

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION.....	1
Première Partie : REVUE DE LA LITTERATURE	2
I. RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE L'UTERUS GRAVIDE	2
I.1. Anatomie.....	2
I.1.1. Structure.....	2
a) Le corps utérin	2
b) Le segment inférieur :	2
c) Le col de l'utérus.....	4
I. 1.2. Innervation	4
I.1. 3. Vascularisation.....	4
I.2. Physiologie de l'utérus gravide à terme.....	5
I. 2.1. Mécanisme de déclenchement du travail	5
I.2.2. Contractions utérines	5
I.2.3. Effets des contractions utérines	6
II. L'OPERATION CESARIENNE.....	6
II.1. Définition.....	6
II.2. Historique.....	6
II.3. Indications	7
II.3. 1 Césariennes obligatoires.....	7
II.3. 2. Césariennes de prudence	7
II. 3.3. Césariennes de nécessité.....	8
II.4. Contre-indications.....	8
II.5. Technique opératoire	8
II.5.1. Préparations de l'intervention	8
a) Préparatifs.....	8
b) L'anesthésie.....	9
II.5.2.Incision pariétale	9
II.5.3. Hystérotomie.....	10

II.5.4. Extraction de l'enfant	12
II.5.5. Délivrance	12
II.5.6. Fermeture de l'utérus.....	12
II.6.Complications de la césarienne	12
II.6.1 Complications maternelles	12
a) Mortalité maternelle.....	12
b) Morbidité maternelle	13
II.6.2. Mortalité et morbidité fœtales.....	13
III. OPERATION CESARIENNE DITE DE NECESSITE.....	14
III.1. Définition.....	14
III.2. Principales indications.....	14
III.2.1. Dystocie dynamique.....	14
III.2.2. Néphropathie gravidique.....	15
III.2.3. Syndrome de prérupture.....	16
III.2.4. Rupture prématurée des membranes.....	17
III.2.5. Grossesses prolongées.....	17
III.2.6. Diabète gestationnel	18
III.2.7. Hématome rétro-placentaire.....	18
III.2.8. Dystocie cervicale.....	19
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	20
I. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	20
II. CADRE D'ETUDE.....	20
III. METHODOLOGIE.....	24
IV. LES RESULTATS.....	25
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS.....	69
I. COMMENTAIRES	69
II. SUGGESTIONS.....	75
CONCLUSION.....	69
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau n° 1: Répartition selon les modes d'accouchement.....	25
Tableau n° 2: Fréquence mensuelle de césariennes de nécessité.....	27
Tableau n° 3: Répartition des principales indications de césariennes	29
Tableau n° 4: Répartition selon l'âge.....	31
Tableau n° 5 : Répartition selon la gestité	33
Tableau n° 6: Répartition selon la parité.....	35
Tableau n° 7: Répartition selon la catégorie professionnelle.....	37
Tableau n° 8: Répartition selon l'état marital	39
Tableau n° 9: Répartition selon le niveau scolaire.....	41
Tableau n° 10: Répartition selon la résidence.	43
Tableau n° 11: Répartition selon le mode d'admission	45
Tableau n° 12: Répartition selon l'assiduité aux consultations prénatales	47
Tableau n° 13: Répartition selon les habitudes de vie et toxiques des gestantes.....	49
Tableau n° 14: Répartition selon les indications.....	51
Tableau n° 15: Répartition selon l'anesthésie pratiquée	53
Tableau n° 16: Répartition selon les types d'incision cutanée.....	55
Tableau n° 17: Répartition selon les suites opératoires	57
Tableau n° 18: Répartition selon le séjour hospitalier	59
Tableau n° 19: Répartition selon le sexe de bébé.	61
Tableau n° 20 : Répartition des aspects du liquide amniotique.....	63
Tableau n° 21 : Répartition des enfants selon l'état à la naissance.....	65
Tableau n° 22 : Répartition selon le poids à la naissance.....	67

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n° 1 : Les modes d'accouchement	26
Figure n° 2 : Fréquence mensuelle de césariennes de nécessité	28
Figure n° 3 : Les principales indications de césariennes	30
Figure n° 4 : Age des gestantes	32
Figure n° 5 : La gestité des céararisées	34
Figure n° 6 : La parité des gestantes	36
Figure n° 7 : La catégorie professionnelle des gestantes	38
Figure n° 8 : L'état marital	40
Figure n° 9 : Le niveau scolaire des parturientes	42
Figure n° 10 : La résidence des gestantes	44
Figure n° 11 : Le mode d'admission des césarisées	46
Figure n° 12 : L'assiduité des parturientes aux consultations prénatales	48
Figure n° 13 : Habitudes de vie et toxiques des gestantes	50
Figure n° 14 : Indications de césariennes de nécessité	52
Figure n° 15 : Anesthésie pratiquée	54
Figure n° 16 : Types d'incision pratiquée	56
Figure n° 17 : Suites opératoires des césarisées	58
Figure n° 18 : Séjour hospitalier des opérées	60
Figure n° 19: Le sexe des bébés	62
Figure n° 20 : Aspect du liquide amniotique	64
Figure n° 21: Etat à la naissance des bébés	66
Figure n° 22: Poids à la naissance des bébés	68

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma n° 1 : Rapports de l'utérus gravide (4)	3
Schéma n° 2 : Utérus gravide avec ses trois parties (4)	3
Schéma n° 3 : Incision pariétale.....	11
Schéma n° 4 : Incision péritonéale montrant l'utérus et la vessie	11
Schéma n° 5 : Décollement et rétraction de la vessie	11
Schéma n° 6 : Hystérotomie segmentaire	11
Schéma n° 7 : Extraction fœtale.....	11
Schéma n° 8 : Délivrance placentaire	11
Schéma n° 9 : Suture du segment inférieur.....	11
Schéma n° 10 : Utérus après la suture du péritoine viscéral.....	11
Schéma n° 11 : Organigramme du CHUA/ Gynécologie Obstétrique Befelatanana.....	23

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
ARL	: Anesthésie Loco-régionale
USA	: Etats Unis d’Amérique
LMSO	: Laparotomie Médiane Sous-Ombilicale
HRP	: Hématome Rétro-placentaire
SA	: Semaine d ‘Aménorrhée
HTA	: Hypertension Artérielle
PAS	: Pression Artérielle Systolique
PAD	: Pression Artérielle Diastolique
DPPNI	: Décollement Prématuro du Placenta Normalement Inséré
h	: heure
g	: Gramme
l	: litre
Cm	: centimètre
RAA	: Rhumatisme Articulaire Aigu
CPN	: Consultation Périnatale
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
ONG	: Organisme Non Gouvernemental

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

INTRODUCTION

La césarienne est une intervention chirurgicale, probablement la plus ancienne.

En France, aux USA, comme à Madagascar, ces dernières années, le taux de césarienne a augmenté considérablement malgré ses frais, ses risques de mortalité et de morbidité materno- fœtales encourus par rapport à l'accouchement par voie basse. Cependant, on peut la considérer comme une source de problèmes surtout économiques pour les pays sous développés comme Madagascar.

La base de cette étude concerne surtout la césarienne de nécessité dont les sources sont les pathologies maternelles dites « dépassées » qui sont des maladies accessibles par le traitement médical ; mais par négligence ou par retard de prise en charge, ne peuvent pas être maîtrisées.

Notre étude se déroule au sein du CHUA Maternité de BEFELATANANA qui est une Maternité de référence Nationale et considérée comme la plus grande Maternité en Afrique. C'est une étude rétrospective allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004. Elle a pour objectifs surtout d'évaluer l'épidémiologie de la césarienne de nécessité, d'étudier les principales indications, d'évaluer la mortalité et la morbidité, et de proposer quelques solutions pour un changement de comportement.

Elle comprend 3 parties :

- La première partie est réservée à la revue de la littérature.
- La seconde est consacrée à l'étude proprement dite.
- La troisième partie est axée sur les commentaires et suggestions.

Une conclusion clôturera l'étude.

PREMIERE PARTIE
REVUE DE LA LITTERATURE

I. RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES DE L'UTERUS GRAVIDE

I.1. Anatomie (1) (2) (3)

L'utérus subit une modification importante au cours de la grossesse.

I.1.1. Structure

L'utérus comprend 3 parties distinctes:

a) Le corps utérin

C'est la partie la plus importante. Il est constitué de fibres musculaires lisses qui se sont multipliées, allongées et dépliées pendant la grossesse. Ces fibres, groupées en faisceaux, sont réparties en 2 couches circulaires dites :

- actives externes
- actives internes

Elles sont séparées par une couche pléxiforme comprenant de nombreux vaisseaux entourés de fibres lisses, disposées en tout sens. L'épaisseur de la paroi musculaire du fond utérin est d'environ 1 cm.

b) Le segment inférieur :

C'est la partie intermédiaire entre le col et le corps de l'utérus. Il n'existe que pendant la grossesse, à partir du 6^{ème} mois et se forme à partir de la région isthmique de l'utérus non gravide. Il a la forme d'une calotte renversée qui se déroule sur la présentation; son épaisseur est d'environ 3 mm.

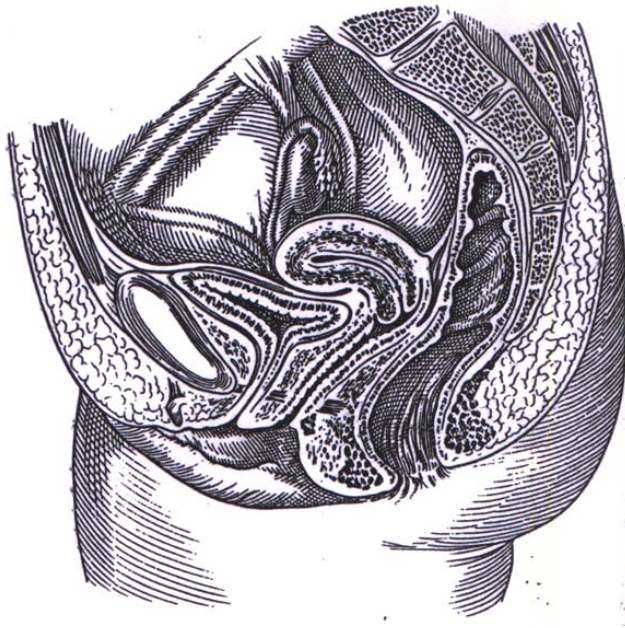


Schéma n° 1 : Rapports de l'utérus gravide (4)

- (1) Col
- (2) Segment inférieur
- (3) Corps
- (4) Péritoine adhérent
- (5) Péritoine décollable

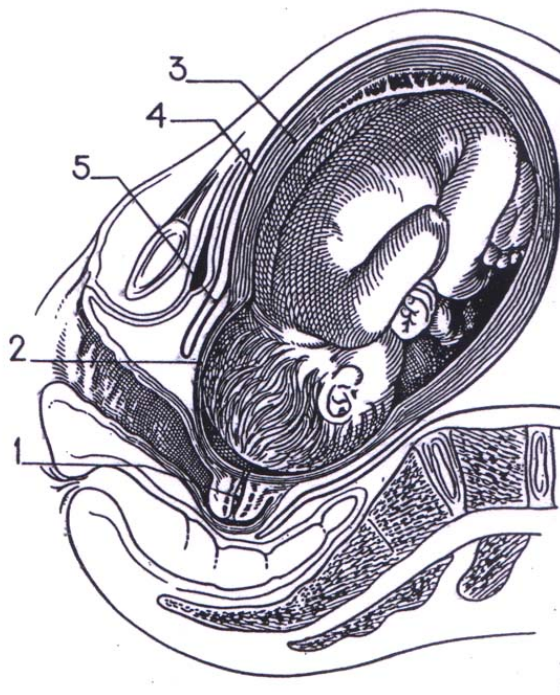


Schéma n° 2 : Utérus gravide avec ses trois parties (4)

c) Le col de l'utérus

Contrairement au corps, il se modifie peu pendant la grossesse. Il contient, entre les fibres musculaires lisses, une proportion importante de tissus conjonctifs qui va se ramollir à l'approche du terme.

Parallèlement, le col tend à devenir perméable au niveau de ses deux orifices mais obturé par le bouchon muqueux jusqu'à l'entrée en travail.

I. 1.2. Innervation

Elle comprend :

- un système nerveux autonome régissant la contractilité propre des fibres musculaires lisses,
- un système nerveux central en relation avec:
 - les voies sensibles empruntant les ligaments utero-sacrés, le nerf présacré, la moelle, puis l'hypothalamus et le cortex au-delà d'un certain seuil,
 - les voies motrices qui sont les racines antérieures des nerfs sacrés (parasympathique pelvien).

I.1. 3. Vascularisation

Les vaisseaux, artères et veines augmentent considérablement de calibre au cours de la grossesse.

Les artères branches de l'utérine s'anastomosent entre elles de chaque côté opposé de celui-ci. Une zone médiane longitudinale peu vasculaire est ainsi ménagée. Cette zone est empruntée par l'incision d'hystérotomie dans la césarienne corporéale.

Les veines forment de gros troncs veineux latéraux utérins qui collectent les branches corporéales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche pléxiforme. Elles sont soumises ainsi à la rétractilité des anneaux musculaires après la délivrance.

I.2. Physiologie de l'utérus gravide à terme (4)(5)

L'utérus n'est pas atone pendant la gestation, il a gardé une activité contractile qui est restée faible jusqu'à l'entrée en travail et marque l'apparition des contractions utérines.

