastriques inférieurs.

Les racines sacrées :

Elles sont parasympathiques.

Elles sont formées par les nerfs érecteurs d'Eckhard de nature parasympathiques, détachés des 2^e et 3^e et 4^e racines sacrées et des ganglions des filets nerveux issus des 2^e et 3^e ganglions sacrés.

A cela, il faut ajouter les filets nerveux provenant du plexus hémorroïdal supérieur.

Les nerfs érecteurs et les cordons afférents (d'origine hypogastrique supérieure) forment le plexus hypogastrique inférieur.

Parmi les multiples rameaux émanant du plexus hypogastrique inférieur il faut retenir deux pédicules :

- le pédicule cervico-isthmique : les filets se détachent de la partie antéro-supérieure du plexus puis abordent la portion sus-vaginale du col.
- le pédicule corporelles : les filets nerveux se détachent du bord supérieur du plexus, montent le bord latéral de l'utérus jusqu'à la corne utérine. Ce peut être seulement le nerf latéral de l'utérine qui provient soit du nerf hypogastrique ou

du plexus hypogastrique inférieur. Ces filets donnent dans la paroi utérine, des ramuscules se terminant :

- .sur les fibres musculaires lisses
- .dans la paroi des vaisseaux
- .autour des glandes
- .dans les faisceaux nerveux intra murales

d.3 Les centres nerveux centraux :

d.3.1 Les centres médullaires :

Ils sont situés à la base de la corne antérieure de la moelle.

d.3.2 Les centres supérieurs sous-corticaux :

Il existerait un centre sexuel dans le plancher du 3^e ventricule

d.3.3 Les centres corticaux :

Ils sont situés dans tout le cortex cérébral sauf à une partie du lobe temporal.

L'influence d'un cortex sur toute la structure nerveuse sous-jacente et sur l'équilibre physiologique viscéral est connue.

d.4 La systématisation :

Les fibres musculaires utérines sont sous double influence nerveuse : sympathique et parasympathique.

L'innervation de ces fibres ne se fait pas directement partout. En effet juste avant le travail et dans les suites de couche immédiates, des zones de jonction se forment entre deux fibres musculaires contiguës. La jonction est réalisée par un accollement des membranes fibrillaires. Ces jonctions sont appelées "NEXUS". C'est grâce à ces nexus, qu'une première fibre musculaire, innervée directement, va propager l'influx nerveux aux fibres voisines. Les nexus n'existent pas pendant la gestation.

L'intérêt est que cette disposition explique :

- certains échecs du déclenchement.

- les contractions utérines progressives totales et efficaces observées pendant le travail normal.

d.4.1 Le cheminement de l'influx.

L'influx sensitif emprunte la voie sympathique, aboutit au thalamus réagit en augmentant ou en diminuant la sensation nociceptive d'où l'intérêt de la psychoprophylaxie de l'accouchement.

L'influx moteur végétatif vient des centres supérieurs et emprunte surtout les voies parasympathiques mais aussi sympathiques. Ce dernier a deux types de récepteur : le récepteur α pour la contraction et le récepteur β pour la relaxation.

3. Indications de césarienne d'urgence:

L'indication est portée en salle de travail ou une patiente programmée pour une césarienne prophylactique entre spontanément en travail avant la date théorique d'intervention.

3.1 Indications maternelles :

➤ Les anomalies du bassin :

- les bassins généralement rétrécis en travail d'accouchement.
- bassin de forte asymétrie congénitale ou acquise en travail d'accouchement.

➤ La présence de cicatrice utérine notamment :

- un utérus bi cicatriciel ou multi cicatriciel en travail d'accouchement.
- un utérus uni cicatriciel associé à un facteur de risque (bassin limite, bassin asymétrique, présentation vicieuse) en travail.

➤ Les pathologies maternelles :

- cardiopathies maternelles décompensées en travail.
- décollement de la rétine ;
- pré éclampsie sévère ou éclampsie ;

- hématome retro placentaire grade II de SHER ou Grade III avec un état hémodynamique instable
- les antécédents d'accidents vasculaires cérébraux ou tumeurs cérébrales
- les hémopathies malignes (maladie de Hodgkin) ;
- les cancers du col constituant un obstacle prævia en travail.
- la maladie herpétique (vulvo-vaginal) ;
- les troubles respiratoires avec hypoventilation en travail.
- l'allo-immunisation materno-fœtale est indiquée dans les cas, si Le diagramme de LILLEY est perturbé.
- L'existence d'une lésion grave du périnée chirurgicalement réparée.
- Les antécédents de déchirure compliquée du périnée.
- les fistules vésicaux-vaginales ou recto-vaginales et antécédentes de cure de FVV ou FRV
- les Kyste de l'ovaire ou fibrome pédicule profanant dans le Douglas faisant obstacle prævia
 - Antécédents obstétrical chargé

3.2. Indication annexielles :

- Placenta prævia recouvrant ou hémorragique
- Procidence du cordon

3.3. Indications fœtales :

- **Souffrance fœtale aigue :**

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

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

- **Malformations fœtales :**

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

- **Prématurité :**

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

- **Grossesse multiple :** Grossesse multiple (plus de 2 fœtus)

- **Grossesse gémellaire :** le 1^{er} jumeau est en présentation du siège est une indication de césarienne pour certaines équipes ou J1 en une autre présentation non céphalique.

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

- **Gros fœtus :**

Les macrosomies, poids fœtal estimé à 4000g ou plus, ou diamètre bipariétal >100mm

- **Présentation vicieuses:**

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

La présentation de la face, variété postérieure

La présentation du front

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

4 La technique de la césarienne

4.1 La technique de Misgav Ladach

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

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

Avantages de la technique de Misgav Ladach :

- limite les attritions tissulaires.
- Simplifie le plus possible l'intervention.

La simplicité de cette technique et les résultats obtenus par différentes études font penser qu'elle deviendra sous peu la référence en matière d'extraction fœtale par voie haute [8].

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

4.2 Autres techniques :

Hystérotomie segmentaire transversale

Hystérotomie segmentaire longitudinale

Hystérotomie corporéale

Hystérotomie segmento-corporéale :

5. L'ANESTHESIE EN VUE D'UNE CESARIENNE :

L'anesthésie pour une césarienne classiquement peut être réalisée de deux techniques :

-une anesthésie générale ou

-une anesthésie locorégionale : Rachi anesthésie et péridurale.

