

*Article original***La césarienne prophylactique à l'hôpital du Mali à propos de 200 cas**

Prophylactic cesarean section at Mali hospital about 200 cases

MB Coulibaly*¹, MA Camara², A Traore¹, B Kane³, A Sangare¹, K Tembine⁴, I Teguede⁵, Y Traore⁵**Résumé**

Introduction : La césarienne est l'intervention chirurgicale la plus pratiquée en gynéco-obstétrique. Son but est de réduire la mortalité maternelle et néonatale. Les césariennes sont pratiquées à l'Hôpital du Mali, essentiellement à but prophylactique en absence de l'absence de service d'Obstétrique. Son objectif était d'étudier la césarienne prophylactique dans le service de Gynécologie de l'hôpital du Mali.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude descriptive : rétrospective du 01 janvier 2015 au 30 novembre 2017 et prospective du 01 décembre 2018 au 31 Mai 2019. Etaient incluses toutes les gestantes ayant subi une césarienne prophylactique dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali.

Résultats : Nous avons colligés 200 gestantes, La tranche d'âge 20-35 représentait 69,5% avec un âge moyen de 32 ans. Les fonctionnaires représentaient 95%, suivies des femmes au foyer (75%). La parité moyenne était de 4. L'antécédent de césarienne a été retrouvé chez 48% des gestantes dont : 27% pour la 1ère itérative, 18,5% pour la 2ème itérative et 2,5% pour la 3ème itérative. La principale indication était l'utérus multi cicatriciel dans 48% des cas, suivie de la

primiparité âgée (19,5%). Le pronostic maternofoetal était bon sans décès enregistré. L'infection néonatale a été retrouvée chez 7,18% des bébés. Les indications étaient dominées par les utérus multi-cicatriciels.

Conclusion : Le caractère prophylactique a réduit considérablement le risque de complication aussi bien chez la mère qu'ainsi que le nouveau-né.

Mots-clés : Césarienne prophylactique, indications, hôpital du Mali.

Abstract

Introduction: Caesarean section is the most commonly performed surgical procedure in obstetrics and gynaecology. Its purpose is to reduce maternal and neonatal mortality. Caesarean sections are performed at the Mali Hospital, mainly for prophylactic purposes in the absence of an obstetrics department. The objective was to study prophylactic caesarean sections in the gynaecology department of the Mali Hospital.

Methodology: This was a descriptive study: retrospective from 01 January 2015 to 30 November 2017 and prospective from 01 December 2018 to 31 May 2019. All pregnant women who underwent

a prophylactic caesarean section in the gynaecology department of the Mali hospital were included.

Results: We collected 200 pregnant women. The age group 20-35 represented 69.5% with an average age of 32 years. Civil servants represented 95%, followed by housewives (75%). The average parity was 4. 48% of the pregnant women had a previous caesarean section: 27% for the first iteration, 18.5% for the second iteration and 2.5% for the third iteration. The main indication was multi-scarred uterus in 48% of cases, followed by elderly primiparity (19.5%). The maternal-fetal prognosis was good with no deaths recorded. Neonatal infection was found in 7.18% of babies. Indications were dominated by multi-scarred uteri.

Conclusion: Prophylaxis considerably reduced the risk of complications in both the mother and the newborn.

Keywords: Prophylactic caesarean section, indications, hospital in Mali.

Introduction

La césarienne est une intervention obstétricale majeure qui peut sauver la vie de la mère et de l'enfant quand son utilisation est appropriée [1]. Mais son taux reste encore faible dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne [1]. Au Mali, pour améliorer l'accessibilité de la césarienne, les autorités ont mis en place depuis le 23 juin 2005, mettent en œuvre une politique de gratuité de cette intervention, afin de réduire la mortalité maternelle qui reste encore élevée 325 décès maternelle pour 100.000 naissances vivantes par an selon la sixième Enquête Démographique de Santé Mali (EDS M VI) [2]. Parmi les multiples causes de la mortalité maternelle, on relève une insuffisance dans la couverture de l'offre de soins obstétricaux et néonataux d'urgence complet, dont la césarienne [2]. En effet, selon les indicateurs de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le taux de césarienne, pour être efficace contre la mortalité maternelle dans une population, doit être compris entre 5 et 15 % [3].

