

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
I- RAPPELS ANATOMIQUES	2
I-1 Le bassin obstétrical ou le petit bassin	2
I.1.1 Détroit supérieur.....	4
I.1.2 Excavation pelvienne.....	4
I.1.3 Détroit inférieur	7
I-2 L'utérus gravidique.....	7
I.2.1 Macroscopie.....	7
I.2.2 Ses trois grandes parties.....	8
a) Le segment inférieur	8
.....	
b) Le corps utérin	8
c) Le col utérin.....	8
I-3 Vascularisation et innervation.....	12
I-4 Rapports anatomiques.....	12
I.4.1 Rapports antérieurs.....	12
I.4.2 Rapports latéraux.....	12
I.4.3 Rapports péritonéaux.....	13
II - CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA CESARIENNE	15
II.1 Historique.....	15
II.2 Définition.....	16
II.3 Différents types.....	16
II.3.1 La césarienne corporéale.....	16
II.3.2 La césarienne segmentaire.....	16
II.3.3 La césarienne vaginale.....	16
II.4 La technique.....	17
II.4.1 Mode d'anesthésie.....	17
II.4.2 Technique opératoire.....	20

II.5 Les indications	26
II.6 Les contre indications.....	27
II.7 Les soins per et post-opératoires.....	27
II.8 Les complications	28
DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE	
I OBJECTIFS DE L'ETUDE	29
II - CADRE DE L'ETUDE	29
III METHODOLOGIE	30
IV LES RESULTATS	31
IV.1 Fréquence.....	31
IV.2 Aspects épidémiologiques.....	33
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS	
I- COMMENTAIRES	48
I.1 Habitudes du service.....	48
I.2 Fréquence.....	48
I.3 Aspects épidémiologiques.....	49
II- SUGGESTIONS	52
II.1 Concernant la maternité.....	52
...	
II.2 Education pour la santé.....	52
II.3 Mesures pratiques.....	53
.....	
CONCLUSION	54
ANNEXES	
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau n°01 : Les dimensions des plans du bassin.....	2
Tableau n°02 : Dimension de l’utérus gravide.....	8
Tableau n°03 : Les complications de la césarienne.....	28
Tableau n°04 : Fréquence mensuelle des césariennes.....	31
Tableau n°05 : Fréquences annuelle des césariennes.....	32
Tableau n°06 : Répartition selon l’âge.....	33
Tableau n°07 : Répartition selon la parité.....	34
Tableau n°08 : Répartition suivant la provenance.....	35
Tableau n°09 : Répartition selon la profession.....	36
Tableau n°10 : Répartition selon le mode d’admission	37
Tableau n°11 : Répartition selon le suivit de la CPN.....	38
Tableau n°12 : Répartition selon la situation matrimoniale	39
Tableau n°13 : Répartition globale des indications de la césarienne	40
Tableau n°14 : Répartition suivant les indications obligatoires.....	41
Tableau n°15 : Répartition suivant les indication de prudences.....	42
Tableau n°16 : Répartition suivant les indications de nécessité.....	43
Tableau n°17 : Répartition en fonction du score d’APGAR.....	45
Tableau n°18 : Répartition selon le sexe.....	46
Tableau n°19 : Répartition selon le poids à la naissance.....	47

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n°01 : Fréquence mensuelle des césariennes	31
Figure n°02 : Fréquence annuelle des césariens.....	32
Figure n°03 : Age des parturientes.....	33
Figure n°04 : Parité des parturientes.....	34
Figure n°05 : Provenance des parturientes.....	35
Figure n°06 : Profession des parturientes.....	36
Figure n°07 : Mode d'admission des parturientes.....	37
Figure n°08 : Le suivi de la CPN.....	38
Figure n°09 : Situation matrimoniale des parturientes.....	39
Figure n°10 : Les indications principales des césariennes.....	40
Figure n°11 : Les indications obligatoires des césariennes.....	41
Figure n°12 : Les indications de prudence des césariennes.....	42
Figure n°13 : Les indications de nécessité des césariennes.....	43
Figure n°14 : Score d'APGAR.....	45
Figure n°15 : Le sexe des bébés.....	46
Figure n°16 : Le poids à la naissance des bébés.....	47

LISTE DES SCHEMAS

Pages

Schéma n°01 : Diamètre pelvien	3
Schéma n°02 : Déroit supérieur.....	5
Schéma n°03 : Déroit supérieur.....	5
Schéma n°04 : Excavation pelvienne.....	6
Schéma n°05 : Déroit inférieur.....	6
Schéma n°06 : Anatomie du segment inférieur et rapports.....	10
Schéma n°07 : Utérus gravide avec ses trois parties.....	11
Schéma n°08 : Anatomie de l'utérus gravide.....	14
Schéma n°09 : Rapports anatomiques antérieurs de l'utérus.....	14
Schéma n°10 : Anesthésie péridurale.....	18
Schéma n°11 : Incision utérine segmentaire transversale.....	19
Schéma n°12 : Tracé des divers incisions cutanées et situation par rapport aux repères osseux (d'après RACINET)	22
Schéma n°13 : Voie d'abord par incision de PFANNENSTIEL.....	22
Schéma n°14 : Incision et décollement du péritoine pré-segmentaire.....	23
Schéma n°15 : Incision transversale très courte du segment inférieur.....	23
Schéma n°16 : Elargissement au doigt de l'incision utérine transversale.....	23
Schéma n°17 : Elargissement au doigt de l'ouverture segmentaire.....	23
Schéma n°18 : Aspect opératoire de l'hystérotomie réalisée juste avant traction fœtale.....	24
Schéma n°19 : Extraction de la tête fœtale par césarienne	25

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

CHD : Centre Hospitalier de District

CHR : Centre Hospitalier Régional

CPN : Consultation prénatale

LMSO : Laparotomie Médiane Sous Ombilicale

OC : Opération césarienne

g : Gramme

% : Pourcentage

mm : Millimètre (unité de distance)

mn : Minute

> : Supérieur

< : Inférieur

≤ : Inférieur ou égal

Il est écrit dans l'évangile de Jean chapitre 16 verset 21 : « Quand une femme va mettre un enfant au monde, elle est triste parce que le moment de souffrir est arrivé pour elle ; mais quand le bébé est né, elle oublie sa souffrance parce qu'elle est joyeuse de ce qu'un être humain soit venu au monde »

La césarienne ou Hystérotomie est une intervention permettant d'extraire le fœtus du ventre de la mère en incisant l'utérus gravide, souvent par voie abdominale, rarement par voie vaginale ou par voie transvésicale.(1)

L'opération césarienne est actuellement une intervention de pratique courante , vise à réduire le risque maternel et fœtal.

La césarienne est aussi un facteur de l'amélioration de la qualité des soins en obstétrique et apporte aujourd'hui une sécurité accrue au couple mère-enfant (2)

Ses indications peuvent se diviser en 3 parties :

- Les césariennes dites obligatoires
- Les césariennes dites de prudence
- Les césariennes dites de nécessité

Actuellement, le taux d'opération césarienne ne cesse d'augmenter, c'est pour cela que nous avons décidé de faire des réflexions sur les indications des césariennes à la Maternité de la Clinique des Sœurs Ankadifotsy durant l'année 2001.

Nous avons réparti notre travail en trois parties :

- La première partie est réservée à la revue de la littérature
- La deuxième est destinée à l'étude proprement dite
- La troisième partie est axée les commentaires et suggestions

Une conclusion générale clôturera notre étude.

I-Rappels anatomiques

I.1- Le bassin obstétrical ou le petit bassin (3) (4) (5)

C'est la partie la plus importante en obstétrique. On distingue 3 parties dont 2 orifices et une excavation. Ce sont :

- Le détroit supérieur
- L'excavation pelvienne
- Le détroit inférieur

La mensuration de diamètre du petit bassin est d'une importance capitale car c'est par ce canal pelvi-génital osseux et peu extensible que passe l'enfant à la naissance.

Quelques définitions :

- Dans les bassins rétrécis, le diamètre antéro-postérieur est diminué
- Dans les bassins asymétriques, le diamètre transversal ou oblique est abaissé
- Dans les bassins limites, tous les diamètres sont diminués mais à un degré moindre.

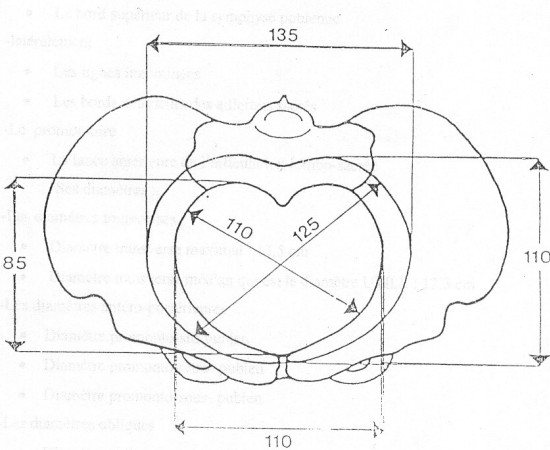
TABLEAU n°1 : Les dimensions des plans du bassin (Source n°7)

Plan du bassin	Dimension en centimètre		
	Diamètre antéro-supérieur (en cm)	Diamètre transversal (en cm)	Diamètre oblique (en cm)
Détroit supérieur	11	13	12
Partie Large de l'excavation pelvienne	12,5	12,5	13
Partie étroite de l'excavation pelvienne	11	10,5	
Détroit inférieur	3,5-11,5	11	

1.1.1 Le détroit supérieur

La présentation est dite engageante quand son plus grand diamètre s'engage le premier dans le détroit supérieur.

Il en résulte que :



1.1.2 Le détroit inférieur

Le diamètre et la forme de la présentation se adaptent dans l'orientation pelvienne.

Détroit supérieur : Transversal : 135 mm ; oblique : 125 mm ; antéro-postérieur : 110 mm

Détroit inférieur : Transversal : 110 mm ; diagonal : 110 mm ; antéro-postérieur : 85 mm

Source : Les guides pratiques de la vie. Femme et mère

Schéma n°1 : diamètre pelvien

Détroit supérieur : Transversal : 135 mm ; oblique : 125 mm ; antéro-postérieur : 110 mm

Détroit inférieur : Transversal : 110 mm ; diagonal : 110 mm ; antéro-postérieur : 85 mm

Source : Les guides pratiques de la vie. Femme et mère

Schéma n°1 : diamètre pelvien

I.1.1- Le détroit supérieur Schéma n°2 et 3

La présentation est dite engagée quand son plus grand diamètre a franchi la surface du détroit supérieur.

Il est limité par :

-en avant

- Le bord supérieur de la symphyse pubienne

-latéralement

- Les lignes innominées
- Les bords antérieurs des ailerons sacrés

-Le promontoire

- La ligne antérieure de l'articulation lombo-sacrée

Ses diamètres :

-Les diamètres traverses

- Diamètre traverse maximal : 13.5 cm
- Diamètre traverse médian qui est le diamètre UTILE : 12.3 cm

-Les diamètres antéro-postérieures

- Diamètre promonto-sus pubien
- Diamètre promonto-resto- pubien
- Diamètre promonto-sous- pubien

-Les diamètres obliques

- Diamètre oblique gauche : 12 cm
- Diamètre sacro-cotyloïdien : 9 cm

I.1.2 L'excavation pelvienne Schéma n°4

La descente et la rotation de la présentation se réalisent dans l'excavation pelvienne.

On distingue :

-en avant : la face postérieure de la symphyse pubienne

-en arrière, la face postérieure du sacrum et du coccyx

-latéralement, la surface quadrilatère de l'os coxal, la face postérieure de l'épine ischiatique et le corps de l'ischion.

Ses diamètres :

-Diamètre transversal du détroit moyen ou diamètre bi-épineux : 11 cm

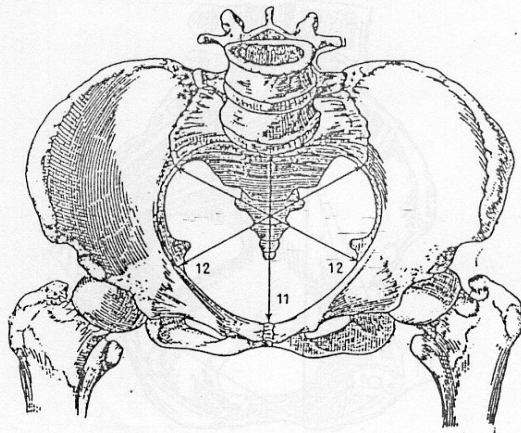


Schéma n°2 : Détroit supérieur

Source : Précis d'obstétrique(1)

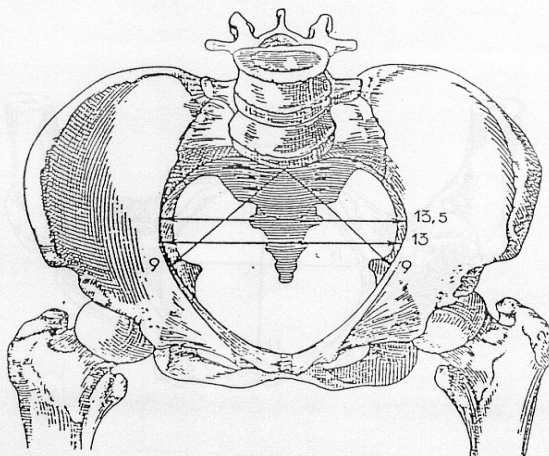


Schéma n°3 : Détroit supérieur

Source : Précis d'obstétrique(1)

Schéma n°2 : **Détroit supérieur**

Source : Précis d'obstétrique(1)

Schéma n°3 : **Détroit supérieur**

Source : Précis d'obstétrique(1)

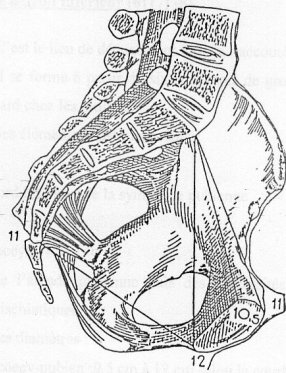


Schéma n°4 : Excavation pelvienne

Source : Précis d'obstétrique

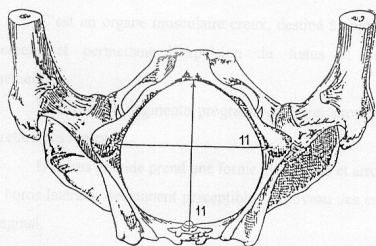


Schéma n°5 : Déroit inférieur

Source : Précis d'obstétrique(1)

Schéma n°4 : Excavation pelvienne

Source : Précis d'obstétrique

Schéma n°5 : Déroit inférieur

Source : Précis d'obstétrique(1)

L1.3- Le détroit inférieur (6) (7) (8)

C'est le lieu de dégagement lors de l'accouchement.

