

LISTE DES ABREVIATIONS

BDCF	: bruit de cœur foetal
CCC	: communication pour le changement de comportement
CCV	: contraception chirurgicale volontaire.
CHD I ou II	: Centre hospitalier de district niveau I ou II
CHNYO	: centre hospitalier national Yalgado OUEDRAOGO
CHRR	: centre hospitalier de référence régionale
CHU	: centre hospitalier universitaire
cm	: centimètre
CPN	: consultation prénatale
CRAS	: coefficient de risque d'accouchement par le siège
CSB II	: centre de santé de base niveau II
DFP	: disproportion foeto-pelvienne
FLM	: Fiangonana loterana Malagasy
G	: gestité
g	: gramme
kg	: kilogramme
km	: kilomètre
l	: litre
ml	: millilitre
mm	: millimètre
MMR	: maternité à moindre risque
OMS	: organisation mondiale de la santé
P	: parité
SSD	: service de santé de district

LISTE DES FIGURES

Figure n°1 : Fréquence des O.C au cours des quatre dernières années

Figure n°2: Répartition des femmes opérées selon l'âge

Figure n°3: Répartition des femmes opérées selon la gestité

Figure n°4: Répartition des femmes opérées selon la nécessité d'une hystérectomie
d'hémostase

Figure n°5: Répartition de l'état à la naissance selon l'indice d'APGAR

Figure n°6: Répartition des bébés selon le poids à la naissance

Figure n°7: Fréquence de la mortalité périnatale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : Dimension de l'utérus au cours de la grossesse

Tableau n°2: Les indications de la césarienne

Tableau n°3: Fréquence des opérations césariennes en 2006.

Tableau n°4 : Fréquence mensuelle de césarienne

Tableau n°5: Répartition des femmes opérées selon leur provenance

Tableau n°6: Répartition des femmes opérées selon la parité

Tableau n°7: Répartition des femmes opérées selon la régularité des consultations prénatales

Tableau n°8 : Répartition des femmes opérées selon le mode d'admission

Tableau n°9 : Répartition des femmes opérées selon les différentes indications

Tableau n°10: Prévalence de mortalité maternelle

LISTE DES SCHEMAS

Schéma n°1 : Utérus gravide avec ces trois parties

Schéma n°2 : Rapports de l'utérus avec les organes de voisinage

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITERATURE	
I. RAPPELS ANATOMIQUES SUR L'UTERUS GRAVIDE.....	2
I.1. le corps de l'utérus	3
I.2. Le segment inférieur	5
I.3. Le col de l'utérus	5
I.4. vascularisation	6
II. GENERALITES SUR L'OPERATION CESARIENNE	7
II.1. définition	7
II.2. historique	7
II.3. les indications de l'opération césarienne	8
II.4. les contre-indications de la césarienne	16
II.5. technique opératoire de la césarienne	16
II.6. les complications de la césarienne	17
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE	
I. objectif	21
II. cadre de l'étude	21
III. METHODOLOGIE	21
III.1. matériels et méthode	21
III.2. paramètres d'étude	22
IV. RESULTATS	24
I.3.1. les caractéristiques maternelles	24
I.3.2. les caractéristiques fœtales	36
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS	
I. habitudes du service	39
II. les caractéristiques maternelles	39
III. les caractéristiques fœtales	47
IV. suites opératoires	48
SUGGESTIONS	50
CONCLUSION	53
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	

INTRODUCTION

La césarienne est une intervention chirurgicale pratiquée depuis l'antiquité, permettant d'extraire le fœtus par voie abdominale. Elle vise à réduire les risques encourus par la mère et le bébé. [1]

Sa pratique est devenue fréquente dans plusieurs pays du monde. Elle apporte aujourd’hui une sécurité accrue au couple mère enfant. [2, 3]

A Madagascar, les conditions socio-économiques sont encore précaires. La sécurité opératoire n'est pas encore acquise. L'opération césarienne est encore accompagnée de nombreux problèmes surtout, elle est effectuée dans le cadre d'urgence chirurgicale alors que dans les autres hôpitaux plus spécialisés, elle est programmée. L'absence ou la négligence des consultations prénatales malgré les efforts des personnels de santé à conseiller les mères à consulter en est l'une des premières causes.

C'est dans cette optique que nous avons l'intention de mener une étude sur les opérations césariennes au centre hospitalier de district niveau II de Bezaha, dont l'objectif est de dégager les problèmes de prise en charge des dystocies qui aboutissent presque toujours aux opérations césariennes.

