

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE

UNION- DISCIPLINE -TRAVAIL

-----  
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR  
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE



**UFR DES SCIENCES MEDICALES**

**THESE**

Année : 2000-2001

N°.....

Pour l'obtention du

**DOCTORAT EN MEDECINE  
(DIPLOME D'ETAT)**

**SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :  
Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service  
de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville**

*Présentée et soutenue publiquement le 27 Avril 2001*

*Par*

**EFFOH N'DRIN DENIS**

Né le 06 Juin 1970 à Jacquville (RCI)

**Interne des Hôpitaux**

**COMPOSITION DU JURY:**

**Président** : Madame le Professeur **TOURE-COULIBALY KARIDIATA**  
**Directeur de Thèse** : Monsieur le Professeur Agrégé **ANONGBA DANHO SIMPLICE**  
**Asseseurs** : Monsieur le Professeur Agrégé **TOUTOU BOUGOU TOUSSAINT**  
Monsieur le Professeur Agrégé **EDOH VINCENT**

**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

---

**UNIVERSITE DE COCODY**

**U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES**

**LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR DEPARTEMENT**

**DE L'UFR DES SCIENCES MEDICALES D'ABIDJAN**

**2002-2003**  
-----

**DOYENS HONORAIRES**

*Pierre HUARD – Pierre PENE – Edmond BERTRAND – ALLANGBA KOFFI Theodore –  
Antoine YANGNI-ANGATE – \*Manlan Kassi Leopold ELOI –  
DJEDJE André-Theodore – KADIO AUGUSTE Dieudonné*

**PROFESSEURS HONORAIRES**

*\*ASSALE N'DRI – ASSI ADOU JEROME – \*ATTIA YAO ROGER – \*AYE HYPOLITE – BADOUAL  
JEAN – BONDURAND ALAIN – BONHOMME JEAN – BONNET DE PAILLERETS François - JACQUES  
BOUCHER – AUGUSTE BOURGEADE – BOURY Guy – BOUTROS-TONY FERDINAND – MICHEL  
BOUVRY – BRETTE JEAN-PHILIPPE – BUREAU JEAN-PAUL - \*CABANNES RAYMOND – CLERC  
MICHEL \*COFFI DICK SYLVAIN - CORNET Lucien – COULIBALY OUEZZIN ANDRE - COULIBALY  
Nagbé – COWPPLI-BONY KWASSY KWADJO PHILIPPE ALPHONSE - \*DAGO AKRIBI  
AUGUSTIN - DANON Gisèle - PIERRE DELORMAS - DIARRA SAMBA – DJIBO WILLIAM –  
DOUCET JEAN – MARCEL DUCHASSIN – Paul ESSOH NOMEL - ETE AMBROISE – ETE MARCEL  
\*DOUGOUTIKI FADIGA – GALAIS Hervé – \*GARANGO – GIORDANO CHRISTIAN – GUESSENND  
KOUADIO GEORGES – HAFFNER GEORGES – MAX HAZERA – HEROIN PIERRE – \*KEBE MEMEL  
JEAN-BAPTISTE - \* KEITA CKEICK AMADOU TIDIANE – PIERRE KERFELLEQUE -  
FERDINAND Sié KETEKOU - \*KOFFI N'GUESSAN MARCEL – KONE NOUHO – KOUAME  
KONAN JOSEPH - \*KOUASSI Manassé – LANCHO – LEBRAS MICHEL - \*LEGUYADER ARMAND –  
LONSDORFER JEAN – LOUBIERE ROBERT – \*MALAN KASSI Léopold Eloi - METRAS DOMINIQUE  
– MICHOU MICHEL – MORLIER GEORGETTE – \*OUATTARA Kouamé – POTOKI BERNARD –  
SANGARE SOULEYMANE – SANGARET MALICK AUGUSTE – SANTINI JEAN-JACQUES – SERRE  
JEAN-JACQUES – SOUBEYRAND JACQUES – VILASCO JACOB – VAINDRENNE Claude – WAOTA  
COULIBALY ALEXANDRE – \*YAO-DJE CHRISTOPHE.*

\* Décédé

**DOYEN**  
**ASSESEURS**

**N'DRI YOMAN THERESE**  
**TIMITE ADJOUA MARGUERITE**  
**DIOMANDE MOHENOU ISIDORE**  
**ASSA ALLOU**

## LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

### PROFESSEURS TITULAIRES

1 AGUEHOUNDE	Cosme	Chirurgie Pédiatrique
2 ANDOH	Joseph	Pédiatrie
3 BA	Zézé Vincent	Neurochirurgie
4 SAMBA	Méma	Oto-Rhino-Laryngologie
5 BEDA	Yao Bernard	Médecine Interne
6 BISSAGNENE	Emmanuel	Maladies Infectieuses et Tropicales
7 BOGUI	Pascal	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
8 BOHOUSSOU	Kouadio Marcellin	Gynécologie-Obstétrique
9 CAMARA	Benoît Mathieu	Hépto-Gastro-Entérologie
10 DAH	Cyrille Serge	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
11 DANGUY-AKA KOUASSI	Wangah Elisabeth	Pneumophtisiologie
12 DELAFOSSE	Roger Charles Joseph	Psychiatrie
13 DIALLO	Amadou Demba	Néphrologie
14 DIOMANDE	Mohénou Isidore Jean-Marie	Anatomie Pathologique
15 DJEDJE	André-Théodore	Imagerie Médicale
16 DJED.IE	Mady Alphonse	Urologie
17 DOSSO-BRETIN	Mireille Carmen	Bactériologie-Virologie
18 ECHIMIMANE	Kouassi Antoine	Cancérologie
19 EHOUMAN	Armand Léon Guillaume	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
20 HONDE	Michel	Anatomie Pathologique
21 HOUENOU-AGBO	Yveline Marie-Thérèse	Pédiatrie- Néo-Natalogie
22 GADEGBEKLI	Anani	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
23 KADIO	Samuel Auguste	Maladies Infectieuses et Tropicales
24 KANGA	Dieudonné Jean-Marie	Dermatologie-Vénérologie
25 KANGA	Miessan	Chirurgie Générale et Digestive
26 KEITA	Abdoul Kader	Imagerie Médicale
27 KONE	Mamourou	Gynécologie-Obstétrique
28 KONE	Nouhou	Gynécologie-Obstétrique
29 KOUAKOU	N'Zué Marcel	Rhumatologie
30 KOUAME	Konan Joseph	Pédiatrie
31 KOUASSI	Beugré	Neurologie
32 KOUASSI	Konan Bertin	O.R.L. et Chirurgie Cervico-Faciale
33 LAMBIN	Yves	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
34 LOKROU	Lohourignon Adrien	Endocrinologie
35 MIGNONSIN	David	Anesthésie-Réanimation
36 MOBIOT	Mandou Léonard	Chirurgie Pédiatrique
37 N'DORI	Abouo Raymond François	Cardiologie
38 N'DRI	Koffi Dominique	Anesthésie-Réanimation Chirurgie
39 N'GUESSAN	Henri Alexandre Antoine	Générale et Digestive
40 GNANAZAN BI	Konan Gabriel	Anatomie-Urologie
41 NAMA-DIARRA	Alirnata Jeanne	Santé Publique ca Méd. Communautaire
42 NIAMKEY	Ezani Kodjo Emmanuel	Médecine Interne
43 ODEHOURI	Koudou Paul	Maladies Infectieuses et Tropicales
44 ODI	Assamoi Marc	Cardiologie
45 ROUX	Constant Antoine	Chirurgie Pédiatrique
46 SANGARE	Amadou	Hématologie Clinique
47 SANGARE	Ibrahima Séga	Urologie
48 SANOGO	Ibrahima	Hématologie Clinique
49 SESS	Essiagne Daniel	Biochimie Médicale
50 SOMBO	Mambo François	Immunologie Générale et Médicale

## LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

### 51 TAGLIANTF S A P A C I N O

CHAPMAN	<u>MAITRES DE CONFÉRENCES AGREGES</u>	ité Publique et Méd. Communautaire
52 TEA	Daignékpó Norbert	Hématologie Clinique
53 TIMITE-KONAN	Adjoua Marguerite	Pédiatrie
54 TOURE-COULIBALY	Karidiata	Gynécologie-Obstétrique
55 TOUTOU	Toussaint	Médecine Interne
56 TURQUIN-TRAORE	Henri	Chirurgie Générale et digestive
57 VARANGO	Guy Gaston	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
58 WELFFENS-EKRA	Jeanne Marie Christiane	Gynécologie-Obstétrique
1 ABBY	Blaguet Clément	Imagerie Médicale
2 ABISSE	Agba	Immunologie-Transfiision Sanguine
3 ADJOUA	Rith Pascal	Oto-Rhino-Laryngologie
4 ADOH	Adoh	Cardiologie
5 ADOM	Ahoussi Hilaire	Médecine Interne
6 AKA	Gblanh Kassy François-Philippe	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
7 AKA	Joseph	Biostatistique et Informatique Médicale
8 AMANI	N'Goran	Psychiatrie
9 AMON-DICK	Flore	Pédiatrie
10 AMONKOU	Akpo Antoine	Anesthésie-Réanimation
11 ANONGBA	Danho Simplicite Florentin	
	Rodgers	Gynécologie-Obstétrique
12 AOUSSE	Eba François	Maladies Infectieuses et Tropicales
13 ASSA	Allou	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
14 ASSE	N'Dri Henri	Chirurgie Plastique et Réparatrice
15 ASSOUMOU	Aka	Parasitologie
16 ATTIA	Koffi Alain	Hépto-Gastro-Entérologie
17 BAMBIA	Insa	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
18 BANA	Abdoulaye	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
19 BANKOLE-SANNI	Roumanatou	Chirurgie Pédiatrique
20 BOA	Yapo Félix	Neurologie
21 BONI	Ehouman Serge Auguste	Gynécologie-Obstétrique
22 BONNY	Jean Sylvain	Médecine du Travail
23 COULIBALY	Gaoussou	Pneumophtisiologie
24 D'HORPOCK	Ahoua François de Sales Sylvia	Anatomie Pathologique
25 DA SILVA-ANOMA	Helena Luisa	Chirurgie Pédiatrique
26 DANHO-KAKOU	Bassin Jeannette	Hématologie Clinique
27 DICK	Kobinan Rufin	Chirurgie Pédiatrique
28 DIE-KACOU	Henri Maxime	Pharmacologie Clinique
29 DJEHA	Djokouéhi	Dermatologie-Vénérologie
30 DJESSOU	Sossé Prosper	Biochimie Médicale
31 EDOH	Vincent	Bactériologie-Virologie
32 EHOUE	Florent	Oto-Rhino-Laryngologie
33 EHUA	Somian Francis	Chirurgie Générale et Digestive
34 EKRA	Frédéric François Alain	Cardiologie
35 ETI	Edmond	Rhumatologie
36 ETTE-AKRE	Evelyne Elie	Oto-Rhino-Laryngologie
37 FANY	Adama	Ophthalmologie
38 FAYE-KETTE ACHI	Yaobla Hortense	Bactériologie-Virologie

## LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

39 GBAZI	Gogoua Casimir	Imagerie Médicale
40GNAGNE	Yadou Maurice	Anatomie
41 GNIONSAHE	Dazé Appolinaire	Néphrologie
42 KAKOU	Aka Rigobert	Maladies Infectieuses et Tropicales
43 KAKOU	Guikahué Maurice	Cardiologie
44 KAKOU	Konan Médard	Anatomie Neurochirurgie
45 KANGAH	Diékouadio	Pédiatrie-Néo-Natalogie
46 Kassanyou	<b>SALAMI</b>	Anatomie-Chirurgie
47 KOFFI	Eric Martin Alain Sénou	Chirurgie Générale et Digestive
48 KOFFI	Kouarné	Santé Publique et Méd. Communautaire
49 KOFFI	N'Goran Bernard	Pneumophtisiologie
50 KOFFI	N'Guessan Marcel	Santé Publique et Méd. Communautaire
51 KOKOUA	Alexandre	Anatomie-Chirurgie
52 KONE	Drissa	Psychiatrie
53 KONE	Safédé	Ophtalmologie
54 KOUASSI	Jean-Claude	Chirurgie Générale et Digestive
55 KOUASSI	Kanga	Chirurgie Cardio-Vasculaire
56 LOHOUES-KOUACOU	Marie Jeanne d'Arc	Hépto-Gastro-Entérologie
57 MANZAN	Konan	Urologie
58 MEITE	Mori	Immunologie Générale et Médicale
59 N'DRI-YOMAN	Aya Thérèse	Hépto-Gastro-Entérologie
60 N'GBESSO	Roger-Daniel	Imagerie Médicale
61 N'GOM	Abdoukarim Séverin	Pneumophtisiologie
62 NANDJUI	Mansé Béatrice	Rééducation Fonctionnelle (Physiatrie)
63 OUATTARA	Dilai Noël	Imagerie Médicale
64 OUATTARA	Doignan	Médecine Interne
65 OUATTARA	Souhaliho	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
66 OUATTARA	Ossénu	Chirurgie Pédiatrique
67 OUEGNIN	Georges Armand Alexis	Urologie
68 OUHON	Jean	Parasitologie
69 OULAI	Soumahoro	Pédiatrie
70 RICHARD	Kadio Michel	Chirurgie Plastique, Reconst. et de l'Esthétique
71 SEKA	Assi Rémi	Imagerie Médicale
72 SONANAFFOUNDAH- DOUAYOUA	Thérèse Adélaïde Annait	Neurologie
73 TANAUH	Yves Raymond	Chirurgie Thoracique
74 TOURE	Stanislas André	Chirurgie orthopédique et Traumatologie
75 VARLET	Guy Gervais Aka	Neurochirurgie
76 YAPI	Achy	Pneumophtisiologie
77 Y API-YAPO	Chia Paulette	Radiologie
78 YAPOBI	Yves René	Anesthésie-Réanimation.
79 YAVO	Jean-Clude	Pharmacologie Clinique
80 YOBOUET-YAO	Pauline	Dermatologie-Vénérologie-Allergologie

## LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

### MAITRES-ASSISTANTS

1	ACHY	Ossey Bertin	Biophysique
2	ADEOTI	Mansour Franck	Biochimie Médicale
3	ADINGRA ACHO-GROGA	Raymonde Marie Nicole	
	BADA	Happie	Médecine Interne
4	ADJOBI	Ello Jean René	Gynécologie-Obstétrique
5	ADO-ADO-MENSAH	Marie Isabelle Apo	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
6	ADONIS	Laurence Ya	Pédiatrie
7	ADOU-BRYN	Koffi Daho	Parasitologie
8	AGOH	Serge Antoine Biansoit	
		Yoboukoi	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
9	AHNOUX-ZABSONRE	Agbatounabéba	Ophtalmologie
10	AKA-KOFFI	Viviane Emilie Colette (Ama)	Oto-Rhino-Laryngologie
11	AKE-TRABOULSI	Evelyne Léonore	Cardiologie Pédiatrique
12	AKOUA-KOFFI	Gnankon Chantal	Bactériologie-Virologie
13	AMORISSANI-FOLQUET	Amah Madeleine	Pédiatrie
14	ANKOTCHE	Amos	Médecine Interne
15	ASSI	Amonchyépo Ablan Berthe	Neurologie
16	Bakary	OUATTARA	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
17	BOKA	Boni Michel	Anatomie Pathologique
18	Brahima	DIARRA	Chirurgie Générale et Digestive
19	BURAIMA	Fataho	Oto-Rhino-Laryngologie
20	BOKOSSA-MAMBO	Ernestine	Gynécologie-Obstétrique
21	CASANELLI	D'Istria Ange Jean-Marie	Chirurgie Générale et Digestive
22	CISSE-CAMARA	Massara	Biochimie Médicale
23	COULIBALY	Adama	Chirurgie Générale et Digestive
24	COULIBALY	Makan	Maladies Infectieuses et Tropicales
25	DABOIKO	Félix Jean-Claude	Rhumatologie
26	DAGNAN	N'Cho Simplicie	Santé Publique et Médecine Sociale
27	DASSE	Séry Romuald	Immunologie Générale et Médicale
28	DATIE	Ange Michel	Rééducation Fonctionnelle (Physiatrie)
29	DIETH	Atafy Gaudens	Chirurgie Pédiatrique
30	DOMOUA	Kouao Médard Serge	Pneumophtisiologie
31	EBOULE-ABOA	Alloua Corinne	Cardiologie
32	EHOLIE	Serge Paul	Maladies Infectieuses et Tropicales
33	FAL	Arame	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
34	GBERI	Ildevert Patrice	Dermatologie-Vénérologie
35	GOTTA	Séry Fréjus	Anatomie
36	GUEDEGBE	Félix Séraphin	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
37	KACOU-N'DOUBA	Adèle	Bactériologie-Virologie
38	KELI	Elie	Chirurgie Générale et Digestive
39	KENDJA	Kouassi Flavien Hyppolyte	Chirurgie Thoracique
40	KODJO	Richard	Gynécologie-Obstétrique
41	KOFFI	Kouakou Emmanuel	Anatomie Pathologique
42	KOFFI	Kouassi Gustave	Hématologie Clinique
43	KONAN	Alexis Victorien	Imagerie Médicale
44	KONAN	Kouadio Emmanuel	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
45	KONAN	Kouamé Paul Gérard	Urologie
46	KONE	Brahima	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
47	KOUADIO	Koffi Germain	Chirurgie Générale et Digestive
48	KOUAKOU	Firmin	Gynécologie-Obstétrique
49	KOUAME	Dibi Bertin	Chirurgie Pédiatrique

## LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

---

50	<b>KOUAME</b>	Yao Julien	Chirurgie Générale et Digestive
51	<b>KOUASSI</b>	François Xavier	Ophtalmologie
52	<b>KOUTOUAN</b>	Annick	Biophysique
53	<b>MOH</b>	Elloh Nicolas Félix	Chirurgie Pédiatrique
54	<b>N'GOAN-DOMOUA</b>	Anne-Marie	Imagerie Médicale
55	<b>N'ZI</b>	Kouassi Paul	Imagerie Médicale
56	<b>NIANGUE-BEUGRE</b>	N'Drin Martine	Pédiatrie
57	<b>OREGA</b>	Marc Euloge Dassus	Pédiatrie
58	<b>OUEDRAOGO-YANGNI</b>	Yolande	Médecine Interne
59	<b>PRINCE</b>	Agbodjan Adjété	Pédiatrie
60	<b>QUENUM</b>	Guillaume David Cyprien	Gynécologie-Obstétrique
61	<b>TANO-AIE</b>	Amenan Laure	Gynécologie-Obstétrique
62	<b>TANON-ANOH</b>	Blah Marie José	Oto-Rhino-Laryngologie
63	<b>TETCHI</b>	Yavo Denis	Anesthésie-Réanimation
64	<b>TRE-YAVO</b>	Mireille	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
65	<b>SORO</b>	Lacina	Anesthésie-Réanimation
66	<b>VILASCO</b>	Brigitte Emma	Anesthésie-Réanimation
67	<b>WOGNIN</b>	Sangah Barthélémy	Médecine du Travail
68	<b>YAO</b>	Toutoukpo	Hématologie Clinique
69	<b>YAPO</b>	Patrice	Chirurgie Générale et Digestive
70	<b>YAPO-AEVOUELIE</b>		
	<b>KOUASSI</b>	Florence	Cardiologie
71	<b>YAPO-ETTE</b>	Hélène Abouheu	Médecine Légale
72	<b>YEBOUE-KOUAME</b>	Brou Yves	Médecine du Travail
73	<b>YENON</b>	Kacou Sébastien	Chirurgie Générale et Digestive
74	<b>YEO</b>	Ténéna Niona Louis-Philippe	Anesthésie-Réanimation

### MAITRE-ASSISTANT MONO-APPARTENANT

1	<b>N'KO</b>	Marcel	Biochimie
---	-------------	--------	-----------

**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

**ASSISTANTS-CHEFS DE CLINIQUE**

1	ABAULETH	Yao Raphaël	Gynécologie-Obstétrique
2	ACKOUNDOU- N'GUESSAN	Kan Clément	Néphrologie
3	ADJORLOLO-SANOGO	Adjoua Christiane	Ophtalmologie
4	ADOUBI	Innocent	Cancérologie
5	AKA ANGHUI-DIARRA	Evelyne Marie-Françoise Adjoua	Neurologie
6	AKAFFOU-ADJA	Evelyne	Pédiatrie-Néo-Natalogie
7	AKE-ASSI	Marie Hélène	Pédiatrie
8	AKE	Sassor Odile Purifine	Santé Publique et Méd. Communautaire
9	ALLAH	Kouadio Emile	Hépto-Gastro-Entérologie
10	ANOUMOU	N'Guessan Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
11	ANZOUAN-KACOU	Evelyne Reine Marguerite Anoumon	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
12	ANZOUAN-KACOU	Jean-Baptiste	Cardiologie
13	ASSI	Constant	Hépto-Gastro-Entérologie
14	AYE	Yikpé Denis	Anesthésie-Réanimation
15	BA	Ndougou (à titre étranger)	Hépto-Gastro-Entérologie
16	BAKASSA	Traoré Lamine Serge Alexis	Chirurgie Cardiaque
17	BASSA	Kouadio Modeste	Cardiologie
18	BE	Jeancis	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
19	BENIE BI	Vroh Joseph	Santé Publique et Médecine Sociale
20	BERETE	Rokia	Ophtalmologie
21	BINLIN-DADIE	Renée Hélia Ayakan dite Gnanminlin Wôhadjinan	Anesthésie-Réanimation
22	BLEGOLE	Oblé Clément	Chirurgie Générale et Digestive
23	BONI	N'Guessan Raymond	Neurochirurgie
24	BONI	Séverin	Ophtalmologie
25	CISSE	Lassina	Pédiatrie
26	COUITCHERE GUEI	Line Sylvie	Pédiatrie
27	COULIBALY	Abou	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
28	COULIBALY	Ali	Radiologie
29	COULIBALY	Bakary (à titre étranger)	Chirurgie Pédiatrique
30	COULIBALY	Fahan	Ophtalmologie
31	COULIBALY	Ikio	Cardiologie
32	COULIBALY	Noël	Urologie
33	COULIBALY	Ramata	Pédiatrie
34	COULIBALY-DIDI- KOUKO	Oumou Judith	Cancérologie
35	COULIBALY-ZERBO	Férima	Pédiatrie
36	COWPPLI-BONY	Ahou Pascale	Neurologie
37	DAIX	Ahou Thomas Joseph	Pneumophtisiologie
38	DEDE	N'Dri Simon	Imagerie Médicale
39	DEKOU	Angoran Hyjin	Urologie
40	DIABATE	Aboubakar Sidiki	Radiologie
41	DIOMANDE	Abdoulaye	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
42	DJE BI DJE-ASSI	Valérie Lou-Nahié	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
43	DRESEN	Alice Julienne	Anesthésie-Réanimation
44	ECRA-ELIDJE	Joseph	Dermatologie-Vénérologie



**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

---

45	<b>EHOUNOUD</b>	Hyacinthe Jean Clotaire	Anesthésie-Réanimation
46	<b>EHUI</b>	Eboï	Maladies Infectieuses et Tropicales
47	<b>EKRA</b>	Kouadio Daniel	Santé Publique et Méd. Communautaire
48	<b>ELOIFLIN</b>	Banga	Anesthésie-Réanimation
49	<b>ENOH</b>	Slarziahuélie Jacob Euloge	Pédiatrie
50	<b>FALL</b>	Aïssatou	Santé Publique et Méd. Communautaire
51	<b>GBE</b>	Kassieu	Ophthalmologie
52	<b>GOGOUA</b>	Dallo Raphaël	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
53	<b>GONDO</b>	Diomandé	Gynécologie-Obstétrique
54	<b>GUIE</b>	Yéret Privat	Gynécologie-Obstétrique
55	<b>HARDING</b>	Ekoué Diana	Cardiologie
56	<b>HARDING</b>	Mouan Béatrice	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
57	<b>HORO</b>	Gninlgninrin Apollinaire	Gynécologie-Obstétrique
58	<b>KABA</b>	Lanciné	Chirurgie Plastique et Reconstructrice
59	<b>KACOU</b>	Aka Désiré	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
60	<b>KISSI</b>	Henriette Ya	Hépto-Gastro-Entérologie
61	<b>KOFFI</b>	Kouadio Achille	Gynécologie-Obstétrique
62	<b>KOFFI</b>	Kouakou	Anesthésie-Réanimation
63	<b>KONAN</b>	Blé Rémy	Gynécologie-Obstétrique
64	<b>KONAN</b>	Konan Denis	Oxylogie (Médecine d'Urgence)
65	<b>KONAN</b>	Kouassi Jean	Oxylogie (Médecine d'Urgence)
66	<b>KONAN</b>	Yao Lucien Magloire	Chirurgie Générale et Digestive
67	<b>KONAN-TOURE</b>	Akissi Marie-Louise	Ophthalmologie
68	<b>KONE</b>	Seydou	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
69	<b>KONE</b>	Tahirou	Radiologie
70	<b>KOSSOKO</b>	Issa Hyppolyte	Chirurgie Plastique et Reconstructrice
71	<b>KOUADIO</b>	N'Dri Laurent	Chirurgie Générale et Digestive
72	<b>KOUAME</b>	Kanga	Dermatologie-Vénérologie
73	<b>KOUAME</b>	Kouadio Joseph	Anesthésie-Réanimation
74	<b>KOUAME</b>	N'Goran	Imagerie Médicale
75	<b>KOUASSI</b>	Aya Colette	Ophthalmologie
76	<b>KOUASSI</b>	Boko Alexandre	Pneumophtisiologie
77	<b>KOUASSI</b>	Yao Mathurin	Oto-Rhino-Laryngologie
78	<b>KOUKOUGNON</b>	Gbodo Michel	Anesthésie-Réanimation
79	<b>KOUYATE</b>	Salifou	Gynécologie-Obstétrique
80	<b>KRAMOH</b>	Kouadio Euloge	Cardiologie
81	<b>LAGOU</b>	Delphine Amélie	Néphrologie
82	<b>LASME-GUILLAO</b>	Berthe Evelyne	Pédiatrie
83	<b>M'BRA</b>	Kouassi	Cancérologie
84	<b>MAHASSADI</b>	Kouamé Alissan	Hépto-Gastro-Entérologie
85	<b>MANOU</b>	Koffi Benjamin	Rééducation Fonctionnelle (Physiatrie)
86	<b>MOUSSA</b>	Bakary	Chirurgie Générale et Digestive
87	<b>N'DRI</b>	Oka Dominique	Neurochirurgie
88	<b>N' GUESSAN</b>	Keffi	Gynécologie-Obstétrique
89	<b>N' GUESSAN</b>	Konan Edouard	Gynécologie-Obstétrique
90	<b>N'GUESSAN-KOFFI</b>	Isabelle Léa Rosine	Oto-Rhino-Laryngologie
91	<b>NANDIOLO KONE-ANELONE</b>	Rose	Chirurgie Pédiatrique
92	<b>NDOUTABE</b>	Modjirom (à titre étranger)	Santé Publique et Méd. Communautaire
93	<b>NIOBLE</b>	Ghislain	Anesthésie-Réanimation
94	<b>OUALI</b>	Boubacar	Rhumatologie

## LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

---

95	<b>OUATTARA</b>	Baly	Rhumatologie
96	<b>SANGARE</b>	Abdoulaye	Dermatologie-Vénérologie
97	<b>SANOGO</b>	Sindou	Médecine Interne
98	<b>SENI</b>	Konan	Gynécologie-Obstétrique
99	<b>SICA</b>	Asso (IRF ADZOPE)	Chirurgie Plastique
100	<b>SIE</b>	Essoh Jean-Baptiste	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
101	<b>SISSOKO</b>	Jacques Auguste Souleymane	Anesthésie-Réanimation
102	<b>SORO</b>	Kountélé Gona Bakary	Chirurgie Générale et Digestive
103	<b>SORO-KONE</b>	Mariam	Pédiatrie
104	<b>SOUAGA</b>	Kouassi Antonin	Chirurgie Cardio-Vasculaire
105	<b>TANON</b>	Koffi Aristophane	Maladies Infectieuses et Tropicales
106	<b>TEGNAN</b>	Ebba Jacques Arsène	Gynécologie-Obstétrique
107	<b>TIEMBRE</b>	Issaka (à titre étranger)	Santé Publique et Méd. Communautaire
108	<b>TOURE-ECRA</b>	Ana Fatoumata	Gynécologie-Obstétrique
109	<b>TRAORE</b>	Lassina	Chirurgie Générale et Digestive
110	<b>VE</b>	Diomandé	Psychiatrie
111	<b>YAO</b>	Bathaix Mamert Fulgence	Hépatogastro-entérologie
112	<b>YAO</b>	Blaise	Urologie
113	<b>YAPO</b>	Yapo Paul	Anesthésie-Réanimation
114	<b>YEO</b>	Sitiènèhin	Chirurgie Plastique et Reconstructrice
115	<b>YEO-TENENA</b>	Yessonguilana Jean-Marie	Psychiatrie
116	<b>YODA</b>	Moussa	Oto-Rhino-Laryngologie
117	<b>YOFFOU-ANDRE</b>	Liliane	Ophthalmologie
118	<b>YOTIO</b>	Ayékpá	Oto-Rhino-Laryngologie

## LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

### ASSISTANTS-CHEFS DE BIOCLINIQUE

1	<b>AKRE</b>	Dagra Paul	Immunologie Générale et Médicale
2	<b>BAKAYOKO</b>	Souleymane	Bactériologie-Virologie
3	<b>BALAYSSAC</b>	Eric Wenceslas Joseph	Pharmacologie Clinique
4	<b>BONI-CISSE</b>	Cho N'Din Cathérine	Bactériologie-Virologie
5	<b>BOTTI</b>	Koffi	Médecine Légale
6	<b>BROALET</b>	Maman You Espérance	Anatomie-Neurochirurgie
7	<b>DAUBREY-POTEY</b>	Thérèse Cotran	Pharmacologie Clinique
8	<b>ETTE-DIENG</b>	Elisabeth	Anatomie Pathologique
9	<b>KAKOU</b>	Augustine	Pharmacologie Clinique
10	<b>KEITA</b>	Mustapha dit Moussa	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
11	<b>KOUAME</b>	Kouassi René	Anatomie
12	<b>KOUASSI-M'BENGUE</b>	Aya Alphonsine	Bactériologie-Virologie
13	<b>KOUASSI</b>	Yao Mathias	Médecine du Travail
14	<b>MONDE</b>	Aké Absalome	Biochimie Médicale
15	<b>N'DHATZ- COMOE</b>	Emeraude Eba Chantal	Hématologie Clinique
16	<b>NANHO</b>	Danho Clotaire	Hématologie Clinique
17	<b>NIGUE</b>	Luc	Biostatistique et Informatique Médicale
18	<b>OUATTARA</b>	Djibril Charles Guillaume	Anatomie
19	<b>SAKHO</b>	Sidi Samba	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
20	<b>SIRANSY-BOGUI</b>	Kouabla Liliane	Immunologie Générale et Médicale
21	<b>TOLO</b>	Aïssata	Hématologie Clinique
22	<b>TROH</b>	Emile	Anatomie Pathologique
23	<b>TUO</b>	Nalourgo	Physiologie et Exploration Fonctionnelle
24	<b>VAMY</b>	Gboignon Michel	Pharmacologie Clinique
25	<b>YAO</b>	Gnangoran Victor	Histo-Embryo-Cyto-Génétique
26	<b>YAPO</b>	Chia Gisèle	Parasitologie-Mycologie
27	<b>ZUNON-KIPRE</b>	Eric Finile Gnogbo	Biophysique
28	<b>ZUNON-KIPRE</b>	Yvan Jacques-Olivier Toualy	Anatomie-Neurochirurgie

### ATTACHES DE RECHERCHE

1	<b>GUESSENND-KOUADIO</b>	Aya Nathalie
2	<b>HIEN</b>	Sansan
3	<b>KOFFI</b>	Kouadio Dominique
4	<b>KOUAME-KOUABENA</b>	Adja Henriette
5	<b>TOURE</b>	Attiényo Honoré

### ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

1	<b>ABBY-BAILLY</b>	Hortense Marie-Thérèse Philomène	Anglais
2	<b>AKA</b>	Mossouma Georgette	Anglais
3	<b>KAHAN</b>	Koffi Pierre	Anglais

# DEDICACES

A la mémoire de mes défunts

Ma sœur aînée EFFOH BISSEY JACQUELINE

Aujourd'hui où nous arrivons au terme de nos études médicales tu n'es plus là, saches que ton vœux est en train de se réaliser.

