



Article Original

Pronostic Materno-Fœtal de la Césarienne Prophylactique Versus Césarienne d'Urgence au Centre de Sante de Référence de la Commune V du District de Bamako

Maternal - fetal prognosis of the emergency caesarean section versus prophylactic caesarean section at the reference health center of Commune V in the district of Bamako

Sylla Cheickna^{*2}, Traoré Soumano Oumar¹, Traoré Alassane³, Samaké Alou⁴, Doumbia Saleck¹, Saoudatou Tall², Tamboura Belco¹, Tegueté Ibrahim², Traoré Youssouf², Mounkoro Niani², Traore Mamadou¹, Dolo Amadou Ingré²

RÉSUMÉ

¹. Département de gynécologie et d'obstétrique, Centre de santé de référence de la commune V, Bamako, Mali.

². Département de gynécologie et d'obstétrique, Hôpital universitaire Gabriel Touré, Bamako, Mali.

³. Hôpital du Mali.

⁴. Département de gynécologie et d'obstétrique, Centre de santé de référence de la Commune VI, Bamako, Mali.

* **Auteur correspondant :**

Dr SYLLA Cheickna

Gynécologue obstétricien

Téléphone : (+223)75191323

E-mail : scheickylla@yahoo.fr

Mots-clés : Césarienne, Fréquence, Evacuation, Pronostic materno-fœtal.

Keywords: Caesarean, Frequency, Evacuation, Maternal-Fetal Prognosis.

Objectifs. Le but était d'évaluer les facteurs de risque de la césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique. **Matériels et méthodes.** Il s'agissait d'une étude descriptive transversale analytique de type Cas/Témoins au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako au Mali. L'échantillon était constitué de 100 cas pour 200 témoins avec une collecte rétrospective des données sur la période allant du 1er janvier au 11 juillet 2011. **Résultats.** Sur un total de 3559 accouchements, nous avons enregistré 2794 accouchements par voie basse (78,50%) et 765 césariennes. Parmi ces césariennes, nous avons réalisé 353 césariennes en urgence (46,15%) et 412 césariennes prophylactiques (53,85%). L'âge moyen des patientes était de 27,41 ans \pm 5,84 ans, avec des âges extrêmes de 14 à 40 ans. Cent pour cent de nos patientes (Cas) avaient réalisé au moins une consultation prénatale contre 83,5% des parturientes évacuées (Témoins). Les motifs d'évacuation les plus fréquemment évoqués ont été la souffrance fœtale aigue, la présentation non céphalique et la hauteur utérine excessive avec respectivement 30%, 17,5% et 12%. Les indications de césarienne étaient dominées par les dystocias avec 90% chez les Cas contre 65% chez les Témoins, suivies par la souffrance fœtale aigue avec 30% chez les Témoins. Nous avons enregistré 30% de décès périnatal chez les Témoins contre 1% chez les Cas. Nous avons enregistré 16 ruptures utérines chez les Témoins parmi lesquelles 2 hystérectomies et 14 hystérorraphies. **Conclusion.** La césarienne prophylactique permet d'améliorer le pronostic maternel et périnatal plus que la césarienne d'urgence.

ABSTRACT

Objectives. The goal was to assess the risk factors for emergency cesarean section versus prophylactic caesarean section. **Materials and methods.** This was a case / control type analytical cross-sectional descriptive study at the Reference Health Centre of Commune V of the District of Bamako in Mali. The sample consisted of 100 cases for 200 controls with retrospective collection of data for the period from January 1 to July 11, 2011. **Results.** Out of a total of 3559 deliveries, we recorded 2794 vaginal deliveries (78.50%) and 765 caesarean sections. Of the caesarean, we performed 353 emergency caesarean sections or 46.15% and 412 prophylactic caesarean sections 53.85%. The average age of the patients was 27.41 years \pm 5.84 years with extreme ages of 14 to 40 years. 100% of our patients (Case) had performed at least one antenatal consultation compared to 83.5% of the parturients evacuated (control). The most frequently cited reasons for evacuation were acute fetal suffering, non-cephalic presentation and excessive uterine height with 30%, 17.5% and 12% respectively. The indications of the caesarean section were dominated by dystocias with 90% in cases compared to 65% in controls, followed by acute fetal suffering with 30% in Controls. We recorded 30% perinatal deaths among controls compared to 1% in Cases. We recorded 16 uterine ruptures in the Witnesses among which 2 hysterectomies and 14 hysterorrhaphies. **Conclusion.** Prophylactic caesarean section improves maternal and perinatal prognosis more than emergency caesarean section.