Ainsi, pour atteindre cette objectif, nous avons divisé ce travail en trois parties dont:

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

Et une conclusion clôturera notre étude après quelques mots de suggestions.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I. RAPPELS ANATOMIQUES SUR L'UTERUS GRAVIDE [4]

L'utérus est un muscle creux destiné à recevoir l'œuf, après la migration. Il permet le développement de l'œuf durant la grossesse et favorise son expulsion au moment de l'accouchement.

Au cours de la grossesse, l'utérus subit des modifications importantes qui portent sur sa morphologie, sa structure, ses rapports et ses propriétés physiologiques.

Du point de vue anatomique l'utérus gravide comprend trois parties :

- le corps
- le col entre lequel se développe dans le dernier mois une portion propre à la gravidité
- c'est le segment inférieur.

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

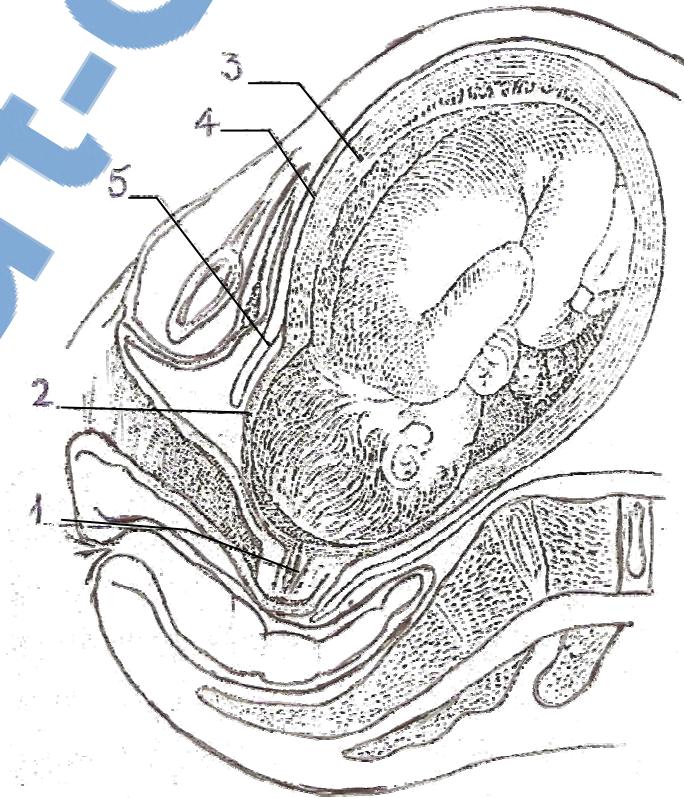


Schéma n°1 : Utérus gravide avec ces trois parties [4]

I.1. Le corps de l'utérus : [5]

I.1.1. Anatomie macroscopique

* Volume et forme

L'utérus augmente progressivement de volume d'autant plus vite que la grossesse est plus accentuée. L'augmentation est due à l'hypertrophie des éléments musculaires, par hyperplasie des éléments existants à partir des histiocytes, puis à la distension des parois utérines par l'œuf. Cette croissance se fait en deux périodes distinctes :

- Phase d'épaisseur des parois : l'utérus a une forme sphéroïdale
- Phase de distension : l'utérus est ovoïde à grosse extrémité supérieure.

Le passage de la première phase à la seconde porte le nom de : Conversion.

Elle survient habituellement au cours de la vingtième semaine.

Nous donnons ci-dessous les dimensions de l'utérus au cours de la grossesse.

Tableau n°1 : Dimension de l'utérus au cours de la grossesse

	Hauteur	Largeur
Utérus non gravide	6 – 8 cm	4 – 5 cm
Utérus à la fin du 3^{ème} mois	13 cm	10 cm
Utérus à la fin du 6^{ème} mois	24 cm	16 cm
Utérus à terme	32 cm	22 cm

*** Capacité :**

L'utérus non gravide a une capacité de 2 à 3 ml. A terme, elle est de 4 à 5 l.

*** Epaisseur des parois :**

Au début de la grossesse, les parois s'hypertrophient, puis s'amincissent progressivement en proportion de la distension de l'organe. A terme, leur épaisseur est de 8 à 10 mm au niveau du fond, de 5 à 7 mm au niveau du corps.

