

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b><u>RAPPELS</u></b>	
<b>1- HISTORIQUE DE LA CESARIENNE .....</b>	<b>2</b>
<b>2- RAPPELS ANATOMIQUES .....</b>	<b>3</b>
2.1- LE BASSIN MATERNEL .....	3
2.1.1- Le bassin osseux .....	3
2.1.2- La cavité pelvienne .....	3
2.2- L'UTERUS NORMAL .....	7
2.2.1- La position de l'utérus .....	7
2.2.2- Structure .....	7
2.2.3- Innervation et vascularisation .....	8
2.3- L'UTERUS GRAVIDE.....	8
<b>3- GROSSESSE NORMALE .....</b>	<b>11</b>
3.1- SURVEILLANCE PRENATALE .....	11
3.1.1- Premier trimestre.....	11
3.1.2- Deuxième trimestre .....	13
3.1.3- Au neuvième mois .....	13
3.2- ACCOUCHEMENT NORMAL .....	13
3.2.1- La filière osseuse et les parties molles .....	14
3.2.2- Le mobile fœtal .....	15
3.2.3- Le moteur utérin.....	18
<b>4-OPERATION CESARIENNE .....</b>	<b>18</b>
4.1- PREPARATION DE LA PARTURIENTE .....	18
4.1.1- Préparation de la paroi .....	18
4.1.2- Installation de la patiente .....	18
4.2- Anesthésie .....	19
4.3- TECHNIQUE .....	19
4.3.1- Voies d'abord.....	19
4.3.1.1 Incisions verticales .....	21
4.3.1.2 Incisions transversales.....	21
4.3.2- Hystérotomie.....	21
4.3.3- Extraction du fœtus .....	23
4.3.4- Délivrance .....	23
4.3.5- Hystérorraphie.....	23
4.3.6- Fermeture pariétale .....	25
4.4- LE TRAITEMENT POST-OPERATOIRE .....	25
<b>5- LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE .....</b>	<b>25</b>
<b>6- LES CONTRE-INDICATIONS DE LA CESARIENNE .....</b>	<b>28</b>
<b>7- LES COMPLICATIONS DE LA CESARIENNE .....</b>	<b>28</b>
7.1- POUR L'ENFANT .....	28

7.2- POUR LA MERE .....	29
-------------------------	----

## **NOTRE ETUDE**

<b>1- MATERIELS ET METHODES .....</b>	<b>31</b>
---------------------------------------	-----------

<b>2- RESULTATS.....</b>	<b>38</b>
--------------------------	-----------

2.1- ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES .....	38
-------------------------------------	----

2.1.1- Fréquences des accouchements par césarienne.....	38
---	----

2.1.2- Ages des césarisées .....	38
----------------------------------	----

2.1.3- Parité .....	39
---------------------	----

2.1.4- Situation matrimoniale.....	40
------------------------------------	----

2.1.5- Conditions socioculturelles .....	40
--	----

2.1.6- Modes d'admission .....	40
--------------------------------	----

2.1.7- Primocésariennes et césariennes itératives .....	41
---	----

2.1.8- Consultations prénatales .....	41
---------------------------------------	----

2.1.8.1- Le lieu où s'effectue la CPN.....	41
--	----

2.1.8.2- L'accouchement antérieur des césarisées .....	41
--	----

2.1.8.3- Les motifs des césariennes antérieures .....	42
---	----

2.1.8.4- Le bassin maternel .....	43
-----------------------------------	----

2.1.9- Age de la grossesse .....	43
----------------------------------	----

2.1.10- Caractères du liquide amniotique.....	44
---	----

2.1.11- Moment de la décision opératoire.....	44
---	----

2.2- CLASSIFICATION DES INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE .....	45
--	----

2.3- LES SUITES OPERATOIRES .....	45
-----------------------------------	----

2.3.1- Mortalité maternelle après césarienne .....	45
--	----

2.3.2- Morbidité maternelle .....	46
-----------------------------------	----

2.3.3- Mortalité périnatale .....	46
-----------------------------------	----

2.3.4- Morbidité périnatale .....	46
-----------------------------------	----

<b>3-COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS.....</b>	<b>47</b>
---	-----------

<b>3-1- COMMENTAIRES .....</b>	<b>47</b>
--------------------------------	-----------

<b>3-2- SUGGESTIONS.....</b>	<b>67</b>
------------------------------	-----------

<b>CONCLUSION.....</b>	<b>68</b>
------------------------	-----------

## **ANNEXE**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
I- Les dimensions des plans du bassin	6
II- Radiopelvimetrie du bassin normal et pathologique	6
III- Les données de la pelvimtrie clinique normale et pathologique	7
IV- Les diamètres de la tête fœtale	17
V- Comparaison des deux types d'anesthésies et les indications pratiques	19
VI- Césariennes prophylactiques (ou prévention )	26
VII- Césariennes réalisées au cours du travail	27
VIII- Césarienne en fonction de l'âge	38
IX- Césarienne en fonction de la parité	39
X- Répartition des césariennes suivant la situation matrimoniale	40
XI- Le mode d'admission des patientes	40
XII- Césariennes et évacuées césarisées	40
XIII- Les accouchements antérieurs des césarisées	41
XIV- Les différents motifs des césariennes antérieures	42
XV- Bassin maternel	43
XVI- Age de la grossesse	43
XVII- Les caractères du liquide amniotique	44
XVIII- Tableau récapitulatif des indications de la césarienne	45
XIX- Mortalité maternelle après césarienne	45
XX- Tableau récapitulatif des suites opératoires des césarisées	46
XXI- Tableau récapitulatif de la mortalité et morbidité périnatales	46
XXII- Incidences des césariennes dans les pays en voie de développement	47
XXIII- Incidences des césariennes dans les pays développés	47
XXIV- Incidences des césariennes selon les auteurs malgaches	47
XXV- Age et parité des patientes césarisées	50
XXVI- Taux de morbidité maternelle après opération césarienne selon les auteurs.	52
XXVII-Tableau comparatif de la mortalité maternelle	52
XXVIII-Taux de mortalité périnatale selon les auteurs	53

XXIX -Opération césarienne pour indications associées	54
XXX -Taux de dystocie osseuse selon les auteurs	57
XXXI -Césarienne pour contourner un obstacle	59
XXXII-Répartition du taux de césariennes pour utérus cicatriciel suivant les auteurs	60
XXXIII-Césarienne pour dystocie dynamique	61
XXXIV-Opération césarienne pour présentation anormale	63
XXXV- Pourcentage des césariennes pour grossesse précieuse suivant les auteurs.	64
XXXVI-Opération césarienne pour pathologie maternelle	65

## LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

VIH :	Virus Immunodéficience Humaine
HTA :	Hypertension Artérielle
HRP :	Hématome Retro Placentaire
TM :	Transverse Médian
PP :	Placenta Praevia
CPN :	Consultation Prénatale
SA :	Semaine d'Amenorrhée
FCS:	Fausse Couche Spontanée
FCP :	Fausse Couche Provoquée
MIU :	Mort In Utero
SDC :	Suite des Couches
LA :	Liquide Amniotique
EV :	Enfant Vivant
SSI :	Sérum Salé Isotonique
FPP :	Fermeture Plan par Plan
SM :	Situation Matrimoniale
OC :	Opération Césarienne
LST :	Ligature Section des Trompes
RPM :	Rupture Prématuration des Membranes
BGR :	Bassin Généralement Retrécis
PER :	Poche des Eaux Rompue
SF:	Souffrance Fœtale
IEC :	Information Education Communication

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure</b>		<b>Page</b>
1:	La césarienne d'autrefois	2
2:	Détroit supérieur	4
3:	Excavation pelvienne	5
4:	Détroit inférieur	5
5:	Artère utérine	9
6:	Veines	10
7:	Rapports péritonéaux	12
8:	Rapports antérieurs	12
9:	Rapports latéraux	12
10:	Mécanisme de l'accouchement normal	14
11:	Mécanisme de l'accouchement normal	15
12:	Courbe de Frydman	16
13:	Les dimensions de la tête fœtale	17
14:	Tracé des incisions pariétales	20
15:	Césarienne segmentaire	22
16:	Extraction du fœtus	23
17:	Hystérorraphie	24
18:	Césarienne en fonction de l'âge	38
19:	Césarienne en fonction de la parité	39

## INTRODUCTION

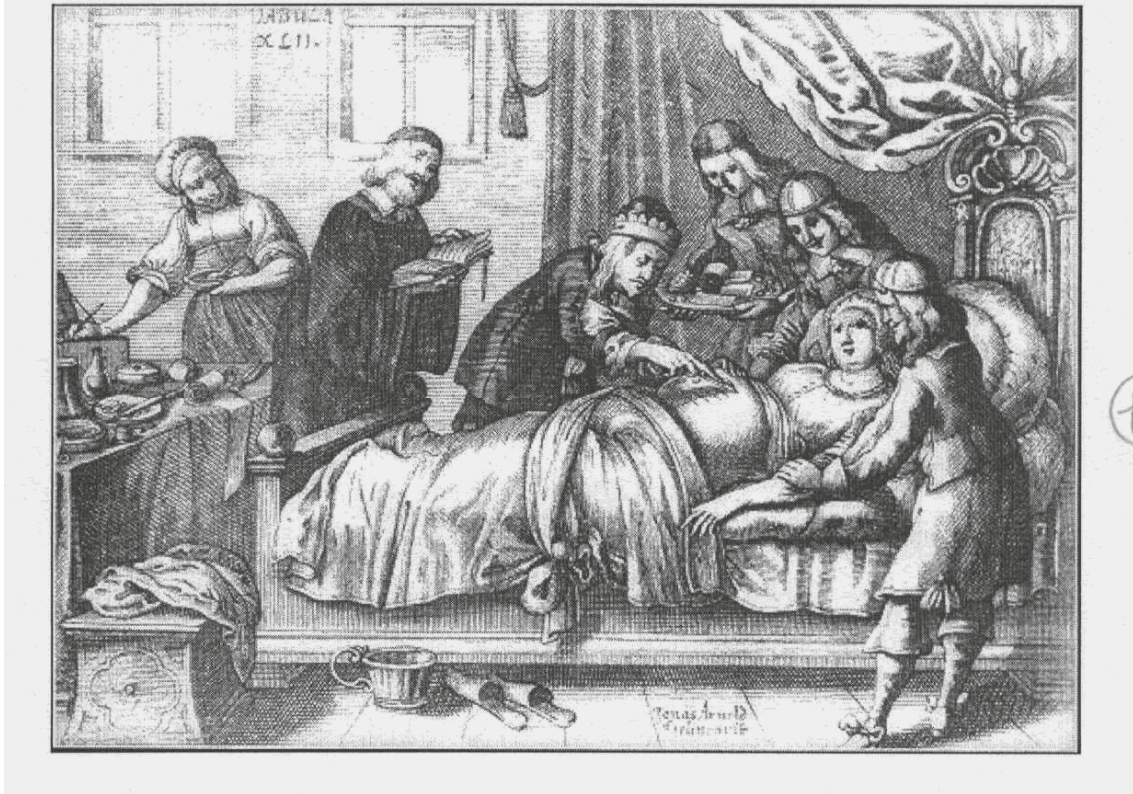
L'opération césarienne est un accouchement artificiel permettant d'extraire le fœtus du ventre de sa mère en incisant l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale après coeliotomie [1].

Le but est de sauver la vie de la mère et de l'enfant.

Actuellement la césarienne est de plus en plus pratiquée notamment dans les pays développés [2] dans le souci de faire naître l'enfant dans les meilleurs états possibles. Elle fait l'objet de plusieurs interrogations portant sur sa place réelle dans l'amélioration du pronostic obstétrical. C'est pour cette raison que nous avons opté pour la réalisation de cette étude. C'est une étude rétrospective portant sur les dossiers des patientes césarisées au pavillon Saint Fleur de 14 juillet 1999 au 31 janvier 2001.

Notre objectif est d'évaluer et d'inventorier les indications, les complications foeto maternelles et de les confronter avec les données de la littérature. Notre travail se divise en deux parties :

- Une revue de littérature sur l'anatomie du bassin et de l'utérus gravide, la grossesse normale et l'opération césarienne.
- L'étude proprement dite : matériel d'étude et méthodologie, quelques observations des patientes, les résultats suivis de nos commentaires et suggestions.

**RAPPEL****1- Historique de la césarienne [3]**

**Figure 1 : La césarienne d'autrefois**

L'opération césarienne existait déjà depuis l'antiquité où elle a été pratiquée pour la première fois sur une femme enceinte morte. Zeus ouvrit le ventre d'Esculape déjà morte et en retira Dionisys sain et sauf. C'est seulement vers la fin du XVI<sup>ème</sup> siècle qu'elle était pratiquée sur une femme vivante. En 1585, un traité sur « **hystérocotomie ou enfantement césarien** » a été publié par François Rousset. La première incision utérine chez une femme vivante avec enfant vivant a été observée en 1588 par Nuffer.

Depuis, cette méthode a beaucoup évolué et s'est perfectionnée. Actuellement c'est une opération bien réglée.

**2- Rappels anatomiques [1,4,5,6,7,8,9,10,11]**2.1- Le bassin maternel

C'est une ceinture osseuse entre la colonne vertébrale et les membres inférieurs.



### 2.1.1- Le bassin osseux

Il est formé par la réunion de quatre os :

\* Les deux os iliaques : ils forment les parois antérieures et latérales du bassin. Ils sont normalement symétriques situés de part et d'autre du sacrum. Constitué chacun par trois os soudés et rattachés entre eux (ilion, ischion et pubis) par des cartilages et qui se réunissent dans la cavité cotyloïde. Après ossification des cartilages, ces os se soudent formant l'os innominé. L'os iliaque se trouve en haut, le pubis devant, l'ischion en bas.

\* Le sacrum : il est situé en arrière dans le prolongement de la colonne vertébrale et s'articule lui-même avec le coccyx.

\* Le coccyx.

### 2.1.2- La cavité pelvienne ( le petit bassin)

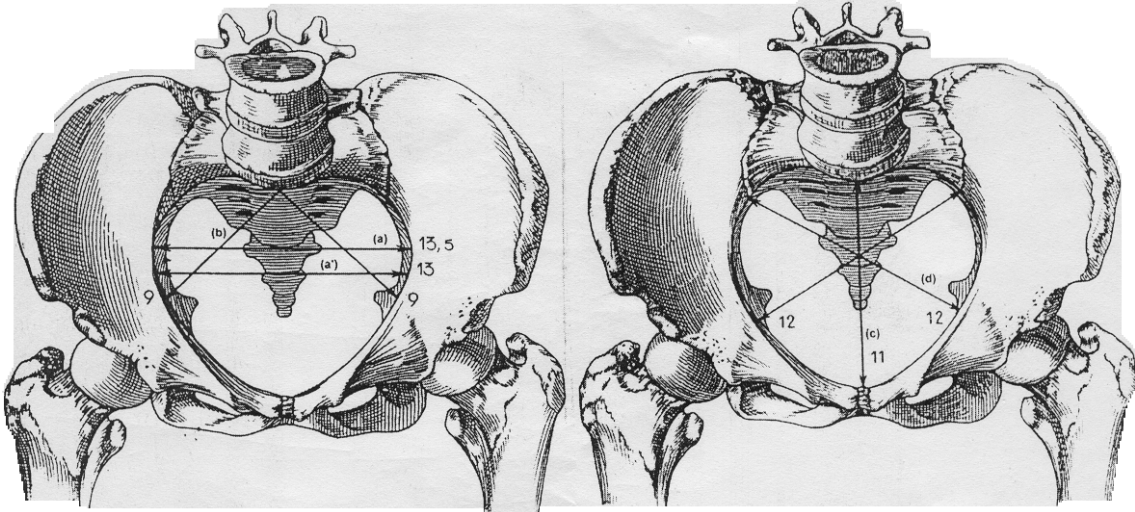
C'est la partie la plus importante en obstétrique et osseuse de la filière pelvi-génitale. Elle est inextensible. Elle décrit un cylindre coudé ouvert en avant et est formée par trois parties :

\* Le détroit supérieur ou orifice d'engagement fœtal.

\* L'excavation pelvienne présentant une partie étroite et une partie large dans laquelle descend la présentation .

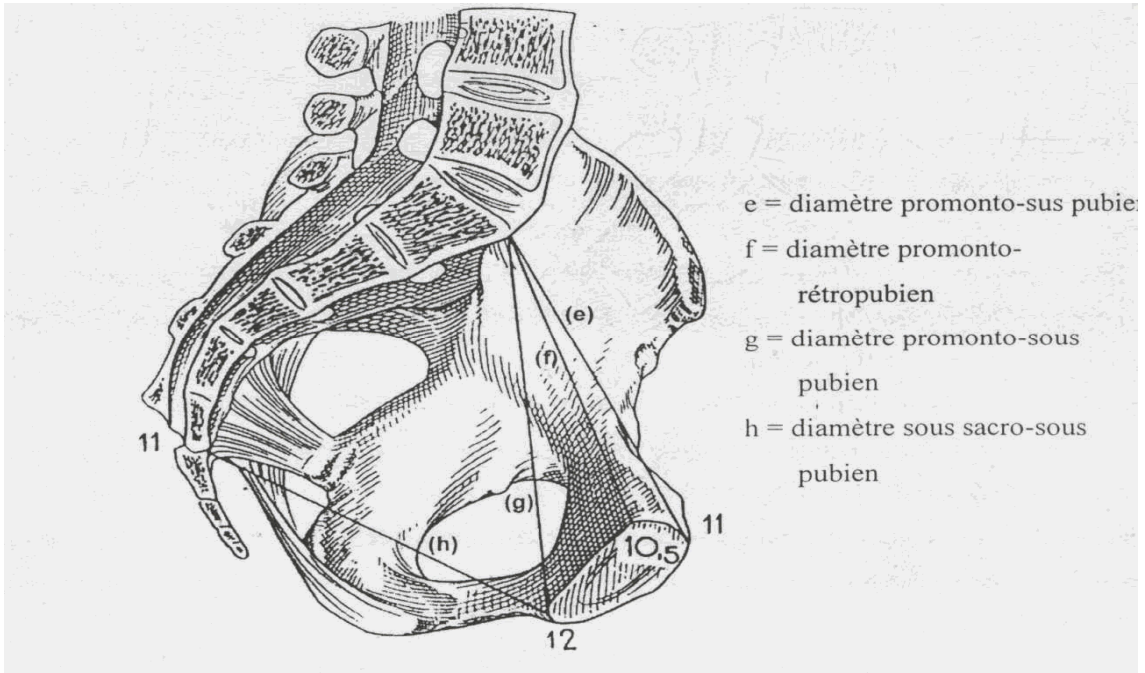
\* Le détroit inférieur : c'est le plan de dégagement de la présentation.