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement ont depuis l'origine des temps fait courir à la femme un risque mortel, déclarait Rivière en 1959 [1]. Cette assertion reste encore d'actualité.

Ce risque qui hante chaque obstétricien explique les recherches continues afin de réaliser les meilleures voies pour une issue favorable de la grossesse et de l'accouchement.

Au Mali, l'estimation directe du taux de mortalité maternelle pour la période 1989-1996 était de 577 décès maternels pour 100000 naissances vivantes [2]. Ce taux reste encore trop élevé malgré tous les efforts actuels importants visant à réduire ce taux qui n'a pratiquement pas changé. En 2001, ce taux était estimé à 582 décès maternels pour 100000 naissances vivantes [3]. En 2012, le taux de mortalité maternelle était de 368 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS5 Mali 2012). La société malienne continue de payer un lourd tribut à la mauvaise prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. A côté des hémorragies qui représentent 25%, des infections (15%), la pré éclampsie et l'éclampsie (13%), des avortements (13%), la dystocie occupe une place non négligeable avec 7% des causes obstétricales directes [4]. Dès 1986, avec l'initiative « pour une maternité à moindre risque », l'organisation mondiale de la santé (OMS) préconisait que la surveillance de l'accouchement et la détection précoce des dystocies soient retenues comme l'une des approches les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle [5]. La proposition d'utiliser la césarienne pour améliorer de façon continue la qualité des soins obstétricaux répond à ces priorités.

Qu'elle soit programmée ou faite en urgence, la césarienne est aujourd'hui une technique d'accouchement très pratiquée et bien maîtrisée. Cependant, il n'y a pas lieu de minimiser les risques et malaises engendrés par cette intervention chirurgicale tant redoutée par les femmes enceintes. Cependant la césarienne d'urgence présente plus de risque à cause du manque de préparation de la parturiente et de l'urgence chirurgicale. 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 d'avoir une mère en bonne santé [6]. Camara K. [7] en 2010, dans le même centre avait trouvé 614 césariennes dont 217 césariennes en urgence, soit 35,35 % et 397 césariennes prophylactiques soit 64,65%.

De nos jours des parturientes, devant normalement bénéficier de la césarienne prophylactique, sont encore retenues dans les salles de travail où elles sont soumises à de rudes épreuves de travail d'accouchement par du personnel non qualifié, ce qui entraîne un mauvais pronostic maternel fœtal et ou néonatal. Fort de ce constat, nous avons décidé d'initier ce travail pour apprécier de façon objective l'ampleur du problème en termes de pronostic maternel et fœtal.

Le pronostic materno-fœtal de la césarienne d'urgence est-il plus à risque que la césarienne prophylactique ?

POPULATION ET MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique, de type Cas/Témoins (1 Cas pour 2 Témoins), avec appariement des âges et des parités et collecte rétrospective des données sur une période allant du 1er janvier au 11 juillet 2011(soit 6 mois et 11 jours). Le recrutement s'est effectué dans le service de gynéco-obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako, Mali.

La population d'étude

Toutes les patientes ayant accouché et accepté l'étude avec un consentement éclairé au cours de la période d'étude ont été recrutées.

L'échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage non exhaustif portant sur tous les cas de césariennes.

La technique d'échantillonnage

Les cas et les témoins ont été choisis par cas appariement. Les critères d'appariement étaient l'âge et la parité.

La taille de l'échantillon

Notre étude portait sur 100 Cas de césariennes prophylactiques et 200 Témoins de césariennes d'urgence (300 patientes).

Les critères d'inclusion

-Cas : a été incluse dans notre étude, toute patiente ayant bénéficié d'une césarienne prophylactique.

-Témoins : Toute patiente évacuée au centre de santé de référence de la commune V chez qui l'examen d'entrée a conclu à un travail d'accouchement avec dilatation cervicale ≥ 4 cm et chez qui il a été procédé à une césarienne d'urgence.

Les critères de non inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude toutes les patientes césarisées dans le service et ne répondant pas à nos critères d'inclusion.