5-1. L'anesthésie générale :

□ *Incidents et accidents [30]:*

L'inhalation de liquide gastrique qui peut être gravissime et mortelle appelée syndrome de Mendelssohn, détresse respiratoire, œdème pulmonaire aigue lésionnel. C'est la première cause de mortalité en anesthésie obstétricale. Ce risque est toujours présent en raison de la grande fréquence du relâchement du sphincter œsophagien.

Les effets circulatoires de l'anesthésie générale sont moins importants que ceux observés sous anesthésie rachidienne.

Le passage placentaire des drogues anesthésiques peut entraîner des dépressions respiratoires chez l'enfant surtout si le temps d'extraction est prolongé.

□ **Les indications :**

Ce sont :

- Les césariennes en urgence
- Les hypovolémies
- Les troubles de la coagulation.

Elle peut compléter une anesthésie locorégionale incomplète ou inefficace.

□ **Avantages :**

③ Induction rapide,

③ Contrôle plus facile des problèmes hémodynamiques, □ Fiabilité.

5-2. L'anesthésie loco-régionale:

Son intérêt est de Bloc les nerfs de façon spécifique ,temporel et réversible de la région génitale mais aussi les nerfs de la peau et des muscles du périnée tout en gardant la femme consciente.

a. L'anesthésie péridurale :

•Technique :

Patiente mise en confiance

Abord veineux assurant un remplissage vasculaire par 500ml à 1000 ml d'une solution macromoléculaire pour prévenir l'hypotension artérielle.

Parturiente mise en position assise ou en décubitus latéral gauche, le dos arrondi.

L'opérateur doit pratiquer le geste de façon stérile (calot, bavette, lavage chirurgical des mains, gants stériles, casaque).

Badigeonnage chirurgical de la région lombaire.

L'espace de ponction (de L2 à L5) est repéré par la ligne bi iliaque.

La ponction est réalisée avec l'aiguille de Tuorhy au niveau de l'espace L2-L3 ou L3-L4.

L'espace péridural est identifié par la technique du mandrin liquide ou du mandrin gazeux [24]: avec l'aiguille de Tuorhy, on franchit le plan cutané puis le ligament sus épineux, l'aiguille est ainsi fixée dans le ligament inter épineux ; on adapte alors une seringue de 10ml contenant quelques millilitres d'air ou de sérum physiologique, et on procède à l'identification de l'espace péridural par la " technique de perte de résistance ".

Passage d'un cathéter à travers l'aiguille dans l'espace péridural sur une longueur de 2 à 3cm sans dépasser les 3cm pour diminuer le risque de latéralisation du produit.

On fait un test d'aspiration à la recherche de sang ou de LCR puis on injecte une dose test de 2 ml d'anesthésique local dans le cathéter, ceci permet de reconnaître une injection sousarachnoïdienne éventuelle (rachianesthésie).

La dose nécessaire d'anesthésique local est injectée 3 minutes au moins après la dose test.

•Produits anesthésiques [30] :

La bupivacaïne (marcaïne*) : C'est le produit le plus utilisé dans l'anesthésie loco-régionale. Elle procure une analgésie de bonne qualité avec un bloc moteur minime. Sa durée élective est longue. Elle possède une toxicité cardiaque surtout lors des injections intra vasculaires accidentelles. Elle n'entraîne pas une diminution du score d'Apgar chez le nouveau-né.

L'analgésie de la bupivacaine est renforcé par des adjuvants Morphinique ; fentanyl.

• ***Incidents et accidents [30] :***

L'hypotension artérielle : elle est progressive, par blocage sympathique, aggravée par la compression aorto-cave

Une rachianesthésie : elle peut survenir lors d'une ponction intra-durale méconnue et provoquer un collapsus cardio-vasculaire, une apnée et coma.

• ***Indications :***

Elle est réservée surtout pour les césariennes programmées même en urgence.

• ***Contre indications :***

Refus de la patiente.

Troubles de la coagulation.

Infection cutanée.

Etat fébrile.

Maladie neurologique évolutive.

Anomalie de la colonne vertébrale.

• ***Avantages :***

Reprise de l'alimentation.

Lever précoce, prévention de la maladie thrombo embolique .

Intégrité respiratoire per et post opératoire.

En cas de vomissement peu d'inhalation.

Elle n'a que peu d'effet sur le nouveau-né.

Elle permet la conservation de l'état de conscience de la mère.

b. La rachianesthésie :

• ***Principe :***

C'est l'anesthésie rachidienne par injection directe de l'anesthésique local dans le cul de sac dural réalisant une section pharmacologique de la moelle, ce qui entraîne une paralysie totale de tout le système nerveux sous jacent : sympathique, sensitif et moteur.

• ***Technique :***

Malade mise en confiance.

Abord veineux assurant un remplissage vasculaire par 500 ml à 1000 ml de soluté macromoléculaire pour prévenir l'hypotension artérielle utilisation de vasopresseur.

Parturiente mise en décubitus latéral gauche ou plus rarement en position assise.

Asepsie rigoureuse.

La ponction est réalisée dans un espace L3-L4 et L4-L5 situé au dessous de L2 pour éviter une blessure de la moelle épinière.

L'aiguille de ponction doit être fine (22 à 25 gauges), un introducteur type Pitkin permet de faciliter son passage à travers la dure-mère.

Avant d'injecter le produit anesthésique, on doit s'assurer de l'écoulement du LCR.

- ***Produits anesthésiques :***

On utilise la bupivacaïne à 0,5 %. La posologie utilisée étant faible, il n'y a pas de risque de réaction toxique maternelle ni de passage placentaire.

- ***Incidents et accidents :***

L'hypotension artérielle : contrairement à celle de l'anesthésie péridurale, elle est brutale et profonde bloc sympathique.

L'extension en hauteur de la rachianesthésie: favorisée par la position de Trendelenburg, elle peut aussi entraîner une dépression respiratoire.

Les céphalées : elles sont gênantes et parfois invalidantes.

6. Les complications de la césarienne :

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

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

6.1. Les complications maternelles :

6.1.1. Per opératoires :

- **L'hémorragie :**

Elle est liée à plusieurs facteurs qui sont :

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

- **Les lésions intestinales :**

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

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

- **Les lésions urinaires :**

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

- **Les complications anesthésiques :**

Hypoxie, syndrome d'inhalation, collapsus cardio-vasculaire, arrêt cardiaque à l'induction, réactions allergiques aux produits anesthésiques.