La mensuration des diamètres du petit bassin est d'une importance extrême car c'est par ce canal pelvi-génital osseux que passe l'enfant à la naissance.

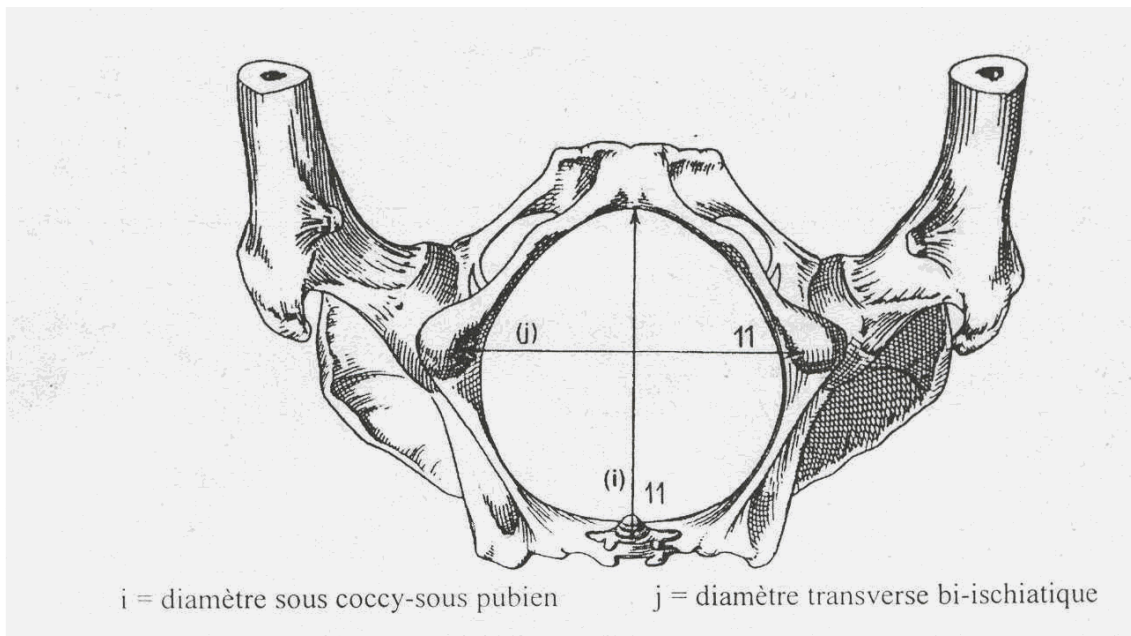


- a = diamètre transverse maximale**  
**b = diamètre transverse medium**  
**a' = diamètre transverse médian**  
**c = diamètre promonto-rétropubien**  
**d = diamètre oblique**

**Figure 2 DETROIT SUPERIEUR (Merger R, Lévy J, Melchior J, Précis d'Obstétrique  
 Masson, ème édition , 1979, 45-46)**



**Figure 3 : EXCAVATION PELVIENNE (Merger R, Levy J, Melchior J, Précis d'Obstétrique. Masson 5<sup>ème</sup> édition, 1979, 47)**



**Figure 4 : DETROIT INFÉRIEUR (Merger R, Levy J, Melchior J, Précis d'Obstétrique. Masson 5<sup>ème</sup> édition, 1979, 47)**

**Tableau I : Les dimensions des plans du bassin**

Plan du bassin		<i>Dimensions en centimètre</i>		
		Diamètre antéro-postérieur	Diamètre transverse	Diamètre oblique
Déroit supérieur		11	13	12
Excavation Pulvienne	Large	12,5	12,5	13
	Étroite	11	10,5	-
Déroit inférieur		9,5 – 11,5	11	-

**Tableau II : Radiopelvimétrie du bassin normal et pathologique [1,6]**

Paramètres	Promonto	Transverse	Indice de	Bichiatique	Biichiatique	Sacrocooty-
Bassin	réto pubien (cm)	médian (cm)	Magnin	(cm)	(cm)	loidien (cm)
Normal	10,5	13	>23	10,8	11	9
Bassin limite	10,5	11,5	22	9,5	9,0	-
Bassin généralement rétréci	9,2	11,0	20,2	9,5	9,5	-

**Tableau III : Les données de la pelvimétrie clinique normale et pathologique [9]**

<b>Bassin</b>	<b>Diamètre</b>	<b>Diamètre</b>	<b>Diamètre</b>	<b>Conjugué</b>	<b>Conjugué</b>	<b>Conjugué</b>
<b>(Forme)</b>	<b>biépineux</b>	<b>bicrète</b>	<b>bitrocantérien</b>	<b>externe</b>	<b>diagonal</b>	<b>vrai</b>
	<b>(cm)</b>	<b>(cm)</b>	<b>(cm)</b>	<b>(cm)</b>	<b>(cm)</b>	
Normal	25 à 26	28 à 29	30 à 31	20	12,5 à 13	11
Généralement rétréci	24	26	28	18	11	9
Aplati vrai	26	29	31	18	11	9
Aplati rachitique	26	26	31	17	10	8
Aplati et généralement rétréci	24	25	27	16	9	7

**Quelques définitions** : dans les bassins :

- Généralement rétrécis : tous les diamètres du détroit supérieur sont diminués
- Rétrécis : le diamètre antéro postérieur est diminué
- Asymétriques : le diamètre transversal ou oblique est diminué
- Limites : tous les diamètres sont diminués mais à un degré moindre.

2.2- L'utérus normal

## 2.2.1- La position de l'utérus

**Il est légèrement incliné à droite et présente une dextro-rotation variable de 10° à 90°. Il présente la face antérieure en avant et à droite exposant ainsi le pédicule utérin gauche.**

## 2.2.2- Structure [10]

L'utérus est constitué de trois tuniques de l'extérieur à l'intérieur :

- La séreuse péritonéale ou périmètre.
- La musculuse ou myomètre constituée de trois couches de plan musculaire externe moyenne, et interne.

Les couches externe et interne sont formées par de fibres musculaires longitudinales.

La couche moyenne est composée de fibres musculaires circulaires et transversales.

- La muqueuse utérine ou endomètre.

### 2.2.3- Innervation et vascularisation

L'innervation est constituée par :

- Un système nerveux autonome intervenant dans la contractilité autonome. Le corps utérin est innervé principalement par des fibres sympathiques, le col et le vagin par de fibres para-sympathiques.

- Des relations avec le système nerveux central : le cerveau ne perçoit les contractions utérines qu'au moment du travail. Leur perception au cours de la grossesse pourrait entraîner un accouchement prématuré.

La vascularisation est essentiellement assurée par les artères utérines et les artères ovariennes. Ces vaisseaux augmentent considérablement de calibres au cours de la grossesse.

### 2.3- L'utérus gravide

Il mesure cliniquement 30 à 33 cm de longueur au voisinage du terme. Le volume global est augmenté. On peut alors diviser la cavité utérine en trois zones [11] de 10 cm environ de hauteur chacune :

- Une zone supérieure : zone d'insertion normale du placenta tout en débordant.
- Une zone moyenne.
- Une zone inférieure ou zone dangereuse de Barnes ou zone d'insertion basse qui répond au segment inférieur.

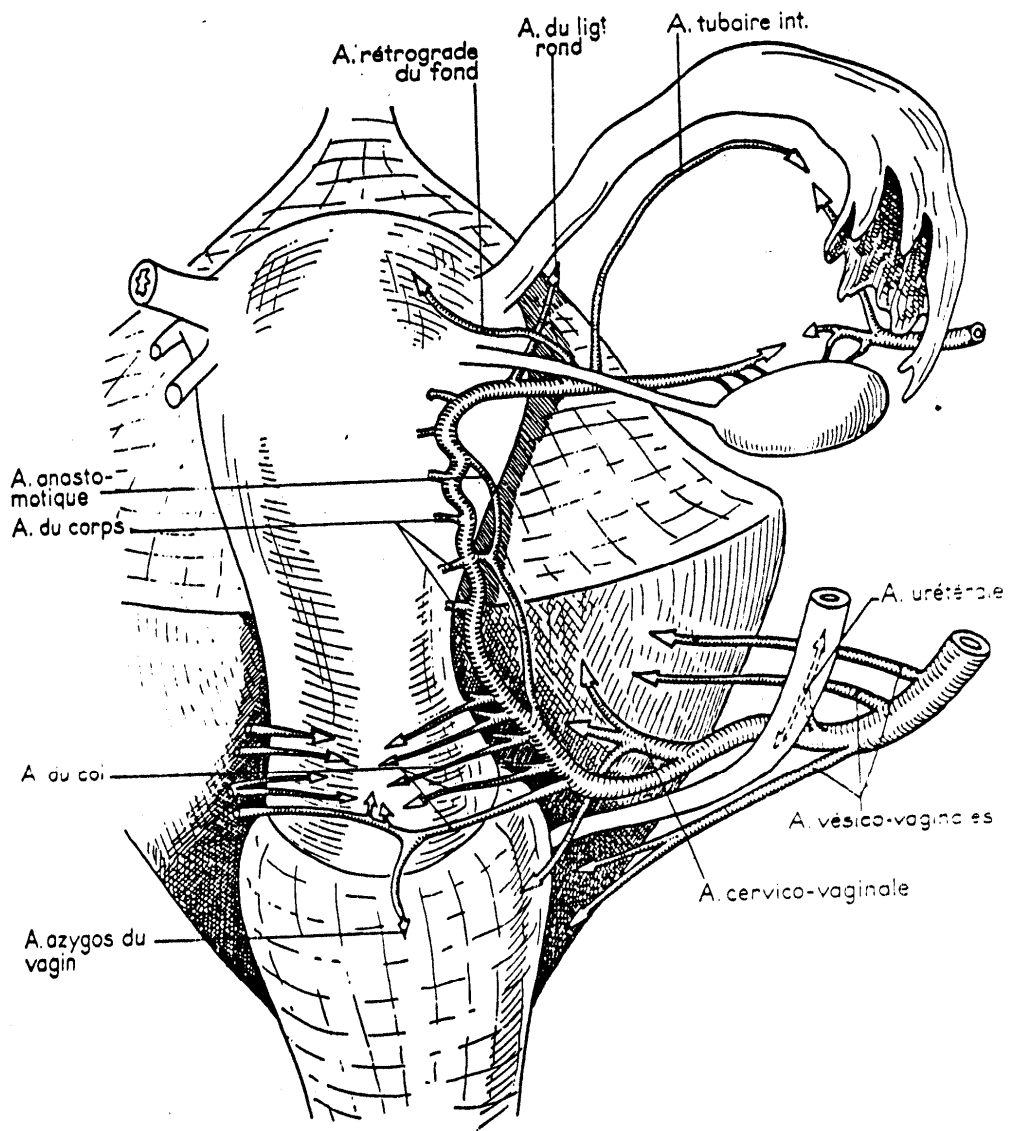


Figure 5 : ARTERE UTERINE

Origine : Cahiers d'Anatomie

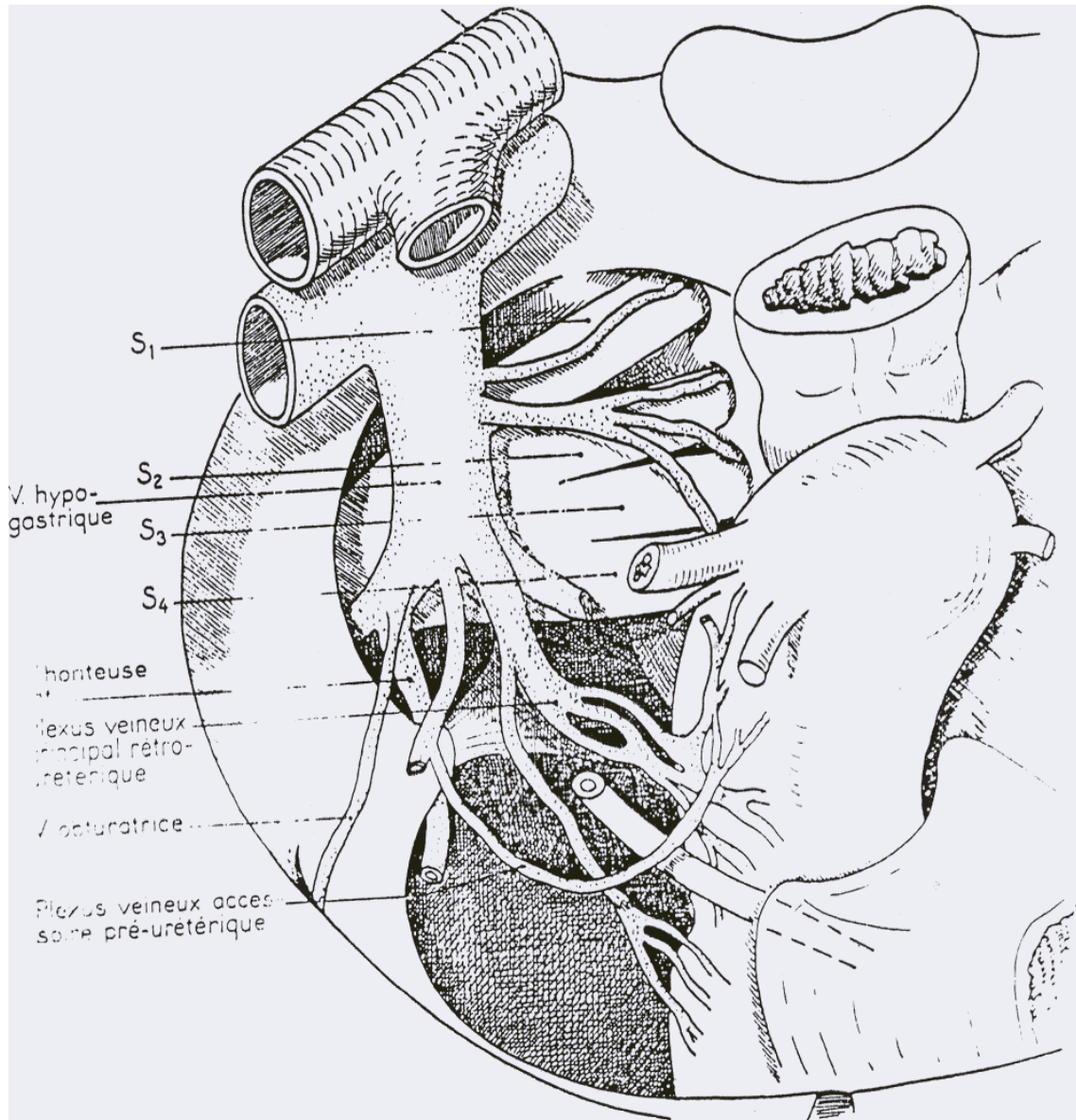


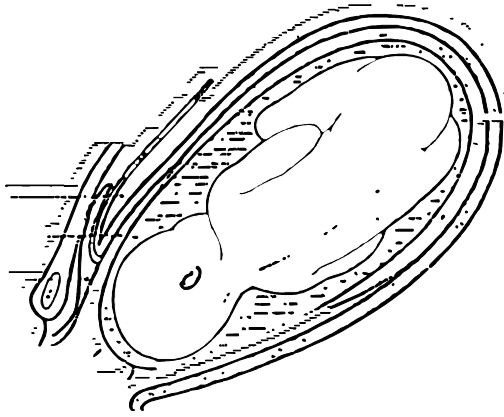
Figure 6 : VEINES

Origine : Cahiers d'Anatomie

La formation du segment inférieur bouleverse l'anatomie de l'utérus. C'est une portion musculaire amincie peu vascularisée située entre le corps et le col utérin. Il est de forme et de taille variables. Il est le lieu électif de l'hystérotomie. Ses rapports :

\* péritonéaux : à la fin de la grossesse la distension isthmique déplace vers le haut le repli vésico-utérin. Le péritoine revêt la grande partie de segment inférieure et est aisément décollable.





\* antérieur : la face antérieure du segment inférieur répond sur presque la totalité à la face postérieure de la vessie.

\* latérale : le ligament large est épais et l'utérus est proche de la paroi pelvienne. La disposition de l'artère

utérine et de l'uretère se modifie à ce niveau.

La paroi antérieure qualifiée de « face chirurgicale » mesure environ 8 cm de hauteur sur 10 cm de large.

### 3- Grossesse normale [10,12,13]

#### 3.1- Surveillance prénatale

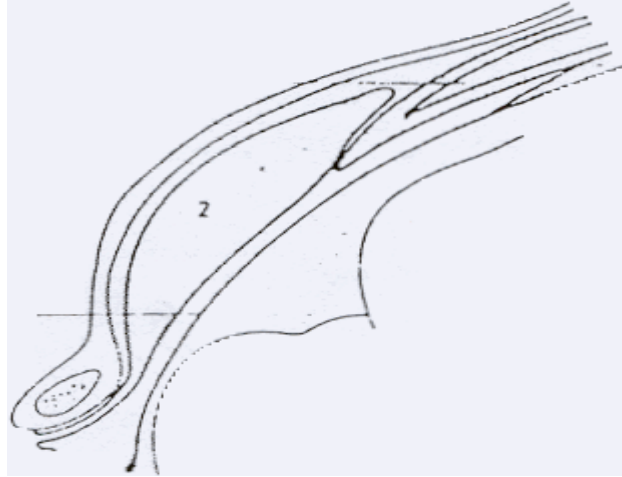
Elle est très importante.

