



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



Année: 2020

Thèse N°: 93

LES CESARIENNES À L'HÔPITAL SIDI LAHCEN DE TEMARA

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le : / /2020

PAR

Madame Lalla Soukaina CHERKAOUI

Née le 01 Avril 1993 à Agadir

*Pour l'Obtention du Diplôme de
Docteur en Médecine*

Mots Clés : Césarienne; Indication; Pronostic; Mortalité

Membres du Jury :

Madame Aïcha KHARBACH
Professeur de Gynécologie Obstétrique

Madame Amina LAKHDAR
Professeur de Gynécologie Obstétrique

Madame Najia ZERAIDI
Professeur de Gynécologie Obstétrique

Madame Amina BARKAT
Professeur de Pédiatrie

**Président &
Rapporteur**

Juge

Juge

Juge

عَلَّمَ الْكَلِمَاتِ الْعِظِيمَ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا
عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ الْحَكِيمُ

سورة البقرة (32)

صَلَّى
الْعَظِيمِ



UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
RABAT

DOYENS HONORAIRES :

1962 - 1969 : Professeur_Abdelmalek FARAJ
1969 - 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 - 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 - 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 - 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOU
1997 - 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines

Professeur Brahim LEKEHAL

Vice Doyen charge de la Recherche et de la Coopération

Professeur Toufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Younes RAHALI

Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA



1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne - <u>Clinique Royale</u>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie –Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. LACHKAR Hassan	Médecine Interne
--------------------	------------------

Décembre 1988

Pr. DAFIRI Rachida	Radiologie
--------------------	------------

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed	Médecine Interne - <u>Doyen de la FMPR</u>
Pr. OUAZZANI Taibi Mohamed Réda	Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. KHARBACH Aicha	Gynécologie Obstétrique
Pr. TAZI Saoud Anas	Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim	Anesthésie Réanimation- <u>Doyen de FMPO</u>
Pr. BAYAHIA Rabéa	Néphrologie
Pr. BELKOUCHI Abdelkader	Chirurgie Générale
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif	Chirurgie Générale
Pr. BENSOUDA Yahia	Pharmacie galénique
Pr. BERRAHO Amina	Ophtalmologie
Pr. BEZAD Rachid	Gynécologie Obstétrique <u>Méd. Chef Maternité des Orangers</u>
Pr. CHERRAH Yahia	Pharmacologie
Pr. CHOKAIRI Omar	Histologie Embryologie
Pr. KHATTAB Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOULAYMANI Rachida	Pharmacologie- <u>Dir. du Centre National PV Rabat</u>
Pr. TAOUFIK Jamal	Chimie thérapeutique

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed	Chirurgie Générale <u>Doyen de FMPT</u>
Pr. BENSOUDA Adil	Anesthésie Réanimation
Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza	Gastro-Entérologie
Pr. CHRAIBI Chafiq	Gynécologie Obstétrique
Pr. EL OUAHABI Abdessamad	Neurochirurgie
Pr. FELLAT Rokaya	Cardiologie
Pr. JIDDANE Mohamed	Anatomie
Pr. TAGHY Ahmed	Chirurgie Générale
Pr. ZOUHDI Mimoun	Microbiologie



Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. ŞENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali Réanimation

Décembre 1996

Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOVAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Noureddine

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques Doyen de la FMMPA
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale - Directeur du CHIS
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Traumatologie - Orthopédie
Gynécologie - Obstétrique
Dermatologie

Urologie Inspecteur du SSM
Pédiatrie
Traumatologie - Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Médicale

Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Néphrologie
Cardiologie Directeur HMI Mohammed V

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique



Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid

Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie Directeur Hôp.Arrazi Salé
Gynécologie Obstétrique

Neurologie Doyen de la FMP Abulcassis
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie Directeur Hôp. My Youssef
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumophtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie - Directeur Hôp.Cheikh Zaid
Urologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie



Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOULARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair
Pr. EL HAQURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. JAAFAR Abdeloihab*
Pr. KRIOUILE Yamina
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
Pr. OUJILAL Abdelilah
Pr. RAISS Mohamed
Pr. SIAH Samir *
Pr. THIMOU Amal
Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
Pr. AMRANI Mariam
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
Pr. BENKIRANE Ahmed*
Pr. BOULAADAS Malik
Pr. BOURAZZA Ahmed*
Pr. CHAGAR Belkacem*

Chirurgie Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie - Directeur Hôp. d'Enfants Rabat
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale Directeur Hôpital Ibn Sina
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique V-D chargé Aff Acad. Est.
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Ophtalmologie
Traumatologie Orthopédie
Pédiatrie
Gynécologie Obstétrique
Oto-Rhino-Laryngologie
Chirurgie Générale
Anesthésie Réanimation
Pédiatrie
Chirurgie Générale

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Neurologie
Traumatologie Orthopédie

Pr. CHERRADI Nadia
Pr. EL FENNI Jamal*
Pr. EL HANCHI ZAKI
Pr. EL KHORASSANI Mohamed
Pr. HACHI Hafid
Pr. JABOUIRIK Fatima
Pr. KHARMAZ Mohamed
Pr. MOUGHIL Said
Pr. OUBAAZ Abdelbarre *
Pr. TARIB Abdelilah*
Pr. TIJAMI Fouad
Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
Pr. ALLALI Fadoua
Pr. AMAZOUZI Abdellah
Pr. BAHIRI Rachid
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. DOUDOUH Abderrahim*
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*

Anatomie Pathologique
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Cardio-Vasculaire
Ophtalmologie
Pharmacie Clinique
Chirurgie Générale
Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Rhumatologie
Ophtalmologie
Rhumatologie Directeur Hôp. Al Ayachi Salé
Pédiatrie
Cardiologie
Biophysique
Cardiologie (*mise en disponibilité*)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire. Directeur Hôpital Ibn Sina Mé
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique



Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
Pr. AMHAJJI Larbi *
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed *
Pr. BALOUCH Lhousaine *
Pr. BENZIANE Hamid *
Pr. BOUTIMZINE Nourdine
Pr. CHERKAOUI Naoual *
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
Pr. EL BEKKALI Youssef *
Pr. EL ABSI Mohamed
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
Pr. EL OMARI Fatima
Pr. GHARIB Nouredine
Pr. HADADI Khalid *
Pr. ICHOU Mohamed *
Pr. ISMAILI Nadia
Pr. KEBDANI Tayeb
Pr. LOUZI Lhoussain *
Pr. MADANI Naoufel
Pr. MAHI Mohamed *
Pr. MARC Karima
Pr. MASRAR Azlarab
Pr. MRANI Saad *
Pr. OUZZIF Ez zohra
Pr. RABHI Monsef*
Pr. RADOUANE Bouchaib*
Pr. SEFFAR Myriame
Pr. SEKHSOKH Yessine *
Pr. SIFAT Hassan *
Pr. TABERKANET Mustafa *
Pr. TACHFOUTI Samira
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
Pr. TANANE Mansour *
Pr. TLIQUI Houssain
Pr. TOUATI Zakia

Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie
Pneumo - Phtisiologie

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation
Biochimie-chimie
Pharmacie clinique
Ophtalmologie
Pharmacie galénique
Chirurgie générale
Chirurgie cardio-vasculaire
Chirurgie générale
Anesthésie réanimation
Psychiatrie
Chirurgie plastique et réparatrice
Radiothérapie
Oncologie médicale
Dermatologie
Radiothérapie
Microbiologie
Réanimation médicale
Radiologie
Pneumo phtisiologie
Hématologie biologique
Virologie
Biochimie chimie
Médecine interne
Radiologie
Microbiologie
Microbiologie
Radiothérapie
Chirurgie vasculaire périphérique
Ophtalmologie
Chirurgie générale
Traumatologie-orthopédie
Parasitologie
Cardiologie



Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
Pr. AGADR Aomar *
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
Pr. AIT BENHADDOU El Hachmia
Pr. AKHADDAR Ali *
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae *
Pr. BOUI Mohammed *
Pr. BOUNAIM Ahmed *
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
Pr. CHTATA Hassan Toufik *
Pr. DOGHMI Kamal *
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid *
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. LAMSAOURI Jamal *
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Médecine interne
Pédiatrie
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie *Directeur Hôp.des Spécialités*
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie-orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-Phtisiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
Pr. EL MAZOUZ Samir

Anesthésie réanimation
Médecine Interne
Physiologie
Microbiologie
Médecine Aéronautique
Biochimie-Chimie
Radiologie
Chirurgie Pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Plastique et Réparatrice

Directeur ERSSM

Pr. EL SAYEGH Hachem
Pr. ERRABIH Ikram
Pr. LAMALMI Najat
Pr. MOSADIK Ahlam
Pr. MOUJAHID Mountassir*
Pr. NAZIH Mouna*
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Urologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Hématologie
Anatomie Pathologique



Décembre 2010

Pr. ZNATI Kaoutar

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
Pr. ABOUELALAA Khalil *
Pr. BENCHEBBA Driss *
Pr. DRISSI Mohamed *
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
Pr. EL KHATTABI Abdessadek *
Pr. EL OUAZZANI Hanane *
Pr. ER-RAJI Mounir
Pr. JAHID Ahmed
Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie pédiatrique
Anesthésie Réanimation
Traumatologie-orthopédie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumophtisiologie
Chirurgie Pédiatrique
Anatomie Pathologique
Cardiologie

* Enseignants Militaires

Février 2013

Pr. AHID Samir
Pr. AIT EL CADI Mina
Pr. AMRANI HANCHI Laila
Pr. AMOR Mourad
Pr. AWAB Almahdi
Pr. BELAYACHI Jihane
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
Pr. BENCHEKROUN Laila
Pr. BENKIRANE Souad
Pr. BENNANA Ahmed*
Pr. BENSghir Mustapha *
Pr. BENYAHIA Mohammed *
Pr. BOUATIA Mustapha
Pr. BOUABID Ahmed Salim*
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
Pr. CHAIB Ali *
Pr. DENDANE Tarek
Pr. DINI Nouzha *
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
Pr. ELFATEMI NIZARE
Pr. EL GUERROUJ Hasnae
Pr. EL HARTI Jaouad

Pharmacologie
Toxicologie
Gastro-Entérologie
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Réanimation Médicale
Anesthésie Réanimation
Biochimie-Chimie
Hématologie
Informatique Pharmaceutique
Anesthésie Réanimation
Néphrologie
Chimie Analytique et Bromatologie
Traumatologie orthopédie
Anatomie
Cardiologie
Réanimation Médicale
Pédiatrie
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Neuro-chirurgie
Médecine Nucléaire
Chimie Thérapeutique



Pr. EL JAOUDI Rachid *	Toxicologie
Pr. EL KABABRI Maria	Pédiatrie
Pr. EL KHANNOUSSI Basma	Anatomie Pathologique
Pr. EL KHLOUFI Samir	Anatomie
Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane *	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryem	Radiologie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed *	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique <u><i>Vice-Doyen à la Pharmacie</i></u>
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim *	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua *	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan *	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali *	Traumatologie Orthopédie

* Enseignants Militaires

AVRIL 2013

Pr. EL KHATIB MOHAMED KARIM*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah

Chirurgie Thoracique

Pr. BENCHAKROUN Mohammed

Traumatologie-Orthopédie

Pr. BOUCHIKH Mohammed

Chirurgie Thoracique

Pr. EL KABBAJ Driss *

Néphrologie

Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
Pr. HARDIZI Houyam
Pr. HASSANI Amale *
Pr. HERRAK Laila
Pr. JANANE Abdellah
Pr. JEAIDI Anass *
Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. LEMNOUER Abdelhay*
Pr. MAKRAM Sanaa *
Pr. OULAHYANE Rachid*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Gynécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Médecine Interne
Généologie-Obstétrique



DECEMBRE 2014

Pr. ABILKACEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham *
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. DOBLALI Taoufik
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

AOUT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHIRI Latifa

Dermatologie
Rhumatologie

PROFESSEURS AGREGES:

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*
Pr. NITASSI Sophia

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*	Microbiologie
Pr. ASFALOU Ilyasse*	Cardiologie
Pr. BOUAYTI El Arbi*	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. BOUTAYEB Saber	Oncologie Médicale
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim	Oncologie Médicale
Pr. HAFIDI Jawad	Anatomie
Pr. OURAINI Saloua*	O.R.L
Pr. RAZINE Rachid	Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Pr. ZRARA Abdelhamid*	Immunologie

NOVEMBRE 2018

Pr. AMELLAL Mina	Anatomie
Pr. SOULY Karim	Microbiologie
Pr. TAHRI Rjae	Histologie-Embryologie-Cytogénétique

*Enseignants Militaires

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS/Prs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naima	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz Applications	Pharmaceutiques
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

Mise à jour le 04/02/2020

Khaled Abdellah

Chef du Service des Ressources Humaines

FMPR



Chef de Service des Ressources
Humaines

Khaled KHALED



Dédicaces

A ma chère mère

*A celle qui m'a donné la vie, qui a marqué chaque moment
de mon existence avec son intarissable tendresse,
à celle à qui je dois le meilleur de moi-même.*

*Tu représentes pour moi le symbole de la bonté
par excellence et l'exemple du dévouement.*

Tu n'as pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

*Tes prières et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours
pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait
être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites
pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner
depuis ma naissance.*

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour.

*Puisse Dieu tout puissant, te préserver et t'accorder santé,
longue vie et bonheur.*



A mon cher père

*Pour l'affection, la tendresse et l'amour que tu m'as toujours donné,
Pour le sacrifice et le dévouement dont tu as toujours fait preuve,
Pour l'encouragement sans limites que tu ne cesses de manifester.*

*Tu m'as entouré d'une grande affection, et tu as été toujours pour
moi un grand support dans mes moments les plus difficiles.*

*Sans tes précieux conseils, tes prières, ta générosité et ton
dévouement, je n'aurais pu surmonter le stress
de ces longues années d'étude.*

Tu m'as apporté toute la tendresse et l'affection dont j'ai eu besoin.

Tu as veillé sur mon éducation avec le plus grand soin.

*Tu m'as appris comment affronter la vie, et c'est grâce à ton
enseignement des valeurs et du devoir que j'ai pu m'accomplir.*



A mon mari Yassine

Tu sais que l'amour et l'affection que je te porte sont sans limites, tu étais pour moi un père, frère et ami, je ne pourrais jamais exprimer la profondeur de mes sentiments envers toi.

Votre présence dans ma vie me donne à chaque moment l'envie d'exister. Pour ton soutien, ta compréhension, ton amour et tout ce que tu es je te dédie cette thèse et surtout mon amour et mon affection.

A ma petite fille et mon cœur Yasmine

Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour que j'ai pour toi, ta joie et gaité me comble de bonheur et illumine ma vie. A ton tour mes vœux les plus chers, que dieu te protège et te garde. Ta maman chérie qui t'adore.



A mes très chères sœurs Sanae et Saloua

*Vous m'avez toujours soutenue et rassurée par vos encouragements,
votre gentillesse et votre sens de l'humour.*

*J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondé en moi et je vous
rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance
éternelle pour votre précieuse aide durant mon enfance
et même à l'âge adulte.*

*Je vous admire et vous aime... En témoignage de mon affection
fraternelle, de ma profonde tendresse, je vous souhaite
une vie pleine de bonheur et de succès et
que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde.*

A mes chers frères, Saad et Redouane

*Je ne peux exprimer à travers ses lignes mes sentiments
d'amour et de tendresse envers vous, puisse l'amour
et la fraternité nous unissent à jamais.*

Je vous remercie pour votre soutien et encouragement.

*Je prie dieu pour que vous réalisiez tout
ce que vous souhaitez dans la vie.*



A ma belle-mère Aicha

*Je ne peux exprimer à travers ses lignes mes sentiments
d'amour et de tendresse envers toi, Je vous remercie pour votre
soutien et encouragement.*

*Je prie dieu pour que tu réalises tout
ce que vous souhaitez dans la vie*

A mes tantes et mes oncles

A tous les membres de ma famille, petits et grands

*Veillez trouver dans ce modeste travail
l'expression de mon affection la plus sincère*



A mes amies

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous exprimer
mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi
des sœurs et des amies sur qui je peux compter.*

*En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs
de tous les moments que nous avons passé ensemble, je vous dédie ce
travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*

*On m'a toujours dit que nos camarades de médecine deviennent une
seconde famille à force de gardes et d'innombrables heures de travail. Je
confirme aujourd'hui cette rumeur : vous êtes ma seconde famille et je
pense que ce lien est éternel (eh oui la souffrance rapproche !) Je vous
remercie pour tout ce que vous m'avez apporté et vous souhaite le
meilleur dans la vie. Avec tout mon respect et toute mon affection.*



***A tous ceux ou celles qui me sont chers
et que j'ai omis involontairement de citer.***

A Tous Mes enseignants tout au long de mes études.

***A tous ceux qui ont participé de près ou de loin
à la réalisation de ce travail.***

***À tous ceux qui ont cette pénible tâche de soulager
les gens et diminuer leurs souffrances.***





Remerciement



***A notre maître rapporteur et président de thèse
Madame le professeur Aicha KHARBACH
Professeur en gynécologie-Obstétrique***

*Nous vous sommes infiniment reconnaissants du grand honneur
que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse.*

*Nous tenons à vous rendre hommage pour la qualité de votre
enseignement théorique et pratique.*

*Que votre sérieux et votre rigueur de travail, ainsi que votre
dévouement professionnel sans limites soient pour nous
un exemple à suivre.*

*Veillez accepter, chère maître, l'expression
de notre sincère respect et notre profonde reconnaissance.*



***A notre maître et juge de thèse
Madame le professeur Amina LAKHDER
Professeur en gynécologie-Obstétrique***

*Vous m'avez accordé un grand honneur en me confiant
la réalisation
de ce travail. Qu'il me soit permis de vous témoigner toute
ma gratitude et mon profond respect. C'est grâce à votre esprit
didactique et rigoureux, et vos précieux conseils, que ce travail
a pu être mené à terme. Je vous remercie pour votre patience
et votre soutien et je vous prie de trouver ici, le témoignage de ma
reconnaissance éternelle et de ma profonde admiration
pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.
Puisse DIEU le tout puissant vous accorder santé,
prospérité et bonheur.*



***A notre maître et juge de thèse
Madame le professeur Najia ZERAIDI
Professeur en gynécologie-Obstétrique***

*Vous nous faites un immense plaisir en acceptant
de juger notre thèse.*

*Qu'il nous soit permis de témoigner à travers
ces quelques lignes notre admiration à la valeur de votre
compétence, votre rigueur ainsi que votre gentillesse,
et votre sympathie qui demeureront pour nous le meilleur exemple.*

*Que ce travail soit une occasion de vous exprimer
notre gratitude, de respect et d'admiration les plus sincères.*



***A notre maître et juge de thèse
Madame le professeur Amina BARKAT
Professeur en pédiatrie***

*Nous avons eu la chance de vous avoir parmi les membres
de notre jury, et nous vous remercions d'avoir bien voulu
en toute simplicité, nous faire l'honneur de juger ce travail.
Nous avons toujours été marqués par vos qualités humaines
et l'étendue de vos connaissances.*

*Qu'il nous soit permis, cher maître, de vous exprimer
notre grande estime et notre profonde reconnaissance.*



Liste des abréviations

LISTE DES ABREVIATIONS

ATCD	: Antécédent
DPPNI	: Le décollement prématuré du placenta normalement inséré
ECG	: L'électrocardiogramme
HAS	: Haute autorité de santé
HIV	: Le virus de l'immunodéficience humaine
HRP	: Hématome rétro-placentaire
HSV	: Virus herpès simplex
HTA	: Hypertension artérielle
HTAG	: Hypertension Artérielle gravidique
LST	: Ligature section des trompes
MFIU	: Mort fœtale in utero
RCF	: Le Rythme Cardiaque Fœtal
RCIU	: Le retard de croissance intra-utérin
RPM	: La rupture prématurée des membranes
SA	: Semaine d'aménorrhée
SFA	: Souffrance fœtal aigue
UC	: Utérus cicatriciel
UDC	: Utérus doublement cicatriciel
UTC	: Utérus triplement cicatriciel



Liste des illustrations

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Evolution du nombre de césariennes pendant la période 2013-2018	19
Figure 2: Evolution du nombre de césariennes pendant la période 2013-2018.....	20
Figure 3: Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement.....	21
Figure 4 : Répartition des parturientes selon l'âge d'accouchement	22
Figure 5 : Répartition des parturientes selon la parité.....	24
Figure 6: Répartition des parturientes selon la provenance.....	25
Figure 7: Répartition des parturientes selon les antécédents obstétricaux	28
Figure 8: Répartition des césariennes selon le suivi de la grossesse des parturientes	29
Figure 10: Répartition des parturientes selon l'intervalle inter-génésique	33
Figure 11: Répartition des parturientes selon la dilatation cervicale.....	34
Figure 12: Répartition des parturientes selon la hauteur utérine	36
Figure 13: Répartition des parturientes selon l'état de poche des eaux	37
Figure 14: Répartition des parturientes selon l'état du liquide amniotique	38
Figure 15: Répartition des parturientes selon l'état du bassin	39
Figure 16: Répartition des parturientes selon la valeur de l'hémoglobine	40
Figure 17: Répartition des parturientes selon l'urgence de la césarienne	41
Figure 18: Répartition des parturientes selon que la femme soit en travail ou non	43
Figure 19: Répartition des césariennes selon l'indication.....	46
Figure 20: Répartition selon les indications de la césarienne.....	47
Figure 21: Répartition des césariennes selon la durée d'hospitalisation	48
Figure 22: Répartition des nouveau-nées selon le score d'Apgar à la 1 ^{ère} minute	50
Figure 23: Répartition des nouveau-nées selon le score d'Apgar à la 5 ^{ème} minute.....	50
Figure 24: Répartition des nouveau-nées selon le poids de naissance	51
Figure 25: Répartition des nouveau-nées selon le sexe	52
Figure 26: Proportion des accouchements selon le lieu de l'accouchement.....	55
Figure 27: Proportion des accouchements avec césarienne.....	56

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des césariennes selon la parité.....	23
Tableau II : Répartition des césariennes selon la provenance.....	25
Tableau III : Répartition des césariennes selon les antécédents médicaux.....	26
Tableau IV : Répartition des césariennes selon les antécédents chirurgicaux	27
Tableau V : Répartition des césariennes selon les antécédents gynécologiques	27
Tableau VI : Répartition des césariennes selon les antécédents obstétricaux.....	28
Tableau VII : Répartition des césariennes selon le suivi de la grossesse	29
Tableau VIII : Répartition des césariennes selon l'âge gestationnel lors de l'accouchement	30
Tableau IX : La fréquence de la césarienne selon l'intervalle inter-génésiq.....	32
Tableau X : La répartition des césariennes selon la dilatation cervicale des parturientes	34
Tableau XI : Répartition des césariennes selon la hauteur utérine.....	35
Tableau XII : Répartition des césariennes selon l'état de poche des eaux	37
Tableau XIII : Répartition des césariennes selon l'état du liquide amniotique	38
Tableau XIV : Répartition des césariennes selon l'état du bassin.....	39
Tableau XV : Répartition des césariennes selon la valeur de l'hémoglobine	40
Tableau XVI : Répartition des césariennes selon que la femme soit en travail ou non.....	42
Tableau XVII : Répartition des césariennes selon les indications	45
Tableau XVIII : Répartition des césariennes selon la durée d'hospitalisation	48
Tableau XIX : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar	49
Tableau XX : Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.....	51
Tableau XXI : La répartition des nouveau-nés selon les pathologies néonatales.....	53
Tableau XXII : La fréquence de la césarienne selon l'âge des parturientes césarisées dans différentes séries Nationales.....	59
Tableau XXIII : La fréquence de la césarienne pour UC dans différentes séries Nationales.....	63
Tableau XXIV : La fréquence de la césarienne pour SFA dans les séries nationales et internationales.....	65
Tableau XXV : La fréquence de la césarienne pour pathologies maternelles graves dans les séries nationales et internationales	68