Or, au Mali, la couverture en césarienne était de 3,2 %, selon l'annuaire statistique de santé 2018 [4]. L'hôpital du Mali est une structure de 3ème référence fonctionnelle depuis 2010, qui malgré l'absence de service d'obstétrique participe activement aux activités (soins obstétricaux et néonataux d'urgence) de SONU. Il ne pratique que principalement des césariennes prophylactiques. Nous n'avons pas connaissance d'études antérieures portant uniquement que sur ce type de césariennes à l'hôpital du Mali. Nous avons initié cette étude pour étudier les césariennes prophylactiques à l'hôpital du Mali.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective allant du 01 janvier 2015 au 30 novembre 2017 et prospective couvrant la période du 01 décembre 2018 au 31 Mai 2019 soit une période totale de 40 mois incluant toutes les gestantes ayant subi une césarienne prophylactique dans le service de gynécologie de l'hôpital du Mali.

L'étude rétrospective consistait à étudier les dossiers médicaux des gestantes chez qui une césarienne a été pratiquée dans le service de gynéco-obstétrique afin d'inclure ceux qui étaient exploitables dans notre étude. Le recueil des données a été fait à partir d'un questionnaire élaboré à cet effet. Dans ce questionnaire ont été mentionnées les caractéristiques sociodémographiques des parents et de l'enfant, les caractéristiques cliniques, biologiques et le devenir des gestantes.

La collecte prospective concernait les gestantes venant en consultation externe ou celles référées par d'autres structures. Ainsi toutes gestante admise pour le suivi de sa grossesse a été interrogée minutieusement sur son identité et celle de son mari, leurs âges, provenance, professions, niveaux d'instruction et leur statut matrimonial. L'interrogatoire portait aussi sur les ATCD gynéco-obstétriques : le nombre de grossesse, le nombre d'enfants vivants, le nombre d'enfants décédés, le nombre d'avortements, la parité, la date des dernières règles, la notion d'excision, de

dyspareunie, de dysurie.

Ensuite un examen gynécologique a été effectué pour apprécier l'état des seins, de la vulve, du col. Cet examen a été complété un toucher vaginal et un examen physique général.

Au terme de cet examen clinique des examens complémentaires ont été demandés. Il s'agissait de la numération formule sanguine, la protéine C réactive (CRP), la glycémie, l'azotémie, la créatinémie, le groupe rhésus, l'électrophorèse de l'hémoglobine, Taux de prothrombine, temps de céphaline activée, temps de saignement, l'échographie obstétricale.

Et enfin, après ce bilan, une équipe pluridisciplinaire composée de gynécologues, d'anesthésistes et de pédiatres a statué sur les dossiers pour programmer l'opération. Les suites opératoires ont été évaluées par les variables tels que : la durée d'hospitalisation, la notion de guérison, de décès maternel ou néonatal et de complications (réanimation du nouveau-né, hémorragie du post partum, infection de la plaie opératoire).

Les données seront saisies à l'aide d'un logiciel épi info version 7.2 et analysées à l'aide du logiciel SPSS 23.0 ; l'interprétation et la comparaison des variables à partir de Khi carré. Tous les tests statistiques étaient interprétés avec un seuil de signification de 5% et les intervalles de confiances à 95 % des proportions étaient calculés par la méthode exacte binomiale.

Pour l'utilisation des données l'autorisation de la direction de l'hôpital et celle des patientes étaient demandées. L'anonymat et la confidentialité des patientes étaient respectés conformément aux règles d'éthique médicale et à la législation sur la recherche biomédicale et scientifique. Il n'y avait pas de conflits d'intérêts dans cette étude. Les références ne faisaient l'objet d'aucune modification.