Après l'accouchement, elles se rétractent et deviennent plus épaisses qu'au cours de la grossesse.

*** Consistance:**

L'utérus non gravide est ferme et se ramollit pendant la grossesse.

*** Direction:**

Au début de la grossesse, l'utérus conserve ou même accentue son antéversion, puis il s'élève dans l'abdomen, la paroi abdominale antérieure. A terme, la direction de l'utérus dans le sens antéropostérieur dépend de l'état de la paroi abdominale.

I.1.2. Structure : [4, 6]

Les trois tuniques de l'utérus se modifient au cours de la grossesse :

- La séreuse péritonéale ou périmètre
- La musculeuse est constituée de trois couches de fibres lisses qui ne peuvent être mise en évidence que sur l'utérus distendu.

Elle comprend trois couches :

- externe, la plus mince constituée de faisceaux à direction transversale se prolongeant sur les ligaments ronds et sur les ligaments utéro-sacrés.

- Moyenne, la plus épaisse formée de fibres plexi formes enchevêtrées et adhérant aux vaisseaux dont elles peuvent effacer la lumière en se contractant, formant alors les classiques ligatures vivantes de PINARD.
- Interne, circulaire plus développée au niveau des orifices tubaires et de la partie inférieure de l'isthme.
- La muqueuse utérine ou endomètre :

On remarque que dans le corps utérin, la couche circulaire est la plus développée, et dans le col, la couche longitudinale.

I.2. Le segment inférieur : [5]

C'est la partie basse et amincie de l'utérus gravide, située entre le corps et le col. Il n'existe que pendant la grossesse et n'acquiert son plein développement que dans les trois derniers mois.

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

Le segment inférieur est constitué essentiellement de fibres conjonctives et élastiques, en rapport avec son extensibilité. La musculature est très mince, faite d'une quinzaine de couches musculaires. Des fibres prenant mal les colorants, venus du corps, gagnent après avoir tapissé le segment inférieur, le col et le vagin. La muqueuse se transforme en caduque, impropre à assurer parfaitement la placentation.

I.3. Le col de l'utérus : [5, 6]

Le col est la partie inférieure de l'utérus et relié au corps par l'isthme, segment modérément rétréci qui n'est bien individualisé que chez la multipare.

Il est surtout formé de tissus conjonctifs et de fibres élastiques. Il a lui aussi une structure musculaire fasciculée repartie en plusieurs couches circulaires. La muqueuse ne subit pas la transformation déciduale.

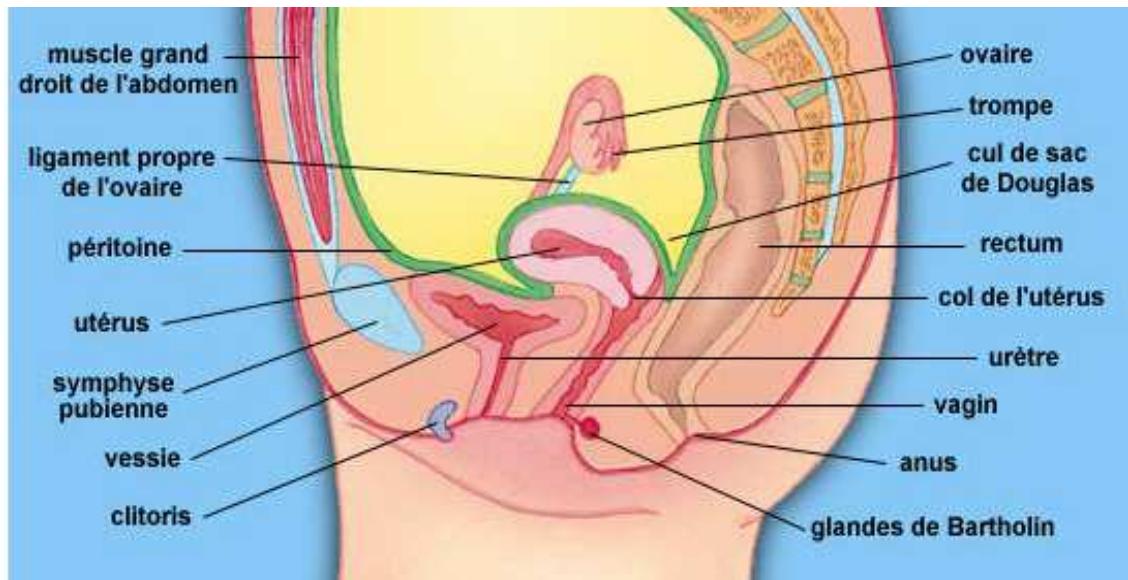


Schéma n°2 : Rapports de l'utérus avec les organes de voisinage [5]