Tableau XXVI: La fréquence de la césarienne pour macrosomie dans les séries nationales et internationales	70
Tableau XXVII: La fréquence de la césarienne pour présentations dystociques dans les séries nationales et internationales	73
Tableau XXVIII: La fréquence de la césarienne pour dystocies dans les séries nationales et internationales	77
Tableau XXIX: Principales complications maternelles et néonatales	79



Sommaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
HISTOIRE DE LA CESARIENNE	4
INDICATIONS	7
1. CESARIENNE PROGRAMMEE	8
2. CESARIENNE EN URGENCE	9
2.1. Urgence absolue	9
2.2. Urgence relative	10
3. CESARIENNE DE "CONVENANCE"	10
MATERIEL ET METHODE	12
1. MATERIEL D'ETUDE	13
2. METHODE D'ETUDE	13
RESULTATS	17
1. PRESENTATION DE LA MATERNITE A SIDI LAHCEN	18
2. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE	19
2.1. Evolution du nombre et Taux de césarienne à l'hôpital	19
2.1.1. Evolution du nombre	19
2.1.2. Evolution du taux	20
2.2. Proportion des césariennes	21
2.3. Age	22
2.4. La parité	23
2.5. Provenance :	25
3. ANTÉCÉDENTS :	26
3.1. Médicaux :	26
3.2. Chirurgicaux	27
3.3. Gynécologiques :	27
3.4. Obstétricaux :	28

4. GROSSESSE ACTUELLE.....	29
4.1. Suivi de la grossesse.....	29
4.2. Age gestationnel.....	29
4.3. Intervalle inter génésique chez la femme avec utérus cicatriciel.....	32
5. EXAMEN OBSTÉTRICAL	34
5.1. La dilatation cervicale :	34
5.2. La hauteur utérine :	35
5.3. L'�tat des membranes :	37
5.4. Le liquide amniotique :	38
5.5. Etat du bassin :	39
5.6. Hémogramme :	40
6. DÉROULEMENT DE LA CÉSARIENNE :	41
6.1. La césarienne urgente ou programmée ?	41
6.2. Césarienne et travail :	41
6.3. Indications de la césarienne :	44
7. LE PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL :	48
7.1. Les gestes associés :	48
7.2. La durée du séjour hospitalier :	48
7.3. Morbidité maternel :	49
7.4. La mortalité materno-fœtal :	49
7.5. Caractéristiques des nouveau-nés :	49
7.5.1. Etat à la naissance (Apgar).....	49
7.5.2. Poids :	51
7.5.3. Sexe :	52
7.6. Morbidité Néonatale :	53
DISCUSSION	54
1. PROPORTION DE LA CÉSARIENNE.....	55
2. AGE ET CESARIENNE :	59
3. INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE :	62
3.1. L'utérus cicatriciel :	62
3.2. La souffrance fœtale aigüe :	64

3.3. Les pathologies maternelles liés à la grossesse	66
3.3.1. Diabète gestationnel :.....	66
3.3.2. HTAG et pré-éclampsie :	67
3.4. Indications fœto-annexielles :.....	69
3.4.1. Macrosomie :.....	69
3.5. Présentations dystociques :.....	71
3.5.1. Présentation de siège :.....	71
3.5.2. Autres présentations dystociques :.....	72
3.6. Les dystocies :.....	73
3.6.1. Dystocies Dynamiques :.....	74
3.6.2. Dystocies mecaniques :.....	74
4. PRONOSTIQUE MATERNO-FOETAL :	78
4.1. La morbidité maternelle:	78
4.2. La mortalité maternelle :	81
4.3. La morbidité fœtale :.....	83
4.4. La mortalité fœtale :.....	86
CONCLUSION	88
RESUMES	90
REFERENCES	94



La césarienne est l'une des interventions chirurgicales les plus courantes au monde et le taux d'accouchement par césarienne ne cesse d'augmenter, en particulier dans les pays à revenu élevé ou intermédiaire. Bien qu'elle permette de sauver des vies, il arrive souvent qu'elle soit pratiquée sans être médicalement nécessaire, risquant alors d'exposer la mère et l'enfant à des problèmes de santé à court, moyen et long termes. Dans une récente déclaration, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) souligne que la priorité doit être donnée aux besoins des patientes, au cas par cas, et décourage la pratique consistant à viser un « Taux cible » particulier. [1']

La césarienne peut être indiquée lorsque qu'un accouchement par voie basse comporte un risque pour la mère ou l'enfant, par exemple en cas de prolongation du travail, de souffrance fœtale ou de mauvaise présentation du bébé. Cependant, elle peut entraîner de graves complications et être cause d'invalidité ou de décès, en particulier lorsqu'elle est pratiquée dans une structure ne disposant pas des moyens nécessaires pour garantir la sécurité des interventions ou traiter les complications éventuelles. [1']

Depuis 1985, la communauté internationale de la santé considère que le « Taux idéal » de césarienne se situe entre 10% et 15% [1']. Selon de nouvelles études, lorsque le taux de césarienne augmente pour s'approcher de 10% sur l'ensemble de la population, la mortalité maternelle et néonatale diminue. Cependant, aucune baisse supplémentaire de la mortalité n'est observée lorsque ce taux dépasse 10%.

L'objectif de notre étude est de :

- Déterminer la proportion actuelle de la césarienne.
- Typer les indications et ses facteurs influençant.
- Étudier les complications et le pronostic materno-fœtal.
- Evaluer la qualité de la prise en charge des césariennes au sein de l'hôpital sidi Lahcen.



Histoire de la césarienne

On peut distinguer trois périodes [2'] :

- 1) La césarienne conservatrice sans suture de la brèche utérine : de l'antiquité jusqu'au 21 mai 1876.
- 2) La césarienne mutilatrice avec extrapéritonisation du moignon cervical : du 21 mai 1876 au 25 septembre 1881.
- 3) La césarienne conservatrice avec suture de l'utérus : du 25 septembre 1881 jusqu'à présent.

Dans les temps anciens, on faisait la césarienne presque exclusivement sur la femme morte pour ne pas enterrer l'enfant avec la mère ou, dans l'ère chrétienne, pour le baptiser. L'opération d'indication élective était exceptionnelle car la mortalité maternelle était très proche de 100% (péritonite par passage de micro-organismes de la cavité utérine à la cavité péritonéale à travers la brèche laissée ouverte).

Jusqu'au début du 18e siècle, on croyait que le bassin s'ouvrait pendant l'accouchement, permettant ainsi le passage du fœtus par les voies naturelles, ceci même dans les rétrécissements pelviens les plus graves. Lorsqu'on fut convaincu qu'il n'en était pas ainsi, la césarienne était indiquée lorsque le diamètre antéro-postérieur était inférieur à 6 cm car l'embryotomie elle-même n'aurait pas permis d'extraire le fœtus par le vagin dans ces cas-là. La césarienne donnait une chance de survie à l'enfant alors que la mère était de toute manière condamnée.

Pour éviter la contamination de la cavité péritonéale, Edoardo Porro, Directeur de la Clinique Obstétricale de l'Université de Pavie, exécuta, le 21 mai 1876, l'opération qui porte son nom et qui lui permit de sauver la mère et

l'enfant : laparotomie médiane, extraction du fœtus et du placenta, extériorisation de l'utérus, hystérectomie subtotale et fermeture de l'abdomen, en laissant le moignon utérin au-dehors pendant quelques jours. Malgré ses bons résultats, cette opération avait l'inconvénient grave de mutiler la femme.

5 ans plus tard, le 25 septembre 1881, Ferdinand Adolf Kehrer, Directeur de la Clinique Obstétricale de l'Université de Heidelberg, effectua une césarienne avec incision transversale du segment inférieur et suture de l'utérus et du péritoine. Cette technique fut aussitôt oubliée en faveur de l'incision du corps de l'utérus, mais fut réintroduite en 1906 et dès lors, elle est d'usage courant. L'orateur illustre sa communication avec 15 diapositives et montre ensuite 27 reproductions d'œuvres d'art représentant des cas de césarienne dans la mythologie et dans la légende.



1. CESARIENNE PROGRAMMEE [34]

Quand l'accouchement est contre indiqué par les voies naturelles, la césarienne est planifiée à l'avance en fin de grossesse, on parle alors de césarienne programmée. Les indications de césarienne doivent être évaluées à partir des données cliniques et para cliniques recueillies.

Les principales indications retenues par les différents auteurs et l'HAS sont :

- Le placenta prævia de stade III ou IV
- Macrosomie > 4500g et 4250g en cas de diabète associé
- ATCD de dystocie des épaules compliqués
- ATCD de rupture utérine
- Présentation du siège avec anomalie de la confrontation foeto-pelvienne, déflexion de la tête ou non coopération de la patiente
- Patiente HIV + avec réplication virale
- Patiente avec primo-infection HSV
- Utérus cicatriciel selon les auteurs les situations suivantes doivent être évaluées au cas par cas :
 - Cicatrice corporéale verticale ou segmento-corporéale
 - Utérus pluri-cicatriciel
 - Cicatrice d'origine gynécologique
 - Cicatrice utérines traumatiques
 - Cicatrice de césarienne segmentaire avec complications post-opératoires (endométrite, abcès de paroi ...).

2. CESARIENNE EN URGENCE [34]

La césarienne en urgence peut être indiquée soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail. Nous distinguerons les urgences absolues des urgences relatives.

2.1. Urgence absolue

Les urgences absolues ont un caractère vital soit pour l'enfant à venir, soit pour la mère. Dans ce cadre la césarienne doit se faire dans les plus brefs délais, l'absence de cathéter péridural oblige à recourir à une anesthésie générale.

❖ Urgence fœtale

Il s'agit essentiellement de l'hypoxie fœtale dont les étiologies sont :

- Pathologie funiculaire (procidence du cordon, ...)
- Hypoperfusion fœto-placentaire,
- Hypertonie utérine,
- Hypoxie maternelle,
- Pathologies associées : RCIU, pathologie placentaire, post-terme, ...
- Echec de forceps pour anomalie du rythme cardiaque fœtal sévère (ARCF)
- Echec de grande extraction sur J2

❖ Urgence maternelle

Il s'agit d'hémorragies ou de complications particulièrement graves d'une pathologie maternelle de la grossesse ou associées à la grossesse :

- Décollement placentaire,
- Crise éclamptique, HRP,
- Hémorragie utérine (DPPNI, placenta prævia, ...),
- Suspicion de rupture utérine...

2.2. Urgence relative

Les urgences relatives laissent un délai de plus de 10 minutes pour permettre soit l'extension d'une péridurale analgésiante, soit la pratique d'une rachianesthésie.

Dans les indications non vitales, nous retrouverons :

- Echec d'une épreuve du travail
- Dystocie dynamique : arrêt de la dilatation rebelle à toute thérapeutique
- Souffrance fœtale compensée entre les contractions utérines.
- Présentation dystocique en cours de travail

3. CESARIENNE DE "CONVENANCE" [34]

Dans ses recommandations de bonne pratique concernant les indications de césarienne programmée à terme, l'HAS a abordé la question de la césarienne de convenance, c'est-à-dire à la demande de la patiente sans indications médicales ou obstétricales.

La demande maternelle n'est pas en soi une indication à la césarienne. Il est recommandé de rechercher les raisons spécifiques à cette demande, de les discuter et de les mentionner dans le dossier médical.

Lorsqu'une femme demande une césarienne par peur de l'accouchement par voie basse, il est recommandé de lui proposer un accompagnement personnalisé le plus tôt possible et une information sur la prise en charge de la douleur

Les bénéfices attendus pour la patiente doivent être mis en regard des risques associés à la césarienne et lui être expliqués (en particulier, le risque accru de placenta prævia et accreta pour les grossesses futures).



Matériel et méthode

1. MATERIEL D'ETUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective, cette étude a été menée dans la Maternité du Centre Hospitalier de Sidi Lahcen à Temara entre le 1 janvier 2018 et le 31 décembre 2018.

La Maternité a réalisé 1551 accouchements dont 220 par césarienne.

2. METHODE D'ETUDE

Les données de cette étude ont été recueillies à partir des dossiers obstétricaux et des registres de la Maternité. Puis saisie à l'aide d'une application web offrant des formulaires de saisie, et permettant de stocker les données dans une base de données SQL, des requêtes SQL ont été utilisé par la suite pour extraire les statistiques et les exporter vers un fichier Excel pour pouvoir les présenter graphiquement.

L'étude nous a permis de dénombrer les césariennes effectuées dans la Maternité ainsi que leur fréquence, leurs profils épidémiologiques et leurs indications.

Les captures d'écran ci-après illustrent les formulaires utilisés pour le recueil des données :

Create or edit a Accouchement

Identité

Numero Entree

Age

Provenance

Adresse

Antecedants

Antecedent Chirurgical

Antecedent Medical

Antecedent Gyneco

Antecedent Obstetrico

Parite

Gestite

Enfant Vivant

Mort Ne

Fausse Couche

Avortement

M FIU

Nombre Cesarienne

Date Derniere CS

Type Derniere CS

Indication Derniere CS

Grossesse actuelle

Grossesse actuelle

Grossesse Suivis

Age Gestationnel

H B

Siphilis

G A J

Groupage

Pathologie Actuelle

RAS
ATCDS DE CHORIOCARCINOME
DIABETE
HTA

Examen à l'admission

T A

B C F

H U

Etat De Col

Etat PDE

Liquide Amneotique

Numero De Foetus

Etat De Bassin

LA CESARIENNE

Type Césarienne

Césarienne Et Travail

Indication De CS

UC
UDC
UTC
BASSIN RETRECI

TECHNIQUES OPERATOIRES

Mode Anesthesie

Type Hysterotomie

Incident Per Operatoire

Geste Associe

Suite Poste Operatoire

Type Delivrance

Revision Uteriene

PRONOSTIC MATERNEL

Duree Hospit

Complication Per Op

Complication Poste Op

Mortalite

PRONOSTIC FOETAL

Apgar 1 Minute

Apgar 5 Minute

Poids

Sexe

Aspect

Vitamine K

H B 1

Complication NNE

Malformation



Résultats

1. PRESENTATION DE LA MATERNITE A SIDI LAHCEN

La Maternité se trouve au rez-de-chaussée de l'hôpital, elle comprend :

- Une salle d'accouchement à 2 lits
- 16 lits répartis en 4 salles
- 2 places pour réception des nouveau-nés
- 2 salles pour consultation avec échographie
- Un bureau de major

La salle d'opération et de réanimation post opératoire est en dehors du service

Le personnel médical comprend :

- 4 gynéco-obstétriciens
- 21 sages-femmes

Les moyens :

La Maternité ne dispose pas de sa propre salle d'opération.

l'hôpital ne dispose que de deux salles d'opération pour les 4 services, avec priorité au cas urgent :

- Traumatologie
- Chirurgie pédiatrique
- Gynécologie
- Chirurgie générale

A noter que les horaires du bloc sont : de 8h30 à 16h30

2. PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE

2.1. Evolution du nombre et du Taux de césariennes à l'hôpital

Selon les données du bureau des statistiques à la Délégation préfectorale de la Santé Skhirat-Temara.

En 2018 :

- 2316 accouchements ont été effectués en milieu surveillé (3 maisons d'accouchements et l'Hôpital Sidi Lahcen).
 - Naissances attendues : 10275
- Ainsi on déduit un Taux de 22.54% de couverture des accouchements en milieu surveillé.

2.1.1. Evolution du nombre de césariennes

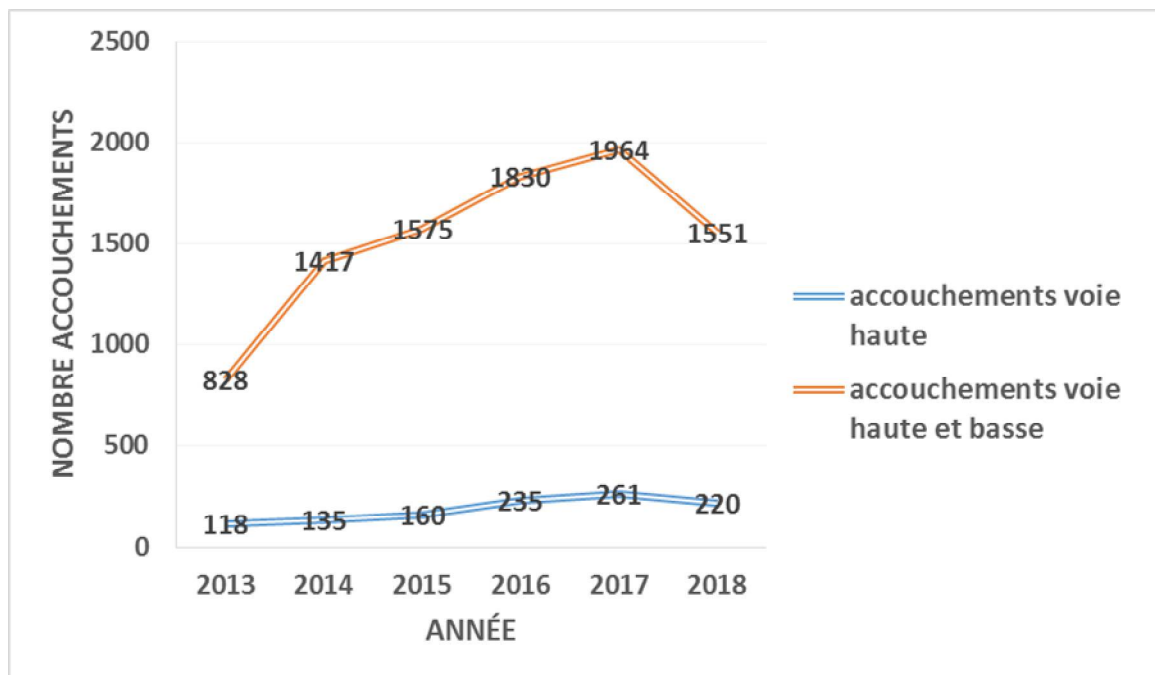


Figure 1: Evolution du nombre de césariennes pendant la période 2013-2018

2.1.2. Evolution du taux de césariennes

On calcule le taux de césariennes suivant la formule ci-dessous :

$(\text{Nombre de césariennes} * 100) / \text{Nombre de naissances attendues}$

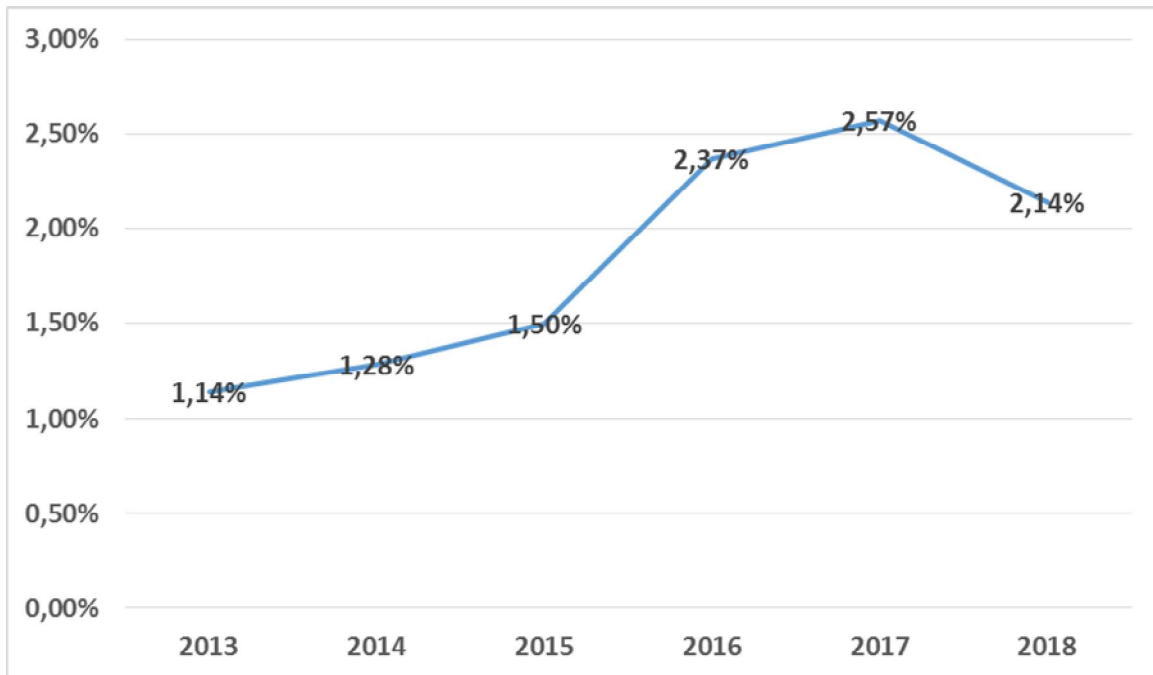


Figure 2: Evolution du nombre de césariennes pendant la période 2013-2018

2.2. Proportion des césariennes

Parmi 1551 accouchements effectués à la Maternité durant l'année 2018, 220 se sont fait par voie haute faisant une proportion de 14.5%.

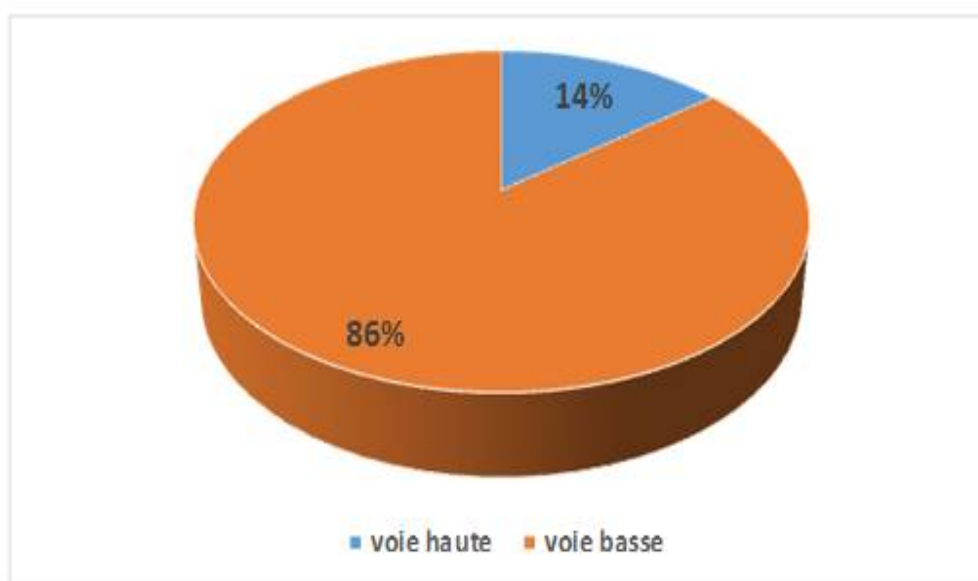


Figure 3: Répartition des parturientes selon la voie d'accouchement

2.3. Age

Sur les 220 cas étudiés, l'âge moyen est de 30,8.

Le diagramme ci-dessous illustre la répartition des césariennes selon l'âge des parturientes.