Résultats

Nous avons colligé 200 cas de césariennes prophylactiques sur 983 interventions chirurgicales pratiquées pendant la période de l'étude, soit une fréquence hospitalière de 20,34%.

La tranche d'âge de 20-34 ans représentait 69,5%, avec une moyenne d'âge de 35ans et des extrêmes de 17 de 46 ans. Les patientes fonctionnaires représentaient 47,5%, suivies des femmes au foyer (37,5%). La multiparité concernait 44% des gestantes et nulliparité 32,5%. L'ATCD de pathologie médicale chronique concernait 6,5 % des gestantes. Nous avons retrouvé 48% d'ATCD de césarienne dont : 27% pour la 1ère itérative, 18,5% pour la 2ème itérative et 2.5% pour la 3ème itérative (tableau I). La quasi-totalité (98,5%) de nos patientes avait bénéficié d'au moins quatre (4) consultations prénatales.

Les principales indications étaient : l'utérus multicicatriciel (48%), la primiparité âgée (19.5%), la présentation de siège chez primipare (8,5%), l'anomalie du bassin (7,5%), les pathologies médicales chroniques (6,5 %) (Tableau II).

Nos gestantes avaient bénéficiés de la rachi anesthésie dans 98% des cas. La grossesse était unique (94,5%), gémellaire (5%), trimellaire (0,5%). Le pronostic fœtal était bon avec une bonne adaptation dans 93,5% des cas. L'infection néo natale a été retrouvée chez 7,18% des nouveau-nés à la biologie. Les complications maternelles bien que rares ont été dominées par l'hémorragie en per opératoire dans 1% et la suppuration de la plaie opératoire dans 1,5%. Nous n'avons pas enregistré de décès materno-fœtal. La durée moyenne d'hospitalisation était 3,2jours.

Tableau I : Répartition des patientes selon les caractéristiques maternelles

Caractéristiques maternelles	Pourcentage
Age	Tranche d'âge (20-35 ans) 69,5
	Moyenne médian
Profession	Fonctionnaires 47,5
Statut matrimonial	Mariée 88
Parité	Primipare 35,2
	Paucipare 23 ; 5
	Multipares 44
Antécédents médicaux	Diabète/hypertension 5
Antécédent d'utérus cicatriciel	1ère itérative 27
	2ème itérative 18,5
	3ème itérative 2,5
Type d'anesthésie	Rachianesthésie 98
	Générale

Tableau II : répartition des patientes selon les indications de la césarienne.

Indications césarienne	Fréquence	Pourcentage
Antécédent de cure de prolapsus	4	2
Présentation de siège	17	8,5
Grossesse sur fibrome	2	1
Primipare âgée	39	19,5
Pathologie médicale chronique	13	6,5
Dépassement de terme	7	3,5
Anomalie du bassin	15	7,5
Macrosomie	7	3,5
Utérus multi cicatriciel	96	48
Total	200	100

Discussion

De 01 janvier 2015 au 31 Mai 2019, nous avons enregistré une fréquence de 20,34%.

Notre fréquence hospitalière (20,34%) était supérieure au taux national du Mali en 2018 qui était de 3,2% [4] et à celle de Bambara Burkina Faso/Bobo dioulasso [7] (11, 33%). Cette différence s'expliquerait par l'absence de maternité à l'hôpital du Mali depuis sa conception et surtout toutes les césariennes étaient exclusivement prophylactiques. Elle était proche de celle obtenue par Trabelsi K en Tunisie [6] (22,9%). Par contre, elle était inférieure à celle de Guedira I au Maroc [8] (26%), Ouédraogo CM à Ouagadougou [10] (30,3 %), et Bokossa en Côte d'Ivoire [11] (31,03 %). Ngowa J.D.K [12] au Cameroun avait rapporté un taux plus élevé de césariennes prophylactiques dans 41,52% des cas. La tranche d'âge de 20-34 ans représentait 69,5% de nos gestantes avec un âge moyen de 35ans. Nos données étaient supérieures à celles de : Ouédraogo C.M. [10] qui trouvait une tranche d'âge 20 - 29 ans (52,7 %) et un âge moyen de 26,8 ans. Trabelsi K [6] notait un âge moyen 30,2ans. Notre étude avait rapporté, la multiparité (44%), la nulliparité (32,5%) et une parité moyenne de 4. Nos données étaient comparables à celle d'Ouédraogo C.M [10], qui rapportait 42,6% de multipares, 30% de