##### 3.1.1- Premier trimestre

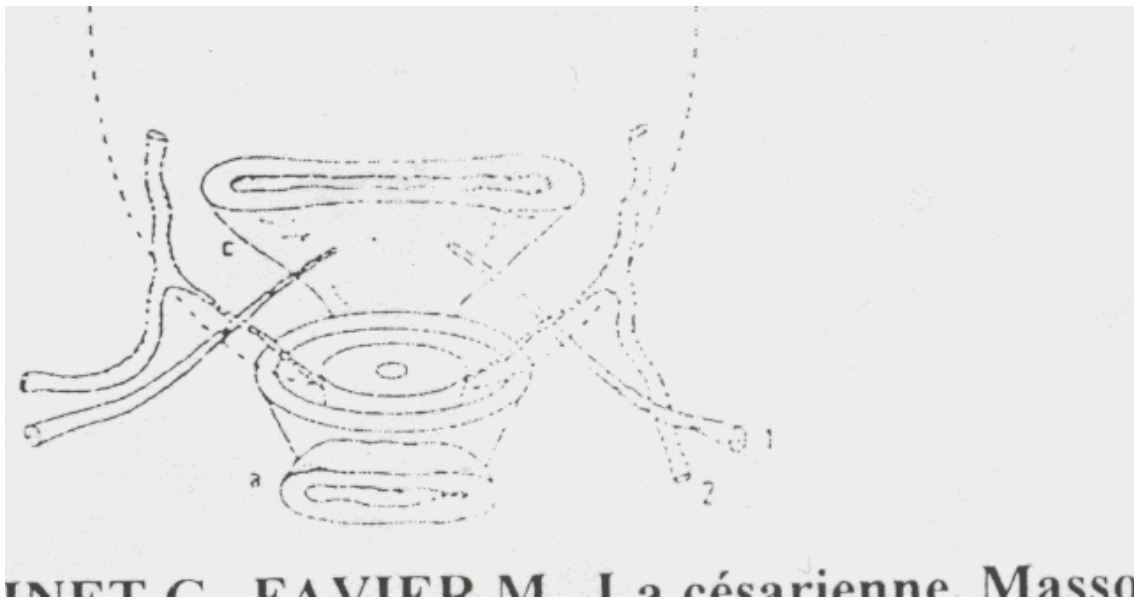
Les buts de la consultation prénatale au premier trimestre de la grossesse sont de :

- Diagnostiquer la grossesse et son développement intra utérin.
- Rechercher les antécédents pathologiques (hypertension artérielle, diabète) pouvant intervenir dans le pronostic de la grossesse.
- Rechercher les anomalies d'ordre anatomique : bassin, utérus.
- Demander les premiers examens biologiques : numération de la formule sanguine, groupage, rhésus, sérologie (syphilis, toxoplasmose, rubéole, VIH, hépatite).

**Figure 7 : RAPPORTS PERITONEAUX (Racinet C., Favier M., La césarienne, Masson Paris, 1984, 37)**



**Figure 8: RAPPORTS ANTERIEURS (Racinet C., Favier M., La césarienne, Masson Paris. 1984, 38)**



**Figure 9 : RAPPORTS LATERAUX (Racinet C, Favier M, La césarienne, Masson, Paris, 1984 ,39)**

### 3.1.2- Deuxième trimestre

Elle étudie la croissance fœtale et recherche des anomalies morphologiques à l'examen échographique.

### 3.1.3- Au neuvième mois

Les principaux objectifs sont :

- D'établir le pronostic de l'accouchement par évaluation du bassin, de la grandeur du fœtus, de sa présentation, du placenta et d'autres pathologies.

- D'étudier le bassin maternel par la pélvimétrie clinique ou par d'autres investigations (radiopelvimétrie, scanopelvimétrie).

- D'étudier la confrontation foeto-pélvienne afin d'évaluer le pronostic obstétrical soit :

\* Un accouchement par voie basse .

\* Une épreuve de travail .

\* **Une césarienne prophylactique.**

### 3.2- Accouchement normal

#### **Il met en présence trois éléments :**

- La filière osseuse puis les parties molles .

- Le mobile fœtal .

- Le moteur utérin.

La filière osseuse est constituée par le canal pelvigénital

osseux

inextensible. La filière parties molles est constituée par le vagin sur lequel s'insèrent les fibres du releveur de l'anus et les muscles périnéaux superficiels. Ces éléments fibro musculaires sont influencés par les sécrétions endocriniennes et vont se laisser distendre et se transforment en un véritable tube ouvert en avant et en haut.

### 3.2.1- La filière osseuse et les parties molles

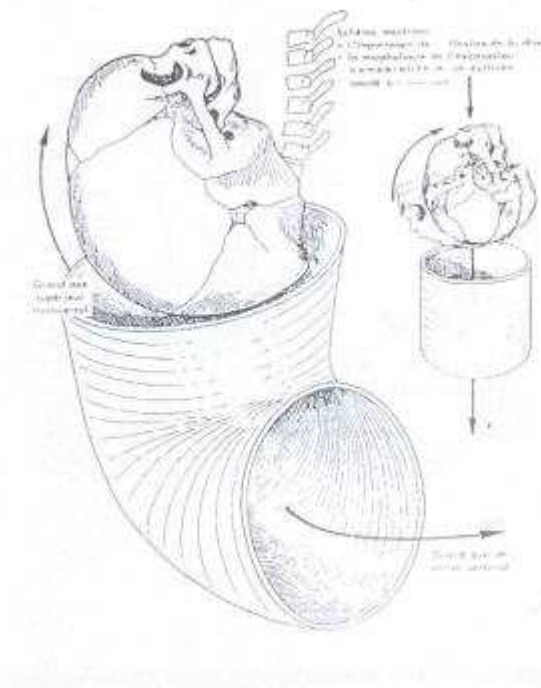


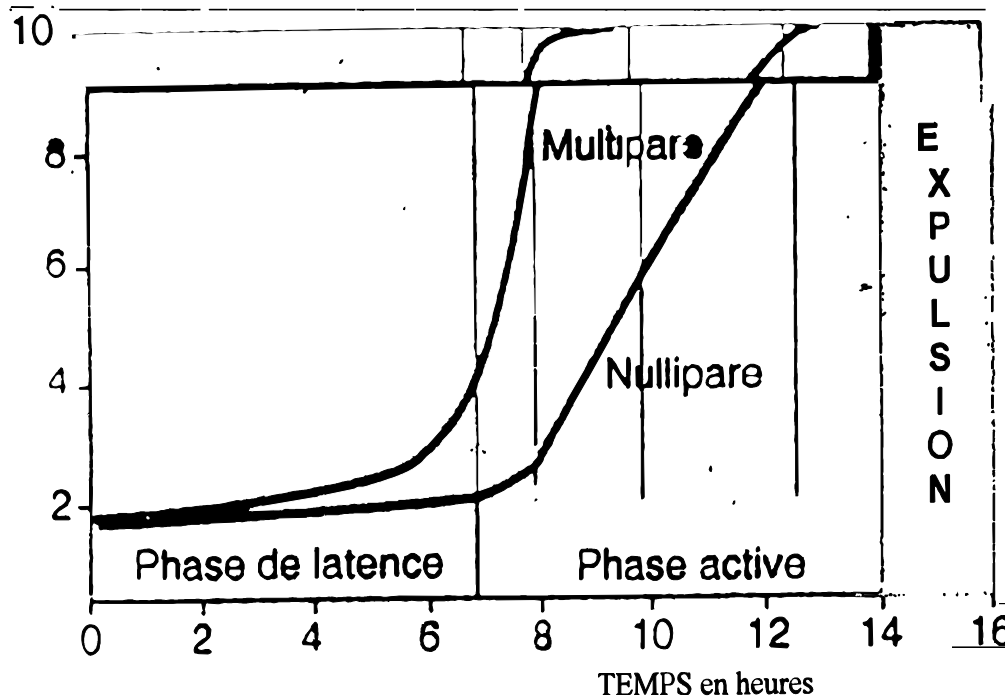
Figure 10 : MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT NORMAL

### 3.2.2- Le mobile fœtal



**Figure 11 : MECANISME DE L'ACCOUCHEMENT (La tête fœtale est l'élément essentiel)**

Origine : Gynécologie et Obstétrique (Masson)

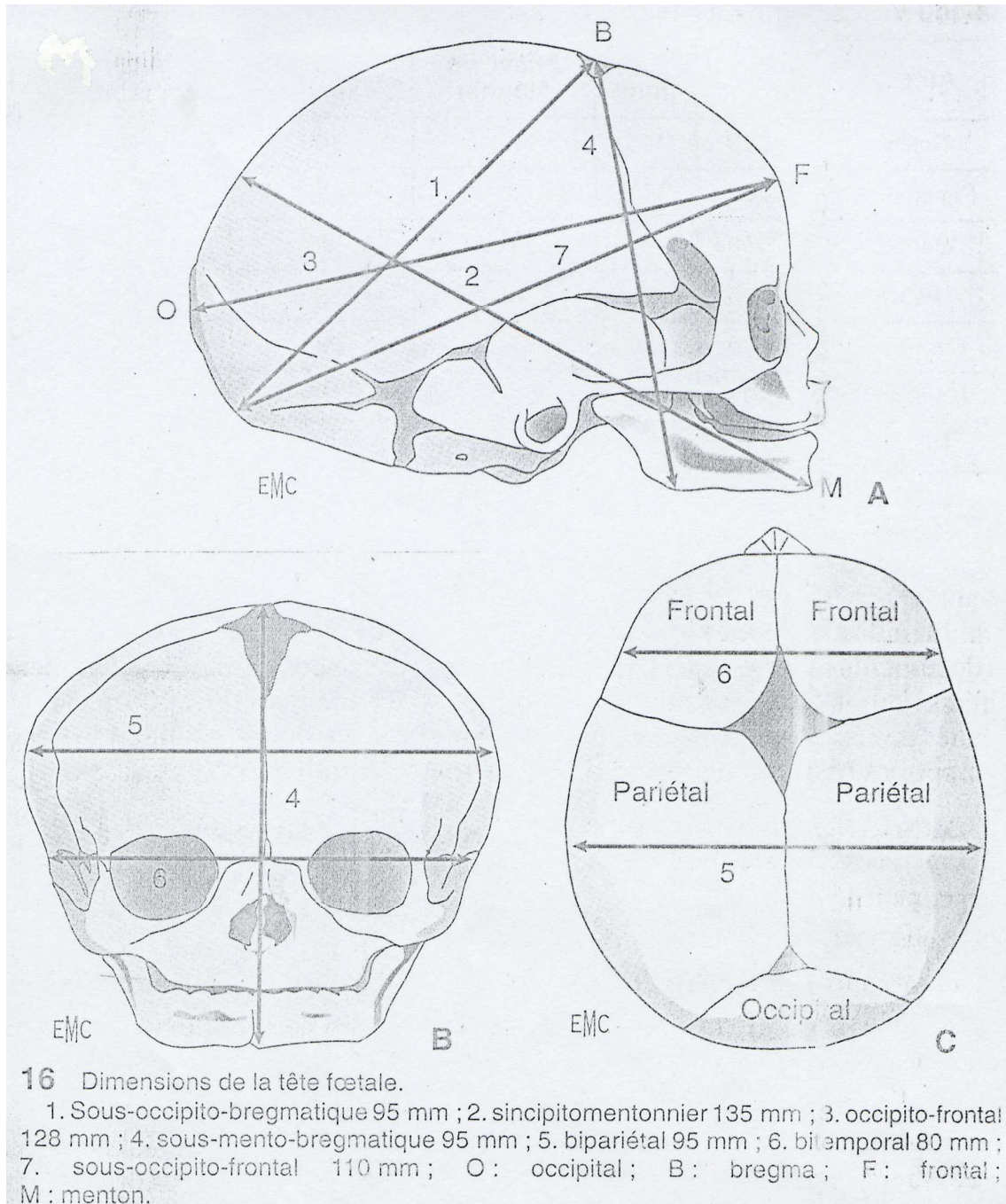


**Figure 12 : COURBE DE FRYDMAN (Schaal J.P, Riethmuller D, Martin A, Lemouel A, Queureux A et Maillet R ; Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement ; encycl. Méd. Chir ; Obstétrique ; 5-049-D-27,1998,13)**

La tête fœtale est le seul élément incompressible mais mobile pouvant descendre dans l'excavation. Elle représente le volume le plus important, le moins réductible, le plus difficile à faire progresser. Elle contient l'encéphale fœtal qui malgré une circulation privilégiée, va être soumis au danger des troubles circulatoires et aux risques de traumatisme crânien. La tête a donc des diamètres presque supérieurs à ceux constitués par les os du bassin. La tête doit se fléchir substituant ainsi au diamètre occipito-frontal de 12,5cm le diamètre sous-occipito-bregmatique de 9,5cm correspondant à la présentation de la tête fléchie ( sommet ) et acceptable par la filière pelvienne. Les os du crâne n'étant pas soudés entre eux au niveau des sutures ils peuvent glisser les uns sur les autres, chevauchement qui diminuent le diamètre de quelques précieux millimètre.

**Tableau IV : Les diamètres de la tête fœtale [6]**

Diamètre	Dimension (cm)
Bi-parietal	9,5
Occipito-frontal	12
Sous occipito-bregmatique	9,5



**FIGURE 13 : LES DIMENSIONS DE LA TÊTE FOETALE [6]**

### 3.2.3- Le moteur utérin (la contraction utérine)

Elle commence dans la région du fond utérin jusqu'au segment inférieur. Elle est à l'origine de l'effacement du canal cervical restant, de la dilatation du col utérin selon la courbe de Friedmann, de l'expulsion hors de la matrice de l'enfant et du délivré.

Les trois phases de la mécanique obstétricale se produisent successivement au cours du travail. Après l'ouverture du col, les forces de contraction utérine combinées ou poussé

maternel qui sont des contractions des muscles striés de la paroi abdominale et du diaphragme aboutissent à l'expulsion du fœtus hors du ventre maternel. Plus les contractions utérines et l'effort maternel sont vigoureux, plus l'accouchement est rapide.

#### **4-Opération césarienne [8,14,15,16,17,45]**

##### 4.1- Préparation de la parturiente

###### 4.1.1- Préparation de la paroi

- Rasage soigneux et large de la paroi abdomino-pelvienne .
- Lavage à l'eau tiède savonneuse en insistant sur la toilette de l'ombilic.
- Les parties lavées sont ensuite essuyées avec un linge stérile frotté à l'alcool et badigeonnées à la teinture d'iode à 5% ( ou bétadine ).
- L'asepsie vaginale est aussi importante que celle de la paroi.
- Mise en place d'une sonde urinaire à ballonnet.
- Voie veineuse de calibre suffisant et bien placée.

###### 4.1.2- Installation de la patiente

- Décubitus latéral gauche de 15° pour éviter le choc postural et oxygéné au masque.
- Quelquefois position en Trendelenburg afin de faciliter l'exposition du segment inférieur.
- L'opérateur est à gauche de la patiente, l'aide à droite ; un deuxième aide recevra l'enfant dans un champ stérile .

##### 4.2- Anesthésie

La qualité et le choix du type d'anesthésie dépendent de la collaboration obstétricien – anesthésiste. Ce choix dépend des circonstances, de la pathologie maternelle, des contre-indications de chaque type et de l'habitude de l'anesthésiste.

En général, on a deux procédés :

- Anesthésie loco-régionale.
- Anesthésie générale.



Tableau V : Comparaison des deux types d'anesthésie et les indications pratiques [18,19]

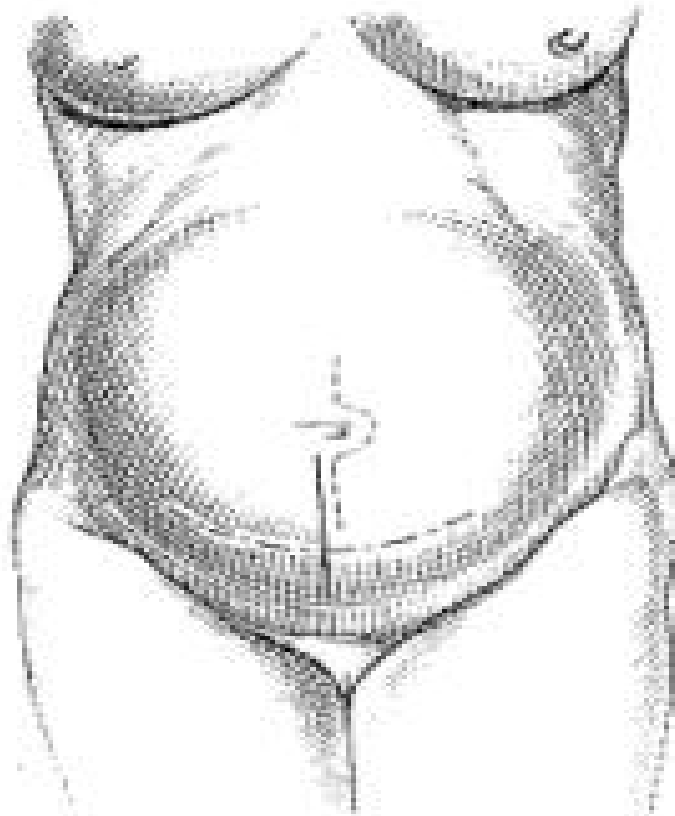
Type d'anesthésie	Avantages	Inconvénients	Indications
Loco-régionnale - Rachianesthésie - Anesthésie péridurale	Pas de risque d'inhalation pour la femme Pas de risque de dépression médicamenteuse pour le nouveau né	Possibilité d'une hypotension par blocage synaptique	Opération césarienne programmée
Anesthésie générale	Induction plus rapide, contrôlable	Risque d'inhalation Syndrome hémorragique à craindre	Opération césarienne d'urgence

#### 4.3- Technique

##### 4.3.1- Voies d'abord

Elle peut être vaginale ou abdominale. La césarienne vaginale est très rare.

Pour la voie abdominale, l'incision cutanée peut être verticale ou transversale.



En pointillés : incision de la césarienne corporelle.  
 En trait plein : incision de la césarienne segmentaire.  
 En trait - point : incision de Pfannenstiel.

**En pointillés : incision de la césarienne corporelle.**

**En trait plein : incision de la césarienne segmentaire**

**En trait - point : incision de Pfannenstiel**

Figure 14 : TRACE DES INCISIONS PARIETALES (Merger R, Levy J, Melchior J,  
 Précis d'Obstétrique. Masson 5<sup>ème</sup> édition, 1979, 622)

#### 4.3.1.1 Incisions verticales

- Laparotomie médiane sous ombilicale : elle consiste à inciser verticalement tous les plans pariétaux avec reclinaison des muscles grand droit. C'est une voie simple et rapide habituellement réservée aux urgences extrêmes .

- Incision médiane débordant l'ombilic pour la césarienne corporelle.