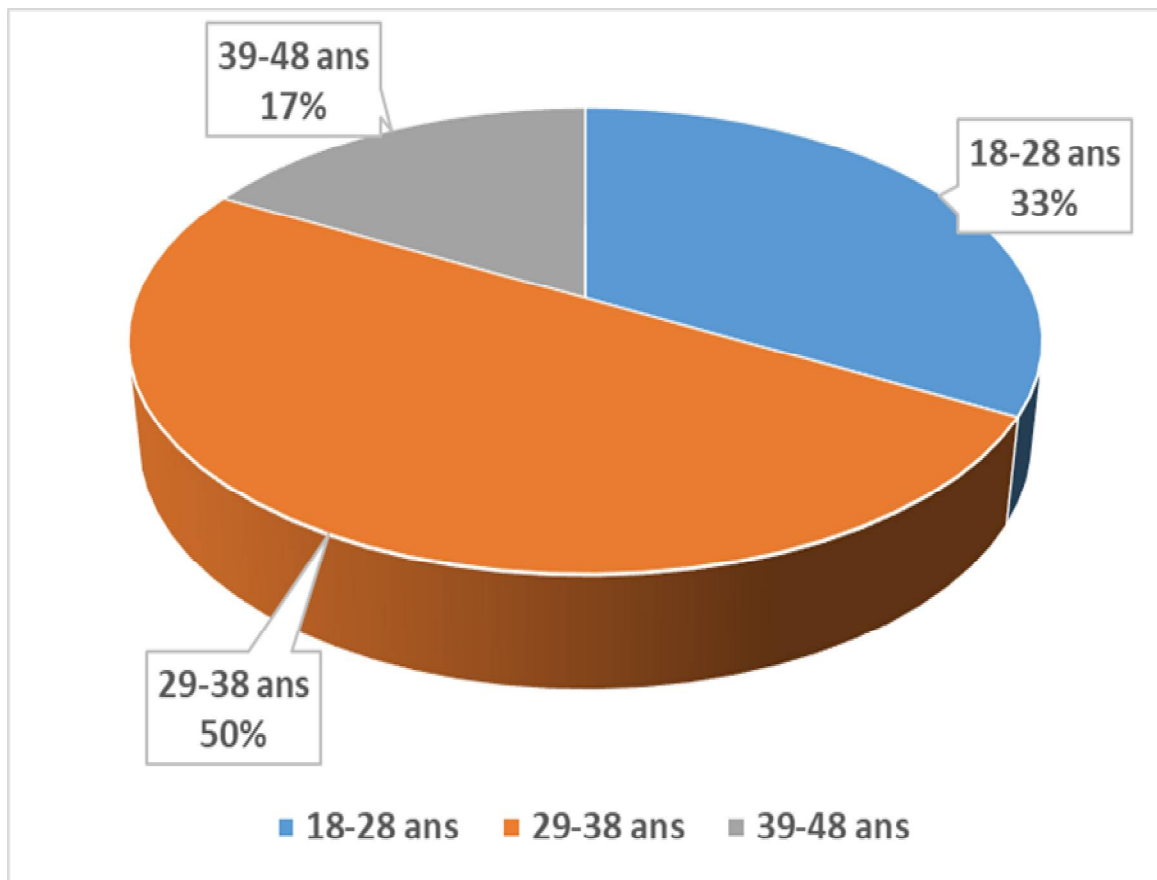


Figure 4 : Répartition des parturientes selon l'âge d'accouchement

2.4. La parité

On définit les 4 types de parité suivants :

- Primipare : femme ayant eu **un** accouchement
- Paucipare : femme ayant eu **2 à 3** accouchements
- Multipare : femme ayant eu **4 à 5** accouchements
- Grande multipare : femme ayant eu **plus de 5** accouchements

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des césariennes selon la parité des parturientes :

Tableau I : Répartition des césariennes selon la parité

La parité	Nombre de cas	Pourcentage
Primipare	43	20%
Paucipare	122	55%
Multipare	41	19%
Grande multipare	14	6%

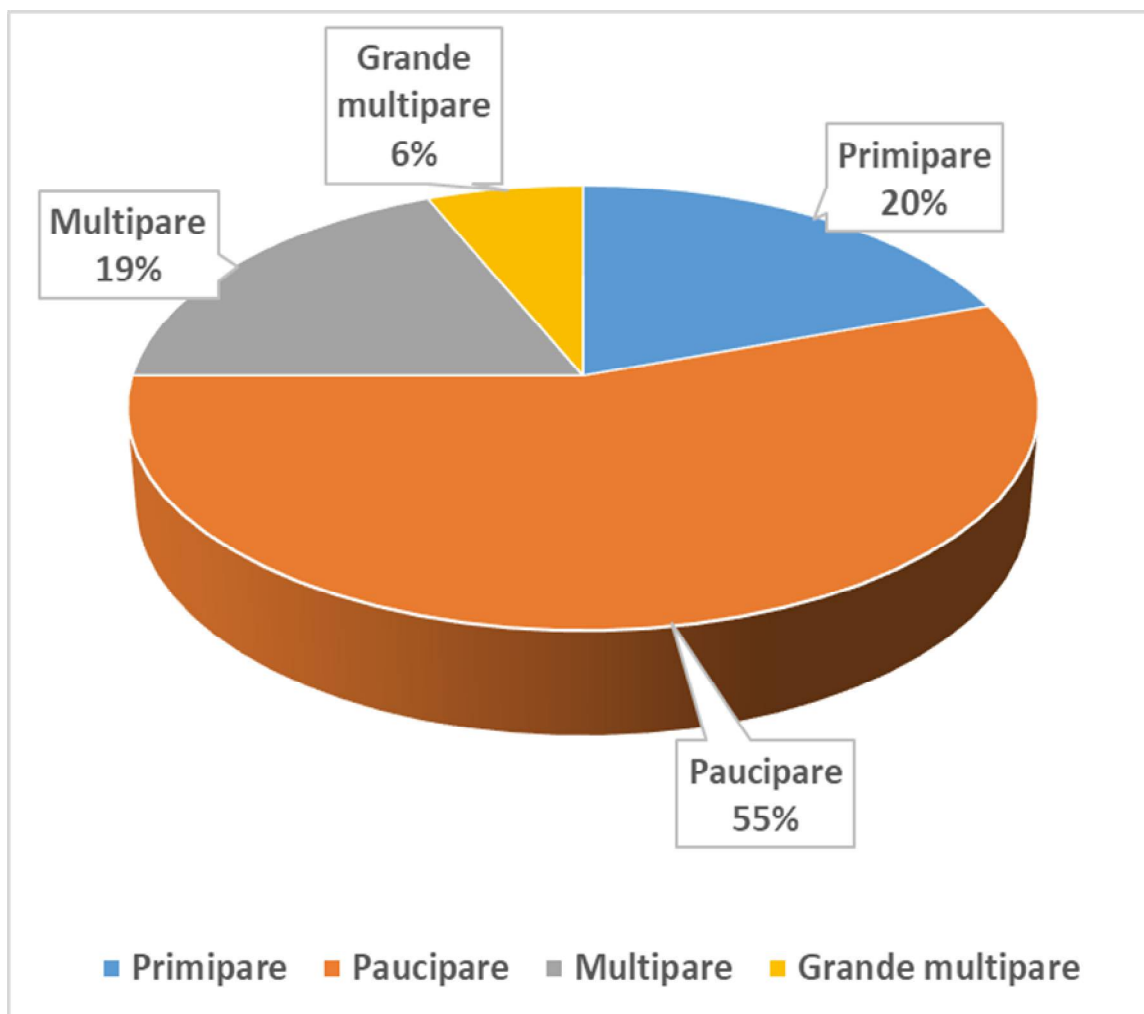


Figure 5 : Répartition des parturientes selon la parité

2.5. Provenance :

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des césariennes selon la provenance (Urbaine/Rurale) des parturientes.

Tableau II : Répartition des césariennes selon la provenance

La zone	Nombre de cas	Pourcentage
Zone urbaine	114	52%
Zone rurale	106	48%

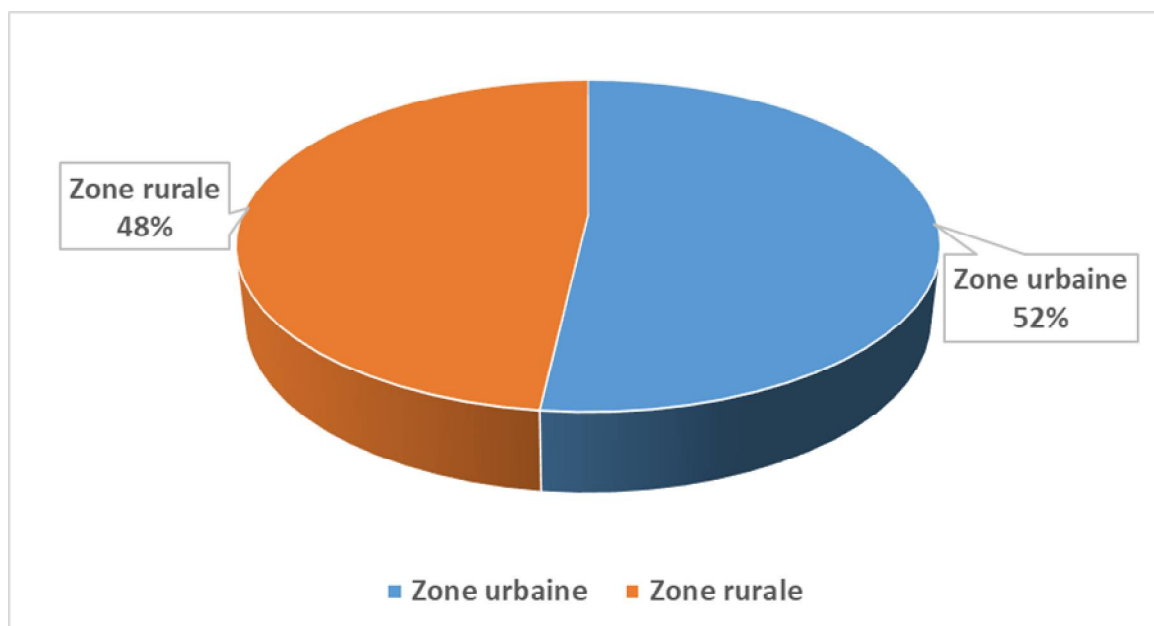


Figure 6: Répartition des parturientes selon la provenance

3. ANTÉCÉDENTS :

3.1. Antécédents médicaux :

Des antécédents médicaux ont été retrouvés chez 21 cas parmi les 220 dossiers étudiés, soit une proportion de 9.5%. Ainsi, et comme illustré dans le tableau, Le diabète et l'hypertension artérielle représentent la plus grande proportion parmi tous ces antécédents médicaux.

Tableau III : Répartition des césariennes selon les antécédents médicaux

Antécédents Médicaux	Nombre de cas	Pourcentage
Aucun	199	90.4%
Asthme	3	1.4%
Hypertension artérielle	5	2.2%
Hépatite B	1	0.5%
Goitre	1	0.5%
Hypothyroïdie	1	0.5%
Hyperthyroïdie	1	0.5%
Diabète	9	4%

3.2. Antécédents chirurgicaux

Des antécédents chirurgicaux ont été retrouvés chez 3 cas parmi les 220 dossiers étudiés, soit une proportion de 1.5%.

Tableau IV: Répartition des césariennes selon les antécédents chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Nombre de cas	Pourcentage
Aucun	217	98.5%
Opérée pour fracture jambe droite	1	0.5%
Appendicectomie	1	0.5%
Opérée pour Kyste ovarien	1	0.5%

3.3. Antécédents gynécologiques :

Des antécédents gynécologiques ont été retrouvés chez 75 cas parmi les 220 dossiers étudiés, soit une proportion de 34%. Ainsi, et comme illustré dans le tableau ci-dessous, L'avortement représente la plus grande proportion parmi tous ces antécédents gynécologiques.

Tableau V: Répartition des césariennes selon les antécédents gynécologiques

Antécédents gynécologiques	Nombre de Cas	Pourcentage
Aucun	145	66%
Avortement	46	21%
Mort-né	26	12%
Stérilité	3	1%

3.4. Antécédents obstétricaux :

Les antécédents obstétricaux ont été mentionnés pour 139 parturientes parmi les 220 cas étudiés.

Tableau VI: Répartition des césariennes selon les antécédents obstétricaux

Antécédents obstétricaux	Nombre de Cas	Pourcentage
Aucun	81	37%
Utérus cicatriciel	82	37%
Utérus doublement cicatriciel	49	22%
Utérus triplement cicatriciel	8	4%

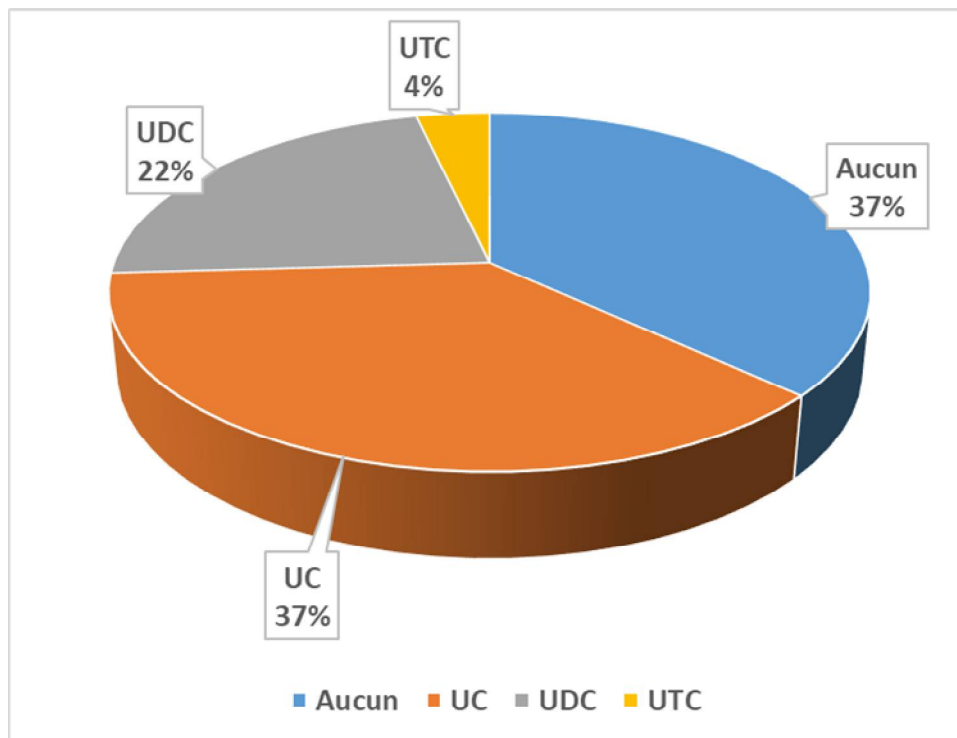


Figure 7: Répartition des parturientes selon les antécédents obstétricaux

4. GROSSESSE

4.1. Suivi de la grossesse

Dans notre étude, 179 parturientes ont été suivies ,2 non suivies. Le reste des dossiers (39 dossiers) ne mentionnent pas l'information concernant le suivi.

Tableau VII: Répartition des césariennes selon le suivi de la grossesse

Le suivi de grossesse	Nombre de cas	Pourcentage
Suivi effectué	179	81%
Suivi non effectué	2	1%
Non défini	39	18%

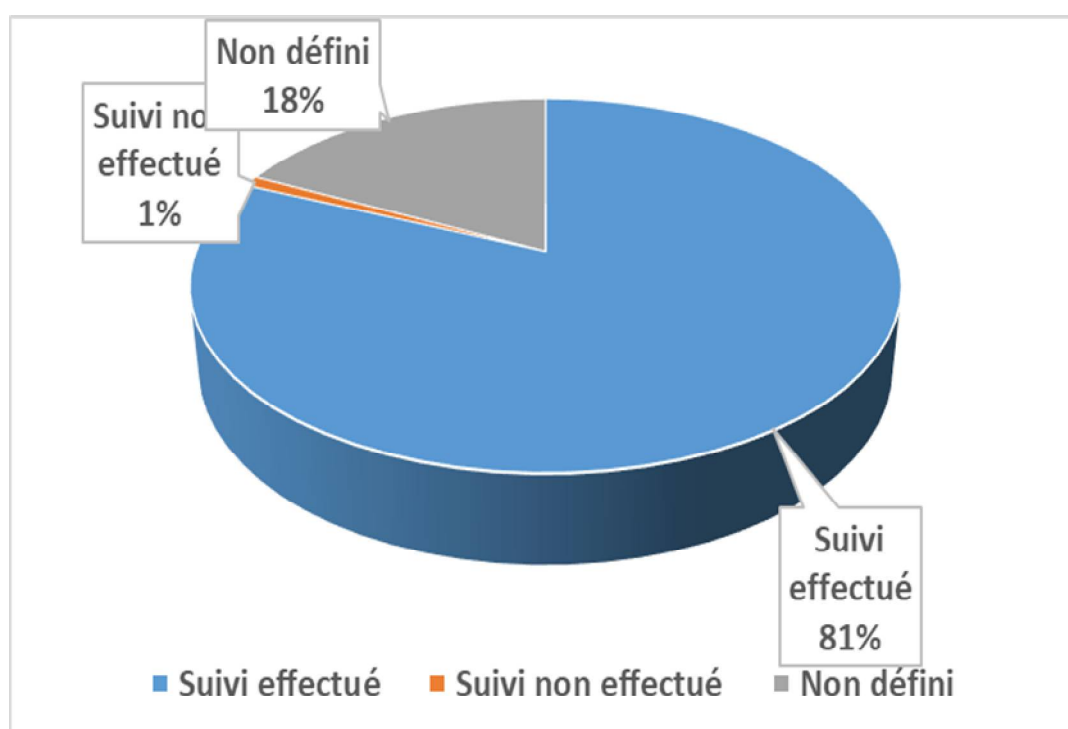


Figure 8: Répartition des césariennes selon le suivi de la grossesse des parturientes

4.2. Age gestationnel

L'estimation de l'âge gestationnel se base sur la date des dernières règles et/ou les données de l'échographie du 1er trimestre.

On décrit un accouchement comme étant « A terme » si l'âge gestationnel est compris entre 37 et 42 SA *. Un âge gestationnel inférieur à 37 SA est considéré comme étant « Avant terme », il est considéré comme étant « post terme » lorsqu'il est supérieur à 42 SA

*SA : Semaine d'aménorrhée

L'étude des 220 dossiers a permis de relever l'âge gestationnel pour 204 parturientes, les 16 dossiers restants ne mentionnent pas cette information.

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des césariennes selon l'âge gestationnel des parturientes lors de l'accouchement.

Tableau VIII : Répartition des césariennes selon l'âge gestationnel lors de l'accouchement

Terme de grossesse	Nombre de cas	Pourcentage
Avant terme	3	1%
A terme	160	73%
Post-terme	41	19%
Non précisé	16	7%

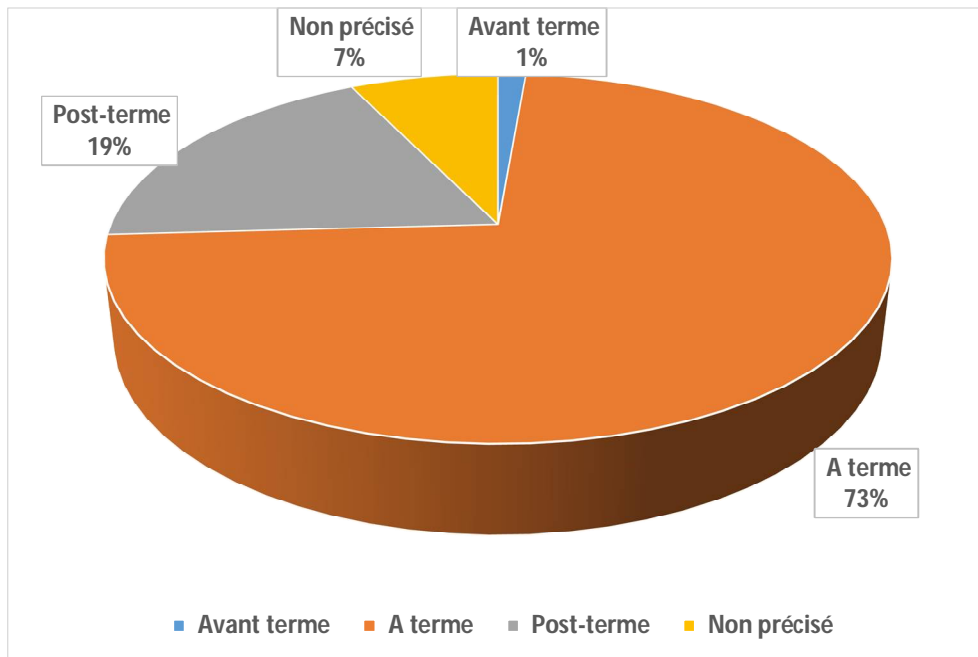


Figure 9: Répartition des parturientes selon l'âge gestationnel

4.3. Intervalle inter-génésique chez la femme avec utérus cicatriciel

Parmi les 220 dossiers étudiés, 75 mentionnent l'intervalle inter-génésique.

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des césariennes selon l'intervalle inter-génésique.

Tableau IX: La fréquence de la césarienne selon l'intervalle inter-génésique

L'intervalle inter-génésique	Nombre de cas	Pourcentage
5 ans	21	10%
4 ans	18	8%
3 ans	12	5%
2 ans	18	8%
1 année	6	1%
Non mentionné	145	66%

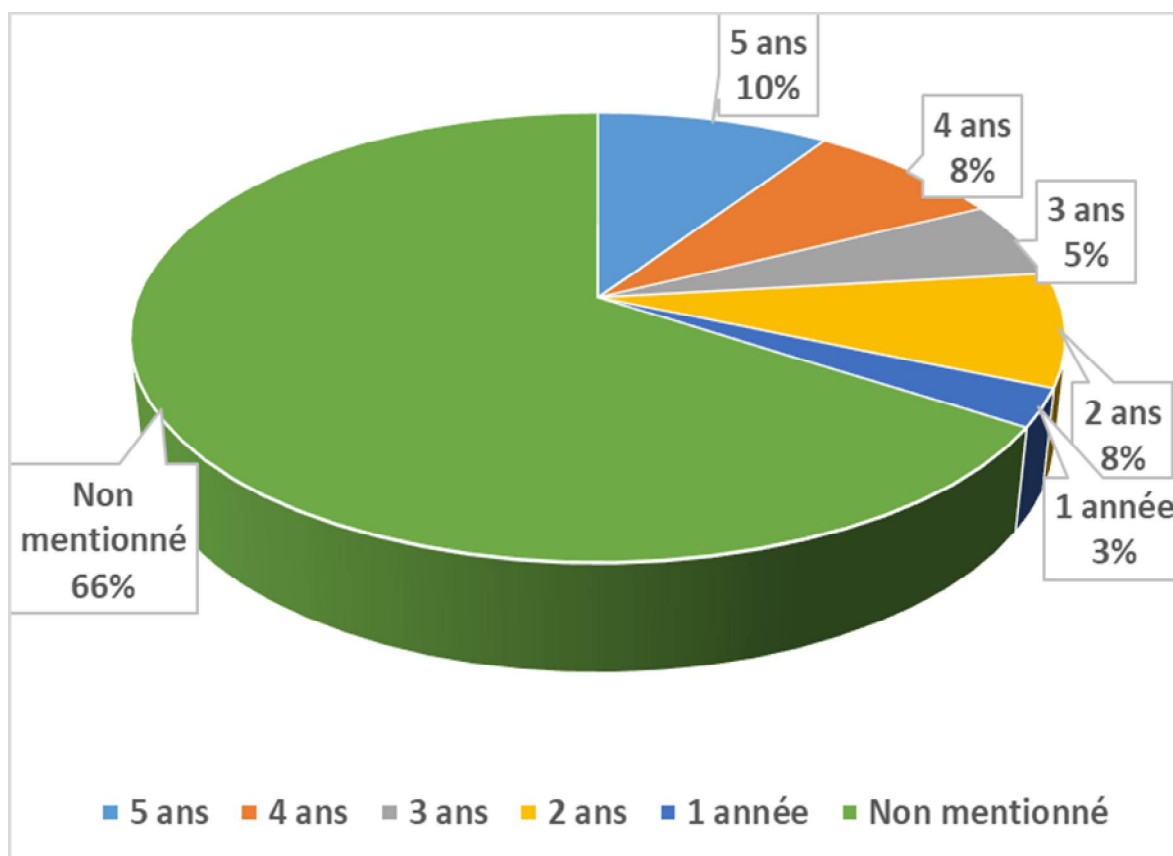


Figure 10: Répartition des parturientes selon l'intervalle inter-génésique

5. EXAMEN OBSTÉTRICAL

5.1. La dilatation cervicale :

Parmi les 220 dossiers étudiés, 145 mentionnent la dilatation cervicale au moment de la réception de la parturiente.