La collecte et le support des données

Les informations suivantes ont été collectées sur les documents suivants : registre d'accouchements ; registre de césariennes ; dossiers obstétricaux ; registre de références/évacuations ; registre de comptes rendus opératoires ; registre de transferts de nouveau-nés ; registre de décès périnataux ; registre de décès maternels ; registre d'anesthésie.

Les variables étudiées

Il s'agissait de l'âge, la profession, le statut matrimonial, les antécédents médicaux et chirurgicaux, la notion de consultation prénatale, les indications de césarienne, la nature de l'intervention, le pronostic materno-fœtal.

Les limites de l'étude

Certaines césariennes programmées rentrent en travail d'accouchement avant la date programmée et accouchent par voie basse ou elles sont prises en césarienne d'urgence. Certaines césariennes d'urgence accouchent au bloc. L'état des nouveau-nés est-il influencé par ces accouchements ?

L'analyse des données

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel Epi-Info version 6.04 conformément à la formule applicable à l'étude cas/témoins. Le test statistique utilisé était l'Odds ratio (OR) pour étudier les associations entre les variables. La probabilité (p) a été déterminée avec un risque alpha de 5%. Un OR < 1 était associé à une protection contre le phénomène étudié alors qu'un OR ≥ 2 était plutôt synonyme d'une aggravation du phénomène étudié.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude, sur un total de 3559 accouchements, nous avons enregistré 2794 accouchements par voie basse soit 78,50% et 765 césariennes soit 21,50%. Parmi les 765 césariennes, nous avons réalisé 353 césariennes en urgence, soit 46,15% et 412 césariennes prophylactiques (53,85%). Nous avons retenu 100 dossiers de césariennes prophylactiques et 200 dossiers de césariennes en urgence.

Aspects épidémiologiques

La tranche d'âge 20-34 ans a été la plus représentée (73%) avec un âge moyen dans les deux groupes qui était de 27,41 ans ± 5,84 ans.

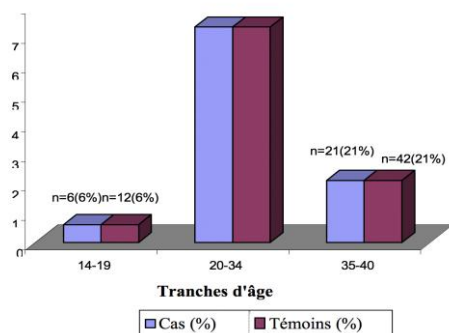


Figure 1 : Répartition des patientes césarisées selon l'âge

Le statut matrimonial

Dans notre étude, 97% des Cas étaient mariés contre 89% des Témoins.

Profession

Les ménagères représentaient 52% pour les Cas et 73% pour les Témoins.

La résidence

La plupart des femmes de notre étude résidait en commune V du district de Bamako dont 66% pour les Cas et 68,5% pour les Témoins.

Tableau 1 : Répartition des patientes césarisées selon les aspects épidémiologiques

| | Cas (%) | Témoins (%) | P | OR | IC |
|---------------------------|---------|-------------|--------|-------|--------------|
| Statut matrimonial | | | | | |
| Mariées | 97 | 89 | 0,018 | 4,00 | [1,15-21,30] |
| Célibataires | 3 | 11 | | | |
| Profession | | | | | |
| Ménagère | 52 | 73 | 0,0002 | 0,40 | [0,24-0,68] |
| Fonctionnaire | 25 | 2,5 | 10-7 | 13,00 | [4,62-44,68] |
| Élève/étudiante | 9 | 14,5 | 0,176 | 0,58 | [0,23-1,34] |
| Commerçante | 8 | 7,5 | 0,928 | 1,018 | [0,36-2,64] |
| | 6 | 2,5 | 0,128 | 2,49 | [0,61-10,56] |
| Résidence | | | | | |
| Commune V | 66 | 68,5 | 0,662 | 0,89 | [0,52-1,54] |
| Autres communes | 34 | 31,5 | | | |

Aspects cliniques

Les antécédents médico-chirurgicaux et le suivi de la grossesse

Les pathologies maternelles (HTA, Diabète, Drépanocytose) : ont été retrouvés chez 6% des Cas et 4,5% des Témoins.

Les antécédents chirurgicaux : L'antécédent de césarienne a été retrouvé chez 71% des Cas et chez 34% des Témoins.

