

## LISTE DES SCHEMAS

|                                                                                               | Page |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| N°01 : Le Ligament large utérin.....                                                          | 05   |
| N°02 : Le Segment inférieur.....                                                              | 07   |
| N°03 : L'Approche du terme.....                                                               | 08   |
| N°04 : Le Canal utero-cervical.....                                                           | 09   |
| N°05 : Rapports antérieurs.....                                                               | 10   |
| N°06 : Rapports uretère-artère utérine –rectum – vessie.....                                  | 10   |
| N°07 : Ascension de l'artère utérine devient en totalité externe par rapport à l'uretère..... | 11   |

## LISTE DES TABLEAUX

|                                                                                   | Page |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------|
| N°01 : Classification des indications de la Césarienne.....                       | 21   |
| N°02 : Les Complications des Césariennes.....                                     | 22   |
| N°03 : Le Score d'Apgar.....                                                      | 30   |
| N°04 : Répartition mensuelle des Césariennes de Prudence.....                     | 31   |
| N°05 : Répartition globale des indications de Césarienne du CHR de TOAMASINA..... | 32   |
| N°06 : Répartition selon l'âge .....                                              | 33   |
| N°07 : Répartition selon la gestité.....                                          | 34   |
| N°08 : Répartition selon la parité.....                                           | 35   |
| N°09 : Répartition selon la situation matrimoniale.....                           | 36   |
| N°10 : Répartition selon la profession du gestantes.....                          | 37   |
| N°11 : Répartition selon la provenance.....                                       | 38   |
| N°12 : Répartition selon le mode d'admission.....                                 | 39   |
| N°13 : Répartition selon le suivi prénatal.....                                   | 40   |
| N°14 : Répartition selon les habitudes toxiques.....                              | 41   |
| N°15 : Répartition selon les indications.....                                     | 42   |
| N°16 : Répartition selon les suites opératoires.....                              | 43   |
| N°17 : Répartition selon les antécédents gynéco-obstétricaux.....                 | 44   |
| N°18 : Répartition selon la taille.....                                           | 45   |
| N°19 : Répartition selon le sexe.....                                             | 46   |
| N°20 : Répartition selon le poids du bébé.....                                    | 47   |
| N°21 : Répartition suivant l'état à la naissance.....                             | 48   |

## LISTE DES FIGURES

|                                                           | Page |
|-----------------------------------------------------------|------|
| N°01 : Les indications de Césarienne.....                 | 30   |
| N°02 : Age des gestantes.....                             | 31   |
| N°03 : Gestité du gestantes.....                          | 32   |
| N°04 : Parité des gestantes.....                          | 33   |
| N°05 : Situation matrimoniale des gestantes.....          | 34   |
| N°06 : Profession des gestantes.....                      | 35   |
| N°07 : Provenance des gestantes.....                      | 36   |
| N°08 : Mode d'admission du gestantes.....                 | 37   |
| N°09 : Répartition selon le suivi prénatal.....           | 38   |
| N°10 : Répartition selon les habitudes toxique.....       | 39   |
| N°11 : Répartition selon les indications.....             | 40   |
| N°12 : Suites opératoires .....                           | 41   |
| N°13 : Antécédents gynéco-obstétricaux des gestantes..... | 42   |
| N°14 : Taille des gestantes.....                          | 43   |
| N°15 : Le sexe des bébés.....                             | 44   |
| N°16 : Le poids des bébés.....                            | 45   |
| N°17 : L'Etat à la naissance des bébés.....               | 46   |

## SOMMAIRE

|                                                                   | <b>Page</b> |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|
| - Introduction .....                                              |             |
| 01                                                                |             |
| <b>Première Partie : Revue de la Littérature</b>                  |             |
| I- Définitions .....                                              | 03          |
| II- Description anatomique de l'Utérus non gravide .....          | 04          |
| III- Bases et modifications anatomiques pendant la grossesse..... | 05          |
| IV- Diagnostic de la grossesse.....                               | 11          |
| 1-Clinique.....                                                   | 11          |
| 2- Para-clinique.....                                             | 11          |
| V- L'Opération césarienne.....                                    | 12          |
| 1-Définition.....                                                 | 12          |
| 2-Historique.....                                                 | 12          |
| 3-Les techniques.....                                             | 14          |
| 4-Les Indications.....                                            | 19          |
| 5- Les Complications.....                                         | 20          |
| VI- L'Opération Césarienne de Prudence.....                       | 21          |
| 1-Définition.....                                                 | 21          |
| 2-Les Indications.....                                            | 21          |
| a- Utérus cicatriciel.....                                        | 21          |
| b- Dystocie du siège.....                                         | 22          |
| c- Souffrance fœtale.....                                         | 23          |
| d- Enfant précieux.....                                           | 24          |
| <b>Deuxième Partie : Notre Etude</b>                              |             |
| I- Objectif de l'Etude.....                                       | 25          |
| II- Cadre d'Etude.....                                            | 25          |
| III- Méthodologie.....                                            | 28          |
| IV- Résultats.....                                                | 29          |
| <b>Troisième Partie : Commentaires et Suggestions</b>             |             |
| I- Commentaires .....                                             | 48          |
| II- Suggestions .....                                             | 49          |
| - Conclusion.....                                                 | 50          |
| - Bibliographie                                                   |             |

## INTRODUCTION

Ces dernières années, d'énormes progrès ont été faits dans le domaine de la médecine et en particulier en matière d'anesthésie et d'obstétrique. Les opérations césariennes sont alors actuellement considérées comme la voie d'accouchement représentant le moins de risque ; surtout si elles sont pratiquées avant le travail. Dans ce cas la morbidité et la mortalité sont très faibles.

De plus les nouvelles techniques chirurgicales visant à réduire les éventuelles complications, et les effets indésirables liés aux actes opératoires constituent une véritable révolution. L'extraction fœtale est plus rapide et la cicatrice plus esthétique.

Les indications de l'opération césariennes sont multiples. Plusieurs classifications ont été proposées mais la plus judicieuse consiste à les sérier en 3 groupes :

- la césarienne obligatoire
- la césarienne de nécessité
- la césarienne de prudence

Nous avons choisi ce dernier groupe à cause des motifs précédemment cités.

Nous avons effectué une étude prospective durant l'année 2001 au Centre Hospitalier Régional de Tomasina. L'opération césarienne est un acte majeur en obstétrique, nécessite des précautions très strictes pré, per et postopératoires. Le but de notre travail consiste à préciser certains points sur la pratique de l'opération césarienne de prudence dans ce Centre Hospitalier Régional de Toamasina, et en faire ressortir les avantages, bénéfiques pour le personnel médical, pour la mère et pour l'enfant. L'objectif général de cette étude est de mettre en exergue les aspects épidémiologique de cette pratique chirurgicale en obstétrique.

Nous développons :

- sa fréquences
- ses indications
- les facteurs de risque
- le pronostics fœtales,

Les objectifs spécifiques se rapportent à la santé publique, en occurrence la réduction de la mortalité et la morbidité maternelle.

Pour atteindre ces objectifs nous avons adopté le plan suivant :

- Une première partie sera une revue de la littérature composée en particulier des rappels anatomiques, physiologiques et thérapeutiques
- Dans la deuxième partie nous présenterons notre étude proprement dite.
- Et nous émettions en troisième partie nos commentaires et suggestions.

Une conclusion terminera le travail.

Rapport-Gratuit.com

**PREMIERE PARTIE :  
REVUE DE LA LITTERATURE**

## I -DEFINITIONS

**a- L'utérus (1) :** C'est l'organe destiné à contenir l'œuf fécondé pendant son évolution et à l'expulser quand il est arrivé à son complet développement.

**b- L'Aménorrhée (2) (3) :** C'est la non-apparition des règles ou la disparition du menstruations.

**c- Opération Césarienne (3)(4) :** Réalisation d'un accouchement artificiel après ouverture chirurgical de l'utérus.

**d- Dystocie (3)(4)(5) :**

L'eutocie : accouchement normal par les voies naturelles.

Dystocie : accouchement difficile ou impossible par les voies naturelles.

On distingue :

- La dystocie dynamique est caractérisée par des troubles de la contractilité utérine et de la dilatation du col c'est à dire de la dynamique du travail.
- La dystocie osseuse est due à une disproportion entre les bassins pathologiques et le fœtus.

**e- Souffrance fœtale (6)(7) :** C'est un état pathologique consécutif à des agressions diverses, avec des conséquences graves pour le fœtus.

**f- Présentation de siège (8) :** C'est une présentation longitudinale dans laquelle le pôle pelvien du fœtus se trouve dans l'aire du détroit supérieur alors que la tête est dans le fond utérin.

## II-DESCRIPTIONS ANATOMIQUES DE L'UTERUS NON GRAVIDE (1)

L'UTERUS est situé dans le petit bassin, sur la ligne médiane entre la vessie en avant et le rectum en arrière. Il répond donc à ces deux organes de plus et contracte des rapports avec le vagin en bas, et en haut, il répond aux anses intestinales.

L'utérus non gravide mesure 6,5cm de long, 4 cm de large, 2cm d'épaisseur.

Au cours de la grossesse, ces dimensions changent énormément et l'utérus déborde dans la cavité abdominale où il occupe la plus grande partie au voisinage du terme.

On distingue à l'utérus trois parties :

- le corps : partie supérieure la plus volumineuse
- l'isthme : portion intermédiaire rétrécie
- le col : partie cylindrique, étroite, s'ouvrant dans le vagin par un orifice étroit. A l'état normal, l'utérus est incliné vers l'avant, son axe fait avec celui du vagin un angle ouvert vers l'avant : c'est l'antéversion. De plus, l'axe du col fait avec celui du corps un angle ouvert vers le bas : c'est l'antéflexion. L'ouverture ou l'inversion de ces angles conduisent aux anomalies de position de l'organe : rétroversion et rétroflexion. L'utérus est maintenu par des systèmes d'amarrages constitués des ligaments :
  - o les ligaments ronds qui l'attachent à la paroi abdominale antérieure,
  - o les ligaments utérosacrés qui l'attachent au sacrum,
  - o les ligaments larges formés par la péritoine qui l'attachent à la paroi latérale du petit bassin.

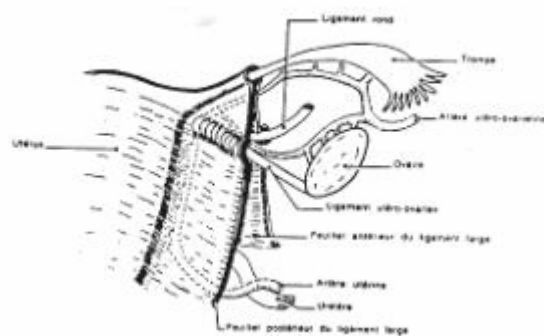


Schéma n°01 : Le Ligament large utérin (1)

Du point de vue structure, l'utérus est constitué essentiellement par des couches de fibres musculaires lisses extrêmement épaisses : c'est le muscle utérin ou myomètre, dont l'épaisseur est normalement de 2cm. Le muscle est tapissé extérieurement par le péritoine et intérieurement par une muqueuse, l'endomètre, qui subit des modifications au cours du cycle menstruel.

### **III- MODIFICATIONS ANATOMIQUES AU COURS DE LA GROSSESSE (2) (3)**

La grossesse et surtout l'imbibition gravidique entraînent des multiples modifications :

- l'hypertrophie du péritoine viscéral,
- une inflation considérable de la vascularisation, tant artérielle que veineuse,
- la formation d'une partie du péritoine facilement clivable.
- enfin, les rapports de l'utérus avec les organes pelviens.

L'utérus gravide mesure, à terme, de 30 à 33 cm de long, ce qui amène le fond utérin en contact avec les coupes diaphragmatiques.

Mais plus encore que l'augmentation globale du volume de l'organe, c'est la formation du segment inférieur qui bouleverse l'anatomie de la région.

#### **a) LE SEGMENT INFÉRIEUR (3) (4)**

« Ce n'est pas une entité anatomique bien définie » car de forme et de taille très variables, il se constitue à partir du 6<sup>ème</sup> mois chez une primipare, beaucoup plus tard chez une multipare, aux dépens de l'isthme et de la partie supérieure du col utérin. Le segment inférieur correspond à la partie amincie de l'utérus gravide à terme, comprise entre le corps et le col utérin (3)

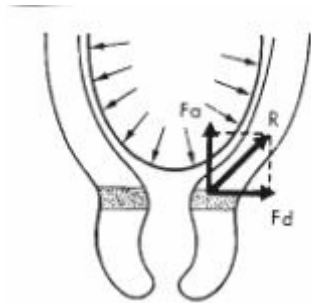
D'après Rosa, sa constitution est due à la résultante (force de dilatation isthmique) de la force de dilatation et de la force de résistance de la paroi utérine.

La dilatation est une conséquence de la pression intra-ovulaire (majorée par les contractions utérines). Cette pression n'est optimale que lorsque le pôle fœtal inférieur s'inscrit dans le segment de sphère le plus intimement possible, ce qui est réalisé au mieux par une présentation céphalique bien fléchie.

La paroi antérieure, qualifiée de « face chirurgicale » mesure environ 8 cm de haut sur 10 cm de large. Sa limite supérieure est délimitable et correspond à la limite inférieure de l'accolement du péritoine sur l'utérus.

Les travaux de De Tourris ont montré que la musculuse du segment inférieur est constituée de trois couches :

- une couche superficielle très mince aux fibres longitudinales,
- deux couches profondes dont les fibres ont une direction transversale.



*Schéma n°02- La résultante E de la force de dilatation (Fd) et de la force d'ascension (Fa) induite par la tension des paroi utérines entraîne la dilatation isthmique et un amincissement de cette région (d'après KAMINA).(3) (4)*

Et, fait remarquable, la paroi antérieure est plus mince (3mm environ) que la paroi postérieure.

Il faut souligner que :

- le segment inférieur est riche en éléments conjonctifs, ce qui favorise la cicatrisation,
- la muqueuse y est moins épaisse
- les plexus veineux, situés entre les deux couches profondes, ont aussi une direction transversale [3].

Le développement du segment inférieur entraîne les éléments anatomiques qui lui sont habituellement contigus et plus ou moins adhérents par l'intermédiaire du conjonctif sous-péritonéal.

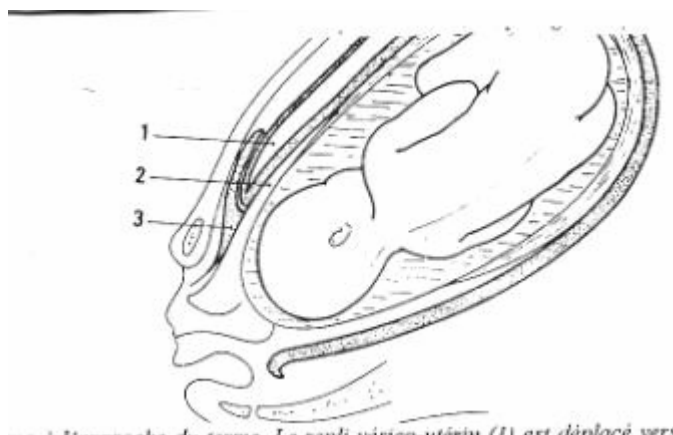
Il est recouvert étroitement par le fascia présegmentaire, émanation du fascia précervical. Cette lame blanc nacré toujours facilement clivable, représente l'élément essentiel de la solidité de la cicatrice d'hystérotomie.

Les artères du segment inférieur sont essentiellement des branches des cervico-vaginales (4), peu nombreuses, sinueuses, de direction transversale : les points simples doivent être préférés aux points en X plus ischémiant (Poidevin) [4] et ceux-ci doivent être réservés aux endroits où l'hémostase est insuffisante (section d'une anastomose longitudinale).