Que Dieu tout puissant t'accepte dans sa gloire auprès de lui.

A mes oncles

N'DRIN ABY PHILIPPE

Tu n'a cessé sans honte de m'apporter soutien matériel pendant mon cursus scolaire ; que la terre te soit légère.

**-DEGNY N'DRIN LOUIS, GNAWA AVIT ELI , ABY FEUX , N'DRIN JOSEPH**

Reposez en paix

A mamie DJAWA

Vous avez joué tous votre rôle d'éducatrice depuis notre bas âge ; hélas ! la mort a eu raison de vous sans bénéficier du fruit de vos efforts, reposez en paix.

A ma famille bien aimée

A mon père AKA EFFOH AMBROISE

Mon chère père,

Tout ce que je suis ne représente que le fruit de ta volonté, de ton courage, de ta patience, de ta tendresse et de nombreux sacrifices auxquels tu a consenti. Je te remercie pour tout ce travail pour moi, ce bouquin est le tien.

A ma mère, DEGNY TCHIMAN LEONTINE

Oublies toute cette humiliation dont tu as fait l'objet au village.  
Béni sois-tu. Que le bon Dieu t'accorde longue vie.

A mes frères et sœurs

ABY AKA ANDRE

EFFOH LEDJA ROSALIE

EFFOH ISAYAM E MARTINE

**EFFOH N'GUESSAN THERESE**

**EFFOH ABY RAPHAEL**

**EFFOH DEGNY DAVID**

**EFFOH ETCHE AMOS**

**EFFOH BEKEHON AYA MELANIE**

**EFFOH ZOUNKOUAN ALEXANDRE**

**EFFOH GNABAHON SUZANE**

Ce travail est le vôtre. Soyons solidaire de manière à consolider les acquis de la famille. Que le seigneur JESUS CHRIST soit notre rocher de tous les jours .

A ma Grande famille à ADESSE

A ma grand-mère ABOURE GRAHON BERNADETTE

Tu a été tout le temps tout ;près de nous pour guider nos pas. Merci pour tout ce que tu a fait pour mes frères et pour moi. Face Dieu que tes jours se prolongent sur terre.

**A monsieur N'DRIN ETCHE AMOS** mon parrain ; votre soutien ne nous a en aucun moment fait défaut. Vous êtes des ceux qui aujourd'hui nous permet d'être ce que nous sommes, merci infiniment pour cette attention particulière que vous nous portez.

**A monsieur BOGUI N'DRIN**, vous êtes plus un père qu'un tuteur. Vous m'avez permis d'étudier dans de bonnes conditions ; merci pour tout.

**A monsieur ABY ZOUANKOUAN ALEXANDRE**

Avec toute ma gratitude, pour tout le soutien que tu m'a apporté durant ma scolarité

**ABITCHE AUGUSTIN dit Gnambe** tes conseils, tes orientations m'on été précieux. Merci pour tes appuis

**A mes oncles**

**BEUGRE DEGNY ANDRE**

**ABY AKA MATHIEU**

**N'DRIN JEAN**

**ABITCHE AUGUSTIN et Madame**

Toute ma reconnaissance et ma sympathie.

A mes cousins et cousines en particulier

**ETCHE NOEL**

**ETCHE NATACHA**

**ETCHE BARTHELEMY**

**N'DRIN N'GUESSAN LOUI**

**N'DRIN BOGUI PASCAL**

**LOKO BENOIT**

**LOKO BAZILE**

**ETCHE ERIC**

**BOGUI BONIFACE**

**AKA DIDIER**

**DEGNY JOSEPH**

**ABY LEON**

**N'GUESSAN AKA MATHIEU**

**ONTCHONDO ZOUANKOUAN LUCIEN**

**ONTCHONDO JACQUES**

**ONTCHONDO BEUGRE**

**Merci pour tout vos différents aides en tout temps.**



A ma grande famille à TIAGBA en particulier :

**Mon grand père ADOU VALENTIN,**

**ADOU A'MANI**

**ADOU JACQUES**

**ADOU MEL**

**ADOU PIERRE**

**ADOU FRANCOIS**

**ADOU PELE**

**WANTADJE**

**Tantie AMANI PAULINE**

**Merci pour votre soutien moral et financier** merci encore pour l'accueil que vous avez réservé à ma mère ses difficiles moments ; que Dieu vous bénisse.

A tous les responsables d'ADESSE à Abidjan,

**A ma grande famille à TABOUTOU**

**BOGUI DEGNY SIMON et sa femme**

**DEGNY LEDJA**

**DEGNY BOGUI**

**DEGNY N'DRIN**

**DEGNY BADJO**

**DEGNY KADJOU**

**DEGNY LEBA**

**DEGNY AMELIE**

Que la fraternité, la paix règnent entre nous.

**Je dédie cette à...**

**A ma chérie PATRICIA GERALDINE K.**

Ce travail est aussi le fruit d'un effort que tu n'a cessé de soutenir ; merci pour tout.

**A mon cousin ETCHE NOEL et madame Merci**

pour vos différents aides et votre soutien en tout temps.

A tous mes amis d'enfance en particulier

**N'DRIN N'GUESSAN LOUIS (PALASTRO)**

**ZQUKOUAN EGNU PAUL (joli soir)**

**NIAVA BOGUI ALINO**

**N'GUESSAN ABY PASCAL**

**N'DRIN SIMAYE MARC**

**BECHI DANIEL**

**BEUGRE MATHIAS**

Pour tous les moments agréables que nous avons vécus ensemble à ADESSE.

A mes amis de TOUKOUZOU HOZALEM et KEHIZALEM

**ZOUKOUAN EUGENIE**

**LOTO**

**AMESSAN MARC ELYSE**

**AYEKPA FRANCOIS**

**LACREPY**

**BRUCE**

**GUILLAUME**

**ELISABETTE**

Toute ma sympathie

A mes amis de la sicogi Treichville

MR DA, ~MR DJEDJE et sa femme

## **A LA FAMILLE OKA**

Toute ma reconnaissance

## **A Monsieur N'GUESSAN HUGUES**

Je garde de vous un ancien **Maître** toujours disponible à mettre tous les moyens en jeux de manière à permettre à ces élèves de réussir. Vos enseignements et conseils m'ont été très bénéfiques. Ce document est le vôtre.

## **Au Docteur, BROALET ESPERANCE.**

Ta persévérance et ton désir d'aller toujours de l'avant m'ont servi d'exemple.

Puisse cette thèse constituer le gage d'une amitié que je voudrais perpétuelle.

## **A tous mes amis de la faculté de médecine:**

Dr KONAN YAO EUGENE(KYE),Dr SORO, Dr COULIBALY ISSOUF

Dr COULIBALY JULES, Dr OUATTARA HAMADOU (O. H.)

Dr ABOU PAULINE, Dr KOUASSI ALAIN, Dr ANOUMYE,

Dr DIARRASSOUBA KOUYEGUE Dr BEKLOU NEAN MARCEL Dr  
DIABATE FOUSSENY et MADAME, Dr KOUADIO PARFAIT,

Toute ma sympathie.

A toutes mes amis internes des hôpitaux

Dr BINAN YVES , Dr DJODJO, Dr TCHICAYA, Dr ANGOH PRIVAT, DR ANZOUAN EVELYNE, Dr MORIO, Dr ABODO, Dr GOULI, Dr HALIDOU Dr N'GUESSAN EDOUARD, Dr FANNY, Dr KOUAME J.B, Dr TAH BI Et autres.  
Que vive notre association.

**A mes amis de l'université.**

Mrs COULIBALI SINAN ALI, KONATE IBRAHIMA, AKOU ATHANASE  
ONTCHONDO LUCIEN, BEUGRE INNOCENT, DJEMS GEORGES N'DRIN  
N'GUESSAN AMBROISE;

Toute ma reconnaissance

**Au personnel de Gynécologie Obstétrique du CHU DE YOPOUGON**

Toute ma sympathie.

**Au personnel du suce de Gynécologie Obstétrique et de Chirurgie  
pédiatrique du CHU DE TREICHVILLE**

Toute ma reconnaissance.

**Au personnel du service de Chirurgie digestive et endocrinologique du  
CHU DE TREICHVILLE:**

Professeur N'GUESSAN ALEXANDRE

Docteurs KELI , YAPO, CASANELLI, MOUSSA, BLEGOLE, YEO,  
ASSEBIAN, KOUAME CLAUDE TEHE , ATSEPI , KOUAKOU, UDOZEN.

Mesdames ASSOUAKON, KOSSOKO DJEDOU, YOBOUET, DJEDJE

LUCIE, MARTH ' Messieurs DIBI DENIS, KOUADIO, ABDOUL, AKPATOU

Mesdemoiselles DOSSOU ANNICK, ABLO DELPHINE, KALFA FELICITE

Pour la vie de famille que vous tentez d'instaurer au sein du service, pour  
votre soutien et pour votre disponibilité.

A mesdames BEDA DJAKO, BAILLY MARCELLINE, YAON née ZOHELIA

Merci pour tous les services rendus à la confection de cette thèse.

# A NOS MAITRES ET JUGES

**A notre président de jury**

**Madame professeur TOURE COULIBALY C.**

- Professeur de Gynécologie Obstétrique
- Chef de service de Gynécologie Obstétrique du CHU de TREICHVILLE
- Président Fondateur de GRET CI

C'est dans votre service que nous avons fait les premiers pas d'étudiant stagiaire externe stagiaire interné, interne faisant fonction et enfin interne titulaire.

Dès nos premiers contacts, nous avons été vivement impressionnés par vos immenses qualités. A l'autorité d'un grand maître vous avez su faire preuve de qualités humaines exemplaires.

Vous avez bien voulu nous accepter au sein de la brillante équipe que vous avez formé et ou tous les jours vous guider notre apprentissage  
Trouver ici, Cher maître , la marque de notre vive reconnaissance et de notre admiration respectueuse.



**A notre Maître et Directeur de thèse**

**Monsieur le professeur Agrégé ANONGBA DANHO SIMPLICE**

- Maître de conférences Agrégé en Gynécologie et Obstétrique à l' U.F.R. des sciences médicales d'ABIDJAN.
- Secrétaire général de la Société Africaine de Gynécologie et Obstétrique

Vous avez toujours représenté à nos yeux le modèle de la consciente et de l'éthique médicale.

Par votre culture médicale, votre infatigabilité, votre rigueur, dans l'encadrement des étudiants et médecins CES et votre simplicité, vous forcez l'admiration de ceux qui vous côtoient.

Soyez assuré de notre dévouement et de notre reconnaissance.

Puisse votre brillante réussite inspirer tout au long de sa carrière l'élève gynécologue que nous sommes.

**A notre Maître et luge**

**Monsieur le Professeur EDOH VINCENT**

- Professeur Agrégé de Bactériologie et de Virologie à L'U.F.R. de Sciences Médicales
- Chef de service de l' Unité de Microbiologie au Laboratoire centrale du C.H.U. DE TREICHVILLE.

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites de juger ce travail. Nous vous en remercions vivement et vous assurons de notre profonde reconnaissance.

**A notre Maître et luge**

**Monsieur le Professeur TOUTOU TOUSSAINT**

- Professeur de médecine interne
- Diplômé d'endoscopie digestive
- Membre fondateur et Vice président de la société de Médecine Interne(SIMI)
- Membre du groupe de recherche sur les endémies tropicales de COTE D'IVOIRE(GRETCI)
- Membre de la société Africaine de Pathologie Infectieuse
- Membre de la société ivoirienne de Pathologie Infectieuse et Tropicale (SIPIT)

Votre accord spontané à juger ce travail malgré vos multiples occupations, nous a comblé de joie.

Nous garderons de vous le souvenir d'un maître disponible et serviable. Permettez-nous de vous exprimer notre profond respect.

# ABREVIATIONS

## **LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

---

acchts : accouchements

DDL : degré de liberté

CES : Certificat d'étude spécialisée

G.E.U : Grossesse extra utérine

IMSO : Incision médiane sous ombilicale

Inf = Inférieur

LA : Liquide amniotique

Niv-soc-eco : Niveau socio-économique

Sup = supérieur

# SOMMAIRE

## **INTRODUCTION**

### Première Partie: **GENERALITES**

#### **I- HISTORIQUE**

#### **II- TECHNIQUE**

##### A- Le temps pariétal

##### 1- L'incision cutanée

##### 1.1- L'incision médiane sous ombilicale (IMSG)

##### 1.2- L'incision transversale sus pubienne de pfannenstiel

##### 2- L'incision des tissus sous cutanés

##### B- Le temps abdomino-pelvien

##### 1- La mise en place des champs abdominaux

##### 2- L'incision, décollement du péritoine vésico-utérin suivi du refoulement de la vessie

##### 3- L'hystérotomie segmentaire

##### 4- L'extraction du contenu utérin

##### 5- Fermeture

##### 5.1- La suture utérine ou l'hyterorrhaphie

##### 5.2- La péritonisation du péritoine pré-segmentaire

##### 5.3- Le contrôle de la cavité abdominale

### **III- MECANISME DE SURVENUE DE SUPPURATIONS PATRIETALES APRES CESARIENNES**

### Deuxième Partie : **NOTRE ETUDE**

#### **I- OBJECTIF**

#### **II- METHODOLOGIE**

##### A- Type d'étude

##### B- Cadre d'étude

##### C- Population d'étude

1. Critères d'inclusion

2. Critères d'exclusion

D-Recueil des informations

E- Etude statistique

### **III- RESULTATS**

### **IV- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS**

1. Fréquence des suppurations pariétales après césariennes

2. Facteurs de risque des suppurations pariétales après césariennes

3. Profil à risque des suppurations pariétales après césariennes

### **V- PROPOSITIONS ET CONCLUSION**

A- Propositions

B- Conclusion



# INTRODUCTION

## **LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

---

Considérée longtemps comme un recours ultime, la césarienne était autrefois ressentie comme un échec pour l'obstétricien, et l'opérée ne l'acceptait qu'avec réticence.

Aujourd'hui, le taux de naissance par césarienne est en augmentation.

Contribuant ainsi à améliorer le pronostic fœtal. Cette intervention dans nos régions n'est pas sans risque. Le risque marqué par une morbidité maternelle non négligeable est dominé par les complications infectieuses dont les suppurations pariétales.

Notre travail se déroulera autour de deux points :

1. La première partie portera sur une revue de la littérature relative au phénomène.
2. La seconde partie présentera l'étude proprement dite.

# Première partie

# GENERALITES

## I- HISTORIQUE

### ORIGINE DE LA CESARIENNE

La césarienne fut longtemps une intervention mythique réservée aux dieux, son nom même prête à discussion, bien qu'il dérive de *Caedere*: "couper". "Gens" Julia serait un surnom donné à un ancêtre qui serait né par césarienne.

Pour PLINE l'ancien, le premier des CESAR serait né de cette intervention (ab utero matrice "coeso").

Le plus ancien manuscrit de l'Inde antique, le Rig Veda, envisage une telle intervention : indra le dieu suprême, refuse de venir autrement qu'en sortant du flanc de sa mère. Bouddha est également représenté naissant de cette façon.

Selon Ovidé Sémélé, fille de Dadmos, ayant défié son Dieu et l'ayant sommé de faire la preuve de sa puissance divine, le Dieu apparut la foudre à la main. Imprudence fatale qui entraîna l'incendie du palais et la mort de Sémélé alors enceinte de 6 mois. Zeus pratiqua la césarienne post mortem .

Apollon, ayant fait périr l'infidèle Coronis sous les flèches d'Artémis sa sœur, arracha du corps de cette infidèle son fils Euscalape.

De nombreux récits ont rapporté des naissances par "césarienne accidentelle" lors des traumatismes abdominaux de femmes gestantes par cornes de bovidé ( 52 ).

La pratique de la césarienne post mortem fut codifiée par **Numa Pompilius** (715-612 avant J.C.), roi légendaire de Rome, dans la fameuse *lex regia* interdisant l'enterrement d'une femme enceinte avant que l'enfant n'ait été extrait. Cette pratique continua à être appliquée sous régime impérial (*lex caesarea*) puis le catholicisme pour baptiser l'enfant : Conciles de Venise (1280) et Sens (1580). La césarienne post mortem fut appliquée tout au long du moyen âge.