I.4. Vascularisation

I.4.1. Les artères:

Ce sont des branches de l'artère utérine. Elles augmentent de longueur tout en restant flexueuses. Elles sont anastomosées entre elles de chaque côté, mais non pas avec celle du côté opposé, une zone médiane longitudinale peu vascularisée est ainsi ménagée empruntée par l'incision d'hystérotomie dans la césarienne corporéale.

I.4.2. Les veines :

Considérablement développées, elles forment les gros troncs veineux latéraux utérins qui collectent les branches corporéales réduites à leur endothélium à l'intérieur de la couche pléxiforme, soumises ainsi à la rétractilité des anneaux musculaires après la délivrance.

I.4.3. Les lymphatiques :

Nombreux et hypertrophiés, ils forment trois réseaux (muqueux, musculaire et sous séreux) qui communiquent largement entre eux.

I.4.4. L'innervation :

Elle se compose d'un système nerveux autonome intervenant dans la contractilité utérine. Le corps utérin est innervé principalement par des fibres sympathiques, le col et le vagin par des fibres parasympathiques. Elle a des relations avec le système nerveux central. Le cerveau ne perçoit cependant les contractions utérines qu'au moment du travail.

La perception au cours de la grossesse pourrait entraîner un accouchement prématuré.

II. GENERALITES SUR L'OPERATION CESARIENNE

II.1. Définition : [2, 7, 8]

Terme issu du latin *caedere* : couper les et *caesa* : coup de tranchant. C'est un synonyme d'hystérotomie abdominale.

Voici quelques définitions qu'on a collectées à partir des différents ouvrages.

On appelle césarienne une intervention consistant dans la pratique d'une incision de l'utérus dans le but d'en extraire le fœtus et le délivrer.

Elle réalise un accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale. Ceci lorsque les conditions chez la mère ou chez l'enfant ne sont pas favorables à un accouchement par voie naturelle.

II.2. Historique : [9, 10, 11]

L'opération césarienne est une des premières interventions à avoir germé dans l'esprit des humains. Cette intervention a beaucoup évolué.

Tout d'abord la première intervention a été pratiquée sur une femme enceinte morte. Déjà dans l'antiquité, on pratiquait la césarienne en cas de mort subite de la gestante ou de la parturiente, pour sauver la vie de l'enfant. L'origine de la naissance par ouverture de l'abdomen se trouve dans les légendes et la mythologie.

Sa motivation a été d'attribuer à certains dieux et héros le privilège de naître par voie abdominale, des flancs le plus souvent, pour éviter la voie naturelle si proche des émonctoires qui n'étaient bonnes que pour les mortels.

C'était le cas de DIONOSYS et sa mère ESCULAPE ; ZEUS ouvrit le ventre d'ESCALAPE déjà morte, et en retira DIODOSYS sain et sauf.

En Inde, c'est le cas de Dieu Véchène Indra de BRAHAMA et peut être aussi de BOUDHA et RUSTEN. Depuis la publication de la LEX REGIA par NUMA POPILUS (715 – 673 avant Jésus Christ) on commandait chez les romains l'extraction de l'enfant du ventre d'une femme enceinte décédée avant de l'enterrer pour tenter de le sauver. Celui ci était né « coeso matris utero ».

La première césarienne sur une femme vivante :

- FRANCOIS ROUSSET publia en 1581 le traité nouveau de l'hystérotomie ou enfantement césarien, premier traité sur la césarienne
- JAKOB NUFER avait pratiqué une césarienne en 1588 sur sa propre femme ELISABETH NUFER, après autorisation des autorités Cantonales, avec guérison de la femme et naissance d'un enfant vivant..

Malgré l'insistance de ces partisans, la mortalité liée surtout à l'hémorragie et à l'infection demeurait considérable..

A notre époque, c'est une opération bien réglée dans de bien meilleures conditions.

II.3. Les indications de l'opération césarienne: [5, 6, 7, 12]

Une grossesse normale à terme doit se terminer par un accouchement par voie naturelle c'est-à-dire par voie basse.