### **b) RAPPORTS PERITONEAUX (4) (5)**

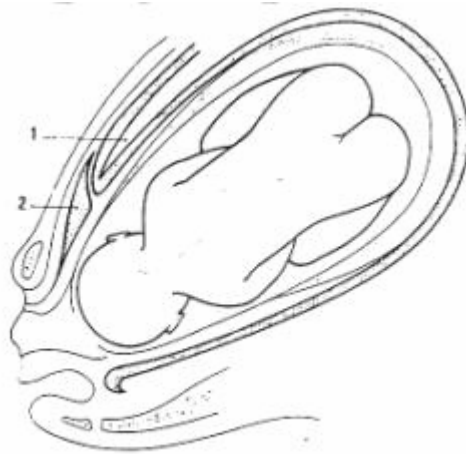
Le péritoine pelvien se moule, en dehors de la grossesse, sur les reliefs de la vessie, du rectum, de l'utérus et de ses annexes. Tout en étant solidaire de la face supérieure de la vessie, du corps utérin et de la face antérieure du rectum, il est libre et décollable au niveau du cul-de-sac vesico-utérin. Au cours des six premiers mois, l'accroissement de volume de la cavité utérine se fait exclusivement aux dépens du corps utérin, les rapports ne sont pas modifiés.

Au cours du troisième trimestre de la grossesse, la distension isthmique déplace vers le haut le replis vésico-utérin (Schémas n°03)). Le péritoine revêt la plus grande partie du segment inférieur et est aisément décollable.



*Schéma n°032- Schéma à l'approche du terme. Le repli vésico-utérin (1) est déplacé vers le haut ; constitution d'un espace décollable (2) au-devant du segment inférieur ; (3) Vessie (5) (6)*

Au cours du travail, le cul de sac vésico utérin accentue encore son ascension et la moitié inférieure du segment inférieur est alors en rapport avec la face postérieure de la vessie dont elle reste d'ailleurs facilement clivable (Schéma n°04)

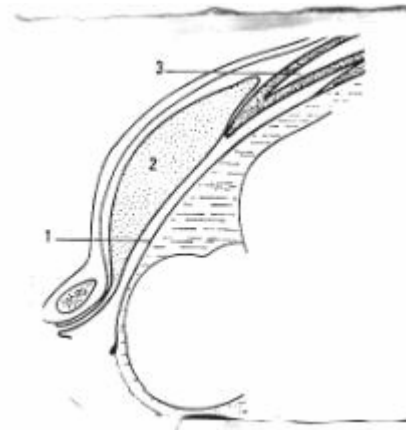


*Schéma n°04 – Le canal Utéro-cervical ascensionne lors de l'entrée en travail attirant le cul-de-sac vésico-utérin (1) et la vessie (2) – (5) (6)*

C'est la connaissance anatomique de ces modifications qui a permis la technique de la césarienne segmentaire, possible dès la formation du segment inférieur, donc toujours après le 6<sup>ème</sup> mois de grossesse.

### **c) RAPPORTS ANTERIEURES (4) (5) (6)**

L'ascension de la vessie n'est pas due seulement aux variations topographiques du péritoine : lors de l'ampliation vésicale, la face supérieure et cet organe ne peut trouver place qu'au-dessus du pubis et la face antérieure du segment inférieur répond sur presque sa totalité à la face postérieure de la vessie, le cul-de-sac vésico-utérin étant peu profond (Schéma n°05). La présence d'une sonde vésicale est une nécessité de sécurité lors de l'abord chirurgical de la cavité péritonéale. L'ascension vésicale s'accompagne d'une élongation de l'urètre.



*Schéma n°05 : Lors de la réplétion vésicale, la presque totalité du segment inférieur (1) est en rapport avec la face postérieure de la vessie (2) et le cul-de-sac vésico-utérin très ascensionné (3). – (6)*

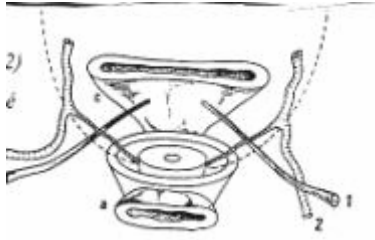
#### **d) RAPPORTS LATÉRAUX (5)(6)(7)**

Le ligament large est épaissi et l'utérus est proche de la paroi pelvienne. L'uretère, solidaire du péritoine, pénètre dans le pelvis en croisant les vaisseaux iliaques primitifs à gauche, les vaisseaux iliaques externes à droite ; il se trouve ainsi en arrière de l'artère utérine à gauche, et en avant de l'artère utérine droite. De ce côté, il devra la croiser en X très allongé pour se placer derrière elle à l'abord du feuillet postérieur du ligament large. Cette portion retro-ligamentaire est raccourcie en fin de grossesse.

Dans le paramètre (base du ligament large), l'uretère chemine obliquement en avant et en dedans et croise le bord latéral du vagin à 15 mm environ de ce dernier ; l'uretère est à égale distance de la paroi et du cul-de-sac latéral du vagin, l'artère utérine l'enjambe de dehors en dedans pour gagner l'utérus et émettre peu après l'artère cervico-vaginale (Schéma n°06).

Le dôme vaginal distendu en fin de grossesse se rapproche de l'uretère et entre en contact avec celui-ci sur toute sa face latérale. Ceci est particulièrement net au cours du travail lorsque la présentation coiffée du segment inférieur se trouve en grande partie au-dessous du niveau de l'insertion du vagin sur l'utérus. L'uretère, solidement fixé à la paroi vésicale, ne contracte avec le vagin que des rapports de contiguïté. Le tissu cellulaire

dense, contenant l'uretère, peut être latéralement décollé du segment inférieur sans effusion de sang.



*Schéma n°06 : Rapports uretère (1) – artère utérine (2) en l'absence de grossesse. a) rectum ; b) utérus coupé au niveau de l'insertion vaginale ; c) vessie. (Le fantôme de l'utérus est indiqué en tireté.) – (6)*

Le point de rencontre de l'artère utérine et du muscle utérin se trouve ascensionné et se déplace latéralement. Le trajet artériel devient donc externe par rapport à l'uretère (Schéma n°07). Les rapports sont surtout éloignés du côté gauche à cause de l'asymétrie des artères iliaques et de la dextrorotation de l'utérus.



*Schéma n°07 : Au cours de la grossesse, du fait de son ascension, l'artère utérine (2) devient en totalité externe par rapport à l'uretère(1). – (6)*

L'artère cervico-vaginale surcroise l'uretère jusqu'au 8<sup>ème</sup> mois et reste en rapport assez étroit avec lui tant que le segment inférieur n'est pas entièrement constitué et que la présentation n'est pas descendue.

En fin de grossesse, et au cours du travail, l'origine de la branche cervico-vaginale de l'artère utérine et son point de pénétration isthmique remontent encore, de telle sorte que cette artère perd tout contact avec l'uretère.

Dès l'évacuation de l'utérus, les vaisseaux reprennent un trajet proche de la disposition habituelle.

Le degré d'expansion du segment inférieur dans le sens transversal et surtout sa distension longitudinale modifient donc les rapports, l'accroissement du diamètre du canal utéro-vaginal le met en rapport étroit avec l'uretère, mais sans aucune adhérence.

L'élongation longitudinale réduit la profondeur du cul-de-sac vésico-utérin, favorise l'ascension de la vessie dans l'abdomen et dissocie l'uretère des pédicules vasculaires attirés vers le haut.

L'uretère se met en rapport avec la face antéro-latérale du vagin, très au-dessous du niveau de l'insertion cervicale.

#### **IV- DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE**

IV-1- Clinique (3) (7) : Le diagnostic est orienté par les cliniques

- l'aménorrhée prend toute sa valeur lorsqu'elle est absolue et survient chez une femme ayant régulièrement ces règles et qui n'allait pas.

Il est essentiel de préciser la date exacte des dernières règles la durée habituelle des cycles menstruels afin de déterminer la date présumée de la conception. L'interrogatoire retrouve souvent des signes de modification gravidique ou « signes sympathiques » qui apparaissent à la fin du premier mois et disparaissent au 3<sup>ème</sup> mois, ils sont représentés par : tels que ;

- Troubles digestifs, nausées, vomissements, constipations
- Troubles neuroendocriniennes, irritabilité, dégoût, ou envies,
- Trouble du sommeil,
- Troubles urinaires : pollakiurie.

- L'augmentation du volume de l'utérus qui mise en évidence par le toucher vaginal combiné au palper abdominal (vessie vide) qui montre : un col plus ou moins ramolli, un gros corps utérin, lourd et globuleux percussion dans les culs de sacs latéraux constituant le signe de Noble. Ce corps est mou : ramollissement maximum au niveau de l'isthme (signe de Hégart à ne pas rechercher) et présente des contractions intermittentes et indolores. L'autres signes inconstant peuvent être retrouvés : Hyper pigmentation du visage et de la ligne brune abdominale.

IV- 2- Para-clinique ou preuve de la grossesse (3) (7) : les examens paracliniques affirment la grossesse

- la courbe thermique montre plateau supérieur à 37° de plus de 18 jours. Elle permettra un calcul exact du terme lorsqu'on repère un décalage thermique.
- Les réactions immunologiques dans les urines. Ces tests deviennent positifs dès le 2<sup>ème</sup> jour de retard des règles mais les risques du faux négatif sont possibles au tout début de la grossesse.
- Les réactions radio-immunologiques permettant la recherche ou le dosage de la sous unité Béta des HCG dans le plasma. Elles sont à la fois sensibles et spécifiques la détection est possible 8-9 jours après l'ovulation.
- Enfin l'échographie abdominale ou vaginale conforme le diagnostique en montrant
  - Le sac ovulaire vers 5 semaines d'aménorrhée
  - Les structures embryonnaires à partir de la 7<sup>ème</sup> semaine
  - Les Battements cardiaques fœtaux entre 7 à 8<sup>ème</sup> semaines
  - Et mouvements actifs fœtaux à 8 à 9<sup>ème</sup> semaines

La Recherche des bruits du cœur embryonnaire par ultrasons (effet doppler) est positive à partir de la 12<sup>ème</sup> semaine.

## **V- L'OPERATION CESARIENNE**

### **V-1- Définition (8) (9):**

Le nom de Césarienne dérive du mot latin Caedere qui veut dire couper. On désigne sous le terme de « Césarienne » la réalisation d'une

accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. La Césarienne est presque toujours faite par voie abdominale. La voie vaginale est rarement utilisée de nos jours.

## **V-2-Historique de la césarienne (10) (11) (12)**

On retrouve dans la mythologie cette naissance par ouverture de l'abdomen : en effet, la voie naturelle serait réservée aux communs des mortels car elle est à proximité des voies urinaires et fécales. Ainsi pour les dieux certains héros la voie de choix est la voie abdominale, le plus souvent au niveau du flanc.

Son nom même prête à discussion : bien qu'il dérive du Caedereau, couper. On la recevait durant l'antique aux dieux. Cette intervention mythique serait le monde d'accouchement de Jules César. Or il ne naquit pas par césarienne, contrairement à la légende car sa mère Aurélia survécut de nombreuses années après une telle intervention sur femme vivante avec double succès est invraisemblable. Le plus ancien manuscrit de l'Inde antique, le Rig Veda, envisage une telle intervention : Indra, le dieu suprême, refuse de venir au monde autrement qu'en sortant du flanc droit de sa mère.

Bouddha est également représenté naissant de cette façon.

La pratique de la césarienne post-mortem (715 – 612 avant J.C), par Numa Pompilius roi légendaire de Rome, dans la fameuse lex-régia interdisant l'enterrement d'une femme en ceinte avant que l'enfant ne soit extrait. Cette pratique fut appliquée aussi durant le moyen âge.

Et puis, l'ère moderne avec cent ans de progrès est arrivée. L'indication majeure en fut pendant mille sept cent ans la mort de la mère. Pendant les trois cents dernières années, le bassin barré. L'apparition de l'asepsie, après l'antisepsie de Lister, ouvrit des espoirs illimités dont il fallut rapidement revenir.

Le premier à réaliser la suture de péritoine viscéral fut l'Américain Engnam puis en 1882 on préconise une bonne « suture utérine » systématique.

La césarienne fut donc réservée aux cas « purs » et décidée en fin de grossesse. La seule indication de césarienne devient la dystocie mécanique insurmontable, prévisible avant l'accouchement. Cette césarienne prophylactique était rendue possible grâce aux très nombreux travaux anatomiques, cliniques puis radiologiques.

Et pour limiter l'infection, Portes pratiqua l'extériorisation temporaire de l'utérus : il extrait l'enfant une fois la paroi refermée et ne réintègre l'utérus que secondairement en l'absence d'infection. Et puis l'amélioration des techniques et de l'anesthésie ait parmi les 15 dernières années, les connaissances sur la vitalité du fœtus in-utéro se sont considérablement améliorées : les moyens de détection d'une éventuelle souffrance fœtale, concept récent, au cours de la grossesse ou au cours du travail, permettent de prévoir un éventuel traumatisme obstétrical.

Sa prévention de plus en plus stricte pour la césarienne a conduit à une augmentation, parfois considérable, du nombre des césariennes au cours des dix dernières années.

### **V-3- Les techniques utilisés actuellement**

#### **V-3-1 L'Anesthésie\_(12) (13) (14) (15)**

Le choix d'une technique anesthésique pour la césarienne se fait en fonction de 3 paramètres :

- la patiente
- le retentissement de la technique sur le nouveau-né
- le degré de l'urgence pour la réaliser.

- L'Anesthésie péridurale lombaire, est la plus utilisée et réservée surtout aux césariennes programmées. La ponction se fait du niveau de L2-L3 ou L3-L4 ; un niveau d'Anesthésie allant jusqu'à D4-D6 peut être parfois nécessaire.

Les produits utilisés sont Lignocaine, l'étidocaine. Ils peuvent entraîner Hypotension artérielle et des convulsions

- Rachianesthésie : elle réalise une section pharmacologique de la moelle. La ponction se fait en dessous de L3. On utilise surtout tétracaine, bupivacaine et lignocaine. Hypotension artérielle brutale, céphalées, dépression respiratoire par extension en hauteur de la rachianesthésie

- Anesthésie générale : on a une induction rapide, une hypotension modérée, une fiabilité élevée mais son inconvénient majeur est le risque d'inhalation. Deux types de drogues sont utilisés :

- celles qui ne passent pas ou peu la barrière placentaire (curares hydrosolubles fortement ionisés), sans conséquences sur le fœtus ;
- celles qui passent la barrière placentaire pouvant diminuer le score d'Apgar (thiopental, kétamine, propanidide)

### V-3-2- Techniques d'ouverture pariétale (16) (17) (18)

Les différents types d'incision doivent obéir aux principes chirurgicaux de base suivants:

- nettoyage pré-opératoire et rasage soigneux préalable ;
- désinfection de la peau si possible avec un produit iodé, en insistant sur l'ombilic ;
- drainage d'indication large ;
- antibiothérapie prophylactique dans certaines situations (rupture utérine...)

### 3-2-a- Les incisions transversales (15)

L'incision transversale a certainement initialement pris le pas sur l'incision verticale pour des raisons esthétiques évidentes. Sa solidité est également supérieure.