I. 2.1. Mécanisme de déclenchement du travail

Il est caractérisé par :

- la disparition du blocage progestéronique local (au niveau de l'aire placentaire) de l'activité contractile de l'utérus,
- la libération importante d'ocytocine post hypophysaire par réflexe utéro-hypothalamique déclenché par la distension des fibres utérines,
- la mise en circulation de prostaglandines dont l'action ocytocique est bien démontrée à présent,
- l'activation des corticosurrénales et le rôle de la cortisone sont aussi probables.

I.2.2. Contractions utérines

Ce sont des durcissements passagers de l'utérus suivis d'un relâchement. Les contractions utérines ont les propriétés suivantes :

- involontaires, spontanées, totales
- intermittentes
- douloureuses
- efficaces

C'est à dire entraînant la dilatation du col.

Les anomalies de ces contractions peuvent être liées à leur fréquence ou à leur durée, et s'accompagnent d'un durcissement de l'utérus perceptible au palper abdominal.

I.2.3. Effets des contractions utérines

Elles ont un triple effet :

- l'effacement du canal cervical cylindrique en un simple anneau musculaire souple,
- la dilatation de cet anneau jusqu'à un diamètre de 10 cm,
- et l'expulsion du fœtus dans le tube que forme la partie basse de l'utérus et du vagin.

II. L'OPERATION CESARIENNE

II.1. Définition (6)

Le mot « césarienne » vient du mot latin « caedere » qui signifie couper.

L'opération césarienne abdominale est une intervention obstétricale par une incision abdominale et utérine dans le but d'extraire le fœtus.

II.2. Historique (7)(8)(9)

L'intervention césarienne est d'origine ancienne. En effet, dans les temps romains, la loi interdisait déjà d'enterrer les femmes enceintes sans avoir ouvert l'abdomen pour retirer le fœtus.

Pendant de nombreux siècles, la césarienne ne fut effectuée qu'après la mort de la mère jusqu'au XVI^{ème} siècle où Le CHARTREUR de PORC et Jacques NUFEN l'ont pratiqué sur leurs propres femmes, avec mère et enfant vivants.

En 1581, François ROUSSET publia le premier livre consacré à cette intervention intitulé : « HYSTEROTOMIE ou enfantement par césarienne ».

En XVII^{ème} siècle, la césarienne sur femme vivante n'a pas connu beaucoup de succès car jugée trop mortelle pour la parturiente, même condamnée par MAURICEAU PARE et GUILLEMEAU.

Au XVII^{ème} siècle, cette opération reste encore une tentative pour BEAUDELOCQUE et ses partisans et qualifiée comme « intervention de désespoirs » pour TANIER et LENOIR au XIX^{ème} siècle.

Ce n'est qu'au début du XX^{ème} siècle grâce à l'anesthésie réanimation que la mortalité maternelle de la césarienne est presque nulle.

De nos jours, elle est devenue une intervention presque banale autant pour l'obstétricien que pour la parturiente.

II.3. Indications

La césarienne est surtout pratiquée quand l'obstétricien juge que l'accouchement par voie basse n'est pas possible (10).

Les indications peuvent être classées en 3 catégories (11) :

II.3. 1 Césariennes obligatoires

Elles sont obligatoires dans :

- la disproportion foeto-pelvienne,
- le Placenta Praevia hémorragique,
- les anomalies de présentation,
- et la rupture utérine.

L'absence d'intervention conduit obligatoirement au décès de la mère et/ou à l'enfant, ou encore à des séquelles très graves.

II.3. 2. Césariennes de prudence

Elles sont de prudence en cas de :

- utérus cicatriciel,
- dystocie du siège,
- souffrance fœtale, « enfant précieux » des primipares âgées.

La césarienne apporte une meilleure survie pour la mère et/ou pour l'enfant.

II. 3.3. Césariennes de nécessité

Elles découlent de situations pathologiques « dépassées » nécessitant une intervention de sauvetage pour la mère et pour l'enfant :

- la dysgravidie et ses complications,
- la dystocie dynamique,
- les autres pathologies maternelles.

II.4. Contre-indications (12)(13)

Il n'y a pas de contre-indications absolues de la césarienne, elles peuvent être d'origine maternelle ou fœtale. Elles sont dues à :

- une infection amniotique sévère,
- des malformations fœtales : hydrocéphalies, anencéphalie,
- une mort du fœtus in utero,
- un âge gestationnel < à 32 SA.

II.5. Technique opératoire

Le but de l'opération est d'extraire facilement et rapidement le fœtus par une exposition correcte du champ opératoire sans risque d'infection ou de déhiscence ultérieure de la brèche d'hystérotomie, et d'avoir une esthétique satisfaisante.

II.5.1. Préparations de l'intervention

En cas d'urgence, la consultation pré-anesthésique ainsi que l'information du type de chirurgie à pratiquer sur la parturiente peuvent ne pas être faite. Néanmoins, on doit avoir le consentement de la mère ou de sa famille sur l'intervention elle-même.

a) Préparatifs (14)

- Mise en place d'une Voie veineuse
- Préparation pariétale avec une douche antiseptique en insistant sur l'ombilic
- Rasage des poils
- Mise en place d'une sonde vésicale à demeure.

b) L'anesthésie(14)(15)(16)(17)

L'anesthésie est adaptée selon le degré d'urgence de l'opération.

- L'anesthésie générale

Elle reste indiquée dans les urgences extrêmes, bien codifiée, il faut éviter un réveil maternel en cours de l'intervention, minimiser le passage transplacentaire des médicaments et éviter un effet utérorelaxant des anesthésiques.

L'anesthésie générale s'accompagne d'une intubation trachéale qui est un peu difficile du fait de l'œdème des voies aériennes supérieures chez les femmes enceintes.

- L'anesthésie loco-régionale (ARL)

Elle est surtout indiquée dans les césariennes programmées. Elle permet :

- de préserver la conscience de la parturiente, et de participer à la naissance de l'enfant,
- d'assurer une analgésie post-opératoire précoce,
- de diminuer le risque thromboembolique.

On a deux types d'anesthésie loco-régionale (ARL):

❖ L'anesthésie péridurale ou épidurale

Elle consiste en l'injection de produits anesthésiques dans l'espace péridural L3-L4 à l'aide d'un cathéter laissé en place, dans le but d'obtenir une analgésie ou une anesthésie. Elle a une action longue, donne une hypotension progressive et a peu d'effet sur le fœtus.

❖ La rachianesthésie

Elle consiste à l'injection de médicaments d'anesthésie dans le liquide céphalorachidien (espace péridural L2-L3) dans le but d'obtenir une analgésie ou anesthésie. Son induction est plus rapide et elle s'accompagne d'une hypotension brutale et profonde, mais ne passe pas à travers le placenta, donc le risque est plutôt pour la mère.

II.5.2.Incision pariétale

On a différents types d'incisions dont le choix dépend de la qualité d'exposition de l'utérus (18) :

- la laparotomie médiane sous-omblicale dont l'avantage est sa rapidité. Elle est toujours utilisée en cas d'extrême urgence et de souffrance fœtale,

- l'incision type Pfannenstiel dont l'avantage est l'esthétique.

Dans la suite de notre étude, nous allons décrire la technique de Misgav-Ladach (19).

Il s'agit de :

- une incision cutanée transversale à 3cm sous la ligne interépineuse,
- une ouverture pariétale par écartement digital,
- pas de champs abdominaux,
- une incision du péritoine vésico –utérin,
- un décollement aux doigts de la vessie.

II.5.3. Hystérotomie (20)

On pratique une incision segmentaire transversale sur le segment inférieur que l'on agrandit latéralement aux doigts.



Schéma n° 3 :
Incision pariétale

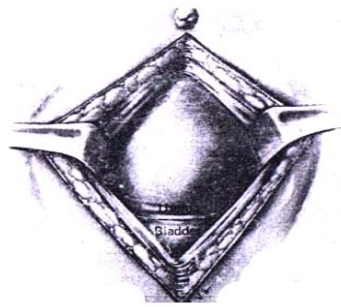


Schéma n° 4 : Incision
péritonéale montrant l'utérus et
la vessie



Schéma n° 5 : Décollement et
rétraction de la vessie



Schéma n° 6 : Hystérotomie
segmentaire



Schéma n° 7 : Extraction fœtale



Schéma n° 8 : Délivrance
placentaire



Schéma n° 9 : Suture
du segment inférieur



Schéma n° 10 : Utérus après
la suture du péritoine viscéral

Technique de la césarienne en huit schémas : Source (20)

II.5.4. Extraction de l'enfant

Elle est effectuée avec douceur : on saisit le menton du fœtus avec la main et le pouce dans la bouche, et on l'amène en avant par une série de petits mouvements de flexion et d'extension de la tête.

II.5.5. Délivrance

Elle est manuelle et immédiate. L'utérus est extériorisé hors de la cavité abdominale que l'on masse après.

II.5.6. Fermeture de l'utérus

- Péritonisation
- Fermeture aponévrotique par un surjet continu non passé
- Rapprochement sous cutané
- Pas de drainage
- Fermeture cutanée par quelques points espacés

II.6. Complications de la césarienne

Les accidents et complications de la césarienne doivent être envisagés du double point de vue maternelle et fœtale. (21)

II.6.1 Complications maternelles

a) Mortalité maternelle

Elle a considérablement diminué actuellement en Europe, grâce à l'apport des techniques de réanimation et d'anesthésie.

Les principales causes de décès retrouvées sont (22):

- les infections sévères : la septicémie, la péritonite post-opératoire consécutives à une endométrite passée inaperçue,
- les complications hémorragiques : le placenta praevia , l'atonie utérine, les troubles de la coagulation, les hémorragies de la délivrance,
- les embolies amniotiques : ce sont des complications rares,

- les complications anesthésiques : le choc anaphylactique, l'asphyxie, le syndrome de Mendelson.
- les pathologies maternelles existantes : la toxémie, HRP, les cardiopathies.

b) Morbidité maternelle

La morbidité maternelle est surtout liée :

- Aux complications infectieuses (23)(24) :
 - l'endométrite post-opératoire diminuée par l'antibioprophylaxie, pouvant entraîner une thrombophlébite septique,
 - les infections urinaires,
 - les infections de sites opératoires.
- Aux complications non infectieuses (25):
 - les thrombophlébites septiques,
 - les complications respiratoires engendrées par l'analgésique péridurale: l'atélectasie,
 - les complications traumatiques: plaies viscérales, plaies artérielles,
 - le risque de rupture utérine,
 - le risque de placenta praevia,
 - la diminution de la fécondité,
 - l'augmentation du risque d'hystérectomie d'hémostase.

II.6.2. Mortalité et morbidité fœtales (26)

Elles sont plus élevées en matière de césarienne surtout pour le fœtus. Les causes sont liées aux :

- pathologies maternelles, responsables de souffrance fœtale chronique et premier responsable de prématurité,
- effets anesthésiques : surtout l'anesthésie générale responsable d'hypoxie, de dépression des centres respiratoires. L'anesthésie loco-régionale n'est pas toxique pour le fœtus,

- complications respiratoires, responsables de mortalité périnatale par détresse respiratoire augmentée en cas de césarienne par rapport à l'accouchement par voie basse,
- aspirations du liquide amniotique, maladie des membranes hyalines nécessitant une désobstruction rapide et immédiate des voies respiratoires,
- raisons traumatiques : les blessures lors de l'incision utérine, la difficulté de l'extraction responsable des lésions cérébro-méningées, et de paralysie du plexus brachial.

III. OPERATION CESARIENNE DITE DE NECESSITE

III.1. Définition (27)

Les opérations dites de « nécessité » découlent des pathologies accessibles au traitement médical mais qui, par faute de prises en charge correctes, aboutissent à une situation « dépassée » imposant une intervention de sauvetage maternel et fœtal.

III.2. Principales indications

III.2.1. Dystocie dynamique (28)(29)

C'est l'ensemble de phénomènes qui perturbent le fonctionnement des muscles utérins lors des contractions utérines. Ils sont dus d'une part à une viciation de contractions utérines qui n'ont pas un aspect normal dans sa fréquence, sa durée, son intensité ou tonus de base, d'autre part à une inefficacité de la dilatation, des contractions apparemment correctes. Ces anomalies peuvent prolonger le travail et peuvent avoir des effets néfastes sur le fœtus par une souffrance fœtale aiguë nécessitant une extraction fœtale rapide.

La dystocie dynamique peut être diagnostiquée par la surveillance sur partogramme.

III.2.2. Néphropathie gravidique (30)(31)

C'est une maladie induite par l'état gravidique qui disparaît avec lui. On l'appelle aussi la toxémie, la dysgravidie, la gestose ou syndrome vasculo-renal de la grossesse.

C'est un syndrome tardif, se révélant habituellement au troisième trimestre de la grossesse, et qui semble atteindre beaucoup plus les primigestes.

L'étiologie est encore floue mais on a constaté des grossesses à risque.

Les facteurs de risques sont :

- les facteurs héréditaires : par le gène autosomique récessif du côté maternel,
- les facteurs fœtaux ou placentaires fréquents lors des trisomies treize,
- les facteurs immunitaires où le contact avec les Antigènes paternels favorise la tolérance immunitaire permettant l'invasion trophoblastique,
- les facteurs maternels: par l'existence de risque accru chez les diabétiques, le syndrome antiphospholipide, la distension utérine chez les grossesses multiples, l'hydramnios, chez les femmes ayant eu un môle et un placenta latéral,
- enfin les facteurs économiques, les habitudes alimentaires et les ethnies.

Cliniquement, on distingue deux formes de dysgravidie :

- la forme légère,
- la forme sévère.