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des césariennes selon la dilatation cervicale au moment de la réception de la parturiente.

Tableau X: La répartition des césariennes selon la dilatation cervicale des parturientes

La dilation cervicale en cm	Nombre de cas	Pourcentage
Moins ou égale 3cm	138	63%
Entre 4 et 8 cm	7	3%
Non mentionné	75	34%

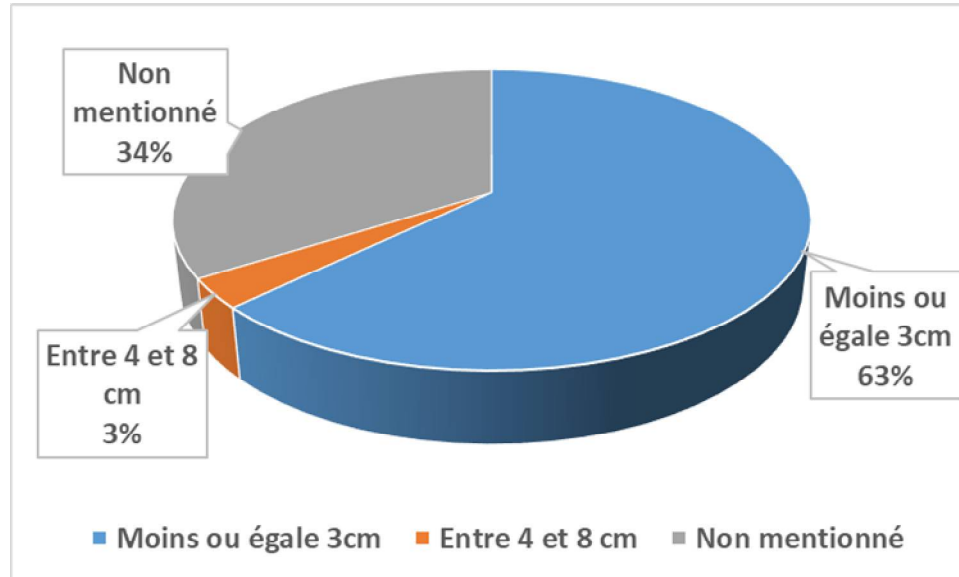


Figure 11: Répartition des parturientes selon la dilatation cervicale

5.2. La hauteur utérine :

Parmi les 220 dossiers étudiés, la hauteur utérine a été mentionné dans 133 dossiers.

Donc sur 133 parturientes, la hauteur utérine était :

- Normale chez 101 cas, soit une valeur entre 30-34cm
- Excessive chez 27 cas, soit une valeur supérieure à 34cm
- Diminuée chez 5 cas, soit une valeur inférieure à 30cm

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des césariennes selon la hauteur utérine.

Tableau XI: Répartition des césariennes selon la hauteur utérine

Hauteur utérine	Nombre de Cas	Pourcentage
Inférieur à 30 cm	5	2%
Entre 30 et 34 cm	101	50%
Supérieur à 34 cm	27	14%
Non mentionné	67	34%

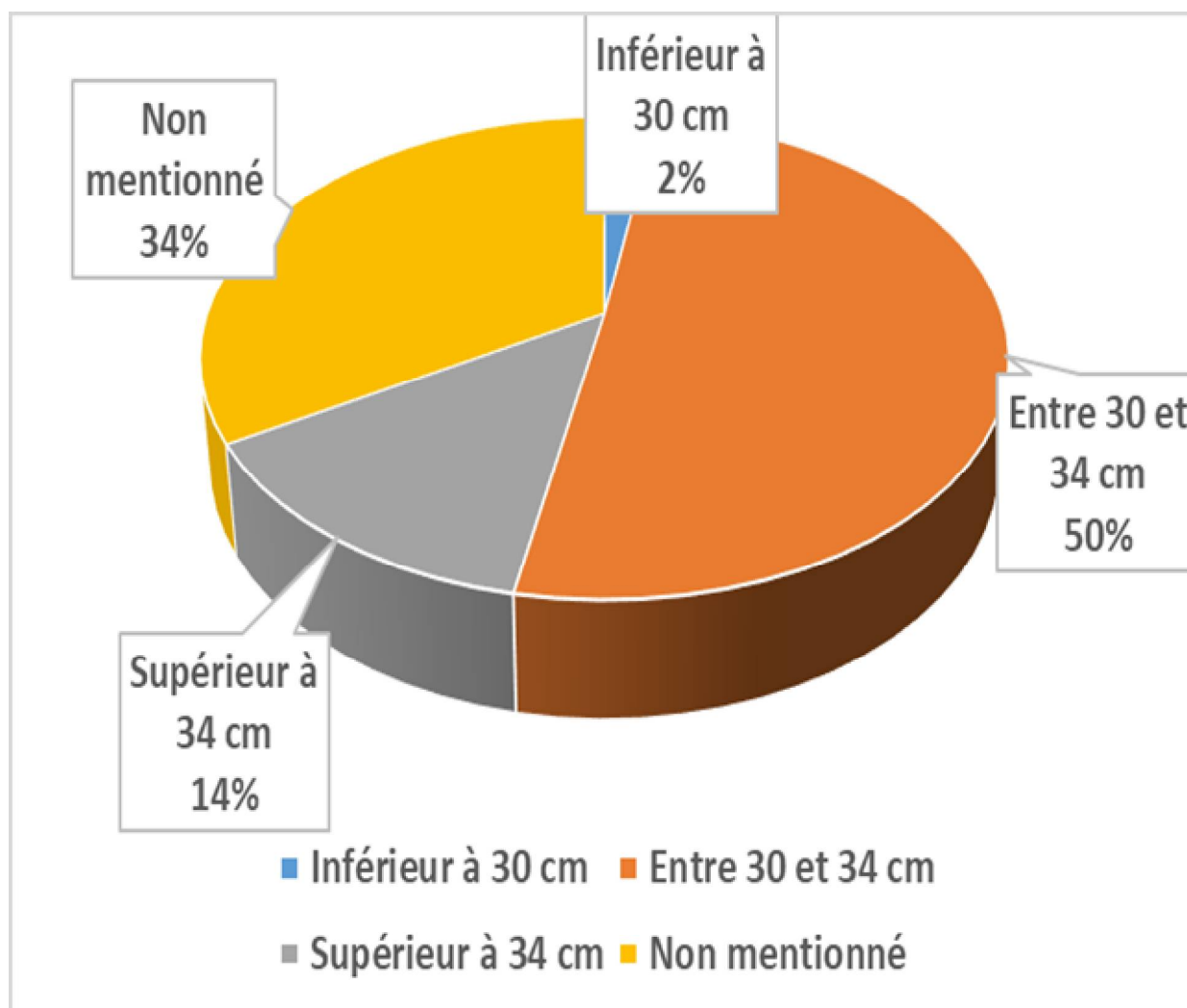


Figure 12: Répartition des parturientes selon la hauteur utérine

5.3. L'état de la poche des eaux:

Parmi les 220 dossiers étudiés, l'état de la poche des eaux a été mentionné dans 131 dossiers.

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des césariennes selon l'état de la poche des eaux.

Tableau XII: Répartition des césariennes selon l'état de poche des eaux

Etat de poche des eaux	Nombre de Cas	Pourcentage
Intacte	110	50%
Rompue	21	10%
Non mentionné	89	40%

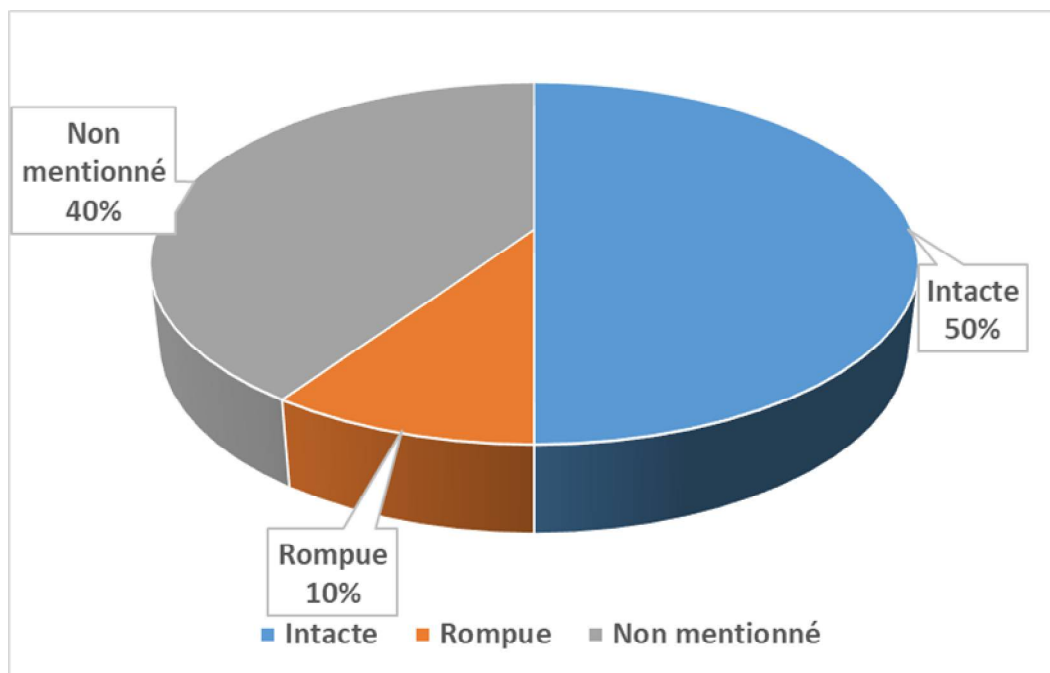


Figure 13: Répartition des parturientes selon l'état de poche des eaux

5.4. Le liquide amniotique :

Parmi les 220 dossiers étudiés, l'état de liquide amniotique était identifié chez 21 parturientes avec poche des eaux rompue

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des césariennes selon l'état du liquide amniotique.

Tableau XIII: Répartition des césariennes selon l'état du liquide amniotique

Liquide amniotique	Nombre de Cas	Pourcentage
Clair	6	3%
Teintée	9	4%
Purée de pois	3	1%
Non mentionné	199	92%

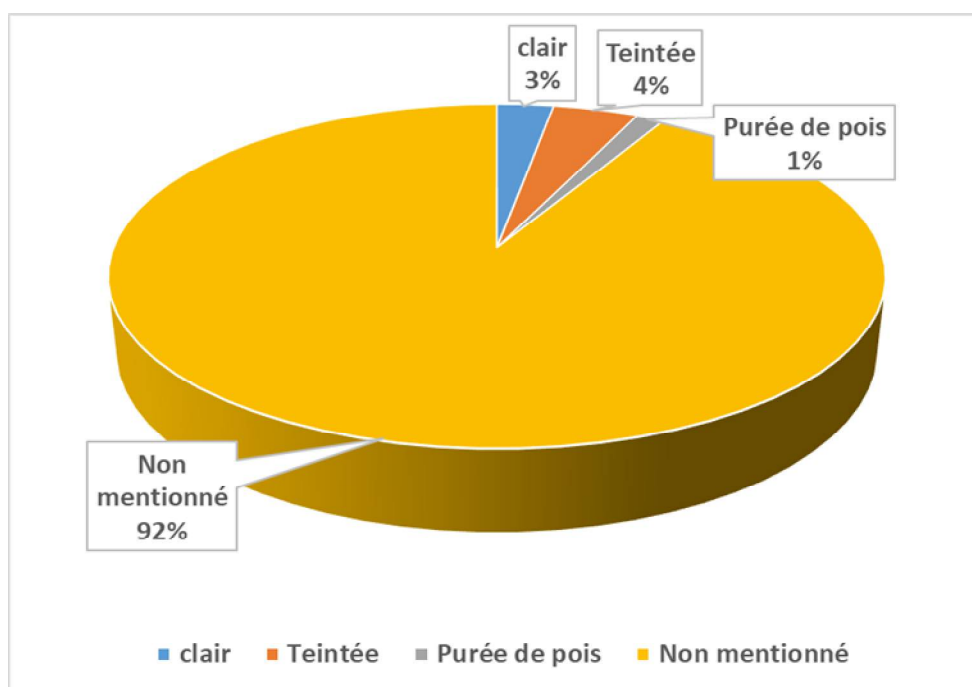


Figure 14: Répartition des parturientes selon l'état du liquide amniotique

5.5. Etat du bassin :

Parmi les 220 dossiers étudiés, l'état du bassin a été mentionné dans 47 dossiers

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des césariennes selon l'état du bassin.

Tableau XIV: Répartition des césariennes selon l'état du bassin

Etat du bassin	Nombre de Cas	Pourcentage
Normal	21	9%
Rétréci	26	12%
Non mentionné	173	79%

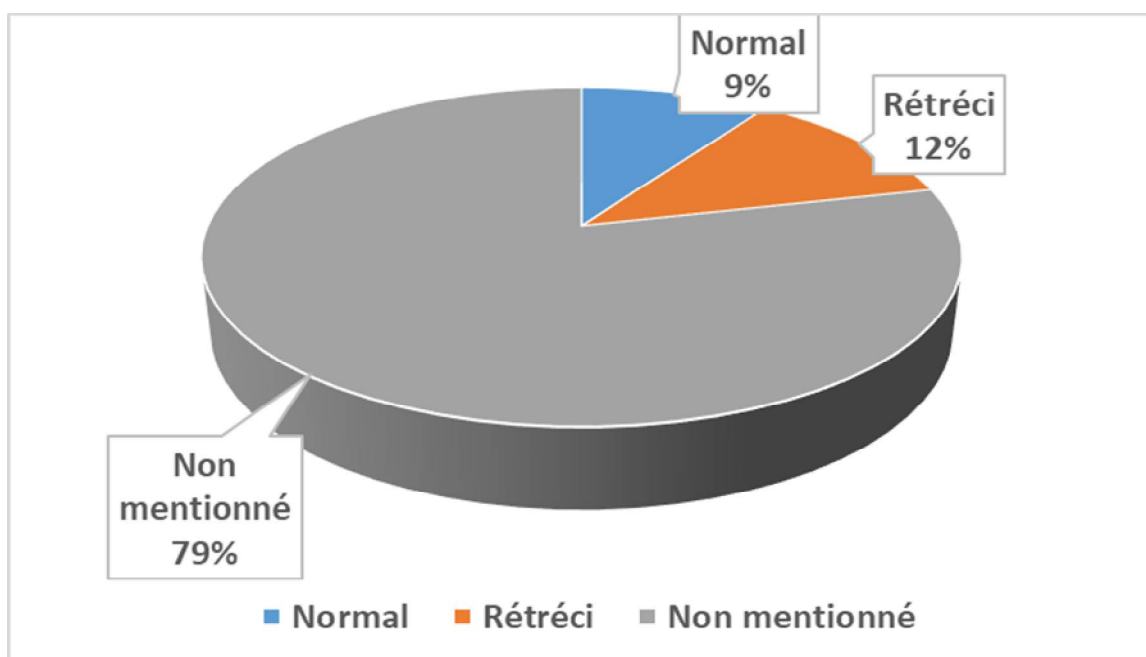


Figure 15: Répartition des parturientes selon l'état du bassin

5.6. Hémogramme :

Nous avons considéré une femme anémique lorsque son hémogramme révèle une valeur d'hémoglobine inférieure à 11.5g/dl.

Parmi les 220 dossiers étudiés, la numération formule sanguine a été effectuée chez 175 parturientes.

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des césariennes selon la valeur de l'hémoglobine

Tableau XV: Répartition des césariennes selon la valeur de l'hémoglobine

Valeur hémoglobine	Nombre de Cas	Pourcentage
Supérieure ou égale à 11.5g/dl	120	55%
Inférieur à 11.5g/dl	55	25%
Non mentionné	45	20%

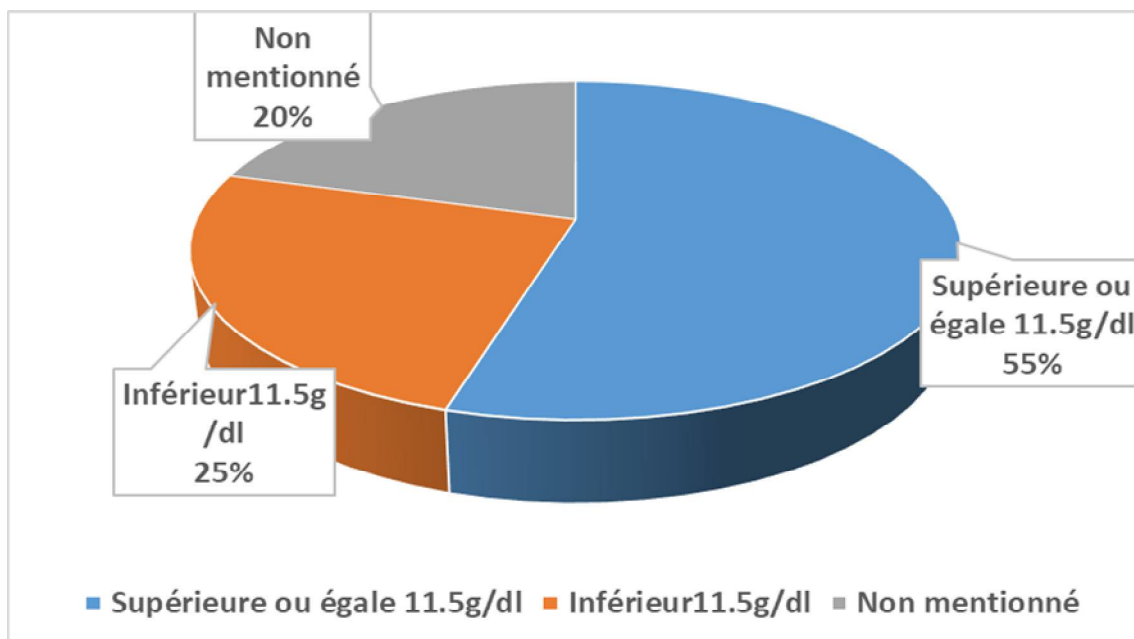


Figure 16: Répartition des parturientes selon la valeur de l'hémoglobine

6. DÉROULEMENT DE LA CÉSARIENNE :

6.1. La césarienne urgente ou programmée ?

Parmi les 220 dossiers étudiés, la césarienne a été programmée pour 172 parturientes et effectuée en urgence pour 48 parturientes.

Le diagramme ci-dessous illustre la répartition des césariennes selon l'urgence.

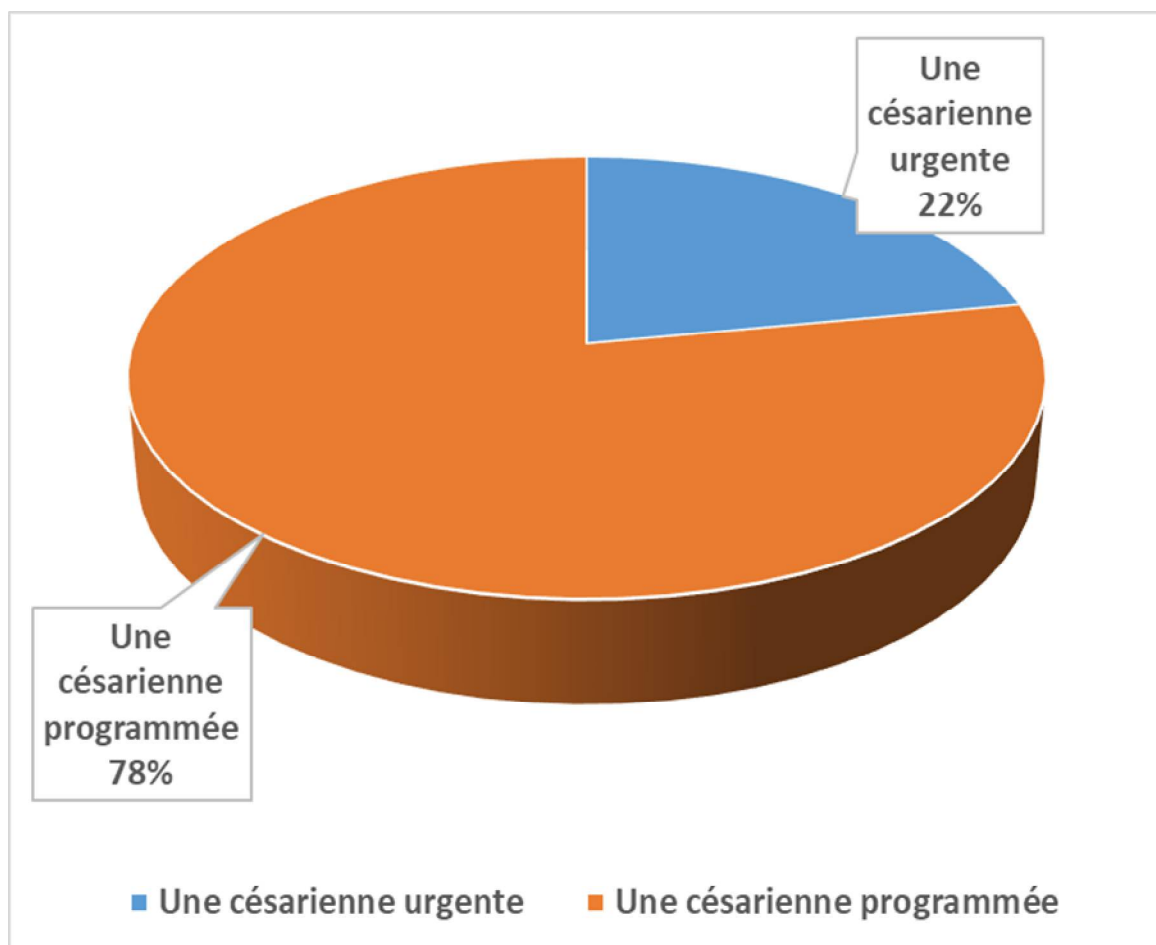


Figure 17: Répartition des parturientes selon l'urgence de la césarienne

6.2. Césarienne et travail

Une césarienne peut être effectuée au cours du travail pour l'une des raisons suivantes :

- Une pathologie maternelle
- SFA
- Sauvetage materno-foetal comme l'éclampsie
- Dystocie dynamique ou mécanique

Parmi les 220 dossiers étudiés, 167 mentionnent l'information affirmant si oui ou non la césarienne s'est effectuée pendant le travail.

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des césariennes selon que la parturiente soit en travail ou non.