Il se forme à partir du sixième mois de grossesse chez les primipares et beaucoup plus tard chez les multipares.

Ses éléments constitutants sont :

-en avant

- Le bord inférieur de la symphyse pubienne

-en arrière

- Le coccyx

-latéralement, de l'arcade pubienne puis des tubérosité ischiatiques et des grands ligaments sacro-ischiatiques.

Ses diamètres :

-Diamètre sous-coccy-pubien :9.5 cm à 12 cm selon la courbe de la pédale coccygienne

-Diamètre transverse bi-ischiatique :11 cm

I.2- L'utérus gravidique (9) (10) (11)

I.2.1-Macroscopie

L'utérus subit des modifications anatomiques importantes pendant la grossesse.

C'est un organe musculaire creux, destiné à contenir l'œuf pendant son développement et permettant l'expulsion du fœtus et ses annexes lors de l'accouchement.

Son volume augmente progressivement et proportionnellement avec la durée du retard des règles.

L'utérus gravide prend une forme globuleuse et arrondie.

Ses deux bords latéraux deviennent perceptibles au niveau des culs de sac au cours du toucher vaginal.

Pendant la grossesse, sa consistance devient molle et ce ramollissement intéresse le corps, le col et la région isthmique.

A terme elle a une capacité de 4 à 5l avec une épaisseur de 4 cm environ.

TABEAU n°2 : Dimension de l'utérus gravis

Age	Longueur en cm	Largeur en cm
8 sem	9	7
9-12 sem	10-13	7-10
3-15 sem	14-16	10-17
5-6 mois	17	18
8 mois	26	19
A terme	31	23

I.2.2 Ses 3 grandes parties

a)Le segment inférieur

Il n'existe que pendant la grossesse à partir du sixième mois.

Sa formation se fait à partir de la région isthmique de l'utérus non gravis.

C'est une portion musculaire amincie, peu vascularisée située entre le col et le corps utérin.

Il est le lieu électif de l'hystérotomie.

Les limites sont :

-en bas l'orifice interne du col utérin qui est d'autant moins perceptible que la dilatation est complète et la présentation est plongeante ;

- en haut, à environ 1 à 2 cm en dessous de la limite supérieure du décollement du péritoine vésico-utérin ;
- -latéralement, les pédicules utérins avec le risque d'hémorragie qu'ils représentent.

b)Le corps utérin.

Le corps utérin se développe en volume selon l'âge du grossesse pour pouvoir adapter sa capacité à celle de l'œuf, ceci grâce à l'existence des éléments musculaires extensibles d'une part, et à la distorsion de la paroi utérine d'autre part.

c)Le col utérin

C'est l'organe de parturition.

Le col est cylindrique, possède un orifice interne et un orifice externe.

On observe surtout sa modification lorsque la présentation est engagée.

Pendant le travail, le col s'efface et s'ouvre petit à petit pour atteindre une dilatation maximale de 10-12 cm.

Cette ouverture est divisée en 2 temps :

- Début de l'ouverture jusqu'à 4-5 cm d'une façon lente
- Accélération de l'ouverture jusqu'à une dilatation complète

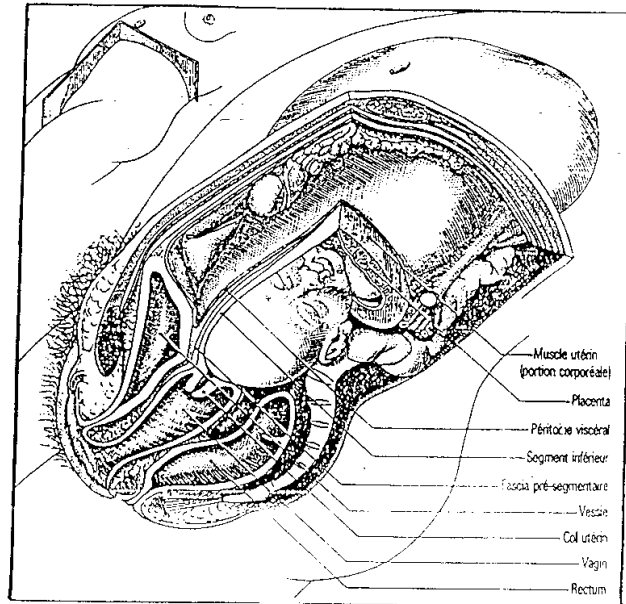


Schéma n°6 : Anatomie du segment inférieur et rapports

Source 26

Schéma n°6 : Anatomie du segment inférieur et rapports

(source 26)

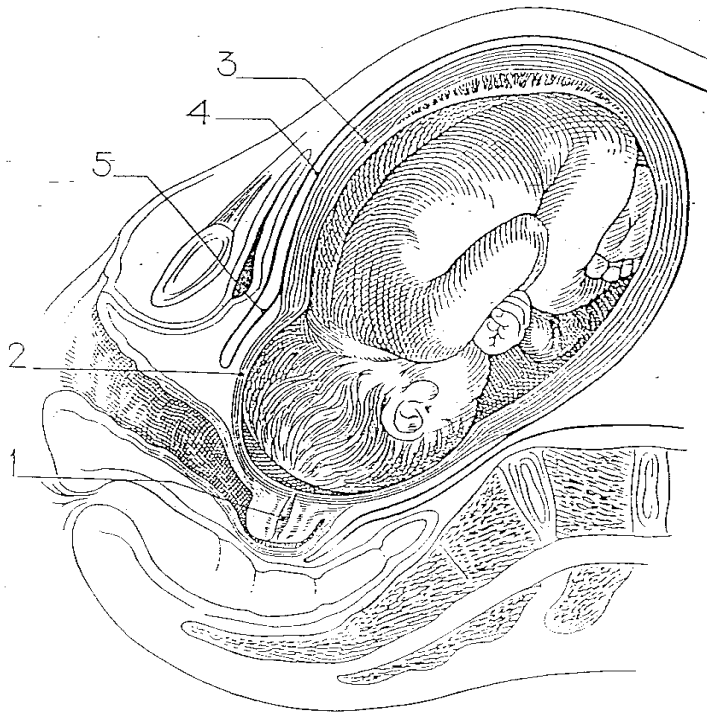


Schéma n°7 : Utérus gravide avec ses trois parties

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

Source : Précis d'obstétrique(1)

Schéma n°7 : utérus gravide avec ses trois parties

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

Source : Précis d'obstétrique(1)

I.3- Vascularisation et innervation

La vascularisation joue un rôle principal. Les vaisseaux augmentent considérablement de calibre au cours de la grossesse aussi bien les artères que les veines.

L'artère utérine assure cette vascularisation de l'utérus gravide. Elle prend pour origine au niveau de l'artère iliaque interne et se termine en s'anastomosant avec l'artère ovarienne.

Elle donne des collatérales qui sont l'artère cervicale, l'artère sous-tubulaire et l'artère rétrograde du fond.

Les veines utérines sont au nombre de deux :

- une veine principale se jetant dans la veine iliaque interne.
- une veine accessoire satellite de l'artère utérine

L'innervation est composée d'un système nerveux autonome intervenant dans la contractilité utérine.

Le corps utérin est innervé principalement par des fibres sympathiques tandis que le col et le vagin par des fibres parasympathiques .

L'innervation entretient des relations avec le système nerveux central. Le cerveau ne perçoit cependant les contractions utérines qu'au moment du travail.

Les lymphatiques sont nombreux et hypertrophiés formant trois réseaux : muqueux, musculaire et sous-séreux qui communiquent largement entre eux.

I.4 Rapports anatomiques

I.4.1- Rapports antérieurs

Lors de l'ampliation vésicale, la face postérieure de cet organe est placée au dessus du pubis. Elle est le seul rapport antérieur dangereux lors de l'abord utérin.

La vessie s'étale à la partie basse de la face antérieure de l'utérus amenant parfois une elongation de l'urètre.

I.4.2- Rapports latéraux

Pendant la grossesse, l'urètre en pénétrant dans le pubis va se trouver en arrière de l'artère utérine à gauche et en avant de cette artère à droite.

Il y a un épaissement du ligament large, l'utérus est proche de la paroi pelvienne.

I.4.3- Rapports péritonéaux(12) (13)

Pendant le travail, le cul de sac vésico-utérin accentue encore son ascension entraînant le rapport de la moitié inférieure du segment inférieur avec la face postérieure de la vessie.

Au cours du 3^e trimestre de la grossesse, le repli vésico-utérin se déplace vers le haut, et il y a une formation d'un espace décollable au devant du segment inférieur.

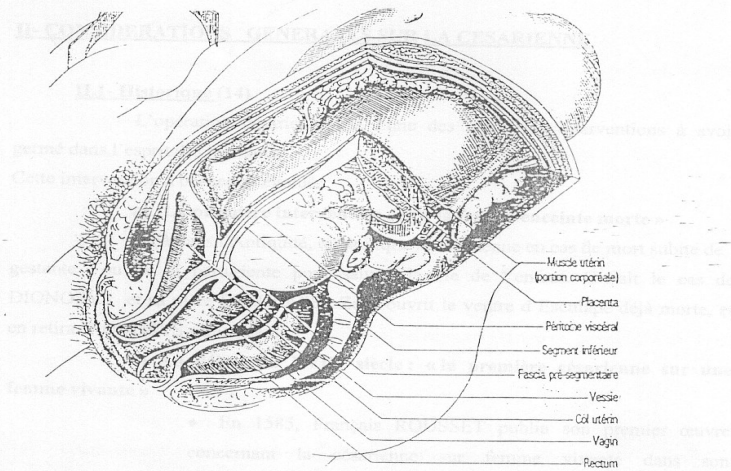


Schéma n°8 : Anatomie de l'utérus gravide (D'après KAMINA)

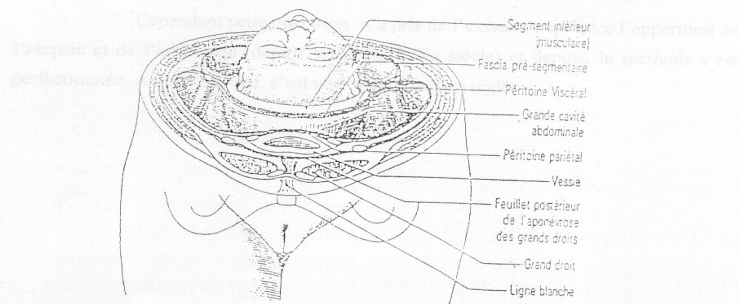


Schéma n°9 : Rapports anatomiques antérieurs de l'utérus

Schéma n°8 : Anatomie de l'utérus gravide (D'après KAMINA)

Schéma n°9 : Rapports anatomiques antérieurs de l'utérus

II- CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA CESARIENNE

II.1- Historique (14)

L'opération césarienne est l'une des premières interventions à avoir germé dans l'esprit des humains.

Cette intervention a beaucoup évolué.

a) La première intervention sur « la femme enceinte morte »

Déjà dans l'Antiquité, on pratique la césarienne en cas de mort subite de gestante ou de la parturiente pour sauver la vie de l'enfant. C'était le cas de DIONOSYS et sa mère ESCULAPE, Zeus ouvrit le ventre d'Esculape déjà morte, et en retira DIONOSYS sain et sauf.

b) Au début du XVIIe siècle : « la première césarienne sur une femme vivante »

- En 158, Français ROUSSET publia son premier œuvre concernant la césarienne sur femme vivante dans son traité : « HYSTERICOTOMIE ou enfantement césarien »
- En 1588, NÜFER, fut le premier à pratiquer l'incision utérine chez la femme vivante avec femme et enfant vivants.

Cependant cette opération n'a pris de l'extension qu'avec l'apparition de l'asepsie et de l'antisepsie (depuis la fin du XIXe siècle) et depuis, la méthode s'est perfectionnée. A notre époque, c'est une opération bien réglée.

II-2 Définition (15)

La césarienne ou « hystérotomie » est issue du mot latin « cesare » qui signifie « couper ».

L'opération césarienne est une intervention qui consiste à inciser l'utérus pour en extraire le fœtus et le placenta.

II-3 Différents types (15) (16)

II.3.1 La césarienne corporéale

Elle consiste à inciser l'utérus en plein milieu du corps utérin .

Elle a une indication limitée en obstétrique moderne en raison des dangers qu'elle peut entraîner .

Elle expose à un risque majeur de rupture utérine au cours de grossesse ou de travail ultérieur . Il y a une fragilité de la cicatrice utérine et la septicité de cette opération en cas d'infection amniotique .

Elle est indiquée dans les circonstances suivantes :

- présence d'adhérences interdisant l'accès au segment inférieur
- en cas de césarienne post-mortem
- césarienne avec hystérectomie
- en cas d'intervention en position demie-assise chez la cardiaque décompensée

Ce type de césarienne est la plus ancienne et de plus en plus abandonnée .

II – 3.2 La césarienne segmentaire

Elle est actuellement la pratique la plus courante .

Elle présente des avantages :

- Sur la césarienne corporéale d'avoir une cicatrice utérine plus solide .
- Les hémorragies secondaires par atonie sont exceptionnelles (segment inférieur peu vascularisé) .

II – 3.3 La césarienne vaginale

Chez une femme en travail , menacée par un risque pathologique grave, la césarienne vaginale permet en levant l'obstacle l'extraction rapide avec un minimum de traumatisme , un fœtus prématuré .

Cette intervention est indiquée en dehors de toute dystocie mécanique et lorsque les conditions locales sont favorables . (segment inférieur formé)

II . 4 La technique

II . 4.1 Mode d'anesthésie (17) (18) (19)

La qualité et le choix du type d'anesthésie dépendent beaucoup de la collaboration obstétricien-anesthésiste ;

Actuellement ; on dispose de deux possibilités d'anesthésie

- L'anesthésie générale
- L'anesthésie loco-régionale qui comprend la rachianesthésie et l'anesthésie péridurale .

Anesthésie générale

Elle est difficile à contrôler . Son inconvénient majeur est la dépression du nouveau-né avec risque d'inhalation pour la femme ; le syndrome hémorragique est à craindre . Mais son avantage est que l'induction est plus rapide .