➤ La forme légère :

Elle se développe après 24 SA, est caractérisée par la triade :

- HTA avec: - PAS supérieure ou égale à 140mmHg ou une augmentation de 30 mmHg par rapport à la valeur habituelle.
- ou PAD supérieure ou égale à 90 mmHg ou augmentée de 20mmHg par rapport à la valeur habituelle.
- Protéinurie <0.5g /l/24h

□ Œdème qui est un œdème mou, indolore prenant le godet, et qui disparaît 24h après le repos. Il se situe au niveau du visage ou des malléoles ou se manifeste par une prise de poids excessive.

➤ La forme sévère :

□ L'HTA: PAS >160mmHg

PAD >>100mmHg

□ L'albuminurie >0.5g/l /24h

□ L'œdème ne disparaît pas après 24h de repos

□ L'existence de complication telles que l'amaurose, les crises éclamptiques.

Le traitement est basé sur :

- le repos strict au lit, loin des bruits, qui améliore la tension artérielle,
- le régime désodé de plus en plus discuté,
- les hypotenseurs et vasodilatateurs qui préviennent les complications maternelles surtout dans les cas sévères,
- les tranquillisants.

III.2.3. Syndrome de prérupture (32)(33)

Appelé encore syndrome de Bandl Frommel, c'est le stade d'imminence de la rupture. Il est caractérisé par 4 signes principaux :

- l'utérus en sablier,
- l'ascension de l'anneau de Bandl ou anneau de rétraction,
- la contracture utérine,
- la tension douloureuse des ligaments ronds.

La crainte de la rupture utérine pousse l'obstétricien à faire une césarienne.

III.2.4. Rupture prématurée des membranes (34)

Elle se définit comme une rupture de l'amnios et du chorion avant le début du travail, et se manifeste par un écoulement vaginal de liquide clair, abondant, continu, accru par la mobilisation transabdominale du fœtus.

Elle est à différencier de l'incontinence urinaire d'effort confirmée par le test au Bleu de méthylène; de la rupture d'une poche amnio-choriale qui est un écoulement unique et négatif aux manœuvres de mobilisation fœtale.

La rupture prématurée des membranes expose l'enfant à des complications comme la prématurité et l'infection. On a aussi le risque de procidence du cordon, la fréquence élevée de présentations anormales, les anomalies du travail telles que la dystocie dynamique. Les complications maternelles sont devenues beaucoup plus rares.

La conduite à tenir est surtout l'hospitalisation jusqu'à l'accouchement, une antibiothérapie d'abord préventive en cas de risques particuliers tels qu'un antécédent de RAA, et une prise de corticoïdes, puis antibiotique en cas d'infection amniotique.

III.2.5. Grossesses prolongées (35)

On admet qu'une grossesse est prolongée quand sa durée dépasse 280 jours ou lorsque chez une femme parfaitement réglée, la durée de l'aménorrhée gravidique est supérieure à 295 jours.

Le problème posé par ce dépassement est celui du retentissement fœtal. La cause certaine est l'anencéphalie sans hydramnios ; en outre on la rencontre aussi chez la femme à antécédent de dépassement. En dehors de ces faits, l'étiologie est inconnue.

Le diagnostic de cette pathologie dépend surtout de la date exacte des dernières règles. On a aussi d'autres examens paracliniques pour la confirmer tels que la radiographie, l'échographie, le dosage de l'Alpha phospho-protéine, et le dosage d'œstradiol.

L'attitude thérapeutique est guidée par le fait que la souffrance fœtale survient de façon inéluctable après 10 jours de terme dépassé vrai. La césarienne semble la seule méthode admissible dans ce cas-là, car l'enfant post-mature est fragile, et l'échec du déclenchement de travail est fréquent et peut avoir des risques de souffrance entraînant la mort fœtale.

III.2.6. Diabète gestationnel

Un diabète découvert au cours de la grossesse est dit diabète gestationnel. (36)

Les enfants nés de ces grossesses sont en moyenne plus gros que lors de grossesses non diabétiques, c'est la MACROSOMIE. Ils ont un risque accru de malformation congénitale. (37) Ce type de diabète existe vers 26-28 SA d'où la nécessité de dépistage systématique lors de la CPN.

Il existe des facteurs de risques tels que l'obésité, l'antécédent familial de diabète type II, l'antécédent de gros enfant à la naissance, d'une hyperglycémie lors de la prise d'oestro-progestatif ou découverte d'une glycosurie lors d'une grossesse antérieure.

La surveillance de ces femmes doit se faire très tôt, d'abord mensuelle au premier trimestre, puis bimensuelle au deuxième trimestre, pour être hebdomadaire au troisième trimestre. Ceci, dans le but de dépister tôt une anomalie congénitale, une complication du diabète et de trouver une HTA, une souffrance fœtale. (38)

Cette surveillance est d'abord maternelle :

- contrôle de la glycémie,
- dépistage des complications par fond d'œil,
- dosage d'uricémie, créatininémie, micro-albuminémie.

Puis elle est fœtale à la recherche d'une souffrance fœtale.

Les conduites à tenir sont (39)(40) :

- o une prise en charge diabétologique par un régime alimentaire, un contrôle de glycémie à jeun et post prandiale, et une Insulinothérapie associée en l'absence de normalisation glycémique,
- o une prise en charge obstétricale où la césarienne est indiquée en cas de souffrance fœtale aiguë.

III.2.7. Hématome rétro-placentaire (41)

Ce syndrome réalise un Décollement Préaturé du Placenta Normalement Inséré (DPPNI) dans la cavité utérine entraînant la présence d'un hématome plus ou moins volumineux situé entre le placenta et l'utérus.

Les facteurs de risques sont :

- l'âge et la parité : l'HRP augmente après 30 ans et avec la parité,
- les malades de l'HTA sont plus fréquents,
- ou d'origine traumatique : mais à apparition tardive, quelque fois 2-3j après le traumatisme,
- l'ethnie où l'HRP est fréquente chez les noires,
- le tabagisme, l'éthylisme, cocaïne responsables de l'HTA,
- l'éclampsie,
- le niveau socio-économique bas.

Cliniquement, l'hématome rétro-placentaire est caractérisé par :

- une douleur abdominale d'apparition brutale, intense au niveau de l'utérus en «Coup de poignard »,
- une hémorragie minime faite de sang noirâtre,
- une hypertonie utérine : « Sébile de bois »,
- un état de choc : caractérisé par une pâleur, des sueurs profuses, une tachycardie, et une hypotension artérielle,
- une disparition des bruits du cœur fœtal.

Le traitement est l'extraction fœtale le plus rapide possible pour éviter les complications et surtout la mort maternelle et /ou fœtale.

III.2.8. Dystocie cervicale (42)

C'est l'arrêt ou l'absence de la dilatation du col au cours du travail, elle peut être acquise ou congénitale. Elle peut se présenter dès le début du travail par une agglutination de l'orifice externe caractérisé par l'absence de dilatation du col.

Elle est encore évoquée devant une stagnation de dilatation à 4-7cm et une perception au cours des contractions utérines d'un col épais et rigide parfois cerné par un anneau fibreux.

Elle fait appel à la césarienne pour éviter une souffrance fœtale aiguë qui peut aller jusqu'à la mort fœtale in utero.

DEUXIEME PARTIE
NOTRE ETUDE

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE

Notre étude a pour objectifs de :

- ❖ acquérir une notion épidémiologique de la césarienne de nécessité,
- ❖ étudier les principales indications de la césarienne de nécessité,
- ❖ évaluer la mortalité et la morbidité de la césarienne de nécessité,
- ❖ proposer une stratégie pour un changement de comportement.

II. CADRE D'ETUDE (43)

II.1. Présentation

Notre étude a été effectuée au Centre Hospitalier Universitaire Gynécologie Obstétrique de Befelatanana d'Antananarivo. Ce Centre hospitalier a été construit en 1957 et il comprend un rez-de-chaussée et quatre étages.

La Maternité de Befelatanana est l'un des Centres hospitaliers mis sous la houlette du Groupe Hospitalier Mère et Enfant. C'est le Centre de référence recours en matière de gynécologie obstétrique et de santé de la reproduction.

Elle comprend actuellement :

- le Service Administratif,
- le Service de Réception et de Triage,
- le Service de Consultation Gynécologique,
- le Service de Consultation Prénatale et Postnatale,
- le Service de la Santé de la Reproduction,
- le Service d'Exploration Fonctionnelle,
- les Salles d'Hospitalisation qui sont :
 - les Unités de Physiologie Obstétricale: la 1^{ère} unité se trouve au 2^{ème} étage
 - le Service de Pathologie Obstétricale qui se trouve au 3^{ème} étage
 - le Service de Gynécologie au 4^{ème} étage
 - le Service de Réanimation Adulte au 3^{ème} étage

- le Service de Néonatalogie qui comprend l'Unité KANGOUROU, la Réanimation Néonatale y compris la prise en charge des prématurés
- la Salle d'Accouchement,
- les deux Blocs Opératoires.

Chaque service est dirigé par un Chef de Service.

Les services sont regroupés en Unités de Soins de Formation et de recherche. (USFR). Ces unités sont sous la responsabilité du Directeur Adjoint Technique.

La Maternité est sous la direction du Médecin chef.

II.2. Personnel

Le Centre Hospitalier Maternité de Befelatanana est composé de 206 personnes dont :

- 33 médecins :
 - 3 chefs de clinique en gynécologie obstétrique,
 - 5 médecins spécialistes en gynécologie obstétrique,
 - 1 médecin titulaire du diplôme de radiologie et d'échographie,
 - 1 médecin pédiatre,
 - 1 médecin spécialiste en anesthésie et réanimation,
 - 22 médecins généralistes,
- 5 internes qualifiants en gynécologie obstétrique,
- 89 sage-femmes,
- 4 infirmiers,
- 2 aides anesthésistes,
- 1 assistante sociale,
- 27 personnels administratifs,
- 6 agents de sécurité,
- 40 agents d'appui,
- des stagiaires composés d'internes et d'étudiants en sixième année de médecine, d'élèves infirmiers et sage-femmes dont l'effectif et le séjour varient d'une période à l'autre.

II.3. Le Centre de « santé de la reproduction »

C'est un service nouvellement créé en 1997.

Il a pour fonction de :

- pratiquer la communication pour le changement de comportement (CCC) des femmes de la Maternité : accouchées, post-opérées et malades,
- orienter le choix des méthodes contraceptives des sortantes de la Maternité.

En résumé, la Maternité de Befelatanana comporte 15 services qui accomplissent des activités spécifiques dont des établissements des soins, de formation, de recherche, un service administratif et une cantine.

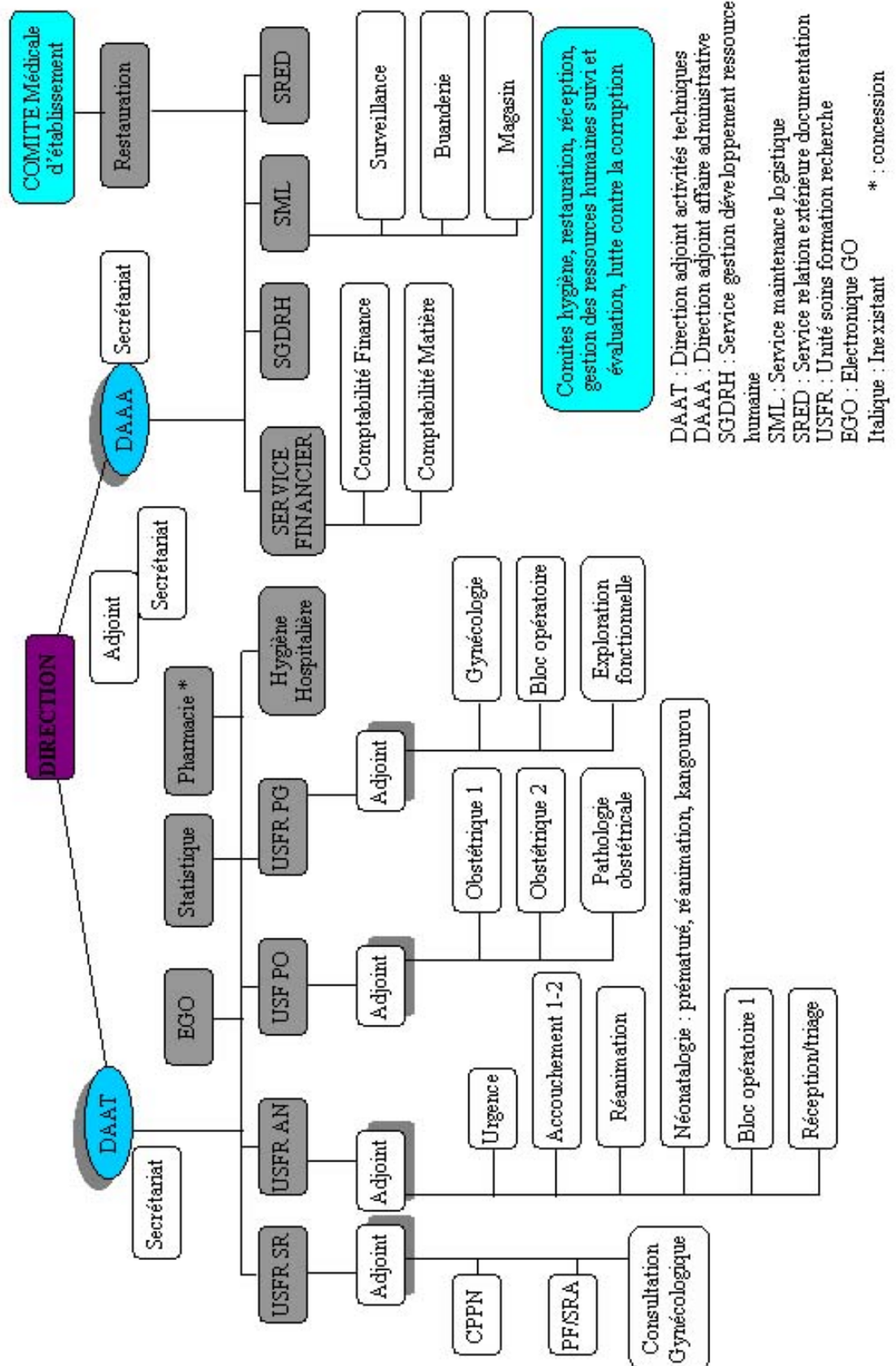


Schéma n° 11 : Organigramme du CHUA/ Gynécologie Obstétrique Befelatanana

III. METHODOLOGIE

III.1. Méthode

Notre travail est une étude rétrospective sur les opérations césariennes de nécessité à la Maternité de Befelatanana au cours de l'année 2004.