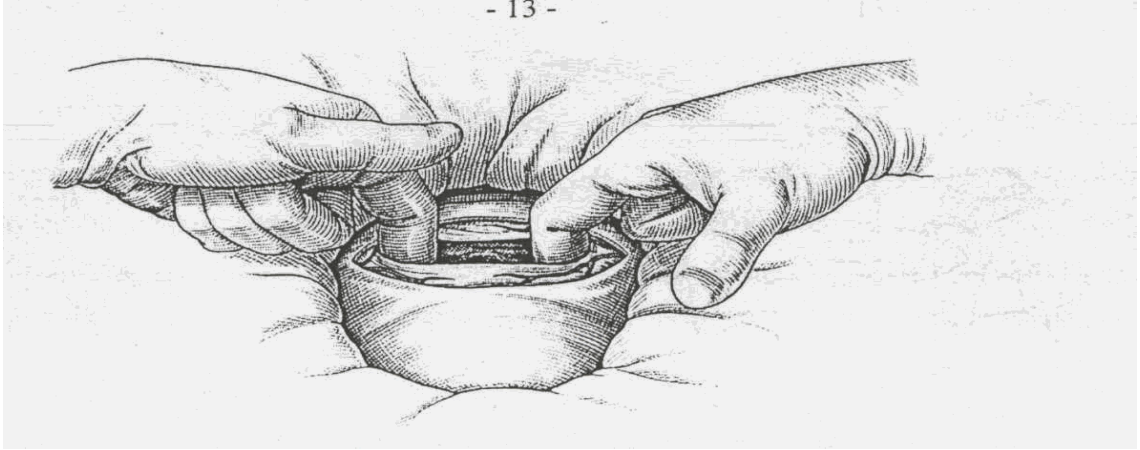
#### 4.3.1.2 Incisions transversales

- Incision de Pfannenstiel : elle est transversale pour l'incision cutanée et aponévrotique mais verticale pour l'incision péritonéale.
- Variantes techniques :
  - Incision de Mouchel : incision totalement transversale sus pubienne de tous les plans pariétaux.
  - Incision de Cherney modifiée : associe une désinsertion sus pubienne des muscles grand droit avec une ouverture transversale de tous les plans .
  - Incision de Rapin-Kuster : incision verticale de l'aponévrose après un décollement graisseux étendu .
  - Incision de Stark Michael, Joël – Cohen assure un abord transversal sus-pubien et un écartement musculaire sans décollement.

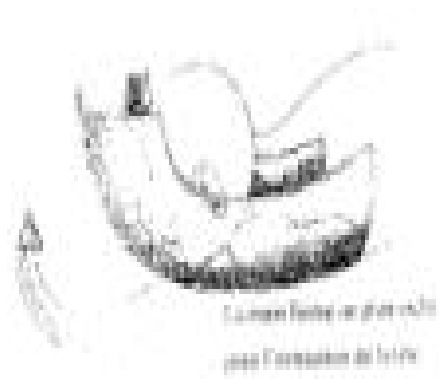
#### 4.3.2- Hystérotomie

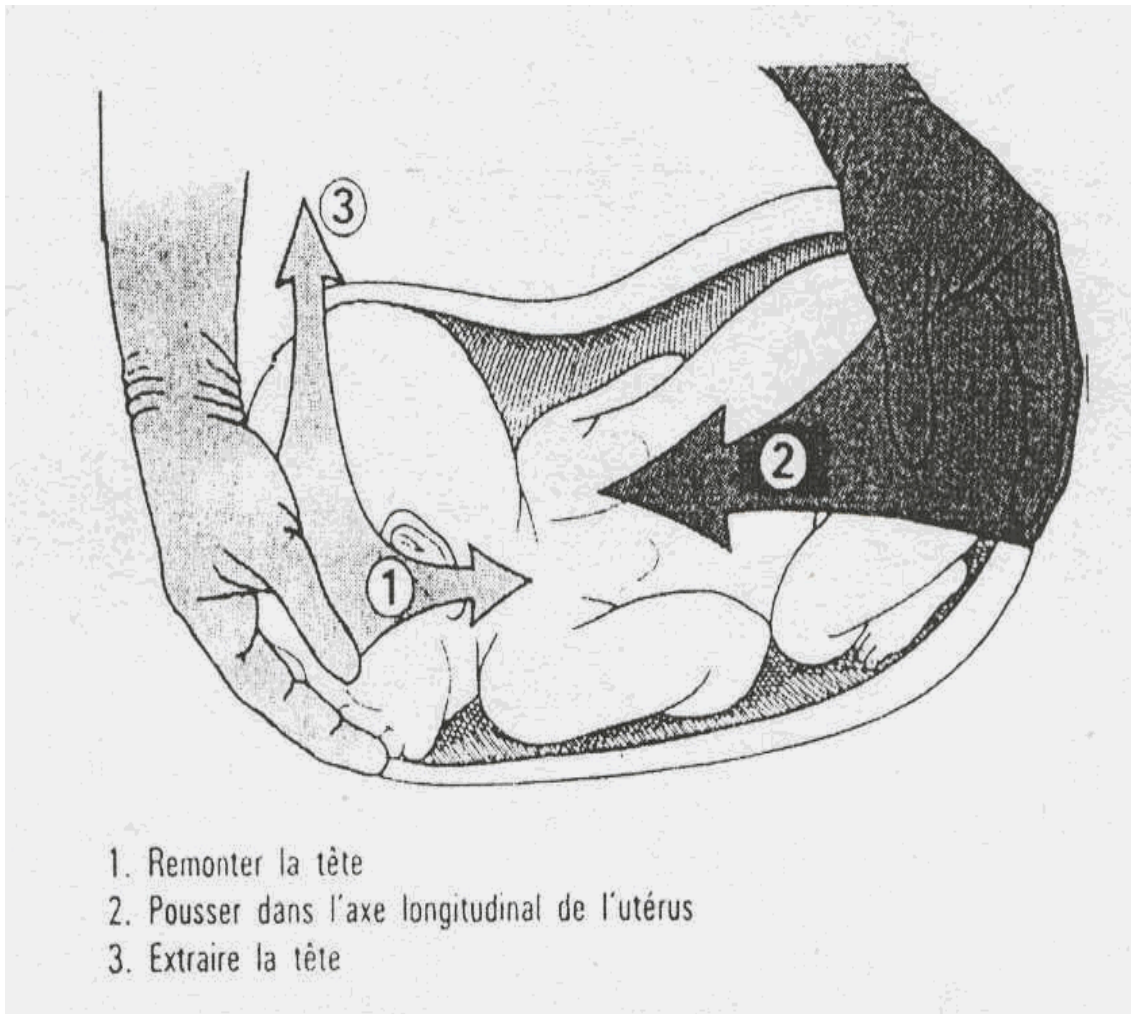
Elle fait suite à l'incision du péritoine viscéral puis au décollement de celui-ci vers le haut et vers le bas. Elle peut être corporéale dans certaines indications. Dans la majorité des cas, elle est transversale segmentaire, ainsi, elle suit la direction des faisceaux et des vaisseaux myométriaux. Par conséquent, l'hémorragie est minimale et la cicatrice solide n'exposant pas à une rupture utérine lors de la grossesse ultérieure. Avant d'inciser l'utérus, il faut corriger si nécessaire le degré de dextrorotation utérine afin de bien centrer l'incision.

- Incision du fascia pré segmentaire superficiel de direction large transversale et arciforme à concavité vers le haut juste 2 à 3 cm au-dessous du bord supérieur du segment inférieur. Cela évite la propagation de l'incision vers le pédicule utérin et augmente l'orifice de sortie fœtale.



**Figure 15 : CESARIENNE SEGMENTAIRE : Elargissement transversal au doigt de l'incision segmentaire (Marger R, Levy J, Melchior J. Précis d'Obstétrique, Masson 5<sup>ème</sup> édition, 1979, 623)**





**Figure 16 : EXTRACTION DU FŒTUS (Lansac J, Pratique de l'accouchement ; Paris ed. 1988, 28)**

- Approfondissement du centre de cette incision en 2 à 3 cm jusqu'à issue du liquide amniotique.

- Introduction des deux index en dissociant latéralement les fibres et **agrandissement de l'incision par des ciseaux tout en protégeant le fœtus.**

#### 4.3.3- Extraction du fœtus

- Empaumer le pôle fœtal et refouler un peu vers le haut et en avant pour l'amener dans l'incision.

- Bien repérer la présentation fœtale et orienter à l'issue de l'hystérotomie en

l'attirant en dehors de la cavité utérine aidée par la poussée et suivant l'axe longitudinal de l'utérus. Si la présentation est transversale, chercher un pied, ce qui permet d'extraire le siège par traction douce puis le tronc.

C'est un temps dangereux pour l'enfant et la mère surtout si la présentation est engagée ou fixée. On peut utiliser alors un forceps comme Pajot – Suzor. Les gestes maladroits et brutaux peuvent entraîner un agrandissement de l'incision vers les pédicules utérins ou un traumatisme fœtal.

- Clampage entre deux pinces de Kocher du cordon ombilical.

Quand le nouveau-né sort, le deuxième aide le reçoit et le pose sur un champ stérile en position déclive (tête en bas).

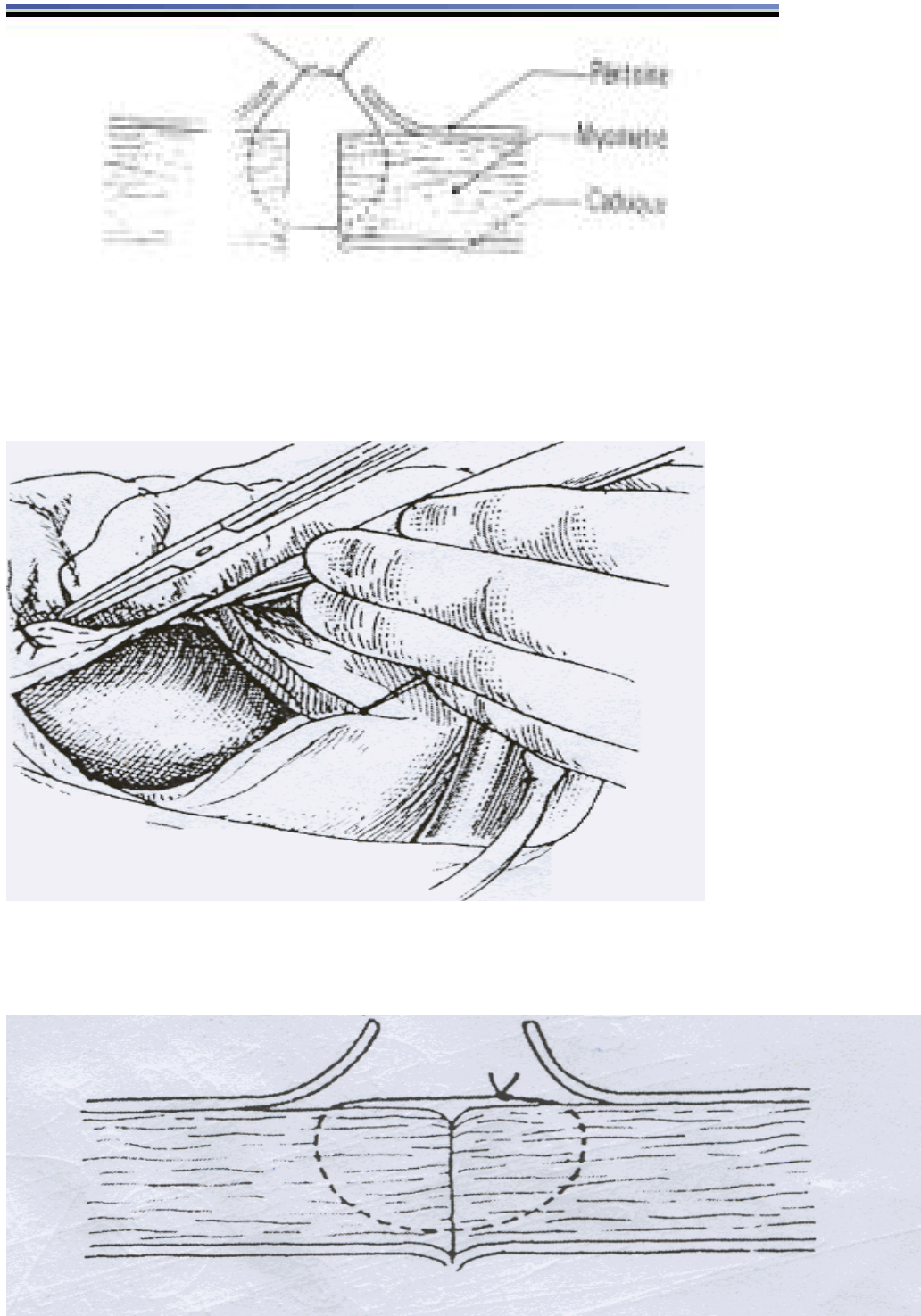
#### 4.3.4- Délivrance

On pratique fréquemment la délivrance assistée par injection d'une ampoule de Syntocinon \* ou Méthergin \* en intraveineuse directe lors du dégagement des épaules fœtales, puis extraction du placenta en comprimant progressivement le fond utérin . Une délivrance artificielle est pratiquée si le placenta se décolle mal. La révision utérine est systématique.

#### 4.3.5- Hystérorraphie

Elle est faite par des fils résorbables.

Si l'hystérotomie est transversale, la suture utérine se fait en un plan extra muqueux par des points simples séparés ou en X espacés d'environ 1 cm en commençant aux angles de l'ouverture utérine.



**Figure 17 : HYSTERORRAPHIE : Suture extra muqueuse par points simples (Lansac J, Pratique de l'accouchement ; Paris Ed ; 1988, 289)**

Si l'incision est corporéale, la suture peut être réalisée en un ou deux plans par des points simples séparés ou en X ou en U modérément serrés.

Contrôle de l'hémostase et toilette péritonéale

#### 4.3.6- Fermeture pariétale

- Le péritoine pariétal est suturé par un surjet au fil à résorption rapide. Cette prise de péritoine doit être fine au bord car une prise trop large risque une ascension de la vessie et gêne les hystérotomies ultérieures.

- Les muscles droits et l'aponévrose sont suturés par des points en X au fil à résorption lente.

- Suture du tissu cellulaire sous cutané par des points séparés au fil fin à résorption rapide.

- La peau est fermée soit par des agrafes, soit par un surjet intradermique par un fil fin à résorption rapide, soit par des points simples séparés au fil non résorbable.

- On pose souvent un sac de sable ( 1kg ) sur la plaie opératoire

#### 4.4- Le traitement post-opératoire [20]

- Apport hydroélectrolytique ( NaCl, KCl, Ca ) .

- Antibiothérapie .

- D'autres médicaments seront utilisés selon le contexte clinique tels que les sels de quinine .

- Le premier pansement de la plaie se fera au cinquième jour. Les fils ne sont pas à enlever si c'est un surjet intradermique . Si c'est des points simples séparés , ablation lors de la cicatrisation .

### 5- Les indications de la césarienne [17]

L'opération césarienne a pour but de sauver la vie maternelle et celle de l'enfant, et faire naître celui-ci dans un meilleur état possible. L'absence de l'intervention conduirait au décès de la mère et/ou de l'enfant ou pourrait laisser des séquelles. On peut classer les indications de l'opération césarienne selon le schéma proposé par J. M. Thoulon [17] :



**Tableau VI : CESARIENNES PROPHYLACTIQUES (OU PREVENTION)**

CESARIENNES PROPHYLACTIQUES					
POUR CONTOURNER UN OBSTACLE			POUR SAUVEGARDE MATERNELLE	POUR SAUVEGARDE MATERNELLE ET FOETALE	
Dystocie osseuse	Tumeur praevia	Dystocie des parties molles		Indications médicales	Indications obstétricales
- Rétrécissement	- Kyste de	- Sclérose ou	- Lésion antérieure des parties molles (malformation vaginale)	- Syndrome	- Présentation
du détroit supérieur  PPM < 8,5 cm TM < 10,5 cm - Rétrécissement du détroit moyen et inférieur Diamètre bischiatique < 8,5 cm - Rétrécissement asymétrique . Diamètre sacroiliaque présente une différence de plus de 3 cm . Bassin obstrué (fracture, tumeur osseuse)	l'ovaire praevia - Myome praevia - PP recouvrant - Autres tumeurs praevia (rein pelvien, kyste hydatique)	- Sclérose ou atrophie vaginale - Sclérose ou atrophie du col Cancer du col	- Lésion antérieure des parties molles (malformation vaginale) - Utérus cicatriciel avec hystérotomie antérieure - Myomectomie antérieure associée à une dystocie - Tare médicale maternelle grave (cardiopathie décompensée, troubles neurologiques sévères en dehors de la paraplégie traumatique)	vasculo-rénale sévère (HTA toxémie gravidique) Diabète - Grossesse à risque élevée avec souffrance fœtale chronique - Grossesse prolongée avec impossibilité de déclenchement par voie basse	dystocique (épaule, front) - Présentation anormale associée à un autre élément dystocique (rétrécissement pelvien, enfant précieux, primipare âgée, présentation du siège et de la face)

**Tableau VII : CESARIENNES REALISEES AU COURS DU TRAVAIL**

<b>CESARIENNES REALISEES AU COURS DE TRAVAIL</b>		
<b>CESARIENNE D'EXTREME URGENCE</b>		<b>CESARIENNE D'URGENCE</b>
<b>INDICATIONS</b>		
<b>Maternelle</b>	<b>Fœtale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- PP hémorragiques (après échec des manœuvres obstétricales)</li> <li>- Rupture utérine</li> <li>- HRP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souffrance fœtale subaiguë ou aiguë</li> <li>- Procidence du cordon</li> <li>- Césarienne post-mortem exceptionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dystocie mécanique dans le bassin rétréci, épreuve du travail négative</li> <li>- Disproportion foeto-pelvienne dans un bassin normal</li> <li>- Arrêt de dilatation sur présentation dystocique (face, siège, bregma)</li> <li>- Présentation de la face en mentopostérieure persistante</li> <li>- Dystocie dynamique, cervicale fonctionnelle irréductible</li> </ul>

## 6- Les contre-indications de la césarienne [17,21,22]

- Aucune contre-indication absolue ; peu de contre-indications liées à l'anesthésie générale .
- Les contre-indications relatives sont :
  - o L'infection amniotique sévère qui doit faire recourir à des artifices chirurgicaux et à l'antibiothérapie massive .
  - o La malformation fœtale majeure ( Anencéphalie, Hydrocéphalie ), enfant mort. Il faut alors recourir à l'extraction par voie basse par crânioclasie ou embryotomie ou accouchement par voie basse .
  - o Défaut de maturité fœtale ( âge gestationnel inférieur à 32 semaines ) .

## 7- Les complications de la césarienne [8,23]

### 7.1- Pour l'enfant

- La mortalité périnatale : elle est liée à des pathologies et au degré de souffrance fœtale .
- La morbidité périnatale :
  - o La détresse respiratoire due à certaines drogues anesthésiques .
  - o Les altérations neurocomportementales.
  - o Complications traumatiques telles que les fractures de l'humérus ou du fémur ou les lésions du plexus brachial.