- Incision de Pfannenstiel : elle reste la plus utilisée. L'incision cutanée, arciforme à légère concavité supérieure ou horizontale, est pratiquée environ 3 cm au-dessus du rebord supérieur du pubis sur une longueur de 12 à 14 cm. Après incision oblique du tissu cellulaire, l'aponévrose est incisée sur une largeur de 4cm de chaque côté de la ligne médiane permettant le décollement latéral du muscle sous-jacent. Le péritoine pariétal est ouvert le plus haut possible.
- Variantes techniques :
  - Incision de Cherney modifiée comportant une désinsertion sus-pelvienne des muscles grands droits avec ouverture transversale de tous les plans pariétaux. L'exposition obtenue est très importante.
  - Incision de Mouchel (sans ligature des vaisseaux épigastriques): incision transversale de tous les plans ;
  - Incision de Pandolfo : incision cutanée à concavité inférieure ;
  - Incision de Rapin-Küstner : une laparotomie médiane qui n'a de commun avec l'incision de Pfannenstiel que l'incision cutanée.
  - Incision de Joel Cohen qui est une alternative en expansion (16): incision rectiligne de la peau 3 cm au-dessous d'une ligne rejoignant les deux épines iliaques antéro-supérieures, une incision au bistouri sur 3 cm du tissu cellulaire sous-cutané et de l'aponévrose et une ouverture digitale transversale du péritoine pariétal.
  - Technique de Starck (16) : c'est une méthode de césarienne par Pfannenstiel très rapide et très peu hémorragique. Elle consiste en une incision très superficielle de la peau suivie d'une moucheture en profondeur, à l'aide de deux pinces de Faraboeuf, jusqu'à l'aponévrose. Lorsque celle-ci est atteinte, elle est incisée puis les ciseaux sont placés de part et d'autre, bec ouvert, en remontant très haut latéralement. C'est alors que le tissu sous-cutané est déchiré entre deux doigts en crochets, ce qui permet par étirement de faire
  -

- l'hémostase spontanée. L'écartement de la paroi est manuel après une moucheture dans le péritoine.
- La durée d'ouverture : selon une étude randomisée, on a pu dire que le temps d'ouverture est plus long avec une incision de Morley qu'avec une incision de Pfannenstiel qu'avec une incision de Joel Cohen.

### 3-2-b- Les laparotomies médianes

La laparotomie médiane sous-ombilicale garde encore la faveur de nombreux chirurgiens pour sa réputation de rapidité. Chez les femmes obèses, elle est conseillée car elles sont moins sujette à la surinfection (17).

La laparotomie médiane sous-ombilicale peut être élargie en para et sus-ombilicale gauche selon la situation.

Une étude rétrospective sur 2175 patientes a montré que l'incidence des éviscérations et éventrations précoces est 8 fois plus importante avec l'abord vertical (2,94%) qu'avec l'abord transversal de type Pfannenstiel (0,37%) (17) (18)

### V-3-3- L'hystérotomie ou incision utérine (19) (20)

#### 3-3-a-Hystérotomie segmentaire transversale :

Elle concerne 90% des césariennes. Les avantages de cette technique associent un risque de rupture utérine faible (inférieur à 1%), une dissection vésical moindre et un risque inexistant d'extension corporeale. Selon les préférences des opérateurs, l'ouverture est soit digitale après incision centrale au bistouri au niveau du segment inférieur, soit par incision arciforme aux ciseaux.

#### 3-3-b-Hystérotomie segmentaire verticale :

Elle garde de nombreux partisans qui affirment une plus grande solidité de la cicatrice. Il est certain que les pédicules vasculaires utérins sont parfaitement à l'abri, de même que les uretères.

Citons cependant les travaux expérimentaux de Waniorek (18) et les travaux cliniques de Poidevin et de Thoulon qui prouvent une meilleure qualité de la cicatrice de césarienne transversale (20)

### 3-3-c-Hystérotomie corporéale longitudinale :

Elle garde peu d'indication. Elle doit être abandonnée en raison d'un risque de rupture utérine important évalué à 12% dans la méta-analyse de Rosen en cas d'épreuve utérine ultérieure (18).

### V-3-4- Extraction fœtale (21) :

Elle doit être guidée par le souci d'éviter l'agrandissement spontané de la brèche utérine, pouvant alors menacer les pédicules vasculaires latéro-utérines.

Les difficultés d'extraction pourront être résolues :

- par application de forceps (Pajot ou Suzor) ;
- par agrandissement contrôlé de l'hystérotomie latéralement ou en T ;
- en la transformant en incision de Cherney ou de Mouchel.

### V-3-5- Délivrance (21) (22):

Classiquement, dirigée ou artificielle, elle est suivie d'une révision utérine. Mais il semble qu'il y ait un avantage à la délivrance spontanée plutôt qu'à son extraction manuelle car on a une diminution du risque d'endométrite post-opératoire avec une faible perte sanguine per-opératoire.

### V-3-6- Suture de l'Utérus (21) (22)

L'extériorisation de l'utérus à cette fin ne semble pas exposer à une morbidité plus grande, elle peut aider à la réparation utérine tout en réduisant la quantité de l'hémorragie (38). Cette méthode est ainsi pratiquée dans la technique de Starck.

La suture utérine par surjet en un plan diminue le temps opératoire et le nombre de points complémentaires nécessaires de la cicatrice utérine lors d'une grossesse ultérieure (7).

#### V-3-7- Fermeture péritonéale (21)(22)

D'après plusieurs études, il est possible de conclure avec un niveau de preuve élevé que l'absence de fermeture des deux feuillets péritonéaux est associée à une morbidité post opératoire précoce moindre, et une réduction du temps opératoire de 6 à 8 min.

La méthode de Misgav – Ladach comprend une incision de Joël -Cohen, une fermeture utérine en un plan, un péritoine viscéral et pariétal laissé ouvert, un surjet sur l'aponévrose et une suture cutanée par trois points séparés.

#### V-3-8- Soins post-opératoires (23)(24)

Analgésie post-opératoire :

La césarienne, qui est une intervention sous-ombilicale, est responsable de douleur post-opératoire :

- après anesthésie péri-durale, la morphine, la péthidine, la clonidine, les morphiniques liposolubles ont été proposés soit en dose unique, soit en administration autocontrôle par voie péri-durale.
- Après rachi-anesthésie, l'efficacité de la morphine intra-thécale (administrée dans le mélange anesthésique), a été largement prouvée.
- Après anesthésie générale, l'analgésie est prise en charge par une association de médicaments : morphine, AINS et paracétamol, qui permet d'obtenir un soulagement satisfaisant de la douleur.

#### V-3-9- Réalimentation (23) (24)

Après césarienne, la réalimentation légère précoce améliore la reprise du transit. Selon une étude randomisée, une alimentation normale à la 6<sup>ème</sup> heure ne provoque pas plus de complication digestive qu'une diète hydrique jusqu'à la reprise du transit.

#### V-3-10- Prévention de la maladie thromboembolique (23) (24):

Elle se fait selon le degré de risque de la patiente :

- les patientes à bas risques peuvent ne pas être traitées ;
-

- les patientes à risque moyen devraient bénéficier d'une contention élastique ou d'héparine à bas poids moléculaire .
- et les patientes à fort risque, une contention et héparine à bas poids moléculaire en association.

#### **V-4- Indication (25) (26) (27):**

Plusieurs classifications ont été faites mais la plus judiciable serait de faire une classification plus simple que nous allons résumer sous forme de tableau ci-dessous.

| <b>CESARIENNES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                   |                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Obligatoires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>De prudence</b>                                                                                | <b>De nécessité</b>                                                                                      |
| . Disproportion foeto-pelvienne<br>. Placenta praevia hémorragique<br>. Présentation dystocique<br>. Rupture utérine<br>. Dystocie osseuse<br>. Obstacle praevia<br>. Anomalies des parties molles<br>. Dystocie dynamique non jugulée par les moyens médicamenteux<br>. Lésions des voies urinaires<br>. Cancer du col<br>. Présentation du siège + primipare âgée<br>. Grossesse gémellaire avec J1 en présentation vicieuse | * Utérus cicatriciel<br>* Souffrance fœtale aigue<br>* Grossesse précieuse<br>* Dystocie du siège | . Dysgravidie<br>. Autres pathologies maternelles (diabète, cardiopathies, insuffisance respiratoire...) |

**Tableau n°01 Classification des indications de la Césarienne**

### V-5- Les Complications (28)(29)(30) (31)

Les complications de la césariennes sont nombreuses autant pour la mère que pour l'enfant (tableau n°02). Grâce à l'apport des techniques de réanimation et d'anesthésie, à l'antibiothérapie, la mortalité maternelle a considérablement diminué. Elle varie suivant les équipes entre 1 et 3 pour 1000.

Ces complications sont nombreuses surtout pour la morbidité maternelle mais aussi pour le fœtus, ceux-ci nous amènent à faire un résumé de ces complications plus simple et plus pratique pour les praticiens dans le tableau suivant.

| <b>MORBIDITE MATERNELLE</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>MORBIDITE NEONATALE</b>                                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>COMPLICATIONS PÉR-OPERATIONNELLES</b>                               | <b>COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                |
| * Complication hémorragiques<br><br>* Plaies intestinales et urinaires | * Complications infectieuses <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urinaire</li> <li>- Endométrite</li> <li>- Pelvi-abdominale</li> <li>- Pariétale</li> </ul> *Hémorragie post-opératoire<br>*Maladie thromboembolique<br>*Complications digestives<br>*Complications diverses | Elle est directement liée à la césarienne :<br>*Souffrance fœtale aiguë<br>*détresse respiratoire idiopathique |

**Tableau n°02 : Les Complications des Césariennes (32)(33)**

## **VI- L'OPERATION CESARIENNE DE PRUDENCE (34) (35) (36) (37)**

**VI-1-Définition** : Elle correspond à des situations où l'intervention améliore le pronostic fœto-maternel.

### **VI-2- Indications**

#### **2-a- Utérus Cicatriciel (36)(37)**

Le problème n'est pas le fait d'avoir un utérus cicatriciel, mais réside la solidité et la résistance de l'utérus lors du travail de risque de rupture. utérine est en fait très variable selon que l'utérus a été suturé pendant ou en dehors d'une grossesse. En effet une intervention en dehors de la grossesse (myomectomie, microchirurgie, etc...) donne une excellente solidité de la cicatrice a priori, sauf pour l'implantation tubo-utérine réalisé en zone de fragilité au niveau de la corne utérin.

Si l'intervention se produit pendant une grossesse antérieure (opération césarienne) et que l'utérus a été suturé dans sa région corporeale ou isthmique, et si la cause de la première hystérotomie demeure permanente, il est préférable d'adopter la même ligne de conduite. Et il en est de même pour les césariennes corporeales ou segmento-corporeales. Les cicatrices d'hystérotomie pratiquées dans des bonnes conditions sont solides, ces conditions concernent l'hystérotomie segmentaire transversal ; la suture extra-muqueux en point simple ou au surjet prenant le fascia pré-péritone, l'absence de signe d'infection pré-opératoire de membranes intacts, l'absence d'hémorragie. Il faut apprécier la solidité de la cicatrice qui a toute sa chance d'être satisfaisante s'il s'agit d'une opération césarienne segmentaire stricte avec suite opératoire simple et contrôle hystérographique normal.

Par contre, si elle est de mauvaise qualité, la cicatrice peut être objectivée directement à l'hystérographie sous forme d'image de hernie, de sacculon, ou de fissue.

#### **2-b- Dystocie du siège (38)(39)**

Le siège ne peut être qualifié de présentation dystocique à priori mais plutôt « potentiellement dystocique » ; car on connaît les risques de dystocie grave de la tête dernière ou des grandes extractions de nécessité. Les indications seront larges devant une anomalie même discrète du volume fœtal (en fait plus de 4000g) ; ou du bassin maternel

(Intérêt de la radiopelvimetrie et de l'échographie après les examens cliniques du bassin osseux. Et une hyper déflexion céphalique persistante représente une indication de césarienne de prudence, volontiers pratiquée avant l'entrée en travail la plupart du temps, c'est l'association l'indication relative qui emporte la décision : Retard de croissance intra-utérin, l'âge maternel etc... Des nombreux auteurs y ajoutent la prématurité ne semble que la présentation du siège augmente très fortement la mortalité prénatale chez le prématuré d'où les indications de la césarienne de prudence doivent donc être larges en cas de dystocie du siège.

Ainsi, les indications de l'opération césarienne de prudence doivent être élargies aux paragraphes ci-après

## 2-c-Souffrance fœtale

Il y a deux sortes de souffrance fœtale : (40)(41)

\* **Souffrance fœtale chronique** : Elle se traduit surtout un trouble de la croissance fœtale, mais la notion de Souffrance fœtale chronique n'est pas exactement superposable à celle d'hypotrophie fœtale (5).

Elle n'est pas progressif ; elle survient au cours des deux derniers trimestres de la grossesse. Elle affecte la vitalité, la croissance et la maturation du fœtus in utero ; elle peut devenir subaiguë et/ou se terminer brusquement par une souffrance aiguë et une mort fœtale in-utero.

Elle est dûe :

- à un déficit nutritionnel qui retentit sur le développement des organes et la croissance du fœtus. Elle peut être secondaire :
  - Soit à une carence d'apport le plus fréquent : le retard de croissance fœtal n'est que pondéral. Mais lorsqu'il apparaît très tôt vers le deuxième trimestre le retard est à la fois pondéral et statural ; en cas de déficit sévère, le pôle céphalique est atteint.
  - Soit à des altérations du métabolisme cellulaire provoquées par des anomalies génétiques. Elles atteignent le fœtus dès le

- début de la grossesse et provoquent toujours, un retard de croissance à la fois précoce et important.
- Soit à une hypoxie qui est due à une insuffisance des échanges materno-fœtus, entraînant chez le fœtus une modification des conditions circulatoires. Elle aboutit à une circulation préférentielle pour le cerveau, le cœur et le placenta.
- Et/ou à une diminution des apports sanguins au niveau des autres territoires, secondaire à une vasoconstriction. Cette réduction circulatoire entraîne une modification du métabolisme et l'utilisation du système de glycolyse anaérobie, ce qui entraîne une demande accrue de glycogène provenant des réserves hépatiques, cardiaques et musculaires, à l'origine d'un rejet d'acide lactique dans la circulation aboutissant à un acidose métabolique .

Cette souffrance fœtale peut être à l'origine de (40)(41)(42) :

- Insuffisance du développement de l'utérus, et l'impression d'un fœtus petit au palper.
- Un arrêt ou une insuffisance de progression de la biométrie fœtale à l'échotomographie, (premier atteint : périmètre ombilical).
- Diminution des mouvements actifs fœtaux, associé ou non à une diminution du liquide amniotique et à une modification du rythme cardiaque fœtal.

L'hospitalisation est alors obligatoire. L'extraction du fœtus se discute en fonction du terme, et du degré de souffrance après avoir éliminé une malformation fœtale et/ou une anomalie chromosomique. Si les conditions sont favorables une césarienne de prudence est de règle.

- **Souffrance fœtale aiguë** (43)(44): Elle est diagnostiquée au cours du travail par l'enregistrement du rythme cardiaque fœtale (monitorage), et la mesure du pH au scopie.

- Un Ph Inférieur à 7,20 est péjoratif. L'extraction du fœtus par la césarienne de prudence est préférable dès que le diagnostic d'une souffrance fœtale aiguë est posé.

#### 2-d- Enfant précieux

Tous enfants est précieux mais il existe des circonstances qui font que l'enfant est précieux. Dans ce cas l'Opération Césarienne de Prudence est indiquée afin de minimiser tous les risques et d'améliorer le pronostic fœtal.

**DEUXIEME PARTIE :**  
**NOTRE ETUDE**

## I- Objectifs de l'étude

Notre étude se propose :

- d'évaluer la fréquence de la césarienne au Centre Hospitalier Régional de Toamasina ;
- d'en préciser les indications ;
- d'évaluer la morbidité et la mortalité materno-fœtales afin d'émettre des suggestions susceptibles d'en améliorer le pronostic.

## II-Cadre d'étude

### II-1- Situation géographique :

Notre étude qui est une étude prospective, au sein de la Maternité de Toamasina. Il s'agit d'un service inclus dans le département chirurgical du centre hospitalier régional de Toamasina (CHRT).

Le CHRT est un Centre de référence pour la ville et la périphérie de Toamasina.

### II-2- Structure :

Cette maternité est un Service muni :

- D'une salle de pansement ;
- De 2 salles de travail ;
- D'une salle de couveuse ;
- D'une salle pour les prématurées ;
- De 2 salles de garde ;
- De 2 bureaux de Major de service ;
- De 2 bureaux de Médecin ;
- De 06 salles pour les patientes de bas niveau socioéconomique ou de la 4<sup>ème</sup> catégorie dont :
  - o 1 salle pour le cas gynécologiques non-opérés ;
  - o 1 salle pour les cas obstétricaux opérés ;

- o 1 salle pour les cas de césarienne avec un enfant vivant ;
- o 1 salle pour les accouchées
- 10 salles pour les patientes de moyen et de haut niveau de vie socio-économique ou les 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégories comprenant:
  - o 03 salles avec 1 lit et sa salle d'eau;
  - o 07 salles à 02 lits, une salle de bain et une toilette dans chaque salle.