Deux groupes de drogues sont utilisés :

- celles qui ne passent pas ou peu la barrière placentaire : les curares hydrosolubles et fortement ionisés, avec des doses usuelles n'ayant pas de conséquence sur le fœtus

- celles qui passent facilement la barrière placentaire, toutes les drogues sauf les curares(THIOPENTAL : PENTHOTAL® NESDONAL® : utilisé pour la première fois aux Etats-Unis en 1934)

Anesthésie loco-régionale (rachianesthésie, péridurale) **(20) (21) (22)**

Elle permet à la mère de rester consciente, elle diminue aussi le risque d'inhalation pour la femme et évite au nouveau-né la dépression médicamenteuse.

Mais son inconvénient est l'apparition possible d'une hypotension par blocage synaptique, donc les contre-indications doivent être respectées telles que l'hypovolémie ou l'hypotension, **l'allergie aux anesthésiques locaux**.

Il y a trois types d'anesthésie locale

- LIGNOCAINE (xylocaine® à 2%)
- TETRACAINE
- BUPIVACAINE (MARCAINE® à 0.5%)

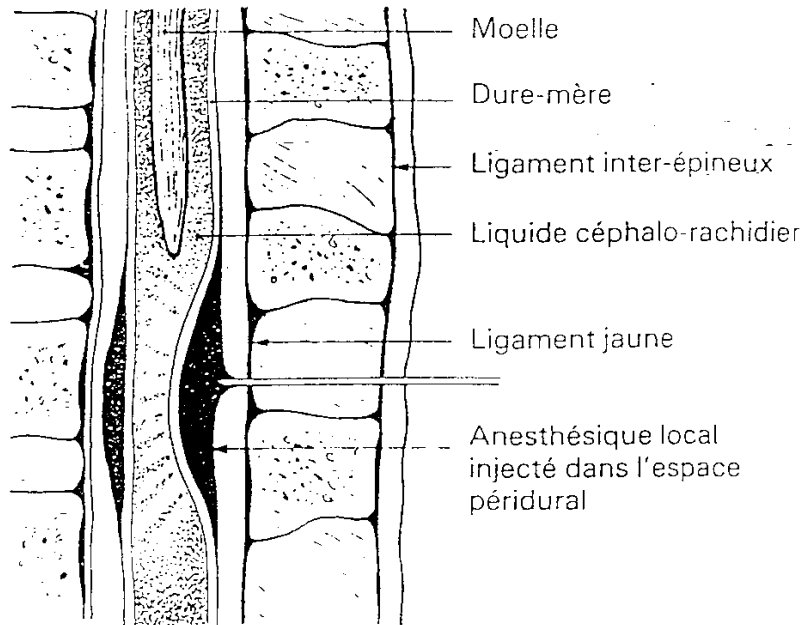


Schéma n°10 : L'anesthésie péri-durale

Schéma n°10 : l'anesthésie péri-durale

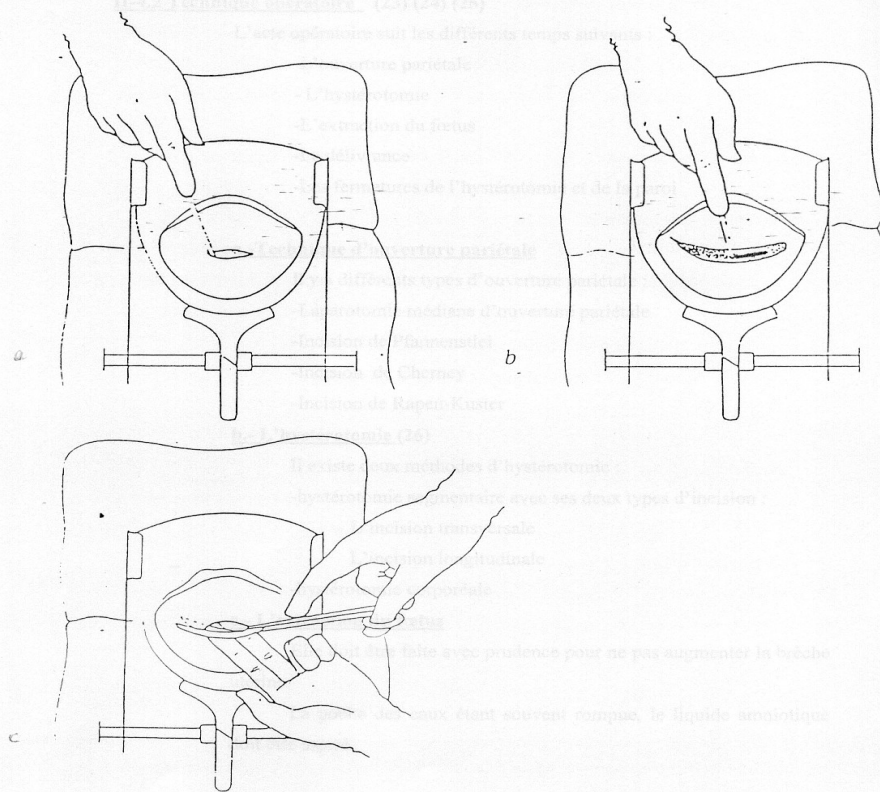


Schéma n°11 : Incision utérine segmentaire transversale

Source : La césarienne(2)

Schéma n°11 : Incision utérine segmentaire transversale

Source : La césarienne(2)

II-4.2 Technique opératoire (23) (24) (25)

L'acte opératoire suit les différents temps suivants :

-L'ouverture pariétale

- L'hystérotomie
- L'extraction du fœtus
- La délivrance
- Les fermetures de l'hystérotomie et de la paroi

a.-Technique d'ouverture pariétale

Il y a différents types d'ouverture pariétale :

- Laparotomie médiane d'ouverture pariétale
- Incision de Pfannenstiel
- Incision de Cherney
- Incision de Rapen-Kuster

b.- L'hystérotomie (26)

Il existe deux méthodes d'hystérotomie :

- hystérotomie segmentaire avec ses deux types d'incision :
 - L'incision transversale
 - L'incision longitudinale
- hystérotomie corporéale

c.- L'extraction du fœtus

Elle doit être faite avec prudence pour ne pas augmenter la brèche utérine.

La poche des eaux étant souvent rompue, le liquide amniotique doit être aspiré.

-En cas de présentation céphalique, la main gauche empaume la tête en arrière, derrière le pubis, tandis que la main droite (ou l'inverse) pousse sur le fond utérin. La tête doit sortir doucement comme dans un accouchement normal, la bouche est à aspirer avec précaution. Les épaules sont accouchées l'une après l'autre, puis les hanches.

-En cas de difficulté d'extraction, il faut faire appel à une pose de forceps qui doit être un petit forceps à branches croisées ou convergentes.

-Si le fœtus est volumineux, il est utile de l'amener en présentation de la face et, après aspiration des sécrétions bucco-pharyngées, la traction sur le maxillaire inférieur combinée avec une expression fondique suffit souvent à assurer l'extraction.

-Enfin, l'accouchement par le siège s'effectue comme suit :

- Accouchement des membres l'un après l'autre
- Puis de la tête vers un doigt dans la bouche

d.- La délivrance

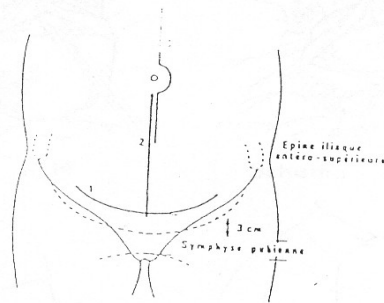
Elle est souvent, en clivant le placenta, suivie d'une révision utérine pour s'assurer qu'il ne subsiste aucune membrane.

e.- La fermeture

Tout d'abord, la fermeture commence par la réfection utérine.

L'hystérotomie doit être suturée par des points en X, séparés de fil lentement résorbable 0 extra-muqueux.

La fermeture pariétale ne doit être faite qu'après une vérification des trompes, des annexes et une toilette péritonéale.

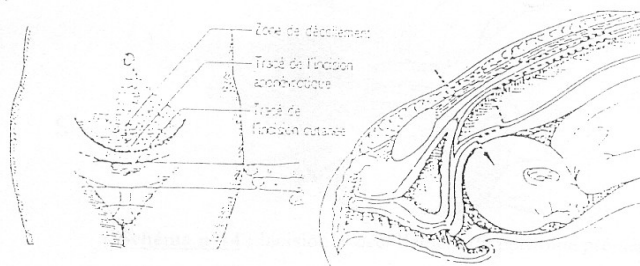


1-Incision de PFANNENSTIEL

2-LMSO

3-Laparotomie à cheval sur l'ombilic

Schéma n°12 : Tracés des divers incisions cutanées et situation par rapport aux repères osseux (d'après RACINET)



a-coupe frontale

b-coupe sagittale

Schéma n°13 : Voie d'abord par incision de PFANNENSTIEL (d'après RACINET)

1-Incision de PFANNENSTIEL

2-LMSO

3-Laparotomie à cheval sur l'ombilic

Schéma n°12 : Tracés des divers incisions cutanées et situation par rapport aux repères osseux (d'après RACINET)

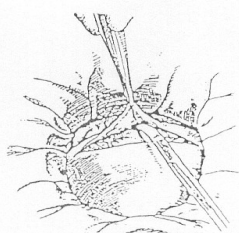


Schéma n° 14

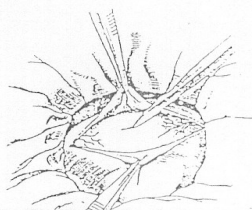


Schéma n° 15

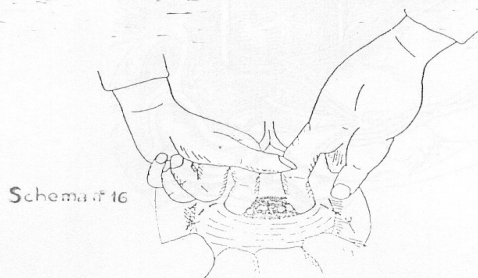


Schéma n° 16

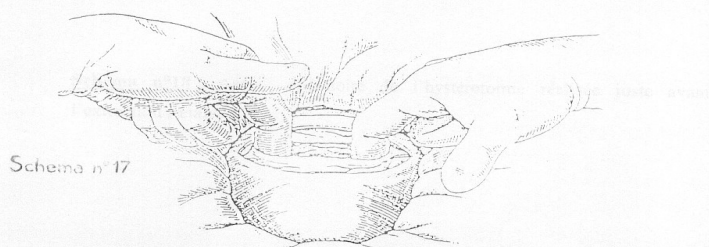


Schéma n° 17

Schéma n°14 : Incision et décollement du péritoine pré-ségmentaire

Schéma n°15 : Incision transversale très courte du segment inférieur

Schéma n°16 : Elargissement au doigt de l'incision utérine transversale

Schéma n°17 : Elargissement au doigt de l'ouverture segmentaire

Schéma n°14,15,16,17 : Césarienne segmentaire

a-coupe frontale

b-coupe sagittale

Schéma n°13 : Voie d'abord par incision de PFANNENSTIEL (d'après RACINET)

Schéma n°14 : Incision et décollement du péritoine pré-ségmentaire

Schéma n° 15 : Incision transversale très courte du segment inférieur

Schéma n°16 : Elargissement au doigt de l'incision utérine transversale

Schéma ° 17 : Elargissement au doigt de l'ouverture segmentaire

Schéma n°14,15,16,17 : Césarienne segmentaire

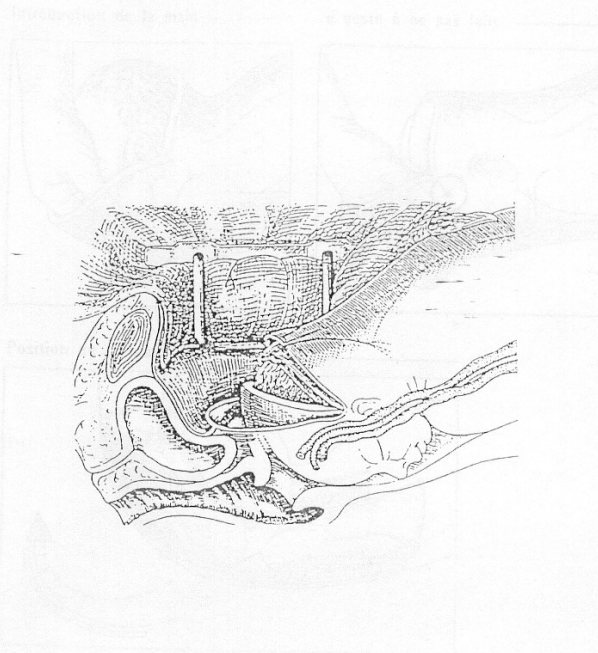
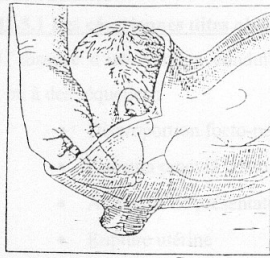


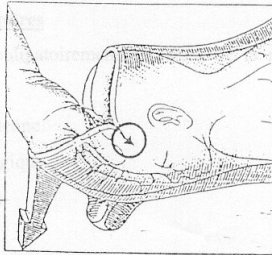
Schéma n°18 : Aspect opératoire de l'hystérotomie réalisée juste avant l'extraction fœtale.

Schéma n°18 : aspect opératoire de l'hystérotomie réalisée juste avant l'extraction fœtale.