Tableau XVI: Répartition des césariennes selon que la femme soit en travail ou non

Moment de la césarienne	Nombre de Cas	Pourcentage
En dehors du travail	103	47%
Au cours du travail	64	29%
Non mentionné	53	24%

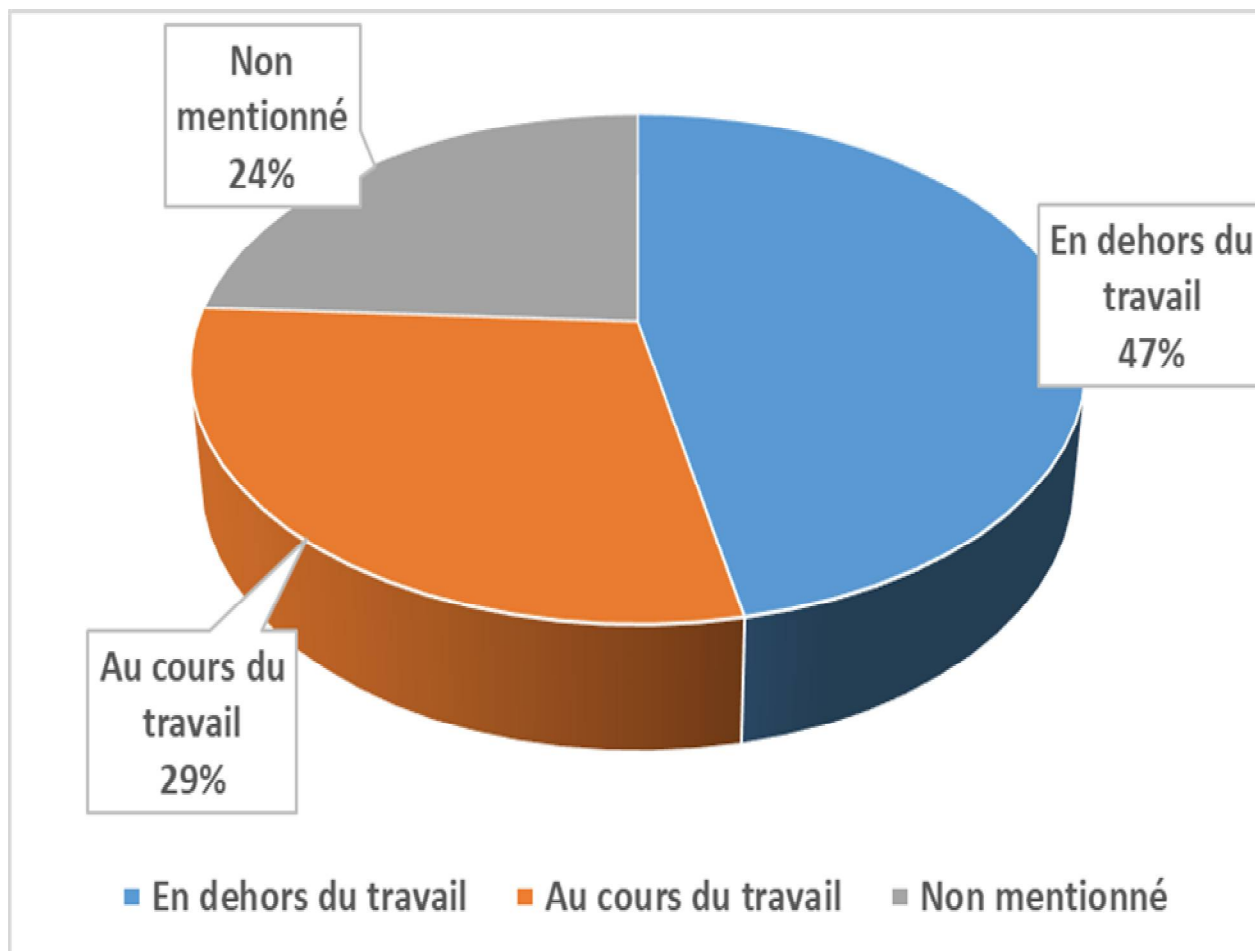


Figure 18: Répartition des parturientes selon que la femme soit en travail ou non

6.3. Indications de la césarienne

L'étude des dossiers des 220 parturientes montre l'existence d'une à plusieurs indications de césarienne pour chaque cas. Soit un total de 301 indications.

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des césariennes selon les indications.

Tableau XVII: Répartition des césariennes selon les indications

Indications de la césarienne	Nombre de Cas	Pourcentage
Utérus cicatriciels	139	46%
Utérus cicatriciel	82	
Utérus doublement cicatriciel	49	
Utérus triplement cicatriciel	8	
Souffrance fœtale	40	13%
Souffrance fœtale aigue(SFA)	20	
Dépassement de terme (SFC)	18	
RCIU(SFC)	2	
Les dystocies	17	6%
Dystocie dynamique	9	
Défaut d'engagement à dilatation complète	3	
Disproportion foeto-pelvienne	1	
Bishop défavorable	4	
Présentations dystociques	23	7%
Présentation de siège	17	
Présentation de front	3	
Présentation transverse	1	
Présentation de face	1	
Présentation d'épaule	1	
Indications fœto-annexielles	29	9%
RPM	1	
Placenta prævia	1	
HRP	1	
Anamnios	4	
Hydramnios	1	
Oligoamnios	3	
Macrosomie	18	
Pathologies maternelles	57	19%
Pré-éclampsie	4	
HTAG	4	
Diabète	8	
Bassin rétréci	27	
Grossesse gémellaire	2	
ATCDs MFIU	1	
ATCDs avortement	1	
Stérilité primaire	8	
Stérilité secondaire	1	
ATCDs fracture du bassin	1	

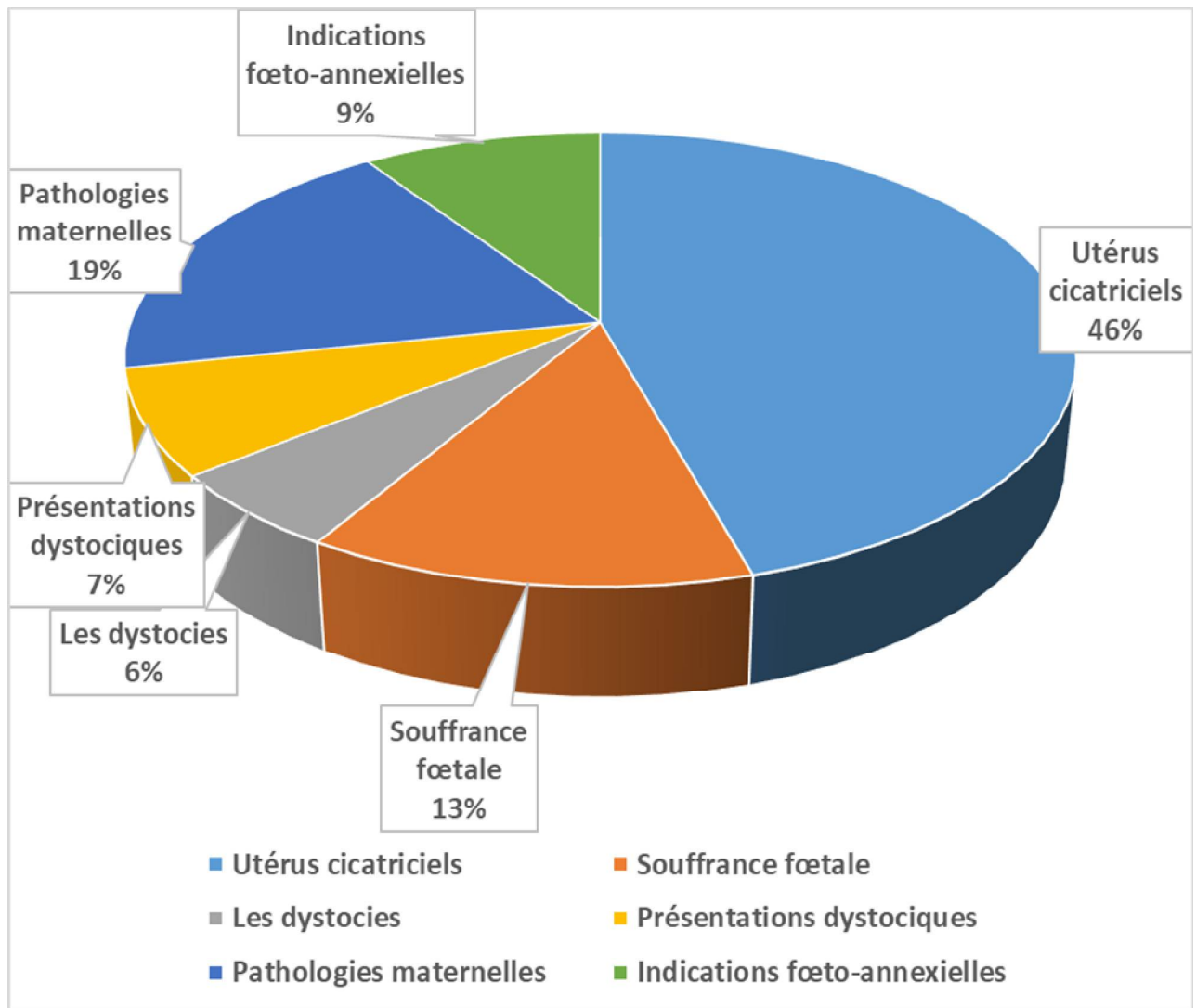


Figure 19: Répartition des césariennes selon l'indication

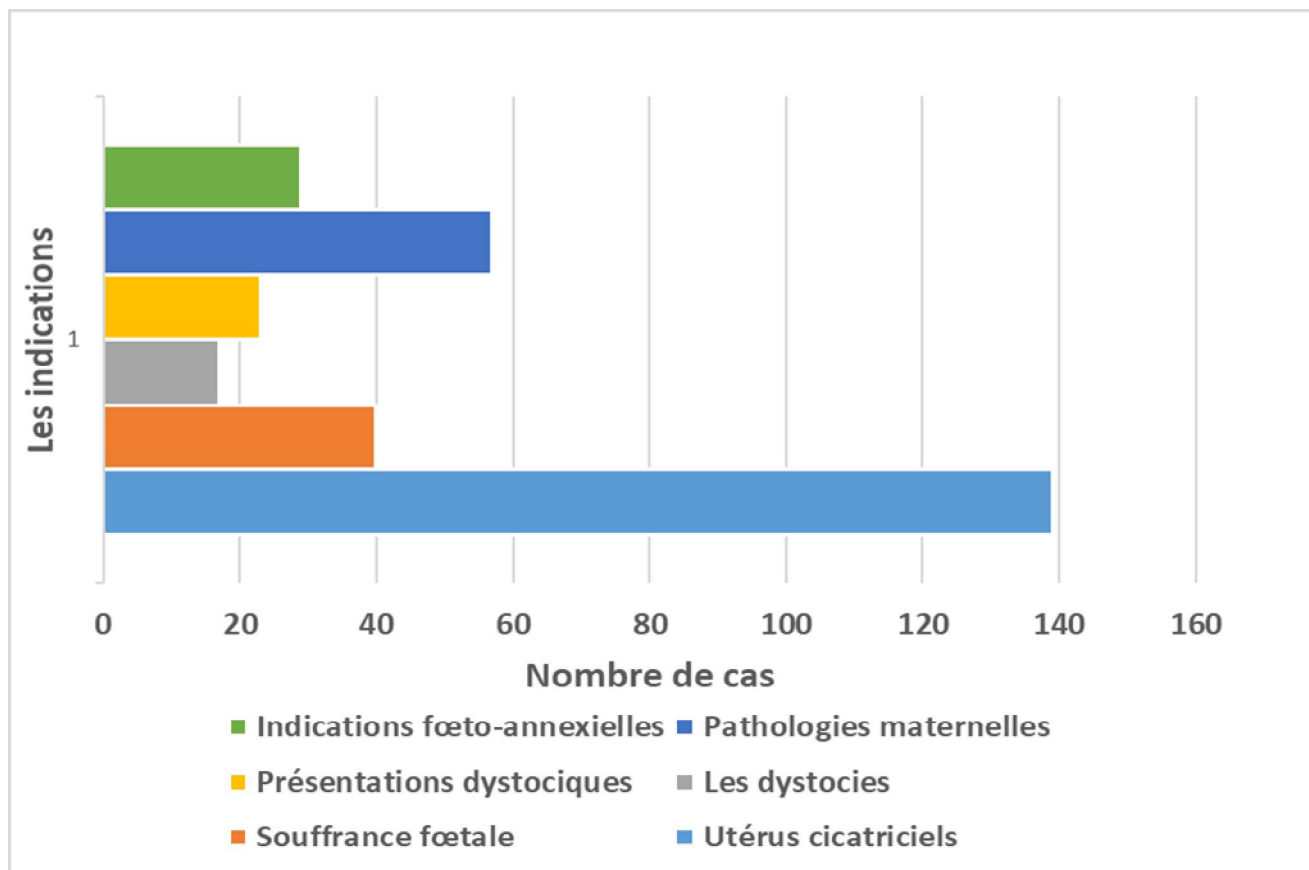


Figure 20: Répartition selon les indications de la césarienne

7. LE PRONOSTIC MATERNO-FŒTAL

7.1. Les gestes associés :

Nous avons pu constater que la ligature section des trompes a été réalisée chez 6 parturientes avec un utérus multi cicatriciel soit une proportion de 2.7%, et 8 parturientes LST était proposée et non faite.

7.2. La durée du séjour hospitalier :

La plupart de nos parturientes ont été hospitalisées pendant 3jours dans le service soit une proportion de 43.2%

Tableau XVIII: Répartition des césariennes selon la durée d'hospitalisation

Durée du séjour	Nombre de cas	Pourcentage
2 jours	2	1%
3 jours	95	43%
4 jours	91	41%
5 jours	32	15%

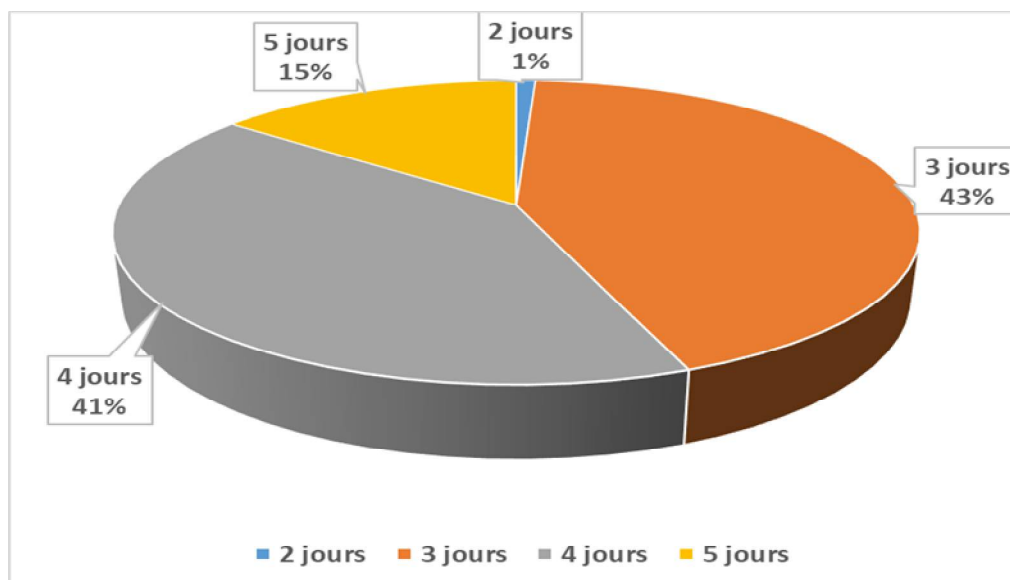


Figure 21: Répartition des césariennes selon la durée d'hospitalisation

7.3. Morbidité maternelle :

Parmi les 220 dossiers étudiés, 2 mentionnent un transfert en post-opératoire de 2 parturientes diabétiques au service de la réanimation de la Maternité Souissi. les dossiers des deux cas en question ne contiennent aucune information de suivi.

7.4. La mortalité materno-fœtale :

Aucun dossier parmi les 220 étudiés ne mentionne une mortalité materno-fœtale.

7.5. Caractéristiques des nouveau-nés :

7.5.1. Etat à la naissance (Apgar)

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar.

Tableau XIX: Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar

Score d'Apgar à la 1 ^{ère} minute	Nombre de cas	Pourcentage%	Score d'Apgar à la 5 ^{ème} minute	Nombre de cas	Pourcentage%
3	2	1%	6	1	0.6%
4	2	1%	8	3	1.4%
7	4	2%	10	207	94%
8	10	5%	-		
9	14	6%	-		
10	179	81%	-		
Non mentionné	9	4%	Non mentionné	9	4%

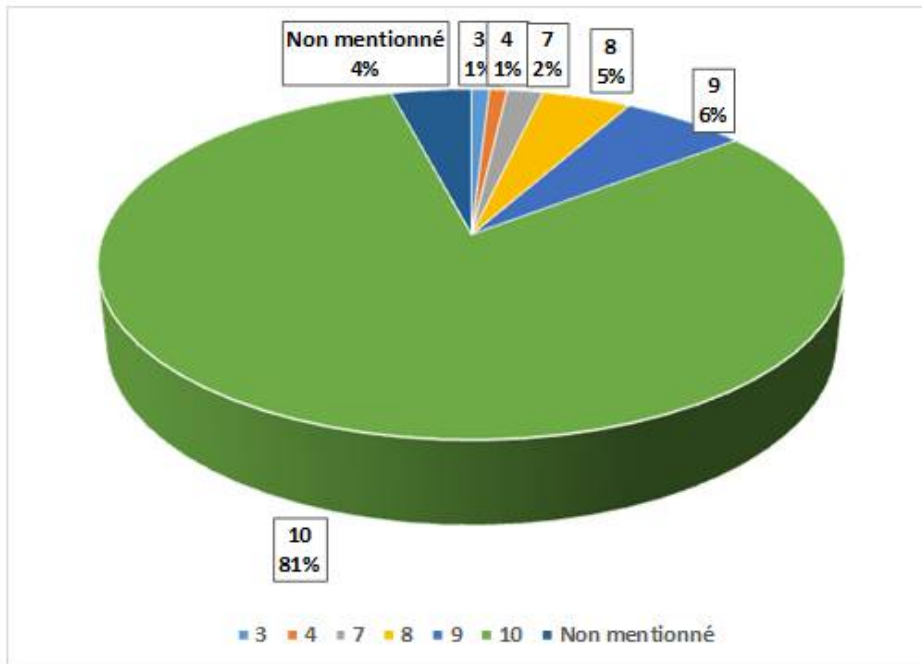


Figure 22: Répartition des nouveau-nés selon le score d’Apgar à la 1^{ère} minute

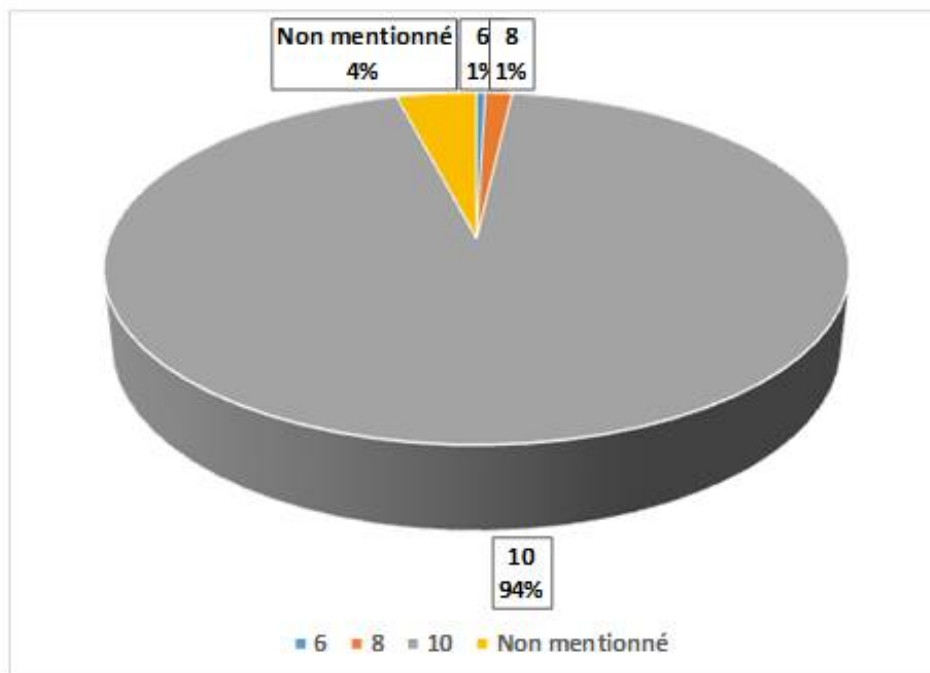


Figure 23: Répartition des nouveau-nés selon le score d’Apgar à la 5^{ème} minute

7.5.2. Poids de naissance :

Le tableau et le diagramme ci-dessous illustrent la répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance.

Tableau XX: Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

Le poids	Nombre de cas	Pourcentage%
Inférieur à 2500g	7	3%
Entre 2500 et 4000g	165	75%
Supérieur à 4000g	48	22%

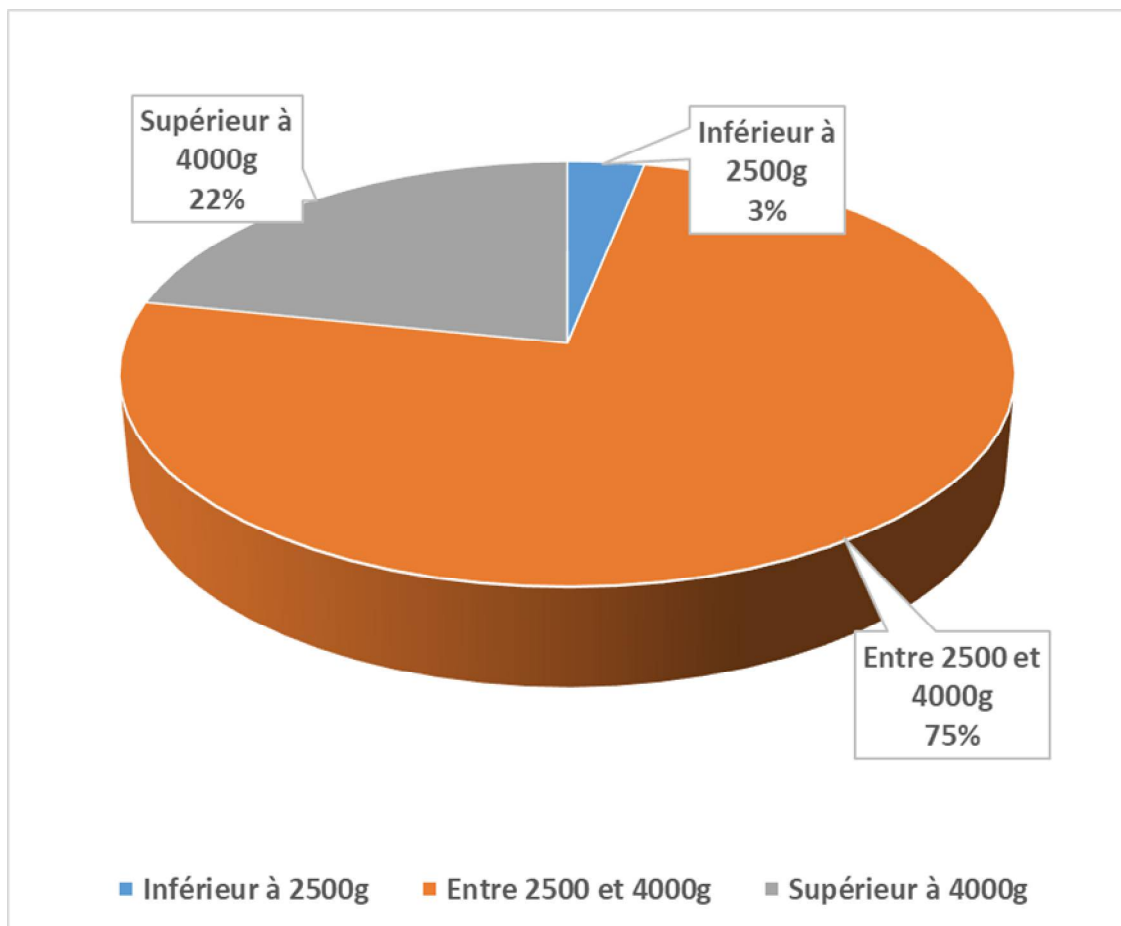


Figure 24: Répartition des nouveau-nés selon le poids de naissance

7.5.3. Sexe :

Le diagramme ci-dessous illustre la répartition des nouveau-nés selon le sexe du nouveau-né.