Ce service comprend :

- 80 Lits
- 06 tables d'accouchement ;
- 01 pèse-bébé toise électronique
- 03 pèse-bébés simples ;
- 02 Pèse-personnes : 01 simple et 01 avec toise ;
- 01 appareil échographique ;
- 01 vacuum extractor ;
- 06 tables d'examen ;
- 04 couveuses ;
- 01 appareil à lumière bleue pour photothérapie
- 30 spéculum ;
- 04 kits complets pour CCV ;
- 02 Kits pour Norplant
- 02 Kits pour vasectomie ;
- 01 poupinelle.

### II-3- Organisation du service :

Le personnel est constitué par :

- 02 Médecins spécialistes en gynéco-obstétrique, qui assurent les accouchements, les pathologies gynécologiques et obstétricales rencontrées dans la maternité. Ils sont aidés par 03 sages-femmes et par une sage-femme major.
- En plus des 02 Médecins spécialistes, il existe
  - o 13 sage-femmes dont :
    - Une, major du service qui assure tous les jours la supervision du service ;
    - Une, responsable du traitement et des soins des patientes hospitalisées en 4<sup>ème</sup> catégorie ;
    - Une, chargée des suivis des traitements et des soins des personnes hospitalisées en 1<sup>ère</sup>, 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> catégories ;
    - 03 sage-femmes par groupe assurent les tours de garde.
  - o 03 serveuses qui s'occupent du nettoyage des salles et transport des malades en salle ;
  - o 01 secrétaire qui se charge des archives des dossiers et des bilans des patientes entrantes et sortantes.

### II-4- Activités du service

Cette Maternité assure :

- la consultation externe, effectuée par les 02 Médecins spécialistes
- la vaccination, la CPN (Consultation Pré-Natale), les accouchements, planning familial complet tel que :
  - o MAMA (Méthode d'allaitement maternel et l'aménorrhée) ;
  - o Les COC (Contraceptif oral combiné) ;
  - o Les méthodes CI (Contraceptif injectable) ;
  - o Les Barrières : le DIU, le diaphragme ;
  - o La CCV (Contraception chirurgicale volontaire)

### III- Methodologie

Notre étude concerne les césariennes effectuées durant notre période de stagiaire interné du 01 Janvier au 31 Décembre 2001, au sein de la Maternité du Centre Hospitalier Régional de Toamasina. La Maternité de référence des régions périphériques.

La population d'étude est représentée par les femmes césarisées dont l'indication de l'opération césarienne de prudence.

Nous avons recueilli 238 cas de césariennes dont 46 cas des césariennes de prudence sur 1729 accouchements.. Notre travail se rapporte surtout sur les aspects épidémiologiques de cette indication. L'intervention qui apporte une meilleure survit de la mère et/ou de l'enfant.

Enfin, nous avons étudié d'une part les suites opératoires, et d'autre part les paramètres fœtaux : le sexe, le poids, l'indice d'Apgar à la naissance.

**Tableau n°03 : le Score d'Apgar (40)(42)**

| Notation           | 0              | 1                                    | 2                            |
|--------------------|----------------|--------------------------------------|------------------------------|
| Rythme cardiaque   | Nul            | < 100/mn                             | ≥ 100/mn                     |
| Réflexivité        | Pas de réponse | Petit mouvement                      | Mouvement net et cri         |
| Respiration        | Absente        | Faible cri                           | Cri vigoureux                |
| Tonus musculaire   | Absent         | Flexions modérées des extrémités     | Bonne flexion des extrémités |
| Couleur de la peau | Blanc ou pâle  | Tégument rose avec extrémités bleues | Tégument uniformément rose   |

## IV- RESULTATS

### IV-1- Fréquence

- Effectif total des accouchements : 1729
- Effectif total des césariennes : 238
- Nombre total des opérations césariennes de prudence : 46
- Fréquence mensuelle des césariennes de prudence

**Tableau n°4: Répartition mensuelle des Césarienne de prudence**

|             |          |
|-------------|----------|
| <b>JANV</b> | <b>6</b> |
| <b>FEV</b>  | <b>4</b> |
| <b>MARS</b> | <b>3</b> |
| <b>AVR</b>  | <b>5</b> |
| <b>MAI</b>  | <b>4</b> |
| <b>JUIN</b> | <b>2</b> |

|                |             |
|----------------|-------------|
| <b>JUIL</b>    | <b>3</b>    |
| <b>AOUT</b>    | <b>6</b>    |
| <b>SEP</b>     | <b>3</b>    |
| <b>OCT</b>     | <b>2</b>    |
| <b>NOV</b>     | <b>3</b>    |
| <b>DEC</b>     | <b>5</b>    |
| <b>TOTAL</b>   | <b>46</b>   |
| <b>MOYENNE</b> | <b>3,83</b> |

## Place des OC de prudence parmi les autres indications de Césariennes

**Tableau N°5: Répartition globale des indications de césarienne au CHR de Toamasina**

Les indications de l'OC de prudence représente 19% de celles de toutes les OC,

| Indications | Nombre  | Taux    |
|-------------|---------|---------|
| Obligatoire | 152,227 | 63,86%  |
| Prudence    | 46      | 19,34%  |
| Nécessité   | 40      | 16,80%  |
| Total       | 238,227 | 100,00% |

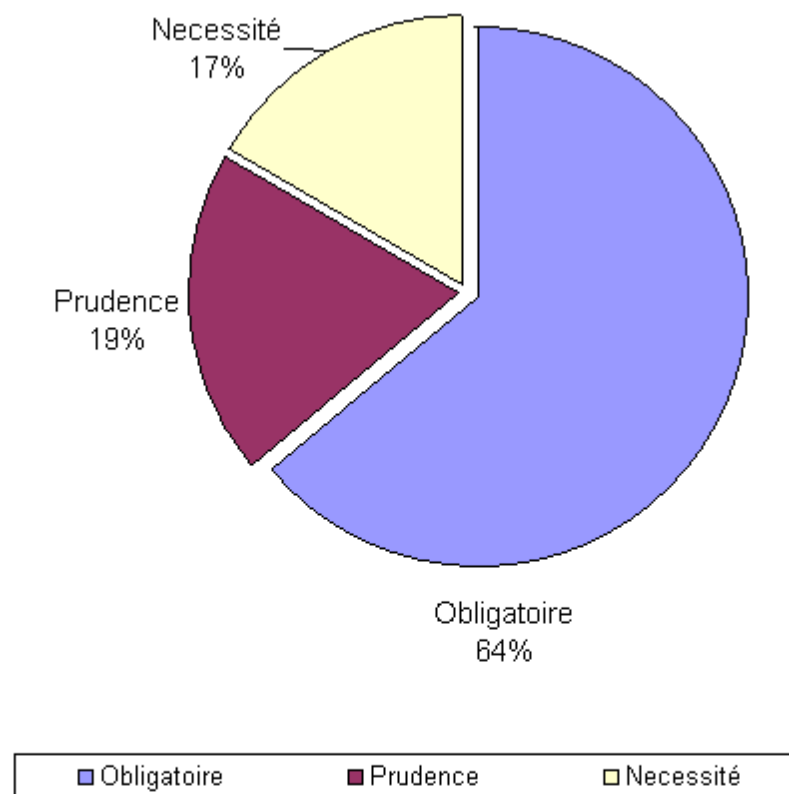


Figure N°01: Les indications de césariennes

### III-2- Caractéristiques maternelles

#### 2-1- Age:

**Tableau 6: Répartition selon l'âge**

Age moyenne de nos patientes: entre 19 et 35 ans

| Age              | Effectif | Taux   |
|------------------|----------|--------|
| Inférieur 19 ans | 5        | 10,86% |
| 20-24ans         | 20       | 43,47% |
| 25-34 ans        | 15       | 32,60% |
| 35 et plus       | 6        | 13,07% |

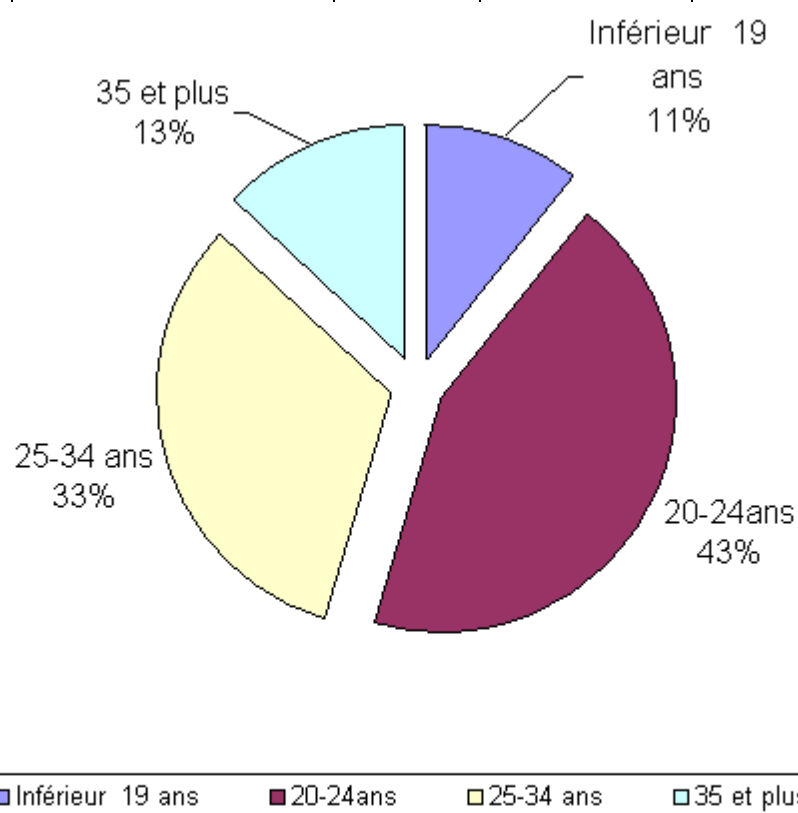


Figure N°02: Age des Gestantes

## 2-2- Gestité

Tableau N°7: Répartition selon la gestité

| Gestité    | Nombre | Taux    |
|------------|--------|---------|
| G1         | 7      | 15,21%  |
| G2         | 24     | 52,17%  |
| G3         | 10     | 21,76%  |
| G4         | 3      | 6,52%   |
| G5 et plus | 2      | 4,34%   |
| Total      | 46     | 100,00% |

Les indications de l'OC sont surtout fréquentes chez les paucipares; elles sont moins importantes chez les multipares,

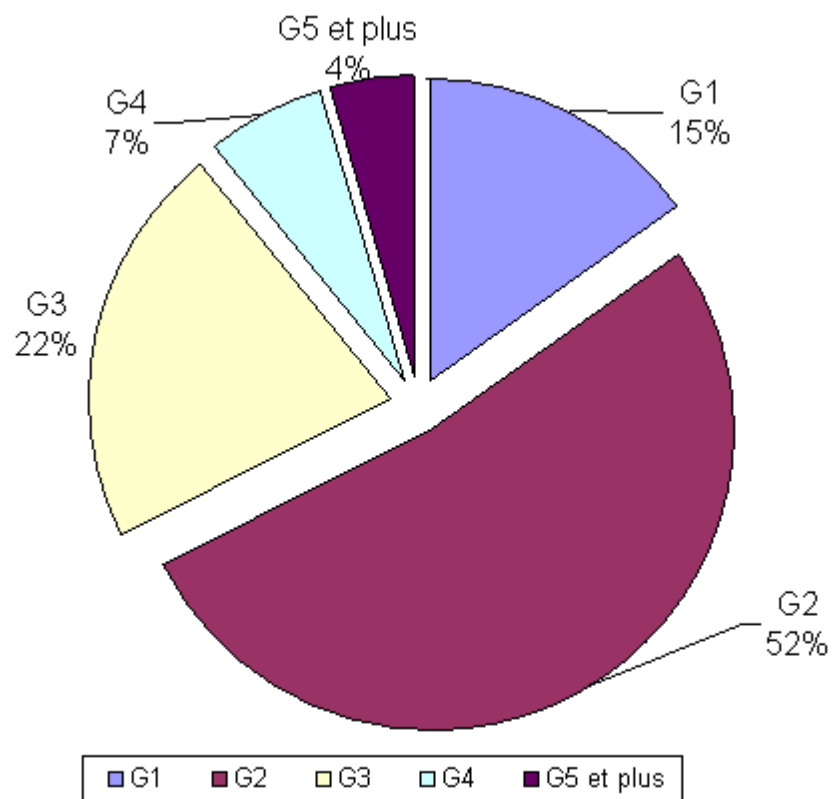


Figure N°3: Gestite des Gestantes

### 2-3- Parité

**Tableau N°8: Répartition selon la parité**

| Parité            | Effectif | Taux    |
|-------------------|----------|---------|
| Primipare I       | 5        | 10,86%  |
| Paucipare II, III | 36       | 78,28%  |
| Multipare IV, V   | 3        | 6,52%   |
| Grande multipare  | 2        | 4,34%   |
| Total             | 46       | 100,00% |

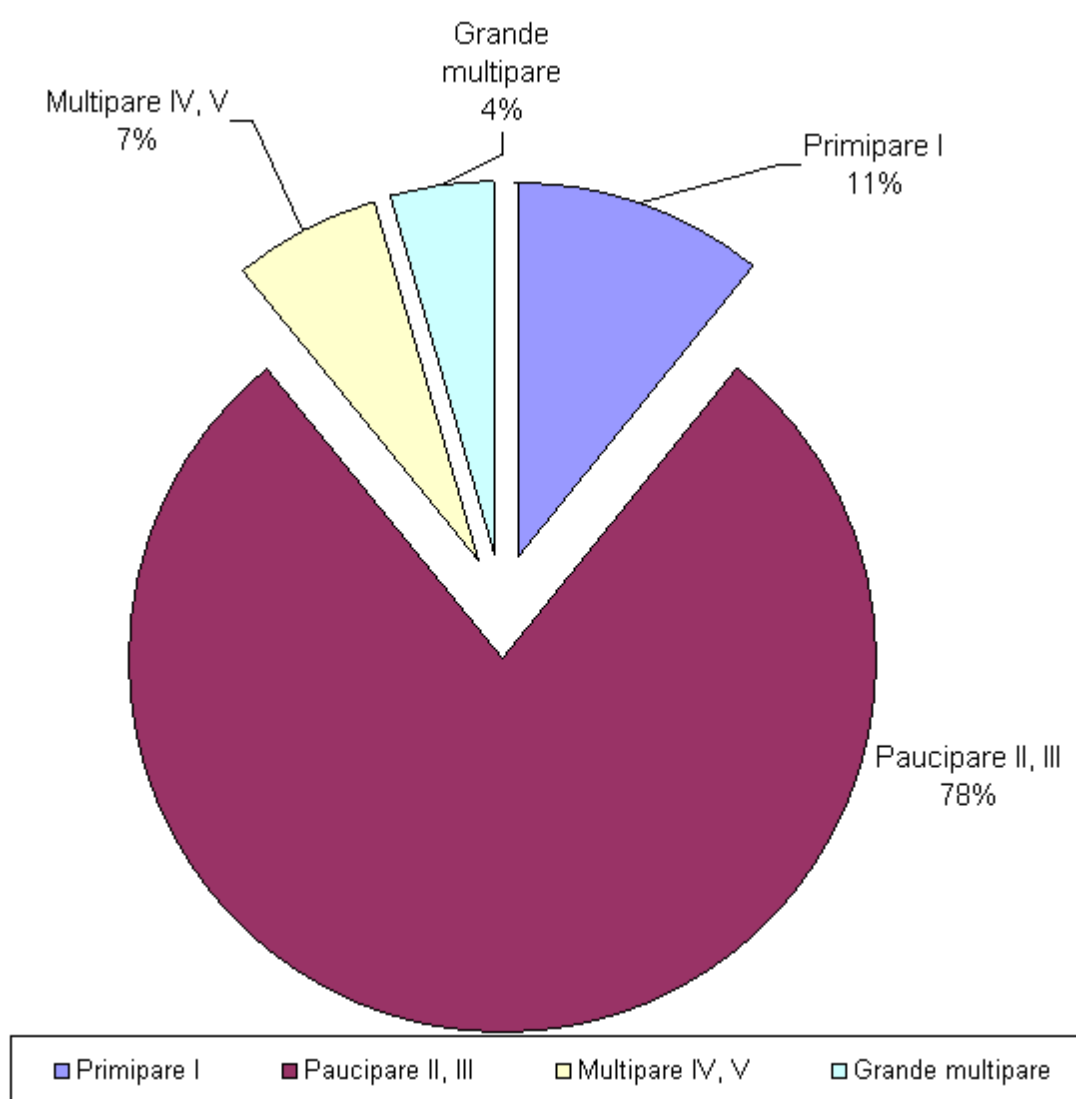


Figure N°4: Parité des gestantes

## 2-4- Situation matrimoniale

Tableau n°9: Repartition selon la situation matrimoniale

| Situation matrimoniale | Effectif | Taux    |
|------------------------|----------|---------|
| Mariée                 | 25       | 54,34%  |
| Célibataire            | 18       | 39,14%  |
| Union libre            | 3        | 6,52%   |
| Total                  | 46       | 100,00% |