6.1.2 Les complications postopératoires :

- **Les complications infectieuses :**

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

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

- **L'hémorragie post opératoire :**

Plusieurs étiologies existent :

- hématome de paroi, justiciable de drainage, type Redon
- saignement des berges d'hystérotomie par hémostase insuffisante exceptionnellement, l'hémorragie survient vers J10-J15 post opératoire après lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

- **Les complications digestives :**

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

- **La maladie thromboembolique :**

Elle est prévenue par le lever précoce, voire l'héparinothérapie systématique .

- **Les complications diverses :**

Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), fistules vésico-vaginales, embolies amniotiques.

6.1.3. Les complications chez le nouveau né :

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

- les complications liées aux drogues anesthésiques : dépression respiratoire du nouveau né
- les complications infectieuses
- les plaies accidentelles par le bistouri
- les traumatismes par extraction laborieuse (luxation, fractures...)
- la mortinatalité du nouveau né.

4. Population d'étude :

L'étude a porté sur des parturientes admises en salle de travail au cours de la période d'étude et qui ont accouché dans le service pendant la période de l'étude.

5. Echantillon :

Nous avons procédé à un échantillonnage non exhaustif portant sur les parturientes admises en salle d'accouchement ayant accouché par césarienne.

5.1 Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude toutes les parturientes ayant accouché par césarienne au centre de santé de référence de la commune IV dans un contexte d'urgence.

5.2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude toutes les parturientes ayant accouché par voie basse au centre de santé de référence de la commune IV et les césariennes programmées.

6. Méthodes :

Une fiche de collecte a été utilisée pour recueillir les informations (voir annexe).

6.1 Sources des données :

Le recueil des données a été fait à partir du dossier obstétrical des patientes, complété au besoin par registre de consultation prénatales ; le registre d'accouchement et d'hospitalisation ; le registre de référence et d'évacuation, le registre de compte rendu opératoire, le registre de référence de Nouveau-Né ; registre de décès périnatale.

6.2 Variables d'étude:

- les caractéristiques sociodémographiques des patientes ;
- le motif du transfert ;
- les antécédents obstétricaux ;
- Les données cliniques
- Hauteur utérine ;
- Indication de la césarienne ;
- Le type de césarienne;
- Les complications
- Les paramètres du nouveau né (sexe, poids, taille, périmètre crânien, périmètre thoracique, APGAR) ;

6.3 Déroulement pratique de l'étude :

- Un questionnaire était rempli dès que les parturientes admises dans le service obéissaient les critères d'inclusions.
- Un examen clinique était réalisé et a permis de faire le diagnostic.
- Un examen complémentaire était effectué comprenant un taux d'Hémoglobine (11 – 15g/dl), un groupage rhésus (pour les parturientes non groupées) et une protéinurie (0,3 – 1g/24h). Une échographie obstétricale était demandée en urgence, si l'état général de la patiente le permettait.
- Une conduite à tenir était indiquée en fonction de l'état clinique de la mère et du fœtus pour faire l'accouchement dans un bref délai : la voie naturelle ou la césarienne.
- La crase sanguine et un bilan rénal étaient effectués au cours de l'hospitalisation de la patiente.
- Un bon de sang était délivré au parent de la malade.
- Une fiche de surveillance était établie, comportant : la TA, le pouls, la température, l'état des conjonctives, l'état de conscience, le globe utérin, les saignements vulvaire, la diurèse.

7. Traitement et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysé sur le logiciel Word 2000 et Epi info version 6 .0 Fr.

1.8 Définitions opératoires :

La définition de certains concepts nous a paru utile à l'étude de la césarienne, car ils permettent de standardiser la collecte des données. Il s'agit :

Gestité =Nombre de grossesse.

Nulligeste = Aucune grossesse

Primigeste =Une grossesse

Paucigeste =2 à 3 grossesses.

Multigeste ≥ 4 grossesses.

Parité =Nombre d'accouchement.

Nullipare = 0 Accouchement

Primipare =1 Accouchement

Pauci pare =2 à 3 accouchements.

Multiparité ≥ 4 Accouchements

-Bassin généralement rétréci : Lorsqu'au toucher vaginal le promontoire est atteint et les lignes innominée sont parcourues.

-Bassin limite : Lorsqu'au toucher vaginal le promontoire est atteint et les lignes innominées ne sont pas parcourues au-delà des deux tiers antérieurs à la touche vaginale.

Evacuée : C'est lorsque la patiente est référée d'un service à un autre plus spécialisé dans un contexte d'urgence

Il s'agit de la suture de l'utérus.

Hystérotomie : Ouverture chirurgicale de l'utérus

. Morbidité : Tout écart, subjectif ou objectif, par rapport à l'état de bien-être physiologique

Mortalité : Rapport entre le nombre total des décès dus à une maladie donnée et l'effectif total de la population.

Mortalité néonatale précoce Ensemble de décès d'enfants nés vivants dans la première semaine de vie.

Mortinaissance :
Décès antepartum et perpartum dès lorsque la grossesse atteint un âge gestationnel ≥ 28 SA

Score d'Apgar Ensemble de paramètres permettant d'évaluer l'état général du nouveau-né à la première et à la cinquième minute de vie extra-utérine. Il est coté de 0 à 2.

0 = mort -né

1-3 = état de mort apparente

4-7 = état morbide

≥ 8 = bon ou satisfaisant.

Taux de mortalité néonatale précoce : Rapport du nombre de morts néonatales précoces dans une année au nombre de naissances vivantes dans la même année, exprimé d'ordinaire en pour mille.

Taux de mortinatalité : Nombre d'enfants mort-nés pour 1000 naissances totales (mortinaissances et naissances vivantes).

Misgav ladach : Nom d'un hôpital Israélien où Michael Stark, Médecin a pratiqué cette technique de césarienne.

V Résultats :

1. La fréquence de la césarienne :

Pendant la période d'étude, sur un total de 6.820 accouchements enregistrés dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune IV pendant la période.

Nous avons noté 976 cas césariennes d'urgence soit une fréquence de 14,31% .