L'origine du surnom de la "Gens" Julia proviendrait en fait de la naissance d'un ancêtre par césarienne post-mortem (ab utero matrice "coeso").

En dehors des légendes mythologiques, la césarienne (de Caedere = couper) fut longtemps réservée au post mortem immédiat, cette époque prend fin vers 1500.

Le premier traité sur la césarienne de François Rousset, en 1581, rapportait 17 observations avec un certain nombre de survies, par la pratique d'une aseptie avant la lettre, en dehors d'ailleurs de toute septicité hospitalière.

Ambroise Paré finit par condamner sa pratique en raison des risques, opinion universellement partagée jusqu'à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle (52) .

Cependant, Baudelocque, malgré les calomnies, l'utilisait en dernier recours dans les grands rétrécissements pelviens. Le refus de suturer l'utérus, l'absence d'asepsie, la spoliation sanguine entraînaient une mortalité (jusqu'à 100%) aggravée par l'infection.

Poro, en 1876, préconisa l'hystérectomie en bloc après césarienne l'utérus étant parallèlement extériorisé, avec une mortalité maternelle de "seulement" 25% (45% pour la césarienne simple à la même période).

L'indication était toujours le "bassin barré".

*Les progrès chirurgicaux et l'asepsie permirent l'extension progressive **des** indications.* La suture du péritoine viscéral, la suture utérine s'imposèrent lentement.

La sélection des cas fit baisser la mortalité maternelle à 10% : on avait compris que l'ouverture de l'utérus en travail était celle d'un organe septique et que rien ne pouvait empêcher la péritonite d'évoluer dans ces cas "impurs".

La césarienne "prophylactique" fut donc réservée aux cas "purs" et décidée en fin de grossesse sur un œuf intact. La césarienne segmentaire (incision de l'utérus sur le segment inférieur) fut introduite en France en 1921 et ne s'imposa malheureusement que lentement.

Elle marquait un progrès décisif, car la situation basse du segment inférieur, la possibilité de l'isoler complètement de la cavité abdominale limitèrent rapidement les complications infectieuses et rendirent possible l'épreuve du travail puisque, désormais, on pouvait opérer après rupture des membranes .

Parallèlement, les progrès de l'anesthésie et réanimation, l'avènement des antibiotiques, les progrès de la transfusion sanguine ont amélioré le pronostic maternel. De redoutable et décriée, cette intervention est considérée aujourd'hui comme inoffensive tend à être dans certaines mains une solution de facilité à tout problème obstétrical.

## **II- TECHNIQUE DE LA CESARIENNE (31), (42).**

La technique à ce jour de la césarienne est univoque et comprend plusieurs temps.

### **A- LE TEMPS PARIETAL**

#### **1- L'incision cutanée**

##### **1.1- L'incision médiane sous ombilicale (IMSO)**

Elle est la plus utilisée et permet :

- D'extraire rapidement le fœtus en état de souffrance
- D'éviter de provoquer de larges zones de décollement pariétal source d'hématomes.

##### **1.2 - Incision transversale sus-pubienne de Pfannenstiel**

Elle est de plus en plus utilisée pour la satisfaction esthétique et sa solidité.

#### **2- Incision des tissus sous cutanés.**

On incisera ensuite :

- La peau,
- Le tissu cellulaire sous cutané,
- L'aponévrose,
- Le muscle,
- Le péritoine pariétal.

## **B- LES TEMPS ABDOMINO PELVIENS**

Au cours duquel on distingue :

### **1- Mise en place des champs abdominaux**

On utilise généralement trois champs abdominaux :

- Un champ recouvrant les anses et les épiploons et tassé dans le cul-de-sac de Douglas.
- Deux autres champs sont mis au niveau de gouttières pariéto-coliques.

Cette mise en place des champs à l'avantage d'isoler la grande cavité abdominale de l'ensemencement septique par le liquide amniotique infecté.

### **2- L'incision, décollement du péritoine vésico utérin suivi du refoulement de la vessie**

Elle consiste en une incision transversale aux ciseaux du péritoine pré-segmentaire dont le décollement se fait sans difficulté. Refoulement vésical par la pose d'une valve sus-pubienne. Suit le refoulement vésical réalisé prudemment au doigt, la vessie ainsi décollée sera protégée par la pose d'une valve sus-pubienne.

### **3- Hysterotomie segmentaire**

Elle est segmentaire et verticale (la plus utilisée dans notre service), respectant les pédicules utérins mais dangereuse pour la vessie bien que certains défendent l'incision transversale plus dangereuse pour les pédicules utérins. Elle est pratiquée au bistouri élargi aux ciseaux.

#### **4- Extraction du contenu utérin**

- Elle survient après ouverture de l'œuf et aspiration du liquide amniotique.- Cette manœuvre doit être exécutée avec douceur ;
- On peut ainsi aider la sortie de la tête en glissant la main à plat derrière l'occiput.

Le reste du corps vient sans difficulté. (le recours de forceps est rare)

- Après l'extraction, se fait la délivrance artificielle à travers l'orifice d'hystérotomie suivie de la révision utérine.

#### **5- Fermeture**

##### **5.1- La suture utérine ou l'hysterorrhaphie.**

Elle demande une technique rigoureuse.

Elle se fait par des points simples extra muqueux distants d'environ 1 cm avec du fil résorbable en commençant par les deux angles sur lesquels on laissera un fil repère comme tracteur. La qualité de la suture repose sur le caractère extra muqueux strict.

##### **5.2- La péritonisation du péritoine pré segmentaire.**

Elle est faite par un surjet de fil résorbable.

##### **5.3- Le contrôle de la cavité abdominale.**

Il survient après l'ablation des champs abdominaux et la toilette abdominale.

Le contrôle consistera à vérifier l'état :

- des annexes
- de l'utérus
- du segment inférieur postérieur
- de l'étage sous mesocolique.



#### **5.4- La fermeture pariétale.**

Elle sera réalisée avec le respect des différents plans de la paroi, à savoir :

- Le péritoine pariétal
- le muscle
- l'aponévrose
- la sous peau
- la peau

### **III- CONDITIONS FAVORABLES DE SURVENUE DES SUPPURATIONS PARIETALES**

La suppuration pariétale est en effet un risque permanent en chirurgie obstétricale et la colonisation bactérienne est presque constante. Les germes les plus souvent retrouvés sont les streptocoques, le protéus, l'*Escherichia Coli*, Staphylocoque (15, 17 ,48, 54), et les études montrent que ces germes pathogènes sont retrouvés dans 90% des plaies opératoires lors de la fermeture. Ceci existe quelque soit la technique chirurgicale et l'environnement. Ces bactéries sont peu nombreuses mais peuvent proliférer. Elles trouvent dans la plaie un milieu favorable (hématome, ischémie, modification du potentiel d'oxydoréduction...), d'autant plus que l'acte opératoire induit des anomalies de défenses immunitaires (56) et l'anoxie qui en est la conséquence, favorisent par ailleurs la pullulation des espèces anaérobies (18).

En pré opératoire, la prévention consiste à équilibrer au mieux une pathologie générale en particulier dans, la césarienne élective, et à assurer une aseptie maximale en salle d'accouchement, à faire une préparation cutanée du site opératoire et préparer une équipe chirurgicale dans le sens de la rigueur dans l'aseptie.

## Deuxième partie

# NOTRE ETUDE

## **I- OBJECTIF**

L'opération césarienne, réputée aisée et banale dans les pays développés reste parfois dans nos régions source de complications maternelles dont la suppuration pariétale.

L'objectif général de notre étude est de faire une étude épidémiologique des suppurations pariétales après césariennes dans notre service.

Les objectifs spécifiques visent à:

- apprécier la fréquence des suppurations pariétales après césariennes
- identifier les facteurs favorisant des suppurations pariétales
- déterminer le profil à risque de ces suppurations pariétales après césariennes.

## **II- METHODOLOGIE**

### **A- TYPE D'ETUDE**

Notre travail est une étude rétrospective cas témoins portant sur les suppurations pariétales après césariennes dans le service de gynécologie et obstétrique du CHU de Treichville. Cette étude a été réalisée du 1<sup>er</sup> Janvier 1993 au 31 Décembre 1997.

### **B- CADRE D'ETUDE**

Le service de gynécologie et obstétrique est situé dans l'enceinte du CHU Treichville. C'est un centre d'enseignement, de recherche et de soins. Il a pour vocation de recevoir et de traiter l'ensemble des urgences gynécologiques et obstétricales venant des maternités périphériques du secteur sud de la ville d'Abidjan en particulier et des villes avoisinantes.

❖ **ORGANISATION ET ACTIVITÉ** : le service comprend,

1- Une unité d'urgence gynécologique avec cinq lits de mise en observation et une table d'examen.

2- Une unité obstétricale comprenant huit box à l'intérieur desquelles on trouve huit tables d'accouchement et huit lits de mise en observation. La salle d'accouchement est aussi le lieu de préparation des parturientes pour les césariennes d'urgence.

La préparation des parturientes se fait par rasage pubien sans douche préopératoire ni usage d'antiseptique au niveau de la zone de rasage ce qui peut être source de contamination de plaie opératoire, par la libération de germes entraînés dans le décollement des squames et la vidange des bulbes pileux (54).

### **3- Un bloc opératoire**

Il comprend deux salles fonctionnelles.

\* **Présentation**

- La première salle est réservée aux interventions programmées.
- La deuxième salle est destinée aux interventions d'urgence. Elle est utilisée le jour et la nuit sans interruption.

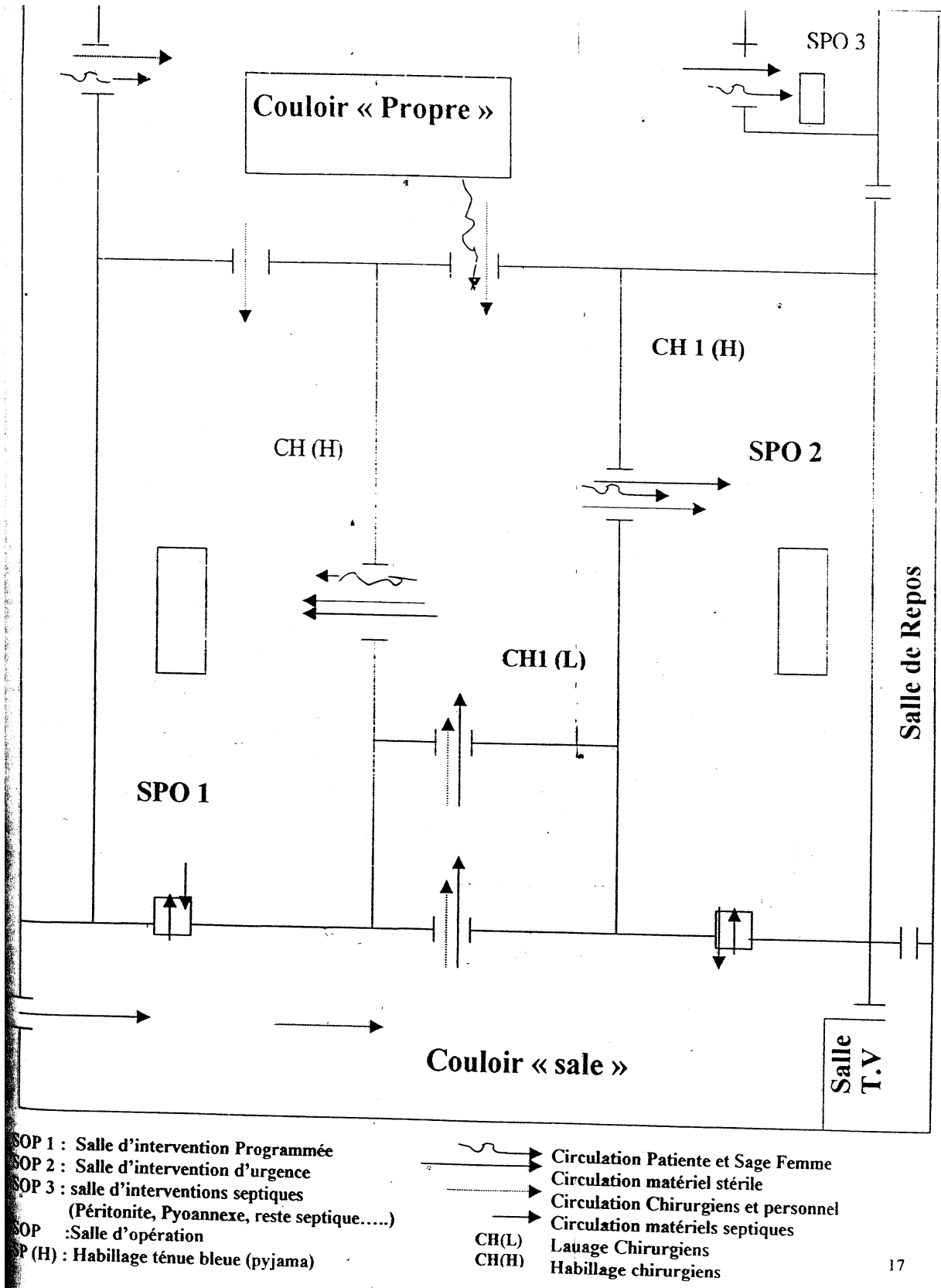
Etant définie le nombre de salles, la description du bloc opératoire va intéresser :

- La liste des locaux
- Les circuits et les liaisons fonctionnelles entre les locaux

Description du bloc opératoire (Schéma de notre bloc opératoire du CHU de TREICHVILLE ci-dessous).

## LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :

*Etude rétrospective sur cinq ans (1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*



### **a- Liste des locaux**

Elle est composée de :

- Vestiaires sales et sanitaires
- Salles de détente et de repos
- Bureaux
- Salles d'intervention
- Salles de lavage des mains des chirurgiens : le lavage des mains se fait souvent par du savon ordinaire , sans brosse par manque de solution antiseptique. Il se fait le plus souvent sans assistance (garçon de salle ou panseur) , les règles d'asepsie peuvent passer ainsi inaperçues.
- Les réserves et dépôts
- Circuit de transfert : Il existe deux types.
  - \* Un pour le transfert du malade où chemine aussi le personnel en blouse blanche comme en blouse bleue. Ce circuit n'est pas stérile.

Nous rappelons que les tenues bleues sont uniquement réservées pour le bloc opératoire et portées au cours des interventions chirurgicales, de même que les casaques. Mais malheureusement, les tenues bleues sont portées aussi bien en salle d'accouchement qu'au bloc opératoire et en hospitalisation.

- \* L'autre circuit est annexé au dépôt de matériels septiques. C'est un circuit où circule aussi bien le personnel du bloc que le chirurgien. C'est aussi une zone de passage des matériels stériles.

### **b- Les circuits et les liaisons fonctionnelles entre les locaux**

#### **b-1 Circuit du malade**

##### **b 1.1- Malade pour césarienne en urgence**

\*Acheminement de ces malades, de la salle d'accouchement jusqu'au bloc opératoire sur un chariot qui est aussi utilisé pour les césariennes électives

que pour les césariennes d'urgence. Le même chariot est aussi utilisé pour les malades devant subir des interventions réputées septiques (pyoannexe, péritonite ...)

\* La parturiente passe par l'ascenseur utilisé par tout le personnel de la salle d'accouchement.

Il n'y a pas de changement de vêtements depuis la salle d'accouchement jusqu'au bloc, ces vêtements sont ceux de la malade portés du domicile jusqu'à l'hôpital.

#### b 1.2- Malade pour césarienne élektive

Le contexte de ces malades est totalement différent des premières. Ici les malades peuvent se déplacer avec ou sans chariot portant des draps d'hôpital avant intervention. Ces malades sont le plus souvent s et subissent une préparation pré-opératoire (rasage pubien loin de l'intervention douche pré-opératoire ).

#### b- 2 Le circuit du personnel du bloc opératoire

Il n'y a pas de circuit propre au personnel du bloc opératoire qui emprunte aussi bien les couloirs dits «sales» que les couloirs dits «propres».

Par ailleurs il n'existe pas de couloirs stériles.

#### b-3 Le circuit du chirurgien

Il ne diffère pas du circuit général du personnel.