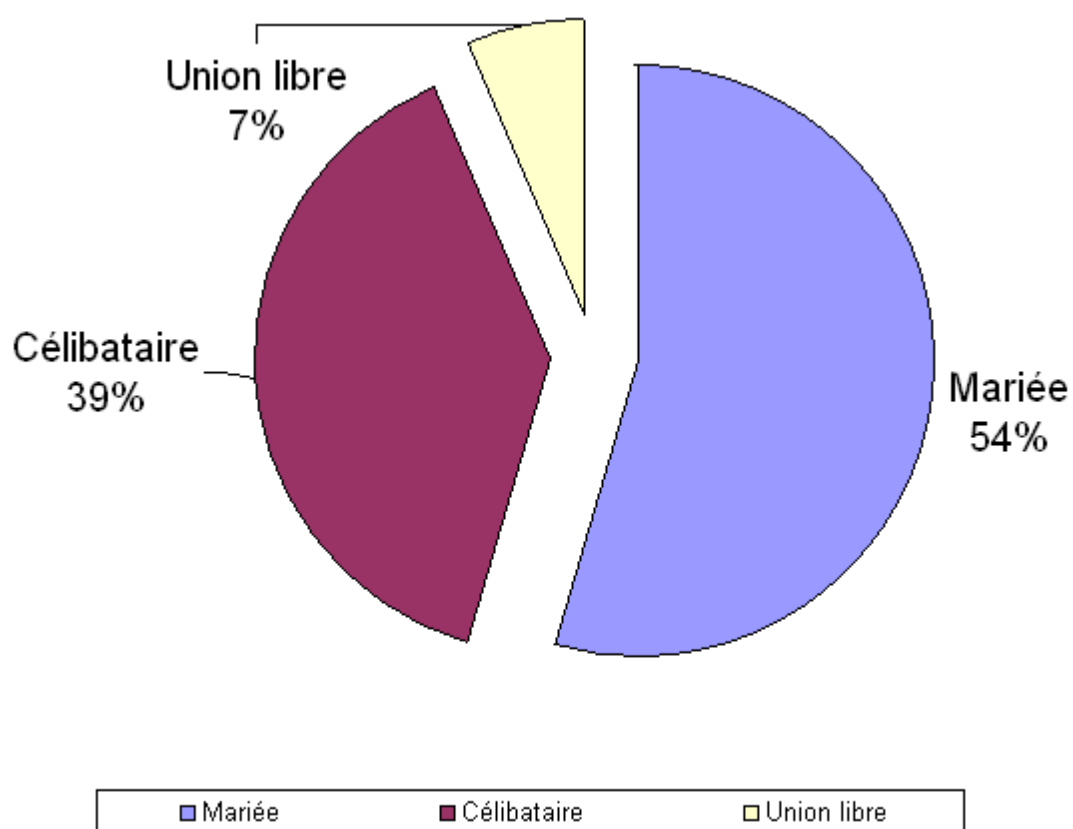


Figure n°5: Situation matrimoniale des Gestantes

## 2-5-Profession

Tableau n°10: Répartition selon la profession des gestantes

Nous avons constaté que les femmes qui ne fournissent pas d'efforts physiques important ne représentent que:  
19,55%

| Profession   | Effectif | Pourcentage |
|--------------|----------|-------------|
| Cultivatrice | 18       | 39,14%      |
| Menagère     | 19       | 41,31%      |
| Commerçante  | 4        | 8,69%       |
| Bureaucrate  | 3        | 6,52%       |
| Institutrice | 2        | 4,34%       |
| TOTAL        | 46       | 100,00%     |

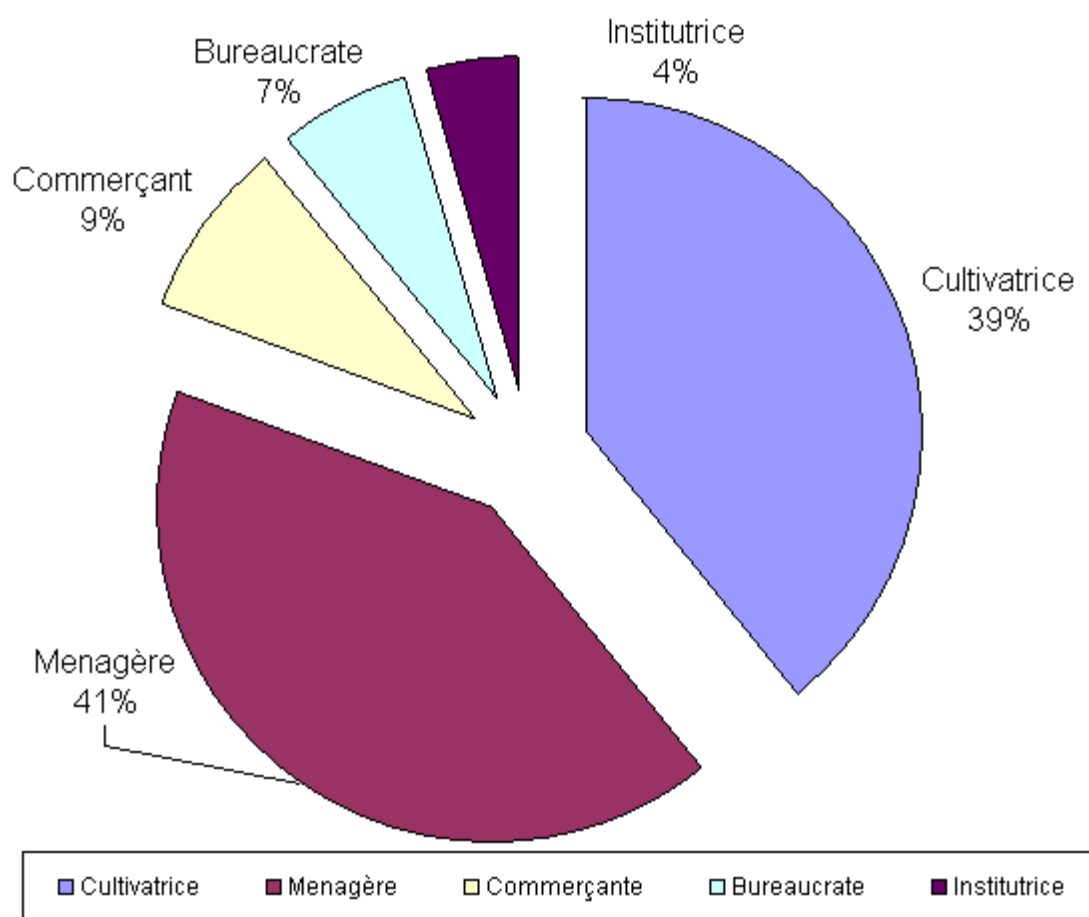


Figure n°6: Profession des gestantes

## 2-6-Provenance

Tableau N°11: Répartition selon la provenance

| Provenance | Nombre | Pourcentage |
|------------|--------|-------------|
| Urbaine    | 28     | 60,86%      |
| Rurale     | 18     | 39,14%      |
| Total      | 46     | 100,00%     |

Les femmes vivants dans les villes (60,86%) sont plus nombreuses que celles vivants dans la campagne (39,14%).

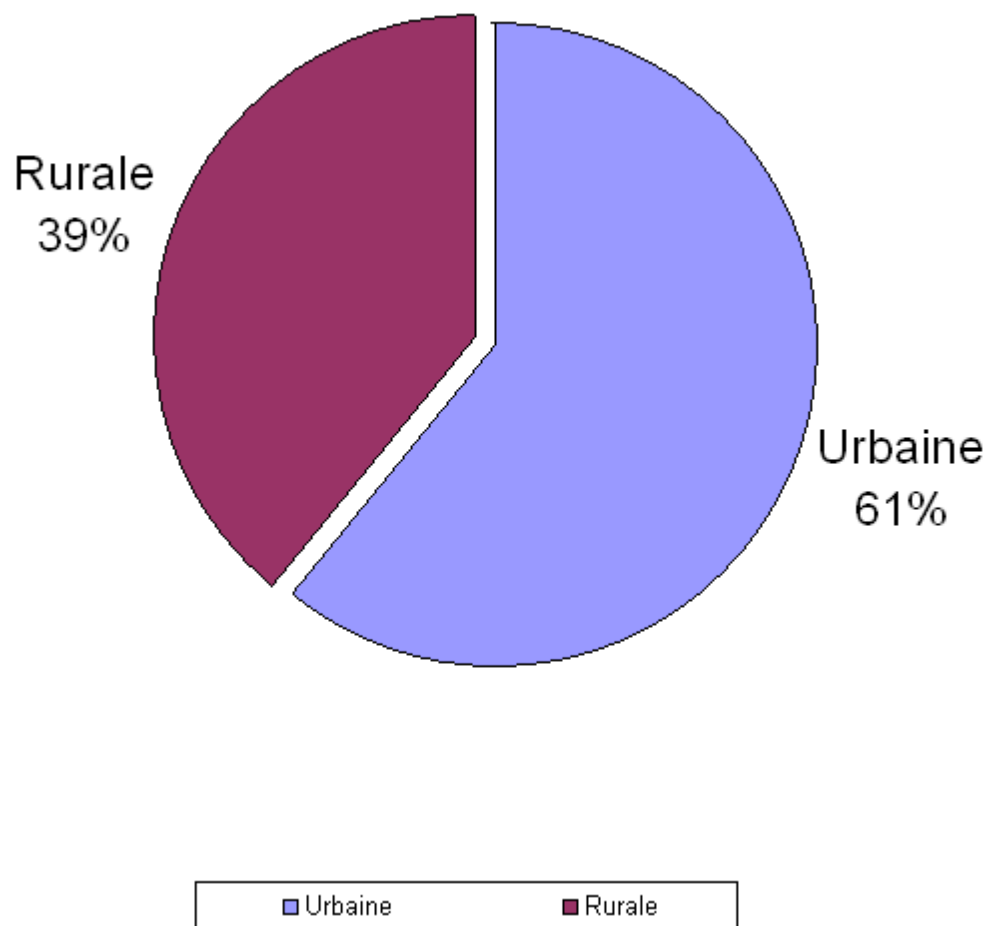


Figure N°7: Provenance des gestantes

## 2-7-Mode d'admission

**Tableau N°12: Répartition selon le mode d'admission**

| Mode d'admission | Effectif | Taux    |
|------------------|----------|---------|
| DIRECT           | 36       | 78,26%  |
| EVASAN           | 10       | 21,74%  |
| TOTAL            | 46       | 100,00% |

21,74% de ces indications sont des femmes référées des régions environnantes  
Toutefois, les restes viennent d'elles-mêmes, sans être référées

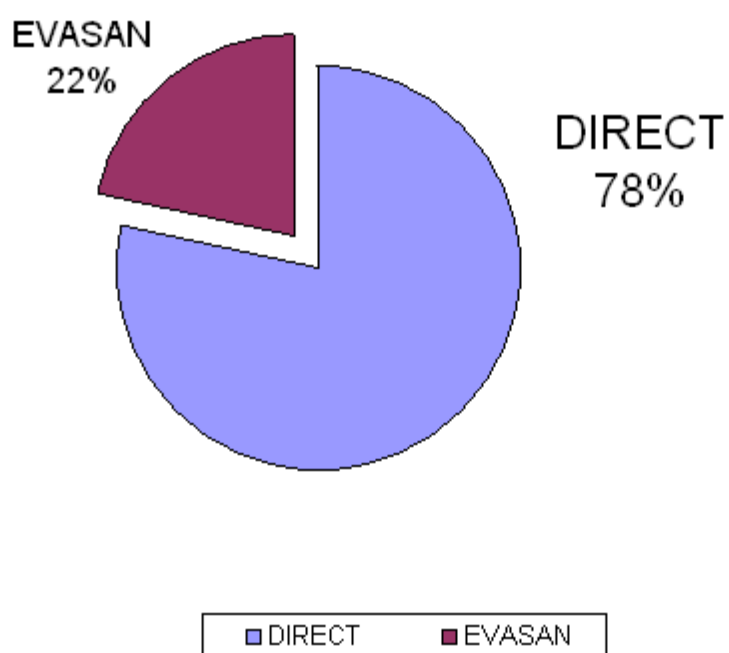


Figure N°08: Mode d'admission des Gestantes

## 2-8-Consultations prénatales

Tableau N°13: Répartition selon le suivi prénatal

| Consultation Prénatal | Effectif | Taux   |
|-----------------------|----------|--------|
| Aucune                | 19       | 41,32% |
| 1                     | 8        | 17,39% |
| 2                     | 4        | 8,60%  |
| 3                     | 10       | 21,74% |
| 4 et plus             | 5        | 10,86% |
| Total                 | 46       | 0,9991 |

Une forte proportion: 41,32% de ces femmes n'ont eu de suivi prénatal.  
De plus 17,39% d'entre elles n'ont été vues qu'une seule fois en CPN.