### 7.2- Pour la mère

- La mortalité maternelle due aux complications peropératoires :
  - Les troubles de la coagulation :
    - Conséquences du traitement anticoagulant ;
    - Coagulopathie par anomalie plaquettaire des hémopathies malignes ou purpura thrombopéniques ;
    - Hémorragie.
  - Pathologies maternelles préexistantes :
    - Aggravation de l'hypertension artérielle pouvant entraîner une éclampsie post-partum ;
    - Cardiopathie décompensée.
  - Les accidents anesthésiques .
- La morbidité maternelle due aux complications post-opératoires :
  - Les infections urinaires .

- Endométrite.
- Septicémie et infections graves.
- Suppuration pariétale.
- Complications digestives ( iléus paralytique, adhérences intestinales, volvulus intestinal, hémorragie par ulcère aigu du duodénum ).
- Les maladies thromboemboliques.
- Les diverses affections (troubles psychiatriques, fistules vésico-vaginales, embolie gazeuse ou amniotique ).

## NOTRE ETUDE

### 1- Matériels et méthodes

Ce travail est une étude rétrospective des indications et des suites opératoires des opérations césariennes de 14 juillet 1999 au 31 janvier 2001 portant sur 256 patientes vues au Pavillon Sainte Fleur d'Antananarivo. Nos observations sont basées sur des relevés systématiques de tous les évènements gynéco-obstétricaux des parturientes durant cette période. Les données ont été recueillies sur :

- Les dossiers des patientes dans le service de la maternité Sainte Fleur .
- Les cahiers de protocole opératoire.
- Les fiches de traitement.

Le Pavillon Sainte Fleur est un établissement public à gestion privée s'occupant de la santé materno-infantile et qui se trouve dans l'enceinte du CHU/HJRA d'Antananarivo. Il comporte une unité de maternité, de néonatalogie et de chirurgie infantile et dispose d'un plateau technique assez performant .

Durant cette période, 1.420 femmes y ont accouché dont 256 ont été césarisées, soit un pourcentage de 18,02%. Plusieurs paramètres ont été évalués dans ces dossiers :

- Age .
- Parité [24] :
  - Primipare : première parité
  - Paucipare : deuxième et troisième parités
  - Multipare : quatrième et cinquième parités
  - Grandes multipares : à partir de la sixième parité
- Modes d'admission .
- Consultation prénatale (CPN) :
  - Lieu .
  - Les accouchements antérieurs.
  - Les motifs des césariennes antérieures.
  - Exploration du bassin par la pelvimétrie clinique et la radiopelvimétrie.
  - Age de la grossesse : âge au moment de l'intervention compté à partir du premier jour des dernières règles en semaine d'aménorrhée (SA) [13] :
    - Prématuré avant le 37 SA
    - A terme entre 37 SA et 40 SA et 4 jours

- Dépassement du terme entre 41 et 42 SA
- Grossesse prolongée à 42 SA et plus
- Caractères du liquide amniotique.
- Moment de la décision opératoire [14] :
  - Décision prise au cours de la CPN ( césarienne programmée) .
  - Césarienne décidée en salle de travail (rôle important de monitoring cardiotocographique ).
- Classification des indications de la césarienne selon Thoulon [17].
- Les morbidités et mortalités foeto-maternelles de la césarienne.

### **Quelques observations :**

- l'anesthésie est presque toujours loco-régionale
- l'incision de choix est de Mouchel dont les avantages sont sa rapidité, une bonne exposition de tout le petit bassin permettant ainsi l'extraction fœtale très rapide mais également l'exploration et la maîtrise d'une hémorragie du post partum.
- l'hystérotomie est toujours segmentaire basse transversale
- le péritoine est fermé par surjet
- la réparation musculaire dans l'incision de Mouchel se fait par suture des aponévroses transversales des plans musculaire et aponévrotique selon le procédé « far and near ». Le taux d'éventration post-opératoire est alors voisin de 1/1000. Même si la suture musculaire est conseillée, le simple effondrement des berges aponévrotiques assurerait la reconstitution du muscle sous jacent. La fermeture pariétale se fait par surjet intra-dermique par du fil résorbable pour le côté esthétique.

## **2- Résultats**

### 2.1- Aspects épidémiologiques

2.1.1- Fréquences des accouchements par césarienne  
256 cas parmi les 1.420 accouchements recensés, soit 18,02 %.

### 2.1.2- Ages des césarisées

Les patientes opérées de césarienne ont entre 15 ans et 44 ans avec une moyenne de 30,57 ans. Nous allons voir sa répartition sur une tranche d'âge de cinq ans.

Tableau VIII : Césarienne en fonction de l'âge

Age	Nombre	Pourcentage
15 - 19	10	3,93
20 - 24	31	12,10
25 - 29	65	25,39
30- 34	84	32,81
35 -40	51	19,92
Plus de 41	15	5,85
Total	256	100

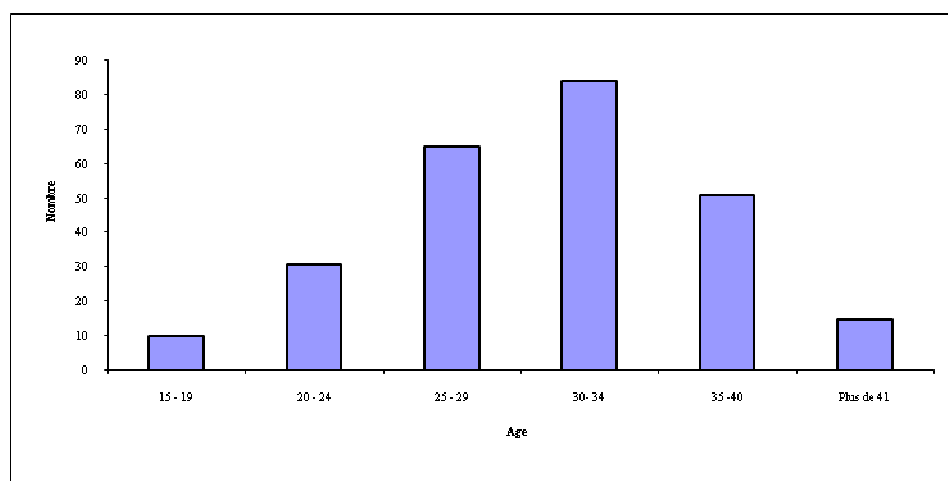


Figure 18 : CESARIENNE EN FONCTION DE L'AGE

## 2.1.3- Parité

Tableau IX : Césarienne en fonction de la parité

Parité	Nombre	Pourcentage
Primipare	116	45,31
Paucipare	111	43,35
Multipare	16	6,25
Grande multipare	8	3,125
Non mentionnés	5	1,95

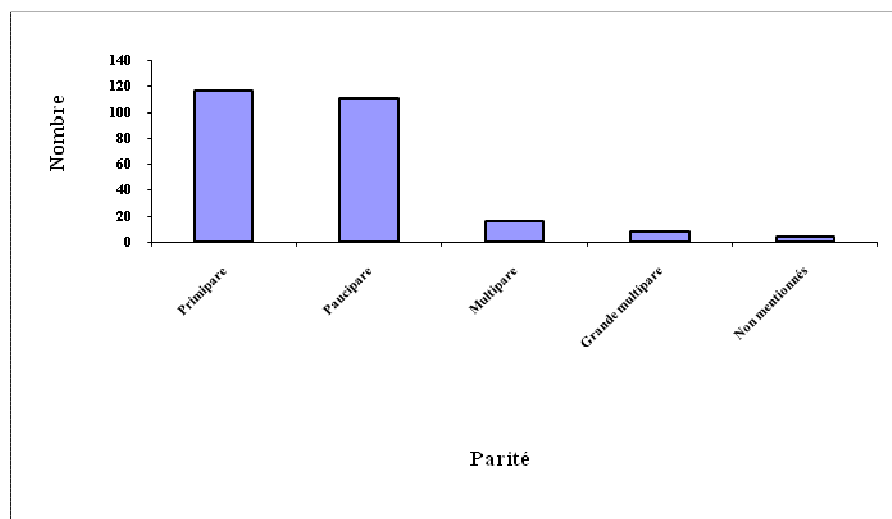


Figure 19 : CESARIENNE EN FONCTION DE LA PARITE



## 2.1.4- Situation matrimoniale

Tableau X : Répartition des césariennes suivant la situation matrimoniale

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Effectifs des césariennes</b>	<b>Pourcentage</b>
Mariée légitime	175	68,35
Mariée illégitime	56	21,87
Non mentionnés	25	9,76

## 2.1.5- Conditions socioculturelles

Les parturientes sont de niveau socioculturel assez élevé.

## 2.1.6- Modes d'admission

Tableau XI : Le mode d'admission des patientes

<b>Mode d'admission</b>	<b>Effectifs des césariennes</b>	<b>Pourcentage</b>
Référées	11	4,29
Auto référées	241	94,14
Non mentionnés	4	1,56

Tableau XII : Césariennes et évacuées césarisées

<b>Nombre de césariennes</b>	<b>Nombre des évacuées césarisées</b>	<b>Pourcentage</b>
256	11	4,29

## 2.1.7- Primocésariennes et césariennes itératives

- Primocésariennes : 83 cas, soit 71,48 % .
- Césariennes itératives : 67 cas, soit 26,17 %.
- Non mentionnés : 6 cas, soit 2,34 %.

## 2.1.8- Consultations prénatales

**2.1.8.1- Le lieu où s'effectue la CPN**

- Pavillon Sainte Fleur : 218 CPN, soit 85,15 % .
- Ailleurs : 34 cas, soit 13,28 % .
- Non mentionnés : 4 cas, soit 1,56 %.

**2.1.8.2- L'accouchement antérieur des césarisées**Tableau XIII : Les accouchements antérieurs des césarisées

<b>Type d'accouchement</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Voie basse	71	27,73
Césarienne	53	20,70
Voie basse et césarienne (mixte)	14	5,46
Néant	112	43,75
Non mentionnés	6	2,34

### 2.1.8.3- Les motifs des césariennes antérieures

**Tableau XIV : Les différents motifs des césariennes antérieures**

Motifs	Nombre	Pourcentage
Dystocies osseuses	19	28,35
Disproportion foeto-pelvienne	1	1,49
Présentation siège chez primipare	3	4,47
Prééclampsie et toxémie gravidique	1	1,49
Présentations vicieuses	3	4,47
Utérus cicatriciel	1	1,49
Mort in utéro	8	11,94
Enfant précieux	1	1,49
Non mentionnés	30	44,77

### 2.1.8.4- Le bassin maternel

Tableau XV : Bassin maternel

<b>Bassin</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Normal	207	80,85
Limite	15	5,85
Bassin rétréci :		
. généralement rétréci	19	7,42
. aplati	1	0,39
Asymétrique	5	1,95
Vicié	5	1,95
Non mentionnés	4	1,56

### 2.1.9- Age de la grossesse

Tableau XVI : Age de la grossesse

<b>Age</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Avant 37 SA	7	2,73
37-40 SA et 4 jours	237	92,57
41-42 SA	6	2,34
42 SA et plus	2	0,78
Non mentionnés	4	1,56

## 2.1.10- Caractères du liquide amniotique

Tableau XVII : Les caractères du liquide amniotique

<b>Liquide amniotique</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Clair	201	78,51
Teinté	43	16,79
Méconial	8	3,125
En purée de pois	0	0
Non mentionnés	4	1,56

## 2.1.11- Moment de la décision opératoire

- Césariennes programmées : 19 cas, soit 7,42 %.
- Césariennes en salle de travail : 233 cas, soit 91,01 % .
- Non mentionnés : 4 cas, soit 1,56 %.

2.2- Classification des indications de la césarienne

Tableau XVIII : Tableau récapitulatif des indications de la césarienne

<b>Indications</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
Indications associées	73	28,51
Obstacles	62	24,21
Dystocie dynamique	42	16,40
Détresse fœtale	33	12,89
Présentation anormale	20	7,81
Grossesse précieuse	9	3,51

Pathologie maternelle	6	2,34
Prérupture & rupture utérine	4	1,56
Ruptures prématurées des membranes	2	0,78
LST	1	0,39
Non mentionnés	4	1,56

### 2.3- Les suites opératoires

2.3.1- Mortalité maternelle après césarienne : 2 cas, soit

0,78 %

Les causes de décès sont les ruptures utérines survenant chez les patientes référées.

Tableau XIX : Mortalité maternelle après césarienne

<b>Nombre de césariennes</b>	<b>Femmes décédées par OC</b>	<b>Pourcentage</b>
256	2	0,78

2.3.2- Morbidité maternelle : 3 cas, soit 1,17 %

Les complications observées sont :

- 1 cas d'hyperthermie.
- 1 cas de rejet de fil .
- 1 cas de péritonite post-opératoire par lâchage de suture.

**Tableau XX** : Tableau récapitulatif des suites opératoires des césarisées

Suites opératoires	Nombre	Pourcentage (%)
Simple	247	96,48
Complications post-opératoires		
- Hyperthermie	1	
- Péritonite post-opératoire par lâchage des sutures	1	1,17
- Rejet de fil	1	
Décès maternel	2	0,78
Non mentionnés	4	1,56

2.3.3- Mortalité périnatale : 9 cas, soit 3,51 % dont :

- 4 cas de mort in utéro .

- 5 cas de mort nés.

**Tableau XXI** : Tableau récapitulatif de la mortalité et morbidité périnatales

Nombre de césariennes	Mortalité périnatale		Césariennes et mort in utéro		Césariennes et mort nés	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
256	9	3,51	4	1,56	5	1,95

2.3.4- Morbidité périnatale : 1 cas, soit 0,39 % représenté par une fracture du fémur pour présentation du siège.

### 3- Commentaires et suggestions

#### 3-1- Commentaires

Tableau XXII : Incidences des césariennes dans les pays en voie de développement

<b>Pays</b>	<b>Années</b>	<b>Taux ( % )</b>	<b>Références</b>
Burkina Faso ( Dobo Dioulasso)	1995	13,90	25
Guinée (CHU Conakry)	1994 – 1995	17,50	26
Tunisie ( HMPIT – Klouz )	1993 – 1995	18,90	-
Sénégal ( CHU Dakar )	1992	13,20	27
Bénin (Fourn )	1988 - 1989	7,60	-

Tableau XXIII : Incidences des césariennes dans les pays développés

<b>Auteurs</b>	<b>Pays</b>	<b>Années</b>	<b>Taux ( % )</b>
Sperling	Dänemark	1987	24,40
Notzon	USA	1990	24
Macara	USA	1991	16,30
Frydman	France	1998	17,50

Tableau XXIV : Incidences des césariennes selon les auteurs malgaches

<b>Auteurs</b>	<b>Années</b>	<b>Accouchements ( Nombre )</b>	<b>Taux ( % )</b>	<b>Références</b>
Kapisy	1977 - 1978	12.803	3,80	28
Rajary	1986 – 1988	1.428	10,70	29
Rabarijaona	1991 – 1992	3.549	2,60	30
Rakotondramanitra	1990 – 1993	33.892	4,10	31



Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'expérience montre que dans une population donnée, 5 % de tous les accouchements doivent avoir lieu par césarienne si l'on veut éviter pathologie, décès maternels et infantiles. Elle propose une limite supérieure de 15 % [32]. Selon Picaud, un taux de césarienne de 20 à 40 % est nécessaire pour obtenir une mortalité corrigée à nulle. Dommergues et Al [33] affirment qu'il n'y a pas d'unanimité sur le taux de césarienne qui serait le témoin d'une bonne pratique obstétricale. Pour notre série, nous avons 18,02 % d'opérations césariennes parmi les 1.420 accouchements. Ce taux est supérieur à celui proposé par l'OMS et à ceux publiés par de nombreux auteurs africains et certains auteurs européens mais comparable à ceux observés dans les pays développés. Plusieurs facteurs sont à l'origine de l'augmentation du taux de césarienne notamment :

- La diminution du nombre de grossesses pour chaque femme, grâce à la planification familiale, leur donne un caractère précieux. Le moindre accident ou incident menace d'attaques médico-légales. Le médecin pose alors plus facilement l'indication de césarienne. Après un événement dramatique (dystocie des épaules, mort fœtale en cours de travail), on peut observer que le taux de césarienne de l'obstétricienne augmente de 37 % pour les 50 accouchements suivants[40].

- La banalisation de cette intervention chirurgicale due à l'amélioration de la technique opératoire, de l'asepsie, l'antibiothérapie, l'anesthésie et la transfusion sanguine, lesquelles permettent d'obtenir une bonne sécurité pour la mère et l'enfant.

- Le perfectionnement du monitoring fœtal au cours du travail, le meilleur dépistage et surveillance des grossesses à risque, et le recul des manœuvres instrumentales et des grandes extractions réputées traumatisantes et délabrantes pour la mère, tous ces facteurs impliquent souvent une préférence pour la césarienne par rapport à la voie basse.

- Les progrès de la réanimation néonatale autorisant l'extraction d'enfant hypotrophique et de prématuré avec de bonnes chances de survie sans séquelles neurologiques.

- L'amélioration du niveau socio-économique, ce qui explique que l'augmentation de la fréquence des césariennes est souvent plus importante dans les pays développés que dans les pays en voie de développement dont l'équipement sanitaire est limité.

Par ailleurs, cette augmentation de la fréquence des césariennes est due à la lutte contre la mortalité périnatale qui s'est améliorée. Mais la césarienne n'est pas le seul facteur de cette réduction de la mortalité périnatale puisqu'elle continue à décroître malgré une stabilisation voire une baisse du taux de césarienne.

Dans la littérature, la majorité des césarisées sont des femmes ayant moins de 20 ans en rapport avec l'existence d'une dystocie osseuse vraie ou une immaturité du bassin due au jeune âge des parturientes [25,26]. Dans notre série, dans la majorité des cas, elles ont entre 30 et 34 ans. Les âges extrêmes sont de 15 à 44 ans avec une moyenne de 30,57 ans. La césarienne est en rapport avec les antécédents obstétricaux et certaines pathologies gravidiques où l'âge est un facteur favorisant.

Les primipares (45,70 %) et les paucipares (43,35 %) ont été les plus nombreuses. Les paucipares avec utérus cicatriciel sont fréquemment opérées pour utérus cicatriciel ou dystocie dynamique. Contrairement à ces résultats, certains auteurs malgaches et africains [30,31,34,35] ont enregistré des taux de césarienne plus élevés chez les multipares qui seraient dus au niveau d'éducation bas qui entraîne une grande multiparité et des mariages précoces à l'origine des grossesses à risques chez une mère polycarencée et non assidue aux consultations prénatales [34].