Les indications de la césarienne antérieure : La dystocie a dominé avec une fréquence de 73,2% pour les Cas contre 44,2% pour les Témoins. La souffrance fœtale aigüe a été la deuxième indication retrouvée avec un taux de 25,4% pour les Cas et 52,9% pour les Témoins.

L'intervalle inter gésénique : Un intervalle supérieur à 2 ans a été le plus retrouvé avec 83% pour les Cas et 86,5% pour les Témoins.

Consultation prénatale : Tous les Cas (100%) ont effectué au moins une consultation prénatale contre 83,5% des Témoins.

Tableau 2 : Répartition des patientes césarisées selon les antécédents médico-chirurgicaux et le suivi de la grossesse

| Indication de césarienne antérieure | Cas (%) | Témoins (%) | P | OR | IC |
|--|---------|-------------|----------|------|-------------|
| Dystocie | 73,2 | 44,2 | 0,0036 | 3,47 | [1,35-8,92] |
| Triplet | 1,4 | 0 | - | - | |
| SFA | 25,4 | 52,9 | 0,0053 | 0,30 | [0,12-0,78] |
| Hémorragie | 0 | 2,9 | | - | |
| Intervalle inter gésénique | | | | | |
| < 2 | 17 | 17 | | | |
| > 2 | 83 | 83 | | | |
| Consultation prénatale | | | | | |
| Oui | 100 | 83,5 | 0,000016 | | |
| Non | 0 | 16,5 | | | |
| Qualification de l'auteur des CPN | | | | | |
| Personnel qualifié | 100 | 70 | 10-7 | | |
| Personnel non qualifié | 0 | 13,5 | 0,0001 | 0,00 | [00-0,26] |
| Aucune | 0 | 16,5 | - | | |

La nature de l'intervention

Nous avons enregistré 16 ruptures utérines chez les Témoins (parturientes évacuées) ; parmi les 16 ruptures utérines, 14 avaient bénéficié d'hystérorraphie et 2 d'hystérectomie. Aucune de ces complications n'a été retrouvée chez les Cas (césarienne prophylactique).

Les indications des césariennes

La dystocie osseuse a été l'indication maternelle principale de césarienne avec 90% de nos indications de césariennes chez les Cas contre 60% chez les Témoins. La souffrance fœtale aiguë a été l'indication fœtale principale de la césarienne avec une fréquence de 30% chez les Témoins. Les utérus cicatriciels ont été retrouvés chez 10% des Cas et les pré éclampsies chez 5% des Témoins.

Tableau 3 : Répartition des patientes césarisées selon la nature de l'intervention et les indications des césariennes

| | Cas (%) | Témoins (%) | P | OR |
|------------------------------------|---------|-------------|--------|-------|
| Nature de l'intervention | | | | |
| Césarienne simple | 100 | 92 | 0,0036 | |
| Hystérorraphies / Hystérectomies | 0 | 8 | | |
| Indications des césariennes | | | | |
| Dystocie osseuse | 90 | 65 | 10-7 | 17,41 |
| Souffrance fœtale aiguë | 0 | 30 | 10-7 | 0,00 |
| Pré éclampsies | 0 | 5 | 10-7 | 0,00 |
| Utérus cicatriciel | 10 | 0 | - | |

Pronostic materno-fœtal et néonatale précoce

Le pronostic maternel

Les complications post opératoires : les complications hémorragiques/ anémies étaient les plus représentées, suivies des complications infectieuses avec respectivement 15,5% et 12,5% chez les Témoins.

Nous n'avons pas enregistré de décès maternel dans les deux groupes : Cas et Témoins.

Le pronostic fœtal

- **la mortalité et morbidité :** 72,5% des nouveau-nés des Témoins étaient en état de morbidité grave ou des morts nés (score d'Apgar entre 0-7) et 27,5% avaient un bon Apgar compris entre 8-10 à la 1^{ère} minute contrairement aux Cas. Les 100% avaient un Apgar entre 8-10 à la 1^{ère} minute.

- **le décès néonatal :** nous avons enregistré 30% de décès périnataux chez les Témoins contre 1% chez les Cas.