#### b-4 Le circuit de la sage femme

La sage femme chargée de récupérer le nouveau né après la césarienne, emprunte le circuit du malade avec la même tenue de travail qu'en salle d'accouchement jusqu'au bloc opératoire sans bavette et parfois même sans callot.



#### **b-5 Le circuit du matériel stérile**

Le matériel stérile arrive au bloc opératoire en empruntant le circuit du personnel.

On signale que nos matériels sont vieillissants (pincés, écarteurs ciseaux) d'où leur importante corrosion. Cette corrosion crée des cratères microscopiques où peuvent se loger des micro organismes (11)

#### **b-6 Le circuit du linge**

Le linge souillé est évacué du bloc opératoire en empruntant le circuit du personnel. Il en est de même pour les déchets.

### **c- L'entretien du bloc opératoire**

Le nettoyage du bloc opératoire se fait après chaque intervention. Il est réalisé avec des brosses, des serpillières, des éponges ce qui entraîne une remise en suspension des particules ayant déjà sédimenté ou la constitution d'un réservoir de germes(54).

### **4- Le service de stérilisation**

Le service de stérilisation est dirigé par une infirmière (Mme Richmond) formée en la matière. Elle est aidée par trois filles de salle. On y distingue deux grands circuits.

#### **\* Le circuit sale**

Le matériel contaminé qui arrive des unités est acheminé dans une zone de lavage pour une décontamination avant d'être conservé dans une zone de conditionnement. Ce matériel passe au guichet pour être stocké dans un sachet pour la soudure. Une fois dans le sachet soudé, il passe à l'autoclave en présence d'un stéricontrôle (appareil qui apprécie la qualité de la stérilisation).

### **\*Le circuit propre**

Le circuit propre n'est emprunté qu'en partie; une fois stérilisée, le matériel emprunte ale circuit sale pour être acheminé au bloc opératoire.

#### **5- L'unité d'hospitalisation.**

##### **5.1 Unité des suites de couche (ancienne maternité)**

On trouve dans cette unité le plus souvent des malades à niveau socio-économique bas.

Elle comprend treize, chambres de trois lits chacune.

Les salles ne sont pas climatisées, les fenêtres sont toujours ouvertes.

Il n'y a pas de sales spécifiques de suppuration

Le lit est attribué aux malades quelque soit le type d'intervention pratiquée (pyoannexe, péritonite, G.E.U, césarienne)

La stérilisation se fait quelque fois dans une chambre après départ d'une malade ayant suppuré.

Les pansements se font au troisième jour après césarienne puis au cinquième et au septième jour avec ablation totale du fil. En cas de suppuration les pansements se font quotidiennement. Ces pansements se font par les sages-femmes à fenêtres ouvertes. Il n'y a pas de salles spécifiques de pansements ; ils ont donc lieu sur le lit de malade.

##### **5.2- Clinique gynécologique et obstétrique (la nouvelle maternité)**

C'est une unité d'hospitalisation qui accueille le plus souvent les patientes à niveau socio-économique moyen ou élevé. Elle comprend :

- Douze chambres de deux lits
- Une chambre à un lit
- Une suite

Les chambres sont climatisées et les fenêtres fermées, les visites sont réglementées, l'hygiène corporelle est assurée par les aides soignantes ayant bénéficié d'une formation médicale.

Les pansements sont assurés par les sages femmes dans des salles à fenêtres fermées avec air conditionné.

La stérilisation des chambres est faite systématiquement après le passage d'une malade ayant fait une infection.

Les draps sont propres et fournis par l'hôpital.

**6- Salle de réveil**

- Elle est constituée de 13 box : sept à gauche et six à droite, séparés par une allée. En cas de surcharge du fait du dysfonctionnement des autres CHU comme c'est souvent le cas, les malades césarisées sont mises sur des matelas de réserve.
- La salle de réveil est exposée aux visites répétées des parents de malades sans port de casaques.
- Concernant l'hygiène corporelle des malades , elle est assurée par leur parent ce qui peut entraîner une souillure des pansements.

**7- Une salle d'échographie**

**8- Une crèche**

**9- Une salle pour les archives**

**10- Une salle de réunion**

**11- Les bureaux des médecins et des majors**

**12- Un pool de consultation**

- Consultations gynécologiques
- Consultations- prénatales
- Consultation de planning familial
- Et les autres consultations spécialisées

En résumé le service de gynécologie et obstétrique du CHU de Treichville de par sa conception architecturale , de par ses activités multiples , de par ses circuits et liaisons fonctionnelles entre les locaux mal utilisés , du comportement de son personnel dans le manque de rigueur dans le respect

de l'asepsie a une part de responsabilité dans la survenue des infections nosocomiales qui selon MOTTO YAO Lest de 17,36% (44) dans notre service.

### **Le personnel du service se répartit comme suit**

- \* Un professeur titulaire chef de service : PR TOURE COULIBALY K.
- \* Un adjoint, maître de conférence agrégé.
- \* Trois maîtres assistants
- \* Deux assistants chef de clinique
- \* Trois assistants hospitaliers
- \* Deux internes
- \* Dix infirmiers dont quatre anesthésistes
- \* Cinquante neuf sages femmes qui se répartissent de la manière suivante :
  - 15 en salles d'accouchement
  - 8 à la nouvelle maternité
  - 6 à l'ancienne maternité
  - 10 en réanimation
  - 4 à la crèche plus une puéricultrice
  - 2 aux pansements externes
  - 11 aux différentes consultations
  - 2 aux urgences
- \* Quatre aides soignantes
- \* Quatorze filles de salle
- \* Six garçons de salle
- \* Trois secrétaires
- \* Une assistance sociale
  - Un archiviste

## C- POPULATION D'ETUDE

La population d'étude a été composée sur la base de :

- 19611 accouchements
- 4453 Césariennes
- 286 suppurations pariétales après césariennes.

Cette population d'étude a été répartie en deux bras :

- Le 1<sup>er</sup> bras est composé de patientes ayant présenté une suppuration pariétale après césarienne.
- Le 2<sup>ème</sup> bras représente le groupe témoin qui est constitué de patientes aux suites simples après césariennes . ,

Deux critères sont intervenus dans la répartition de la population ayant servi à l'étude.

### 1- Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion ont été les suivants :

- Les parturientes ayant subi l'opération de césarienne dans le service.
- et les parturientes ayant présenté une suppuration pariétale après césarienne.

### 2- Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion ont été les suivants :

- Infections post-césariennes en dehors des suppurations pariétales.
- Des suppurations pariétales postopératoires en dehors des césariennes .
- interventions chirurgicales gynécologiques

## **D- RECUEIL DES INFORMATIONS**

Pour le recueil d'information, différents paramètres ont été étudiés pour chacune de nos patientes.

Les renseignements ont été recueillis à partir des dossiers d'hospitalisation des malades Le dossier comporte un numéro d' hospitalisation.

Pour l' atteinte des objectifs de cette étude , des variables ont été compilées (Voir Annexe)

## **E- ETUDE STATISUQE**

Pour le traitement informatique, il a été mis en place un programme de saisie des données à partir du questionnaire.

Pour cette étude nous avons utilisé le Chi-deux ( $\chi^2$ ) pour la comparaison des répartitions observées

Le seuil de significativité des tests de comparaison a été fixé à 5%.

# RESULTATS

### **III- RESULTATS**

#### **Prévalence des césariennes et des suppurations pariétales**

Pendant une période de 5 ans, c'est-à-dire du 1<sup>er</sup> Janvier 1993 au 31 Décembre 1997, nous avons enregistré au service de Gynécologie et Obstétrique du chu de Treichville 19611 accouchements dont 4453, ce qui nous donne une fréquence générale des césariennes estimée à 22,7%.

Pendant cette même période, 2806 cas, de suppurations pariétales ont été relevés soit une fréquence générale de suppurations pariétales après césariennes de 6,4%.



**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

**Tableau I : Prévalence générale des césariennes et des suppurations pariétales après césariennes**

<b>Année</b>	<b>Acchts</b>	<b>Césarienne</b>	<b>Prévalence césarienne (%)</b>	<b>Suppurations</b>	<b>Prévalence Suppurations (%)</b>
<b>1993-1997</b>	<b>19 611</b>	<b>4 453</b>	<b>22,7</b>	<b>286</b>	<b>6,4</b>

Dans le tableau I , on note 19611 accouchements dont 4453 césariennes soit, une prévalence générale de 22,7% et 286 cas de suppurations pariétales sur 4453 césariennes soit, une prévalence générale de suppurations pariétales après césariennes de 6,4%.

**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

**Tableau II : Répartition des césariennes de 1993 à 1997**

<b>Année</b>	<b>Acchts</b>	<b>Césarienne</b>	<b>Prévalence</b>
<b>1993</b>	2 798	706	25,2
<b>1994</b>	3 312	754	22,7
<b>1995</b>	3 725	767	20,5
<b>1996</b>	4842	1057	21,8
<b>1997</b>	4933	1169	23,6

Dans le tableau II , on note une prévalence élevée de césariennes en 1993 et 1997 avec respectivement un taux de 25,2% et 23,6%, alors que dans les trois autres années la prévalence est presque similaire : de 20,5% et 22,7%.

**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

**Tableau III: Répartition des suppurations pariétales après césariennes de 1993 à 1997**

<b>Année</b>	<b>Césariennes</b>	<b>Suppurations</b>	<b>Prévalence</b>
<b>1993</b>	706	42	5,9
<b>1994</b>	754	51	6,7
<b>1495</b>	767	48	6,3
<b>1996</b>	1057	66	6,2
<b>1997</b>	1169,	79	6,7

Dans le tableau III, nous constatons que la répartition des suppurations pariétales après césariennes s'établit aux alentours de 6% de 1993 - 1997.

**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

**Tableau IV: Relation suppurations pariétales après césariennes et type de césarienne.**

<b>Suite opératoire</b> <b>Type de césarienne</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>Césarienne d'urgence</b>	28,2% (282)	71,8% (718)	100% (1000)
<b>Césarienne élective</b>	2,4% (4)	97,6% (162)	100% (166)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 51.12

DDL = 1

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée est significative.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction du type de césarienne, on remarque que 28,2% cas de suppurations pariétales ont été observés dans les césariennes d'urgence contre seulement 2,4% des cas dans les césariennes électives. La différence observée étant significative, la césarienne réalisée est un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes.

**Tableau V : Relation suppurations pariétales après césariennes et type d'incision cutané**

<b>Suite opératoire</b> <b>Type d'incision</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>IMSO</b>	27,8% (284)	72,2% (736)	100% (1020)
<b>PFAN</b>	1,3% (2)	98,7% (144)	100% (146)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 48.33

DDL = 1

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée est significative.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction du type d'incision cutanée, on remarque que 27,8% de cas de suppurations pariétales ont été constatés chez les parturientes césarisées par incision médiane sous ombilicale contre seulement 1,3% de cas de suppurations pariétales pour les césariennes par incision de pfannenstiel.

La différence observée étant significative, l'IMSO est un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes.

**Tableau VI : Relation suppurations pariétales après césariennes et la morphologie des parturientes**

<b>Suite opératoire</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>Poids</b>			
<b>Obésité</b>	37,3% (63)	62,7% (106)	100% (169)
<b>Non Obésité</b>	22,3% (223)	77,6% (144)	100% (997)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 17.27

DDL = 1

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée est significative.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction de la morphologie de la patiente, on remarque, 37,3% de parturientes obèses césarisées ont présenté une suppuration pariétale contre 22,3% de suppurations constatées chez les non obèses.

La différence observée étant significative. L'obésité apparaît comme un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes .

**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

**Tableau VII : Relation suppurations pariétales après césariennes et l'âge des parturientes**

<b>Suite opératoire</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>Age</b>			
<b>15-20</b>	37,3% (59)	62,7% (99)	100% (158)
<b>20-25</b>	32,7% (102)	67,3% (210)	100% (312)
<b>25-30</b>	24,4% (65)	75,6% (202)	100% (267)
<b>30-35</b>	17,2% (38)	82,8% (183)	100% (221)
<b>35-40</b>	12,2% (13)	87,8% (93)	100% (106)
<b>40-45</b>	8,8% (8)	91,2% (83)	100% (91)
<b>45 ans et plus</b>	9,1% (1)	90,9% (10)	100% (11)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 53.64

DDL = 6

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée est significative.

## **LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

---

S'agissant des suppurations pariétales en fonction de l'âge des parturientes , on note un taux de 37,3% de cas de suppurations pariétales après césariennes pour les tranches d'âge se situant entre 15 et 20 ans c'est-à-dire l'adolescence. De 20 à 30 ans, le taux de suppurations se situe entre 32,7%; et 24,4%.

Au-delà de 30 ans, le taux de suppurations pariétales après césariennes est compris entre 8,8% et 17,2%.

La différence observée étant significative, l'adolescence est un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes



**Tableau VIII : Relation suppurations pariétales après césariennes et durée d'intervention**

<b>Suite opératoire</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>Durée intervention</b>			
<b>Durée sup à 1 Heure</b>	29,8% (197)	70,2% (464)	100% (661)
<b>Durée inf à 1 Heure</b>	17,6% (89)	82,4% (416)	100% (505)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 22.98

DDL = 1

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée est significative.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction de la durée d'intervention, on remarque que 29,8% de cas de suppurations après césariennes ont été observés chez les parturientes ayant subi plus d'une heure d'intervention contre 17,6% chez celles ayant subi moins d'une heure d'intervention. La différence observée étant significative, Une durée d'intervention de plus d'une heure est un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes.

**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

**Tableau IX : Relation suppurations pariétales après césariennes et expérience de l'opérateur**

<b>Suite opératoire</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>Opérateur</b>			
<b>Assistant</b>	3,2% (2)	96,8% (60)	100% (62)
<b>CES 4<sup>ème</sup> Année</b>	23,6% (123)	76,3% (397)	100% (520)
<b>CES 3<sup>ème</sup> Année</b>	26,2% (61)	73,8% (172)	100% (233)
<b>Interne</b>	25,5% (100)	71,5% (251)	100% (351)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 18.62

DDL = 2

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée est significative.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction de l'expérience de l'opérateur, on remarque que 3,2% de cas de suppurations pariétales après césariennes ont été observés chez les assistants contre un taux relativement élevé pour les CES et INTERNES avec respectivement 23,6% à 26,2%. La différence observée étant significative, le faible niveau d'expérience dans l'acte chirurgical est un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes.

**Tableau X : Relation suppurations pariétales après césariennes et Mode d'admission**

<b>Suite opératoire</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>Mode d'admission</b>			
<b>Parturientes non référées</b>	7,4% (16)	92,6% (200)	100% (216)
<b>Parturientes référée de la zone d'Abidjan</b>	47% (401)	53% (452)	100% (853)
<b>Parturientes référée de la zone rurale</b>	67% (65)	33% (32)	100% (97)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 361.76

DDL = 2

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée est significative.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction du mode d'admission, 47% à 67% de cas de suppurations pariétales après césariennes ont été observés chez les parturientes référées contre seulement 7,4% chez les non référées. La différence observée étant significative. La notion de référence est un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes.

**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :***Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville***Tableau XI : Relation suppurations pariétales après césariennes et parité**

<b>Suite opératoire</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>Parité</b>			
<b>Nullipare</b>	54,1% (118)	45,9% (100)	100% (218)
<b>Primipare</b>	20,7% (60)	79,3% (230)	100% (290)
<b>Paucipare</b>	20,1% (70)	79,9% (278)	100% (348)
<b>Multipare</b>	13,1% (29)	86,9% (192)	100% (221)
<b>Grande multipare</b>	10,1% (9)	89,9% (80)	100% (89)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 134.50

DDL = 4

 $\delta = 5.10^{-2}$ 

La différence observée est significative.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction de la parité, on note 54,1% de cas de suppurations pariétales après césariennes chez les nullipares contre 20,7% et 20,1% respectivement chez les primipares et paucipares. Chez les multipares et grandes multipares, on note respectivement 13,1% et 10,1 % de cas de suppurations pariétales après césariennes. La différence observée étant significative, la nulliparité apparaît comme un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes.