Le rapport entre âge et parité (tableau XXV) nous montre que les femmes mûres avec une faible parité ont bénéficié de l'opération césarienne. Elles sont exposées aux diverses pathologies obstétricales et ont déjà eu de sérieux passés obstétricaux (avortement à répétition, mort in utéro, opération césarienne antérieure...).

Les autoréférées ( 94,14 % ), qui ont espéré accoucher par voie basse, sont opérées soit pour une opération césarienne programmée soit pour une pathologie du travail (dystocie dynamique, souffrance fœtale) ou pour une éclampsie – néphropathie gravidique. Les parturientes référées ( 4,29 % ) par d'autres formations sanitaires sont souvent césarisées d'emblée en urgence à l'admission. Elles ont été adressées pour une opération césarienne.

Tableau XXV : Age et parité des patientes césarisées

<b>Age</b>	<b>15-19 ans</b>	<b>20-24 ans</b>	<b>25-29 ans</b>	<b>30-34 ans</b>	<b>35-40 ans</b>	<b>41 et plus</b>
<b>Parité</b>						
Primipare	9	26	35	33	10	3
Paucipare	1	5	29	46	23	7
Multipare	0	0	1	2	9	4
Grande	0	0	0	2	5	1

multipare						
Non mentionnés	0	0	0	1	4	0

85,15 % des consultations prénatales ont été pratiquées au Pavillon Sainte Fleur et ont bénéficié d'un nombre de consultations prénatales entre 1 et 12. Les autres ont été admises à la maternité pour une césarienne d'urgence ou simplement suite à un accouchement par voie basse qui s'est mal passé pendant le travail. Généralement, elles n'ont pas été suivies par d'autres formations sanitaires. Ce taux de 85,15 % pourrait être le reflet de la qualité des CPN et de la prise en charge au cours du travail dans le service. La consultation prénatale au pavillon Sainte Fleur se fait en raison d'une fois par mois avant le 37 SA puis une fois par semaine jusqu' à l'accouchement. Ce suivi prénatal a aussi permis d'enquêter sur l'accouchement antérieur des césarisées et les motifs des césariennes antérieures. 71,48 % de nos césarisées sont des primocésarisées ; 26,17 % ont déjà été césarisées. Parmi les motifs de ces césariennes antérieures prédominent les dystocies osseuses , la mort in utéro , les présentations dystociques, présentation du siège chez les primipares . Enfin, pour l'étude du bassin maternel, 80,85 % de nos césarisées ont eu des bassins normaux. L'exploration de base était le toucher mensurateur qui consiste à mesurer le conjugué vrai (diamètre promonto-rétropubien) à partir du conjugué diagonal qui est la distance du bord inférieur de la symphyse pubienne au point le plus saillant du promontoire. La longueur normale est en moyenne de 12,5 à 13 cm [9] et on retranche 1,5 à 2 cm. 5,85 % ont des bassins limites. Le diagnostic est confirmé par la radiopelvimétrie avec indice de Magnin (somme des diamètres promonto-rétropubien et transverse médian) autour de 22. Le bassin rétréci est défini comme « un bassin dont le squelette osseux est modifié à tel point que lorsqu'il es traversé par un enfant à terme surtout par sa tête, des obstacles et des difficultés de caractère mécanique sont rencontrés » [9]. Ce type de bassin représente 7,81 % des cas. Le diagnostic a été fait par le toucher mensurateur . Pour le bassin asymétrique, on l'apprécie cliniquement par l'étude du losange de Michaelis et la boiterie caractéristique des parturientes [9]. La mesure des bassins par la pelvimétrie est très intéressante et permet de suspecter les différentes malformations du bassin. Mais cette méthode d'exploration n'est pas mentionnée dans les dossiers des patientes.

92,57 % des opérations césariennes sont réalisées à terme, soit programmées au courant de 39<sup>ème</sup> SA, soit une grossesse à terme qui présente une difficulté pendant le travail.

L'étude du liquide amniotique apporte de renseignements plus précis et plus précoces sur l'état du fœtus in utéro [1]. La qualité de ce liquide amniotique permet d'évaluer le degré

de souffrance fœtale soit avant la pratique de l'opération césarienne soit pendant l'intervention chirurgicale. Le liquide amniotique est clair dans 78,51 % des cas de notre série.

<b>Auteurs</b>	<b>Pays</b>	<b>Taux (%)</b>	<b>Références</b>
Diallo	Guinée	71,89	26
Dao	Burkina Faso	24,71	25
Dommergues & Al	France	34	33
Rakotondramanitra	Madagascar	12,4	31
Ali	Ethiopie	20	38
Cisse	Sénégal	10	39

91,01 % des opérations césariennes sont décidées en salle de travail car en dehors des urgences chez les femmes référées au cours du travail, certaines pathologies obstétricales comme la dystocie dynamique, la souffrance fœtale aiguë, le syndrome de prérupture ainsi que la néphropathie, éclampsie ne sont diagnostiquées que pendant le travail. On note cependant une tendance au recours à la césarienne au lieu d'utiliser les arsenaux des techniques et manœuvres obstétricales (épreuve du travail, forceps, ...) qui peuvent aider à l'accouchement par voie basse.

Le taux de mortalité maternelle est difficile à évaluer car la césarienne est fréquemment induite par des problèmes de santé des femmes [40]. Mais elle tue 3 à 30 fois plus que l'accouchement normal selon Minkoff [36], le risque est multiplié par 5 à 7 par rapport à la voie basse selon Pierre Velay [37]. Dans notre série, l'on note 2 décès, soit 0,78 % survenant chez 2 patientes référées pour rupture utérine. Ce taux est faible et est comparable à celui des pays développés.

Tableau XXVI: Taux de morbidité maternelle après opération césarienne selon les auteurs

**Tableau XXVII** : Tableau comparatif de la mortalité maternelle

<b>Pays</b>	<b>Fréquence ( % )</b>	<b>Références</b>
Libreville – Gabon	1,3	39
N'Jamena	7,7	13
Ghana ( Hôpital rural )	6	13
Zaïre ( Tribangue et Al )	3,2	13
France ( LH Louis Mournier )	0,0	41
Angleterre	0,1	42
USA	3,2	43

La morbidité maternelle est encore plus difficile à évaluer puisque la définition même de la morbidité est très imparfaite [40]. On l'estime pourtant entre 9 et 15% dont les plus fréquentes sont les infections pariétales et urinaires, les endométrioses. Ces problèmes sont moindres pour les opérations césariennes programmées. Le nôtre est de 1,17 % et est représenté par un cas d'hyperthermie, un cas de péritonite post-opératoire et un cas de rejet de fil. Ce taux est parmi les plus faibles. Selon Minkoff – Henry et Shwartz [36], les interventions en urgence et la diminution du pouvoir bactéricide du liquide amniotique sont les facteurs favorisant des infections. L'évolution est favorable après soins locaux et antibiothérapie adaptée. La morbidité psychosociale n'a pas été évaluée.

Du côté fœtal, le taux de mortalité périnatale est de 3,51 %, soit 9 cas dont 4 mort in utéro et 5 mort-nés. Cela est dû à un manque ou à une mauvaise prise en charge pendant la grossesse et/ou pendant le travail. Ce chiffre est faible et est comparable à celui des pays développés qui est de l'ordre de 2 à 3 % [14,44,45] et largement inférieur à celui des pays sous développés et d'autres formations sanitaires locales. Les facteurs de mortalité fœtale sont dominés par la présence d'une pathologie hypertensive mal contrôlée chez la mère responsable d'une hypoperfusion placentaire, une hypoxie et donc une souffrance fœtale.

Tableau XXVIII : Taux de mortalité périnatale selon les auteurs

<b>Auteurs</b>	<b>Taux ( % )</b>	<b>Références</b>
Cisse	2 à 3	39
Thoulon	3,5	8
Rouchy	3,08	46
Rakotondramanitra	8,6	31
Rakotoarisoa	6,64	47

Notre taux de morbidité fœtale est également très bas car il ne représente que 0,39 % par fracture de fémur pour présentation du siège.

Concernant les indications de la césarienne, elles sont actuellement très larges et intéressent pratiquement toute la pathologie obstétricale [48].

- **Césarienne pour indications associées : 28,51 %**

On dit que les indications sont associées quand on est en présence de deux ou plusieurs indications en même temps pour une patiente. Des auteurs [14] estiment que dans 50 à 70 % des cas, la césarienne est indiquée du fait des indications multiples. Certains [49] affirment que la plupart des indications associent plusieurs motifs, mais pour des raisons de simplification, ils n'ont retenu que les motifs les plus déterminants. Dans notre série, cette indication associée occupe la première place des indications avec un taux de 28,51 % qui se répartit en :

Tableau XXIX : Opérations césariennes pour indications associées

<b>Indications</b>	<b>Programmées</b>	<b>Au cours du travail</b>
<b>Utérus cicatriciel + :</b>		
- Grossesse prolongée	1	3
- Grossesse précieuse	1	-

Indications	Programmées	Au cours du travail
- BGR + Souffrance fœtale	-	2
- Souffrance fœtale	-	2
- HTA	1	1
- HTA + Oligoamnios	1	-
- Bassin vicié	1	1
- Bassin rétréci	2	5
- Bassin limite	1	2
- Bassin aplati	1	-
- Placenta praevia	-	3
- Grossesse précieuse + RPM	-	1
- Présentation siège	-	2
- Présentation transverse	-	1
- PER précoce	-	2
- Macrosomie fœtale	-	2
- Antécédents MIU	-	1
- Antécédents MIU + disproportion foeto-pelvienne	-	1
- Dystocie mécanique	-	1
- Prérupture + placenta praevia	-	1
<b>Bassin limite + grossesse prolongée</b>	1	-
<b>Bassin limite + SF</b>	-	2
<b>Présentation :</b>		
- Siège + Antécédents mort né	-	1
- Siège + HTA	-	1

<b>Indications</b>	<b>Programmées</b>	<b>Au cours du travail</b>
- Siège + RPM	-	1
- Siège + dépassement terme	-	1
- Siège + bassin limite	-	3
- Bregma + SF	-	1
- Transverse + PP	-	2
- Transverse + SF	-	1
- Transverse + RPM	-	2
<b>Utérus polomyomateux + SF</b>	-	1
<b>PP + MIU</b>	-	1
<b>Gros bébé + HTA</b>	-	1
<b>SF + HTA</b>	-	1
<b>Diabète + cardiopathie</b>	1	-
<b>Disproportion foeto-pelvienne + SF</b>	-	1
<b>HRP + SF</b>	-	1
<b>Grossesse gémellaire + SF</b>	-	1
<b>Grossesse précieuse + HTA</b>	-	2
<b>Grossesse précieuse + présentation du siège</b>	-	1
<b>Toxémie gravidique + SF</b>	-	2

**- Césarienne pour contourner un obstacle : 24,21 %**

Elle occupe la seconde place des indications avec un taux de 24,21 % et se répartit en :

\* Dystocie osseuse : 9,76 %

La césarienne est indiquée car le rétrécissement pelvien est majeur ou



l'enfant gros et l'accouchement par les voies naturelles est exclu [14]. La césarienne est fréquemment programmée. Par défaut ou insuffisance de CPN, tous nos cas sont pris au cours du travail. Nous avons inventorié 9,76 % de dystocie osseuse. D'après le tableau, le nôtre est proche de celui de Picaud ( 10,90 % ).

Tableau XXX : Taux de dystocie osseuse selon les auteurs

<b>Auteurs</b>	<b>Années</b>	<b>Taux ( % )</b>	<b>Références</b>
Rakotovao	1977	18,8	74
Picaud	1990	10,9	35
Rabarijaona	1991 - 1992	28,57	30
Rakotondramanitra	1990 – 1993	12,7	31
Dao B.	1995	31,20	25
Rabemanana	1999	6,31	24

Pour Dao, les principales causes sont la dystocie osseuse provenant de la malnutrition protéino-calcique maternelle pendant l'enfance et les séquelles de poliomyélite. Pour notre série, les bassins rétrécis (indice de Magnin proche de 20,2 ) sont les plus fréquents. On peut les expliquer par la petite taille des patientes. Ce sont des indications stables [50] vues leurs complications redoutables tels l'hématome rétroplacentaire, la rupture utérine et les séquelles neurologiques pour l'enfant. Devant une suspicion de dystocie osseuse une radio pelvimétrie est indiquée.

\* Disproportion foeto-pelvienne et gros bébés : 7,80 %

C'est une dystocie secondaire à un excès de volume fœtal sur un bassin normal. L'absence de l'engagement de la présentation du fait de l'excès de volume fœtal rend l'accouchement par voie basse impossible. Son taux est très varié suivant les auteurs [30,31,35]. Les grossesses précoces peuvent influencer la survenue de disproportion foeto-pelvienne. Selon Maillet [49], il est difficile de parler de disproportion quand il n'y a pas d'épreuve de travail. Dans notre étude, la décision d'opérer est prise en présence d'un diamètre bi pariétal supérieur à 95 mm et à l'examen échographique du 9<sup>ème</sup> mois. De même, un examen clinique au cours du travail nous renseigne sur une hauteur utérine exagérée pour

une grossesse unique à terme, le non-engagement de la présentation à la dilatation complète du col ou la formation d'une énorme bosse sérosanguine témoin de la mauvaise accommodation.

\* Placenta Praevia (PP) : 5,07 %

Il reste encore une cause de mortalité maternelle (2 à 6%) péripartum [52] mais aussi de la mortalité fœtale périnatale ( 8 % ) [14]. La gravité de cette pathologie est appréciée par l'importance des métrorragies, de la topographie du placenta et du degré d'atteinte fœtale surtout la prématurité. Les 13 cas de placenta praevia dans notre étude sont réalisés en urgence. Les patientes sont admises dans le service pour des hémorragies génitales importantes. Le placenta praevia est fréquent chez les multipares à cause de la sénescence de la muqueuse utérine ( un des facteurs favorisants ). Racinet [48] a trouvé un taux variable de 2 à 4 % dans ses travaux de recherche et Picaud [35] de 6,8 %. La fréquence d'opérations césariennes pour PP est de 5,15% dans notre série. L'étude de l'évolution des indications de l'opération césarienne a classé le PP comme une indication stable [50]. Quelquefois, la voie basse est possible après rupture précoce de la poche des eaux si le travail continue normalement et si l'hémorragie s'arrête pour certains cas de PP marginales [52].

\* Hématome rétroplacentaire : 0,39 %

Il est suspecté cliniquement devant les métrorragies noirâtres sur un utérus hypertonique. L'échographie confirme le diagnostic même dans les formes discrètes ou modérées et permet d'étudier le pronostic. Celui-ci est fonction du volume et de l'augmentation de l'hématome[52]. La césarienne sauve la vie maternelle par évacuation d'urgence de l'utérus. Notre taux rejoint celui retrouvé dans la littérature qui est de 0,5 à 1,5 % [48].

\* Grossesse gémellaire : 0,78 %

En absence de pathologie maternelle, fœtale ou annexielle, l'attitude dépend principalement du type de présentation des deux jumeaux [45,53,54]. L'étude de Kouam [55] a rendu compte de quatre cas d'opérations césariennes pour présentation transversale du 2<sup>ème</sup> jumeau après accouchement par voie basse du 1<sup>er</sup> jumeau puisque le gynécologue obstétricien n'est informé qu'après échec des versions par manœuvres externes entreprises par les médecins de garde ; La présentation est restée persistante dans tous les cas en dépit des versions par manœuvres internes effectuées par l'obstétricien qualifié. Dans notre série, deux cas ont nécessité une intervention chirurgicale.

\* Utérus polomyomateux : 0,39 %

Tableau XXXI : Césarienne pour contourner un obstacle

Indications	Nombre		Pourcentage ( % )
	Programmées	Urgences	
Dystocie osseuse	-	25	9,76
Disproportion foeto-pelvienne et gros bébés	-	20	7,80
Placenta praevia	-	13	5,07
Hématome rétroplacentaire	-	1	0,39
Grossesse gémellaire	-	2	0,78
Utérus polomyomateux	-	1	0,39
Total	-	62	24,21

- **Césarienne pour dystocie dynamique : 16,40 %**

La dystocie dynamique est une dystocie liée aux anomalies des contractions utérines. Le diagnostic est obtenu par enregistrement tocographique externe des contractions utérines. Elle peut être primitive ou secondaire à diverses affections ( HRP, hydramnios, obstacle praevia... ). Elle entraîne à la longue une souffrance fœtale aiguë. La césarienne est indiquée après échec du traitement médicamenteux.

\* Dystocie vraie : 7,42 %

Elle occupe la 3<sup>ème</sup> place des indications. Pour les lever, utiliser les cocktails suivants :

- ~ Oxytocine ( Syntocinon ) 5 UI
- ~ Bromure de N-Butyl Hyoscine ( Buscopan ) 2 ampoules
- ~ SGI 500 CC

Une assistance psychique intense pour encourager la patiente.

\* Utérus cicatriciel : 8,20 %

Le risque de désunion est l'élément essentiel du pronostic de la grossesse et l'accouchement chez les femmes porteuses d'une cicatrice utérine. Certains auteurs [56] ne sont pas pour la pratique d'une deuxième opération césarienne pour utérus cicatriciel en

dehors des indications permanentes ( dystocie osseuse ...), hystérotomie corporéale. L'évaluation de l'épreuve utérine a montré que 80 % des patientes accouchent par voie vaginale avec un taux de mortalité maternelle extrêmement faible [57]. La prise en charge des femmes présentant un utérus cicatriciel varie en fonction du pays et des formations sanitaires.

Tableau XXXII : Répartition du taux de césarienne pour utérus cicatriciel suivant les auteurs.

<b>Auteurs</b>	<b>Taux moyen ( % )</b>	<b>Références</b>
Conception	34	50
Rakotondramanitra	41	31
Haddad	32,5	60
Melchior	28,4	56
Rakotoarinesy	8,33	58
Leaby	7,50	59

Dans notre série, la cicatrice utérine est constituée d'une hystérotomie pour opération césarienne antérieure ou d'une myomectomie. La majorité de l'indication est une stagnation de la dilatation associée à la présence de la cicatrice utérine. Cette stagnation de la dilatation est actuellement résolue par la maturation cervicale par les prostaglandines [57]. Selon Zaninar [61], la césarienne itérative ne doit plus être systématique.