2. Caractéristiques socio démographiques :

Tableau I : Répartition des patientes selon l'âge

Tranche d'âge	effectif	pourcentage
25-34ans	496	51,0
15-24ans	356	37,0
35-44 ans	84	8,0
Sup ou égal à 45 ans	40	4,0
Total	976	100

Tableau II : Répartition des patientes selon la provenance

Provenance	Effectif	pourcentage
Commune I	45	4,6
Commune II	3	0,3
Commune III	10	1,0
Commune IV	830	85,0
Commune V	4	0,4
Commune VI	14	1,4
Hors de District	70	7,2
Total	976	100

Tableau III : Répartition des patientes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	662	67,8
Elève/Etudiante	146	14,9
Infirmière	64	6,0
Vendeuse	52	5,0
Commerçante	46	4,7
Sage-femme	6	0,6
Total	976	100

Tableau IV : Répartition des patientes selon le statut matrimonial

statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Mariée	810	83,0
Célibataire	166	17,0
Total	976	100

3. Données cliniques :

Tableau V: Répartition des patientes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage (%)
Venue d'elle-même	766	78,5
Référée	210	21,5
Total	976	100

Tableau VI: Répartition des patientes selon le motif d'admission

Motif de référence	Effectif	Pourcentage
CUD /Grossesse	642	65,7
Hémorragie /Grossesse	102	10,4
Présentation vicieuse	73	7,4
HU Excessive	58	5,9
SFA	39	4,0
RPM	39	3,6
HTA	20	2,0
BGR	6	1,0
Total	976	100

Tableau VII: Répartition des patientes selon l'antécédent médical

Antécédent médical	Effectif	pourcentage
HTA	86	8,81
HIV	12	1,22
Diabète	8	0,81
Drépanocytose	4	0,40
Aucun	866	88,72
Total	976	100

Tableau VIII: Répartition des patientes selon l'antécédent chirurgical

Antécédent chirurgical	Effectif	pourcentage
Césarienne	44	4,5
Salpingectomie	12	1,22
Myomectomie	4	0,4
Appendicectomie	3	0,3
Aucun	913	93,5
Total	976	100

Tableau IX: Répartition des patientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Paucigeste	422	43,2
Multigeste	376	38,6
Primigeste	89	9,1
Grande Multigeste	89	9,1
Total	976	100

Tableau X: Répartition des patientes selon leur parité

Parité	Effectif	pourcentage
Pauci pare	479	50,0
Nullipare	376	33,3
Grande Multipare	86	8,7
Multipare	78	8,0
Total	976	100

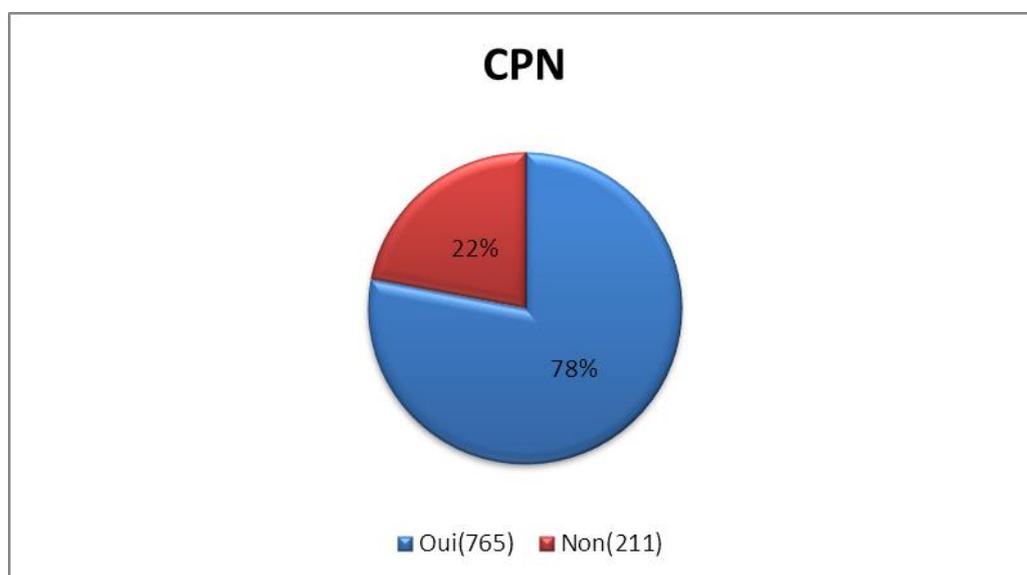


Fig1 : répartition des patientes selon la réalisation des consultations prénatales

Tableau XI: Répartition des patientes selon la qualification du personnel à la CPN

Auteurs des CPN	Effectif	pourcentage
Sage-femme	546	56,0
Gynécologue	345	35,3
Infirmière obstétricienne	85	8,7
Total	976	100

Tableau XII: Répartition des patientes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine	Effectif	Pourcentage
31-33 Cm	600	61,5
Sup à 36	180	18,5
28-30Cm	135	14,0
34-36	61	6,0
Total	976	100

Tableau XIII: Répartition des patientes selon l'âge de la grossesse

Age de la grossesse	Effectif	Pourcentage
36-41 SA	786	80,0
28-36 SA	165	17,0
Sup ou égal à 42 SA	25	2,0
Total	976	100

Tableau XIV: Répartition des patientes selon les BDCF à l'admission

BDCF à l'admission	Effectif	Pourcentage
120-160	926	95,0
Inf à 120	23	2,5
Non perçus	15	1,5
Sup à 160	12	1,0
Total	976	100

Tableau XV: Répartition des patientes selon le type de présentation du fœtus

Type de Présentation du fœtus	Effectif	Pourcentage
Céphalique	863	88,0
Siege	75	8,0
Transversale	38	4,0
Total	976	100

Tableau XVI: Répartition des patientes selon les indications de la césarienne

Indications de la césarienne	Effectif	Pourcentage
Dystocie mécanique	360	37
SFA	226	23,2
Présentation vicieuse	80	8,1
HTA sévère	81	8,2
Macrosomie	63	6,3
Dystocie dynamique	62	6,3
HRP	32	3,3
Placenta Prævia	28	3,0
Utérus bi-cicatriciel	30	3,0
Utérus tri-cicatriciel	12	1,2
Rupture utérine	2	0,2
Total	976	100

4 . Pronostics et prise en charge

5 4.1 Pronostic maternel :