**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :***Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville***Tableau XII : Relation suppurations pariétales après césariennes et Niveau socio-économique**

<b>Suite opératoire</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>Niv. Soc. Eco</b>			
<b>Elevé</b>	13,5% (8)	86,5% (51)	100% (59)
<b>Moyen</b>	22% (81)	78% (288)	100% (369)
<b>Bas</b>	26,7% (197)	73,3% (541)	100% (738)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux =7.06

DDL = 2

 $\delta = 5.10^{-2}$ 

La différence observée est significative.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction du niveau socio-économique nous remarquons que 26,7% de nos parturientes césarisées ayant un niveau socio-économique bas ont suppuré contre respectivement 22% et 13,5% chez celles présentant un niveau économique moyen et élevé. La différence observée étant significative, Le niveau socioéconomique bas est un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes.

**Tableau XIII : Relation suppurations pariétales après césariennes et Température à l'entrée**

<b>Suite opératoire</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>Température</b>			
<b>Supérieur à 38°</b>	58,9% (116)	41,1% (81)	100% (197)
<b>Inférieur à 38°</b>	17,5% (170)	74,9% (799)	100% (969)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux =151.26

DDL = 1

$\delta = 5.10^{-2}$

Ordre ratio =6.73

La différence observée est significative.

Il faut noter qu'en ce qui concerne la fièvre à l'admission, nous avons éliminé à partir d'un traitement d'épreuve aux antipaludéens tous les cas d'hyperthermie se rattachant au paludisme.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction de la température a l'entrée, 58,9% cas de suppurations pariétales après césariennes ont été observés lorsque la température à l'entrée était supérieure à 38°C contre 17,5% de cas lorsque la température était inférieure à 38°C. La différence observée étant significative, l'hyperthermie à l'entrée est facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes.

**Tableau XIV : Relation suppurations pariétales après césariennes et Antécédents de cicatrice de césarienne**

<b>Suite opératoire</b>			
<b>Présence de cicatrice pariétale</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>Cicatrice</b>	19,9% (34)	80,1% (137)	100% (171)
<b>Pas de cicatrice</b>	25,3% (252)	74,7% (743)	100% (995)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux =2.31

DDL = 1

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée n'est pas significative au seuil 5%.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction des antécédents de cicatrice de césarienne on remarque que 19,9% cas de parturientes césarisées ayant des antécédents de cicatrices de césarienne ont suppuré contre 25,3% de suppurations pariétales chez celles qui n'en possèdent pas; la différence observée n'étant pas significative, les antécédents de cicatrice de césarienne ne constituent pas un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes.

**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

**Tableau XV : Relation suppurations pariétales après césariennes et Hémoglobinopathie**

<b>Suite opératoire</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>Hémoglobinopathie</b>			
<b>Hémoglobinopathie</b>	27,3% (9)	72,7% (24)	100% (33)
<b>Non Hémoglobinopathie</b>	24,5% (277)	74,7% (856)	100% (1133)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux =0.13

DDL = 1

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée n'est pas significative au seuil 5%.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction des antécédents d'hémoglobinopathie.

on remarque que 27,3% de parturientes césarisées qui ont suppuré sont hémoglobinopathes contre 24,5% de suppurations pariétales ne possédant pas cette pathologie génétique la différence observée n'étant pas significative, l'hémoglobinopathie n'est pas un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes.



**Tableau XVI : Relation suppurations pariétales après césariennes et Hémoglobinopathie**

Nous disposons dans le service deux grandes unités d'hospitalisation qui sont :

- 1- unité de suite de couche ou ancienne maternité,
- 2- Clinique gynécologique et obstétrique ou nouvelle maternité.

<b>Suite opératoire</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>Unité</b>			
<b>Unité de suite de couches</b>	28,7% (34)	71,3% (694)	100% (974)
<b>Clinique Gynéco-Obstétrique</b>	3,1% (252)	96,9% (743)	100% (192)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 56.89

DDL = 1

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée est significative.

s'agissant des suppurations pariétales en fonction de l'unité d'hospitalisation on note que 28,7% de cas de suppurations sont constatés chez les parturientes hospitalisées en post opératoire dans les unités des suites de couche contre seulement 3,1% cas de suppuration chez les patientes séjournant à la clinique gynécologique et obstétrique. La différence observée étant significative. Séjourner dans l'unité suite de couche après une césarienne constitue un facteur de risque de suppurations pariétales.

**Tableau XVII : Relation suppurations pariétales après césariennes et Odeur du liquide amniotique**

Suite opératoire Odeur du L.A.	Suppurations pariétales	Suites simples	Total
<b>L.A. fétide</b>	37% (34)	63% (58)	100% (92)
<b>L.A. non fétide</b>	25,3% (252)	76,5% (822)	100% (1074)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 56.89

DDL = 1

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée est significative .

S'agissant des suppurations pariétales en fonction de~ l'odeur du liquide amniotique,

on remarque que 37% de cas de, suppurations ont été observés chez les parturientes présentant un liquide amniotique fétide en cours d'intervention contre 23,5% pour celles ne présentant pas de chorioamniotite. La différence observée étant significative, la fétidité du liquide amniotique en cours d'intervention est un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes.

**Tableau XVIII : Relation suppurations pariétales après césariennes et Observance de l'antibiothérapie**

Suite opératoire	Suppurations pariétales	Suites simples	Total
<b>Observance</b>			
<b>Mauvaise Observance</b>	36,2% (254)	63,8% (448)	100% (702)
<b>Bonne Observance</b>	6,9% (32)	93,1% (432)	100% (464)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 129.39

DDL = 1

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée est significative.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction de l'observance de l'antibiothérapie on remarque que, 36,2% de cas de suppurations ont été observés chez les parturientes ayant eu une mauvaise observance de l'antibiothérapie après leur césarienne contre 6,9%. de cas de suppurations pour celles qui ont eu une bonne observance de l'antibiothérapie.

La différence observée étant significative, la mauvaise observance de l'antibiothérapie après une césarienne dans nos conditions de travail est un facteur de risque de suppurations pariétales.

**Tableau XIX : Relation suppurations pariétales après césariennes et Délai de rupture des membranes**

<b>Suite opératoire</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>RPM</b>			
<b>RPM &gt; 12 H</b>	40,3% (273)	59,7% (404)	100% (677)
<b>RPM &lt; 12 H</b>	2,7% (13)	97,3% (476)	100% (489)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 217.44

DDL = 1

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée est significative.

S'agissant des suppurations pariétales en fonction du délai de rupture des membranes, on remarque que 40,3% des cas de suppurations pariétales après césariennes ont été observés après une rupture de membranes de plus de douze heures (12 h) contre 2,7% de suppurations lorsque la rupture de la poche des eaux remontait à moins de douze heures (12 h). La différence observée étant significative, La rupture des membranes-de plus de douze heures avant la césarienne constitue un facteur de risque de suppurations .pariétales après césariennes.

**LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

**Tableau XX : Relation suppurations pariétales après césariennes et Etat général à l'entrée**

<b>Suite opératoire</b>	<b>Suppurations pariétales</b>	<b>Suites simples</b>	<b>Total</b>
<b>ET Général</b>			
<b>Altéré</b>	57,9% (22)	42,1% (16)	100% (38)
<b>Non Altéré</b>	23,4% (368)	76,6% (864)	100% (1128)
<b>Total</b>	24,5% (286)	75,5% (880)	100% (1166)

Chi deux = 129.39

DDL = 1

$\delta = 5.10^{-2}$

La différence observée est significative au seuil 5%.

S'agissant, des suppurations pariétales en fonction de l'état général à l'entrée on remarque que,57,9% des cas de suppurations ont été constatés chez les parturientes ayant un mauvais état général à l'entrée contre 23,4% chez celles ayant un état général satisfaisant. La différence étant significative, le mauvais état général avant la césarienne constitue un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSION

## **A- LA FREQUENCE**

### **FREQUENCE DES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES**

La fréquence générale de suppurations dans notre étude est de 6,4% des césariennes.

KAMUNA et COLL (34) en République Centrafricaine et DIALLO IBRAHIM (20) au MALI retrouvent respectivement 16,6% et 17,2%.

En Europe. C. RACINET et COLL (13),TISSOT GUERRAZ et COLL(22) retrouvent successivement 1,2% et 0,6%.

Notre taux est supérieur aux taux européens et inférieur à ceux de KAMUNA(29) et DIALLO IBRAHIM(20).

La supériorité de notre taux , pourrait s'expliquer par l "insuffisance d'hygiène  
Bars nos beaux et l'absence de rigueur dans le respect de l'asepsie.

## **B- FACTEURS DE RISQUE DES SUPPURATIONS PARIÉTALES APRES CESARIENNES**

### **1- L'adolescence : 14 et 19 ans**

L'adolescence constitue dans notre étude, un facteur de risque de suppurations pariétales avec un taux 37,3%. Taux supérieur à celui de Abdou Salam (1), Cheick Hamady (16) et Mohamed Thiero (43) qui retrouvent respectivement 16,5%. 4,37%. 3,8% pour, la même tranche d'âge à Bamako.

Quant à EHRENKRANZ et coll. (21) en Allemagne. Ils ont un taux nul (0%/G) lorsque l'âge est inférieur à 19 ans.

Dans notre étude le taux élevé de suppurations chez les adolescentes pourrait s'expliquer par:

L'inexpérience de ces parturientes à garder une bonne hygiène avant et après la césarienne.

L'indigence observée dans cette tranche d'âge.

### **2- Le bas niveau socio-économique**

Le bas niveau socio-économique apparaît comme un facteur de risque de suppurations pariétales avec un taux de 26,7%.

Notre taux concorde avec ceux de DIALLO I. (20) et de ABDOU SALAM (1).

Au Canada plus précisément à Mont Réal C. Desjardins (12) trouve un taux de 2%.

La pauvreté, dans notre étude et en général en Afrique est corollaire à la mauvaise hygiène, à la malnutrition et à l'indigence, cause d'infections après césarienne et en particulier des suppurations pariétales.



### **3- La nulliparité**

La nulliparité est source de suppurations dans notre étude avec un taux de 54,10/40. Taux supérieur à ceux de Chieck Hamady( 16) 25% et Mohamed Thiero (43) 30,6 %. A Singapour, Leif Hagglund (5) et coll. retrouvent 2,5%. Le taux élevé de suppurations pariétales après césariennes chez les nullipares dans notre étude pourrait s'expliquer par leur inexpérience à garder une bonne hygiène sanitaire après fa césarienne. ,

### **4- Obésité**

L'obésité constitue un facteur de risque de suppurations pariétales après césariennes avec un taux de 37,3%.

- M.F. CHAUVET-JAUSEAU et Coll (15) en France ont obtenu une suppuration pariétale sur trois-femmes oses , présentant une fièvre après césarienne.

- N. JOEL EHRENKRANK. et collaborateurs (21) ont quant à eux obtenu seulement 1% de suppurations pariétales chez les femmes obèses.

Il y a une prédisposition au diabète Chez les obèses et l'infection est d'autant plus fréquente si l'hygiène de ces sujets n'est pas suffisante(40).

De plus, chez les obèses les difficultés opératoires sont énormes et ont pour inconvénient le prolongement de la durée d'intervention avec exposition de la plaie opératoire à l'inoculum bactérien du bloc opératoire connu pour ses insuffisances d'hygiène.

### **5- La Durée d'intervention supérieure à une heure**

Le délai d'intervention supérieur à une heure est apparu comme un facteur de suppurations pariétales avec un taux de 29,8%.

Au Mali, ALAIN DELAYE et coll. (3) trouvent un taux presque similaire, au nôtre ; par contre Leif Hagglund et Collaborateurs (35), retrouvent 3,7% ; taux nettement inférieur au nôtre.

La supériorité de notre taux pourrait s'expliquer par :

L'exposition prolongée de la plaie opératoire à la contamination aérienne de la salle opératoire connue pour ses insuffisances en matière d'hygiène. Ces faits sont nettement en faveur d'un inoculum bactérien trop important, résultat d'une rigueur sans doute insuffisante dans la maîtrise des facteurs de l'environnement : humains, comportementaux, matériels

### **6- Les césariennes en urgence**

Les césariennes en urgence constitue une variable significative dans la survenue des suppurations pariétales après césariennes dans notre étude avec un taux de 28,2% ; SISSOKO M. (56) dans son mémoire confirme le lien étroit de cette variable avec les suppurations pariétales .

Notre taux est supérieur à ceux de KAMUNA et coll. (34) et C.DES JARDINS(12) qui retrouvent respectivement 16,66% et 2%.

La supériorité de notre taux de suppuration trouvé son explication dans l'utilisation excessive de la même salle d'opération pour les césariennes d'urgence pendant la même garde.

- Du rasage de la zone opératoire réalisée trop près de l'intervention source de contamination de la plaie opératoire par libération des germes entraînés dans le décollement des squames et la vidange des bulbes pileux (54).
- Des touchons vaginaux répétés.

## **7- Unité des suites de couches**

Notre unité des suites de couches apparaît comme un facteur de risque de suppurations après césariennes avec un taux de 28%.

KAMUNA M (34) à l'hôpital de Bangui et de Berberati (hôpital rural en République Centrafricaine) retrouve 16,66% des cas de suppurations pariétales.

SISSOKO M. (56) à Abidjan note 14,1 % de cas de suppurations pariétales.

Dans le département de médecine à Chicago, Mahmoud A. Ismaël et coll.(27) note 7,6% de cas de suppurations pariétales après césarienne.

Notre unité des suites de couches est connue par ses insuffisances d'hygiène liées à l'ouverture permanente des fenêtres pendant les pansements, à la fréquence irrégulière de la stérilisation des chambres après la sortie d'une patente présentant une maladie infectieuse, à la cohabitation de pathologie infectieuse et non infectieuse dans une même chambre.

Tous ces éléments concourent en faveur d'infections nosocomiales qui selon MOTTO YAO(44) se chiffrent à un taux de 17,36% dans notre service.

On note aussi une forte colonie dans cette unité d'hospitalisation de malades économiquement faibles à bas niveau social incapable de supporter le coût d'une antibiothérapie .

## **8- Mauvaise Observance de l'antibiothérapie**

La mauvaise observance de l'antibiothérapie apparaît comme un facteur de suppurations pariétales après césariennes avec un taux de 36,2%; Fréquence largement supérieure à celle d'EHRENKRANZ N. J. et coll.(21) Racinet (12) et enfin Ismaël M. et coll.(27) qui retrouvent successivement 2%, 6,2% et 6,4%.

La supériorité de notre fréquence pourrait s'expliquer par l'insuffisance d'hygiène en suite de couche où sont concentrées des patientes pour la plus part à niveau socio-économique bas incapable de supporter le coût du

traitement antibiotique.

### **9- Incision médiane sous ombilicale**

D'incision médiane sous ombilicale constitue une importante source de suppurations pariétales chez nos césarisées avec une fréquence de 27,8%. Fréquence concordante avec celle d'ALAIN (3) mais largement supérieure à celles de J. M. GONNET et collaborateurs (24) qui trouvent 2,49%.

- L'incision médiane est trop exposée aux manipulations lors des toilettes des patientes qui sont effectuées le plus souvent par les parents des malades.

- il y a aussi les hémostases défectueuses de la paroi constatées dans les incisions médianes sous ombilicales.

### **10- Parturientes référées de la zone rurale**

Ce mode d'admission de ces parturientes est un facteur de risque de suppurations pariétales après césarienne avec de 67%.

Notre taux concorde avec celui de DIALLO IBRAHIM (20)

L'importance de ces suppurations dans ces deux cas Lest liée:

- à la longueur excessive du travail
- à la rupture des membranes depuis plusieurs heures
- aux conditions d'hygiènes insuffisantes d'évacuations de ces parturientes ( transport non médicalisé: taxi).

### **11- L'inexpérience de l'opérateur**

L'inexpérience de l'opérateur apparaît comme un facteur de risque de suppurations pariétales post-opératoire avec un, taux de 26,2%..

En Europe, selon REPKE (53 ), GIBBS (23 ), l'expérience du chirurgien représente des facteurs de risque faible voire nul (0%).

Quant à Simeu et coll(54) au Cameroun, le taux est environ de 20%.

La longue durée d'intervention constatée chez les non expérimentés à l'origine de l'aérobic contamination des plaies opératoires (54), l'absence de protection de la plaie opératoire par un champ pendant la césarienne pourraient expliquer le taux élevé de suppuration pariétale.

### **12- La fétilité du liquide amniotique**

La fétilité du liquide amniotique constitue une source de suppurations pariétales après césariennes dans 37% de nos cas.