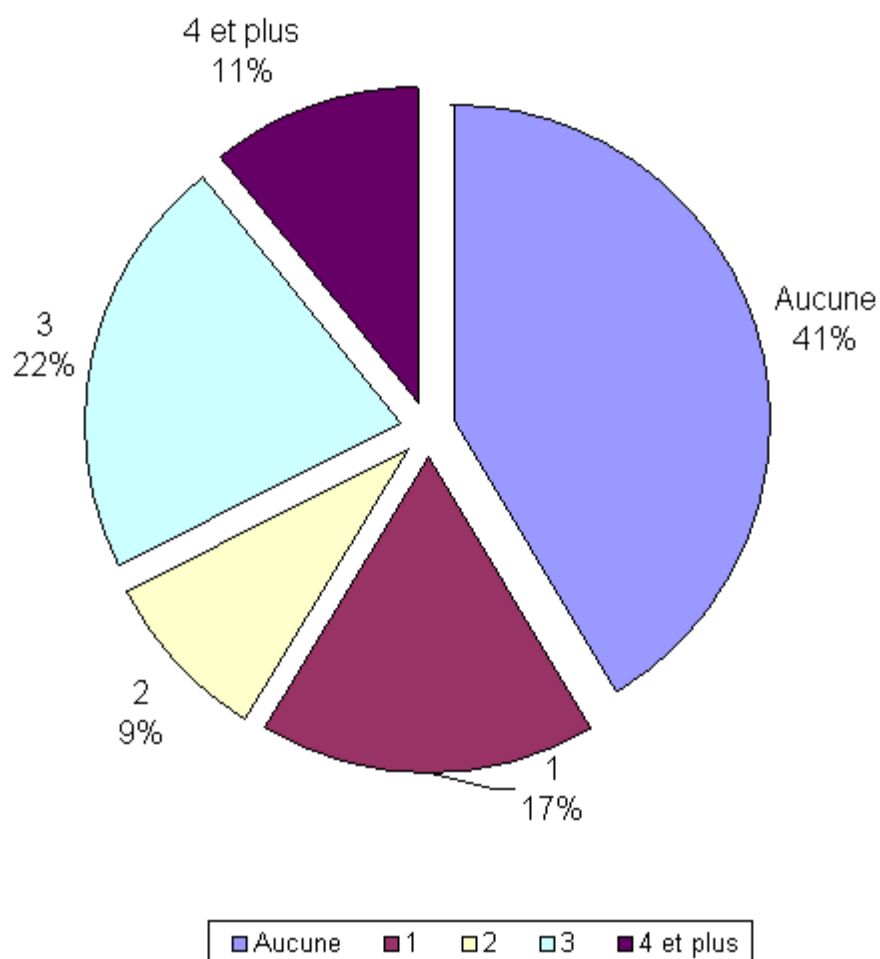


Figure N°9: Répartition selon le suivi prénatal

## 2-9- Habitudes de vie toxiques

**Tableau N°14: Répartition selon les habitudes de vie toxique**

| Habitude de vie   | Nombre | Taux    |
|-------------------|--------|---------|
| Aucune            | 39     | 84,80%  |
| Tabagisme         | 2      | 4,34%   |
| Massage abdominal | 2      | 4,34%   |
| Prise de Tambavy  | 3      | 6,52%   |
| Total             | 46     | 100,00% |

Une forte proportion de femme ayant des habitudes toxiques se retrouve dans 10,86% et 4,34% d'entre elles ont subi des massages abdominaux. Ces habitudes peuvent entraîner soit un souffrance fœtale chronique ou aigue

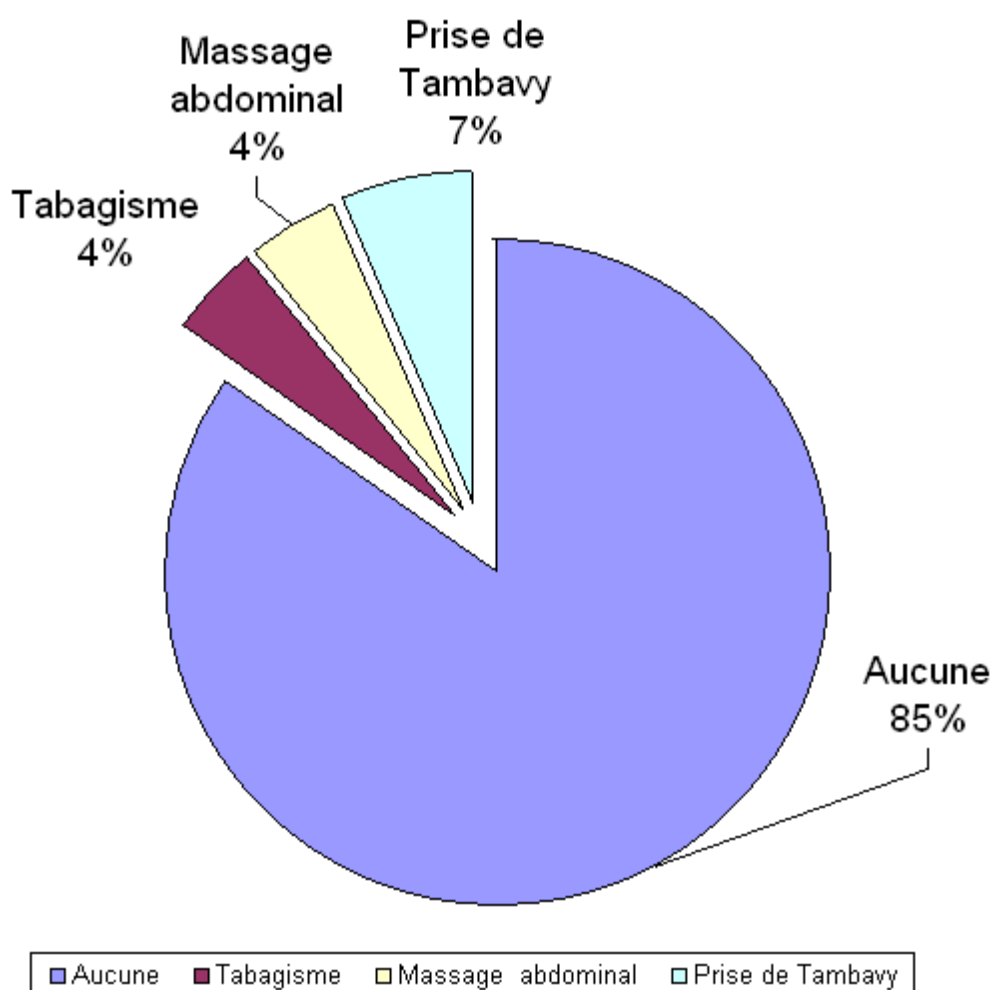


Figure N°10: Répartition selon les habitudes de vie toxique

## 2-10- Indications

**Tableau N°15: Répartition selon les indications**

| Indications        | Nombre | Taux    |
|--------------------|--------|---------|
| Uterus cicatriciel | 11     | 23,93%  |
| Dystocie du siège  | 13     | 28,26%  |
| Souffrance fœtale  | 17     | 36,95%  |
| Enfant précieux    | 5      | 10,86%  |
| Total              | 46     | 100,00% |

On constate que les 3 premières indications sont dans un proportion plus ou moins

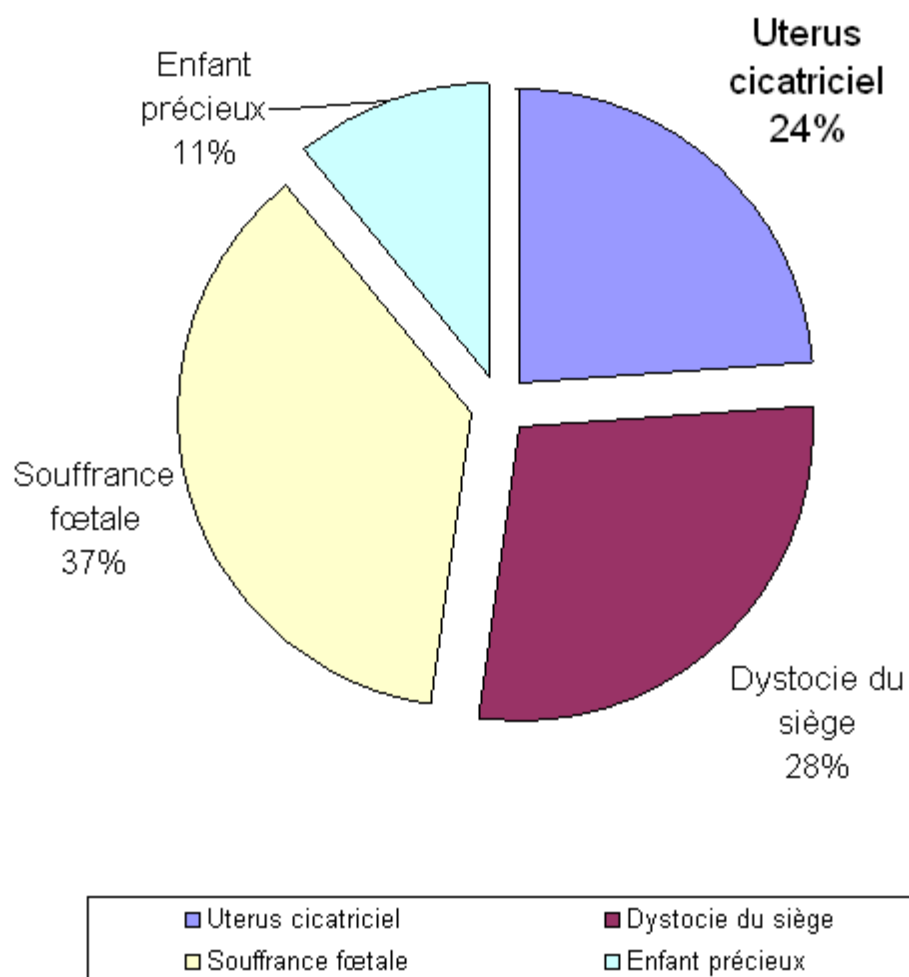


Figure N°11: Répartition selon les indications

## 2-11- Suites Opératoires

**Tableau N°16: Répartition selon les suites opératoires**

| Suites opératoires             | Effectifs | Pourcentage |
|--------------------------------|-----------|-------------|
| Suites opératoires normales    | 41        | 89,14%      |
| Hyperthermie                   | 2         | 4,34%       |
| Lachage des sutures pariétales | 1         | 2,17%       |
| Suppuration pariétale          | 2         | 4,35%       |
| Décès                          | 0         | 0%          |
| Total                          | 46        | 100,00%     |

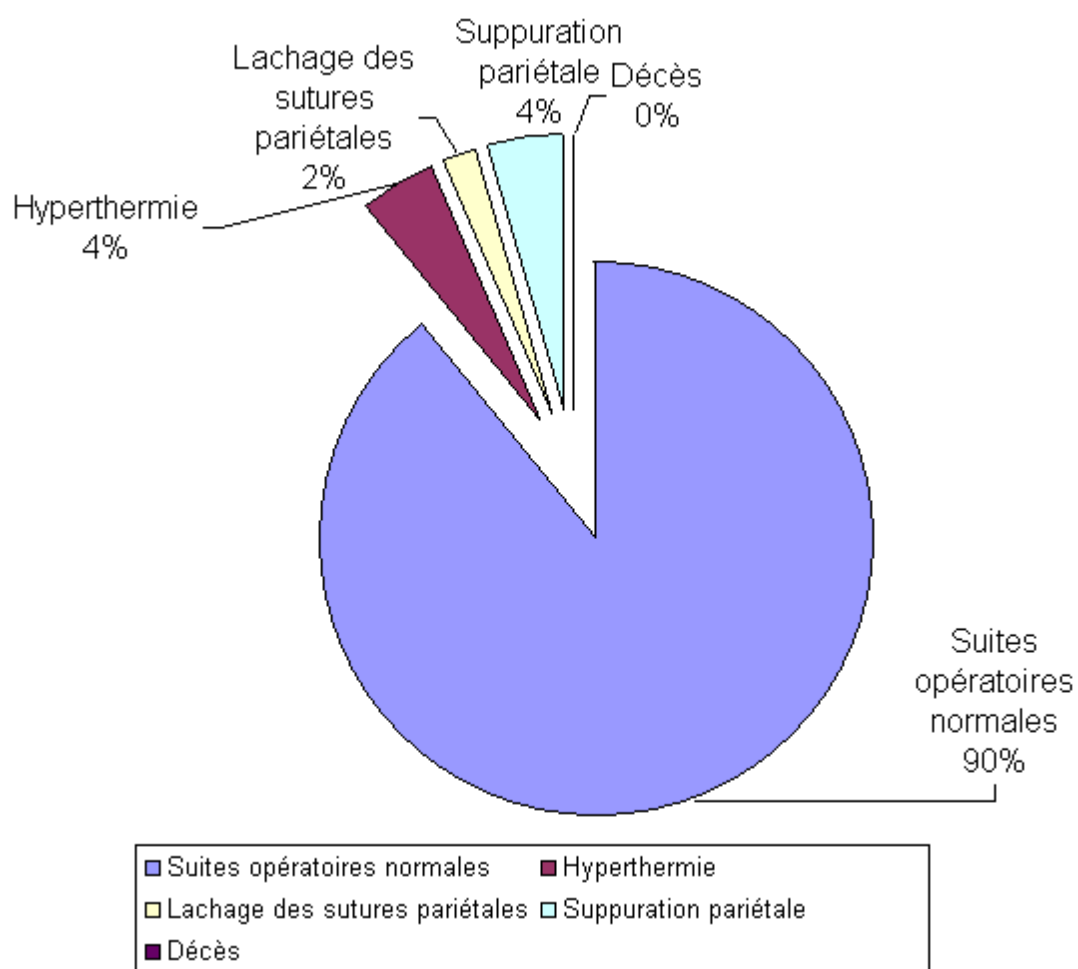


Figure N°12: Suite opérations des opérées

## 2-12- Antécédents gynéco-obstétricaux

Tableau N°17: Répartition selon les antécédents gynéco-obstétricaux

| Antécédents         | Effectif | Pourcentage |
|---------------------|----------|-------------|
| Avortement provoqué | 1        | 2,17%       |
| Avortement spontané | 1        | 2,17%       |
| OC A                | 11       | 23,91%      |
| Déchirure du col    | 0        | 0%          |
| Aucun               | 33       | 71,75%      |
| Total               | 46       | 100,00%     |

;

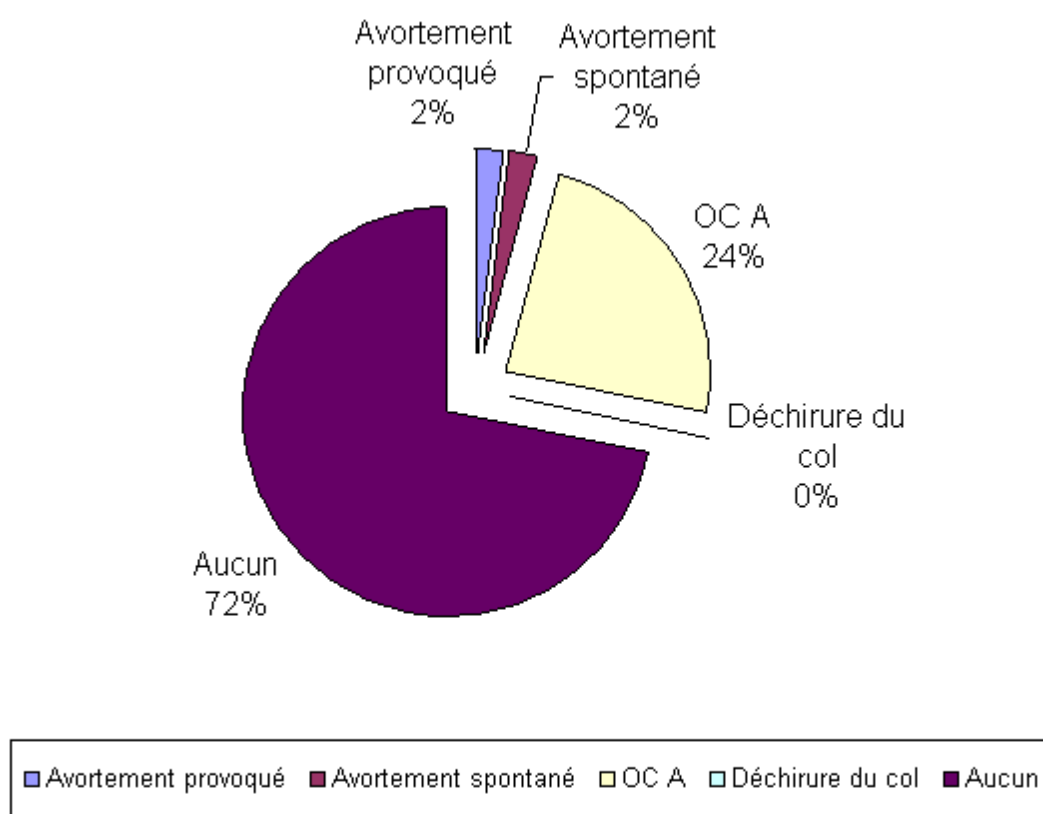


Figure N°13: Antécédent gynéco obstétricaux des gestantes

**2-13: Taille**

Tableau 18: Répartition selon la taille

| Taille             | Effectif | Pourcentage |
|--------------------|----------|-------------|
| Inférieure à 1,50m | 2        | 4,34%       |
| Supérieure à 1,50m | 39       | 84,80%      |
| Non précisée       | 5        | 10,86%      |
| Total              | 46       | 100,00%     |