Tableau XVIII : Répartition selon la nature de l'incision

Type d'incision cutanée	Effectif	Pourcentage
Joël Cohen	878	90,0
Pfannentiel	68	7,0
Médiane	30	3,0
Total	976	100

Tableau XIX : Répartition des patientes selon les Techniques anesthésiques

Techniques	Effectif	Pourcentage
Anesthésie générale	672	68,85
Rachi anesthésie	304	31 ,14
Péridurale	0	0%
Total	976	100

Tableau XX : Répartition selon le poids du nouveau né à la naissance

Poids des N-nés	Effectif	Pourcentage
Inf à 2500g	138	14,4
2500g-3000g	760	79,1
3500g à 4000g	30	3 ,1
Sup à 4000g	33	3,4
Total	961	100

Tableau XXI: Répartition des patientes selon les types de complications en per opératoire

Complications en per opératoire	Effectif	Pourcentage
Hémorragie	5	0 ,51
Lésion vésicale	3	0,30
Arrêt cardio-respiratoire	1	0 ,10
Aucun	967	99,07
Total	976	100

Tableau XXII: Répartition des patientes selon les types de complications en postopératoire

Complications postopératoire	en Effectif	Pourcentage
Suppuration pariétale	18	1,84
Paludisme	8	0,81
Endométrite	6	0,61
Anémie	6	0,61
Aucun	921	94,36
Total	976	100

4.2 Pronostic du nouveau-né :

Tableau XXIII: Répartition des N-nés selon le score d'APGAR à la première minute

Score d'APGAR à la première minute	Effectif	Pourcentage
0	15	1,5
4-7	58	6,0
Sup à 8	903	92,5
Total	976	100

Tableau XXIV: Répartition des n-nés selon le score d'APGAR à la cinquième minute

Score d'APGAR à la cinquième minute	Effectif	Pourcentage
4-7	58	6,0
Sup à 8	903	94,0
Total	961	100

Tableau XXV : La répartition selon le pronostic maternel

Pronostic	Effectif	Pourcentage
Vivant	976	100
Décès maternel	0	0
Total	976	100

Tableau XXVI: Répartition selon les décès fœtaux

Etat des n-nés	Effectif	Pourcentage
Mort-né frais	11	1,1
Mort-né macéré	4	0,4
Aucun	961	98,5
Total		100

VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

1. Fréquence de la césarienne :

Durant notre période d'étude, nous avons enregistré 6820 accouchements dont 976 césariennes d'urgence soit une prévalence de 14,31%.

Cette fréquence s'explique par le fait que le CSREF CIV reçoit beaucoup de cas d'évacuation et de référence d'autres districts sanitaires. Confrontés aux données de la littérature, notre taux est supérieur au taux obtenu en France comme le témoignent les travaux de LAHMY DEDOUCH. en 2007 20,3% [8].

Il est inférieur à celui du continent Américain avec 34,5% au Portugal, Il est également inférieur à ceux de KOUYATE au Centre de Santé Référence de Koutiala en 2013 avec 22,48% [22].

2. Les caractéristiques sociodémographiques :

Les parturientes césarisées avaient un âge compris entre 15 et 45ans. Dans l'ensemble, les femmes césarisées étaient relativement jeunes, avec un âge moyen de 25ans et une prédominance de césarienne entre 25 et 34 ans soit 51%. Certains auteurs ont trouvé les résultats comparables aux nôtres, COULIBALY M.B au CSREF de KOUTIALA 83,28% [8], KONATE A S au CHU Gabriel Touré 82,1% [27], KOUYATE 88,75% [21].

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

Les Malinkés ont été les plus nombreux 48% car le centre de santé de référence est proche de la commune du mandé.

Les ménagères représentaient 67,8% de notre population, cette situation pourrait s'expliquer par le fait qu'au Mali, plus de 90% des femmes sont non scolarisées et s'occupent surtout des ménages

La majorité des malades est venue de la commune IV soit 85% ; ceci s'explique par le fait que le Centre de Santé de Référence CIV est situé en plein centre de la commune et d'accès facile.

Les parturientes dans notre étude ont été :

- évacuées dans 21,5% contre 71,87% pour KOUYATE [20], 91,90% pour TRAORE L [20]

- Venues d'elles-mêmes : 78,5% dans notre étude contre 8,10% pour TRAORE L [20], 25,62% pour KOUYATE [21], 37,65% pour COULIBALY M.B [8]

L'hypertension artérielle a dominé avec 8,81% de nos patientes, 5% des femmes reçues n'ont pas effectué de suivi prénatal.

L'utérus cicatriciel a été le plus représenté avec 4,50%. Notre taux est supérieur à celui de GUINDO G 1,82% [16], et inférieur à celui de KONATE 4,6% [27]

3. INDICATIONS :

Dans notre étude les dystocies mécaniques représentaient 360 cas soit 37% de nos césariennes.

Ce taux est inférieur à ceux de KOUYATE [20] et TRAORE L [19] trouvent respectivement 48,12% ; et 44,96% [20].

A l'examen physique, 8,1% des patientes avaient une présentation vicieuse. Ce taux est inférieur à celui Mr KONATE [26] ; KOUYATE [20] à l'Hôpital Gabriel TOURE de Bamako, et COULIBALY [8] ont trouvé respectivement 22,77%, 12,5%, 30,17%.

- Elles sont dominées par la présentation de siège 45 cas soit 13,23%. En effet KONATE [27] au CHU de Gabriel TOURE a trouvé 4,15% et KOUYATE [21] à l'Hôpital Gabriel TOURE de Bamako 2,1% ce taux est inférieur à celui de Togora, qui trouve 50% .

Les auteurs Français ; en prenant le rôle potentiellement dystocique de cette présentation avec les risques de rétention de la tête derrière, de la grande extraction traumatisante, penchent vers un accouchement par césarienne.

b-Utérus_cicatriciel en travail : Il représente 44 cas soit 4,50% de nos césariennes.

Notre taux est inférieur à ceux avancés par KONATE [27], THIERO [23], qui trouvent respectivement 8,17% et 8,1% et supérieur à celle de COULIBALY 1,74% [9].

c- Indications fœtales :

La souffrance fœtale représente 226 cas soit 23% de nos césariennes. La plupart des auteurs trouvent que leur fréquence est élevée ces dernières années. Notre taux est inférieur à celui de Togora au CS Réf CV qui trouve 41,8% [19], et supérieur à celui de Cisse B 18% [7]. Nous estimons que notre chiffre élève pourrait s'expliquer par le nombre élevé des évacuations venant du centre.