Notre fréquence est largement supérieure à celle d'Aïssi. A (2) à Abidjan, ANSTEY J. H (5) et Blanco J.D. (9) en Europe qui trouvent respectivement 8,4%, 2,3% et 1,4%.

La supériorité de notre taux pourrait s'expliquer par la contamination de la plaie opératoire par le liquide amniotique infecté non protégée par un champ stérile pendant nos césariennes surtout que les germes identifiés dans ces liquides correspondent à des bactéries normalement présentes sur la peau (6).

### **13- L'hyperthermie infectieuse**

L'hyperthermie infectieuse a été responsable de 58,4% de cas de suppurations pariétales après césariennes dans notre étude.

- PIERRE. F et-col. (46) en France retrouvent 7,6%;

- quant à DIALLO IBRAHIM (20), il retrouve 53 à 72% pour les températures allant de 38° à 40°C.

L'hyperthermie infectieuse est le résultat d'un travail long sur une poche des eaux rompues depuis plusieurs heures avec installation de chorioamnotite pendant la grossesse et à l'accouchement (première cause de fièvre « maternelle » bactérienne ((31), (32)).

#### **14- Mauvais état général à l'entrée**

Le mauvais état général à l'entrée constitue un facteur de suppurations après césariennes avec un taux de 57,9%. Taux supérieur à ceux d'ALAIN DELAYEZ qui retrouve 40% et L. HAGGLUND (35) 29%.

Le mauvais état général associe plusieurs paramètres cliniques qui sont : l'anémie, la déshydratation. la dénutrition, la perte de poids importante, engendrées le plus souvent par des maladies répétitives au cours de la grossesse.

Cet état corollaire de malnutrition et de déficience immunitaire transitoire pourrait expliquer ce taux élevé de suppurations pariétales après césariennes.

#### **15- La rupture prématurée de plus de douze heures**

La rupture prématurée de plus de douze heures apparat comme un facteur de risque de suppurations après césariennes avec un taux de 40,3%. Mohamed. T.(43) au MALI retrouve 42,3%.

Au JAPON, Yoko et collaborateurs (62) retrouvent 3,2%,

En EUROPE, Cormier P. H.(17) note 5,7%.

Notre taux est supérieur aux taux japonais et européens.

La membrane amniotique constitue une protection du fœtus et de ses annexes contre les infections vaginales-ascendantes.

La rupture prolongée des membranes associée aux touchers vaginaux répétés, à l'absence de port de garniture, aux conditions d'hygiène et d'asepsie insuffisantes d'évacuation des parturientes favorisent l'infection amniotique dont le contact avec la plaie opératoire pendant la césarienne favorisent les suppurations pariétales importantes ; comme c'est le cas dans notre étude.

### **3- PROFIL A RISQUE DES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES.**

Il ressort de notre étude que le profil à risque de suppurations pariétales après césariennes puisse se résumer à ceci :

Il s'agit de parturientes:

- jeunes fébriles parfois obèses ou parfois avec un très mauvais état général, référées dans le service.
- ayant rompu les membranes depuis plus de douze heures, avec un liquide amniotique fétide.
- à bas niveau socio-économique.
- ayant été césarisées en urgence par un opérateur peu expérimenté et hospitalisé en suite de couche.
- et n'ayant pas observé l'antibiothérapie post-opératoire.

# PROPOSITIONS ET CONCLUSION



## A- PROPOSITIONS

Les suppurations pariétales après césariennes par; leur prévalence de plus en plus importante apparaissent comme une préoccupation majeure dans le service de gynécologie et obstétrique du chu de Treichville. Des dispositions imminentes doivent être entreprises afin de réduire au maximum cette suppuration pariétale surtout qu'elle génère des germes résistants aux antibiotiques .

Face à cette situation, il y a donc nécessité d'une politique qui doit être orientée dans le sens du respect strict des règles d'hygiène et d'asepsie. Cette politique est primordiale et doit intervenir à tous les niveaux : les locaux, le personnel, la malade.

Pour être efficace , tout le monde doit être concerné.

### **Au niveau du bloc Opératoire**

Certaines règles sont déterminantes telles que le nettoyage et a désinfection des surfaces et du sol ; de même la décision de ne pas travailler avec des balaies en paille des serpillières et des éponges.

Les comportements au bloc opératoire sont aussi essentiels découlant de l'architecture du bloc et des systèmes de traitements d'air. En effet les possibilités d'infection pouvant provenir des différentes sources : les points de pénétration au bloc opératoire, la circulation à l'intérieur de la zone protégée, l'aérobio contamination. Celles-ci feront l'objet d'une particulière attention par la même occasion il serait souhaitable de limiter, au strict minimum le nombre de personnel à l'intérieur du bloc. les brancardiers ne peuvent y pénétrer qu'à l'installation du malade et après la césarienne. Il faut éviter aussi les bavardages inutiles au bloc et d'essayer de créer des circuits pour éviter que le propre et le sale ne se mélangent d'ou la nécessité du réaménagement de notre bloc opératoire par la mise en place d'un circuit qui est propre au médecin avant d'entrer dans la sale d'opération ;  
d'un circuit qui est propre au malade depuis la salle d'accouchement jusqu'au

## **LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :**

*Etude rétrospective sur cinq ans(1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*

---

bloc et ce circuit doit correspondre à celui emprunté par la sage-femme (comme c'est le cas au CHU de YOPOUGON)

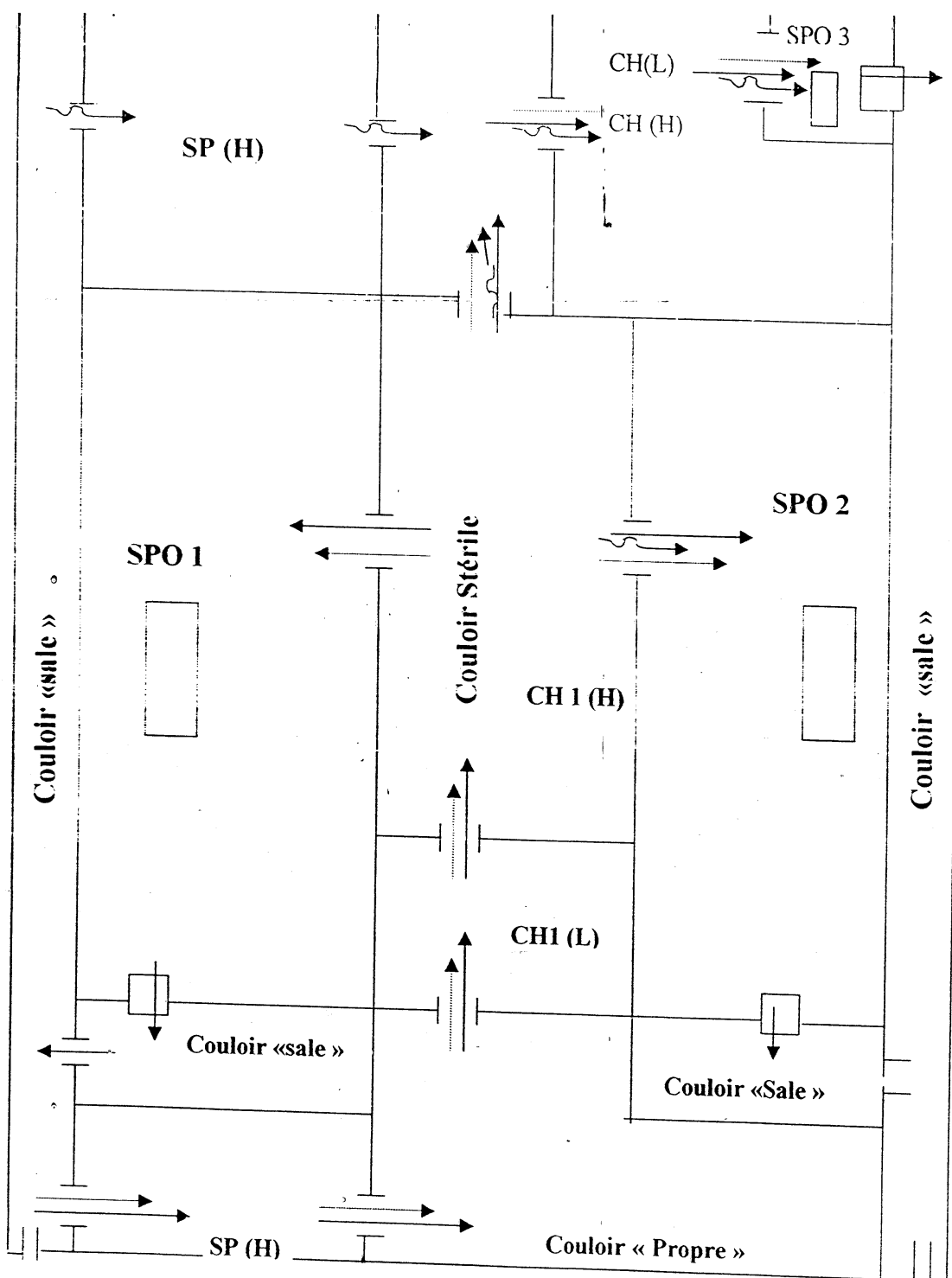
d'un circuit qui est propre au personnel du bloc, -aux déchets, et aux matériels stériles.

Dans ce même d'ordre d'idée des portes coulissantes métalliques sans poignet seront recommandées.

(ci-dessous, schéma de proposition ce bloc opératoire).

## LES SUPPURATIONS PARIETALES APRES CESARIENNES :

*Etude rétrospective sur cinq ans (1993-1997) dans le Service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Treichville*



- SOP 1 : Salle d'intervention Programmée
- SOP 2 : Salle d'intervention d'urgence
- SOP 3 : salle d'interventions septiques  
(Péritonite, Pyoannexe, reste septique.)
- SOP : Salle d'opération
- SP (H) : Habillage tenue bleue (oviana)

- Circulation Patiente et Sage Femme
- Circulation matériels stériles
- Circulation Chirurgiens et personnel
- Circulation matériels septiques
- CH(L) : Lavage Chirurgical
- CH(H) : Habillage chirurgiens

64

### **Au niveau du malade**

L'accent doit être mis sur la douche pré-opératoire même si des difficultés peuvent être rencontrées dans les cas de césariennes d'extrême urgence (placenta praevia hémorragique, les pré-rupture les souffrances portales aiguës avec DIPII, hématome rétro placentaires... ). Dans tous les cas son efficacité dans la prévention d'une infection de la paroi a été démontrée (14) et doit être autorisée dans les césariennes de moindre urgence et obligatoire dans les césariennes programmées.

La douche doit se faire avec des produits antiseptiques (chlorhexidine(55), polyvinyle pyrrolidone (54)), le savon ordinaire semble moins efficace (33).

Le rasage des poils sus pubiens doit être évité en remplacement d'une épilation par crème dépilatoire qui donnerait des meilleurs résultats selon Lehot. J.J (36). Au niveau du matériel, l'entretien doit être primordial.

Le matériel doit être nettoyé, désinfecté et séché puis stérilisé.

La corrosion des matériels doit être évitée Le matériel doit être emballé une fois stérilisé et emprunté un circuit stérile jusqu'au bloc et protégé une fois hors du paquet , par un champ stérile avant le début d'intervention.

### **Au niveau du personnel médical.**

La rigueur doit être de mise au niveau de la tenue de bloc et l'importance accordée au lavage des mains.

Concernant la tenue, le personnel médical avant d'entrer au bloc doit obligatoirement se déchausser, ôter ses habits de travail habituels pour de nouvelles tenues (dont le port doit se limiter au bloc opératoire) en application aux principes en vigueur du bloc opératoire.

Ces tenues doivent être propres et conformes (pyjama , Casaques, tablier, bottes, bavettes, Callot) et ne pouvant être réutilisées qu'après lessive, blanchissage, stérilisation qui doivent être faits à l'hôpital et non à la maison.

- Concernant le lavage il doit s'effectuer entre 5 et 8 minutes comme le préconise Tanner F. (58) selon des protocoles bien établis : Savonnage brossage des mains et de l'avant bras avec insistance au niveau des espaces interdigitaux et ongles à l'aide d'un savon liquide ou d'un détergent (polyvinyle pyrolidone iodée (54), l'alcool iodée et chlorhexidine (55) ), puis rinçage suivi de nouveau savonnage , brossage, rinçage et enfin séchage avec une serviette en papier à usage unique ou même compresse stérile.

D'une façon générale, les anesthésistes et surtout les panseurs qui sont certainement les plus sensibilisés à ce problème d'infection doivent participer activement à la formation du personnel, à la surveillance du comportement du personnel au bloc, les chirurgiens occupés par l'acte opératoire ne fait pas toujours attention aux fautes d'asepsie.

En plus des règles d'hygiènes et d'asepsie nous pensons qu'il est possible d'améliorer nos résultats en proposant l'usage systématique d'antibioprophylaxies dans toute nos indications de césarienne et compte tenu des difficultés opératoires rencontrées chez les obèses pouvant prolonger excessivement la durée d'intervention, l'opérateur doit être expérimenté entraîné dans l'acte chirurgical doté d'une rapidité et d'une technique évidente, protégeant la paroi à l'aide d'un champ opératoire et sachant assurer l'hémostase parfaite de la paroi. Nous proposons aussi la création d'antennes obstétrico-chirurgicales en amont du CHU de Treichville. Ces antennes seront dotées d'un personnel médical et paramédical suffisant et compétent (médecins, sages femmes, anesthésistes).

Elles seront pourvues de salles d'opérations adéquates et de matériels de réanimation maternelle (le cas d'Abobo-Gare).

Elles pourront sur place permettre:

- Le dépistage et le traitement des infections pendant la grossesse ;
- L'organisation et le contrôle des consultations prénatales;
- La diffusion des messages d'éducatons sanitaires;
- Le dépistage des gestantes à risque infectieux élevé afin de les évacuer en temps utile;
- La surveillance correcte du travail par utilisation judicieuse du partogramme de travail évitant le travail anormal et long;
- Le respect des règles élémentaires d'asepsie par le personnel médical;
- la mise place d'un système de prise en charge pour les malades économiquement faibles.

Nous proposons aussi l'adoption de certaines attitudes dans le service telles que :

- En salle d'accouchement :
  - en plus des douches préopératoires et l'usage des crèmes épilatoires sus pubiennes l'usage systématique d'antibiotique par voie parentérale, de garniture propre devant toute rupture prématurée des membranes et l'arrêt totale des touchers vaginaux.
- En unité des suites de couche:
  - \* la toilette des patientes césarisées doit être faite par le personnel médical formé en la matière.
  - \* les fenêtres doivent être fermées pendant les pansements. la cohabitation des , patientes césarisées avec celles ayant des pathologies infectieuses doit être évitée.
  - \* la stérilisation des chambres doit être régulière.
  - \* la création d'une salle spécifique de pansement.

## B- CONCLUSION

La césarienne, intervention d'exécution facile, comporte des complications infectieuses dont les suppurations pariétales qui occupent une place importante (la fréquence est aux alentours de 6 sur 100 césariennes). Ces complications sont de fréquence et de gravité directement proportionnelles aux conditions ayant prévalu à l'acte opératoire et dont la mère peut directement mourir. Ces conditions sont le plus souvent dominées par l'insuffisance d'hygiène de nos structures d'accueil renforcées par le comportement malsain du personnel au bloc opératoire en matière d'asepsie, le niveau socio-économique bas de la plus part de nos parturientes, de la provenance rurale d'une grande partie de nos parturientes, du niveau d'expérience bas de certains de nos opérateurs avec conséquence, allongement de la durée d'intervention et enfin l'état clinique obstétrical encadrant la parturiente :

La chorioamniotite, l'association rupture des poches des eaux à l'entrée dilatation avancée et long travail, l'altération de l'état général et l'hyperthermie infectieuse à l'admission.

Parmi tous ces facteurs de risques suppurations pariétales après césariennes et largement documentés dans la littérature, deux, émergent d'une manière particulièrement nette de notre étude : **l'hygiène de nos structures d'accueil et les règles, d'asepsie dont l'application apparaît insuffisante** exposant ainsi l'opérée à l'inoculum bactérien.

Il est donc indispensable d'améliorer nos structures (salle d'opération, salle d'accouchement, salle d'hospitalisation.) et les multiples manquements aux règles de l'asepsie que l'on peut répertorier au quotidien.