La majoritaire pr é sente des tailles normales pour une malgache, car leur taille sont supérieures à 1,50m

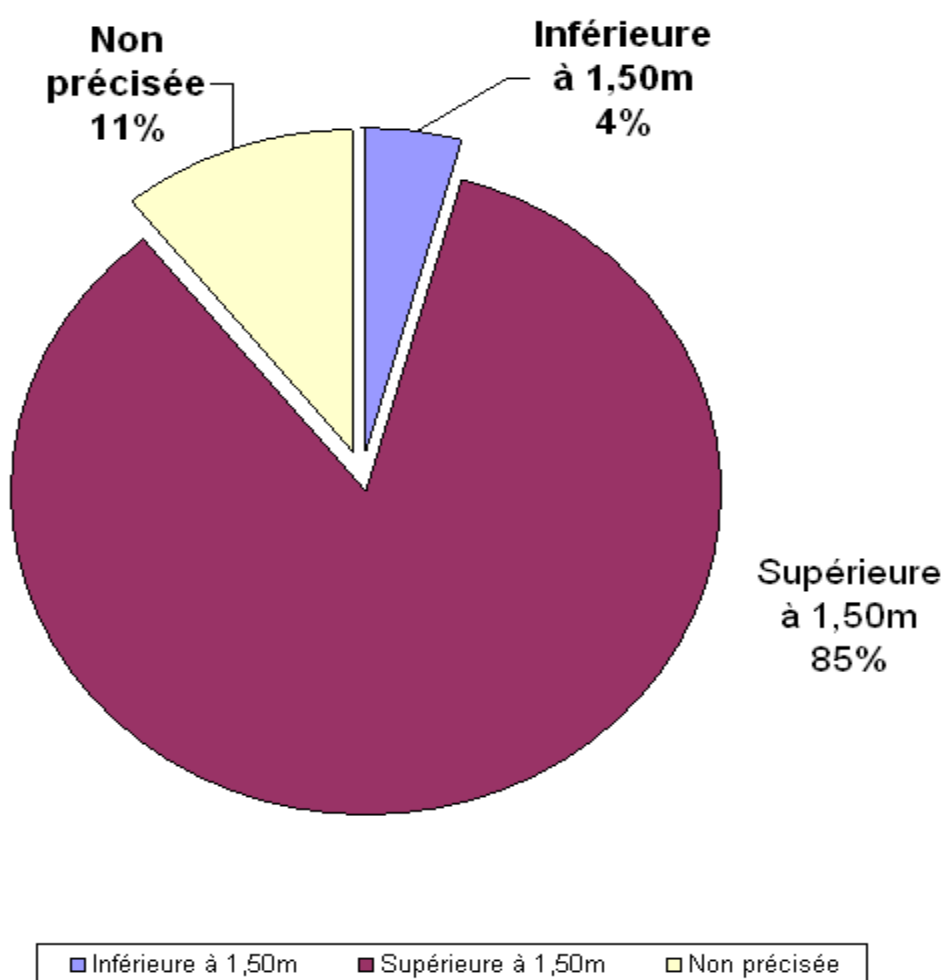


Figure N°14: Taille des gestantes

### IV-3-Characteristiques fœtales

#### 3-1- Le Sexe

Tableau N°19: Répartition selon le sexe

| Sexe     | Effectif | Pourcentage |
|----------|----------|-------------|
| Masculin | 22       | 47,82%      |
| Féminin  | 24       | 52,18%      |
| Total    | 46       | 100,00%     |

Le sexe des bébés n'influence pas sur les résultats.

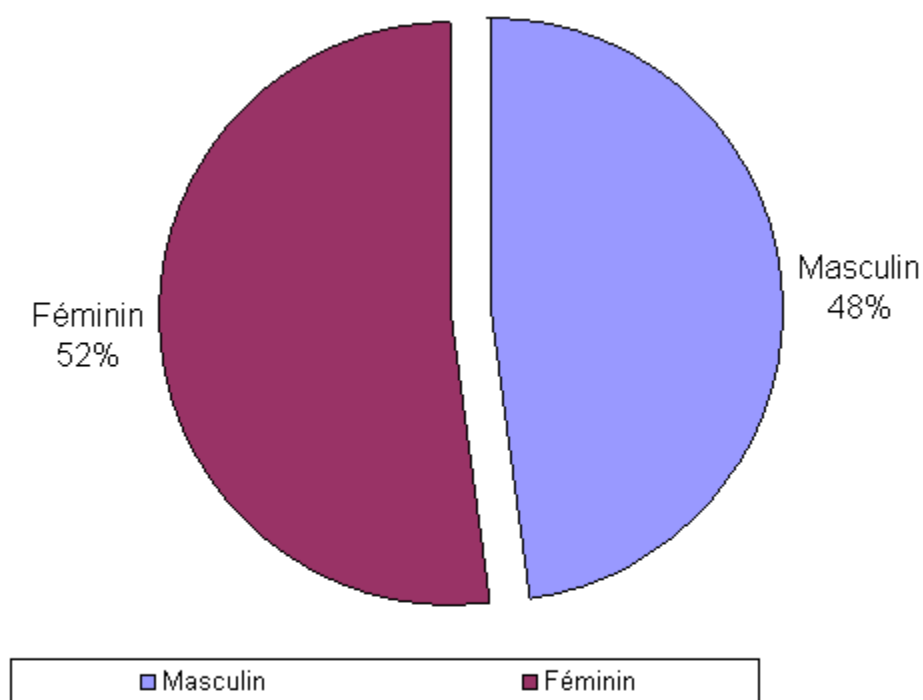


Figure N°15: Le sexe des bébés

### 3-2- Poids

Tableau N°20: Répartition selon le poids des bébés

| Poids en grammes   | Effectif | Pourcentage |
|--------------------|----------|-------------|
| $p < 2500g$        | 5        | 10,86%      |
| $2500 < p < 4000g$ | 39       | 84,80%      |
| $p > 4000g$        | 2        | 4,34%       |
| Total              | 46       | 100,00%     |

ul

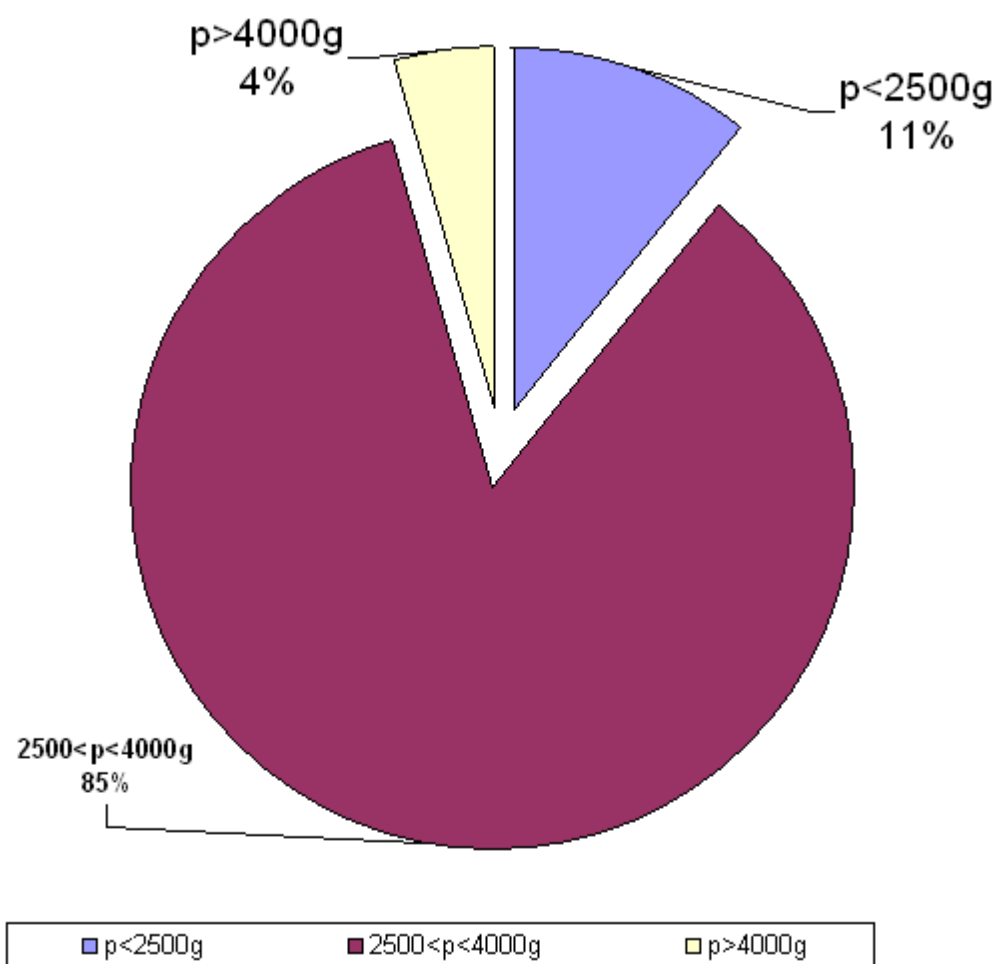


Figure N°16: Le poids des bébés

### 3-3- Etat à la naissance

Tableau N°21: Répartition suivant l'état à la naissance

| Indice d'Apgar | Nombre | Taux    |
|----------------|--------|---------|
| 0 - 3          | 1      | 2,17%   |
| 4 - 7          | 5      | 10,86%  |
| 8 - 10         | 40     | 86,97%  |
| Total          | 46     | 100,00% |

Malgré les conditions dans lesquelles ces opérations césarienne de prudence sont effectuées 11% des bébés ont une indice d'Apgar inférieur à 7, et 2% sont dans un état critique car leur indice d'Apgar sont entre 0 et 3.

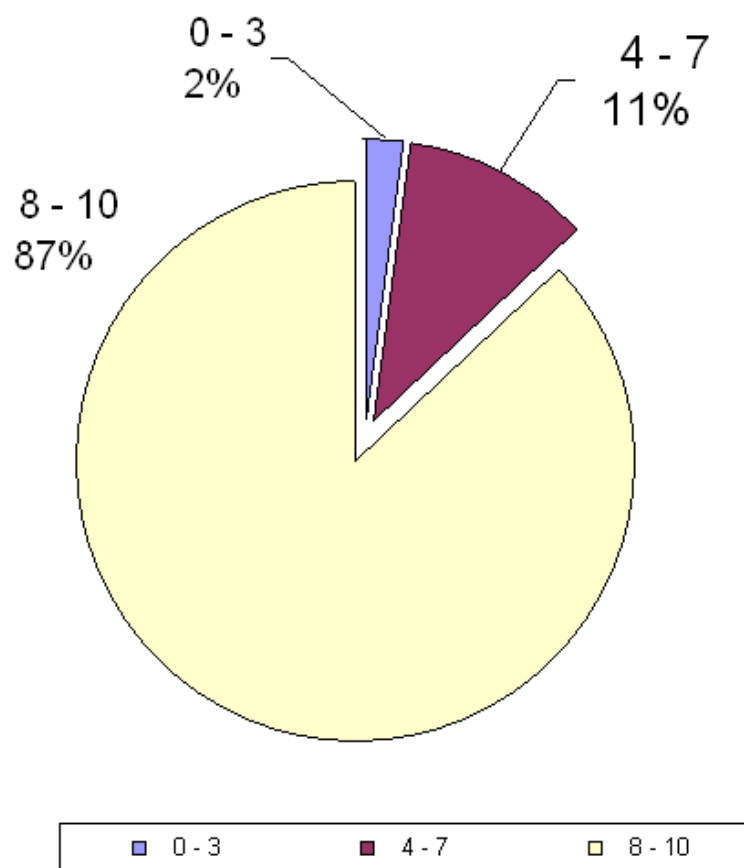


Figure N°17: L'Etat à la naissance des bébés

Après ces résultats on peut dire globalement que la fréquence de l'OC de prudence n'ait que de l'ordre de 19,34% ce qui reflète probablement la moyenne nationale.

L'âge de la femme joue un rôle très important car la plupart de nos patientes sont entre 19 et 34 ans alors que celles qui sont au delà de 35 ans, et inférieur à 19 ans ne représente que 24% de l'effectif total.

Du point de vue gestité et parité, la plupart sont paucipares et à la deuxième geste

La situation matrimoniale n'influence pas trop sur les résultats car 54,34% sont mariées. Alors que leur professions jouent un rôle très important car ce sont les femmes qui font des métiers considérés comme durs (Cultivatrices, ménagères) représentent 80,45%.

Les consultations pré-natales considérées comme fondamentales actuellement pour chaque femmes enceintes en matière médicale sont ici négligées par beaucoup de nos patientes car plus de 40% d'entre elles n'ont fait aucune consultation avant leur admission, ce qui peut provoquer des complications ultérieurement pour la mère, le bébé par la suite.

Les habitudes toxiques, les antécédents gynéco-obstétricaux, la taille n'influencent pas du tout sur les résultats. Alors que les indications (Nombre de 4) jouent un rôle très important surtout pour les trois premier cité au par avant.

Les suites opératoires des femmes césarisées sont favorables c'est à dire sans complications dans près de 90%, mais malgré cela les restes présentent des complications comme l'hyperthermie, la suppuration pariétale, le lâchage des sutures qui peuvent entraîner des conséquences grave pour la mère, d'où l'importance d'une bonne prise en charge. Mais on note quand même qu'il n'y a pas de décès dans le cas de l'OC de prudence, et que l'état clinique des enfants sont satisfaisantes dans la plupart des cas comparées à ceux qui sont nés par la voie basse.

**TROISIEME PARTIE:**  
**COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS**

## I- COMMENTAIRES

La fréquence de l'Opération Césarienne de prudence à la maternité du CHR Toamasina est de l'ordre de 19,76% durant l'année 2001. Alors que celui dans les pays riches par exemple aux Etats Unis d'Amérique, elle est de l'ordre de 32,13%, 31,14% en Suède et 34,83% en France (32,33,34).L'explication à ceci pourrait être du fait que l'Opération Césarienne est une pratique chirurgicale que l'on a connu récemment à Madagascar par rapport à ses pays. IL pourrait être également s'expliquer par le manque de centre de santé disposant de salle d'opération adéquate , des matériels nécessaires à une intervention chirurgicale et surtout le manque des médecins spécialistes en chirurgie ou en obstétrique et aussi le manque d'anesthésiste suffisamment qualifié.

L'âge de nos patientes est presque identique à celle qui accouche par la voie basse, et ceci est la même partout en Afrique (33,34) mais en Europe, l'âge des patientes est surtout de la trentaine ce qui nous amène à dire qu'il n'y a pas d'influence de l'âge à Madagascar surtout dans cette région de l'Est et en Afrique.

40% des patientes n'avaient pas fait la moindre consultation pendant le neuf mois de gestation d'où la constatation que beaucoup de femmes en âge de procréer dans notre pays n'accèdent pas au soins de santé élémentaire pour une femme enceinte qui est la consultation pré-natale. Ceci peut provoquer des problèmes à long terme ou à court terme pour la mère mais aussi pour l'enfant. Malgré ceci 90% des suites opératoires se déroulent normalement mais n'empêchent qu'on constate dans 10% des cas des complications comme les suppurations, l'hyperthermie et le lâchage des sutures sont constatés, ceci pose le problème de la prise en charge par de personnel de santé qualifié pour les femmes enceintes dès le début de la gestation.

Mais après cette étude, on constate une bonne résultat après une opération césarienne de prudence car l'OC de prudence est souvent bien préparée avant le début du travail et surtout grâce à l'évolution scientifique de l'acte chirurgicale en lui même mais aussi de l'anesthésie et de la réanimation et enfin l'expérience des personnels de santé qui sont devenus au fil des années des professionnels.