4. Anesthésie au cours de césarienne :

L'anesthésie générale a été la plus utilisée avec 68,85% et 31,14% en locorégionale. Ceci du fait de la disponibilité inconstante des médicaments pour la locorégionale et l'état d'urgence de certains cas.

5. PRONOSTIC MATERNEL :

Pendant la période d'étude 64 cas de nos césariennes soit 6,55% ont subi des complications opératoires dont 0,92% en per opératoire et 5,63% en postopératoire. Notre taux est inférieur à ceux de COULIBALY [8] KONATE CH [27], KOUYATE [21], trouvent Respectivement 43,12% ; 16,93% ; 40,8%. Dans notre étude ; les complications sont d'ordre.

a Infectieux : dont 6 cas d'endométrite soit 0,61; 18 cas de suppurations pariétales 1,84 ; et 0 cas de lâchage total de fil, 23 cas de paludisme soit 2,35% notre taux est inférieur à celui de COULIBALY 20,17% ; 30,70% et 12,28%.

b Hémostatiques : avec 2 cas d'hystérectomies ont été effectuées suite à une Rupture utérine, soit 0,20%.

Notre taux est relativement bas a ceux de COULIBALY 5,88% d Hystérectomie ; 6,15% d'hémorragies post opératoire ; et 0 cas de décès maternel

5. Pronostics fœtaux :

Il s'agit du mort-né frais issu de la césarienne dans le centre de référence de la commune IV.

Pour l'ensemble des parturientes admises ayant subi la césarienne au centre de Santé référence commune IV, nous avons enregistré 15 cas de mortalités néonatales soit 1,5% Notre taux est inférieur à celui avancé par KOUYATE [20] au centre de Santé de référence de Koutiala en 2005 avec 25% et COULIBALY à 20% [9] des décès néonataux. Le taux de mortalité néonatale est plus élevée chez les femmes n'ayant pas bénéficié des consultations prénatales: ces femmes provenant de la maternité périphérique par le fait que le temps qui s'écoule entre l'évacuation d'une mère vers le centre de référence ne la permet pas toujours de se rendre à temps pour assurer la survie de son enfant souvent soit à une mauvaise organisation du système de référence d'évacuations soit à une condition socio-économique défavorable.

VII CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1- CONCLUSION

La césarienne en urgence constitue encore un problème crucial dans notre milieu, bien que des efforts remarquables soient notés en termes d'organisation des soins dans les structures sanitaires.

Elle permet d'améliorer le pronostic maternel et fœtal à chaque fois que l'accouchement par voie basse comporte un risque maternel et fœtal.

Cependant, la fréquence de la césarienne en urgence dans notre étude est de 14,31% des accouchements effectués durant la période.

Les indications les plus fréquentes ont été :

- Les dystocies mécaniques (37%)
- La souffrance fœtale aigue (23,2%)

Le pronostic maternel et fœtal était satisfaisant.

Abaisser le taux de morbidité et de mortalité, repose sur la réorganisation de l'équipe soignante ; une bonne liaison entre le CSRef et les maternités périphériques à travers un système de référence/évacuation et l'amélioration de la qualité des soins anesthésiques.

2. RECOMMANDATIONS

2.1 Aux autorités

Implication les infirmières obstétriciennes dans le système de référence,
Evacuation

- Inciter chaque aire à développer leur moyen d'évacuation en élaborant une politique « chaque aire/une ambulance »
- Assurer la disponibilité de sang « muni banque de sang » dans le centre de Santé de référence.
 - Plaidoyer auprès des partenaires pour appuyer les services de santé.
- Recruter du personnel qualifié et compétent.
- Assurer la formation continue du personnel sanitaire surtout les sages femmes
- Renforcer les capacités du laboratoire d'analyses

2.2 AU PRESTATEURS

- Référer les grossesses à risque vers les centres spécialisés.
- Offrir les Consultations Périnatales de qualité
- Renforcer l'éducation pour la santé sur l'importance des CPN régulières de qualité afin de détecter à temps les facteurs de risques et leur prise en charge adéquate, consultation gratuite.
- Recycler régulièrement le personnel médical relevant du centre, afin d'améliorer les qualités de prise en charge des parturientes et de leurs nouveau-nés
- Mettre accent particulier sur les séances de Communication pour le Changement de Comportement lors des CPNS
- Maintenir la collaboration interdisciplinaires (car la prise en charge est pluridisciplinaires)

2.3AUX PARTURIENTES

- Suivre régulièrement les CPN
- Respecter les conseils prodigués lors des séances de CCC
- Expliquer la gratuité de la Césarienne
- surveillance de la grossesse, bilans prénataux à revoir

VIII REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1. Lucas DN, Yentis SM, Kinsella SM et al. Urgency of caesarean section: a new classification.**JR Soc Med 2000; 93:346-50
- 2. BARRAT J :** histoire de la césarienne, son implication dans la conduite obstétricale actuelle Rev fr Gynécol Obstét 1988 ; 83 :225-30.
- 3. Engelmann p:** factors related to the increasing caesarean section rates for cephalopelvic .Am J obstet.Gynecol 1986 , 154 ,1095 -1098.
- 4. Enquête démographique et santé MALI II.** EDSM-II de 1995-1996. Page 181.
- 5. Racinet C, Favier M.** <<la césarienne :indication, technique, complication. Masson Paris 1984, 188 PP.
- 6.O'driscoll K ,Foely M.** correlation of decrease in prenatal mortality and increase in C-section rates, Am J.obstet .Gynecol 1983,61,1.
- 7 .CISSE B :** la césarienne, aspect clinique épidémiologique et prise en charge des complications post opératoire dans le service gynécologue obstétrique du centre de santé de la commune V Thèse de médecine : Bamako 2001 M 40
- 8. LAHMY DEDOUCH.O:** Morbidité maternelle associée au césariennes programmées et réalisée en urgence : Etude rétrospective entre Avril 2006 et Avril2007 dans le CHR de Versailles : Thèse pour diplôme d'état de docteur en médecine. P15.
- 9. COULIBALY M.B :** profil épidémiologique de l'enfant né par césarienne dans maternité du centre de santé de référence de la commune v du district de Bamako à propos de 200cas : Thèse méd. Bamako 2001 M 40
- 10. DIONE D :** étude comparative entre deux techniques de césarienne : césarienne classique et césarienne Misgav Ladach du centre de santé de référence du district de Bamako Thèse de médecine .Mali 2008 M 36