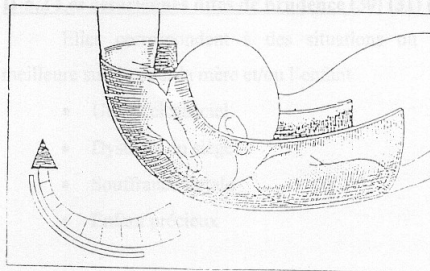
Introduction de la main



Le geste à ne pas faire

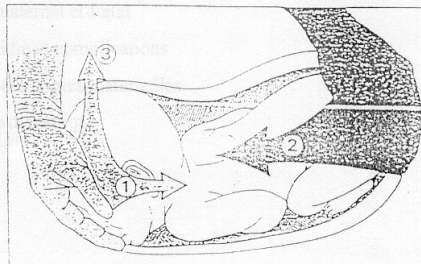


Position de la main



La main forme un plan incliné pour l'extraction de la tête

Les forces qui s'exercent pour une extraction fœtale correcte



1. Remonter la tête
2. Pousser dans l'axe longitudinal de l'utérus
3. Extraire la tête

Schéma n°19 : Extraction de la tête fœtale par césarienne

Schéma n°19 : extraction de la tête fœtale par césarienne

II-5 Les indications (27) (28) (29)

II-5.1 Les césariennes dites obligatoires

L'absence d'intervention conduit obligatoirement au décès de la mère et de l'enfant ou à des séquelles :

- Disproportion foeto-pelvienne
- Placenta praevia hémorragique
- Anomalie de présentation
- Rupture utérine

II-5.2 Les césariennes dites de prudence (30) (31) (32)

Elles correspondent à des situations où l'intervention apporte une meilleure survie pour la mère et/ou l'enfant

- Utérus cicatriciel
- Dystocie du siège
- Souffrance fœtale
- Enfant précieux

II-5.3 Les césariennes dites de nécessité (33) (34) (35)

Elles découlent des situations pathologiques «dépassées » nécessitant une intervention de sauvetage maternel et fœtal

- Dysgravidie et complications
- Autres pathologies maternelles
- Dystocie dynamique

II-6 Les contre-indications de l'O.C

Elles sont en fait très rares. Il n'y a pas de contre-indication absolue.

Les contre-indications relatives se divisent en deux groupes :

a) les contre-indications maternelles (36) (37) (38)

Ce sont :

- une maladie générale ne permettant pas l'intervention,
- la crise d'éclampsie

b) les contre-indications fœtales (39) (40)

Elles comprennent :

- les infections amniotiques
- les malformations mortelles connues du fœtus : anencéphalie, hydrocéphalie (dans ce cas, l'embryotomie ou la symphysiotomie est la règle),
- le défaut in utero de l'enfant (indication d'embryotomie)
- le défaut de maturité fœtale : âge gestationnel inférieur à 32 semaines et le poids du fœtus estimé inférieur à 850g .

II-7 Les soins per et post-opératoires

a) les soins per-opératoires (41)

D'abord les soins de la parturiente qui consistent à la prémédication et à

l'antibiothérapie systématique. En cas d'anesthésie loco-régionale, le remplissage est de règle.

Ensuite, la prise en charge du bébé qui tient compte de l'indice

d'APGAR, des paramètres fœtaux ou biométrie, avec réanimation si nécessaire.

b) Les soins post-opératoires

Pour la parturiente, on surveille de près la plaie opératoire et en même temps l'émission de gaz. L'antibiothérapie est aussi systématique(42) . Pour le bébé, la surveillance auprès du service de Néonatalogie est indispensable..

II-8 Les complications

Elles sont multiples et bien distinctes pour la mère et pour l'enfant selon le tableau suivant :

Tableau n°3 : Les complications de la césarienne

Morbidity maternelle		Morbidity néonatale
Complications préopératoires	Complications post-opératoires	
<ul style="list-style-type: none"> •Complications hémorragiques 4% •Plaies intestinales et urinaires 	<ul style="list-style-type: none"> -Complications infectieuses <ul style="list-style-type: none"> ➤ Urinaires ➤ Endométrites ➤ Pelvi-abdominales ➤ Pariétales -Hémorragie post-opératoire -maladie thromboembolique -complication digestive (iléus fonctionnel post-opératoire) -complications diverses 	<ul style="list-style-type: none"> Elle est directement liée de la césarienne -Souffrance fœtale aiguë ou chronique -Détresse respiratoire idiopathique 5%

I-OBJECTIFS DE L'ETUDE

Ils consistent à :

- faire connaître la fréquence des opérations césariennes à la Maternité de la Clinique des Sœurs Ankadifotsy,
- faire connaître les éléments déterminants des indications formelles des césariennes,
- assurer la prise en charge de la femme césarisée.

II- CADRE DE L'ETUDE

II-1 Présentation

Notre étude a été effectuée à la Maternité de la Clinique des Sœurs d'Ankadifotsy qui est un service de Gynécologie et d'Obstétrique, ainsi que de pathologies médicales et chirurgicales.

Elle se trouve au centre de la ville d'Antananarivo et comprend plusieurs Unités fonctionnelles :

a) Unité technique

Elle comprend :

- 4 blocs opératoires
- 1 salle d'accouchement
- 1 salle de réanimation
- 2 salles de garde

b) Maternité

Elle reçoit les femmes pour l'accouchement, l'accouchement pré et post-natale. Il y a aussi la vaccination.

c) Unité de pathologie obstétricale

Elle traite les maladies propres ou associées à la grossesse.

d) Unité de gynécologie

On y traite les problèmes purement gynécologiques comme la stérilité secondaire, fibrome, etc...

e) Unité chirurgicale

Elle concerne la traumatologie, la chirurgie viscérale, la neurochirurgie,...

f) Unité médicale

Elle traite toutes les pathologies médicales

g) Unité de consultation externe

Elle s'occupe des maladies de l'enfant.

h) Unité de pédiatrie

Elle s'occupe des maladies d'enfant

i) Unité de néonatalogie

Elle prend en charge des nouveau-nés et prématurés

j) Pharmacie

C'est un secteur d'approvisionnement en médicaments essentiels.

II-2 Personnel technique et administratif

Le personnel technique et administratif de la Clinique des Sœurs Ankadifotsy comprend 22 agents qui travaillent en permanence selon la répartition ci-dessous :

- 5 médecins spécialistes titulaires,
- 7 médecins généralistes,
- 5 sages femmes,
- 6 anesthésistes,
- 20 infirmières,
- 11 aide-soignantes,
- 25 élèves aide soignantes,
- 5 médecins spécialistes vacataires :
-

III- METHODOLOGIE

Notre travail est une étude rétrospective, portant sur 206 cas de l'opération césarienne à la Maternité de la Clinique des Sœurs Ankadifotsy durant l'année 2001, faite à partir de l'étude des dossiers du service :

- les cahiers des protocoles opératoires
- les registres du bureau des statistiques
- les dossiers des parturientes
- les cahiers de décès

Les registres d'admission et de durée de séjour à la Maternité.

IV-LES RESULTATS

IV-1 Fréquence

IV.1-1Fréquence mensuelle

Tableau n°4 : FREQUENCE MENSUELLE DES CESARIENNES

Mois	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Nombre	18	17	19	14	15	19	13	17	20	16	18	20	206
Taux	8,74	8,25	9,22	6,80	7,28	9,22	6,31	8,25	9,71	7,77	8,74	9,71	100

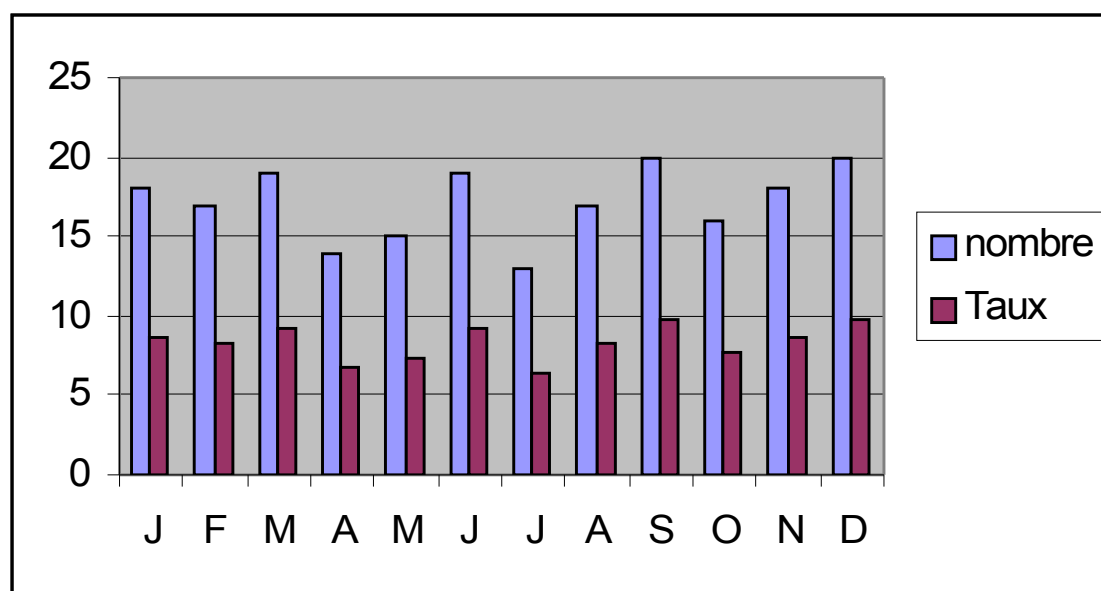


Figure n°1 : FREQUENCE MENSUELLE DES CESARIENNES

IV.1.2 Fréquence annuelle

Tableau n°5 : FREQUENCE ANNUELLE DE CESARIENNES

Nombre de césariennes	206
Nombre d'accouchement	1086
Taux	18.96

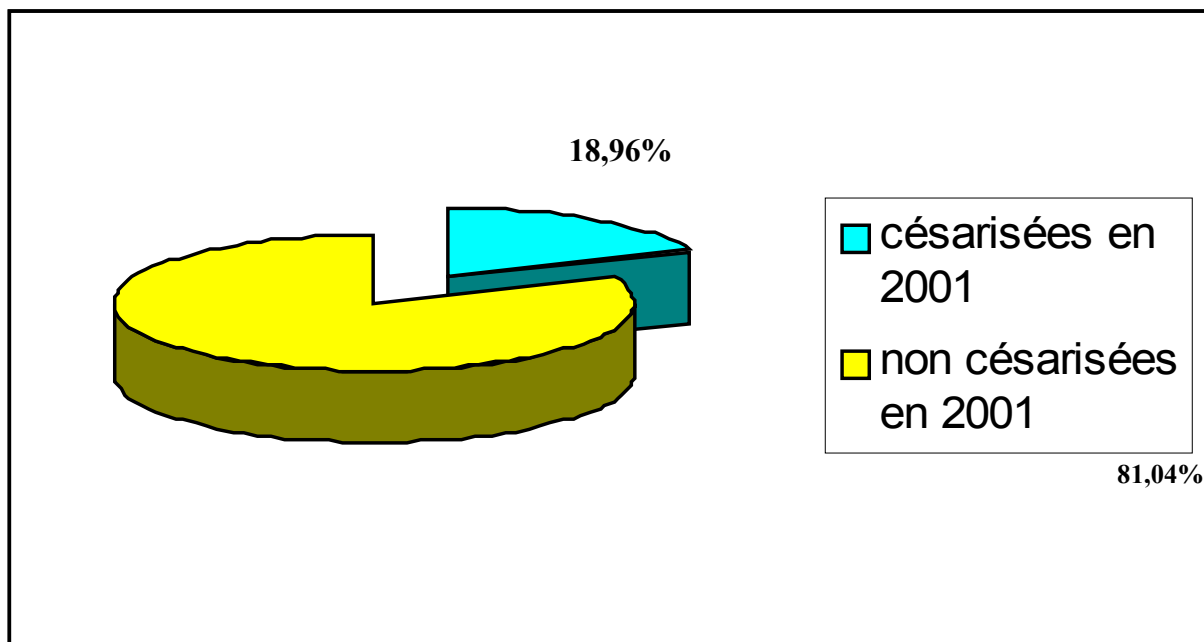


Figure n°2 : FREQUENCE ANNUELLEDES CESARIENNES EN L'AN 2001

IV-2 Aspects épidémiologiques

IV.2.1 Caractéristiques maternelles

a) Age

TABLEAU n°6 : REPARTITION SELON L'AGE

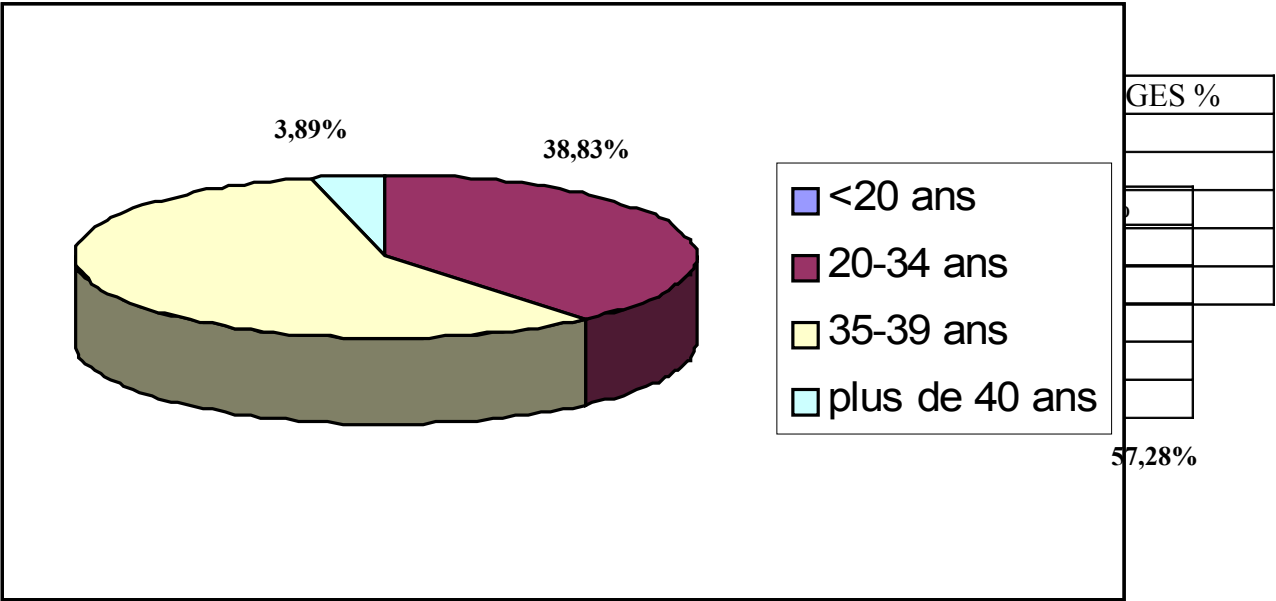
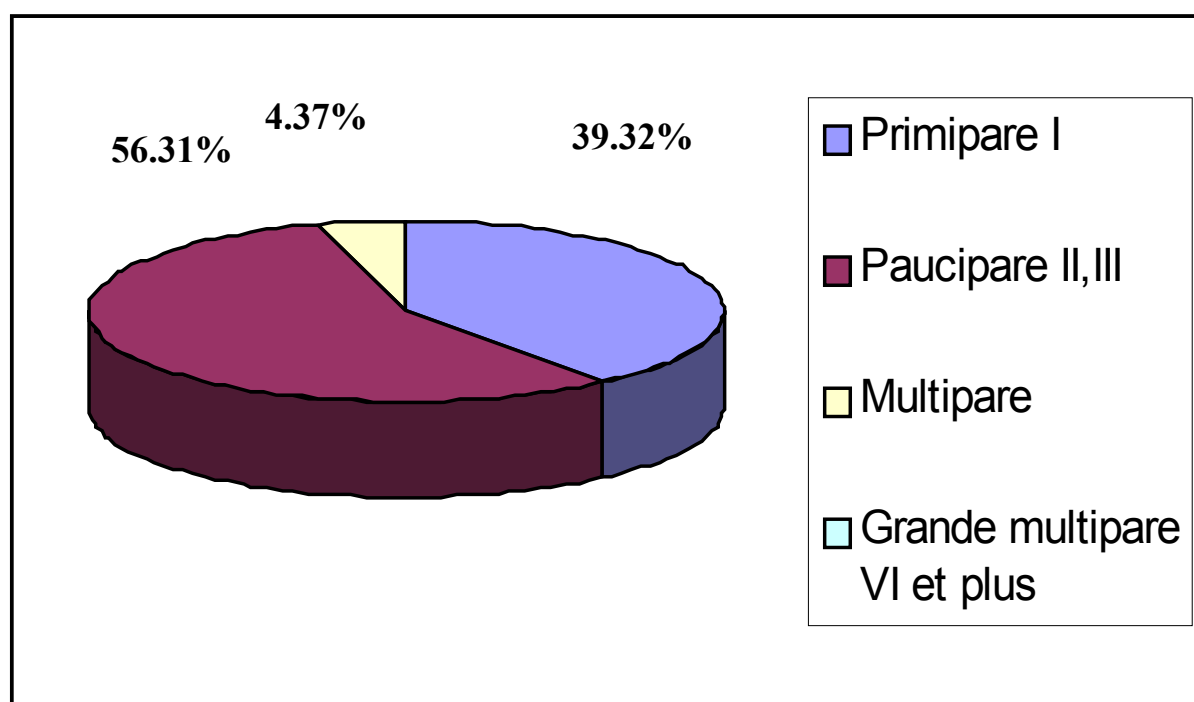