III. 2. Matériels d'étude

Les paramètres de notre étude ont été classés selon deux facteurs :

III.2.1-Facteurs maternels

Ces facteurs sont :

- l'âge,
- la parité,
- la gestité,
- la profession,
- l'état matrimonial,
- le niveau scolaire,
- la résidence,
- le mode d'admission,
- la CPN,
- les habitudes de vie et toxiques,
- les indications,
- l'anesthésie,
- les types d'incision cutanée,
- les suites opératoires,
- le séjour à l'hôpital.

III.2.2. Facteurs fœtaux

- le sexe,
- le poids,
- l'état à la naissance,
- l'aspect du liquide amniotique.

IV. LES RESULTATS

Les résultats de notre recherche sont présentés sous forme de tableaux et de schémas.

IV.1.Fréquence

IV.1.2 Les modalités d'accouchement

Tableau n° 1: Répartition selon les modes d'accouchement

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Voie Basse	7152	87.44%
Voie Haute	1027	12.56%
TOTAL	8179	100%

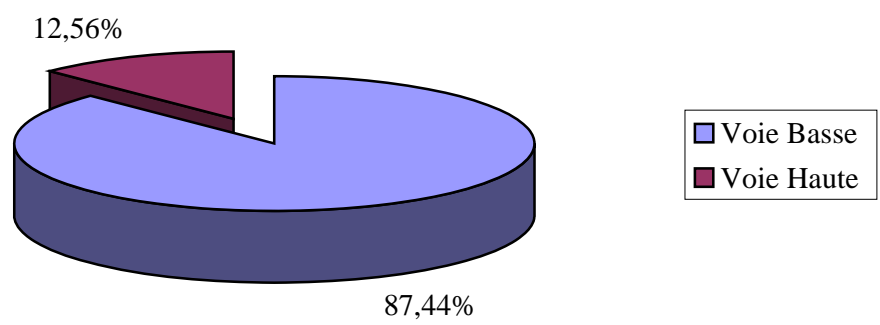


Figure n° 1 : Les modes d'accouchement

IV.1.3. Fréquence mensuelle de césariennes de nécessité

Tableau n° 2: Fréquence mensuelle de césariennes de nécessité

Mois	Taux
Janvier	13
Février	14
Mars	12
Avril	10
Mai	11
Juin	15
juillet	12
Août	17
Septembre	13
Octobre	9
Novembre	15
Décembre	11
TOTAL	152

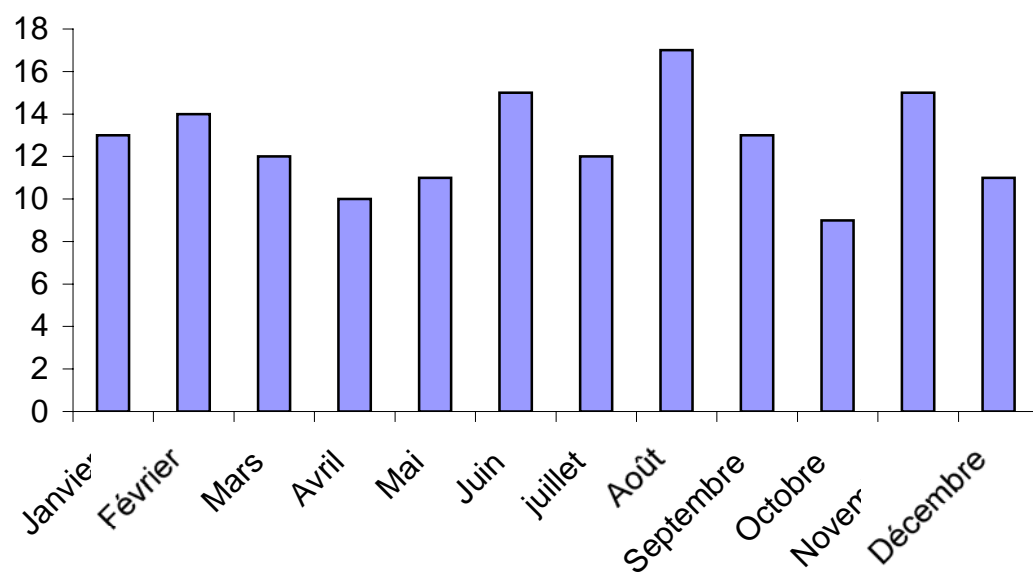


Figure n° 2 : Fréquence mensuelle de césariennes de nécessité

IV.1.3. Les principales indications de césariennes au CHUA Maternité de Befelatanana

Tableau n° 3: Répartition des principales indications de césariennes

Césariennes	Effectif	Pourcentage
Obligatoires	684	66.6%
Prudence	191	18.6%
Nécessité	152	14.8%
TOTAL	1027	100%

Les césariennes obligatoires prédominent.

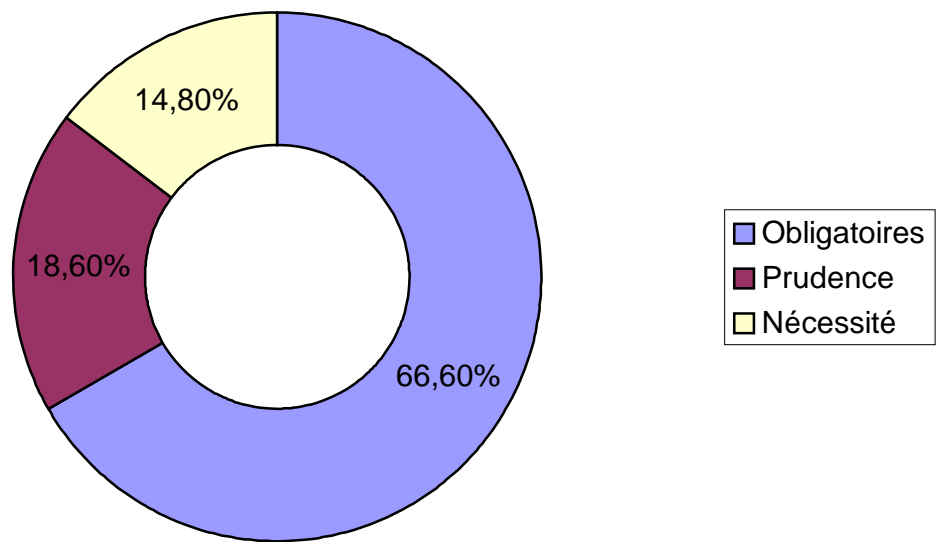


Figure n° 3 : Les principales indications de césariennes

IV.2. Facteurs maternels

IV.2.1. Age

Tableau n° 4: Répartition selon l'âge

Age	Effectif	Pourcentage
< 19 ans	38	25%
20-34 ans	80	52.6%
> ou = 35 ans	34	22.4%
TOTAL	152	100%

Les femmes de 20 à 34 ans sont les plus touchées par la césarienne de nécessité durant notre étude.

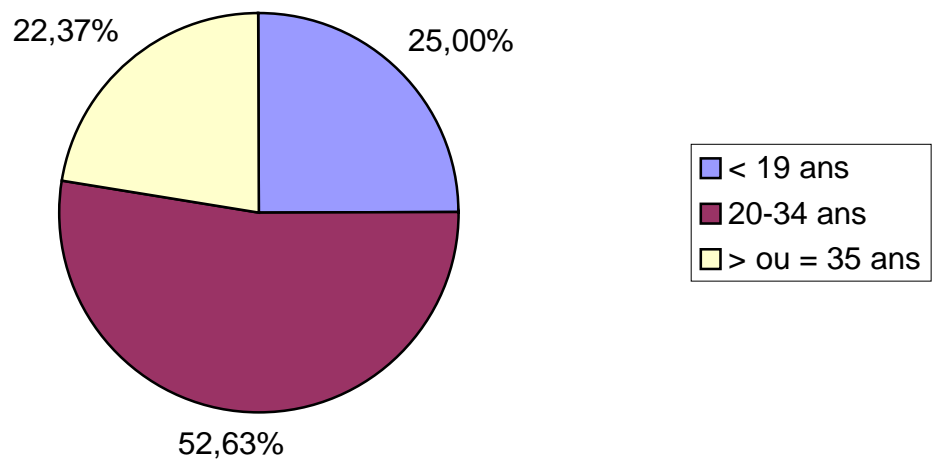


Figure n° 4 : Age des gestantes

IV.2.2. Gestité

Tableau n° 5 : Répartition selon la gestité

Gestité	Effectif	Taux
G1	34	22.4%
G2 à G4	72	47.3%
> G5	46	30.3%
TOTAL	152	100%

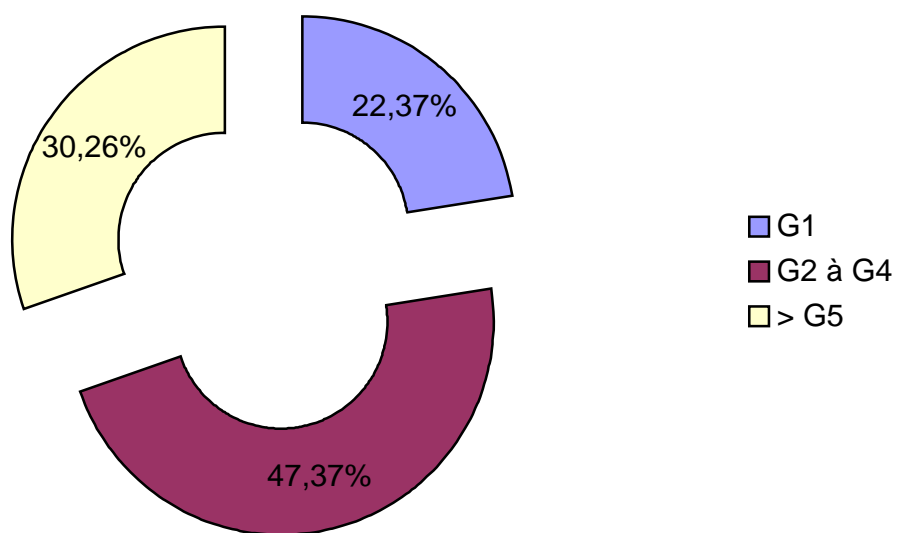


Figure n° 5 : La gestité des cérarisées

IV.2.3. Parité

Tableau n° 6: Répartition selon la parité

Parité	Effectif	Taux
Primipare 0-I	52	34.2%
Paucipare II- III	63	41.4%
Multipare IV-V	25	16.5%
Grande multipare V et plus	12	7.9%
TOTAL	152	100%

Les primipares et les paucipares prédominent.

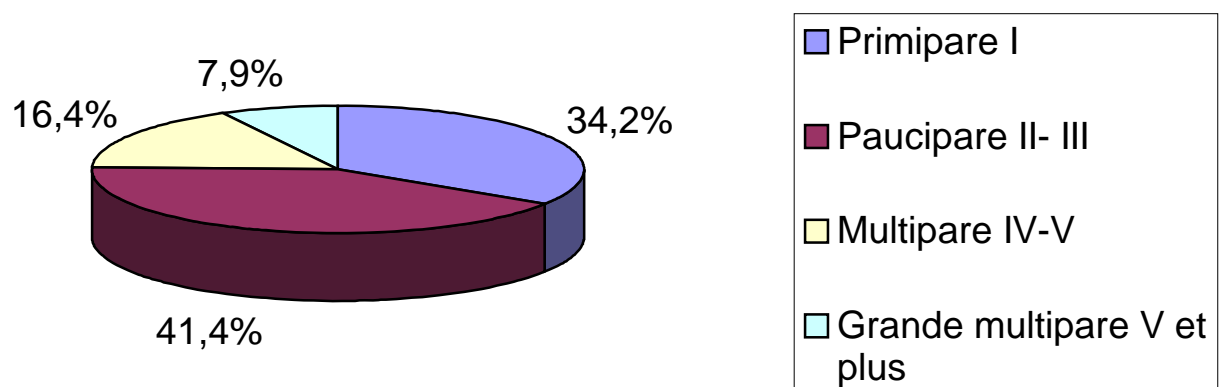


Figure n° 6 : La parité des gestantes

IV.2.4.Profession

Tableau n° 7: Répartition selon la catégorie professionnelle

Catégorie professionnelle	Effectif	Taux
Ménagère	76	50%
Cultivatrice	24	15.8%
Commerçante	18	11.8%
Couturière	6	4%
Employée de zones franches	28	18.4%
TOTAL	152	100%

Les ménagères et les employées de zones franches sont les plus nombreuses à subir la césarienne de nécessité.