- 11. BUREAU C :** « Fait-on trop de césarienne ? » cellule de la planification et de statistique (PS), Ministère de la Santé, de Solidarité et des Personnes Agées. Enquête démographique et de Santé (EDS) MALI.
- 12. COULIBALY I :** La césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako de 1992 à 1996 (à propos de 3314 cas) thèse, Médecine Bamako, 1999, 78p85.
- 13. TEGUETE I :** Etude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du Point « G » de 1991-1993 (à propos d'une étude de cas témoin de 1544 cas, thèse Med BKO, 1996, 133p, N°17.
- 14. ZINZOUR D ET COLL :** « La césarienne. Etude rétrospective de 274 cas » Médecine, d'Afrique Noire ; 1986, 33 (3), 180-182.
- 15. Maillet R, Schaal J P .Sloukgi J C et AL :** comment réduire les taux de césarienne au CHU ? revue Fr gynécologique obstétrique 1991 ,86-294-300
- 16. GUINDO G :** Les impacts d'une étude des besoins obstétricaux non couverts dans le cercle de Koutiala de 1998 à 2001 [www .htp /uonn .net](http://uonn.net)
- 17. KONE B :** Analyse des déterminants à propos de 478 CAS COLLIG2S dans le service de gynécologie obstétrique médecine d' Afrique noir 2001 41 (11) 444
- 18. SISSOKO H :** complication non infectieuses post césarienne au csréf C V Thèse méd. Bamako (MALI) 2006 M 247
- 19. TOGORA M :** étude qualitative de la césarienne au csréf CV du district de Bamako 2004 M 44
- 20. TRAORE L :** césarienne pronostique materno-foetal au csréf de San .Thèse de médecine MALI 2008M-304
- 21. KOUYATE A.S :** « Les aspects démographiques et obstétricaux de complications infectieuses peste césariennes dans le service de gynécologie obstétrique de HGT », thèse, Med, BKO, 1995, 59p, N°42.

- 22 .Camara K.** Etude comparative césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique pronostic materno foetal **CSRéf CV** du district de Bamako .Thèse en Médecine Mali 2010.
- 23. THIERO M :** « Evacuation sanitaires d'urgence en obstétrique à l'H.G.T (à propos de 160 Cas » ; Thèse de Médecine ; 2005 Thèse Médecine
- 24. TREGUER J :** « 390 césariennes en 2 ans à la maternité de N'Djaména » Rev. Fr. Gynécol. Obstét, 1991, 86 : 294-300.
- 25. TRAORE D :** Etude des BONC dans la région de Koulikoro, Thèse Médecine, 2003 ; N°03 M41
- 26. TANGARA I :** La référence /évacuation dans le contexte de la gratuité de la césarienne thèse : Médecine Bamako 2008-45p, n 585
- 27. KONATE M :**étude des césariennes dans le service de gynécologie obstétrique sur une période de 5ans à l'Hôpital Gabriel Toure ;Thèse de Médecine ;2001,05-M-74 .
- 28. BAMBA M :** Etude critique des paramètres du partogramme dans le centre de santé de référence de la commune V à propos de 387, Thèse de médecine 1998 ,34p, N10.
- 29. DISSAL :** Etude épidémio-clinique des urgences obstétricales au centre de santé de référence de la commune V de 2002 à 2003 à propos de 1205 cas, Thèse Médecine Bamako 2005, N°05 M110
- 30. MERGER R, LEVY J, Melchior J**
Précis d'Obstétrique. Masson (Paris) 2008 (6e édition)
- 31. Albright GA, Fergusson JE, Joyce M, Stevenson DK.** Anesthesia in obstetrics: maternal, fetal and neonatal aspects. Second edition. New York: Ed. Butterworths 1986 : 325-63.

ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

Questionnaires

I. Identité

Q0= nom et prénom :

.....

Q1= Age /...../

Q2= Ethnie/...../1.Bambara,2.Peulh, 3.Bobo, 4.Bozo, 5.Dogon,
6.Touareg, 7.Malinké, 8.Sonrhai, 9.Minianka, 10.Autres

II. Statut Socio-économique

Q3=Adresse :

.....
.....

Q4= statut Matrimoniale //1.Marié(e) 2.Célibataire

Q5=Profession/...../1.Ménagère, 2.Aide ménagère,
3.Commerçante, 4.Elève, 5.Etudiante, 6.Aucune

Q6= Niveau d'instruction/...../1.Primaire, 2.Secondaire, 3.Supérieur,
4.Ecole coranique

Q7=vivez vous avec vos parents/...../1.oui, 2.non

III. Antécédents

A- antécédents obstétricaux

Q8=Ménarche/...../1= 11ans, 2=12ans, 3=13ans, 4 \geq 14ans

Q9= Gestité//1= 1, 2= 2, 3=3, 4 \geq 4

Q10= Parité/...../1=0, 2=1, 3=2, 4=3, 5 \geq 3

Q11=Nombre d'avortements/...../ 1=0 2=1 3=2 4 \geq 3

Q12=Type d'avortements/...../1=Spontané 2=provoqué

Q13=Si provoqué, précisez le mode :

.....

Q14= Nombre d'enfant vivant/...../1=0, 2=1, 3=2, 4=3, 5≥4

Q15= Nombre d'enfants décédés/...../1=0, 2=1, 3≥2,

B- Antécédents chirurgicaux :

Q16= Césarienne /..... /1=oui, 2=non

Q17=Si oui

précisez.....