Tableau 4 : Pronostic materno-fœtal et néonatal précoce des patientes césarisées

| Pronostic maternel | Cas (%) | Témoins (%) | P | OR | IC |
|-------------------------------|---------|-------------|--------|------|-------------|
| Hémorragie obstétricale | 0 | | 10-7 | 0,02 | [0,00-0,14] |
| Hystérectomie | 0 | 1 | | | |
| Décès | 0 | 0 | | | |
| Score d'Apgar | | | | | |
| 0-7 (mort-né, morbidité) | 0 | 21,5 | 10-7 | 0,00 | [0,00-0,02] |
| 8-10 (vivant, bon Apgar) | 100 | 51 | | | |
| Décès néonatal précoce | | | | | |
| Oui | 1 | 10,8 | 0,0026 | 0,08 | [0,00-0,55] |
| Non | 99 | 89,2 | | | |

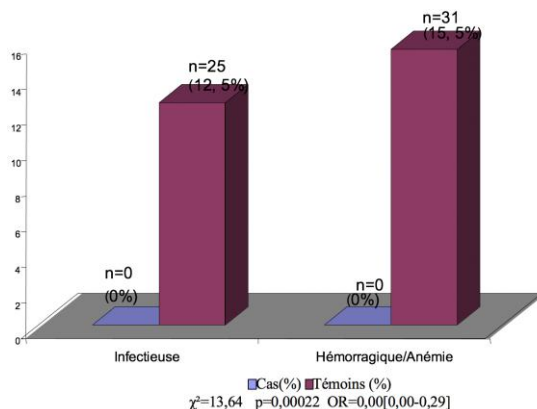


Figure 2 : Répartition des patientes césarisées selon les complications maternelles post opératoires

La durée d'hospitalisation

Tous les Cas (100%) avaient une durée d'hospitalisation inférieure ou égale à trois jours contre 46% des Témoins. 54% des Témoins avaient une durée d'hospitalisations supérieure à 3 jours. La durée moyenne d'hospitalisation des Cas était de 2,01 jours \pm 0,1 avec des extrêmes de 2 et 3 jours. La durée moyenne d'hospitalisation des Témoins était de 4,9 jours \pm 3,1 avec des extrêmes de 2 et 20 jours.

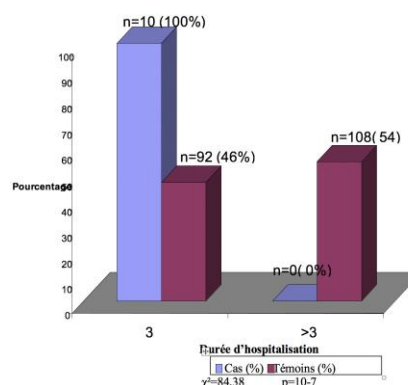


Figure 3 : Répartition selon la durée d'hospitalisation des patientes césarisées

DISCUSSION

Dans la littérature, Camara K. [7] en 2010 dans le même centre avait trouvé 614 césariennes dont 217 césariennes en urgence soit 35,35 % et 397 césariennes prophylactiques soit 64,65%. Notre étude rapporte durant la période d'étude, sur un total de 3559 accouchements, nous avons enregistré 2794 accouchements par voie basse soit 78,50% et 765 césariennes soit 21,50%. Parmi les 765 césariennes, nous avons réalisé 353 césariennes en urgence soit 46,15% et 412 césariennes prophylactiques 53,85%. Nous avons retenu 100 dossiers de césariennes prophylactiques et 200 dossiers de césariennes en urgence.

D'autres études réalisées par Coulibaly I. [8] et Togora M. [9] au centre de santé de référence de la commune V avaient trouvé respectivement 12,17% et 12,88%.

Tégueté I. [10] rapportait en 1993 une fréquence de 24,05% dans une étude réalisée au CHU Gabriel Touré

de 1991 à 1993. Selon la direction nationale de la santé du Mali en 2005 [11] sur le plan national, les accouchements par césariennes occupent un taux de 0,9%.

Aspects épidémiologiques

L'âge

La tranche d'âge 20-34 ans a été la plus représentée soit 73% avec un âge moyen de 27,41 ans. Les mêmes tendances ont été rapportées par d'autres auteurs pour la même tranche d'âge : 71% pour Sissoko H. [12] ; 61,17% pour Cissé B. [13] et 51% pour Camara K. [7]. Il s'agit de l'âge optimal de fécondité en Afrique au sud du Sahara.