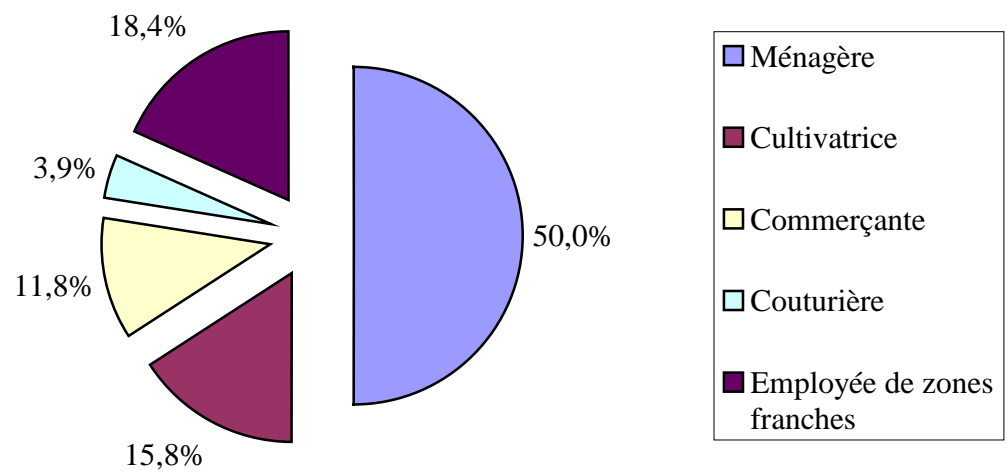


Figure n° 7 : La catégorie professionnelle des gestantes

V.2.5. Etat marital

Tableau n° 8: Répartition selon l'état marital

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	22	14.5%
Union libre	34	22.5%
Mariée	96	63%
TOTAL	152	100%

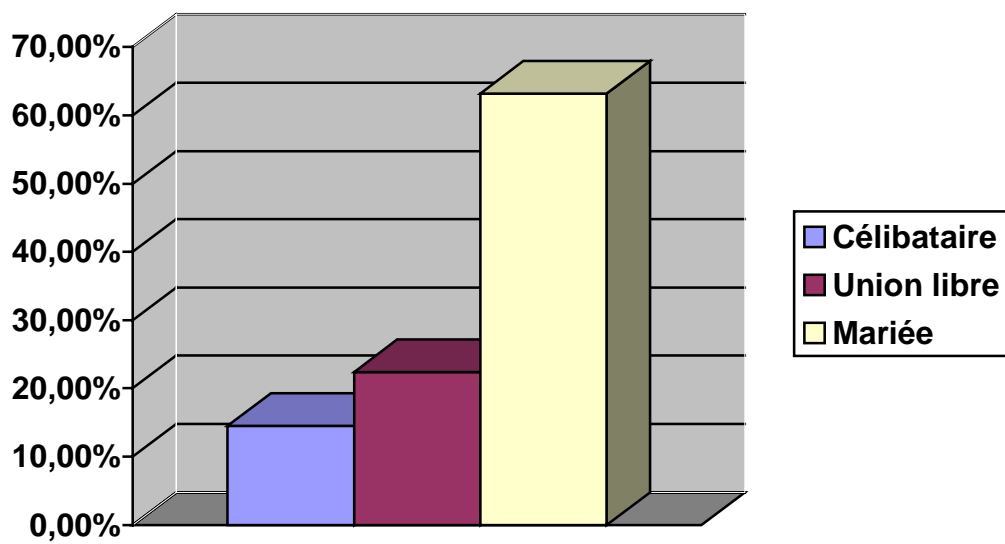


Figure n° 8 : L'état marital

IV.2.6. Niveau scolaire

Tableau n° 9: Répartition selon le niveau scolaire

Niveau d'étude	Effectif	Taux
Illettrée	10	6.6%
Primaire	84	55%
Secondaire	32	21%
Supérieur	26	17%
TOTAL	152	100%

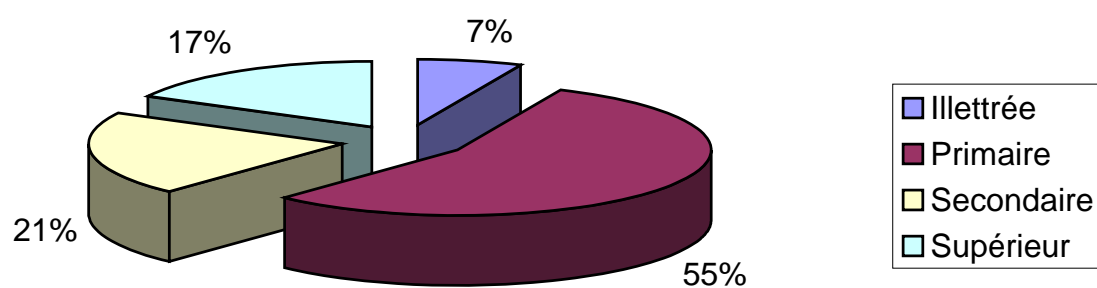


Figure n° 9 : Le niveau scolaire des parturientes

IV.2.7. Résidence

Tableau n° 10: Répartition selon la résidence.

Résidence	Effectif	Taux
Urbaine	88	58%
Suburbaine	24	15.8%
Rurale	40	26.2%
TOTAL	152	100%

Les femmes provenant de la zone urbaine sont les plus nombreuses.

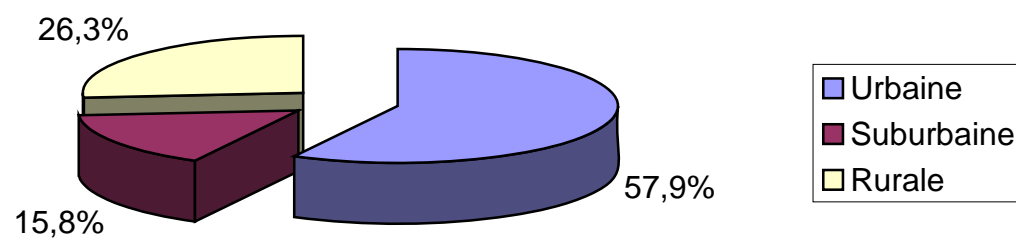


Figure n° 10 : La résidence des gestantes

IV.2.8 Mode d'admission

Tableau n° 11: Répartition selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Taux
Entrante directe	78	51.5%
Evacuée sanitaire	52	34%
Envoyée par un médecin ou une sage-femme libre	22	14.5%
TOTAL	152	100%

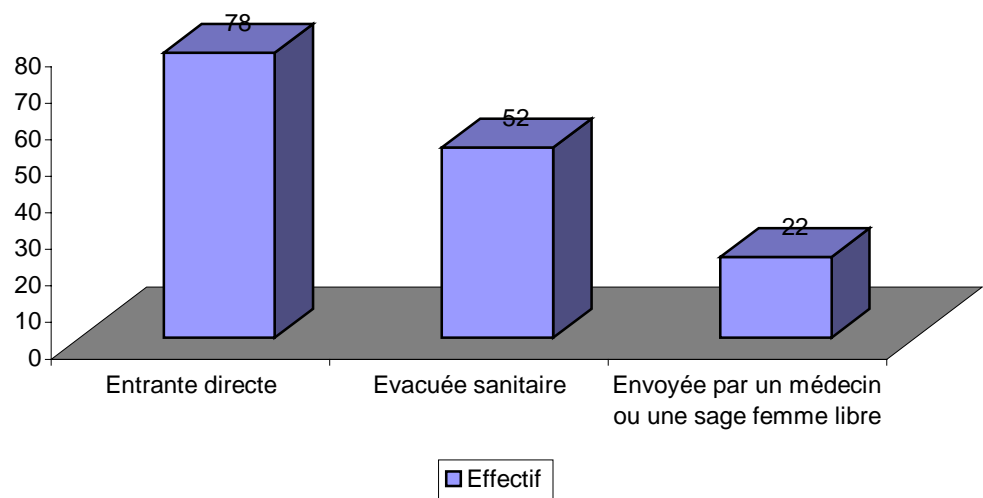


Figure n° 11 : Le mode d'admission des césariées

IV.2.9. Consultations prénatales

Tableau n° 12: Répartition selon l'assiduité aux consultations prénatales

Consultation prénatale	Nombre	Taux
Régulière	61	40%
Irrégulière	64	42%
Aucune	27	18%
TOTAL	152	100%

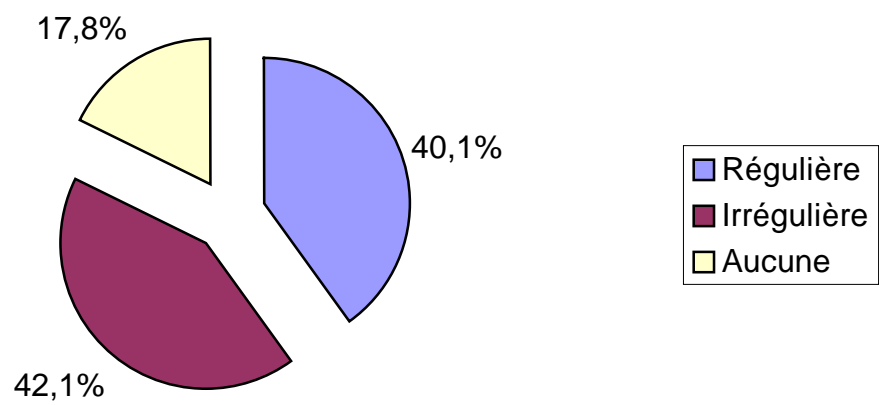


Figure n° 12 : L'assiduité des parturientes aux consultations prénatales

2.10 Habitudes de vie et toxiques des parturientes

Tableau n° 13: Répartition selon les habitudes de vie et toxiques des gestantes

Habitude de vie toxique	Effectifs	Taux
Aucune	92	60.5%
Tabagisme	36	23.5%
Massage	10	6.5%
Tambavy (plante médicinale)	10	6.5%
Ethylisme	4	3%
TOTAL	152	100%

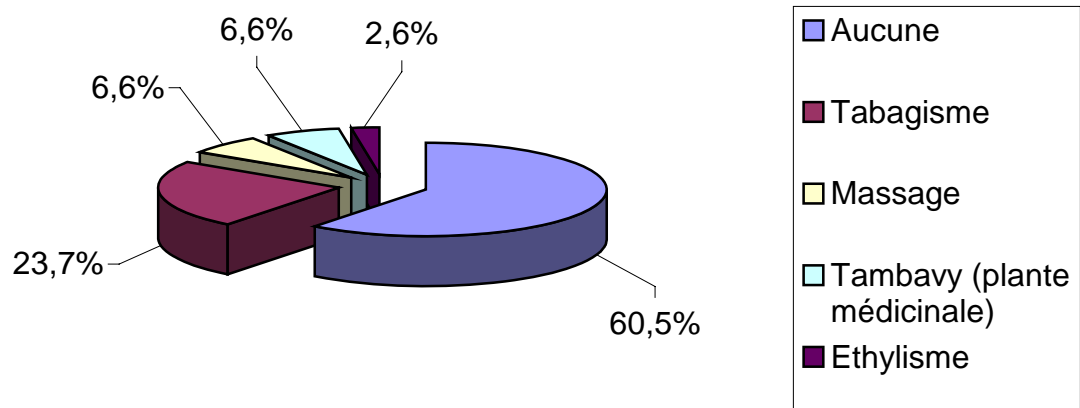


Figure n° 13 : Habitudes de vie et toxiques des gestantes

IV.2.11. Les indications de césariennes de nécessité

Tableau n° 14: Répartition selon les indications

Indications	Nombre	Pourcentage
Dystocie dynamique	28	18,42%
Dystocie cervicale	6	3,95%
Dysgravidie et complications	36	23,68%
Autres pathologies maternelles	82	53,95%
TOTAL	152	100%

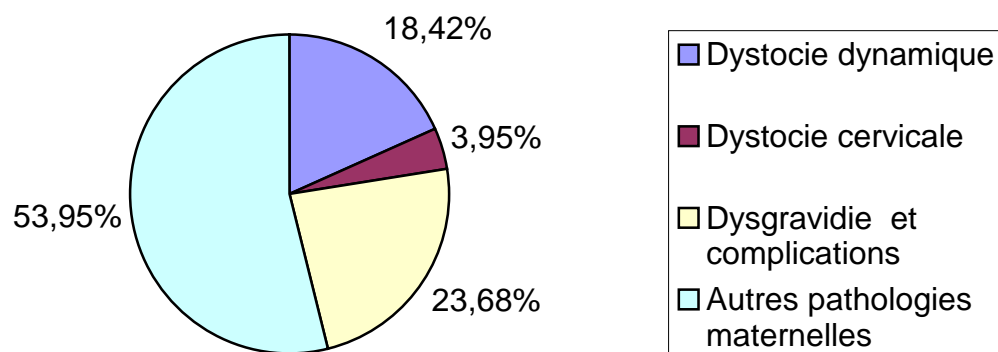


Figure n° 14 : Indications de césariennes de nécessité

IV.2.12. Technique opératoire

a) Anesthésie

Tableau n° 15: Répartition selon l'anesthésie pratiquée

Types d'anesthésie	Effectif	Taux
Anesthésie générale	24	16%
Rachianesthésie	116	76%
Rachianesthésie suivie d'anesthésie générale	12	8%
TOTAL	152	100%

La rachianesthésie est la plus pratiquée.