## II- SUGGESTIONS

Après notre étude, on a constaté d'une part que :

Le nombre des femmes césarisées par prudence n'est que de l'ordre de 19,32% seulement du total des césariennes effectué dans ce centre hospitalier. Alors qu'on sait qu'une césarienne de prudence est décidée beaucoup plus en avance, par rapport aux césariennes obligatoires ou de nécessités, donc mieux préparer et moins de risque pour la mère et son enfant. Et c'est dans ce domaine qu'entre le rôle du CPN pour détecter bien avant l'accouchement les anomalies que l'on pourrait rencontrer durant le travail.

Et pendant cette étude on constate que peu des femmes dans les zones rurales consultent avant l'accouchement. Alors que ce sont elles qui courent beaucoup plus de risque, vu leur éloignement et leur ignorance. D'où notre suggestion d'accentuer l'effort en matière d'obstétrique dans la CPN surtout dans les zones rurales de faire suivre à ces femmes un planning familial; d'accroître le nombre des personnels de la santé dans ces régions, et de faire une priorité pour la formation et des conférences, afin que les personnels et les agents de santé aient beaucoup plus de connaissance et d'expérience. Et aussi à ne pas oublier l'apport des matériels médicaux pour bien accomplir et satisfaire les besoins des populations cibles. D'autre part, pour bien améliorer la prise en charge et les spécialistes en gynéco- obstétrique, car dans ce CHR de Toamasina, on constate qu'il n'y a qu'un seul médecin spécialiste en obstétrique, pour s'occuper de la maternité. Alors que cette maternité est une maternité de référence dans cette région. Et donc un seul médecin pour s'occuper des femmes qui viennent pour une consultation, où pour l'accouchement ; car forcément, s'il y a beaucoup plus de spécialiste, les patientes sont mieux prises en charge, et les décisions sont bien fondées et décidées que ce soit pendant la CPN ou pendant l'accouchement.

Et par conséquent, l'accroissement de la qualité du service, et la satisfaction de toutes les personnes concernées que ce soit les personnes soignantes ; les patientes ou même le Centre Hospitalier en lui-même ; et surtout toute la région entière aux alentours de cette Maternité du CHR de Toamasina.

## CONCLUSION

Au terme de cette étude nous concluons que :

La césarienne de prudence est une hystérotomie apportant une meilleure survie pour la mère et l'enfant.

Notre étude est une étude rétrospective, ou cet acte obstétrical a été pratiqué au CHR de Toamasina en l'an 2001 du 1<sup>er</sup> Janvier au 31 Décembre.

Les résultats de l'examen font ressortir les points suivants :

- Le nombre des cas opérés est de 46 soit un taux de 19,34% du total des césariennes
- La tranche d'âge de 20 à 34 ans est majoritaire
- Les paucipares sont les plus nombreuses
- Les femmes mariées prédominent
- Les ménagères, les cultivatrices occupent une place prépondérante.
- Les évacuées sanitaires représentent les 1/5<sup>ème</sup> des admissions
- 41,32% des gestantes n'ont pas suivi de consultation prénatale.
- La souffrance fœtale est la principale indication opératoire
- Les suites opératoires sont satisfaisantes
- Les bébés pesant 2500grs à 4000grs sont en fortes proportions
- 86,97% des nouveaux nés ont eu bon indice d'Apgar

Les suggestions avancées sont :

- L'encouragement des femmes enceintes de faire une consultation pré-natale (CPN) surtout dans les zones rurales.
- L'installation d'un service de planning familial surtout dans les zones rurales.
- Augmentation du nombre des personnels
- Priorité pour la formation des personnels

## BIBLIOGRAPHIE

- 1- **LACOMBE M.** Précis d'Anatomie et de physiologie humaine. 26<sup>ème</sup> Edition, ATLAS 1989 : 160-162
- 2- **KAMINA P.** Anatomie gynécologique et obstétricale, Paris : Maloine, 1974 : 17-23
- 3- **DE TOURRIS H, RHENRION, DELECOUR M.** Gynécologie et obstétrique, 6<sup>ème</sup> Edition MASSON, 1994 : 347-353
- 4- **THOULON J.M., MEUNIER P, TOCCANIER J.F et FARA J.F.** La césarienne abdominale : Techniques et risques maternels 389 interventions par le même opérateur Rév. Franç. Gynéco-obstét. 1977 : 12-72, 805-810
- 5- **KAMINA P.** Bases anatomiques de la césarienne segmentaire. Anatomica clinica, 1978 : 1, 199-203
- 6- **CL RACINET et FAUIER** – La césarienne. MASSON, Paris, 1984 : 7-87
- 7- **PONTONNIERA, BERLAND M., RADET M., MAGNIN P.** Extension des indications de la césarienne au cours des 10 dernières années est-elle justifiée ? Table ronde. Rév. Franç. Gynéc. Obstét., 1979 : 2-74, 81-96
- 8- **BRACI Z.** L'opération césarienne : Indications et complications précoces. A propos de 600 cas recueillis entre Juillet 1975 et décembre 1980 dans le Service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Sud de Grenoble. Thèse Méd., Grenoble, 1981 : 3-105.
- 9- **CISSE CT, ANDRIAMADY C, FAYE D, DIOUF A, BOUILLIN D et DRADHCOUF.** Indications et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar. Journal de gynécologie obstétrique et Biologie de la reproduction, 1995; 24; 52: 194-200
- 10- **THOULON J-M et RAUDRANT D.** – Les césariennes. Encycl. Méd. Chir, Paris, 1979 : 41-900
- 11- **AZOULAY P, CRAVELLO L, C DERCOLE, BOUBLIE L ET BLANC B.** Evolution des indications césariennes. Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 1998 ; 93 ; 2 : 50-64
- 12- **SHNIDER SOL M., LEVINSON GERSHON.** Anesthésie et réanimation en obstétrique. Traduction Française et adaptation sous la direction de G. BARRIER, Médsi Edit, Paris, 1990 : 3, 7, 14, 34-45
- 13- **SEPOU A, et COLL.** Etude de cas de césariennes pratiquées à l'hôpital communautaire de Bangui Centrafrique ; Médecine d'Afrique Noir, 2000 ; 47 ; 1: 13-18
- 14- **REISNER L.S.** Anesthesia for cesarean section Clin Obstét Gynéco, 1980: 23, 517-523
- 15- **NAHAS G.G., SUREAU C., VIARS P., VOURCH'H G.** Anesthésie et analgésie obstétricales – Rapport du XXIIème Congrès National d'anesthésie et réanimation – Arnette : Paris, 1972 : 1-30, 90-157

- 16- **KARL L. et DONEY J.** – The Premature breech: Trial of labor or cesarean section. Obstet gynéco Rev ; 1979: 1, 53, 88-93
- 17- **SACHS BP, KOBELIN C, CASTRO MA AND FRIGOLETTO F.** the risks of lowering the cesarean delivery rate N Engl. J. Med, 1999; 340; 1 : 54 – 59
- 18- **OMS.** La vie au 21<sup>è</sup> Siècle : Une proposition pour tous, rapport sur la santé dans le monde. OMS, Genève, 1999
- 19- **POIDEVIN L.** Cesarean section scars. Springfield, Thomas, 1960: 206, 210-240
- 20- **THOULON J.M.** Les césariennes. Encycl. Méd. Chir. Paris, obstétrique, 1979 : 2-10, 51-102
- 21- **RAZONC** – Valeur pronostique de l'hystérogaphe après césarienne segmentaire. Thèse Méd. Grenoble, 1974 : 4, 6, 8-12, 35-38.
- 22- **CISSE CT, EWAGNIGNON E., TEROLBE I, DIADHIOU F.** Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU de Dakar Journal de Gynécologie – obstétrique et biologie de la reproduction, 1999 ; 28 ; 6 : 556-562
- 23- **MALINASY.** Les cicatrices des césariennes. Rév. Franç. Gynéc.obstét., 1978 : 2, 66, 107-115
- 24- **OMS.** Mortalité perinatale : Récapitulatif des données disponibles. OMS Genève, 1996 ; 46 : 12
- 25- **BARRIERS et ELHAIKS S.** La césarienne ses indications actuelles sont-elles trop nombreuses ? Rév. Fr. Gynéc.Obstét., 1979 : 5, 74, 335-347.
- 26- **El Mansourie.** Accouchement sur utérus cicatriciel à propos de 150 cas. Rev Française de Gynécologie et d'obstétrique, 1994 ; 89 ; 12 : 606-612
- 27- **NAHMANOVICI C., ATIAL I., et EYMERY J.P.** Prévention des infections en maternité – Premier résultats obtenus à la maternité sud au CHU de Grenoble I. L'expérience des obstétriciens. Rév. Fr. Gynéc. Obstét., 1978 : 5, 73, 361-365.
- 28- **HOKILH, GBALA S. MV, KPEKPEDE F. ET EKOUNDZOLA,** Mortalité maternelle à Brazzaville 1993-1994. Journal gynecol-obstét et Biologie de la reproduction 1997, 26: 63-168
- 29- **OMS – UNICEF.** Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle Nouvelle méthodologie, OMS avril, 1996 : 4-5

- 30- GRENOM A ;, MARTIN GAUTIER L., BOSCH G. et LEROY G.** Intérêt de l'alimentation précoce après opération césarienne. Rév. Fr. Gynéco. Obstét., 1979 : 6, 74, 403-411.
- 31- TRAUBER J.C.** Etudes des indications et complications immédiates de l'opération césarienne, Thèse méd. Paris, 1981 : 4, 57-62.
- 32- RACINET C., TAOUG C. et BERTHET J.** : Evaluation échographique de la cicatrice de césarienne en cours de grossesse. Presse Méd. 1983 : 12, 19, 123, 234.
- 33- ERNY R., GAMMIERE M. et MARTIN A.** Complications des césariennes. Mises à jour en gynécologie et obstétrique Paris, Vigot, 1981 : 195-217.
- 34- FOURNIE., H. GRANDJEAN, J. MTHOULON.** La souffrance fœtale, progrès en gynécologie 2, MASSON 1987 : 3-9.
- 35- De TOURIS H., HENRION R. ET DELCOUR M.** Gynécologie et Obstétrique Encycl Med ; 1994 : 650 – 653
- 36- PETER J., MARTAILLE A., RONAYETTE D., COUET D et BAUDET J.H.** Les Indications de césarienne. A propos de 1000 cas. Rév. Fr. Gynéc. Obstét. 1982 : 3, 77, 175-182.
- 37- PUECH F.** Le dépassement de terme mises à jour en gynécologie et obstétrique Paris MASSON, 1978 : 137-143.
- 38- DUBOIS J.** Aspects actuels du problèmes que pose l'accouchement en présentation du siège. J. Gyn. Obstét. Biol. Reprod., 1994 : 10, 479-492.
- 39- DELOCOUR M. et THOULON J. M.** La conduite à tenir actuelle devant une dystocie. J. Gyn oBstét Biol. Reprod ., 1988 : 7, 222-258.
- 40- GRALL J. Y et COLL –** la mortalité prénatale dans la grossesse gémellaire. Etude de 576 observations. J. Gyn. Obstét. Biol. Reprod., 1980 : 9, 471-477.
- 41- HOLLARDS D., MICHALLET M. et SOTTO J.J.** Hématologie normale et pathologique du cours de la grossesse. Encycl. Méd. Chir. Paris, obstétrique, Fasc. 1992 : 10-12.
- 42- INGELMAN. , SUNDBERG A. et HOELSSON I.** Reversible Sterilization Fertility and Sterility Rév.Méd; 1997: 28-32, 287-289.
- 43- COUVELAIRE A.L.** Introduction à la chirurgie utérine obstétricale Paris, Steinheil, 1983 : 10-20, 24-50

## VELIRANO

« Eto anatrehan'ny ZANAHARY, eto anoloan'ny Mpampianatra ahy sy ireo Mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity Toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'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 :

Ho tsaboiko maimaim-poana 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 hahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho, dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka ho tanako ho ahy samiirery ireo tsiambaratelo haboraka amiko, ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoaafady na hanamorana famitan-keloka.

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

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona, na dia vao notorotoroina aza, 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 aho raha mivadika amin'izany ».

**Permis d'imprimés**

**Lu et APPROUVE  
Le Président de thèse  
Professeur Rakotovao Joseph Dieudonné**

**Vu et Permis d'imprimé  
Le Doyen de la Faculté de  
Médecine d'Antananarivo  
Professeur Rajaonarivelo Paul**

**Last and First name :** RASOLO Mamitiana Gerald Fabrice

**Title of thesis:** Prudence caesarean at the maternity hospital  
in toamasina from year 2001

**Classification:** Public Health

**Number of Page:** 50

**Number of tables:** 21

**Number of figurer:** 17

**Number of schema:** 07

**Number of reference:** 43

## **SUMMARY**

The frequency of the caesareans wasn't ceasing to increase these last years.

There are numerous indications, among those: the prudence caesarean or it owns four important indications: cicatricial uterus, foetal suffering, dystocia of breech presentation, precious child. So, to look further into this obstetrical practice, we proposed to carry out this retrospective study starting 238 files of patients collected at the Maternity Hospital in Toamasina during the year 2001.

During this period, the number of the caesarean are 238, either, a rate of 13,76% in this maternity. The number of the women operated for prudence caesarean is 46, a rate of 19,34% on the whole of the caesareans. The results of our study showed that: first; the foetal suffering (36,93%), second, the dystocia of breech presentation (23,26%) and the last the cicatricial uterus (23,93%) and the precious child (10,86%).

The suggestions are to reduce the complications especially the mortality. The best means is to make sensitive the women in procreate age in order to understand the importance of the antenatal consultation, the familial planning and especially to organize the personal training.

**Key words:** Caesareans – Prudence – Indications – CHR Toamasina

**Thesis Director:** Professor RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

**Reporter:** Doctor RAMILJAONA RAVELOSOA Elyane

**Correspondence:** III E 5 D bis C Mahamasina Sud – 101 Antananarivo

**Nom et Prénom :** RASOLO Mamy Tiana Gerald Fabrice

**Titre de la Thèse :** Opération Césarienne de Prudence au CHR Toamasina  
durant l'année 2001

**Rubrique :** Santé Publique

**Nombre de page :** 50      **Nombre de tableau :** 21      **Nombre de figure :** 17

**Nombre de schéma :** 07      **Nombre de référence bibliographique :** 43

## **RESUME**

La fréquence des césariennes n'a cessé d'augmenter ces dernières années. Les indications sont nombreuses, et parmi celles-ci il y a la césarienne de prudence, où elle possède quatre indications majeures : utérus cicatriciel, souffrance fœtale, dystocie de siège, enfant précieux. Et c'est pour approfondir cette pratique obstétricale que nous nous sommes proposés d'effectuer cette étude rétrospective à partir de 238 dossiers des patientes recueillies à la Maternité du CHR de Toamasina durant toute l'année 2001.

Durant cette période, le nombre de césarienne est de 238 soit un taux de 13,76% dans cette maternité. Le nombre des femmes opérées pour césarienne de prudence est de 46, soit un taux de 19,34% de l'ensemble des césariennes. Les résultats de notre étude ont montré que l'indication la plus fréquente est la souffrance fœtale (36,95%), suivie la dystocie du siège (28,26%), et après l'utérus cicatriciel (23,93%), et de l'enfant précieux, dont le taux est de 10,86%.

Les suggestions ont donc été orientées de façon à ce que l'on obtienne des meilleurs résultats afin de diminuer les complications, surtout la mortalité. Pour cela, le meilleur moyen est de soulever les problèmes, de faire une sensibilisation des femmes en âge de procréer sur l'importance de la consultation prénatale et du planning familial et surtout de faire une formation des personnels soignants.

**Mots clés :** Césariennes – Prudence – Indications – CHR de Toamasina.

**Directeur de Thèse :** Professeur RAKOTOVAO Joseph Dieudonné

**Rapporteur de Thèse :** Docteur RAMILIJAONINA RAVELOSOA Elyane

**Adresse de l'Auteur :** Lot III E 15 D bis C Mahamasina Sud – 101 Antananarivo