primipare et une parité moyenne de 4,2. Cependant, Trabelsi K [6] rapportait des proportions différentes : 12,89 % de multiparité, 40,45% de nulliparité et une parité moyenne de 6.

L'antécédent de césarienne avait été retrouvé chez 48% des gestantes, dont 27% pour la 1ère itérative, 18,5% pour la 2ème itérative et 2,5% pour la 3ème itérative. Notre taux était différent de ceux des autres auteurs. Tidjani A.H au Niger [13] qui avait obtenu 79% pour la première itérative ; 17, 28% et 3,05 % pour la 2ème et 3ème itérative. Cissé C.T à Dakar [14] qui avait obtenu 79,8% pour la 1ère itérative ; 17,9% pour la 2ème itérative et 2,3% pour la 3ème itérative. Nous n'avons pas trouvé d'explication à ces différences.

Nos patientes avaient effectué au moins quatre (4) consultations prénatales dans 98,5% des cas comme recommandées par les normes et procédures en matière de la santé de reproduction [2]. Trabelsi K [6] avait trouvé 63,8 % pour le même nombre de consultation prénatale. Benkirane S au Maroc [15] rapportait que, 81.7% n'avaient effectuées aucunes consultations prénatales.

Nos principales indications de la césarienne prophylactique étaient : l'utérus multi cicatriciel (48%), la primiparité âgée (19,5%), la présentation de siège chez primipare (8,5%), et les anomalies du bassin (7,5%). Par rapport l'indication de césarienne pour utérus multi cicatriciel Nos données étaient supérieures à celles des autres auteurs ; Trabelsi K [6] (38,46%) ; Cissé C.T [14] (6,2%) ; Ouédraogo C.M [10] (12,8%), Picaud A [16] (19,3 %) et E.B.H Nouali en Tunisie [17] (29,6%). Par contre elles étaient inférieures à celles de : Faye M.É.D [17] 73%, et de Tidjani A.H [13] (67,6 %). Concernant l'indication pour la primiparité âgée ; notre taux était nettement inférieur aux 48 % rapportés par Chamhout F.Z à Rabat [18], et 57,7% par Mourali M [19] en Tunisie. La présentation de siège représentait 8,5% de nos indications de césarienne. Ce taux était comparable aux 8% rapporté par Guedira I [8]. Il était inférieur à celui de Bouaalloucha O au Maroc [20] qui avait rapporté 35,83%. Etait considérée comme primipare

âgée, toute patiente ayant un âge maternel supérieur ou égal à 30 ans au premier accouchement [2]. L'indication de la césarienne pour un bassin vicieux avait concerné 7,5 % de nos patientes (n=15). Parmi elles huit (8) étaient des primipares antérieurement césarisées soit 61,53%. Nos primipares antérieurement césarisées avaient toutes un bassin vicieux au scanner pelvimétrique. Cette indication de césarienne était proche de celle de Trabelsi K [6] (5,5%) et Guedira I [7] (6,2%). Nous n'avons pas eu d'indications de césarienne en urgence à cause de l'absence de service d'obstétrique à l'hôpital du Mali.

Nos gestantes avaient bénéficiées rachianesthésie (98%) et l'anesthésie générale (2%) lors de leurs césariennes. Nos données étaient différentes de celles rapportées par Ouédraogo C.M [8] 73 % pour l'anesthésie générale, 27 % pour la rachianesthésie, Trabelsi K [6] ; 78,3 % pour l'anesthésie générale et 21,7 % pour la rachianesthésie [6]. Guidira I [8] avait rapporté 58% d'anesthésie générale, et 42% de rachianesthésie.