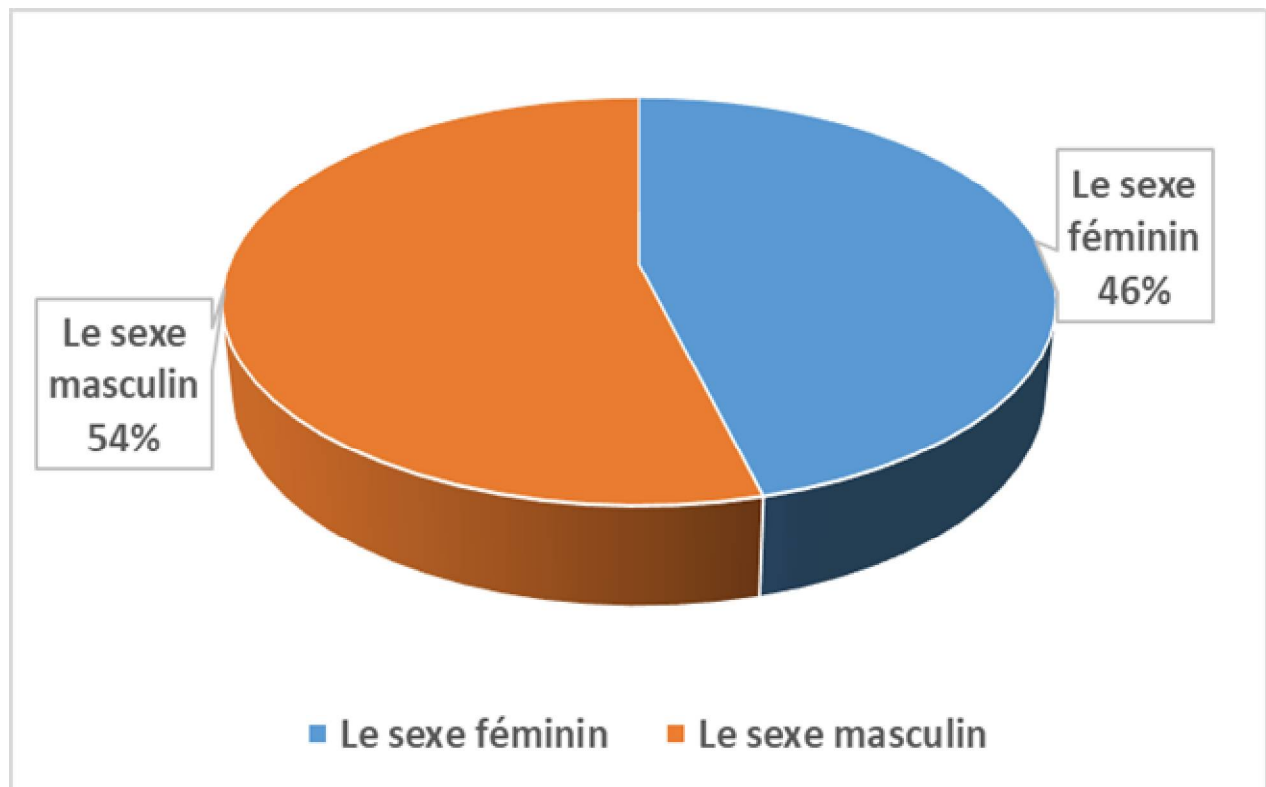


Figure 25: Répartition des nouveau-nés selon le sexe

7.6. Morbidité Néonatale :

La souffrance néonatale, La prématurité, la détresse respiratoire et l'infection néonatale sont les causes les plus fréquentes de la morbidité.

Parmi les 220 dossiers étudiés, 7 mentionnent la naissance de nouveau-nés avec des pathologies néonatales

Le diagramme ci-dessous illustre la répartition des nouveau-nés selon les pathologies néonatales.

Tableau XXI: La répartition des nouveau-nés selon les pathologies néonatales

Les pathologies néonatales	Nombre de cas	Pourcentage %
Hypoglycémie	1	0.5%
Détresse respiratoire	1	0.5%
Ictère néonatale	1	0.5%
Transfert en USI (cause indéfinie)	4	2%



Discussion

1. PROPORTION DE LA CÉSARIENNE

Nous avons enregistré 1551 accouchements dont 220 ont bénéficié d'une Césarienne, soit une fréquence de 14.5% et un taux de 2.14%, les tableaux suivants montre la proportion des accouchements (voie haute et basse) puis accouchement (voie haute seule) au niveau des 12 régions du Maroc selon l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale année 2018. [2]

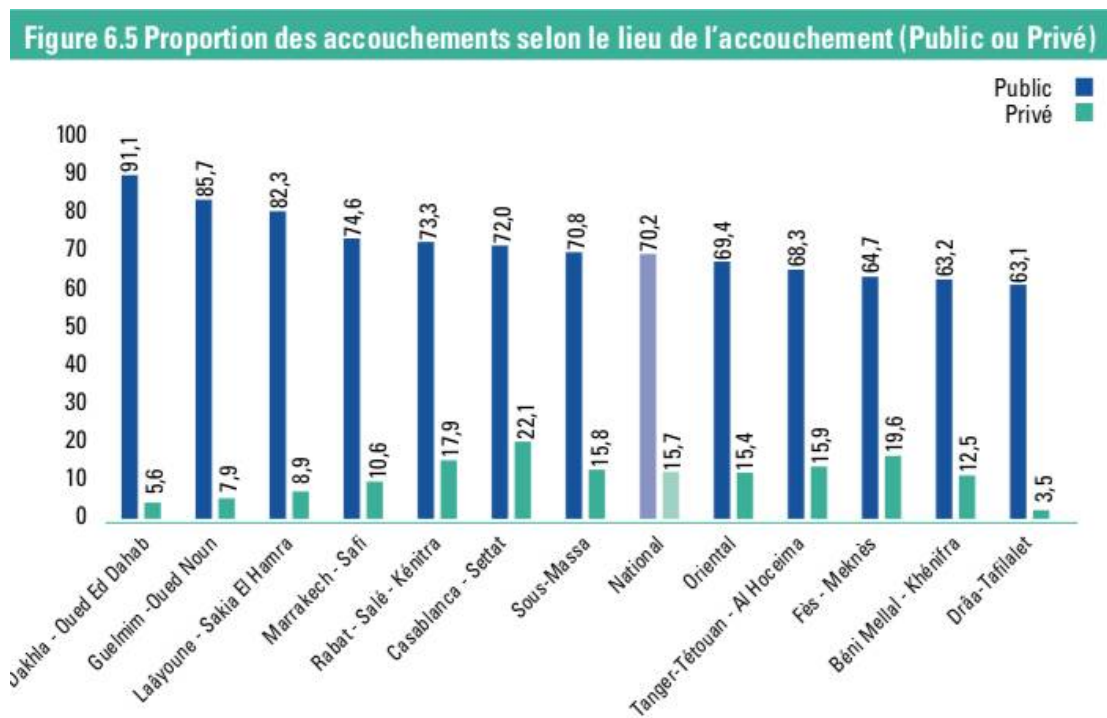


Figure 26: Proportion des accouchements selon le lieu de l'accouchement

Figure 6.6 Proportion des accouchements avec césarienne

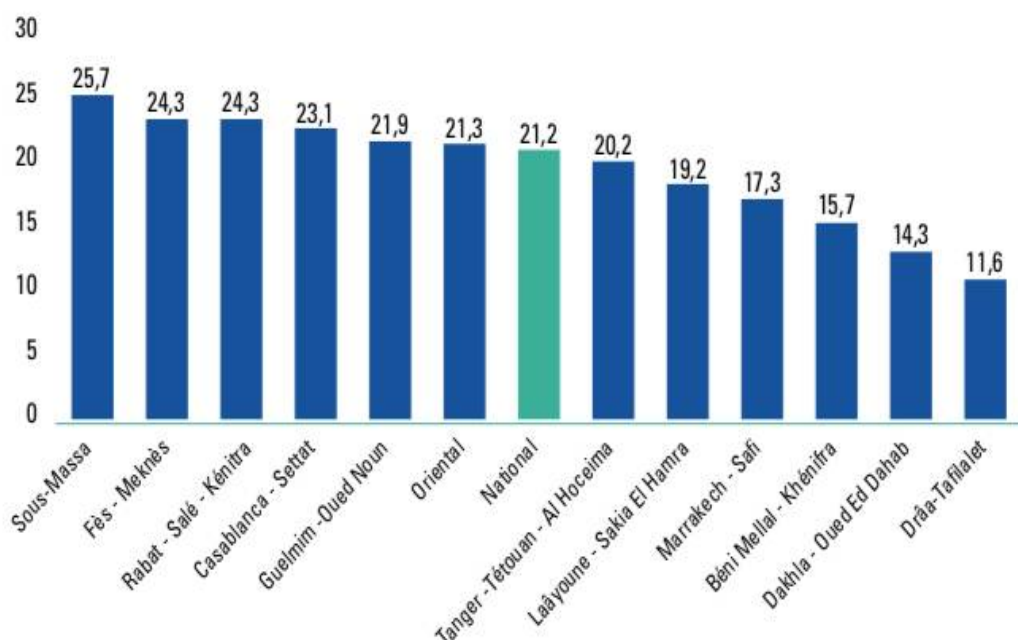


Figure 27: Proportion des accouchements avec césarienne

Au cours des dernières années, le pourcentage de césariennes a augmenté dans plusieurs pays dans le monde.

Selon les données de l’OMS « COMITÉ RÉGIONAL DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE Septembre 2018 » issues de 150 pays entre 1999 et 2014, 19 % de toutes les naissances ont lieu par césarienne, avec des taux compris entre 6 et 27,5 % dans les régions les moins développées et les plus développées respectivement.

Dans la Région de la Méditerranée orientale [15], le taux moyen de césarienne est de 21 %, et varie entre 52 % en Égypte (l'un des taux les plus élevés au monde) et 2 % en Somalie (le taux le plus faible).

La classification des 22 pays de la Région a révélé l'existence de trois groupes, après mesure selon le taux recommandé de l'OMS de 10 à 15 %.

Dans la Région :

- 14 % des pays affichent des taux de césarienne correspondant à la fourchette recommandée par l'OMS.
- 18 % ont des taux inférieurs à 10 %, qui sont l'expression d'un accès inégal à la césarienne dans les zones reculées.
- 68 % des pays ont un taux supérieur à 15 %.

Ce recours irrationnel à la procédure, malgré les progrès chirurgicaux et obstétricaux, a conduit à une augmentation des taux de complications associées.

Cette évolution de ces pourcentages de césarienne s'explique en partie par l'augmentation de l'âge maternel, de la prévalence de l'obésité, de la gémellité ainsi que du nombre d'utérus cicatriciels. L'apparition d'une nouvelle indication, savoir la césarienne dite de

« Convenance » tout comme les contraintes médico-légales de plus en plus pesantes contribuent aussi à l'augmentation de ce pourcentage.

Le taux de césariennes 2.14% constaté à l'Hôpital Sidi Lahcen reste très bas par rapport à celui recommandée par l'OMS. Cela revient au manque de la capacité litière de la Maternité à l'hôpital qui draine toute les césariennes de la

population de la préfecture de Temara-skhirat, ajoutant à cela 2 places au bloc pour toutes les spécialités avec absence de système de garde au-delà de 16h30.

Enfin, on souligne d'après une récente déclaration de l'organisation mondiale de la Santé (OMS) ; la priorité doit être donnée aux besoins des patientes, au cas par cas, et non pas viser un « taux cible » particulier. [3]

Et comme a déclaré Dr Marleen Temmerman, Directeur du Département OMS Santé et recherche génésiques [3]. « L'objectif prioritaire doit être de permettre aux femmes qui en ont besoin de bénéficier d'une césarienne, plutôt que de chercher à atteindre un taux particulier. »

2. AGE ET CESARIENNE :

L'étude des césariennes effectuées à Sidi Lahcen a permis de constater que la majorité des parturientes (50%) appartiennent à la tranche d'âge 29-38 ans.

Le tableau suivant illustre des exemples de la tranche d'âge représentant la proportion majoritaire des parturientes césarisées dans différentes séries Nationales :

Tableau XXII: La fréquence de la césarienne selon l'âge des parturientes césarisées dans différentes séries Nationales

Auteur	Année	Ville /Pays	Tranche d'âge la plus intéressée	Fréquence de césariennes
AFROUKH(10)	2014-2016	Khouribga	inf à 30 ans	55.91%
BENHAMMOU (11)	2015-2016	Taroudant	26-35 ans	49%
TAHILA(12)	2009/2010	Marrakech	21-29 ans	44,32%
JEBARA NAHY(13)	2001-2002	Casablanca	20-30 ans	47,15%
BOUAMAMA(14)	2006-2007	Fès	21-29 ans	49,32%
NOTRE SERIE	2018	Temara	29-38 ans	50%

Cette forte association entre âge et césarienne augmente continuellement avec l'âge des patientes. Ce lien paraît au moins en partie propre à l'âge maternel avancé lui-même, car il demeure un facteur indépendant de risque de césarienne, même lorsqu'il est corrigé pour l'indication maternelle de la césarienne. [9]

L'âge maternel avancé constitue un facteur indépendant pour la présence d'anomalie de présentation. Elle pourrait être attribuable à la détérioration de la fonction du myomètre. [9]

Chez les patientes nullipares, plus l'âge maternel avance, plus les patientes nécessitent un déclenchement artificiel du travail, une utilisation importante d'ocytocines et un recours plus fréquent (multiplié par 2) à l'extraction instrumentale pour le deuxième stade du travail.

Il est clairement établi que les patientes nullipares présentent nettement plus de risque de subir une césarienne en cours du travail, mais cela demeure en revanche plus controversé chez les patientes multipares. [9]

L'indication la plus fréquente de césarienne en cours de travail est la dystocie. L'hypothèse la plus souvent avancée est là encore une diminution de la capacité contractile du myomètre avec l'âge. Cette altération de la capacité contractile résulterait de la fonction même du muscle lisse et non de son anatomie. Elle pourrait être attribuable à la stimulation cyclique répétée au cours des années du myomètre par l'estrogène et la progestérone.

Deux autres hypothèses évoquées pour expliquer la dystocie sont une diminution de la compliance des tissus conjonctifs et une perte d'élasticité des articulations pelviennes.

La deuxième indication de césarienne en cours de travail rapportée par ordre de fréquence est une augmentation des anomalies du rythme cardiaque fœtal qui seraient majorées chez les parturientes âgées. Certains auteurs évoquent des anomalies cardiovasculaires possibles chez la mère ou parlent d'anomalies d'insertion utéroplacentaires ou encore d'une décompensation

péripartum d'une condition médico-obstétricale, comme une pré-éclampsie ou un diabète avec macrosomie fœtale. [9]

La troisième indication de césarienne en cours de travail est liée à la moindre tolérance/temporisation des obstétriciens devant une grossesse considérée comme précieuse, particulièrement s'il s'agit d'un premier bébé chez femme avec âge avancé. [9]

3. INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE :

3.1. L'utérus cicatriciel :

L'utérus cicatriciel est un utérus porteur d'une ou plusieurs cicatrices myométriales, en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme. Sont exclues de cette définition les cicatrices uniquement séreuses ou muqueuses. Ce cadre inclut donc en principe l'antécédent de césarienne mais aussi les cicatrices utérines d'autre origine (chirurgie gynécologique). Cependant, cette dernière catégorie est très minoritaire et, de plus, très peu documentée.

L'essentiel de la littérature concernant l'utérus cicatriciel porte donc en fait sur l'antécédent de césarienne.

La cause essentielle d'utérus cicatriciel est l'antécédent d'accouchement par césarienne, la prévalence de l'utérus cicatriciel en France est passée de 8 à 11 % entre 1995 et 2010, soit de 14 % à près de 19 % chez les multipares [19]. Cette évolution contribue en retour « mécaniquement » à l'augmentation du taux de césarienne puisque la présence d'un utérus cicatriciel multiplie par 8 à 10 environ la probabilité d'accoucher par césarienne chez la multipare.

La situation d'accouchement dans un contexte d'utérus cicatriciel concerne donc environ

90 000 femmes par an en France. Actuellement d'après les données françaises les plus récentes, parmi les parturientes avec utérus cicatriciel, 83 % ont un utérus mono cicatriciel (soit 16 % des multipares, environ 74 000 femmes par an) et 17 % un utérus multi cicatriciel (soit 3 % des multipares, environ 16 000 femmes par an) (données des enquêtes nationales périnatales [ENP] 2010). [19]

L'étude des dossiers des césariennes à l'Hôpital Sidi Lahcen a permis de constater que l'indication de césarienne pour un utérus cicatriciel représente 46% de l'ensemble des indications. Cette proportion est beaucoup plus élevée par rapport à la France et à d'autres séries Nationales comme le montre le tableau ci-dessous (**Tableau XXIII**)

Cette proportion élevée est expliquée par 2 causes :

- d'une part par le manque de moyens, notamment pour faire une scanopelvimétrie permettant d'avoir une preuve justifiant la pratique d'une césarienne, ce qui fait qu'en cas de bassin cliniquement suspect, une césarienne est effectuée par prudence.
- d'autre part par la non sensibilisation des parturientes qui ne font pas le suivi de grossesse correctement et qui arrivent souvent au CHP dans un état d'urgence (SFA, pré-éclampsie, HRP....), ce qui oblige l'équipe médicale à effectuer une césarienne.

Tableau XXIII: La fréquence de la césarienne pour UC dans différentes séries Nationales

Auteur	Année	Ville /Pays	Fréquence de césarienne pour UC
AFROUKH(10)	2014-2016	Khouribga	19.38%
BENHAMMOU (11)	2015-2016	Taroudant	26.5%
TAHILA(12)	2009/2010	Marrakech	22.3%
BOUAMAMA(14)	2006-2007	Fés	22.48%
JEBARANAHY(13)	2001-2002	Casablanca	28.72%
NOTRE SERIE	2018	Temara	46%

3.2. La souffrance fœtale aiguë :

La souffrance fœtale aiguë (SFA) se définit comme une perturbation grave de l'oxygénation fœtale survenant au cours de l'accouchement.

Elle se traduit par une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine, chiffrée par le score d'Apgar à 1 et à 5 minutes, par une acidose au sang du cordon, par des signes neurologiques exprimant une encéphalopathie anoxique et ischémique et souvent par une défaillance multi-viscérale.

Ses deux conséquences les plus redoutables sont la mort intra-partum ou néonatale et l'infirmité motrice cérébrale (cerebral palsy des auteurs anglo-saxons). (16)

Du fait de la difficulté de mettre en pratique la mesure du pH au scalp fœtal, l'habitude s'est progressivement installée de considérer comme une « souffrance fœtale » des anomalies plus ou moins graves du rythme cardiaque fœtal, en oubliant que les tracés cardio-tocographiques ne sont souvent que l'expression d'une adaptation à des états physiologiques comme le sommeil ou des réactions à des agressions diverses, comme les infections, les traumatismes ou les expositions médicamenteuses.

Le diagnostic de la SFA repose sur des signes cliniques, mais surtout sur l'évaluation de l'oxygénation fœtale par des méthodes directes et indirectes.

- L'apparition du méconium : La couleur du liquide amniotique est appréciée en début de travail par l'amnioscopie avant la rupture des membranes ou par la vision directe après l'ouverture de l'œuf. Le liquide est dit « méconial » quand il est brun-vert, épais et chargé de particules méconiales et il est dit « teinté » quand il est vert-clair ou jaunâtre, évoquant une hypoxie ancienne.

•Le rythme cardiaque fœtal (RCF) : exprime l'adaptation du fœtus aux variations de la pression partielle d'oxygène du sang et aux variations de la pression artérielle dans le système circulatoire. La difficulté d'interprétation des variations du RCF résulte du fait que certaines variations expriment davantage un « stress » c'est-à-dire une réaction d'adaptation plutôt qu'une réelle souffrance fœtale « distress », en rapport avec une asphyxie intra-utérine.

La proportion des césariennes pour SFA est proche de celles retrouvées dans les séries nationales mais reste plus élevé par rapport à celle des séries internationales, ceci peut s'expliquer par la mesure du PH du scalp, non utilisé à l'Hôpital Sidi Lahcen, qui limite l'augmentation du taux de césarienne, et aussi par la non utilisation d'autres techniques plus fiables et moins invasives telle que la mesure des lactates du scalp, l'oxymétrie du pouls fœtal ou l'analyse informatisée du RCF [16], pratiquées couramment dans les pays développés.

Tableau XXIV: La fréquence de la césarienne pour SFA dans les séries nationales et internationales

Auteur	Année	Ville /Pays	Fréquence de césarienne pour SFA
AFROUKH (10)	2014-2016	Khouribga	23.87%
BENHAMMOU (11)	2015-2016	Taroudant	17.90%
TAHILA (12)	2009/2010	Marrakech	22.68%
BOUAMAMA (14)	2006-2007	Fés	21.28%
BOULVAIN (17)	2007	Suisse	02,90%
OUVARD (18)	2003	Québec	08,80%
NOTRE SERIE	2018	Temara	13%

Pour conclure ; La meilleure façon d'éviter une souffrance fœtale aiguë est, évidemment, de repérer les grossesses à risque et de leur appliquer une

surveillance intensive de manière à ne pas soumettre un fœtus en état d'oxygénation précaire au « stress » des contractions utérines.

À cet égard le test à l'ocytocine qui n'est plus guère utilisé avait une bonne valeur prédictive de la réserve en oxygène de l'unité foeto-placentaire. Dans la prévention du handicap de l'enfant la césarienne programmée est une mesure préventive remarquablement efficace.

En cas de souffrance fœtale avérée, la conduite à tenir doit être adaptée aux circonstances de survenue, aux impératifs de l'urgence et à la nécessité de disposer de toutes les compétences médicales nécessaires de l'équipe obstétricale, anesthésique et pédiatrique. [16]

3.3. Les pathologies maternelles liés à la grossesse

3.3.1. Diabète gestationnel :

Le diabète gestationnel (DG), découvert habituellement au cours du deuxième trimestre de grossesse, est la conséquence d'une exagération de l'insulino-résistance associée à un défaut d'insulino-sécrétion [20].

La principale complication pour l'enfant du diabète gestationnel est la dystocie des épaules, avec un risque de séquelles pour le fœtus et de lésions maternelles dues aux manœuvres qu'elle impose. Ce risque est corrélé au poids fœtal et, pour un même poids fœtal, il est plus important dans la macrosomie asymétrique du diabète.

Limiter ce risque est possible en césarisant les enfants de plus de 4 500 g et en déclenchant l'accouchement avant que des enfants macrosomies n'atteignent ce poids.

L'estimation du poids fœtal par des formules utilisant les mesures échographiques est médiocre et ne donne pas de meilleurs résultats que la clinique. L'étude de la circonférence abdominale (CA) est aussi précise que les formules. Les auteurs proposent ainsi de l'utiliser comme aide à la décision. Une césarienne électorale est justifiée pour les enfants d'un poids estimé à 4 500 g ou plus, ce qui correspond à une CA égale ou supérieure à 38 cm. Le déclenchement, après 38 SA paraît limiter la macrosomie ; il peut être entrepris lorsque la CA est comprise entre 35 et 38 cm. Un déclenchement est aussi nécessaire lorsque le diabète se complique d'une hypertension maternelle ou d'une hypertrophie du septum cardiaque fœtal. Cette CAT obstétricale est indissociable du contrôle glycémique précoce qui est le meilleur moyen de limiter l'excès de volume fœtal [21].