Si des problèmes empêchent le déroulement correct de l'accouchement naturel, alors l'opération césarienne doit être envisagée et pratiquée pour sauver la vie de la mère aussi que l'enfant. Les indications sont simplifiées dans le tableau qui suit.

Tableau n°2: Les indications de la césarienne [5]

	Indications tenant de la mère	Indications tenant du fœtus et des annexes
En dehors du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Dystocie osseuse • Tumeur prævia (tumeur ovarienne, fibrome du ligament large, tumeur rectale) • Dystocie des parties molles (malformation des voies génitales, antécédents de chirurgie périnéale) • Pathologies maternelles (cancer du col, herpès génital, diabète, abdomen chirurgical, cardiopathies décompensées) 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentation transversale • Présentation du front • Présentation de la face avec menton en arrière • Présentation du Bregma • Présentation du siège • Grossesse multiple • Enfant précieux • Allo immunisation fœto-maternelle • Rupture prématuré des membranes • Disproportion fœto-pelvienne
En cours du travail	<ul style="list-style-type: none"> • Dystocie dynamique • Syndrome vasculo-rénaux (éclampsie, hypertension artérielle, néphropathies) • Menace de rupture ou rupture utérine avérée 	<ul style="list-style-type: none"> • Placenta prævia • Décollement prématuré du placenta normalement inséré • Procidence du cordon • Circulaire du cordon • Souffrance fœtale aigue ou chronique

On peut classer les indications de l'opération césarienne en trois grands groupes :

- l'opération césarienne obligatoire
- l'opération césarienne de prudence
- l'opération césarienne de nécessité.

II.3.1. L'opération césarienne obligatoire:

Il s'agit des situations pathologiques de la grossesse ou de l'accouchement dont une parturition normale est impossible.

Ce sont les cas de :

- disproportion foeto-pelvienne
 - placenta prævia
 - anomalies de la présentation : transversale, face, front
 - rupture utérine.
- * Disproportion foeto-pelvienne : [13, 23, 24]

➤ Excès du volume fœtal : [23, 24]

Même si le bassin maternel est normal, on est obligé de pratiquer une opération césarienne à cause du volume du fœtus excessif.

En cas de diabète maternel avec poids fœtal estimé supérieur à 4 250 g ou 4 500 g, une césarienne avant travail est recommandée.

➤ Dystocie osseuse : [13]

L'exploration du bassin osseux maternel avant l'accouchement est indispensable car les diamètres obstétricaux anormaux ou les bassins asymétriques rendent impossible l'accouchement par voie naturelle.

* Placenta prævia

On parle de placenta prævia lorsque le placenta s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur pouvant provoquer une hémorragie très grave.

L'étiologie n'est pas très connue mais on peut retenir la gémellité –altération de la muqueuse utérine (endométrite, avortement provoqué, curetage mal exécuté).

Le placenta prævia est donc une indication de l'opération césarienne, qui peut être programmée même avant le travail s'il est diagnostiqué par échographie.

* Présentation anormale : [14]

➤ Présentation transversale

C'est une indication formelle d'une opération césarienne, surtout pour les femmes primigestes - primipares et pour les multipares, lorsque la poche des eaux est rompue, quelque soit la dilatation.

- Présentation céphalique à tête défléchie
- Présentation de front et présentation de la face en absence de la rotation mento-pubienne.

* Rupture utérine : [15]

C'est une déchirure qui atteint l'utérus. Elle peut être due par :

- un travail excessif, surtout au cours de présentation transversale
- une disproportion foeto-pelvienne
- un abus d'ocytocique ou prise de tambavy
- une manœuvre obstétrical (forceps)
- une altération utérine après : curetage ou utérus cicatriciel.

II.3.2. L'opération césarienne de prudence : [16, 17, 18, 19, 20]

On parle d'opération césarienne de prudence lorsque l'accouchement par voie basse est théoriquement possible, mais l'intervention apporte surtout une meilleure survie néonatale ou prévient certaines complications.

Elle représente quatre groupes d'indication :

- l'utérus cicatriciel
- dystocie de siège
- souffrance fœtale
- grossesse précieuse

*** l'utérus cicatriciel : [16, 17, 18]**

C'est un utérus ayant été réparé chirurgicalement après : perforation – rupture utérine – césarienne antérieure (on parle d'opération césarienne itérative) – myomectomie – hystéroplastie – cicatrice cervicale.

Toute femme porteuse de cicatrice utérine doit être surveillée de près surtout à la fin du grossesse et pendant le travail.