Au cours de notre étude, la grossesse était unique (94,5%), gémellaire (5%) et un cas de triplet. Les nouveaux nés de sexe féminin représentaient 56%. Ces résultats étaient superposables à ceux de Ouédraogo C.M [11] avait obtenu de grossesse unique (95,77%), de gémellaire (4,05%); et de triplet (0,17%). Ses nouveaux nés de sexe féminin représentaient 57%.

Le pronostic fœtal était bon, car 95,5% des nouveaux nés avaient un APGAR à 10 à la 5ème minute, et aucun nouveau-né n'avait bénéficié d'une réanimation à la naissance. Nous n'avons pas enregistré de mortalité néonatale. Ce taux était différent de ceux de Ouédraogo C.M [11] et de Cissé C.T [15] qui avaient enregistré respectivement une mortalité néonatale de 1,6 % et 17,2 %. Cependant nous avons recensés une infection néonatale chez 7,18% de nos nouveaux nés, et ont été pris en charge avec succès par le service de pédiatrie.

Le pronostic maternel était dans l'ensemble sans décès enregistré. Cependant nous avons rapportés 1% d'hémorragie en per opératoire et 1,5% de suppuration pariétale. Notre pronostic était meilleur

que ceux des autres auteurs. Trabelsi K [6] rapportait dans 3,6% de cas d'hémorragie per opératoire et 14,5% de suppuration pariétale. Benkirane S [16] rapportait l'hémorragie per opératoire 4,9% des cas ; et l'infection pariétale dans 6,9% des cas. Au cours de notre étude, nous avons considéré comme hémorragie, les césariennes où la spoliation sanguine avait été jugée subjectivement importante par les opérateurs. La durée moyenne d'hospitalisation était de 3,2 jours.

Conclusion

Les césariennes prophylactiques constituent une part considérable de notre pratique. Son caractère prophylactique n'est pas dénué de complication, tant chez la mère que chez le nouveau-né. Ces principales indications sont dominées par les utérus multicicatriciels. Bien que le pronostic materno-fœtal soit bon, une amélioration de sa pratique reste nécessaire pour la recherche des facteurs de risque.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la conduite de ce travail. Ils approuvent la version finale du manuscrit.

*Correspondance

COULIBALY Mamadou Bakary

mbccolby1@yahoo.com

Disponible en ligne : 15 Juillet 2022

- 1 : Service de gynécologie l'hôpital du Mali
- 2 : Service d'Imagerie médicale de l'hôpital du Mali
- 3 : Service de Pédiatrie de l'hôpital du Mali
- 4 : Service d'anesthésie et de réanimation de l'hôpital du Mali
- 5 : Service de Gynécologie-Obstétrique CHU Gabriel TOURE