Le statut matrimonial

Dans notre étude, 97% des Cas étaient mariés contre 89% des Témoins, avec une différence statistiquement significative avec $p=0,018$; $OR=4,00[1,1521,30]$. Tégueté I. [10] et Cissé B. [13] avaient trouvé respectivement 91,58% et 90,7% de mariées. Les femmes mariées ont plus accès aux soins prénatals.

La profession

Les occupations professionnelles des patientes peuvent constituer une entrave à l'accès aux soins. Ainsi, certains ordres professionnels sont très exposés. Les ménagères représentaient 52% pour les Cas et 73% pour les Témoins avec $p=0,0002$; $OR = 0,40 [0,24-0,68]$. Les mêmes tendances ont été rapportées par Konaté M. [14] en 2001 avec 53,6% par Tégueté I. [10] en 1993 avec 86,01%. Les fonctionnaires avaient plus accès à la césarienne prophylactique avec une différence statistiquement significative avec $P<10^{-7}$; $OR = 13 [4,62-44,68]$.

Les aspects cliniques :

Les antécédents médico-chirurgicaux et le suivi de la grossesse

Les antécédents médicaux (HTA, Diabète, Drépanocytose) : dans notre étude, la pathologie maternelle a été retrouvée chez 6% des Cas et 4,5% des Témoins avec $p=0,574$, $OR= 1,35 [0,38-4,40]$.

Les antécédents chirurgicaux : les antécédents de césarienne ont été retrouvés chez 71% des Cas et chez 34% des Témoins avec une différence statistiquement significative ($p=10^{-7}$ $OR=11,95[6,53-21,98]$).

Les indications de la césarienne antérieure

La dystocie a prédominé avec une fréquence de 73,2% pour les Cas contre 44,2% pour les Témoins avec une différence statistiquement significative ($p= 0,0036$ $OR =3,47[1,35-8,92]$). La souffrance fœtale aigüe a été la deuxième indication retrouvée avec $p= 0,0053$, $OR =0,30[0,12-0,78]$.

L'intervalle inter gènesique

L'intervalle inter gènesique supérieur à 2 ans a été le plus représenté avec 83% pour les Cas et 86,5% pour les Témoins et la différence n'est pas statistiquement significative ($p= 0,419$, $OR = 1,31[0,63-2,66]$).

La consultation prénatale

100% des Cas ont effectué au moins une consultation prénatale contre 83,5% des Témoins avec une différence statistiquement significative $p=0,000016$.

Auteurs de la consultation prénatale

100% des Cas étaient suivis par du personnel qualifié contre 70% pour les Témoins avec une différence statistiquement significative avec $p=10^{-7}$. 13,5% des Témoins étaient suivies par du personnel non qualifié. Camara K. [7] avait trouvé 13% suivies par un personnel non qualifié. 16,5% des Témoins n'avaient effectuées aucune consultation prénatale.

La résidence des femmes

La plupart des femmes de notre étude résidait en commune V du district de Bamako ; 66% pour les Cas et 68,5% pour les Témoins. Certains auteurs ont rapporté les résultats suivants : Sissoko H. [12] ; 71,1% pour les Cas et Camara K. [7] 78% pour les Cas 86,5% pour les Témoins. Mais 34% des Cas et 31,5% des Témoins résidaient en dehors de la commune V, Sissoko H. [12] avait trouvé 17,8%. Cela s'explique par le fait que le centre de santé de référence de la commune V reçoit beaucoup des cas des références et évacuations. Il n'y a pas de différence statistiquement significative $p=0,662$; $OR =0,89[0,52-1,54]$.

La nature de l'intervention et les indications des césariennes

La nature de l'intervention

Nous avons enregistré 16 ruptures utérines chez les Témoins (parturientes évacuées) ; parmi les 16 ruptures utérines 14 ont bénéficié d'hystérorraphie et 2 ont bénéficié d'hystérectomie. Aucune de ses complications n'a été retrouvée chez les Cas (césarienne prophylactique).