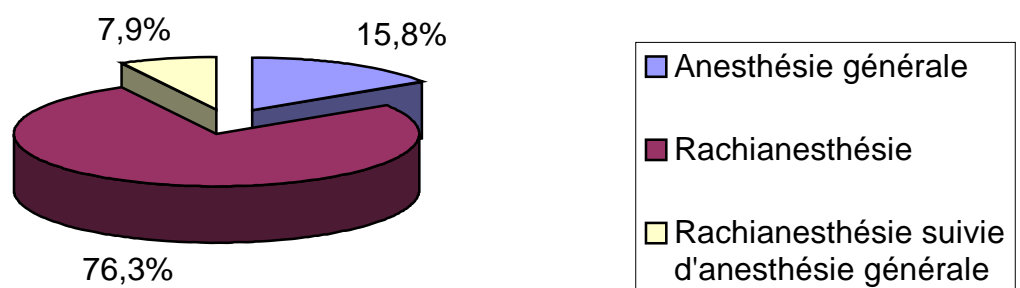


Figure n° 15 : Anesthésie pratiquée

b) types d'incision cutanée

Tableau n° 16: Répartition selon les types d'incision cutanée

Types d'incision cutanée	Effectif	Taux
Laparotomie Médiane Sous-ombilicale (LMSO)	22	14.5%
Incision de Cohen modifiée à la Misgav-Ladach	16	10.5%
Incision de Stark	114	75%
TOTAL	152	100%

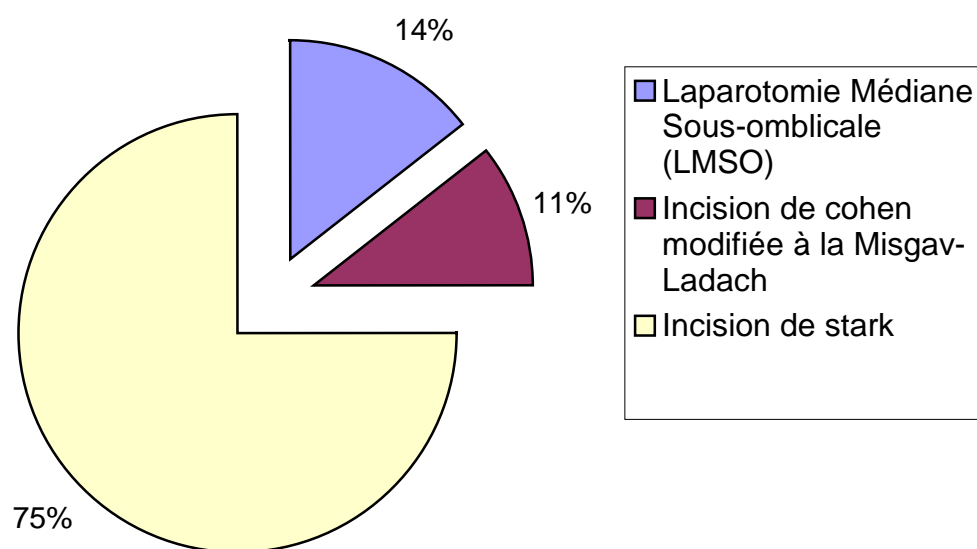


Figure n° 16 : Types d'incision pratiquée

IV. 2.13 Suites opératoires

Tableau n° 17: Répartition selon les suites opératoires

Suites opératoires	Nombre	Taux
Suites normales	144	95%
Hyperthermie	4	2.5%
Lâchage de suture	3	2%
Suppuration pariétale	1	0.55%
TOTAL	152	100%

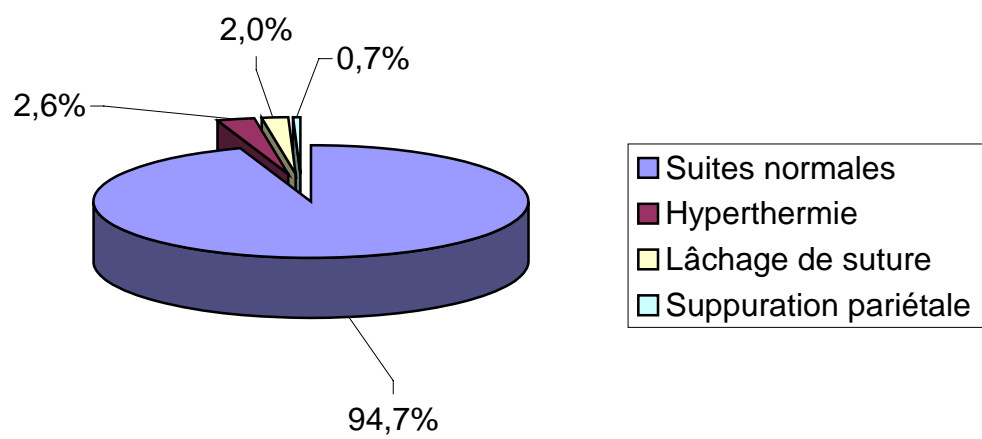


Figure n° 17 : Suites opératoires des césariées

IV 2.14. Séjour hospitalier

Tableau n° 18: Répartition selon le séjour hospitalier

Jours d'hospitalisation	Nombre	Taux
Inférieur à 7 jours	146	96%
7 à 10 jours	3	2%
Supérieur à 10jours	3	2%
TOTAL	152	100%

La majorité des femmes césarisées restent moins de 7 jours à l'hôpital.

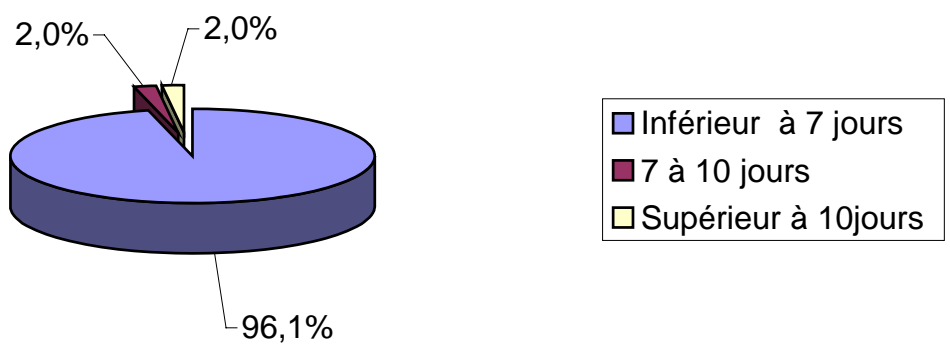


Figure n° 18 : Séjour hospitalier des opérées

IV .3. Facteurs foetaux

IV 3.1 Sexe

Tableau n° 19: Répartition selon le sexe de bébé.

Sexe	Effectif	Taux
Masculin	74	48.6%
Féminin	78	51.4%
TOTAL	152	100%

Il existe une légère prédominance du sexe féminin.

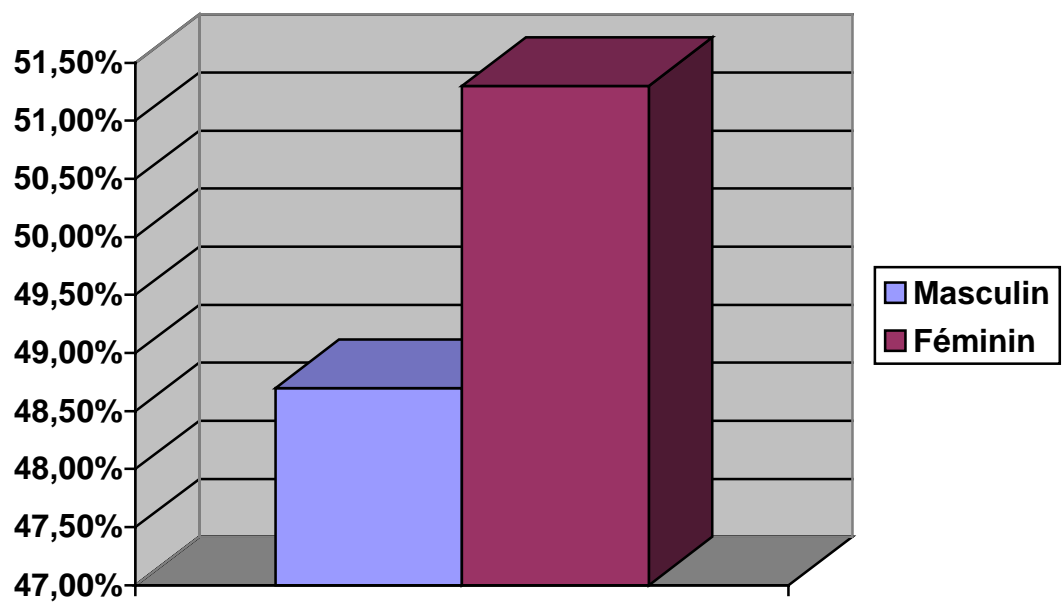


Figure n° 19: Le sexe des bébés

IV.3.2.Liquide amniotique

Tableau n° 20: Répartition des aspects du liquide amniotique

Aspects du liquide amniotique	Effectif	Taux
Clair	105	69%
Teinté	23	15%
Méconial	6	4%
Non précisé	18	12%
TOTAL	152	100%

Dans 69% de cas, le liquide amniotique est clair.

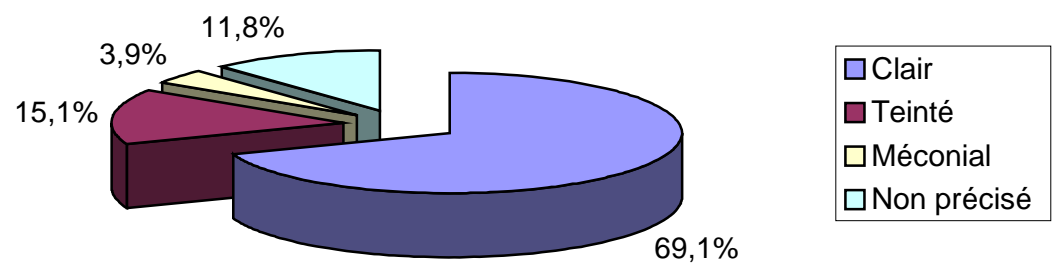


Figure n° 20 : Aspect du liquide amniotique

IV.3.3 Etat à la naissance

Tableau n° 21: Répartition des enfants selon l'état à la naissance

Etat à la naissance	Effectif	Taux
Né vigoureux	138	91%
Né étonné	4	2.5%
Né asphyxié	10	6.5%
TOTAL	152	100%

Aucun décès fœtal n'est observé.

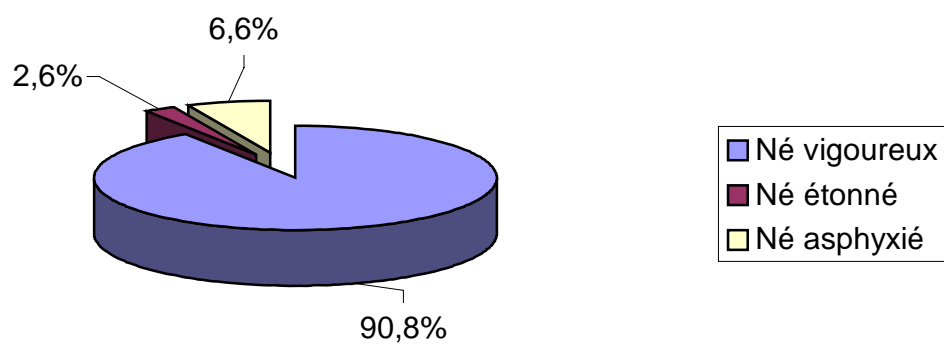


Figure n° 21: Etat à la naissance des bébés

IV 3.4. Poids à la naissance

Tableau n° 22 : Répartition selon le poids à la naissance

Poids à la naissance	Effectif	Taux
Poids < 2500g	15	9.9%
2500g < Poids < 4000g	132	86.8%
Poids > 4000g	5	3.3%
TOTAL	152	100%

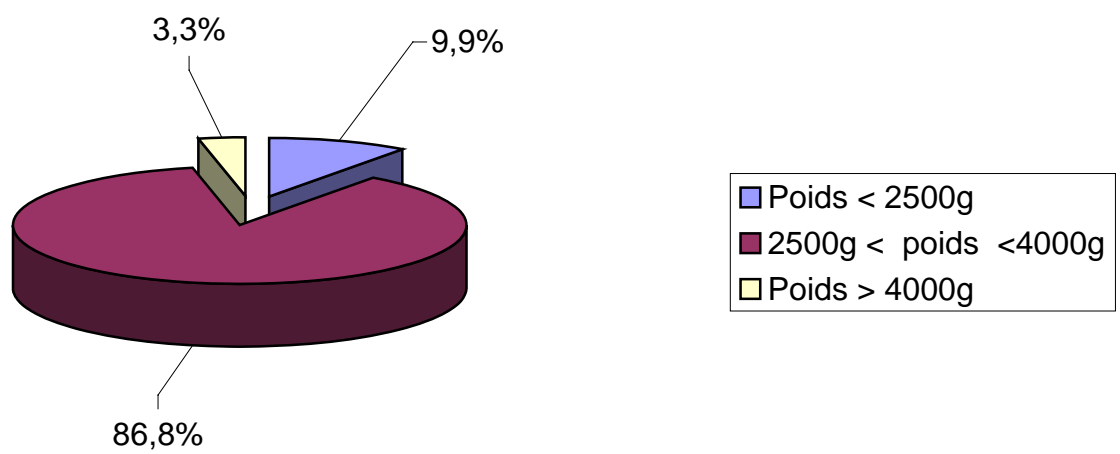


Figure n° 22: Poids à la naissance des bébés

TROISIEME PARTIE
COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

I. COMMENTAIRES

I.1. Fréquence

I.1.1. Selon la modalité d'accouchement

Durant la période considérée, on a effectué 8179 accouchements et 1027 cas des opérations césariennes soit 12,56%.

Comparée à une étude antérieure effectuée dans ce Centre, pendant laquelle on a pratiqué 7,10% de césariennes (44), on constate une augmentation du taux. Ceci peut s'expliquer d'une part, par le fait que les deux périodes de l'étude ne sont pas superposables et d'autre part, en raison de la plus grande facilité par les moyens de surveillance pour dépister en particulier les signes de souffrance fœtale.