3.3.2. HTAG et pré-éclampsie :

On parle d'hypertension artérielle gravidique (HTAG) lorsque la pression artérielle systolique est ≥ 140 mmHg et/ou la pression artérielle diastolique est ≥ 90 mmHg, à deux reprises à quelques heures d'intervalle, survenant après 20 SA. La pré-éclampsie est l'association de L'HTAG à une protéinurie [23].

Il s'agit d'un problème fréquent puisque 4 à 10 % des grossesses à la maternité Soussi (étude en 2010) se compliquent ou démasquent une HTAG [23].

Les complications fœtales de l'association de l'hypertension artérielle et la grossesse sont fréquentes et graves entraînant une mortalité néonatale élevée. La mauvaise qualité de suivi prénatal, le dépistage tardif de l'HTAG, l'absence de prise en charge adaptée et efficace sont les facteurs favorisant de cette mortalité [23].

Dans notre pays où les mortalités maternelle et néonatale constituent un problème de santé publique, le dépistage précoce et la prise en charge adéquate de l'HATG sont les meilleurs moyens de prévention.

Lors de notre étude les pathologies gravidiques englobent essentiellement ; le diabète gestationnel avec une fréquence de 2.7%, suivi d'HTAG et pré-éclampsie avec une même fréquence de 1.3%.

Le tableau suivant montre la fréquence de la césarienne pour pathologies maternelles graves dans différents centres :

Tableau XXV: La fréquence de la césarienne pour pathologies maternelles graves dans les séries nationales et internationales

Auteur	Année	Ville /Pays	Fréquence de césarienne pour diabète	Fréquence de césarienne pour HTAG	Fréquence de césarienne pour pré-éclampsie
BENHAMMOU [11]	2015-2016	Taroudant	1,99%	4,20%	–
KIBACH[22]	2001/2006	Rabat	1,6%	1,64%	3,16%
TAHILA[12]	2009/2010	Marrakech	1,32%	5,57%	2,93%
CHIONG TP[23]	2006	Malaysia	1,7%	1,2%	3,4%
NOTRE SERIE	2018	Temara	2.7%	1.3%	1.3%

3.4. Indications fœto-annexielles :

L'étude des dossiers de césariennes à l'Hôpital Sidi Lahcen a permis de constater que les indications fœto-annexielles représentent 9% parmi l'ensemble d'indications enregistrées. Les indications fœto-annexielles les plus fréquentes sont : La macrosomie (6%), l'Anamnios (1.3%) et l'Oligoamnios (1%).

3.4.1. Macrosomie :

L'évaluation du poids fœtal reste difficile à déterminer de façon précise malgré l'évolution des examens prénatals : échographie, méthode clinique (manœuvre de Léopold), méthode maternelle (basée sur l'expérience maternelle en cas de grossesse multipare). La macrosomie fœtale est généralement définie par un poids de naissance supérieur à 4 000 g ou par un poids de naissance supérieur au 90e percentile d'une courbe de référence de la population donnée.

La fréquence rapportée est variable selon les seuils choisis et les populations étudiées et se situe entre 5 et 10 % des naissances. Dans le cas de ces recommandations une macrosomie correspond à une estimation du poids fœtal à partir de 4 000 g, en tenant compte des difficultés d'évaluation du poids fœtal. La macrosomie fœtale constitue l'une des complications du diabète maternel (essentiellement diabète gestationnel). [24]

L'incidence de la macrosomie ne cesse d'augmenter ces 50 dernières années [25].

De nombreuses études ont tenté d'identifier les facteurs de risques de la macrosomie. Toutefois, il y a beaucoup de controverse concernant ce sujet. L'âge maternel avancé supérieur à 35 ans était rapporté dans plusieurs études comme étant un facteur de risque [25]; la prise de poids maternel dépassant 25%

durant la grossesse était également reconnue en tant que facteur de risque indépendant de la macrosomie.

Le tableau ci-dessous illustre une comparaison des proportions des césariennes en cas de macrosomie dans différents villes et pays.

Tableau XXVI: La fréquence de la césarienne pour macrosomie dans les séries nationales et internationales

Auteur	Année	Ville /Pays	Fréquence de césarienne pour Macrosomie
AFROUKH (10)	2014-2016	Khouribga	9.11%
TAHILA (12)	2009/2010	Marrakech	3.03%%
BOUAMAMA (14)	2006-2007	Fès	4.66%
KLOUZ [26]	1995	Tunisie	3.10%
PAN AFRICAN MEDICAL JOURNAL [25]	2017	France	10.9%
NOTRE SERIE	2018	Temara	6%

Enfin ; L'accouchement d'un fœtus macrosome est un accouchement à haut risque materno-fœtal. Les complications maternelles sont dominées par l'hémorragie de la délivrance et la rupture utérine alors que les complications fœtales sont dominées par la dystocie des épaules et les traumatismes obstétricaux. La prévention de la macrosomie fœtale et l'estimation exacte du poids de naissance ont longtemps été identifiées comme étant des objectifs essentiels dans la politique visant à diminuer la morbidité materno-fœtale.

Une équipe pluridisciplinaire formée par un obstétricien chevronné, un néonatalogiste et un médecin anesthésiste doit être présente dans la salle d'accouchement afin d'assister un tel accouchement et de prendre en charge précocement les éventuelles complications inhérentes à l'accouchement des macrosomes [25].

3.5. Présentations dystociques :

3.5.1. Présentation de siège :

La présentation par le siège est définie par la présence en regard du détroit supérieur du

Pôle fœtal représenté par le sacrum dans le mode décomplété et par les pieds dans le mode complet [24]

L'accouchement par le siège reste un sujet vivement discuté en obstétrique : il passionne et divise les obstétriciens. Dans les années 1950, les études comparant les risques de morbi-mortalité maternelle ou néonatale entre un accouchement par les voies naturelles ou par césarienne, se sont multipliées.

Le « Term Breech Trial » (TBT) d'Hannah publié en octobre 2000 est l'étude qui eut le plus d'impact sur les pratiques cliniques concernant la voie d'accouchement du siège.

Cette étude entraîna une augmentation considérable et constante du taux de césarienne pour les présentations du siège dans le monde entier, tant dans les accouchements à terme que chez les prématurés bien que l'étude n'ait pas fourni d'informations spécifiques concernant la prématurité. Les obstétriciens en France continuent de pratiquer des accouchements par voie basse pour les présentations du siège selon les recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) [27-28].

Cependant, les critères d'acceptation de la voie basse varient d'un centre à un autre et la césarienne reste le mode d'accouchement privilégié.

Pour les nouveau-nés prématurés, le mode d'accouchement est également discuté afin de ne pas cumuler les risques liés à l'accouchement et aux manœuvres obstétricales à ceux inhérents à la prématurité. La question d'un éventuel effet protecteur de la césarienne se pose, en particulier concernant les séquelles neurologiques néonatales. À ce jour, il n'existe aucune étude prospective randomisée permettant de démontrer un effet de la voie d'accouchement sur le devenir néonatal [27]

3.5.2. Autres présentations dystociques :

- Présentation de front
- Présentation transverse
- Présentation de face
- Présentation d'épaule

L'étude des dossiers de césariennes à l'Hôpital Sidi Lahcen a permis de constater que les indications pour présentations dystociques représentent 7% parmi l'ensemble d'indications enregistrées. Cette proportion est basse par rapport à celles enregistrées dans d'autres séries nationale et internationales.

Tableau XXVII: La fréquence de la césarienne pour présentations dystociques dans les séries nationales et internationales

Auteur	Année	Ville /Pays	Fréquence de césarienne pour présentations dystociques
AFROUKH(10)	2014-2016	Khouribga	9.62%
BENHAMMOU (11)	2015-2016	Taroudant	11.14%
TAHILA(12)	2009/2010	Marrakech	10,25%
BOUAMAMA(14)	2006-2007	Fès	13,94%
JEBARANAHY(13)	2001-2002	Casablanca	10,25%
SAGOT[31]	2001	Bourgogne	17.7%
SAPAU[33]	2000	Bangui	14 .7%
NOTRE SERIE	2018	Temara	7%

3.6. Les dystocies :

L'accouchement dystocique (dys : difficulté et tokos : accouchement) est un accouchement qui entraîne des difficultés voire une impossibilité d'accouchement par voie basse. On distingue 2 sortes de dystocies :

- les dystocies dynamiques (dysfonctionnement du moteur utérin et/ou des anomalies de la dilation utérine)
- Les dystocies mécaniques sont réparties en anomalies du contenant avec les dystocies osseuses et les dystocies des tissus mous, les anomalies du mobile fœtal puis les anomalies des deux (disproportion fœto-pelvienne)[30]

3.6.1. Dystocies Dynamiques :

La dystocie dynamique est une perturbation du fonctionnement du muscle utérin pendant le travail aboutissant à une contractilité anormale et par conséquent à une inefficacité de la dilatation. Cela se traduit par une dilatation < à 1,2cm/h, chez la primipare et une dilatation < à 1.5cm/h chez la multipare.[29]

On distingue deux type de dystocies :

- Dystocie dynamique au début du travail ou de démarrage : Contractions régulières, Espacées > 5mn, Tendantes à se rapprocher, plus en plus intenses, Augmentées par marche avec Col : non modifié
- Dystocie dynamique en cours du travail : soit hyper ou hypokinésie utérine

3.6.2. Dystocies mécaniques :

❖ Les dystocies osseuses :

Les dystocies osseuses correspondent aux dystocies liées aux anomalies du bassin osseux maternel : anomalies de taille, de forme ou d'inclinaison. Les anomalies peuvent siéger à tous les niveaux du bassin : détroit supérieur (DS), détroit moyen (DM), détroit inférieur (DI) . Les déformations liées aux carences alimentaires (rachitisme, ostéomalacie), les maladies infectieuses (poliomyélite), les malformations (luxation congénitale de hanche, scoliose, anomalies des membres inférieurs) ont pratiquement disparues. Les déformations plus modérées peuvent encore être rencontrées. Plusieurs classifications ont été proposées, tenant compte soit de la forme anatomique du bassin, soit de sa taille, soit de l'étiologie des déformations osseuses. [30]

Les anomalies du mobile fœtal :

1-En présentation céphalique :

- Les variétés postérieures (diamètre sous occipito frontal = 11 cm). La descente et la rotation sont difficiles
- Le Bregma : (diamètre occipito frontal = 12 cm). Dilatation longue, descente et rotation difficile
- Le Front : (diamètre syncipito mentonnier = 13,5 cm). Césarienne
- La Face : (diamètre sous mento-bregmatique = 9,5 cm). La rotation doit s'effectuer vers l'avant.

2- En présentation non céphalique :

- Siège (relèvement des bras, rétention de tête dernière).
- Présentation transverse.

3-La macrosomie fœtale (poids de l'enfant supérieur à 4000g).

4-Par anomalies fœtales :

- Malformations : hydrocéphalie, omphalocèle, laparoschisis, tératome sacro coccygien, hygroma kystique, spina bifida...

Les dystocies des tissus mous :

1-D'origine placentaire : Placenta prævia

- Recouvrant : contre-indication à la voie basse
- Non recouvrant : favorise les dystocies dynamiques et d'engagement ; davantage de présentations défléchies

2-D'origine annexielle : kystes ovariens

- Risque obstacle prævia selon la taille et la localisation

3-D'origine utérine

- Fibrome utérin → obstacle prævia, anomalie de la présentation, dystocie dynamique, atonie utérine...
- Malformation utérine → dystocies dynamiques, anomalie de la Présentation
- Congénitales : Cloison ; Hypoplasie vaginale
- Acquisées : Cicatrices, excision, infibulation ; Kystes vaginaux (ponction) ; Vaginisme (péridurale)

4-Dystocie des tissus mous de voisinage

- Obésité morbide
- Distension vésicale par compression de l'urètre à gêne à la progression fœtale
- Tumeurs
- Rein pelvien ou transplanté : peut être un obstacle prævia

Au total, La fréquence des dystocies dépend de la pertinence avec laquelle le diagnostic est posé en salle d'accouchement.

La mortalité et la morbidité fœtales augmentent avec la durée du travail ce qui survient dans la plupart des cas en présence de dystocies. Les dystocies augmenteraient la fréquence des anomalies du RCF (rythme cardiaque fœtal), des pH < 7.25 à la naissance, des scores d'APGAR < 6, des réanimations néonatales et des transferts en unités de soins intensifs pédiatriques. [29]

L'étude des dossiers de césariennes à l'Hôpital Sidi Lahcen a permis de constater que les indications pour dystocies représentent 6% parmi l'ensemble d'indications enregistrées. Cette proportion est basse par rapport à celles enregistrées dans d'autres séries nationale et internationales.

Tableau XXVIII: La fréquence de la césarienne pour dystocies dans les séries nationales et internationales

Auteur	Année	Ville /Pays	Fréquence de césarienne pour dystocies
AFROUKH(10)	2014-2016	Khouribga	8.57%
BENHAMMOU (11)	2015-2016	Taroudant	37%
TAHILA (12)	2009/2010	Marrakech	21.93%
BOUAMAMA (14)	2006-2007	Fès	17.92%
JEBARANAHY (13)	2001-2002	Casablanca	17.92%
SAGOT [31]	2001	Bourgogne	15,5%
LIU [32]	2000/2001	Canada	9,2%
NOTRE SERIE	2018	Temara	6%

4. PRONOSTIQUE MATERNO-FOETAL :

4.1. La morbidité maternelle:

L'accouchement par césarienne est associé à un risque plus élevé de complications graves pour la mère que l'accouchement par voie basse, selon une étude française publiée dans le Canadian Medical Association Journal [36].

Si cette intervention chirurgicale visant à extraire le bébé par incision de l'abdomen et de l'utérus est parfois indispensable, elle n'est pas sans risque.

Plusieurs études ont déjà mis en évidence une forte proportion de complications graves (hémorragies massives, infections, embolies pulmonaires...) chez les femmes accouchant par césarienne. Mais celles-ci ne permettaient pas « d'isoler les complications résultant de la pathologie ou du contexte clinique ayant mené à l'accouchement par césarienne de celles résultant de la procédure chirurgicale », explique l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) [37].

Le tableau suivant cite les Principales complications maternelles par la césarienne d'après CNGOF 2000, AHRQ 2006 [1].

Tableau XXIX: Principales complications maternelles et néonatales

Principales complications maternelles et néonatales associées ou évitées par la césarienne, d'après CNGOF 2000, AHRQ 2006

Complications maternelles	
Mortalité	
Morbidité à court terme (jusqu'à 1 an)	
Morbidité majeure	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragies • Embolies amniotiques • Thrombo-embolies • Complications de l'hypertension artérielle • Infections
Morbidité mineure	<ul style="list-style-type: none"> • Complications d'anesthésie • Endométrite, infection urinaire, fièvre inexplicée, anémie, asthénie • Douleurs abdominales, douleurs mammaires et difficultés d'allaitement • Incontinence urinaire • Admission en soins intensifs, réhospitalisation, durée du séjour hospitalier, etc.
Morbidité à long terme	
Conséquences urologiques et anales	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinence urinaire • Troubles de la statique pelvienne • Incontinence fécale
Conséquences obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> • Accouchement ultérieur par césarienne • Baisse de la fécondité ultérieure • Rupture utérine • <i>Placenta prævia et placenta accreta</i>
Autres conséquences	Conséquences psychologiques, sexuelles, esthétiques

Les principaux résultats de l'analyse de la littérature rapportés dans les recommandations du CNGOF sont reportés ci-après [1] :

-Pour la morbidité à court terme majeure, la césarienne est associée à une augmentation significative des complications graves de l'accouchement, principalement due aux complications hémorragiques et thrombo-emboliques et de plaies préopératoires. Cette augmentation est plus importante pour les césariennes pendant le travail que pour les césariennes avant le travail. Et la réalisation d'une césarienne avant travail pourrait mettre à l'abri d'un risque de césarienne en cours de travail qui resterait à déterminer.

- Pour la morbidité à court terme mineure (endométrite, infection urinaire, fièvre inexpliquée, anémie, asthénie, douleurs abdominales, douleurs mammaires et difficultés d'allaitement, incontinence urinaire), les fréquences sont très variables d'une étude à l'autre. Pour les conséquences à long terme urologiques et anales, l'accouchement par voie basse est lié à une augmentation significative des lésions périnéales pouvant se traduire à long terme par la survenue d'une incontinence urinaire ou d'un prolapsus nécessitant chirurgie, et de conséquences anales. [1]

Selon les recommandations émises par le CNGOF en 2000 [35], les complications maternelles doivent être revues régulièrement en raison :

- Des progrès réguliers dans le domaine de l'anesthésie et de l'obstétrique, de la tromboprophylaxie et de l'antibioprophylaxie

-De l'élargissement des critères de jugement habituels (mortalité et morbidité immédiates) visant à une meilleure satisfaction et amélioration de la qualité de vie à long terme, en particulier sur les conséquences psychologiques, sphinctériennes, sexuelle, gynécologiques et obstétricales de l'accouchement. Plusieurs facteurs risques de morbidité néonatale sont fréquemment associés à la naissance par césarienne, en particulier : âge gestationnel, présentation anormale, possibilité de réaliser une corticothérapie anténatale dans des délais efficaces, l'indication de la césarienne (souffrance fœtale chronique ou aiguë), l'anesthésie générale, les risques infectieux.

L'étude des dossiers des césariennes à L'Hôpital Sidi Lahcen a permis de constater un transfert en post-opératoire de 2 parturientes diabétiques au service de la réanimation de la Maternité Souissi, mais aucune information concernant l'évolution de la situation des 2 parturientes n'a été mentionnée.

4.2. La mortalité maternelle :

Selon OMS [38] ; La mortalité maternelle est très élevée. Environ 830 femmes meurent chaque jour dans le monde du fait de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. En 2015, 303 000 femmes sont décédées pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La majeure partie de ces décès se sont produits dans des pays à revenu faible et la plupart auraient pu être évités.

En Afrique subsaharienne, un certain nombre de pays ont réduit de moitié le taux de mortalité maternelle depuis 1990. Dans d'autres régions, dont l'Asie et l'Afrique du Nord, des progrès encore plus considérables ont été réalisés.

Entre 1990 et 2015, le taux mondial de mortalité maternelle (soit le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes) n'a diminué que de 2,3% par an. Néanmoins, la baisse de la mortalité maternelle s'est accélérée à partir de 2000. Dans certains pays, le repli annuel de la mortalité maternelle entre 2000 et 2010 s'est situé au-dessus de 5,5%, qui est le taux nécessaire pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. [38]

Les femmes décèdent par suite de complications survenues pendant ou après la grossesse ou l'accouchement. La plupart de ces complications apparaissent au cours de la grossesse et pourraient être évitées ou traitées. D'autres, qui existaient auparavant, s'aggravent à ce moment-là surtout si elles ne sont pas prises en compte dans le cadre des soins. Les principales complications, qui représentent 75% de l'ensemble des décès maternels, sont les suivantes :

- Hémorragie sévère (pour l'essentiel après l'accouchement).
- Infections (habituellement après l'accouchement).
- Hypertension durant la grossesse (pré-éclampsie et éclampsie).
- Complications dues à l'accouchement ;
- Avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.
- Les autres causes de complications sont associées à des maladies comme le paludisme, et le VIH durant la grossesse. [38]

Afin de mieux comprendre l'association entre césarienne et mortalité maternelle du postpartum une étude faite en France [39] analyse le risque lié à la voie d'accouchement selon la cause de décès. Cette analyse montre que le sur-risque global identifié porte sur certaines causes de décès : la césarienne est associée à une augmentation du risque de décès maternel du postpartum par accident thrombo-embolique veineux, infection puerpérale et accident anesthésique.

En revanche, le risque de décès du postpartum par hémorragie obstétricale n'est pas augmenté en cas de césarienne par rapport à la voie basse. En raison du nombre limité de cas, l'analyse du risque de mortalité par cause associé à chaque sous-type de césarienne n'a pu être conduite.

Dans notre étude aucun cas de mortalité n'a été enregistré.

4.3. La morbidité fœtale :

La naissance est le moment le plus risqué de la vie. Bien qu'elle puisse aussi protéger la santé de l'enfant dans certaines situations, la césarienne modifie et peut compliquer l'adaptation à la vie extra-utérine. Les problèmes respiratoires sont les mieux étudiés, mais d'autres troubles de l'adaptation néonatale peuvent survenir, comme l'hypothermie ou l'hypoglycémie. À plus long terme, la naissance par césarienne pourrait aussi augmenter le risque de développer certaines maladies chroniques. [40]

MORBIDITÉ RESPIRATOIRE NÉONATALE [40]:

L'autonomie respiratoire est l'un des plus grands défis de l'adaptation néonatale. Elle implique en particulier une élimination du liquide alvéolaire sécrété pendant la vie fœtale [41]. Cette résorption dure normalement quelques heures et dépend de différents facteurs.

– Durée de la grossesse : à terme, le volume et la sécrétion de liquide pulmonaire diminuent dans les jours qui précèdent la naissance. En outre, l'évacuation du liquide s'accélère avec la maturation fœtale [42].

– Existence d'un travail : il facilite la résorption du liquide de l'espace alvéolaire vers les vaisseaux lymphatiques en induisant un transport actif de sodium au niveau des pneumocytes . Une augmentation de la concentration plasmatique protéique en cours de travail facilite également l'absorption d'eau dans la circulation pulmonaire. En outre, le travail stimule la sécrétion de catécholamines et de glucocorticoïdes utiles à la transition cardiorespiratoire [40].

– Passage dans la filière génitale : la compression thoracique survenant lors d'une naissance par les voies naturelles pourrait diriger le liquide pulmonaire vers l'oropharynx. Il apparaît toute - fois que le rôle du tractus respiratoire supérieur dans l'élimination du liquide pulmonaire reste mineur [43].

– Autres facteurs : le monoxyde d'azote et le surfactant contribue - raient également à inhiber la production de liquide pulmonaire avant la naissance, mais leur contrôle biologique n'est pas entièrement élucidé [44].

La césarienne s'associe à une augmentation claire et bien documentée de la morbidité respiratoire. Alors que le syndrome de détresse respiratoire complique 2 à 4 % de l'ensemble des naissances, ce risque est globalement deux à trois fois plus élevé chez les nouveau-nés par césarienne [45]. Il augmente avec un âge gestationnel plus faible [46] et en cas de césarienne pratiquée avant le début du travail, même si les données épidémiologiques à ce sujet demeurent contradictoires [47, 48]. Il s'agit le plus souvent de troubles transitoires, tels qu'un retard de résorption du liquide alvéolaire (tachypnée transitoire ; 0,3-3 % des accouchements par voie basse versus 0,9-12 % des césariennes électives à terme) [49], mais le risque de complications plus sévères augmente aussi ; maladie des membranes hyalines [50], pneumothorax, hypertension pulmonaire persistante [51]. On constate une augmentation des hospitalisations en soins intensifs, du recours à l'oxygénothérapie, à la ventilation mécanique et/ou aux antibiotiques, ainsi que de la mortalité [49].

❖ AUTRES COMPLICATIONS NÉONATALES [40] :

Hypothermie : une température significativement plus basse était notée dans les 90 h suivant une césarienne par comparaison à une naissance par voie basse dans une étude réalisée chez 57 nouveau-nés à terme [52]. Une stimulation sensorielle anténatale insuffisante pour augmenter le taux métabolique minimal, une libération de prostanoïdes ou une inhibition de l'activation de la graisse par les produits anesthésiques-analgésiques pourraient contribuer à ces différences.