C'est sans doute, dans le sens d'une plus grande rigueur qu'il faut œuvrer si l'on veut diminuer le taux des complications suppuratives pariétales après les césariennes. L'antibioprophylaxie nous semble indiquée systématiquement dans toute nos césariennes, mais en aucun cas elle ne peut compenser des attitudes de manquement à l'asepsie.

# BIBLIOGRAPHIE



**1- Abdou Salam Kouaté**

- Les aspects démographiques et obstétricaux des complications infectieuses après césariennes dans le service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré
- Thèse médecine : Bamako-.1997. n°123

**2- Aissi (G.A)**

- Complication maternelles des césariennes (étude rétrospective sur 780 césariennes colligées en un an au CHU de Treichville : du 1<sup>er</sup> janvier 1988 au 31 décembre 1988
- Mém .C.E.S gyn .obst.: G.O. Abidjan 1988, 49

**3- Alain Délaye, Gangouly Diallo, Brehima A. Traoré., Filifing Sissoko, Aguibou bissé, Sadioyena Sambou Soumaré**

- Complications infectieuses post-opératoires en chirurgie abdominale : Rôle et signification de la durée de l'intervention
- Mali médical :1995,10 (1 &2)

**4- ANOMA AND MATHIEU**

- Les césariennes : Réflexions à propos de 4000 cas opérés au C.H.U. de Cocody.(1<sup>er</sup> janvier 1975, 31 décembre 1979)
- Thèse médecine Abidjan : 1980, 283

**5- Anstey J.H., Sheldon . G.W., et BLYTH. JC**

- Infections morbidity alter primary caesarean section in a private institution
- Am. J. Obst. and Gynec. Janv. 1980, 136 (2), p.205.

**6- MONTUCLARD M. GUIBERT, Y VILLE, R. FRYDMAN, FERNANDE**

- L'infection amniotique asymptomatique au 2<sup>ème</sup> trimestre existe-t-elle réellement ?
- J. Gyn. Biol. Rerrod.1987 --16 ;316-320

**7- BALTZER J., GEISSLER K., GLONING K.P.-, SCHRAMM T.**

- Clostridien Infektion im wochenbett nach vorausgeganener section
- (Geburtdhilfe Frauenheilkd): 1989 Nov.: 49 (11): 1010 -3

**8- BENGT . HAMARK LARS FORSSMAN.**

- Postaboral Endométritis in chlamydia-Negative Women Association with preoperative clinical signs of infection
- Gyn.obst Invest 1991. 31;102-105

**9- BLANCO J.D. GIBBS S.R.**

- infections morbidity following caesarean section.
- Obst gyn, feb. 1980. vol. 55 (2)

**10- BONI EHOUMAN SERGE AUGUSTE**

- Réduction de la morbidité infectieuse et de fa mortalité maternelle post césariennes par l'établissement d'un score infectieux
- Thèse médecine Abidjan 1986,-749

**11- Breack .P**

- La cohérence des moyens en bloc opératoire.
  - conférence prononcée dans le cadre des journée d'information 1990.
- ELISANTE

**12- DESJARDINS, H.O. DIALLO, P. AUDET-LAPOINTE, F. HAREL.**

- Etude rétrospective de l'endométrite post césarienne 1992-1993,
- Hôpital Notre DAME, MONTREAL, CANADA J. GYNECOL, BIOL. REPROD. 1996; 25; 419-423

**13- C. Racinet**

- Antibioprophylaxie dans les césariennes sans « haut risque infectieux »
- Press. med. 1990 Nov 17 19(3S) ; 175-8.

**14- Cahuzak J.P., Laren G. B., Prere M. F., Denis G P.**

- Evaluation de l'activité bactéricide de la p v . p . i
- Abs. Hosp -11, 27-30,1991.

**15- CHAUVET- JAUSEAU-M.F, THIBAUT C., BREHERET J.**

- mesures prophylactiques anti-infectieuses dans les césariennes.
- Rev. Fr. gyn. Obst. 1991, 86, 3 : 233-242

**16- CHECK HAMADY DIALLO.**

- Contribution à l'étude de la césarienne: à propos d'une série continue de 160 cas au service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital GABRIEL TOURE
- Thèse médecine BAMAKO N°37,1990.

**17- CORMIER P.H , LEVY. J.J, JANKY E., DUTHIL B., BROUSTE V.:**

- Prévention par l'utilisation du cefotetan des complications infectieuses après césarienne
- J. gyn-obst. biol. Reprod. 1989, 18: 388-392.

**18- D. DARGENT.**

- L'antibiothérapie préventive dans les opérations gynécologiques et obstétricales
- Rev.; Fr. Gyn. Obst. 1982.77.5.297-302

**19- DIAGNE B. A. N'DIONE J.B. M.D. BAU M.BA N'GOM A et YOSSOU.**

- Les fistule vésico-utérine après césarienne (A propos de 10 cas)
- Afr. Med, 1996 ; 25 ; 242 ; 315-316

**20- DIALLO IBRAHIM**

- complications maternelles post-césariennes : à propos de 1031 césariennes colligées en deux ans à la maternité du CHU de Cocody
- Thèse médecine ABIDJAN 1993 1514.

**21- Bhrenkranz N.J et coll**

- infections complicating low-risk cesarean sections in community hospitals: efficacy of antimicrobial prophylaxis see comments
- Am.J.Obst. Gyn ; 1990 Feb:162(2); 337-43.

**22- F. Tissot-Guerraz, L.. Maussy, F. Agniel A. Andre M.E Reverdy, C.C. Miellet Ph., Audra G. Putet , M. Sepe4ean, D Dargent.**

- Infection hospitalière en maternité Trois années de surveillance portant sur 1333 césariennes
- J. Gyn. Obst. Biol. Reprod. 1990, 19, 19-24.

**23- GIBBS.RS, BLANCO .J.D.**

- Control study of wound abcess alter cesaream delivery
- Obst and gyneco,Oct.,1983,62 (4), 498-50

**24- GON NET M.**

- La césarienne: évolution des indications , suites opératoires et pronostic foetal immédiat.
- Bordeaux med, 1978, 11(23), 2107-2108.

**25- HAMEED C. et collaborateurs**

- silent chorioamnionitis as a cause of preterm labor refractory tocolytic therapy.
- Am. J. obst. Gyn. 1984 ; 149 : 726-30.

**26- Hartmann P.**

- Eau stérile et lavage des mains
- Bull. Inf. Hyg. Hosp. , 1982, 4, 1.

**27- Ismail MA. et Coll.**

- Selective effect of cefoxition prophylaxis on post-cesarean-section Microbial Flora.
- J. Reprod med; 1990 Feb; 35(2): 168-74.

**28- J.B. DUBUISSON, J. BARBOT et J. SANTARELLI.**

- Les fistules visico-utérine après opération césarienne
- J. Gyn. Obst. Biol. Reprod,1979, 229-233

**29- J. W. Ledger, Gee. C., Lewis. W .P**

- Guidelines for antibiotic prophylaxis in gynecology.
- Am. J. obst. Gyn 1975 ;121 :1038-45

**30- J. BLANCHOT, P. POULAIN. S. ODENT, J.C. PALARIC, J. MINET, J.R. GIRAUD**

- -fièvre au cours du travail, évaluation du risque d'infection à propos de mesures prophylactiques à partir d'une étude prospective sur 6305 accouchements.
- J. Gyn .Obst Biol. Reprod.1993, 22. 191-192.

**31- J. Lansac et G. BODY et coll.**

- Technique de la césarienne
- Pratique de l'accouchement 2<sup>e</sup> édition Simep : 292-297

**32- J. Lansac.**

- Fièvre pendant la grossesse, le travail
- Obstétrique pour le praticien 2<sup>e</sup> éd Simep : 264-266

**33- Jacques L.**

- Étude bactériologique des mains et usage des savons en milieu hospitalier.
- Bioméd. Pharmacotherapy, 1983,37, 415-418

**34- KAMUNA M. ; J.G YANDE GAZA ; J. FERRE.**

- Les infections dans les suites opératoires de césariennes Étude comparative suivant l'antibiotique employé, dans deux maternités de Centrafrique .
- Rev Fr. Gyn. Obst, 1989, 84, 5, 401-403.

**35- LEIF HAGGLUND, KAREN KVIST CHRISTENSEN, PAUL -HRISTENSEN  
LARS WESTRÖM and INGEMAR INGEMARSON.**

- Reduced rate of postoperative infections in emergency ceasarean section alter two doses of cefuroxim perioperatively
- Acta Obst Gyn. scand 68: 201-204,1989.

**36- Lehot. J. J. et coll**

- Prévention des infections en salle d'opération
- Cab. Anesthesio 1988. 36,35-51.

**37- LENG J.J**

- Les antibiotiques : transfert et concentrations dans le liquide amniotique: les médicaments la grossesse.
- rev. Fra; Gyn Obst 1993. 1;3; 144-149.

**38- M. DOMMARGUES et P. MADELENAT**

- Césariennes : techniques, indications, complications
- Obst. R.P. 1985, 35 23 (21 avril 1985)

**39- M.H. BLOND F GOLD 34-R QUENTIN, C. LEGARE F PIERRE J.C.  
BORDERON J. LAUGIER.**

- Infection bactérienne du nouveau-né par contamination materno-fœtale on peut se fier à l'anamnèse.
- J. Gyn OBs. Biol. Reprod. 1992, 21, 393-397

**40- MAURICE DEROT et M. GOURY-LAFFONT.**

- OBESITE, Les maladies de la nutrition.
- Publication F A.O. – O.M.S Genève 1974-77

**41- MELCHIOR J., BERNARD N. RAOUL A.**

- Evolution des indications de césariennes mise à jours en gynécologie et obstétrique.
- Rev. fr. gyn obst.1991, 86, 3 : 233-392.

**42- Merger et Colt.**

- Précis d'obstétrique,
- 6° édition Masson, Paris 1995.

**43- Mohamed Thiero.**

- Les évacuations Sanitaires d'urgence en Obst à l'hôpital GABRIEL TOURE (à propos de 160 cas).
- Thèse médecine n°17 ,1995 `

**44- MOTTO YAO ARMAN**

- contribution à l'évaluation des. infections nosocomiales au CHU de Treichville. Cas des services de chirurgie médecine interne et gynécologie obstétrique.
- Thèse pharmacie, ABIDJAN 1996 -176

**45- NOMESSI KODJO.**

- Les complication post- césarienne en fonction des provenances.
- Mem. Ces Gyn Obst Abidjan, 1988, 55.

**46- P. DEBODINANCE A. HENNION, D. QUERLEU G. CREPIN.**

- Liquide méconial Signification et conduite à tenir.
- Rev. fr. Gyn. Obst, 1988, 831, 1-12



**47- Petit J.C.**

- Eau stérile
- In : hygiène hospitalière, Victoria hygie, éd. C et R, 1988 9-119-223

**48- Pierre F., Quentin R, GOLD F BERGER G**

- Infection bactério-materno-foétale .
- Encyd . Med . Chir (PARIS France ), Obst, 5040 c10,1992, 12p.

**49- PIERRE MARES**

- mortalité et morbidité de la césarienne
- Table ronde : journée bordelaise Gyn Obst nov1995.

**50- Queuille C; Daury AM**

- Contamination par enterobacter au bloc opératoire : les accusés-le coupable;
- Rev; Fra; médico-social 1991; 46; 555; 49, 52;

**51- Quilligan E. J.**

- Cesaream section
- Clin. Obst Gyn,1985 285(4) 689-784

**52- REPKE .T et coll**

- Risk factors in the development of cesaream section infection
- Surg. gynec. obst, fevrier 1984;158 (2) pp 112-116

**53- Simeu(1 ) Simo-Moyo(2) Binarm(3) Ferrier (4).**

- Les infections nosocomiales post-opératoires en milieu hospitalier camerounais.
- Médecine Tropicale Volume 53-n°2 avril juin 1993.

**54- Simmons B.P**

- Guidelines for the prevention of surgical wound infection
- Infection. Controle,1982.3,188-1 96.1.982.

**55- Sissoko Marcel**

- Antibioprophylaxie dans les césariennes
- Memo. C.E.S Gyne-Obst 1999 ABIDJAN.

**56- SKOLL MA et collaborateurs.**

- The incidence of positive amniotic fluid cultures in patients in patern labor with intact membranes.
- AM J. périnatal 1990; 7 : 235-40.

**57- Tanner F. , Zummoffen M., Haxhe J . J.**

- Eléments d'hygiène hospitalière et technique d'isolement Hospitalier,
- Paris Maloine S. A éditeur, 1977, société d'hygiène hospitalière.

**58- W. David Hager, Robert P. Rapp, Marianne Bilieter and B. Blake Bradley.**

- Choice of Antibiotic in Nonelective Cesarean Section. Antimicrobial agents and chemotherapy,
- Am . J. sect 1991 ; 178-178

**59- WATTS DH. KROHN MA, HILLIER S L, ESCHENBACH DA.**

- The association fluid infection with gestationsl age and neflnatal out tome among women in preterm labor.
- Am. J. Obst-Gyn ; 79 : 351-7.

**60- YANGNI ANGATE A., TURQUIN N., KANG J.B., MERRIEN Y.**

- infection post opératoire dans un service de chirurgie générale au CHU de Treichville.
- Rev. med. C. 1. 1980 ; 14,51 : 30-40.

**61- YOKO KOBAMATSU, SATORU MAKINODA, TASHI YAMADA, JUNKO TAMAKI, TSHIYUKI OKUDA, NORIAKI SAKURAGI, TOSHINBU TANAKA SEIICHIRO FUJIMOTO. .**

- Evaluation of the improvement of cephem on the prophylaxis of pelvic infection alter radical hysterectomy.
- Gyn. obst Invest 1991; 32; 102-106

# SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.*

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

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres,*

*Je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur part ;*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

LU ET APPROUVE,

*Le Président du jury*

**Prof. TOURE COULIBALY  
C.**

VU,

*Le Doyen de l'UFR Sciences Médicales*

*d'Abidjan*

**Prof. N'DRI YOMAN Aya-Thérèse**

Vu et permis d'imprimer

La Présidente de l'Université Félix Houphouët Boigny

Abidjan-Cocody (Côte d'Ivoire)

**Prof. TEA GOKOU**

*Par délibération, l'UFR Sciences Médicales d'Abidjan déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.*

## **RESUME**

Notre est une étude rétrospective sur cinq ans (1993-1997) portant sur les suppurations pariétales après césariennes dans le service de Gynécologique et Obstétrique du CHU de Treichville.

**Objectif** : Vise à faire une étude épidémiologique des suppurations pariétales après césariennes, à apprécier la fréquence des suppurations pariétales après césariennes, à identifier les facteurs favorisants, à déterminer le profil à risque de ces suppurations.

**Méthode** : La population d'étude a été composée sur la base de 19 611 accouchements, 4 453 césariennes, 286 suppurations. Cette population a été divisée en deux groupes : cas témoins : le critère retenu concerne toutes parturientes ayant subi l'opération de césarienne et ayant présenté une suppuration pariétale après césarienne.

### **RESULTATS** :

La prévalence générale de suppurations pariétales après césarienne est de 6,4%.

Pour les facteurs de risque nous avons : les césariennes d'urgences 282 cas (28,2%) l'ISMO 284 (27,8%), l'obésité 63 (37,3%), l'adolescence 59 (37,3%). La durée d'intervention supérieure à une heure 197 (29,8%), le bas niveau d'expérience 61 (26,2%), parturientes référées de la zone rurale (67%), nulliparité 118 (54,1%), le bas niveau socio-économique 97 (26,7%), l'hyperthermie à l'entrée 116 (58,9%), l'unités des suites de couche 280 (28,7%) la fidélité du L.A. 34 (37%), la mauvaise observance thérapeutique 254 (36,2%), RPM>12 273 (40%), mauvais état général à l'entrée 22 (57,9%)

**Conclusion** : parmi tous ces facteurs de risques évoqués, deux émergent d'une manière particulièrement nette de notre étude : l'hygiène de notre structure d'accueil et les manquements aux règles d'asepsie exposant ainsi l'opérée à l'inoculum bactérien. Il est donc indispensable d'améliorer nos structures et les multiples manquements aux règles de l'asepsie que l'on peut répertorier au quotidien.

**Mots clés** : Suppuration – Césariennes – CHU de Treichville – Obstétrique – Abidjan.