Cette même année, en France, on en a effectué 19%. (14)

Cette différence de pourcentage s'explique par les moyens d'investigation plus complets possédés par les Pays développés, utilisés systématiquement en cas de doute, d'où un diagnostic précoce.

I.1.2. Fréquence mensuelle

La moyenne mensuelle de l'opération césarienne de nécessité pendant cette période est de 12 cas /mois soit 7,90%. Mais on a constaté des mois où les femmes viennent nombreuses à l'hôpital au mois d'août où on a effectué 17 cas de césarienne de nécessité soit 11,18% et des moments où les femmes fréquentent moins la Maternité, le mois d'octobre, pendant lequel les interventions sont au nombre de 9 soit 5.9% sur les 152 césariennes de nécessité effectuées.

Le mois d'août, correspond aux périodes des vacances, les femmes sont moins occupées, donc elles ont plus de temps à consacrer à leur grossesse. Tandis que le mois d'octobre est la période post rentrée scolaire. Les moyens financiers sont peu importants.

I.1.3. Fréquence selon les indications de la césarienne

Au cours de cette étude, on a rencontré 684 cas de césariennes obligatoires soit 66,6%, 194 cas de césariennes de prudence soit 18,6% et 152 cas de césariennes de nécessité c'est-à-dire 14,8%.

D'après ces résultats, on constate une différence de taux entre la césarienne obligatoire et la césarienne de nécessité ; ceci s'explique par le diagnostic facile des autres types de césarienne entraînant une référence rapide des parturientes.

I.2. Facteurs maternels

I.2.1. Age

L'âge est un facteur de risque pour l'accouchement que ce soit par voie basse ou par voie haute.

Dans cette étude, on a constaté une élévation du taux des femmes de 20-34 ans qui fréquentent la Maternité. Elles sont au nombre de 80 soit 52,6% sur les 152 cas de césarienne de nécessité c'est-à-dire la moitié de l'opération elle-même. 25% sont des femmes de moins de 19 ans et 22,4% des femmes de plus de 35 ans.

Ceci s'explique par la mentalité des parturientes, où les femmes de 20-34 ans semblent plus conscientes et prennent au sérieux leur grossesse. Celles de moins de 19 ans sont moins matures, inexpérimentées, négligentes. Par contre, les plus de 34 ans sont des femmes disons « habituées » à la grossesse, et ont beaucoup d'autres soucis faisant négliger leur grossesse.

I.2.2. Selon la gestité et la parité

Les femmes ayant eu 2 à 4 grossesses sont les plus nombreuses à subir la césarienne de nécessité dans notre étude. En effet, elles sont de 47,3% soit 72 cas sur les 152 césariennes effectuées. Ainsi que la parité, les paucipares sont les plus nombreuses à subir la césarienne car elles sont 63 cas soit 41,4%.

Ceci correspond à notre explication antérieure car, en général, les femmes de moins de 19 ans sont des paucipares, et celles âgées de plus de 35 ans sont des multipares ou grandes multipares, et ces femmes viennent rarement à la maternité pour accoucher.

I.2.3. Profession

Durant notre étude, les bureaucrates ont été épargnées de la césarienne de nécessité. En effet, notre recherche a montré que les femmes qui ont un travail dur et qui viennent d'un niveau social défavorisé, subissent l'opération césarienne : les ménagères en premier lieu car elles sont au taux de 50% des résultats, suivies des employées de zones franches à 18.4%, des cultivatrices à 15.8%, des commerçantes à 11.8%, et des couturières à 4%.

On peut dire que la pauvreté avec les conditions de vie précaires ainsi que la fatigue exposent les femmes malgaches à la césarienne de nécessité.

I.2.4. Situation matrimoniale

Les femmes mariées légitimement sont majoritaires dans notre étude, elles correspondent à 63%, suivies des femmes en union libre 22,5%, enfin les célibataires à 14,5%.

Les mariées légitimes ont moins de problèmes socio-économiques, donc moins de soucis et plus de temps à s'occuper de leur grossesse d'où leur accès plus facile à l'opération.

I.2.5. Niveau d'instruction

Les femmes césarisées se répartissent comme suit :

- 84 ont suivi des études primaires soit 55,4%
- 32 ont fait des études secondaires soit 21%
- 26 sont des universitaires soit 17%
- 10 sont des illettrées soit 6,6%

Ceci montre que les femmes instruites sont plus informées et semblent plus conscientes des bienfaits de la CPN, entraînant une prise en charge précoce en cas de maladie au cours de la grossesse.

I.2.6. Résidence

Les femmes en milieu urbain sont majoritaires dans notre résultat. En effet, elles représentent 88 cas des césarisées soit 58%, contre 40 cas venant du milieu rural soit 24,2%, et 24 cas du milieu suburbain soit 15,8%.

Le transport joue un rôle très important. Ceci explique notre résultat : les femmes en milieu urbain sont les plus nombreuses à fréquenter la Maternité par rapport aux femmes venant du milieu rural, car elles sont plus près de la Maternité et que le transport est plus facile en ville.

I.2.7. Mode d'admission

Les entrantes directes occupent la plus grande place dans notre étude, 78 cas soit 51,5% contre 22 cas référées par les médecins et sage-femmes libres soit 14,5%, et 52 cas des évacuées sanitaires soit 34%.

Les patientes choisissent d'aller directement à l'hôpital.

I.2.8. Consultations prénatales

La plupart des femmes césarisées suivent la CPN irrégulièrement d'après nos résultats, elles occupent 42% des césariennes effectuées, 40% suivent la CPN régulièrement, et 18,8% n'ont pas fait de CPN.

Ceci montre l'importance de la CPN régulière pour une prise en charge précoce des maladies au cours de la grossesse et pour éviter une intervention chirurgicale.

I.2.9. Habitudes de vie et toxiques des parturientes

60,5% des femmes césarisées n'ont aucune habitude toxique, 36% sont des tabagiques, 6,5% utilisent la décoction, 6,5% ont subi des massages abdominaux, 3,6% sont des éthyliques.

Ceci montre le risque encouru par le tabagisme qu'il ne faut pas négliger et aussi la pratique des traitements traditionnels avant d'aller à l'hôpital.

I.2.10. Indications

D'après une étude antérieure, la dystocie dynamique constitue la principale indication de la césarienne de nécessité. (27)

Dans notre cas, la dystocie dynamique a un taux de 18,4% après la dysgravidie et ses complications à 23,6%, puis la dystocie cervicale avec un taux de 4% et les autres pathologies maternelles à 54%.

Ceci confirme encore la nécessité d'une CPN régulière pour une prise en charge précoce des maladies maternelles dont le but est d'éviter les aggravations et les complications pouvant mettre en jeu la vie maternelle et fœtale.

I.2.11. Technique opératoire

a) Anesthésie

La rachianesthésie est la plus utilisée d'après notre étude car sur 152 cas de césariennes effectuées, 116 cas ont subi une rachianesthésie, soit 76% et seulement 24 cas ont une anesthésie générale, soit 16%, 8% ont une anesthésie mixte c'est-à-dire une rachianesthésie suivie d'anesthésie générale.

Ceci correspond à l'étude faite en France où les anesthésies loco-régionales sont les plus utilisées en matière de gynécologie obstétrique car elles préservent l'état de conscience de la parturiente et de ce fait, n'oblige ni à un contrôle des voies aériennes, ni à une assistance respiratoire éventuelle comme l'anesthésie générale. (15)

Et aussi, la rachianesthésie est plus rapide à installer et donne moins de céphalées post-opératoires, ceci grâce à l'aiguille à embout conique utilisée depuis ces dernières décennies.(16)

b) Types d'incision cutanée

Le choix de la technique d'incision est très important surtout dans le cas de la césarienne de nécessité. Le but de l'incision est d'exposer le champ opératoire pour une extraction fœtale rapide.

Ici, notre résultat montre que la technique de Stark est la plus utilisée au Centre car elle occupe 75% soit 114 cas sur les 152 césariennes pratiquées devant la

Laparotomie médiane sous-ombilicale (LMSO) 14.5%, soit 22 cas, et 10.5% la technique de Misgav-Ladach.

Ceci montre la confiance des obstétriciens du Centre sur la fiabilité de la technique de Stark, par sa rapidité et son efficacité par rapport aux autres techniques.

I.2.11. Suites opératoires

144 césarisées soit 95% n'ont eu aucune complication aux suites opératoires, 2.5% ont eu une hyperthermie, 2% ont eu un lâchage de suture, 0.55% a eu une suppuration pariétale.

Ceci montre l'efficacité de l'antibioprophylaxie systématique utilisée par le service.

I.2.13. Selon le séjour hospitalier

Notre étude montre que 96% des patientes restent moins de 7jours à l'hôpital, 2% séjournent 7-10jours, et 2% sont restées plus de 10jours.

Les lâchages de suture, la suppuration pariétale, ainsi que l'hyperthermie retiennent les césarisées plus de 7 jours à l'hôpital pour un traitement radical et une surveillance.

I.3. Selon les facteurs fœtaux

I.3.1. Sexe

Le sexe féminin est légèrement dominant cette année. Le taux est de 51.4% contre 48.6% pour le sexe masculin.

La littérature a montré que seule la macrosomie fœtale, une des complications du prolongement de terme est à prédominance masculine, sinon il n'y a aucun rapport entre le sexe du fœtus et la prévalence des indications de l'opération césarienne. (45)

I.3.2. Poids à la naissance

86.8% des bébés ont un poids normal, 9.9% un poids inférieur à la normale, et 3.3% ont eu un excès de poids.

Selon la littérature, le poids après souffrance fœtale n'est pas en général inférieur au poids normal, mais plutôt tendance à un excès de poids lors de dépassement de terme ou chez les mères diabétiques. (46)

I.3.3. Etat à la naissance

138 des enfants nés de césarienne de nécessité ont été vigoureux durant notre étude soit 71%, 10 cas ont été nés étonnés soit 6.5%, et 2.5% ont été nés asphyxiés.

Ceci montre la rapidité de l'extraction fœtale grâce à la technique de Stark entraînant une diminution d'inhalation de liquide amniotique.

En outre, le choix de l'anesthésie qui est primordial, la rachianesthésie a moins d'effet sur le fœtus donc moins de détresse respiratoire par conséquent peu d'asphyxie.

I.3.4. Liquide amniotique

Durant cette période, 69% des taux de césarienne ont eu un liquide clair soit 105 cas, 15% ont eu un liquide teinté, 15% ont été de liquide méconial, et 12% ont été de liquide non précisé.

Ceci s'explique par la venue directe des femmes en milieu hospitalier dès qu'elles sentent quelque chose d'anormal sur leur état de santé pour se faire soigner, montre aussi la nécessité de l'importance de la connaissance des signes d'alarme des pathologies, de ne pas attendre une évacuation pour les soins et le diagnostic.

II. SUGGESTIONS

II.1 Auprès de la population

Pour améliorer la santé des parturientes, nous proposons quelques suggestions :

- La promotion de CCC (Communication pour le changement de comportement) auprès des femmes en âge de procréer :

- La sensibilisation des femmes en âge de procréer à faire une CPN
- Le changement de comportement des femmes surtout celles présentant des facteurs de risque d'accoucher dans des Centres hospitaliers, de montrer les risques encourus par l'accouchement à domicile, et les bienfaits de l'accouchement à l'hôpital.
- L'éducation des parturientes sur les signes d'alarme des pathologies maternelles
 - La médiatisation de la CPN pour éduquer toute la population et non seulement les mères, donc d'encourager et soutenir la parturiente à accoucher à l'hôpital, de suivre la CPN régulièrement.
 - L'encouragement de la population à éduquer ses enfants surtout leur fille pour faciliter la compréhension et l'accessibilité aux différentes informations et communications en matière de grossesse et d'accouchement.

II.2. Au niveau du Centre

La promotion de la CPN consiste à :

- Conscientiser les mères de leur grossesse.
- Encourager les femmes à venir régulièrement.
- Féliciter les femmes ayant suivie régulièrement la CPN, les récompenser par des cadeaux ou des certificats.
- Offrir une prestation du Service de Consultation Prénatale et Postnatale:
 - Bien accueillir les parturientes.
 - Donner une ambiance chaleureuse au sein du service.
 - Bien équiper par des matériels modernes.

L'utilisation du partogramme pour les femmes en travail.

Pour les personnels nous proposons:

- De donner une formation continue.
- De répartir les personnels en fonction de l'activité et de les responsabiliser sinon augmenter le nombre de personnels par des nouveaux recrutements.
- De les motiver par des salaires convenables.

Pour le Centre, nous proposons:

- L'équipement du Centre pour un diagnostic correct et une prise en charge précoce : par l'utilisation de monitoring, d'amnioscopie pour détecter une souffrance fœtale.
- Le renouvellement des matériels, et l'équipement des blocs opératoires.

II.3. Au niveau national

Nous suggérons de :

- Améliorer les conditions de vie des citoyens surtout des femmes et des enfants.
- Encourager l'enseignement par l'éducation, par des législations comme l'abolition des coutumes et mœurs qui exigent les filles à ne pas aller à l'école.
- Aider les parents à scolariser ses enfants.
- Aménager les routes pour un accès facile, faciliter les moyens pour une évacuation d'urgence par la présence d'une ambulance au niveau des Centres périphériques.
- Multiplier les Centres chirurgicaux des zones périphériques.
- Donner une formation continue au niveau national surtout pour le personnel de santé périphérique pour une bonne référence et rapide des parturientes.
- Augmenter le budget national pour la promotion de la santé familiale.
- Encourager les ONG qui travaillent pour la promotion de la santé familiale.
- Travailler avec les secteurs cibles.