Figure n°3 : AGE DES PARTURIENTES

b) Parité

Tableau n°7 : REPARTITION SELON LA PARITE

Figure n°4 : PARITE DES PARTURIENTES



c) Provenance

Tableau n°8 : REPARTITION SUIVANT LA PROVENANCE

PROVENANCE	EFFECTIF	POURCENTAGE %
VILLE	179	86 ,89
BROUSSE	27	13 ,11
TOTAL	206	100

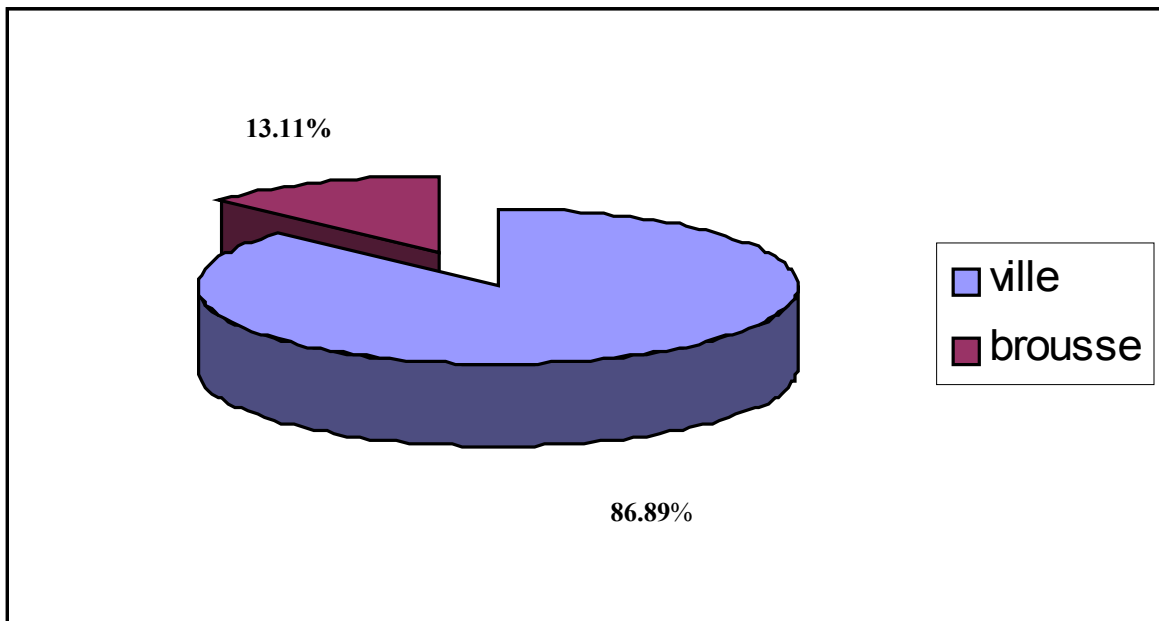


Figure n°5 : PROVENANCE DES PARTURIENTES

d)Profession

Tableau n°9 : REPARATION SELON LA PROFESSION

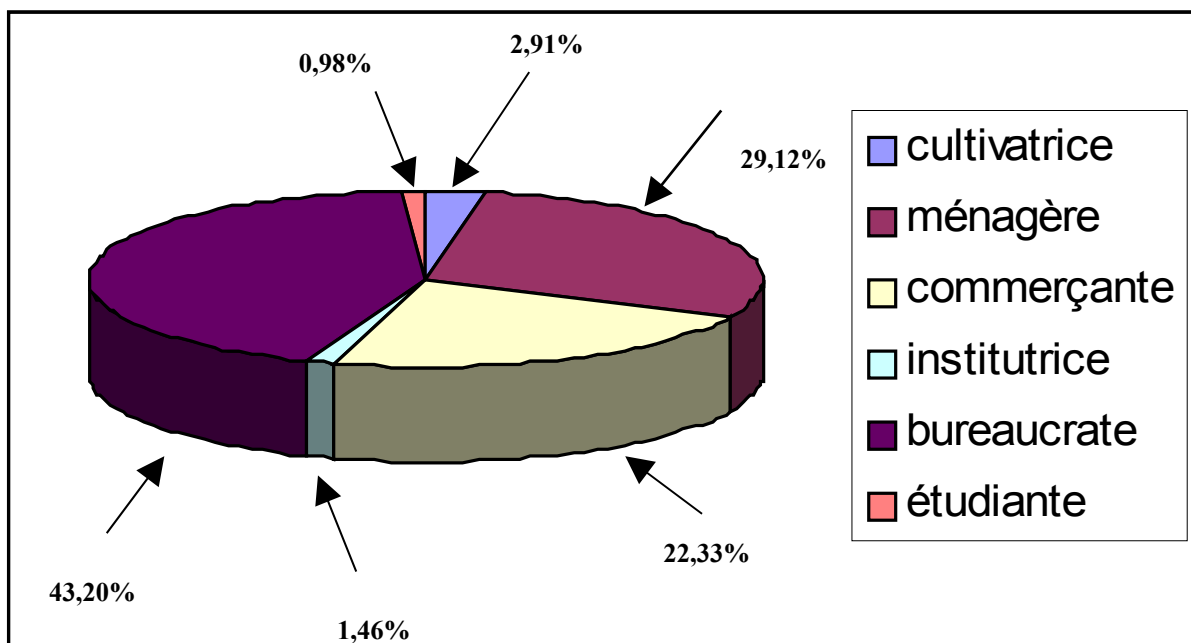


Figure n°6 : PROFESSION DES PARTURIENTES

e)Mode d'admission

Tableau n°10 : REPARTITION SELON LE MODE D'ADMISSION

MODE D'ADMISSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
Entrante directe	206	100
Evacuée	00	0
Total	206	100

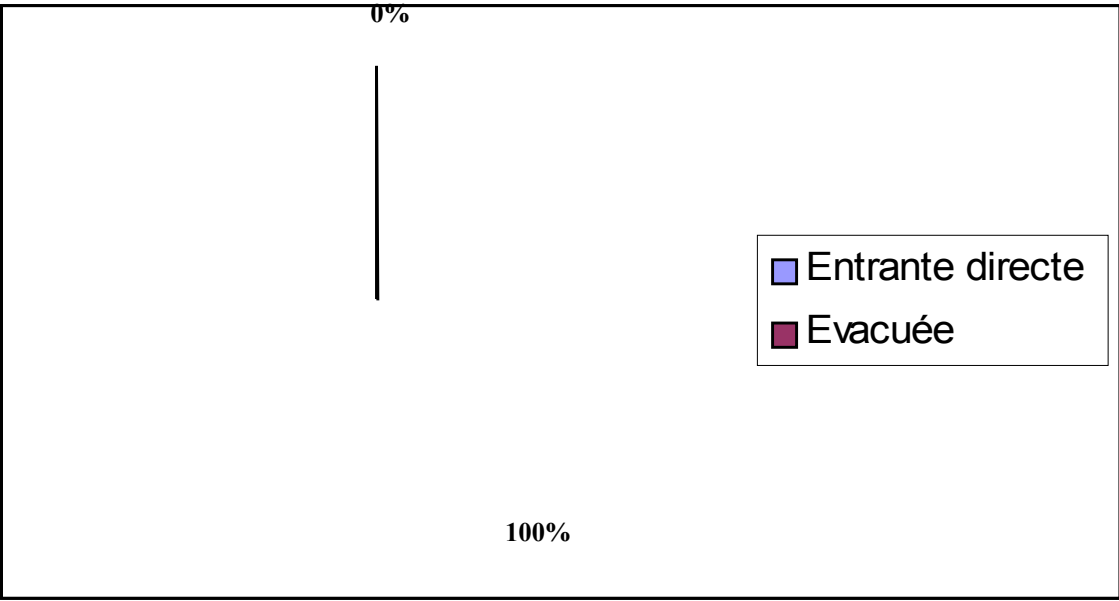


Figure n°7 : MODE D'ADMISSION DES PARTURIENTES

f) Consultation prénatale

Tableau n° 11 : REPARTITION SELON LE SUIVI DE LA CPN

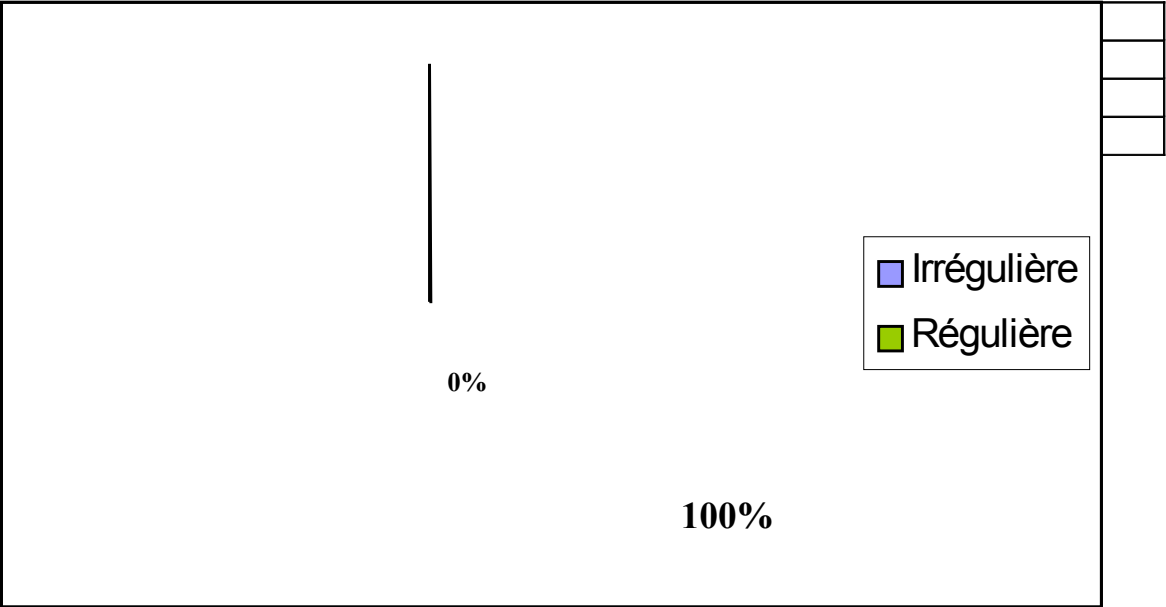


Figure n°8 : LE SUIVI DE LA CPN

g)Situation matrimoniale

Tableau n° 12 : REPARTITION SELON LA SITUATION MATRIMONIALE

SITUATION MATRIMONIALE	EFFECTIF	POURCENTAGE%
Mariée légitime	175	84 ,96
Mariée illégitime	31	15 ,04
TOTAL	206	100

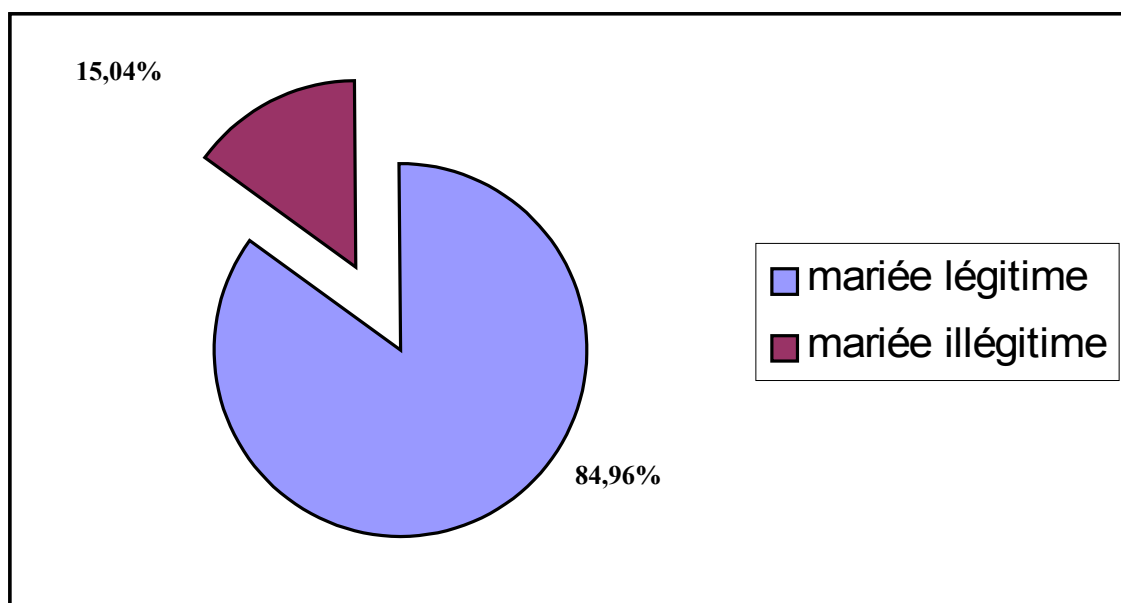


Figure n°9 : SITUATION MATRIMONIALE DES PARTURIENTES

h) Les indications de césarienne

Tableau n°13 : REPARTITION GLOBALE DES INDICATIONS DE LA CESARIENNE

INDICATION	EFFECTIF	POURCENTAGE %
Indication obligatoires	96	46,60
Indication de prudence	63	30,58
Indications de nécessité	47	22 ,82
TOTAL	206	100