Les indications des césariennes

Dans notre étude plusieurs indications de césariennes ont été notées, elles sont soit maternelles ou fœtales. Grâce à l'évolution des indications de la césarienne, au monitoring (pendant la grossesse et le travail) et à l'amélioration des conditions opératoires. Le taux d'accouchements par voie haute devient de plus en plus élevé. L'obstétricien dans le souci de faire naître « un enfant » dans les meilleures conditions possibles tout en garantissant la vie de la mère a rendu beaucoup plus large les indications de la césarienne [6]. Les indications les plus fréquentes ont été :

- La dystocie osseuse : elle a été l'indication principale de césarienne dans notre série avec 90% de nos indications de césariennes chez les Cas contre 60% chez les Témoins : la différence est statistiquement significative $p=10^{-7}$; $OR=17,41[5,42-88,44]$. Différents résultats ont été rapportés par : Togora M. [9] avait retrouvé 50% et Tégueté I. [10] 32%. Elle est une entité nosologique constituant une entrave à la progression du mobile fœtal dans la filière pelvienne.

- La souffrance fœtale aigüe : Elle a été l'indication fœtale principale de la césarienne dans notre série avec une fréquence de 30% chez les Témoins avec une différence statistique significative ($p=10^{-7}$ $OR= 0,00[0,00-0,09]$). Des études similaires ont été réalisées par d'autres auteurs comme : Togora M. [9] : 41,8% des

cas de souffrance fœtale aigue. Cissé B. [13] : 18%. Tégueté I. [10] 10,4%. Notre taux se justifie par le retard dans l'évacuation des parturientes et particulièrement à l'insuffisance de personnel qualifié dans les centres de santé communautaires. Tout facteur pouvant retarder l'évacuation des parturientes met en jeu le pronostic materno-fœtal.

- Les utérus cicatriciels ont été retrouvés chez 10% des Cas.

- Les pré éclampsies chez 5% des Témoins ($p=10^{-7}$ OR=0,00 [0,00-0,07]). Le mauvais suivi des grossesses à risque par les agents non qualifiés fait que ces femmes qui devaient bénéficier de césariennes normalement prophylactiques viennent en travail.

Pronostic materno-fœtal:

Mortalité et Morbidité fœtales

En ce qui concerne la morbi-mortalité, 72,5% des nouveau-nés des Témoins étaient en état de morbidité grave ou des morts nés (score d'Apgar entre 0-7) et 27,5% avaient un bon Apgar compris entre 8-10 à la 1^{ère} minute contrairement aux Cas, les 100% avaient un Apgar entre 8-10 à la 1^{ère} minute avec $p=10^{-7}$; OR=0,00 [0,00-0,02]. Dans notre étude, nous avons enregistré 30% de décès périnataux chez les Témoins contre 1% chez les Cas avec $p=10^{-7}$; OR =0,02[0,00-0,14]. D'autres auteurs ont rapporté les fréquences suivantes : Tégueté I [10]. 24,6% ; Traoré L [15]. 21,1%. Ce taux élevé de décès périnatal chez les Témoins (parturientes évacuées) nous permet de dire que le pronostic fœtal des Témoins est beaucoup plus mauvais par rapport aux Cas (césarienne prophylactique), avec $p=10^{-7}$ OR =0,02[0,00-0,14].

Pronostic maternel

Au cours de notre étude, nous avons enregistré 16 ruptures utérines chez les Témoins (parturientes évacuées) ; parmi les 16 ruptures utérines 14 avaient bénéficié d'hystérorraphie et 2 d'hystérectomie. Aucune de ses complications n'a été retrouvée chez les Cas (césarienne prophylactique) avec $p=0,0036$. Camara K. [7] avait trouvé dans son étude 3 cas de ruptures utérines (2 hystérorraphies et 1 cas hystérectomie).

Les complications post opératoires

Les complications hémorragiques/ anémies étaient les plus représentées, suivies des complications infectieuses avec respectivement 15,5% et 12,5% chez les Témoins. Khlass K. [16] et Derbal S. [17] avaient trouvé respectivement 26,3% et 20,8% de complications infectieuses. Zarouk [18] en Tunisie, Koné et Al. [19] au Mali ont obtenu les taux les plus élevés d'anémie avec respectivement 40,5%, et 19,7%. Nous n'avons pas retrouvé de complication chez les Cas : $p=0,00022$ OR =0,00[0,00-0,029]. Ceci pourrait être lié au fait que les femmes sont longtemps retenues dans les Cou à domicile avant d'être reçues en milieu chirurgical avec parfois des complications.