Q18= GEU/...../1.oui, 2=non

Q19= Appendicite/...../1.oui, 2=non

Q20=Kyste ovarien/...../1.oui, 2=non

Q21= Fibromes utérins/...../1.oui, 2=non

C- Antécédents médicaux

Q22= HTA /...../1.oui, 2=non

Q23= Diabète/...../1.oui, 2=non

Q24= Drépanocytose/...../1=oui, 2=non

IV. Grossesse Actuelle

Q25= Date de dernière règle/..... /1=connue ; 2= inconnue

Q26=Age de la grossesse/...../1≤32SA , 2=32-37SA, 3≥37SA

Q27=Procréateur connu/...../1=oui, 2=non

Q28=Nombre de CPN réalisée/...../1=aucune, 2=1, 3=2, 4≥3

Q29=Auteur des CPN : /...../1=matrone, 2=infirmière, 3=sage femme, 4=interne, 5=Médecin

Q30=Prophylaxie antipaludique réalisée/...../1=oui, 2=non

Q31=Prophylaxie antitétanique réalisée/...../1=oui, 2=non

Q32=Prophylaxie antitétanique réalisée/...../1=oui, 2=non

Q33= Echographie réalisée /...../1=oui, 2=non

V. Interrogatoire

Q34 = Mode d'admission/...../1=Venue d'elle-même, 2=Auto référée, 3=Evacuée

Q35=Motif d'admission/...../1=Contraction utérine douloureuse, 2=Ecoulement liquidien, 3=Saignement, 4=Refus de poussée, 5=Accouchement dystocique, 6=HTA/Eclampsie, 7=Autres

VI. Examen à l'admission

A. Examen général

Q36=Etat général/...../1=Bon, 2=Altéré, 3=Coma, 4=Passable

Q37=Poids en kg/...../ 1≥50kg, 2≥51kg

Q38= Température en degré/...../ 1=Normal, 2=Hyperthermie, 3=Hypothermie

Q39= Tension artérielle/...../ 1=Normal, 2=Basse, 3=Elevée

B. Examen clinique

Q40=Perception des BCF du fœtus /...../1=oui, 2=non

Q41= Date et l'heure du début de travail/.....

Q42=Date et l'heure de l'écoulement liquidien/.....

Q43=Date et l'heure d'admission au CSCOM, au cabinet, ou à la clinique/.....

Q44= Traitement reçu avant l'admission au CSREF/.....

Q45=Œdème /...../1.oui, 2=non

Q46=aspect des conjonctives/...../1=Colorées 2=Moyen 3=Pâles

Q47=Examen cardio-pulmonaire /...../1=Normal 2=Anormal

C. Examen Obstétrical

- Q48=Terme de grossesse /...../ 1≤37SA 2≥37SA
- Q49=Hauteur uterine /...../ 1≤32cm 2≥
- Q50=Bruit du cœur fœtal/...../1≤120 2≥120 3=absent
- Q51=Phase du travail d accouchement/...../1=Phase active 2=Phase de latence
- Q52=Poche des eaux /...../ 1=Intacte 2=Rompue
- Q53=Si rompue la couleur du liquide /...../1=Claire 2=Teinté 3=Sanglant
- Q54=Bassin/...../1=Normal 2=Limite 3=Rétrécie 4=Asymétrique
- Q55=Présentation/...../1=Céphalique 2=Siège 3=Transversale 4=Epaule 5=Face
- Q56=Orientation/...../1=OIGA 2=OIDA 3=OIGP 4=OIDP 5=SIGA 6=SIDA 7=SIGP 8=SIDP
- Q57=Engagement/...../ 1=Engagé 2=Non engagé
- Q58=Voie d accouchement/...../1=Voie basse 2=Césarienne
- Q59=Si césarienne indication.....
- 1=Dystocie mécanique 2=Dystocie dynamique 3=Présentation vicieuse
4=HTA et complication 5=Echec de l'épreuve du travail 6= Utérus multi cicatriciel

VII. Pronostic maternel

A. Déroulement de la césarienne

- Q60= Délai de la prise de décision/...../ 1=30-40min, 2=40-60min, 3≥60min
- Q61=Délai d'incision
.....
- Q62=Délai
d'extraction.....
- Q63=Durée d'intervention.....

B. Complications après la césarienne

Q64=Etat de la mère/...../ 1=bonne 2=mauvaise 3=référée

Q65=Si référée, préciser le
contexte.....

VIII. Etat du nouveau-né

Q66=Nombre d'enfant/...../1=1 2=2

Q67=Score d'Apgar a la 1^{ère} minute/...../1 \leq 7 2 \geq 7 3=0

Q68=Score d'Apgar a la 5^{ème} minute/...../ 1 \leq 7 2 \geq 7 3=0

Q69=Statut du nouveau-né/...../1=Prématuré, 2=Hypotrophie, 3=Terme

Q70=Taille du nouveau-né/...../1 \leq 47cm, 2 \geq 47cm

Q71=Poids du nouveau-né/...../1 $<$ 2000g, 2=2000-2500g, 3 \geq 4000g

Q72=Sexe du nouveau-né/...../ 1=Masculin, 2=Féminin

Q73=Etat du nouveau-né à la sortie/...../1=Bon, 2=Référé, =Décédé

Q74= Si référé, préciser la
cause.....

Q75=Si décédé, préciser la
cause.....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : SIDIBE

Prénom : Lamine Bourahima

Titre de la thèse : les aspects clinique, épidémiologique et thérapeutique de la césarienne d'urgence au centre de sante de référence de la commune IV du District de Bamako.

Année Universitaire : 2016 – 2017

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine et Odontostomatologie (FMOS)

Secteur d'intérêt : Santé Publique

RESUME

L'objectif de l'étude a été d'étudier les aspects clinique, épidémiologique et thérapeutique de la césarienne d'urgence au centre de sante de référence de la commune IV du District de Bamako.

Nous avons mené une étude descriptive portant sur l'analyse transversale prospective des dossiers obstétricaux des parturientes ayant été admises à la maternité du CSRef CIV pendant une année (01 mars 2015 au 28 février 2016).

La fréquence de la césarienne en urgence a été de 14,31%.

La tranche d'âge 25 – 34 ans a représenté 51% avec l'âge moyen de 28 ans.

Les ménagères ont représenté 67,8%. Les parturientes étaient suivies au cours de la grossesse dans 78% des cas.

L'essentiel des indications de la césarienne était la Souffrance fœtale aigue avec 23,2% et la dystocie mécanique dans 37%.

L'anesthésie la plus utilisée au cours de la césarienne était l'anesthésie générale dans 68,85%.

Le Pronostic maternel et fœtal était satisfaisant.

Mots clés : Césariennes d'urgence, Pronostic

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JE LE JURE !