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2022

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Chu K., Cortier H., Maldonado F., Mashant T., Ford N., Trelles M. Cesarean section rates and indications in sub-Saharan Africa : a multi-country study from Médecins sans Frontières. *PLoS One*. 2012;7:e44484. 10.1371/journal.pone.0044484
- [2] EDSM V : Enquête démographique et de santé au Mali en 2018
- [3] Organisation mondiale de la santé (OMS) : La mortalité maternelle est en baisse. *Science et Santé* 15 Septembre 2010.
- [4] Ministère de la santé et de l'hygiène publique Mali Couverture nationale de la césarienne. *Annuaire statistique (2018) du système local d'information sanitaire du Mali* p79-80
- [5] Briand V, Dumont A, Abrahamowicz M, Sow A, Traore M, Rozenberg P, et al. Maternal and perinatal outcomes by mode of delivery in senegal and mali: a cross-sectionalepidemiological survey. *PloS One*. 2012;7(10):e47352.
- [6] K. Trabelsi, J Jedidi , S. Yaich , D. Louati , H. Amouri , A. Gargouri , J. Dmak , M. Guerhazi : les complications maternelles per opératoires de la césarienne : à propos de 1404 cas au service de gynécologie obstétrique hôpital Hédi Chaker Sfax Tunisie. *J.I. M. Sfax*, N°11/12 ; JUIN 06 / DEC 06 :33 – 38
- [7] Bambara M., Fougan E., Dao B., Ouattara S., Ouattara H., Lankoandé J., Koné B. La césarienne en milieu africain : à propos de 440 cas à la maternité du CHUSS de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Med Afr Noire*. 2007;54:344-348.
- [8] I. Guedira, L. Elbarnoussi, K. Berroho, A. Achik, A. Filali, AH. Alami, R. Bezaad, C. Chraïbi : Les césariennes prophylactiques ; Service de chirurgie, Maternité Universitaire des Orangers, CHU Ibn Sina, Rabat - Salé, Maroc. *Maroc Médical*, tome 32 n°2, juin 2010
- [9] Emira Ben Hamida Nouaili, Asma Bouziri, Aicha Ben Miled, Sihem Chaouachi, Rachida Sfar, Najla Ben Jaballah : Morbidité Respiratoire Néonatale Après Césarienne Elective A Terme. *Tunisie Médicale* - 2010 ; 88 (012) : 924 – 927
- [10] Ouédraogo C.M. ; Ouédraogo A. ; Ouattara. A ; J. Lankoandé : La pratique de la césarienne dans un hôpital de district à Ouagadougou Aspects épidémiologiques, cliniques et pronostiques à propos de 3 381 cas. *Médecine et Santé Tropicales* 2015; 25, (2) : 194-9,
- [11] Bokossa M., Nguessan K., Doumbia Y., Kakou C, Djougou C., Boni S : Césariennes prophylactiques et d'urgence : à propos de 394 cas au CHU de Cocody (Abidjan). *Med Afr Noire*. 2008;55:594-601.
- [12] Jean Dupont Kemfang Ngowa, Anny Ngassam, Jovanny Tsuala Fouogue, Junie Metogo, Alexis Medou, Jean Marie Kasia : Complications maternelles précoces de la césarienne: à propos de 460 cas dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun. *Pan African Medical Journal*. 2015; 21:265
- [13] A. Hamet Tidjani, A Gallais, M garba : L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : à propos de 590 cas. *Médecine d'Afrique Noire* : 2001, 48 (2)
- [14] Cissé C.T., Ngom P.M., Guissé A., Faye E.O., Moreau J.C. Réflexion sur l'évolution des taux de césarienne en milieu africain : exemple du CHU de Dakar entre 1992 et 2001. *Gynecol Obstet Fertil*. 2004;32:210-217.
- [15] Saad Benkirane, Hanane Saadi1, Ahmed Mimouni : Le profil épidémiologique des complications maternelles de la césarienne au CHR EL Farabi Oujda. *Pan African Medical Journal*. 2017;27:108. doi:10.11604/pamj.2017.27.108.10036
- [16] Picaud A, Nlome-Nze A.R., Kouvahé V, Faye A., Ondo-Mve R. Les indications de césarienne et leur évolution au Centre Hospitalier de Libreville. *Rev Fr Gynecol Obstet*. 1990;85:393-398.
- [17] M.É. Diémé Faye ;P. Moreira É ; Tamofu ; A.A. Diouf ; A. Diouf ;J.-C. Moreau : Suivi des grossesses sur utérus cicatriciel : aspects qualitatifs et implications pronostiques. *Med Santé Trop*. 2014;24(4):409–415.

Pour citer cet article :

MB Coulibaly, MA Camara, A Traore, B Kane, A Sangare, K Tembine et al. Syndrome de Sturge-Weber-Krabe : à propos de deux cas. *Jaccr Africa* 2022; 6(3): 91-101