La durée d'hospitalisation

Tous les Cas avaient une durée d'hospitalisation inférieure ou égale à trois jours contre 46% des Témoins avec une différence statistiquement significative $p=10^{-7}$. 54% des Témoins avaient une durée d'hospitalisation supérieure à 3 jours. La durée moyenne d'hospitalisation

chez les Cas était de 2,01 jours $\pm 0,1$ avec des extrêmes de 2 et 3 jours. La durée moyenne d'hospitalisation chez les Témoins était de 4,9 jours $\pm 3,1$ avec des extrêmes de 2 et 20 jours. Tegueté I. [10] et Cissé B. [13] ont rapporté respectivement 9,3 jours et 8 jours. Nous n'avons pas enregistré de décès maternel.

CONCLUSION

La césarienne prophylactique est une intervention chirurgicale qui permet d'améliorer le pronostic maternel et périnatal contrairement à la césarienne faite en urgence.

CONFLITS D'INTERETS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt dans ce travail.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Tous les auteurs ont participé à la rédaction du manuscrit. Ils approuvent tous la version finale du manuscrit.

RÉFÉRENCES

1. Quenum G., Memadji M., Konan B R., Nigue L., Wellfens-Ekrac. (2001) Césarienne de qualité : analyse des facteurs et des déterminants au CHU de Yopougon. Revue internationale de sciences médicales Vol. 3. 02. PP. 109-115. Presses Universitaires de Côte d'Ivoire (PUCI).
2. Engelman P. (1986) Factors related to the increasing caesarean section rates for cephalopelvic disproportion. Am J obstet. Gynecol, 154, 1095-1098.
3. Enquête démographique et santé MALI II. (1996) EDMS-II de 1995-1996. Page 181.
4. Racinet C., Favier M. (1984) « la césarienne : indications, techniques, complications ». Masson Paris, 185 PP.
5. O'driscol K., Foely M. (1983) Correlation of decrease in prenatal mortality and increase in C-section rates, Am. J. obstet. Gynecol, 61, 1.
6. Dioné D. (2008) Étude comparative entre deux techniques de césariennes : Césarienne Classique et Césarienne Misgav Ladach au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse de Médecine. Mali.
7. Camara K. (2010) Césarienne d'urgence versus césarienne prophylactique : pronostic materno-fœtal étude cas/témoins au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako, Mali. Thèse de Médecine, n° 367, p89.
8. Coulibaly I. (1999) 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 ; 78p85.
9. Togora M. (2004) « étude qualitative de la césarienne au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako de 2000-2002 (à propos de 2883 cas). Thèse Méd ; Bamako (Mali) 2004 M. 44.
10. Tegueté I. (1996) Étude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point « G » de 1991 à 1993. À propos d'une étude de cas témoins de 1544 cas. Thèse med, Bamako, N° 17, 133P.

11. Direction Nationale de la Santé, cellule sante de la reproduction, département de césarienne. (2006) Donnée statistique de l'évolution de césarienne.
12. Sissoko H. (2006) Complications non infectieuses post-césariennes immédiates au centre de santé de référence de la commune V du District de Bamako. Thèse de Médecine Bamako Mali, M-247.
13. Cissé B. (2001) La césarienne : aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge des complications post opératoires dans le service de gynécologique obstétrique du centre de santé de référence de la commune V. Thèse de Médecine : Bamako Mali, M.
14. Konate M. (2001) L'étude des césariennes dans le service de gynécologie obstétrique sur une période de 5 ans à l'hôpital Gabriel Touré ; Thèse de médecine ; 05-M-74.
15. Traoré L. (2008) La césarienne : pronostic materno-fœtal au centre de santé de référence de San. Thèse de Médecine, Mali, M-304.
16. Khlass k. (1989) Etude analytique des indications de la césarienne et pronostic materno-fœtal à propos de 277cas de césariennes pratiquées a la maternité du nouveau CHU Habib Thameur (du 4 avril 1987 au 31 janvier 1989).thèse de médecine Tunis.
17. Derbal S. (1991) Complications materno-fœtales per et post opératoire précoces des opérations césariennes. À propos de 1045 cas. Thèse de médecine, 1991, n °128, Tunis.
18. Zarouk S. Les complications de la césarienne à propos de 1470 cas. Thèse médecine 1996, n° 49, Tunis.
19. Koné AI. (2005) Facteurs de risque des complications maternelles post césarienne à l'HGT. Thèse médecine : Bamako, 2005-94p-224.