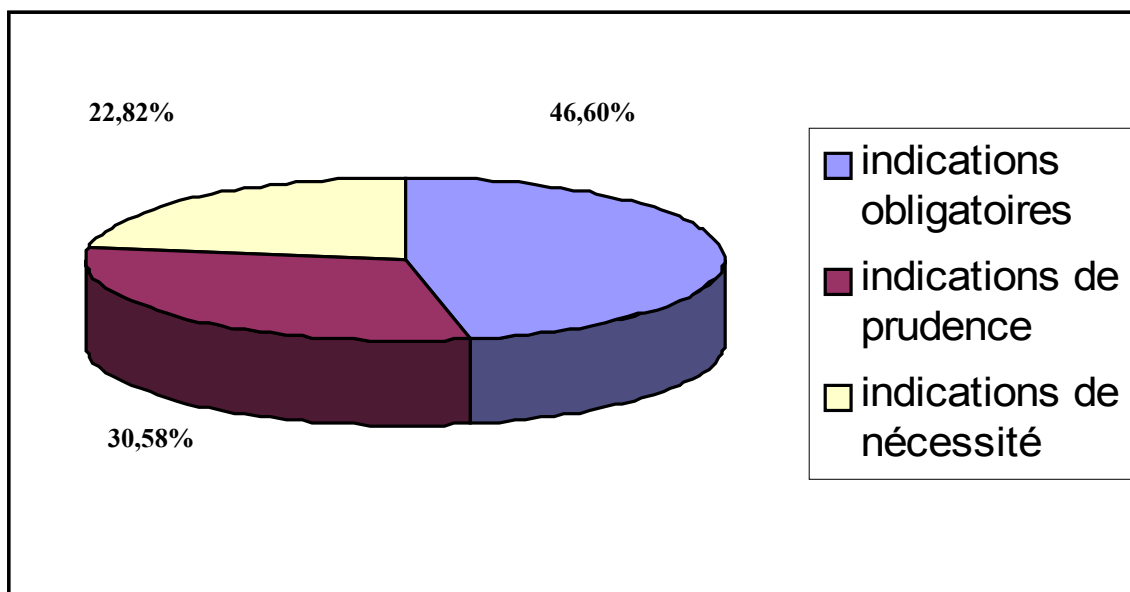


Figure n°10 : LES INDICATIONS PRINCIPALES DES CESARIENNES

i)Indications obligatoires

Tableau n° 14 : REPARTITION SUIVANT LES INDICATIONS OBLIGATOIRES

INDICATIONS	EFFECTIF	POURCENTAGES %
Disproportion foeto-pelvienne	15	78,13
Placenta Praevia	10	10,41
Présentation anormale	11	11,46
Rupture utérine	0	0
TOTAL	96	100

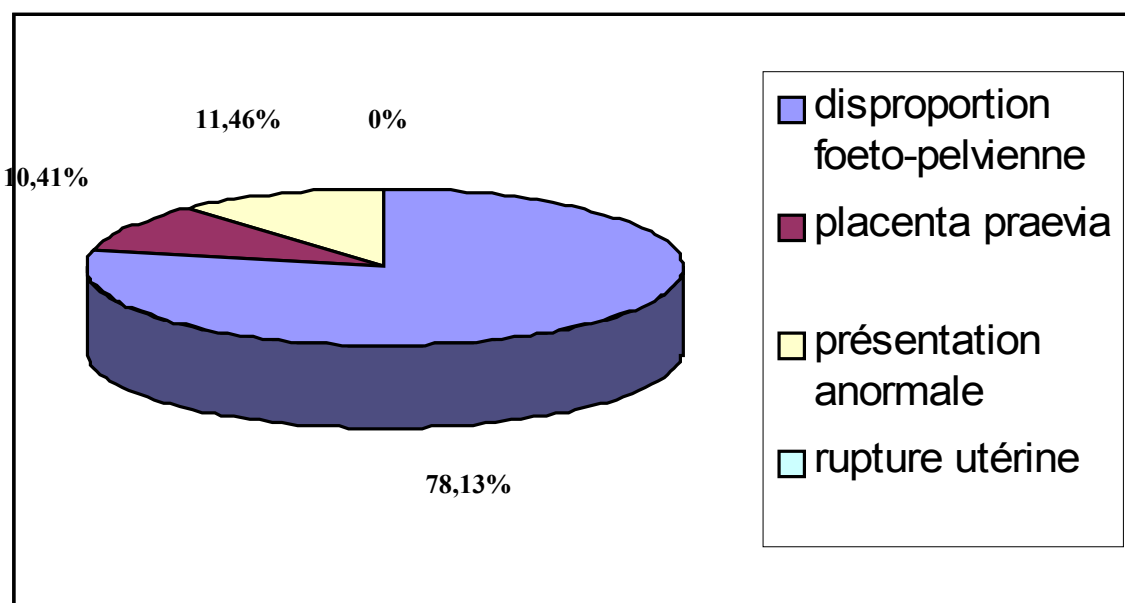


Figure n°11 : LES INDICATIONS OBLIGATOIRES DE CESARIENNE

j) Les indications de prudence

Tableau n° 15 : REPARTITION SUIVANT LES INDICATIONS DE PRUDENCE

INDICATION	EFFECTIF	POURCENTAGE %
Utérus cicatriciel	1	1,59
Souffrance fœtale	18	28,57
Présentation de siège	23	36,51
Enfant précieux	21	33,33
TOTAL	63	100

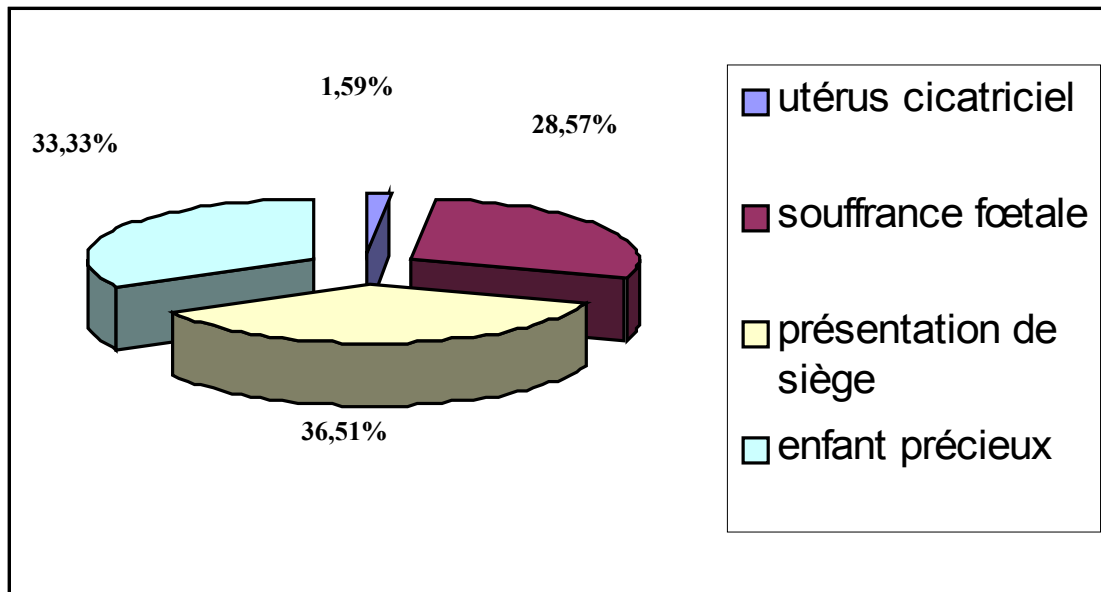


Figure n°12 : LES INDICATIONS DE PRUDENCE DES CESARIENNES

k)Les indications de nécessité

Tableau n°16 : REPARTITION SUIVANT LES INDICATIONS DE NECESSITE

INDATIONS	EFFECTIF	POURCENTAGE%
Dystocie dynamique	27	57,45
Dysgravidie et complication	4	8,51
Autres pathologies maternelles	11	23,40
Grossesse dépassée	5	10,64
TOTAL	47	100

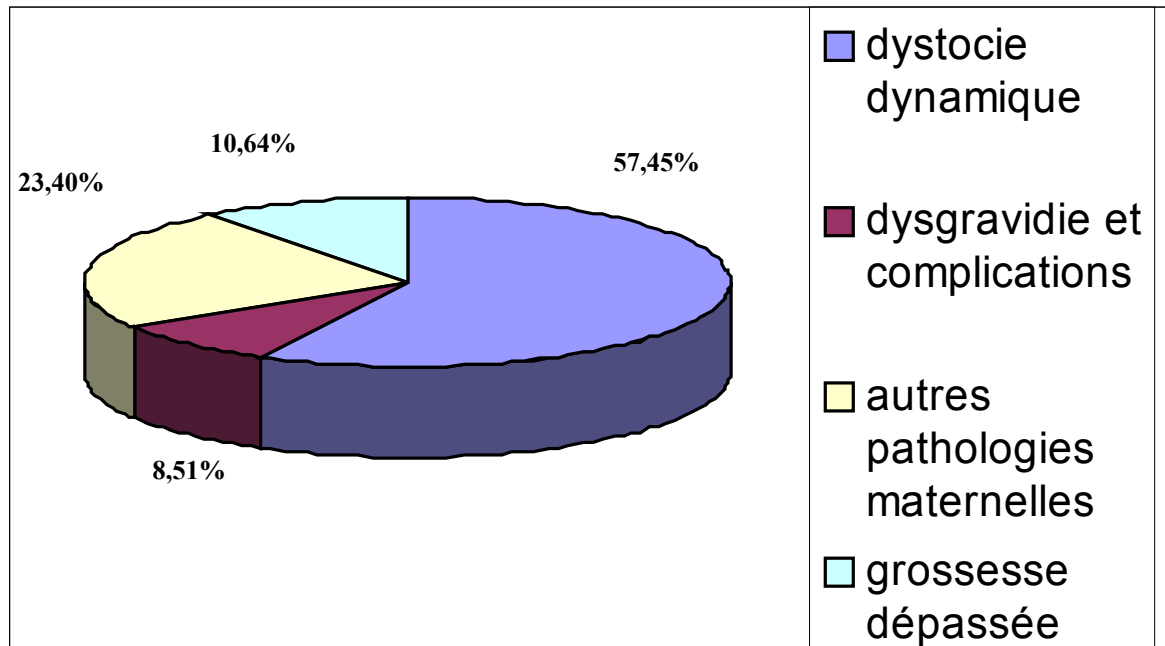


Figure n°13 : LES INDICATIONS DE NECESSITE DES CESARIENNES

I) Suites opératoires

Les suites opératoires sont simples en général quand les sutures sont bien réparées, suivies d'un pansement quotidien de solution antiseptique.

La durée du séjour d'hospitalisation est environ 8,5 jours.

IV.2-2 Caractéristiques fœtales

a) Etat à la naissance selon le score d'Apgar (Annexe I)

Tableau n°17 : REPARTITION EN FONCTION DU SCORE D' APGAR

SCORE D'APGAR	EFFECTIF	POURCENTAGE
10 à 8	192	91
7 à 4	12	5,69
3 à 0	7	3,31
Inconnue	0	00
TOTAL	211	100