CONCLUSION

CONCLUSION

La pratique de la césarienne au Centre Hospitalier Universitaire Maternité de Befelatanana a augmenté comme partout dans le monde. La césarienne est devenue une intervention banale et anodine grâce à l'évolution de la technique opératoire, de l'anesthésie réanimation, de l'utilisation de l'antibioprophylaxie. Mais dans les pays sous développées comme Madagascar, cette augmentation reste un problème de santé publique par les coûts et les dépenses qu'elle procure.

C'est pourquoi on a effectué cette étude afin d'apporter quelques suggestions pour améliorer la situation.

Il s'agit d'une étude rétrospective allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004 au sein du CHUA Maternité de Befelatanana. Pour cela, nous avons recruté 152 cas de césarienne de nécessité sur les 8172 accouchements effectués.

Les résultats de notre étude font surgir les paramètres suivants :

- la fréquence annuelle de la césarienne de nécessité qui est de 12,56%, elle prédomine chez les paucipares à 41,4 % et les 2-4 gestes à 47,3%, femmes mariées légitimement 63%, habitant en milieu urbain 58%, entrantes directes 51,5%, les gestantes suivant irrégulièrement la consultation prénatale représentent 42 %

- les principales indications qui sont la dysgravidie et ses complications à 36%. La technique de Stark est la plus pratiquée dans 75 % de cas, sous rachianesthésie à 76%. Les suites opératoires sont satisfaisantes dans 95% : séjour hospitalier moins de 7jours 96%, les morbidités maternelles et fœtales sont faibles.

Malgré ces problèmes posés par la césarienne, elle reste un traitement de sauvetage pour la mère et pour l'enfant surtout dans le cas de la césarienne de nécessité, et nous pensons que le meilleur traitement pour l'éviter est la prévention des pathologies maternelles par une prise en charge précoce.

Nous proposons ces quelques suggestions :

- la promotion de la CPN,
- la recommandation d'une CPN régulière et d'un accouchement dans un Centre hospitalier,
- le recyclage de personnel de santé sur les indications de la césarienne de nécessité pour une prise en charge précoce et une bonne référence des parturientes,
- la promotion de l'éducation.

Nous espérons que cette étude apportera une amélioration pour la promotion de la santé de la mère et de l'enfant et permettra d'avoir une Maternité sans risque.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Lemoine JP, Strich Ch, Mongenot, Tescher M, Aniscastres A. L'accouchement . In: Cahier de l'infirmière, Obstétrique. Paris, New York, Barcelona, Mexico, Sao Paulo: Masson, 1985;3:1-3.
2. Fieldman JP. Modifications de l'appareil génital pendant la grossesse. Encycl-Méd- Chir. 1993 : 832-839.
3. Zaranaina . Etude épidémio-clinique des accouchements dystociques au CHD II de Fort Dauphin. Thèse Médecine Antananarivo, 2003 ; n°7109.
4. Magnin . Organes pelvi-génitaux maternels. In : Précis d'obstétrique. Paris : Masson, 1994 : 39-52.
5. Carbonne B, Germain G, Cabrol D. Physiologie de la contraction utérine. Encyclo- Méd- Chir, 2002 ;5-049-D-25 : 1-10.
6. Aguilar L. Les guides pratiques de la vie: Femme et mère, France: Solt, 1978 ;16 ;41 : 298.
7. Aubard Y, Le Neury, Cnandejean HH, Baudet JH. Histoire de l'opération césarienne. Revue Française de Gynéco-obstétrique. 1995 ; 90 ; 1 : 5-8.
8. Rakotoherison E . Réflexion sur les indications de césarienne pendant la période 1994 à 1996 au CHD de Tsiroanomandidy. Thèse Médecine Antananarivo, 1998 ; n°4792.
9. Seguy B, Chavinie J, Michelon B. Césarienne. In : Nouveau Manuel d'Obstétrique. Paris : Flammarion, 1973 ; 3 ; 3 : 19-25.
10. Benson Harer W, Jr, MD, FACOG. Patient choice cesaraen. ACOG clinical Review. 2000; 5; 2: 1-16.

11. Andriamady Rasoamahandry CL, Andrianarivony MO, Ranjalahy RJ. Indications et pronostic de l'opération césarienne à la maternité de Befelatanana CHU d'Antananarivo (à propos de 529 cas, durant l'année 1998). Gynéco Obstét Fertil. 2001 ; 29 : 900-904.
12. Rakotomaniraka V. Etude épidémio-clinique de césarienne au CHU Maternité d'Itaosy. Thèse Médecine Antananarivo, 2004 ; n°7001.
13. Rudigoz RC, Salle B, Noblot G et Coll. Les césariennes avant 32 SA révolues. Journal de Gynécologie Obstétrique Biologie Reproduction. 2001 ; 30: 348-352.
14. Dessolle L, Darai È. Evolutions techniques de la Césarienne. Encycl-Méd-Chir, 2004 :1-12.
15. Laxenaire MC, Auroy Y . L'anesthésie en France. Revue du Praticien. 2001; 51 ; 8 : 813-840.
16. Jeanne Seebacher, Patrick Malassiné. Anesthésie et accouchement. Revue du praticien. 1999 ; 49 ; 02 :130-178.
17. Richard B, Clark and Astride, Seifen B. Systemic medication during labor and delivery. Annales GO. 1983: 165-198.
18. Poulain P et coll. Les césariennes. Encycl-Med-Chir, 1991 ; 5-102-A10 : 1-15.
19. Gaucherand P, Bessai K, Sergeant P, Rudigoz RC. Vers une simplification de la césarienne ? Journal GO Biol Repro. 2001; 30 : 348-352.
20. Ralph C, Benson. Cesarean section. Current obstetric/ Gynecologic. Diagnostic and traitement. Los Altos, California 94.022: Lange Medical Publication. 1980; 3: 906-915.

21. Langer B, Shalaeder G. Que penser du taux de césarienne en France. *Journal GO Biol Repro.* 1998 ; 21; 1: 62-70.
22. Ponnotier A. Mortalité maternelle comme indicateur de soins en Europe. *Journal GO Biol Repro.* 2004; 33; 3: 255-258.
23. Horo A et coll. Antibioprophylaxie dans la césarienne au CHU de Yopougon (Abidjan). *Médecine d'Afrique Noire.* 2004; 12: 659-64.
24. Barbut F et coll. Infections de sites opératoires chez les patientes césarisées. Bilan des 5 années de surveillance. *Journal GO Biol Repro.* 2004; 33: 487-496.
25. Gondry J, Jany V. Post-partum: surveillance clinique, allaitement et ses complications. *Revue du Praticien.* 1994; 8: 1086-1090.
26. Julien V, Raudrant D. Complications maternelles liées à l'opération césarienne. *Lettre du gynécologue.* 2000: 257.
27. Cisse CT et coll. Indications et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar une étude rétrospective de 18 mois portant sur 953 cas. *Journal GO Biol Repro.* 1995; 24: 194-197.
28. Cabrol D, Carbonne B, Lucidarme P, Rouxel C. Dystocie dynamique. *Encycl-Méd-Chir.* 1997; 5-064-A-10: 1-7.
29. Magnin G, Pierre F, Ducroz B, Body G. Dystocie dynamique. *Encycl-Méd-Chir.* 1989; 5-072-B-10: 1-8.
30. Lambotte R. Néphropathies, les syndromes vasculo-rénaux et leurs complications. *Obstétrique.* Paris: Ellipses, 1995: 357-368.
31. Varagon J. Toxémie ou néphropathie gravidique. *Progrès d'Obstétrique.* Paris : Flammarion, 1970: 539-565.

32. Diouf A et coll. Rupture utérine au cours du travail en Afrique noire. *Médecine Afrique Noire*. 1995; 42; 11: 592-597.
33. Miza J. Syndrome de Prérapture. Thèse Médecine Antananarivo, 2004 ; N° 6986.
34. Berland M, Magnin G. Rupture prématurée des membranes. *Encycl-Med-Chir*, 1982; 5-072-B-10: 1-7.
35. Seguy B. Les grossesses prolongées. Paris: Flammarion, 1976; 5; 2; 4: 174.
36. Chobroutsky E. Grossesse et diabète. *Revue du praticien GO*. 1998; 48: 125-130.
37. Raceah B, Tabeka. Equilibre diabétique et macrosomie fœtale. *Revue du praticien GO*. 1998; 8: 11.
38. Badji CA et coll. Accouchement de gros enfants au CHU de Dakar/ épidémiologie et pronostic. *Médecine Afrique Noire*. 1999; 46; 7: 355.
39. De Hertogh R. Enjeux de la grossesse chez les femmes diabétiques. *Revue Franç de GO*. 1998; 93; 3: 181-184.
40. Hijour P, Subtil D, Puech F. HTA et grossesse. *Revue du Praticien GO*. 2000; 50; 11: 1231-38.
41. Muzan, Haddad B, Uzan S. Hématome rétro-placentaire. *Encycl-Méd-Chir*. 1995; 5-071-A-10: 1-8 .
42. Kone M, Ba P, Diarra S. Dystocies des parties molles. *Encycl-Méd-Chir*. 1996; 5-060-A-10: 1-9.
43. MINSAN Annuaire Statistique du CHUA Maternité de Befelatanana. MINSAN Antananarivo 2003.

44. Ramanantsoa V. Césarienne de nécessité : étude épidémio-clinique à partir de 132 cas vus à la Maternité de Befelatanana. Thèse Médecine Antananarivo, 2003; n°5684.
45. Ghazli M et coll. Prise en charge des grossesses prolongées. Etude rétrospective de 480 cas. Rev Franç de GO, 1999; 94: 3.
46. Blondel B, Breart G, Mazambroam C. The perinatal situation in France: trends between 1981 and 1995. Journal GO Biol Repro, 1997; 26: 770-780.

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-nianatra tamiko eto amin'ny toeram-pianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE.

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

Hotsaboiko 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 tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamofady na hanamoràna famitànkeloka.

Tsy ekeko ho efitra hanelanelanana 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 na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa 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 horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany. »

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse

Signé : Professeur RASOLOFONDRAIBE Aimé

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Name and first names : ANDRIAMANOHI SOA Voahangy Mbolatiana

Title: "THE CAESAREAN OF NECESSITY TO THE CHUA MOTHERHOOD OF BEFELATANANA IN 2004"

Categories: Health public obstetrics

Number of pages: 79

Number pictures: 22

Number of faces: 22

Number diagrams: 11

Number of bibliographic references: 46

SUMMARY

It is a retrospective survey on the Caesarean operations of necessity done to the CHUA Motherhood of active Befelatanana of January 1st to December 31, 2004 in the goal to make an epidemiological analysis, to make know the main indications, to propose some suggestions in order to improve the situation, of it.

We did 152 cases of necessity Caesareans during the considered period either 14,8% of the Caesareans practiced. The women in the age group of 20 to 34 years are majority to 52,6%, paucipares to 41,4%, housewives in 50%, brides lawfully in 63% of the cases, the women having done the primary survey are the most numerous to a rate of 55,4%, living in the urban environment to 58%, follow the CPN irregularly in 42% of the cases. The main indications are the dysgravidie and his/her/its complications to 23,68%. The operative continuations are not satisfactory in 95% and no death materno-foetal has been counted.

Thus, we propose these some suggestions: promotion of the CPN, recommendation to deliver in hospitable environment, retraining of health staff, increase of the national budget for the promotion of the domestic health, and promotion of the education.

Key words: Caesarean - necessity - lifesaving materno-foetal - dysgravidie - prenatal Consultations

Director of thesis: Professor RASOLOFONDRAIBE Aimé

Reporter of thesis: Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Address of the author: Lot IIE 2ZLF Ambatokaranana Ampasapito

Nom et prénoms : ANDRIAMANOHISOA Voahangy Mbolatiana

Titre : « LA CESARIENNE DE NECESSITE AU CHUA MATERNITE DE BEFELATANANA EN 2004 »

Rubriques : Santé publique-obstétrique

Nombre de pages : 79

Nombre de tableaux : 22

Nombre de figures : 22

Nombre de schémas : 11

Nombre de références bibliographiques : 46

RESUME

C'est une étude rétrospective sur les opérations césariennes de nécessité effectuées au CHUA Maternité de Befelatanana allant du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004 dans le but d'en faire une analyse épidémiologique, de faire connaître les indications principales, de proposer quelques suggestions afin d'améliorer la situation.

Nous avons effectué 152 cas de césariennes de nécessité durant la période considérée soit 14,8% des césariennes pratiquées. Les femmes dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans sont majoritaires à 52,6%, paucipares à 41,4%, ménagères dans 50%, mariées légitimement dans 63% des cas, les femmes ayant effectué l'étude primaire sont les plus nombreuses à un taux de 55,4%, habitant dans le milieu urbain à 58%, suivent irrégulièrement la CPN dans 42% des cas. Les principales indications sont la dysgravidie et ses complications à 23,68%. Les suites opératoires sont satisfaisantes dans 95% et aucun décès materno-fœtal n'a été recensé.

Ainsi, nous proposons ces quelques suggestions : promotion de la CPN, recommandation d'accoucher en milieu hospitalier, recyclage de personnel de santé, augmentation du budget national pour la promotion de la santé familiale, et promotion de l'éducation.

Mots clés : Césarienne – nécessité – sauvetage materno-fœtal – dysgravidie – Consultations prénatales

Directeur de thèse : Professeur RASOLOFONDRAIBE Aimé

Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'auteur : Lot IIE 2ZLF Ambatokaranana Ampasapito