\* Grossesse prolongée : 0,78 %

Pour la grossesse dépassant le terme, le risque fœtal est accru. La sénescence du placenta entraîne une diminution du flux sanguin placentaire et des échanges gazeux et peut entraîner une souffrance fœtale et la mort utero du fœtus au cours du travail ou dans les premières heures de la vie [52]. Le déclenchement du travail essaie de limiter ce prolongement du terme. En cas d'échec, la césarienne doit être décidée. Notre taux est largement inférieur à ceux des autres travaux [50,62]. Cette différence peut s'expliquer par le fait que seulement les grossesses dépassant le terme ayant subi un échec de déclenchement du travail ont été opérées dans notre étude. Concernant l'évolution des indications des opérations

césariennes [50], l'échec de déclenchement a baissé de 2 %. Elle serait due à l'action bénéfique de l'anesthésie péridurale sur les dystocies cervicales.

Tableau XXXIII : Césarienne pour dystocie dynamique

Indications	Nombre		Pourcentage ( % )
	Programmées	Urgences	
Dystocie vraie	-	19	7,42
Cicatriciel	4	17	8,20
Grossesse prolongée	-	2	0,78
Total	4	38	16,40

**- Césarienne pour détresse fœtale ou souffrance fœtale aiguë : 12,89 %**

Dans notre série et selon la littérature, l'état de la souffrance fœtale aiguë peut être diagnostiqué par l'amnioscopie permettant d'apprécier la couleur du liquide amniotique (teinté ou méconiale, voire en purée de pois) et par l'accélération ou décélération du rythme cardiaque fœtal. Dans les pays développés [63], le diagnostic de la souffrance fœtale aiguë est fait par l'enregistrement cardiotocographique et par la mesure du pH fœtal au scalp (inférieur à 7,20). De ce fait, la césarienne est devenue plus fréquente : 28,4 % en 1990 quand la souffrance fœtale est isolée et de 37,2 % quand elle est associée à d'autres pathologies (dystocie cervicale ou dynamique, dysgravidie ...) [50]. Dans notre étude, la souffrance fœtale aiguë représente 12,89 % des cas. Elle est fréquente surtout pour les patientes référées. Dans notre étude, la souffrance fœtale aiguë est diagnostiquée par le monitoring (au début, pendant le travail et au moment de l'expulsion). La souffrance fœtale chronique est souvent associée à une pathologie gravidique maternelle (dysgravidie, anémie, ... ) [1,64]. Elle est presque nulle dans notre série. La décision d'extraction se pose quand il existe des signes d'hypoxie (accélération ou ralentissement du rythme cardiaque fœtal, émission de méconium associée ou non à une insuffisance de croissance) [50]. Plusieurs techniques sont actuellement disponibles [65,66] pour la surveillance fœtale au cours du travail afin d'éviter les décès

pendant le travail ou l'accouchement après souffrance fœtale aiguë. Le monitoring et la mesure du pH fœtal au scalp restent les plus fiables.

- **Opération césarienne pour présentations anormales : 7,81 %**

Les présentations vicieuses sont des présentations de la partie fœtale autre que celle du sommet fléchi au détroit supérieur. Elles peuvent être considérées comme des indications permanentes de la césarienne [50].

\* La présentation du siège qui est la présentation de l'extrémité pelvienne du fœtus au détroit supérieur. Les risques de complications (rétention de la tête dernière, traumatisme obstétrical, anoxie fœtale) justifient l'opération césarienne [1]. Dans notre série, la voie haute se fait en présence d'un excès de volume fœtal qui est diagnostiqué cliniquement par la mesure de la hauteur utérine ou la mesure du diamètre bipariétal à l'examen échographique du 9<sup>ème</sup> mois (supérieur à 95 mm). En dehors d'un excès de volume fœtal, d'autres facteurs peuvent amener à césariser les femmes pour présentation du siège : les primipares âgées, la grossesse dépassant le terme, la grossesse précieuse. Notre taux de 3,90 % est inférieur à celui de la littérature ( 8 à 15 % de la césarienne ) [48]. Actuellement des auteurs [65] préfèrent la césarienne programmée pour le siège en constatant l'augmentation significative du risque néonatal (mortalité, infirmité d'origine cérébrale) imputé à l'accouchement par voie naturelle chez les fœtus sains à terme. Elle appartient aux indications en hausse [50].

\* La présentation transversale dans notre série est de 1,95 %. Pour Dao [25], elle est la plus fréquente. Nos parturientes sont venues au cours du travail. Ceci montre l'insuffisance de la prise en charge obstétricale durant la grossesse. Pour certains, on peut tenter une version en début du travail si les membranes sont intactes. Selon l'étude d'Azoulay [50], elle est parmi les indications stables.

\* Présentation de la face : 1,17 %

L'accouchement par voie basse est possible mais la progression doit être particulièrement surveillée. La césarienne s'impose dès la moindre anomalie de la mécanique obstétricale comme l'absence de rotation en mentopubien. Certains réalisent d'emblée une césarienne comme pour le front [67].

\* Présentation du front : 0,78 %

C'est la plus dystocique des présentations céphaliques. La césarienne est indiquée.

Tableau XXXIV : Opération césarienne pour présentation anormale

Indications	Nombre	Pourcentage ( % )
Siège	10	3,90
Transversale	5	1,95
Face	3	1,17
Front	2	0,78
Total	20	7,81

**- Opération césarienne pour grossesse précieuse : 3,51 % ( 9 cas dont 3 programmés)**

Les grossesses précieuses sont souvent obtenues après une longue période de stérilité. Elle a pu être aussi précédée des complications interactives survenues au cours des grossesses antérieures ayant abouti à un échec tel que les avortements à répétition, les myomes utérins, l'hypertension artérielle [48,62]. Le taux est variable selon les études mais les raisons de la césarienne sont presque identiques. Les meilleures illustrations en sont dans notre série représentées par les primipares âgées et la grossesse survenue après une cure de stérilité. Un cas de grossesse a été obtenu après fécondation in vitro.

Tableau XXXV : Pourcentage des césariennes pour grossesse précieuse suivant les auteurs

Auteurs	Taux ( % )	Références
Andriamarojaona	18,18	68
Andrianaivo	20,8	69
Berlan	3,9	8

**- Opération césarienne pour pathologie maternelle : 2,34 %**

Elle représente 34 % des indications en dehors du travail avec une indication extrêmement variable [70].

\* HTA : cette indication est la première cause de mortalité périnatale et le

troisième cause de décès maternel. 1 à 5 % des hypertendues évoluent vers l'éclampsie [52]. La voie haute est entreprise quand l'HTA est mal contrôlée avec un retentissement sur la vitalité fœtale. La décision est prise soit au cours de la CPN s'il y a eu retard de croissance intra-utérin ou souffrance fœtale chronique, soit au cours du travail en présence des signes ci-dessus (HTA mal contrôlé, souffrance fœtale aiguë) lorsque la voie basse ne pourra pas extraire rapidement l'enfant. Nous avons inventorié 1,17 % d'opérations césariennes pour cette raison. Ce taux est très inférieur aux autres séries [48]. Les trois cas d'opérations césariennes en urgence peuvent s'expliquer par la présence d'HTA élevé non traité ou incontrôlable par des traitements anti-hypertenseurs corrects. La césarienne aurait dû être programmée avant le travail. En France [50], cette indication a baissé de façon significative et ne représente plus que 9 % des indications maternelles en 1990 pour 15 % en 1986. Cette baisse pourrait être expliquée par la meilleure prise en charge des parturientes durant les CPN : traitement anti-hypertenseur bien adapté, surveillance à la fois clinique (tension artérielle, œdème), biologiques (albuminurie, uricémie et créatinémie) et échographique [50].

\* Pour la crise éclamptique, c'est un accident paroxystique des toxémies gravidiques. En absence de traitement, la crise se répète avec un état de mal éclamptique menaçant la vie maternelle : asphyxie, défaillance cardiaque, œdème aigu du poumon, hémorragie cérébroméningée. Le pronostic fœtal est alors sombre [52]. L'évacuation utérine rapide constitue le véritable traitement de la crise et arrête l'agression fœtale [52]. L'accouchement est généralement obtenu par opération césarienne [49]. Elle est réalisée en urgence. Nous avons eu un cas d'opération césarienne avec un enfant mort in utero pour sauver la vie maternelle.

\* Cardiopathie, dyspnée : 0,78 %

Une césarienne prophylactique est rare d'autant qu'il s'agit d'une intervention dangereuse sur ce terrain. Lorsqu'une césarienne est décidée, elle est en règle motivée par une aggravation des conditions hémodynamiques maternelles en fin de grossesse ou en début de travail. Plus rarement, la surveillance étroite dépiste un retard de croissance pouvant conduire à l'extraction [71].

Tableau XXXVI : Opération césarienne pour pathologie maternelle

Indications	Nombre		Pourcentage (%)
	Programmées	Urgences	



HTA	-	3	1,17
Eclampsie	-	1	0,39
Cardiopathie	-	1	0,39
Dyspnée	-	1	0,39
Total	-	6	2,34

- **Opération césarienne pour prérupture et rupture utérine : 1,56 %**

La prérupture est reconnue devant une hypertonie utérine avec un mauvais relâchement entre les contractions, et apparition de douleurs segmentaires et/ou de saignements dans un contexte évocateur (utérus cicatriciel, stagnation du travail) tandis que la rupture utérine est appréciée par la présence des signes d'hémopéritoine et de choc hémorragique [13,14]. La prérupture peut aboutir à la rupture utérine qui est un drame brutal où l'enfant extériorisé hors de la cavité utérine meurt aussitôt. L'hémorragie interne maternelle va rapidement menacer la vie de la femme [48]. Elles représentent 1,56 % des cas dans notre série et sont responsables de tous les décès maternels. Ce sont les multipares qui en sont victimes. La décision de césarienne est prise après l'examen clinique. Elle impose une césarienne en urgence et la réparation de l'utérus est de règle sinon une hystérectomie en urgence sauve la patiente. Pour Diallo [26], les ruptures utérines ne devraient plus être une indication de l'opération césarienne, elles constituent la conséquence d'indications méconnues.

- **Opération césarienne pour Ligature Section des Trompes : 0,39 % ( 1 cas )**

Elle ne doit plus constituer une indication de l'opération césarienne sauf à la demande de la parturiente. Actuellement, la LST peut se faire sous anesthésie locale par mini laparotomie après le post partum immédiatement après ou dans les 48 heures de l'accouchement par voies naturelles. La cœlioscopie est aussi un choix avec anesthésie locale rachidienne ou générale [72,73].

- **Opération césarienne pour indication méconnue : 1,56 % ( 4 cas )**

Dans notre série, il y a 4 dossiers incomplets de parturientes césarisées. Cela nous empêche de déterminer avec exactitude le motif de la voie haute.

### **3-2- Suggestions**

D'après cette étude, nos suggestions se portent sur trois volets :

#### **- Santé publique**

- \* Renforcer la coopération étroite entre les formations sanitaires et les maternités.
- \* Programme d'I.E.C dans les formations sanitaires périphériques pour confier les grossesses à risque et les primipares aux obstétriciens du centre hospitalier au plus tard un mois avant la date prévue de l'accouchement en vue d'une meilleure prise en charge. Les décisions d'évacuation sanitaire devraient être prises à temps lorsqu'on a un doute sur l'issue de l'accouchement par voie basse.

- \* Formation continue du personnel : le but est de former des agents de la santé capables de pratiquer correctement des gestes obstétricaux essentiels et la remise à niveau des actualités obstétricales en matière de prise en charge de la grossesse normale et/ou à risque.

#### **- Obstétricale**

- \* Sensibiliser les médecins et sage-femmes pour la remise en question permanente de la justification des indications de la césarienne. On essaiera d'établir la définition claire des indications de la césarienne en cas d'utérus cicatriciel, dystocie dynamique et présentation du siège qui sont les cas les plus fréquents dans cette étude ;

- \* Former à la pratique à bon escient des instruments obstétricaux (ventouse, forceps, spatule).

#### **- Consultation prénatale : il faut :**

- \* Rappeler aux femmes enceintes l'importance des CPN .
- \* Préparer psychologiquement les parturientes au déroulement de l'accouchement, surtout chez les primipares .
- \* Rappeler l'importance d'une collaboration étroite entre sage-femmes et obstétriciens afin de dépister les éventuelles pathologies obstétricales ou non qui risquent d'entraver le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

## CONCLUSION

L'étude rétrospective des 256 dossiers de parturientes césarisées au Pavillon Sainte Fleur du 14 juillet 1999 au 31 janvier 2001 parmi les 1.420 accouchements a montré un taux de césarienne égal à 18,02 %. L'âge moyen des césarisées est de 30,57 ans avec prédominance des primipares.

Les indications de ces opérations césariennes sont :

- Indications associées : 28,51 %
- Obstacle : 24,21 %
- Dystocie dynamique : 16,40 %
- Détresse fœtale : 12,89 %
- Présentation anormale : 7,81 %
- Grossesse précieuse : 3,51 %
- Pathologie maternelle : 2,34 %
- Prérupture et rupture utérine : 1,56 %
- Rupture prématurée des membranes : 0,78 %
- LST : 0,39 %
- Méconnue : 1,56 %

Les suites opératoires maternelles sont simples dans 96,48 %. Les complications post-opératoires et les décès maternels ne représentent respectivement que 1,17 % et 0,78 %. Il en est de même pour la mortalité et la morbidité périnatales qui sont de 3,51 % et de 0,38 %.

Malgré donc un taux de césarienne élevé, les taux de mortalité et de morbidité materno-infantiles sont relativement faibles. Dans l'état actuel des choses et dans ce travail, la césarienne peut constituer un facteur de réduction de morbidité et de mortalité foeto-maternelle. Mais, elle reste un geste de chirurgie majeure et comporte donc des risques inhérents à toute intervention. Pour diminuer les indications, il faut insister sur l'importance des consultations prénatales et la formation continue des agents de la santé dans la prise en charge des femmes enceintes.

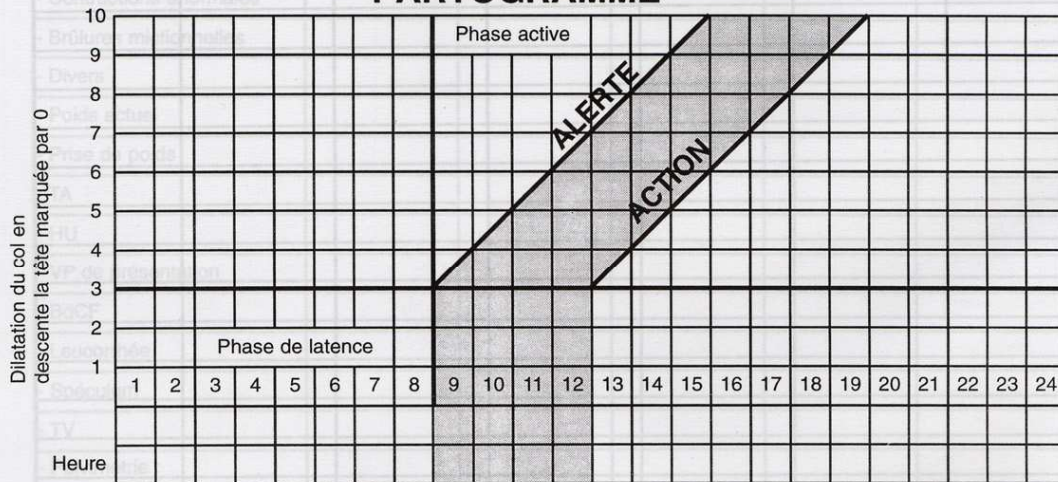
## **ANNEXE**

# TRAVAIL ET ACCOUCHEMENT

Nom :  
Prénoms :  
Date :  
Heure d' admission :

N° d' Accouchement :  
Age de la grossesse :  
Gestité :  
Parité :  
HU :

## PARTOGRAMME



PDE																									
LA																									
CU																									

### Pouls T° RCF

130	39	160																								
120	-5	150																								
110	38	140																								
100	-5	130																								
90	37	120																								
80	-5	110																								
70	36	100																								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

T.A	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
LIQUIDE																									
OXYTOCINE																									
Antispasmodique																									
Autres																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	

- Début de Poussée: ..... Durée d' expulsion : ..... Sexe : .....  
 - Fin de Poussée: ..... P.N : .....

AN  AD  VE  Gemellaire  Siège   
 Perinée : . intact  . déchiré  Suture   
 Hémorragie

## BIBLIOGRAPHIE

1. **Merger R., Lévy J., Melchior.** Précis d'obstétrique, Masson (Paris, New York, Milan) 1979. 5<sup>ème</sup> édition – 134 – 136.
2. **Mac Farlane A., Chamberlan G.** What is happening to cesarean section rate ?  
Lancet 342 : 1005, 1993.
3. **Barrat J.** « Historique de la césarienne. Son implication dans la conduite obstétricale actuelle. Rév., Fr. gynéc. Obstet., 1988, 4, 83, 225 – 229.
4. **Aguilar J.** : Les guides pratiques de la vie : Femme et Mère, 19 – 38.
5. **Kamina P.** : Base anatomique de la césarienne segmentaire – anatomica – clinica, 1988 ; 199 – 203.
6. **Schaal J.P., Riethmuller D., Martin A., Lemouel A., Quereux C. et Maillet R.**  
Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement : Encycl. Méd. (Elsevier, Paris) Obst, 5 – 049 – D.27. 1998, 2 – 5.
7. **Ramanarivosoa H.** Contribution à l'étude de la césarienne prophylactique à la Maternité de Befelatanana (1995 – 96). Thèse Méd. Antananarivo, 1998, N° 4774.
8. **Thoulon J.** Les césariennes Encycl. Méd. Chir., Paris, 1979, Fasc 5102, A10, 10.
9. **Bodiagina V.** : Précis d'obstétrique Ed., Moscou, 1978, 50 – 51, 331.
10. **Tourris H, Henrion R – Delecour M.** Gynécologie et obstétrique. Masson Paris Milan Barcelone 1994, 6<sup>ème</sup> édition.
11. **Rafenoarisoa.** Contribution à l'étude de placenta praevia à Madagascar à propos de 75 cas. Thèse Méd. Madagascar 1980, N° 105.