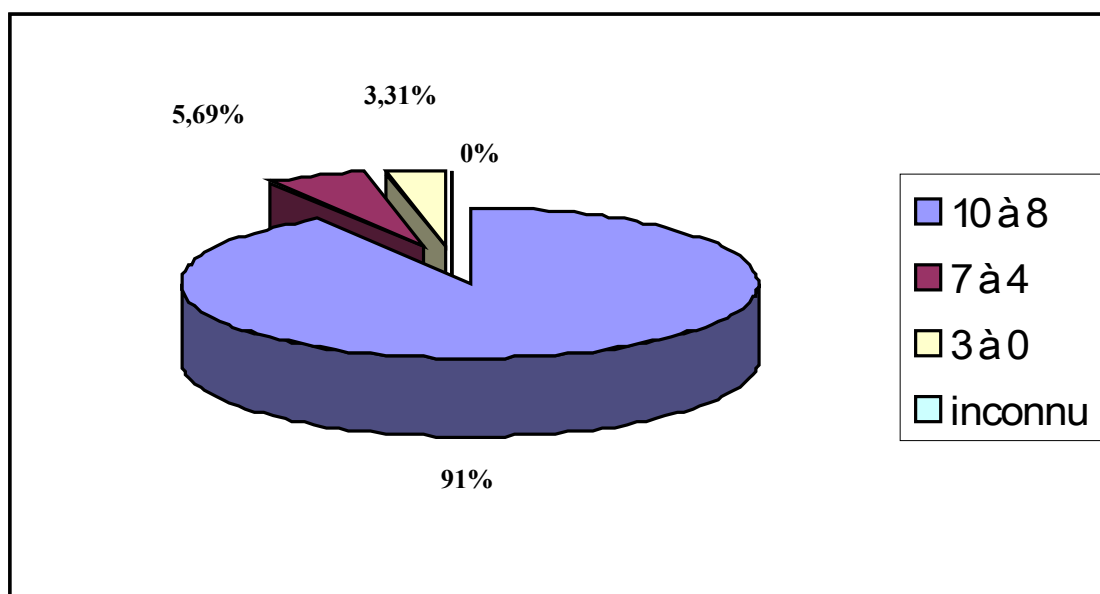


Figure n°14 : SCORE D'APGAR

b)Le sexe

Tableau n°18 : REPARTITION SELON LE SEXE

SEXE	EFFECTIF	POURCENTAGE %
Masculin	118	55,92
Féminin	93	44,08
TOTAL	211	100

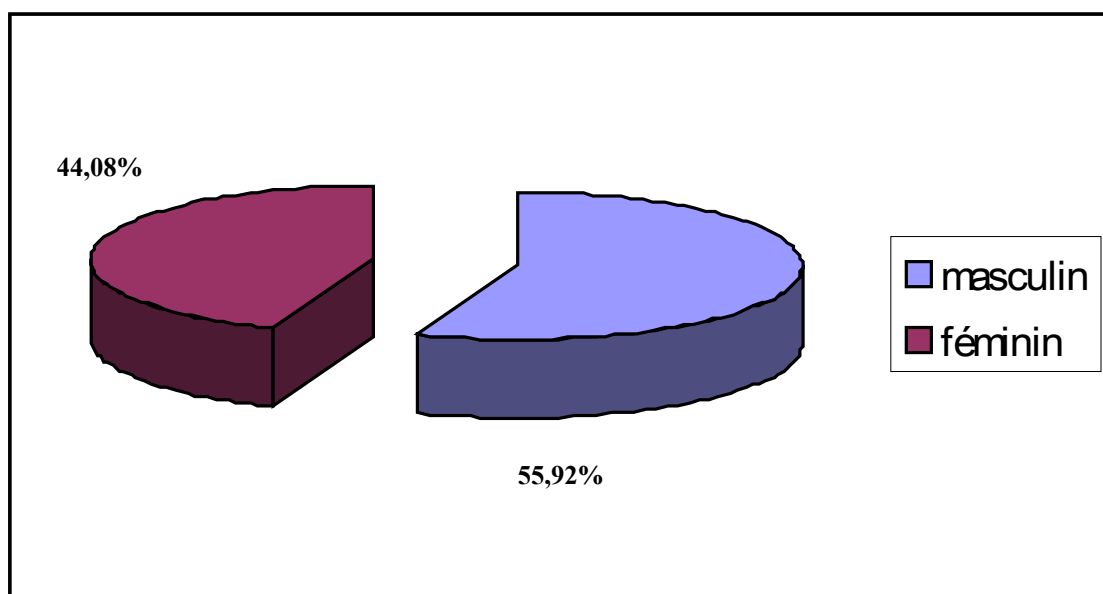


Figure n°15 : LE SEXE DES BEBES

c)Le poids à la naissance

Tableau n°19 : REPARTITION SELON LE POIDS A LA NAISSANCE

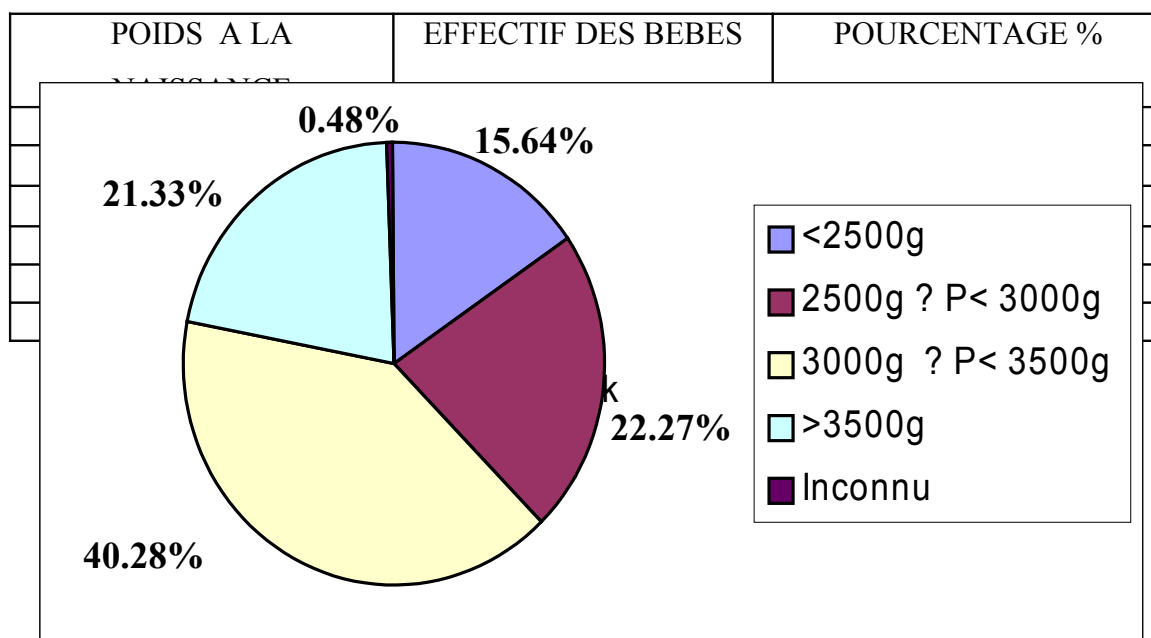


Figure n° 16 : LE POIDS A LA NAISSANCE DES BEBES

COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

I-COMMENTAIRES

I.1 Habitudes du service

◆ Le choix de l'anesthésie

L'opérateur et l'anesthésiste réanimateur prennent la décision sur le type d'anesthésie selon l'état clinique Foeto-maternel et la disponibilité des matériaux.

Certains examens biologiques doivent être effectués pour les césariées programmées. Les patientes passent une visite pré-anesthésique où le médecin spécialiste décidera du type d'anesthésie convenable.

A la Maternité de la Clinique des Sœurs Ankadifotsy, les anesthésies loco-régionales (72%) et générales (28%) sont pratiquées.

A signaler qu'aucune complication n'a été décelée quel que soit le type d'anesthésie.

◆ Les voies d'abord :

L'obstétrique, de nos jours, utilise l'incision de Pfannenstiel **(5)** qui offre le double avantage d'être esthétique et d'une grande solidité. Mais lors de difficulté d'extraction fœtale ou d'exploration d'une hémorragie post-partum, l'incision de MOUCHEL ou de CHERNEY s'impose.

La Maternité de la Clinique des Sœurs, par habitude, préfère utiliser l'incision de Pfannenstiel 76,21%, tandis que la laparotomie médiane sous ombilicale est moins utilisée.(43)

I.2 Fréquence

◆ Fréquence mensuelle

La fréquence de césarienne reste pratiquement constante pendant l'année 2001 ; sauf une légère augmentation le mois de Septembre et Décembre représentent un taux de 9,71%.

◆ Fréquence annuelle

Sur 1086 accouchements à la Clinique des Sœurs Ankadifotsy en l'an 2001, 206

femmes ont subi une césarienne soit une fréquence de 18,96%.

Ce taux est moindre par rapport à celui de la Clinique Maternité d'Anosibe (44) avec un taux de 38,68% en l'an 2000. Mais ce taux est élevé par rapport au CHR de Toliara (45)

en l'an 1999 ce taux est 13,87%

en l'an 2000 ce taux est de 9,76%

Au CHD de Taolagnaro (46) en l'an 1998 ce taux est de 7,33%.

Plusieurs facteurs contribuent à l'élévation de ce taux :

- la rapidité, l'efficacité de prise en charge des femmes enceintes.
- Centre de santé privé, bien équipé, avec un service de bonne qualité, de bon accueil et une prise en charge sérieuse des malades.
- Le choix des parturientes elles-mêmes (47)

I.3 Aspects épidémiologiques

Caractéristiques maternelles :

a-Age

La césarienne prédomine entre 30-39 ans soit 57,28% et entre 20-29 ans soit 38,83%. A signaler qu'aucune césarienne n'a été faite chez une parturiente entre 13 et 19 ans. Au CHDII de Mananjary ; en l'an 1999 ; le maximum se situe dans la tranche d'âge de 20-25 ans (46).

b-Parité

A la Clinique de Sœurs, nous avons enregistré un pourcentage de césarienne plus élevé chez les paucipares, soit 56,31% contre 0% chez les grandes multipares, et 39,32% chez les primipares. Cela peut s'expliquer par la non maturation physique de l'appareil génital.

c-Provenance – Profession

La Clinique des Sœurs reçoit les parturientes de la ville avec un taux important de 86,89% contre 13,11% venues de la brousse. Ceci s'explique par sa situation au centre de la capitale. La plupart des césarisées (43,20%) sont issues de la classe sociale aisée, ce qui explique leur choix d'accoucher dans un centre bien équipé.

d-Mode d'admission

Aucune évacuation sanitaire n'a été relevée sur 206 cas enregistrés. Ceci est dû aux habitudes de la Maternité qui refuse toute évacuation dans le service de Gynécologie obstétrique.

e- Suivi de la consultation prénatale

Toutes les parturientes ont suivi régulièrement une consultation prénatale d'où la rareté des complications survenues pendant et après la grossesse dans notre étude.

f- Situation matrimoniale

Le taux de césarienne plus élevé est rencontré chez les femmes mariées légitimement soit 84,96% des cas enregistrés. Ensuite elles ont une stabilité sur le plan socio-économique.

g- Principales indications de la césarienne

◆ les indications obligatoires : 46,6

1-disproportion foeto-pelvienne 78,13%

Dans la plupart des cas, il s'agit d'anomalies du bassin dépistées tardivement au cours de la CPN.

Chez la femme noire africaine, la fréquence est de 4,27%

-au Sénégal 3% **(48)**

-au Bénin 7% **(49)**

-au Cameroun 11% **(50)**

-à Madagascar 14,28%

Les taux trouvés dans la littérature : CISS : 30,4%

CIRARU : 15,4%

2-Présentation anormale 11,46%

Au CHDII de Mananjary, ce taux est de 28,57% **(46)**, ceci est dû à l'abus de Tambavy « FANDATSAHANA » et des massages abdominaux durant la grossesse.

3-Placenta praevia

Dans notre série d'études, son taux est de 10,41% ; parfois il est rencontré au cours d'un accident hémorragique, au cours du travail.

4-Rupture utérine

Aucun cas de rupture utérine n'a été révélé. Par contre un taux de 28,57% a été observé au CHDII de Mananjary **(46)**.

◆ Les indication de prudence

L'intervention n'est pas indispensable mais améliore le pronostic matérno-fœtal c'est à dire les césariennes de prudence ont pour but de réduire le

risque néonatale. Dans notre étude, elles représentent 63 cas sur 206 césarisées avec un taux de 30,58% et regroupent :

- l'utérus cicatriciel 1,59% « césarienne un jour ... césarienne toujours »
- la souffrance fœtale 28,57%
- la présentation de siège 36,51%
- l'enfant précieux 33,33%

◆ **Les indications de nécessité 22,82%**

Elles concernent les pathologies accessibles à un traitement médical, mais en l'absence de prise en charge correcte aboutissant à des complications nécessitant une intervention de sauvetage materno-fœtal.

- Dystocie dynamique 57,45%
- Pathologie maternelle 23,40%
- Grossesse dépassée 10,64%
- Dysgravidie et complication 8,51%

Ce type de césarienne est presque identique à celui de CHECK. Son taux se trouve à 25,40% (51) avec prédominance de trois cas : Hypertension artérielle 8,3%

Dystocie dynamique 9,3%

Pathologie maternelle 7,8%

h-Suites opératoires

A la Clinique des Sœurs, les suites opératoires sont satisfaisantes, nous n'avons rencontré aucune anomalie post-opératoire durant notre étude de l'année 2001, grâce à l'amélioration de la qualité du service.

En moyenne la durée de séjour hospitalier est de 8,5 jours.

Caractéristiques fœtales

91% des nouveau- nés ont un score d'APGAR supérieur ou égale à 7 à la première minute,

55,92% des nouveau -nés sont de sexe féminin contre 44,08% de sexe masculin ;

Nous avons constaté que 40,28% des nouveau-nés avaient un poids compris entre 3000g à 3500g ,et 15,63% un poids inférieur à 2500g.

Nous avons également enregistré 8 décès fœtaux dont trois fœtus mort in-utéro et 5 mort-nés . A signaler que les 96,20% des bébés sont sortis indemnes.

Pour MELIER et COLL. Cité par VENDITELLI F. , le pronostic fœtal est fonction du moment où survient la rupture(52). Seules les ruptures survenant pendant la grossesse augmentent la mortalité et la morbidité fœtales.

II- SUGGESTIONS

Nos suggestions sont les suivantes :

II-1.Concernant la Maternité :

- ◆ amélioration de l'infrastructure à la Maternité de la Clinique des Sœurs avec création d'un service de Réanimation néo-natale appropriée.
- ◆ multiplication du nombre de personnel de santé (Sages-femmes, médecins...)
- ◆ formation et recyclage du personnel de santé pour compléter leurs connaissances et leur compétence technique
- ◆ motivation et assurance du personnel sur tous les plans afin qu'il puisse travailler sérieusement sans contrainte

II-2.Education pour la santé :

- ◆ sensibilisation des femmes enceintes à être assidues régulièrement aux consultations prénatales pour le dépistage des anomalies incompatibles à la voie basse
- ◆ conseils sur la nécessité du planning familial pour éviter les grossesses rapprochées.
- ◆ recommandation aux femmes enceintes d'accoucher dans un Centre bien équipé

II-3.Mesures pratiques

a-Pendant la grossesse

- ◆ Dépistage précoce et traitement des maladies maternelles telles que hypertension artérielle, diabète, obésité,...
- ◆ Suivi régulier du poids de la femme pour éviter le gros fœtus
- ◆ Examens complémentaires : échographie, monitoring, radiopelvimétrie...

- ◆ Préparation psychologique de la femme pour l'accouchement

b-Au cours du travail

- ◆ Asepsie rigoureuse
- ◆ Dépistage précoce d'une souffrance fœtale

c-Après l'accouchement

- ◆ Révision utérine systématique pour suspecter une rupture utérine ou une déhiscence après accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel
- ◆ Utilisation de contraception pour respecter l'intervalle génésique de deux ans et pour limiter le nombre d'accouchement.

Les opérations césariennes sont un des moyens pour améliorer le pronostic materno-fœtal qui sont des inventions chirurgicales essentielles de l'obstétrique réalisant un accouchement artificiel après ouverture de l'utérus.