– Un risque accru d'hypoglycémie néonatale a également été rapporté dans certaines études, mais il n'est pas clair à ce jour si ce risque est indépendant des complications respiratoires, s'il est lié au mode de naissance lui-même, à l'absence de travail qui manquerait de stimuler la néoglucogénèse, à l'immaturation, au faible poids de naissance, ou encore à d'autres mécanismes comme un retard d'alimentation [40].

– Lésions sur scalpel : les lacérations sur scalpel peuvent compliquer 1- 2 % des césariennes. Elles sont plus fréquentes lors de césariennes en urgence, mais restent le plus souvent sans gravité [53].

❖ RÉANIMATION À LA NAISSANCE [40] :

La ventilation au masque et le recours à l'oxygène sont plus fréquents en cas de naissance par césarienne [54]. Selon la plupart des travaux, le score d'Apgar, les pH et les besoins de réanimation plus avancés tels que l'intubation ou le massage cardiaque ne semblent cependant pas ou peu influencés par le mode d'accouchement [47,55].

L'étude des dossiers de césariennes à l'Hôpital Sidi Lahcen a permis de constater que les complications néonatales représentent 4% parmi l'ensemble des nouveau-nées à la Maternité.

4.4. La mortalité néonatale :

L'association de mortalité néonatale à la césarienne dépend fortement du contexte et de l'indication. En l'absence d'indication médicale, la césarienne comporterait un risque de mortalité trois fois plus élevé que la voie basse (1,77/1 000 versus 0,62/1 000 des naissances à terme aux États-Unis entre 1998 et 2001) [56].

Selon les données de l'OMS en Amérique latine, la mortalité néonatale doublait lors de césarienne, avec ou sans travail, chez les fœtus en position céphalique, mais diminuait en cas de siège [48,57]. Une méta-analyse a confirmé un effet protecteur de la césarienne pour les fœtus en siège [58], mais les différences de mortalité et de neuro-développement ne sont pas retrouvées à l'âge de 2 ans [59,60].

En Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) estimait que le risque de mortalité était plus élevé lors de naissance par césarienne que lors d'accouchement par voie naturelle avant 37 semaines de grossesse ; cette différence n'était plus significative lorsque la naissance survenait après 39 semaines [61].

En Pakistan[62], une étude de cohorte faite a déterminé l'issue de l'accouchement pour 1280 (94%) des 1369 femmes participant à l'étude. Le taux de mortalité néonatale à 28 jours était de 47,3 pour 1000 naissances vivantes. Il existait une association entre les naissances avant terme, les

accouchements par césarienne et les complications intrapartum, d'une part, et les décès néonataux, d'autre part. Près de 45% des décès sont intervenus dans les 48 heures et 73% dans la première semaine après l'accouchement.

Les principales causes obstétricales de décès étaient le travail avant terme (34%) et l'asphyxie intrapartum (21%).

Comme causes finales de décès, on relevait, dans l'ordre, les causes liées à l'immaturation (26%), l'asphyxie ou l'hypoxie pendant l'accouchement (26%) et les infections (23%). Ni le fait d'accoucher dans un établissement de soins, ni la réalisation de l'accouchement par un professionnel de santé, n'étaient associés à une baisse du nombre de décès néonataux.

Le taux d'accouchement par césarienne était de 19%. Presque tous les nouveau-nés décédés (88%) avaient reçu un traitement et 75% d'entre eux étaient morts à l'hôpital.

Dans notre série d'étude aucun cas de mortalité néonatale n'a été enregistré.



Conclusion

Notre étude rétrospective a été effectuée à la Maternité de l'hôpital sidi Lahcen à Temara sur une période d'une année allant du premier janvier 2018 au 31 décembre 2018.

Au total nous avons étudié **1551** dossiers. Concernant les fréquences :

- Le Taux de césarienne à Temara est **2.14%**.
- L'âge moyen des césarisées est **30.8**
- Les utérus cicatriciels représentent l'indication prédominante **46%**, suivi des pathologies maternelles **19%** et les souffrances fœtales **13%**.
- Le taux de mortalité maternelle était de **0%**.
- Les résultats de la recherche ont permis de connaître :

Les facteurs de risque maternels de la césarienne ont été identifiés à partir des antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux. Il s'agissait essentiellement du diabète, d'une hypertension artérielle gravidique.

Au terme de cette étude nous pourrions donc constater que notre taux de césarienne reste très bas par rapport à celui des autres villes du Maroc et par rapport à celui recommandé par l'OMS.



RESUME

Thèse : Les césariennes à l'Hôpital Sidi Lahcen de Temara

Auteur : CHERKAOUI Lalla Soukaina

Mots clés : Césarienne - Indication - Pronostic - Mortalité.

Introduction : La césarienne est une intervention chirurgicale visant à extraire un enfant de l'utérus maternel par incision de la paroi abdominale et utérine lorsque qu'un accouchement par voie basse comporte un risque pour la mère ou l'enfant. Notre but est d'analyser les données collectées sur les césariennes en 2018 pour déterminer les facteurs influençant le recours à la césarienne au sein de l'Hôpital.

Matériel et Méthode d'étude : une série rétrospective des césariennes effectuées à la maternité de l'hôpital à Temara, durant une période s'étalant du 1^{er} Janvier 2018 au 31 décembre 2018.

Résultats : 1551 parturientes se sont présentées pour accouchement, dont 220 ont nécessité une césarienne soit un taux de 2.14%, 50% des parturientes ont un âge entre 29 et 38 ans. Et 55% des parturientes sont des paucipares. 81% des parturientes ont été suivies. Les indications de la césarienne sont dominées par les utérus cicatriciels (46%), pathologies maternelles (19%), SFA (13%). La technique opératoire utilisée est l'hystérotomie segmentaire basse. Les complications per-opératoires et post-opératoires ont été pas signalées dans notre étude en dehors d'un transfert de 2 patientes en Réanimation de la Maternité Souissi. La mortalité materno-foetale est de 0%.

Conclusion : En comparaison avec les différentes enquêtes, notre taux de césarienne est bas par rapport à celui des séries nationales et internationales et par rapport à celui recommandé par l'OMS (Les naissances attendus à Temara en 2018 est de 10275 et le nombre de césarienne à l'Hopital Sidi Lahcen est 220 cas).

ABSTRACT

Title: Cesareans at Sidi Lahcen Hospital in Temara

Author: CHERKAOUI Lalla Soukaina

Keywords: Cesarean section - Indication - Prognosis - Mortality.

Introduction: Cesarean section is a surgical procedure aimed at extracting a child from the maternal uterus by incision of the abdominal and uterine wall when a vaginal delivery involves a risk for the mother or the child. Our goal is to analyze the data collected on cesareans in 2018 to determine the factors influencing the use of cesareans in the Hospital.

Material and Method of study: a retrospective series of cesareans performed at the maternity hospital of Temara, during a period extending from January 1, 2018 to December 31, 2018.

Results: 1551 parturient women presented for childbirth, of which 220 required a caesarean, a rate of 2.14%, 50% of parturient women were between 29 and 38 years old. And 55% of parturients are pauciparous. 81% of parturients were followed. The indications for cesarean section are dominated by iterative uteri (46%), maternal pathologies (19%), SFA (13%). The operative technique used is low segment hysterotomy. Perioperative and postoperative complications were not reported in our study apart from a transfer of 2 patients in Resuscitation of Souissi Maternity. Maternal-fetal mortality is 0%.

Conclusion: In comparison with the various surveys, our caesarean section rate is low compared to that of the national and international series and compared to that recommended by the WHO (The expected births in Temara in 2018 is 10275 and the number of cesarean section in l 'Sidi Lahcen Hospital is 220 cases).

ملخص

الأطروحة: العملية القيصرية في مستشفى سيدي لحسن بتمارة

المؤلف: الشرقاوي للا سكيبة

الكلمات المفتاحية: قيصرية - بيان - تشخيص - وفيات.

مقدمة: إن العملية القيصرية هي عملية جراحية تهدف إلى استخلاص طفل من رحم الأم عن طريق شق جدار البطن والرحم عندما تنطوي الولادة المهبلية على خطر على الأم أو الطفل.

هدفنا: هو دراسة تطور المعدلات داخل المستشفى وتسلط الضوء على مؤشرات العملية القيصرية وأخيراً تقييم المضاعفات والتشخيص الجنيني للأم في مستشفى الولادة في سيدي لحسن في تمارة.

مادة وطريقة الدراسة: سلسلة من العمليات القيصرية بأثر رجعي أجريت في مستشفى الولادة في تمارة ، خلال فترة تمتد من 1 يناير 2018 إلى 31 ديسمبر 2018.

النتائج: 1551 من النساء المتقدمات اللاتي قمن بالولادة ، 220 منهن بحاجة إلى عملية قيصرية ، أي بنسبة 2.14 % ، وكان 50 % من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 29 و 38 سنة. و 55 % من النساء لها عدد قليل من الولادات السابقة. تمت متابعة الحمل عند 81 % . من أهم الدوافع التي أوجبت إجراء العملية القيصرية هي: الرحم الذي سبق له أن فتح بنسبة (46 %) ، وأمراض الأمهات (19 %) الضائقة الجنينية بنسبة 13%. وكان الاسلوب الأكثر إستعمالاً هو شق العرضي للقسم السفلي من الرحم. لم يتم الإبلاغ عن المضاعفات المحيطة بالجراحة والتي بعد العملية الجراحية في دراستنا باستثناء نقل 2 من المرضى إلى وحدة العناية المركزة. معدل وفيات الأمهات والجنين هو 0%.

خاتمة: بالمقارنة مع مختلف الدراسات ، فإن معدل الولادة القيصرية لدينا منخفض مقارنةً بالبلدان الوطنية والدولية وتلك التي أوصت بها منظمة الصحة العالمية ، علماً أن عدد المواليد المتوقعة في سنة 2018 بتمارة هو 10275 و عدد العمليات القيصرية هو 220.



Ressources :

- [1'] OMS : La césarienne : une intervention à ne pratiquer qu'en cas de nécessité médicale 10 AVRIL 2015 | GENÈVE
- [2'] F. Crainz Ire Clinique Obstétricale et Gynécologique de l'Université de Rome, Italie « L'histoire de la césarienne » Gynâk. Rdsch. 23 : suppl. 4, pp. 65-66 (1983)
- [1] **Haute autorité de santé** : Césarienne programmée à terme Evolution des taux de césariennes à terme en France entre 2011 et 2013.
- [2] **Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF)** 2018 Principaux Indicateurs Régionaux Ministère de la Santé DPRF/DPE/SEIS Rabat, Maroc
- [3] **OMS** | La césarienne: une intervention à ne pratiquer qu'en cas de nécessité médicale ,communiqué de presse le 10 AVRIL 2015 | GENÈVE
- [4] **Article** : https://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php
- [5] **Article** : Caracteristiques Epidemiologiques Et Chronologiques Des Parturientes Aux Ages Extremes Dans La Région De Monastir Entre 1994 – 2003,Kamel Ben Salem, Sana El Mhamdi, Imen Ben Amor, Asma Sriha, Mondher Letaief, Mohamed Soussi Soltani.
- [6] **Article** : <https://www.em-consulte.com/en/article/744157>
- [7] **Article** : <https://www.em-consulte.com/en/article/903343>
- [8] **Article** : <https://www.em-consulte.com/en/article/114206>

- [9] **Article de Sandra Lesage, Frédéric J. Mercier**
« parturiente âgée » Le praticien en anesthésie réanimation
Volume 18, n° pages 164-169 (juin2014)
Doi :10.1016/j.pratan.2014.01.008
- [10] **Almahdi Afroukh** : Evaluation de la qualité de prise en charge de la césarienne au CHP de khouribga entre 2014 et 2016.Numéro thèse M4582017
- [11] **Abdelfatah BENHAMMOU** : les indications de la césarienne à l'hôpital provincial mokhtar essoussi –taroudant-(durant 2ans 2015-2016). Numéro thèse M2412017
- [12] **Imane TAHILA** : les indications de la césarienne experience du service de gynecoobstetrique b au sein du CHU MOHAMED V durant 2ans (2009-2010) ; 2012 numéro 31
- [13] **Jebara Nahy H., Morsadf.** Indications et complications de la césarienne : (A propos de 899 cas colligés au service de Gynécologie-Obstétrique - B- à la maternité Lalla Meryem. Thèse de Doctorat Médecine, Casablanca ;2004,n°123,18-46pages
- [14] **Bouamama H., Charara H.** La césarienne au CHU Hassan II de Fès. Thèse Doctorat Médecine, Fès 2008

- [15] **Organisation mondial de la santé et bureau régional de la méditerranée orientale** : optimiser le recours à la césarienne pour améliorer la santé maternelle et néonatale dans la région comité régional de la méditerranée orientale Soixante-cinquième session Khartoum (Soudan), 15-18 octobre 2018
- [16] **Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction 2001 ; 30: 393-429 Masson, Paris, 2001** : Souffrance fœtale aigue
- [17] **BOULVAIN M.** Evolution des taux et des indications de césarienne.
J Gynécol Obstét Biol Reprod : 2008, 37, 2-3.
- [18] **OUVARD C.** Pourquoi tant de césariennes?
Sélection Reader's digest 'Québec (Canada), Vendredi 20 Fev. 2004
- [19] **C. Deneux-Tharaux** Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques
Women with previous caesarean or other uterine scar: Epidemiological features
Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction
Volume 41, n° 8 pages 697-707 (décembre 2012)
Doi : 10.1016/j.jgyn.2012.09.022
- [20] **A. Vivet-Leféburea , H. Romana,*Y. Robillardd , A. Laffitteb , T.C. Hulseyc , G. Campb , L. Marpeaua G. Baraub ,**
Obstetrical and neonatal outcomes of gestational diabetes mellitus at Reunion Island (France)
Gynécologie Obstétrique & Fertilité 35 (2007) 530–535 <http://france.elsevier.com/direct/GYOBFE/>

- [21] **A. Fournié, J.-F. Le Digabel, F. Biquard, C. Vasseur, P. Gillard, P. Descamps** Les indications obstétricales dans le diabète gestationnel : déclencher ou ne pas déclencher ,Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU, 4, rue Larrey, 49033 Angers Cedex 01
- [22] **KIBACH S** L'évolution du taux de césarienne en fonction des indications et facteurs de risques. Thèse Doctorat Médecine, Rabat ; 2009, n°108, 121-185pages
- [23] **Chiong T P., Subramamiam R N., Siti Zawiah O.** Trial of labor after one cesarean: Role of order and number of prior vaginal births on the risk of emergency cesarean delivery and the neonatal admission. Taiwan J Obstet Gynecol 2008; 47 (3):305-311
- [24] **Haute autorité de santé** : Indications de la césarienne programmée à terme Méthode Recommandations pour la pratique clinique.
RECOMMANDATIONS Janvier 2012
- [25] **Fatnassi Ridha, Ragmoun houssem, Marzougui Latifa, Mkhinini Ines, Hammami Sabra** Facteurs de risque et pronostic materno-fœtal de la macrosomie fœtale: étude comparative a propos de 820 cas *The Pan African Medical Journal.* 2017;28:126. doi:10.11604/pamj.2017.28.126.8508
- [26] **KLOUZ M.** Les indications de césariennes à la maternité Charles Nicolas de Tunis. Thèse Med Tunis, 1999.

[27] **Fanny DESCAZEAUX SÉGAL :**

La présentation du siège : modalités d'accouchement, complications néonatales et maternelles sur 5 ans au chu de toulouse série retrospective sur 1009 patientes ; 2018 tou3 1587, université toulouse III – paul sabatier

[28] **Carbonne B, Goffinet F, Bréart G, Frydman R, Maria B, Uzan S.**

Voie d'accouchement en cas de présentation du siège: la position du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). /data/revues/03682315/00300002/191/ [Internet]. 2001; Disponible sur: <http://www.em-congsulte.com/en/article/114170>

[29] **Julianne TAYON :**École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz

Travail dirigé : Syntocinon et Amniotomie versus Amniotomie et Syntocinon dans la correction des dystocies dynamiques du travail ; HAL Id: hal-01845110 <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01845110>
Submitted on 20 Jul 2018

[30] **Dystocie mécanique Comité éditorial de l'UVMaF 2014**

[31] **SAGOT P., GOUYON-CORNET B., GOUYON J-B.**

La césarienne au sein du réseau périnatal de Bourgogne: analyse des différences observées dans la prise en charge des mères. Gynécol Obstét & Fertil 2003; 31: 606–13

[32] **Liu S., Rusen ID., Joseph KS., Liston R., Kramer MS., Wen SW., et al.**

Recent trends in caesarean delivery rates and indications for caesarean delivery in Canada. J Obstet Gynaecol Can. 2004; 26 (8): 735-42

- [33] **Sepou A., Yanza M.C., Nguembi E., Ngbale R., Kouriah G., Kouabosso A., Et Al.** Etude de 299 cas de césariennes pratiquées à l'hôpital communautaire de Bangui (Centrafrique).
Médecine d'Afrique Noire 2000;47(1):13-18
- [34] **Césarienne :Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF 2013-2014**
- [35] **Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Césarienne: conséquences et indications 2000.**
- [36] **Risk of severe maternal morbidity associated with cesarean delivery and the role of maternal age: a population-based propensity score analysis**
Diane Korb, François Goffinet, Aurélien Seco, Sylvie Chevret, Catherine Deneux-Tharaux and EPIMOMS Study Group; for the EPIMOMS Study Group
CMAJ April 01, 2019 191 (13) E352-E360
- [37] **Inserm :la science pour la santé**
L'accouchement par césarienne associé à un risque accru de complications graves pour la mère
- [38] **OMS ; Mortalité maternelle 19 septembre 2019**
- [39] **C. Deneux-Tharaux, E. Carmona, MH Bouvier-Colle, G. Bréart**
Accouchement par césarienne et mortalité maternelle du postpartum1
INSERM, U149, IFR69, Recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes, Paris ; UPMC- Paris6 ; HAL Id: inserm-00115675 <https://www.hal.inserm.fr/inserm-00115675> Submitted on 5 Dec 2006

- [40] **Collège National Des Gynécologues Et Obstétriciens Français**
Président :Professeur B. Hédon ,38^{ème} OURNÉES NATIONALES Paris, 2014.
- [41] **Jain L, Dudell GG. Respiratory transition in infants delivered by cesarean section.** Seminars in perinatology 2006 Oct;30(5):296-304.
- [42] **Bland RD, Hansen TN, Haberkern CM, Bressack MA, Hazinski TA, Raj JU et al.** Lung fluid balance in lambs before and after birth. Journal of applied physiology: respiratory, environmental and exercise physiology 1982 Oct;53(4):992-1004.
- [43] **Karlberg P, Adams FH, Geubelle F, Wallgren G.** Alteration of the infant's thorax during vaginal delivery. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 1962;41:223-9.
- [44] **Cummings JJ, Wang H.** Nitric oxide decreases lung liquid production via guanosine 3', 5'-cyclic monophosphate. American Journal of Physiology 2001 May;280(5):L923-9
- [45] **Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP).** Accouchements par césarienne en Suisse ; rapport en réponse au postulat Maury Pasquier (08.3935) 2013 Berne, 27 février 2013.

URL:<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/index.html?lang=f>
- [46] **Riskin A, Abend-Weinger M, RiskinMashiah S, Kugelman A, Bader D.** Cesarean section, gestational age, and transient tachypnea of the newborn: timing is the key. American Journal of Perinatology 2005 Oct; 22(7): 377-82.

- [47] **Liston FA, Allen VM, O'Connell CM, Jangaard KA.** Neonatal **outcomes** with caesarean delivery at term. Archives of disease in childhood 2008 May; 93(3): F176-82.
- [48] **Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velazco A et al.** Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. Lancet 2006 Jun 3; 367(9525):1819-29.
- [49] **Hansen AK, Wisborg K, Ulbjerg N, Henriksen TB.** Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica 2007; 86(4): 389-94.
- [50] **Zanardo V, Simbi AK, Franzoi M, Solda G, Salvadori A, Trevisanuto D.** Neonatal respiratory morbidity risk and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesa - rean delivery. Acta Paediatr 2004 May; 93(5): 643-7.
- [51] **Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM.** Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. Obstetrics and Gynecology 2001 Mar;97(3): 439-42
- [52] **Christensson K, Siles C, Cabrera T, Belaustequi A, de la Fuente P, Lagercrantz H et al.** Lower body temperatures in infants delivered by caesarean section than in vaginally delivered infants. Acta Paediatr 1993 Feb; 82(2):128-31

- [53] **Gregory KD**, Jackson S, Korst L, Fridman M. Cesarean versus vaginal delivery: whose risks? Whose benefits? *American Journal of Perinatology* 2011 Jan; 29 (1):7-18.
- [54] **De Almeida MF, Guinsburg R, da Costa JO, Anchieta LM, Freire LM, Campos D Jr.** Non-urgent caesarean delivery increases the need for ventilation at birth in term newborn infants. *Archives of disease in childhood* 2010 Sep; 95 (5): F326-30.
- [55] **Richardson BS, Czikk MJ, da Silva O, Natale R.** The impact of labor at term on measures of neonatal outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2005 Jan; 192(1):219-26.
- [56] **MacDorman MF, Declercq E, Menacker F, Malloy MH.** Infant and neonatal mortality for primary cesarean and vaginal births to women with "no indicated risk," United States, 1998- 2001 birth cohorts. *Birth (Berkeley, Calif)* 2006 Sep; 33(3):175-82.
- [57] **Villar J, Carroli G, Zavaleta N, Donner A, Wojdyla D, Faundes A et al.** Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: multicentre prospective study. *BMJ* 2007 Nov 17; 335 (7628):1025.
- [58] **Hofmeyr GJ, Hannah ME.** Planned caesarean section for term breech delivery. *The Cochrane database of systematic reviews* 2011 (updated) (3):CD000166.

- [59] **Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR.** Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000 Oct 21; 356 (9239): 1375-83.
- [60] **Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K et al.** Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004 Sep;191(3):864-71.
- [61] **Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP).** Accouchements par césarienne en Suisse ; rapport en réponse au postulat Maury Pasquier (08.3935) 2013. URL: [http:// www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/ index.html?lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/13641/index.html?lang=fr)
- [62] **OMS:** La mortalité néonatale, ses facteurs de risque et ses causes: étude de cohorte prospective en population dans une zone rurale du Pakistan Imtiaz Jehan, Hillary Harris, Sohail Salat, Amna Zeb, Naushaba Mobeen, Omrana Pasha, Elizabeth M McClure, Janet Moore, Linda L Wright & Robert L Goldenberg ; Volume 87, février 2009, 81-160

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon dieu.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوة في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
 - ◀ وأن أحترم أسانذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
 - ◀ وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشر في جاعلة صحة مريض هدي في الأول .
 - ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
 - ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
 - ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
 - ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
 - ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
 - ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
 - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسمة بالله .
- والله على ما أقول شهيد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة
الرباط



جامعة محمد الخامس بالرباط
Université Mohammed V de Rabat

أطروحة رقم: 93

سنة : 2020

العملية القيصرية في مستشفى سيدي لحسن بتمارة

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : / / 2020

من طرف

السيدة للاسكينة الشرقاوي

المزادة في 01 أبريل 1993 بأكادير

لنيل شهادة

دكتور في الطب

الكلمات الأساسية : قيصرية؛ بيان؛ تشخيص؛ وفيات

أعضاء لجنة التحكيم:

رئيس ومشرف

عضو

عضو

عضو

السيدة عائشة خرباش

أستاذة في أمراض النساء والتوليد

السيدة أمينة لخضر

أستاذة في أمراض النساء والتوليد

السيدة نجية الزرايدي

أستاذة في أمراض النساء والتوليد

السيدة أمينة بركات

أستاذة في طب الأطفال