12. **Chevalier R., Treisser A. et Favreau J.J.** Surveillance de la grossesse normale :  
Encycl. Méd. Chir. Obstét. 1996, 5007 – M – 10. 1 – 7.
13. **Thoulon M., Puech F., Boog G.** Obstétrique Ellipse Aupelf/Uref 154 – 156.
14. **Lansac J.** Pratique de l'accouchement. Paris Ed. 1988, 281 – 293.
15. **Dommergues et Madelenat.** Césarienne, technique, indications, complications.  
Revue du praticien 1981, XXXV, 23, 21 – 37.
16. **Danfort M. D.** Cesarean section. Jama. 1986, 10, 153, 811 – 818.
17. **Thoulon J.M., Randrant D.** Technique chirurgicale uro-gynécologie. Encycl. Méd.  
Chir. Obstét. Paris 1980. 3,1 – 41900 – 21 – 41900.
18. **Liondas :** Anesthésie générale pour césarienne : mythes et réalités. Annales  
françaises d'anesthésie et réanimation, 1985 ; 4,3 : 685 – 690.
19. **Nahas G., Sureau C., Viars P., Vourch H.** Anesthésie et analgésie obstétricales.  
Rapport du XXII ème Congrès National d'Anesthésie et Réanimation. Ed. Annette,  
Paris, 1972.
20. **Kamuma M., Van Degeza J.C., Ferre J.** Les infections dans les suites opératoires  
des césariennes. Etudes comparatives suivant les antibiotiques employées dans les  
deux maternités de Centre Afrique. Rev. Fr. Gynec. Obstét. Paris, 1989, J, 84, 401.
21. **Dunn LJ.** Cesarean section and other distetric operations. In Danforth ON (ed)  
obstetrics and gynecology, ed. 4, Philadelphia, Harper Row Publishers Inc. 1982, 777.
22. **Fintz B.** Quelques considérations sur les indications de césarienne. Thèse médicale  
Strasbourg, 1962, N° 35.
23. **Erny R., Gamberre M., Martin A.** Complications des césariennes. MAJ en Gynéc.  
Obstét. Paris, Vigot, 1981, 195 – 208.

24. **Rabemanana P.** : Césariennes obligatoires. Etude des cas au CHU Maternité de Befelatanana en 1998. Thèse Méd. Antananarivo, 1999 N° 5223.
25. **Dao B., Toure, Bambara M., Yara J.P., Koalaga A.P. et Bazie A.J.** Indications et suites opératoires de la césarienne en milieu africain. L'expérience de la maternité du centre hospitalier national Sourou Sanou de Bodo Dioulasso au Burkina Faso : Louvaine. Méd. 117 ; 96 – 101, 1998.
26. **Diallo F.B., Diallo M.S., Bangoura S., Diallo A.B., Camara Y.** Césarienne facteur de réduction de morbidité et de mortalité foeto-maternelles au Centre Hospitalier Université Ignace Deen de Conakry ( Guinée ) Méd. D'Afrique Noire 1998, 45 ( 6 ) 360 – 364.
27. **Bouillin D., Fournier G., Gueye A., Diadhiou F., Cisse C.T.** Surveillance épidémiologique et couverture chirurgicale des dystocies obstétricales au Sénégal. Cahiers santé 4 : 1994, 399 – 406.
28. **Kapisy J.F., Ravelonjanahary, Ramonja J.M.** A propos de 495 opérations césariennes, Annales de l'Université de Madagascar ( 1977 – 1978 ), 22 – 23, 78 – 82.
29. **Rajary F.A.** Les indications de la césarienne à la Maternité de l'HJRA du 22 février 1986 au 22 février 1988. Thèse Méd. Antananarivo 1998, N° 1415.
30. **Rabarijaona N.** Contribution à l'étude des indications de la césarienne à l'HMC Antsirabe ( 1991 – 1992 ). Thèse Méd. Antananarivo 1993, N° 2924.
31. **Rakotondramanitra.** Réflexion sur les indications des césariennes à la Maternité de Befelatanana de 1990 à 1993. Thèse Méd. Antananarivo 1995, N° 3928.
32. **UNICEF / OMS / FNUAP.** Guidelines for monitoring availability and use of obstetric services, Octobre 1997.
33. **Dommergues M., Madelenat T.P.** Césarienne: Technique indications et complications. Rev. Prat. 35, 1343 – 1362, 1985.



34. **Rakotoelison E.** Réflexion sur les indications de la césarienne au CHD Tsiroanomandidy de 1994 à 1996. Thèse Méd. Antananarivo N° 4792.
35. **Picaud D., Nlomenzea R., Kouvahe V., Faye A., ONDO – MVE.** Les indications des césariennes et leur évolution au centre hospitalier de Libreville. Rev. Franc. Gynéc. Obstét. 1990, 85, 6, 393 – 398.
36. **Minkoff H.L., Schwards R.H.** The rising cesarean section rate can it be safely be reserved. American Journal of Obstet. Gynec. 1980, 56, 135 – 143.
37. **Pierre Velay.** Pourquoi autant de césariennes ? Vie Méd. 1982, 7, 26 – 30.
38. **Ali Y.** Analysis of cesarean delivery in Jimma Hospital, South western Ethiopia East Afr. Med. J. 72, 1 : 60 – 63, 1995.
39. **Cisse C.T., Andriamady C., Fayen O., Diouf A., Bouillin D., Diadhiou F.** Indications et pronostics de l'opération césarienne au CHU de Dakar J., Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 24, 194 – 197. Masson, Paris 1995.
40. **E. Hillan.** The aftermath of cesarean delivery. MIDwives information and Resource Service ( MIDIRS ), vol. 10, no. 1, p. 70 – 72, mars 2000.
41. **Ciraru Vignerot, Guyen Tan Lung, Elhaik S., Barrier S.** Evolution des indications de césariennes, comparaison entre 1971 – 1976 et 1976 – 1979 à la Maternité de l'Hôpital Louis Mouvrier. Revue de la littérature. Journal Gynéc. Obstét. 1985, 14, 375 – 384.
42. **Baille M.F., Grandjean H, Arnaud C, Lesourd F.** « Evolution des taux de césarienne au CHU de Toulouse de 1983 à 1993 ». Journal Gynec. – Obstet., reprod. 1995, 24, 763, 771.
43. **Garel N., Lelong N., Marchand, Kaminski M.** Conséquences maternelles de l'accouchement par césarienne. Résultat du suivi à 4 ans. Journal Gynéc. Obstét. Bio. Reprod. 1990, 19, 83 – 89.

44. **De Grandi P., Kaser O.** Les opérations césariennes in Vokaer R ; Ed. Traité d'obstétrique Paris, Masson, 1985, 665 – 688.
45. **Poulain P., Palaric J.P., Jacquemard F., Berger D., Ngyen Ngoc Qui, Grall J.R.** Les césariennes Ed. technique Encycl. Méd. Chir. ( Paris – France ) Obstét. 5102 A10, 1991, 3.
46. **Rouchy R. et col.** L'opération césarienne basse à la clinique obstétricale et gynécologique du CHU d'Angers. Rev. Fr. Gynéc. 1976, 71, 345 – 351.
47. **Rakotoarisoa H.C.** Les raisons de la césarienne à la Maternité du Centre hospitalier de Soavinandriana en 1999. Thèse Méd. Antananarivo 2001.
48. **Racinet C., Favier M.** La césarienne. Masson, Paris. Indications, techniques, complications, 1984.
49. **Maillet R., Schaal J.P., Slloukji J.C., Dulard E., Colette C.** Comment réduire le taux de césarienne en CHU ? Re. Fr. Gynécol. Obstét. 1991, 86, 4, 294 – 300.
50. **Azoulay P., Cravello I., D'Ercole C., Boubli L., Blanc B.** Evolution des indications des césariennes. Rév. Fr ; Gynécol. Obstét. 1997, 92, 2, 69 – 78.
51. **Delrieu C.I.** Indications et résultats des césariennes faites depuis 10 ans à la Maternité d'Argenteuil. Thèse Méd. Paris 1987.
52. **Lansac J., Berger C., Magnin C.** Obstétrique pour le praticien. Ed. 3 Mason Paris, 1997.
53. **Giraud J.R., Vialard, Grall J.Y., Poulain P., Laurent M.C.** Grossesse et accouchement gémeilaire. Entretien de Bichât, chirurgie, 10, 139 – 142, Expansion scientifique, ED., Paris 1986.

54. **Rachdi R., Chibani, Allani T., Messaoudi L., Lakhoua L., Dali M., Douajim, Bouke S.** Place de la césarienne dans la grossesse gémellaire. *Maghreb Medical Gynécol. Obstét.* Juin 1993, 268.
55. **Kouam L., Kamdom – Moyo, Simo – Moyo, Doh A.S.** Considérations sur l'indication des césariennes sur le deuxième jumeau après l'accouchement spontané du premier jumeau. A propos de quatre cas et revue de littérature. *Méd. D'Afrique noire* 1998, 46, 719.
56. **Phelan J.P., Clark S.L., Diaz F.P., Paul R.H.** Vaginal birth after cesarean. *Am J. Obstet. Gynecol.*, 1987, 157, 1510 – 1515.
57. **Haddad S., Maria B.** L'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel. *La presse médicale*, 18 mai 1996, 25, N° 17.
58. **Rakotoarinesy N.** Réflexion sur les opérations césariennes à la Clinique Mpitsabo Mikambana de 1991 à 1998. Thèse Méd. Antananarivo N° 4938.
59. **Leaby D.P.** La césarienne au centre hospitalier régional de Fianarantsoa en 1997 à 1998. Thèse Méd. Antananarivo N° 5352.
60. **Haddad B., Lundi.** Changing indications for cesarean section. *Obstet. Gynec.* 1978, 51, 133 – 137.
61. **Zanina, M. Favier.** Utérus cicatriciel : la césarienne ne doit plus être systématique. *Pratique médicale* 1986, N° 18. 7 – 10.
62. **Vokaer R., Barrat J., Maria B.** *Traité d'obstétrique*, Paris Vigot 1977, 315 – 316.
63. **Langer B., Schlader.** Que penser du taux de césarienne en France ? *J. Gynec. Obstét. Biol. Reprod.* 1998, 27, 62 – 70.
64. **Papiernik E., Cabrol B., Pons J.C.** *Obstétrique*, Paris France 1995.

65. **Carbonne B., Cynober E., Milliez J.** Surveillance fœtale pendant le travail. Rev. Prat. Gynécol. Obstét. 15 avril 1999, 32 – 40.
66. **Ingermarsson I.** Premature rupture of membranes at term : no advantage of delaying induction > 24 hours. Journal of perinatan medecine DEU, 1996, 24, 6 : 573 – 579.
67. **Moore T.R.** Indications for cesarean malpresentation. Breech and transverse lie. In : cesarean delivery. Phelan J.P., Clark S.L. ( eds ) – Elsevier, Ed. New York, 1988 pp 36 – 53.
68. **Andriamarojaona R.D.** Contribution à l'étude des indications de l'opération césarienne au CHD de Moramanga du 1er janvier au 31 octobre 1999. Thèse Méd. Antananarivo 2000, N° 5437.
69. **Andrianaivo R.M.H.** Césarienne de prudence. Aspect épydémioclinique en 1988 au CHU Maternité de Befelatanana, N° 5253.
70. **Anderson G.D.** Indications for cesarean : abruptio placenta and placenta praevia. In : cesarean delivery Phelan J.P., Clark S.L. ( eds ) – Elsevier ED. New York 1988 pp 99 – 114.
71. **Magnin G.** L'accouchement du premature. Encycl. Méd. Chir. Paris – France. Obstétrique 5076 A 10 ( Deuxième fiche ) 3, 1986.
72. **OMS.** La stérilisation féminine : ce que les agents de santé doivent savoir. 1994 : 3, 6, 15.
73. **Philips, Keith D., Hulka B., Keith L** Gynecology laparoscopy in 1975. Journal of reproductive medecine 16, 1976 : 105 – 117.
74. **Rakotovao F.** Les indications de la césarienne à la Maternité de Befelatanana Antananarivo. Thèse Méd. Madagascar 1977, N° 8.

**PERMIS D'IMPRIMER**

**LU ET APPROUVE**

**Le président de thèse**

**Signé : Professeur ANDRIANANDRASANA Arthur**

Rapport-Gratuit.com

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**Le Doyen de la Faculté de Médecine**

**Signé : Professeur Paul RAJAONARIVELO**

## VELIRANO

“ Eto anatrehan’ny ZANAHARY, eto anoloan’ireo Mpampianatra ahy, sy ireo Mpiara-mianatra tamiko eto amin’ity toeram-pianarana ity, ary eto anatrehan’ny sarin’i HIPPOCRATE.

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaham-pitsaboana.

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran’asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin’iza na amin’iza aho mba hahazoako mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon’olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambatelo haboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanantontosana ny zavatra mamofady na hanamorana famitan-keloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelana ny adidiko amin’ny olona tsaboiko ny anton-javatra ara-pinoana , ara-pirenena , ara-pirazanana, ara-pirehana ary ara-tsaranga.

Hajaiko tanteraka ny ain’olombelona ary tsy hahazo hampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalàn’ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo Mpampianatra ahy aho, ka hampita amin’ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin’izy ireo.

Ho toavin’ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian’ireo mpitsabo namako kosa anie aho raha mivadika amin’izany ”

## CONCLUSION

**Nom et prénom :** RAJAONARISON Andriamampandry

**Titre de la thèse :** INDICATIONS ET SUITES OPERATOIRES DE LA CESARIENNE  
AU PAVILLON SAINTE FLEUR DU 14 JUILLET 1999 AU 31  
JANVIER 2001

L'étude rétrospective des 256 dossiers de parturientes césarisées au Pavillon Sainte Fleur du 14 juillet 1999 au 31 janvier 2001 parmi les 1.420 accouchements a montré un taux de césarienne égal à 18,02 %. L'âge moyen des césarisées est de 30,57 ans avec prédominance des primipares.

Les indications de ces opérations césariennes sont :

- Indications associées : 28,51 %
- Obstacle : 24,21 %
- Dystocie dynamique : 16,40 %
- Détresse fœtale : 12,89 %
- Présentation anormale : 7,81 %
- Grossesse précieuse : 3,51 %
- Pathologie maternelle : 2,34 %
- Prérapture et rupture utérine : 1,56 %
- Rupture prématurée des membranes : 0,78 %
- LST : 0,39 %
- Méconnue : 1,56 %

Les suites opératoires maternelles sont simples dans 96,48 %. Les complications post-opératoires et les décès maternels ne représentent respectivement que 1,17 % et 0,78 %. Il en est de même pour la mortalité et la morbidité périnatales qui sont de 3,51 % et de 0,38 %.

Malgré donc un taux de césarienne élevé, les taux de mortalité et de morbidité materno-infantiles sont relativement faibles. Dans l'état actuel des choses et dans ce travail, la césarienne peut constituer un facteur de réduction de morbidité et de mortalité foeto-maternelle. Mais, elle reste un geste de chirurgie majeure et comporte donc des risques inhérents à toute intervention. Pour diminuer les indications, il faut insister sur l'importance des consultations prénatales et la formation continue des agents de la santé dans la prise en charge des femmes enceintes.

**Name and first name:** RAJAONARISON Andriamampandry

**Title of the thesis:** Indications and complications of caesarean sections at pavillon Sainte Fleur on 14 July 1999 to 31 January 2001

**Classification:** Obstetric

**Number of page:** 68

**Number of tables:** 36

**Number of figures:** 19

**Number of references:** 74

#### **SUMMARY**

Caesarean rate recommended by WHO is 5 to 15% to reduce the foetomaternal morbimortality.

The objective of the study is to inventory and to value caesarean's indications and complications and to confront them with the literature's data.

This is a retrospective work relating to the dossiers of 256 caesarean's sections patients on 14 July 1999 to 31 January 2001 at the pavillon Sainte Fleur among 1420 deliveries.

Several epidemioclinical parameters have been valued in these dossiers.

The caesarean rate was 18,02%. The woman middle age is 30,57 years from which 45,31% are primiparous. 91,01% of caesareans are decided in the labour room. The main indications are associate indications 28,51%, Obstacles 24,21%. Maternal mortality and morbidity are respectively 0,78% and 1,17%. Foetal mortality and morbidity are respectively 3,51% and 0,38%.

In this study caesarean section can constitute a reduct factor of foetomaternal morbimortality. But it is a great surgery then, to diminish the indications, marrow collaboration of obstetrical with midwife and sanitary formations staff is important.

**Key words:** caesarean, Madagascar, Sainte Fleur, indications, complications, foetal, maternal, rate, reduction.

**Thesis Director:** Professor ANDRIANANDRASANA Arthur

**Thesis reporter:** Doctor ANDRIATSIVOHO NY RAZAFINDRALAMBO Simone

**Address of the Author :** Lot IVC 152 Bis AMBATOMITSANGANA

ANDRAVOAHANGY ANTANANARIVO 101



**Nom** : RAJAONARISON

**Prénom** : Andriamampandry

**Titre de la thèse** : “ Indications et suites opératoires de la césarienne au Pavillon Sainte Fleur du 14 Juillet 1999 au 31 Janvier 2001 ”

**Rubrique** : Obstétrique

**Nombre de pages** : 68    **Nombre de figures** : 19    **Nombre de tableaux** : 36  
**Nombre de schémas** : 00    **Nombre d’annexes** : 01    **Nombre de références** : 74

## RESUME

L’OMS recommande un taux de césarienne entre 5 % et 15 % afin de réduire la morbidité foetomaternelle .

L’objectif de cette étude est d’inventorier et d’évaluer les indications et les complications foeto-maternelles de la césarienne et de les confronter avec les données de la littérature .

C’est une étude rétrospective portant sur les dossiers de 256 patientes césarisées au Pavillon Sainte Fleur du 14 Juillet 1999 au 31 Janvier 2001 parmi les 1420 accouchements . Plusieurs paramètres épidémiocliniques ont été évalués dans ces dossiers.

Le taux de césarienne a été de 18,02 %. L’âge moyen de la femme est de 30,57 ans dont 45,31 % sont des primipares. Les principales indications sont les indications associées 28,51 %, obstacles 24,21 %, dystocie dynamique 16,41 % . La mortalité et la morbidité maternelles sont respectivement de 0,78 % et de 1,17 % . Celles du fœtus sont respectivement de 3,51 % et 0,38 %.

Dans cette étude l’opération césarienne peut constituer un facteur de réduction de la morbidité foetomaternelle. Mais c’est un geste de chirurgie majeure et pour diminuer les indications une formation continue et une collaboration étroite entre obstétricienne, sage femmes et formation sanitaire sont importantes.

**Mots clés** : Césarienne - Madagascar - Sainte Fleur - Indications - Complications - Maternel - Fœtal - Taux – Réduction

**Directeur de thèse** : Professeur **ANDRIANANDRASANA Arthur**

**Rapporteur de thèse** : Docteur **ANDRIATSIVOHONY RAZAFINDRALAMBO Simone**

**Adresse de l’Auteur** : IVC 152 bis Ambatomitsangana Andravoahangy  
Antananarivo (101)