Nous avons fait une étude rétrospective sur les césariennes à la Maternité de la Clinique des Sœurs Ankadifotsy entre le 1^e Janvier 2001 et le 31 Décembre 2001.

Cette étude d'une année scolaire de 1086 accouchements avec 206 opérations césariennes permet de souligner les faits suivants :

-la fréquence des césariennes par rapport au nombre d'accouchements est élevé, soit 18,96%

-la tranche d'âge la plus touchée est celle entre 30 à 39 ans ; 118 cas, soit 57,28%

-les paucipares sont nombreuses 116 cas, soit 56,31% puis viennent les primipares 89 cas et les multipares 09 cas.

-les femmes sont surtout mariées légitimement 175 cas, soit 84,96%

-selon la provenance, 179 femmes proviennent du milieu urbain, soit 86,89%, et 27 femmes du milieu rural, soit 13,11%

-selon leur mode d'admission, : 206 femmes sont toutes des entrantes directes et ont suivi des CPN régulières

-les bureaucrates représentent 89 cas, soit 43,20%, puis viennent les ménagères, 60 cas, soit 29,12%

-pour les indications, nous avons relevé :

96 cas, soit 46,60% sont des indications obligatoires

63cas, soit 30,58% sont des indications de prudence

47 cas, soit 22,82 sont des indications de nécessité

-En ce qui concerne les caractéristiques fœtales :

- le poids de naissance entre 3000g et 3500g représente 40,289 %, soit 85 cas sur 211
- 91% des nouveau-nés ont un score d'APGAR supérieur ou égal à 7 à la première minute.
- Devant ces résultats, nous avons avancé quelques suggestions :

-éducation pour la santé des femmes enceintes à être assidues aux CPN

-importance du planning familial

-motivation du personnel de santé.

ANNEXES

LE SCORE D'APGAR

PARAMETRE	0	1	2
A (Aspect)	Grisâtre Cyanosé	Extrémités Cyanosées	Normal
P (Pouls)	Absent	< 100/min	>100/ min
G (Grimace)	Pas de réponse	Grimace	Cri, toux, Eternuement
A (Activité)	Hypotonie Immobilité	Flexion Légère	Mouvement Actifs
R(Respiration)	Nulle	Lente et Irrégulière	Bon premier Cri

A évaluer dans la minute qui suit la naissance

Puis 5 minute après

Meilleur APGAR : 10

Bon pronostic : >7

Envisager une réanimation : 3-6

BIBLIOGRAPHIE

1. Manentia, Segre A., Barbieri A., Arisi E. La césarienne par voie transvésicale. Rev Fr Gynecol obstét 1989;12:955-956.
2. Cisse et Coll. Opération césarienne. Abidjan 1989 : 13-15.

3. Thoulon J.M., Welffen E.C, Arnould P., Audra P. Etude anatoclinique et Radiologique du bassin obstétrical. Encycl. Méd. Chir. Paris 1979 ;5-007-A-10 :45.
4. Merger R, Levy J, Melhchior J. Précis d'obstétrique Paris : Massor, 5ème édition 1979 :44-47.
5. Poulain P. , Palariac J.C ., Jacquemard F. , Berger D., Nguyen-Ngoc , Rui, Grall J.Y.,Giraud J.R. Les césariennes . Encycl.Méd.Chir-obstét. Paris 1991 ; 5102 A 10 :45-50.
6. Thoulon J.M., Pucch F., Boog G. Obstétrique Edition Marketing Ellipse 1995 : 401-476.
7. Engelmann P.H., Tesher M. Etude clinique et radiologique du bassin normal. EMC Med Chir, obstét 1979 : 54-57.
8. Indication et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar 1995 ; 02 :194-197.
9. Pierre F., Berger P.H. La césarienne : Pratique de l'accouchement SIMEP, SA 1988 :63-65.
10. Kamina P. Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris : Maloire, 4^e édition, 1984 :145-147.
11. Baudet J. , Diaffos F. Modification anatomique de la femme enceinte. Obstétrique Pratique Paris Maloire 1977 :67-72.
12. Peter J., Martaille A., Ronnayette D. Les indications de césarienne. Rev. FR. Gynéco 1982 ; 77 :175-182.
13. Feldman J.P. Modification de l'appareil génital pendant la grossesse Encyclopédie Médicale Chirurgicale de Paris obstétrique 1987 : 38-42.
14. Richin J. Clinique Obstétricale Imp Georges Thomas, Nancy 1990 ;54-57 : 325-326.
15. Kamina P. Bases anatomiques de la césarienne segmentaire. Anatomie clinica 1978 ;1 :139-203.
16. Racinet C. , Favier M. La césarienne : indications, technique et complication. Masson, Paris 1984 :19-33.
17. Vokaer R. Traité d'obstétrique Paris Vigot Edit. 1977 : 315-345.
18. Albright G.A. , Fergusson J.E. , Joyce M.,Stervenson D.K. Anesthesia in obsetrics : maternal, foetal and neonatal aspects. Seconde édition Ed Butterworths 1986: 325-363.
19. Haberer J.P., Diemunsch P.,Anesthésie obstétricale. Editions techniques Encycl. Méd.Chir. Anesthésie- Réanimation. Paris- France 1992 ;36-595-C-10 :42-47.

20. Andrianaivo R. Césarienne de prudence : Aspect épidémio-clinique en 1998 au CHU Maternité de Befelatanana. Thèse Méd Antananarivo 2000 ; n°5253 :32-39.
21. Liondas. Anesthésie générale pour césarienne : mythes et réalités. Annales Françaises d'Anesthésie et réanimation 1985 ; 4 :685-690.
22. Nahas G., Sureau C., Viars P., Vourch H. Anesthésie et analgésie obstétricales. Rapport du XXIIème Congrès National d'Anesthésie et Réanimation . Ed .Annette, Paris 1972:12-15.
23. Desmont. Anesthésiques IV. Arc-Médecine Sciences Flammarion Paris 1991 :80-81.
24. Boulanger, Vitse, Verhoest, Caron et firmerie . Prévention des risques infectieux et thrombo-emboliques après césarienne. Journal de gynécologie obstétrique 1986 ;5 :309-315.
25. Poulain F., Palarix J.C. Les césariennes Encycl. Méd. Chir. Paris France Obstét 1991 ; 5102 A10 :15.
26. Bodiagina. Précis d'obstétrique. Mir Moscou 1978 : 19-29.
27. Pierre F., Berger P.H. La césarienne : Pratique de l'accouchement. Simep ,SA 1988 :57-61.
28. Eden R., Radker R., Gall S. Rupture of pregnant uterus, a 53 year review. Obstet gynecol 1986 :651-674.
29. Lansac J., Lamisse F., Bosq G., Chaïara . Grossesse et diabète Gynécol obstet Rat 1981 ; 15 :9-31.
30. Albrecht. Indication excessive de la césarienne . Triangle Journal Sandoz des sciences médicales. Actualités obstétricales 1991 ; 02 :5.
31. Alihonou E., Aguessy A., Akadiri B. Revue des indications de césariennes à la clinique universitaire de Gynécologie Obstétrique de Cotonou Médical 1993 ; 283 : 529-533.
32. Barrier J., Elhaik S. La césarienne, ses indications actuelles sont elles trop nombreuses ? Rev.Fra Guneco obstet 1979; 5:335-347.
33. Danfort M.D. Césarienne Section .JAMA, 1986 ;101: 811-818.
34. Grandi P., Kaiser O. Les opérations césariennes . Traité obstétrique 1985 ;2 :665-705.
35. Haddad B., Abirached F ., Caluez G. , Gabrol D. La rotation manuelle des présentations du sommet en occipito iliaque postérieur ou traverse : Technique et intérêt. Journal de gynec obstet et biol repro 1995 ; 2 :181-188.
36. Ranjary F. Les indications de césarienne à la maternité de Befelatanana Antananarivo. Thèse Méd Antananarivo 1988 ; n°1415 : 23-24.

37. Puech F. Le dépassement du terme. Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique. Vigos Ed, Paris 1978: 205-209.
38. Racinet C., Mallaret M.R., Favier, Berthet J., Morel I., Fauconnier J. Antibioprophylaxie dans les césariennes sans haut risque infectieux. Presse médicale 1990:1755-1758.
39. Ali Y. Analysis of cesarean delivery in Jimma Hospital, South-Western Ethiopia. East of Africa. J.Med 1995 ; 72 : 60-63.
40. Naiditch.M., Levy G. ,Chale J.Césariennes en France : impact des facteurs organisationnels dans les variations des pratiques. Journal Gynécol-Obstét et Biologie de la reproduction 1997 ; 26 : 484-495.
41. OMS Mortalité périnatale : Récapitulatif des données disponibles. Communiqué OMS n° 46. Genève 1996 ;12 :12-14.
42. Delarue T., Pele P., Taillanter L. Pronostic de l'accouchement chez la femme antérieurement césarisée, à propos de 208 cas . Gynécol Obstét. Bio Repr 1983;12: 193-206.
43. Faro S. Antibiotic prophylaxis-Obstet- Gynécol- clin. North-Am 1989;16:279-289.
44. Raharijaona R. Les indications des césariennes à la Clinique et maternité d'Anosibe en l'an 2000. Thèse Méd, Antananarivo 2001 n° 5908 :35-38.
45. Andriamparazato J. Réflexions sur les indications de l'opération césarienne du 1^{er} Janvier 1999 au 31 Décembre 2000 au CHR Toliara. Thèse Méd, Antananarivo 2001 n°5910 : 38-42.
46. Radera R. Contribution à l'étude des indications d'opération césarienne au CHDII de Mananjary en l'an 1999. Thèse Méd, Antananarivo 2001 n°5989 : 43-47.
47. Denovis F., Grenom A. L'analgésie péridurale en obstétrique. Rev de Méd de Tours 1986 :20-28.
48. ABC. Enfance :césarienne. France 1999 :15-18.
49. Minkoff H.L., Schwards R.H. The risin cesarean section write can it by safety be reserved. A Journal of Obstet. Ec.1980; 56: 135-143.
50. Pierre V. Pourquoi autant de césarienne? Vie Méd 1982 ; 7 : 26-30.
51. Cisse C.T., Andriamady C.,Faye A. Diouf, Brouillin D., Diadhiou F., Indications et pronostics de l'opération césarienne au CHU Dakar d'après une étude prospective de 18 mois portant sur 953 cas 1995 ; 24 : 1-92.
52. Venditielli F., Tabaste J. , Laborhede C. Rupture utérine sur utérus antérieurement césarisé. Dév Fr. Gynécol Obstét 1993 ; 5 : 333-341.

VELIRANO

« Eto anatrehan'ny ZANAHARY , eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy, sy ireo Mpiaramianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity, ary eto anatrehan'ny sarin'i HYPPOCRATE

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

Hotsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na oviana na oviana ary na amin'iza na amin'iza aho mba 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 haboraka amiko, ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanantontosana zavatra mamofady na hanamorana famitan-keloka.

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

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona ary tsy hahazo hampiasa ny fahalalako ho entimano hitra ny lalànan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo Mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranaka ny fahaizana noraiziko tamin'izy ireo.

Hotoavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

Ho rakotry ny henatra sy horabirabian'ireo mpitsabo namako kosa anie aho raha mivadika amin'izany.”

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse,

Signé : Professeur **RAMAKAVELO Maurice Philippe**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine
d'Antananarivo

Signé : Professeur **RAJAONARIVELO Paul**

Full Name : RAMAROSON Sarah

**Thesis subject matter : CEASARIAN OPERATION DATA AT ANKADIFOTSY
/ ANTANANARIVO MATERNITY HOSPITAL IN 2001**

Heading : Public Healthcare

Number of diagrams: 16 **Number of pages:** 54 **Number of boards:**

19 **Number of figures:** 16 **Number of appendixes:** 01

Number of bibliographical references: 52

SUMMARY

This is a retrospective study carried out at the hospital Maternity Ankadifotsy on 2001 with a view to estimating the profile clinic epidemiology of surgical cases.

The number of surgical cases amounted to 206 out of 1086 hence 18,96% as to the rate per cent.

-Most of the cases are mainly constituted by paucipary patients.

-30 and 39 years old is majority.

- And pertaining majority of cases by pregnant legally married patients who have been straightly admitted, owing to the fact they had previously and regularly been submitted to prenatal medical visits
- Ceasarean sections which was the primary indication
- Local regional anesthesia is most practised
- Post operative following surgery are in general simple

Last, we suggest to sensitise the pregnant women in order to submit themselves to regular prenatal visit and the role of birth control.

Key words : Uterus, waist, inferior segment

_____ Hysterotomia Ceasarian section data

Director of Thesis: Professor RAMAKAVELO Maurice Philippe

Speaker : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Correspondance: lot 1823 , 67 Ha North East TANA 101

Nom et prénom: RAMAROSON Sarah

Titre de la thèse: « LES INDICATIONS DE L'OPERATION CESARIENNE A LA MATERNITE DE LA CLINIQUE DES SŒURS ANKADIFOTSY EN L'AN 2001 »

Rubrique : Santé publique

Nombre de schémas :16

Nombre de pages : 54 **Nombre de tableaux :** 19 **Nombre de figures :** 16

Nombre de références bibliographiques : 52 **Nombre d'annexes :**01

RESUME

Une étude rétrospective portant sur les indications de la césarienne a été faite à la Maternité de la Clinique des Sœurs Ankadifotsy en l'an 2001 en vue d'évaluer le profil épidémio-clinique des césarisées .

L'effectif des femmes césarisées est de 206 sur 1086 accouchements totaux,
soit un taux de 18 ,96%

- Les paucipares sont majoritaires
- La tranches d'âge entre 20 et 39 ans est la plus touchée
- Les femmes mariées légitimement, admises directement ayant suivi régulièrement des consultations prénatales sont les plus nombreuses
- La césarienne obligatoire est l'indication majeure
- L'anesthésie loco-régionale a été la plus pratiquée
- Les suites opératoires sont en général simples

Enfin, nos suggestions consistent en la sensibilisation de la femme enceinte à être assidue régulièrement aux CPN et l'importance de la Planning familial.

Mots clés : Utérus, bassin, segment inférieur

_____ Hystérotomie- Indications des césariennes

Directeur de thèse : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe

Rapporteur : Docteur RANDRIANARISON louis Pascal

Adresse de l'auteur :Logement1823 67Ha Nord Est TANA 101