Un essai de voie basse ne peut pas être décidé qu'après évaluation de risque.

*** Dystocie de siège : [19]**

La présentation de siège est une présentation où le mobile fœtal prend contact avec le détroit supérieur par son extrémité pelvienne, alors que l'extrémité céphalique se trouve au niveau du fond utérin.

Les deux modes de siège sont :

- Siège complet (fœtus assis en tailleur)
- Siège décomplété (mode de fesse)

Cette présentation de siège possède beaucoup de risques et de complications par rapport aux présentations céphaliques, ce qui explique l'indication de la césarienne après étude des coefficients de risque d'accouchement par le siège (CRAS). Mais plus souvent, la présentation évolue sans incidence par les voies naturelles, donc il ne faut pas être abusif dans la pratique de la césarienne. Ce sont sur les autres difficultés que l'opération se repose comme : non engagement, dystocie osseuse ou dynamique, gros fœtus, primipare âgé, placenta prævia.

✳ Souffrance fœtale : [19, 20]

C'est un syndrome lié en général à l'anoxie, qui menace la vie, la santé, l'avenir fonctionnel ou psychomoteur du fœtus. On distingue :

- la souffrance fœtale aigue : qui se traduit par une hypoxie et par une acidose liées à une perturbation des échanges gazeux entre la mère et le fœtus. Elle survient au cours du travail, si elle est déclarée. C'est une urgence, il faut extraire l'enfant le plus rapidement possible dans des bonnes conditions, d'où l'indication de la césarienne dans la première partie du travail.
- La souffrance fœtale chronique : se caractérise par un retard de croissance in utero. La pratique de la césarienne dans ce cas dépend du terme ou l'âge gestationnel entre 28 et 36 semaines.

✳ Grossesse précieuse

Une grossesse précieuse est une grossesse tant désirée par la mère. C'est un objet de grande valeur obtenue après une longue période de stérilité et la probabilité d'une grossesse ultérieure est presque impossible. C'est peut être aussi une grossesse précédée des complications comme les avortements à répétition, grossesse extra-utérine, myomes.

Ainsi si la voie basse est contre indiquée ou trop risquée, une opération césarienne doit être effectuée dans le but de sauver l'enfant.

II.3.3. L'opération césarienne de nécessité : [21, 22]

Elle concerne des pathologies de la grossesse ou de l'accouchement généralement accessible à un traitement médical curatif ou préventif. Mais en l'absence d'une prise en charge adéquate et précoce, l'évolution conduit à des complications nécessitant une intervention de sauvetage maternel ou fœtal. Ce sont les cas de :

- la dystocie dynamique
- les autres pathologies maternelles.

*** La dystocie dynamique : [21]**

C'est une indication fréquente de césarienne surtout chez les primipares, diagnostiquée après stagnation de dilatation, par anomalie des contractions utérines ou dystocie cervicale.

- Anomalie de la contraction utérine : pour avoir un déroulement normal du travail et d'accouchement, les contractions doivent être : involontaires, douloureuses, intermittentes, régulières et efficaces (c'est-à-dire entraînant la dilatation cervicale).

Si un de ces caractères fait défaut, la dystocie dynamique s'installe, le travail devient laborieux, pouvant se terminer par une césarienne.

- Dystocie cervicale due à : une lésion au niveau du col empêchant son ouverture. Ce sont les sutures au niveau du segment inférieur, cancer du col, tumeurs au niveau du col.

*** Les autres pathologies maternelles : [22]**

➤ Syndromes vasculo-rénaux

Ce sont les pathologies dominées par la triade :

- hypertension artérielle
- œdème
- albuminurie

On distingue :

✓ la toxémie gravidique : c'est un syndrome lié à la grossesse, purement fonctionnel, surtout chez les primipares, sans antécédent pathologique, ne récidive pas dans les grossesses ultérieures, évoluant favorablement sans séquelles. Les manifestations sont d'ordre : cérébrale (convulsion), oculaire (diminution de l'acuité visuelle et décelable au fond d'œil), utéro-placentaire (dégénérescence précoce du placenta et souffrance fœtale mortelle).

✓ L'éclampsie : c'est un accident aigu, se définissant par un état convulsif à répétition suivi d'état comateux, pendant les derniers mois de grossesses (50 % des cas) ; pendant le travail (30 %) ; et dans les suites de couche immédiate (20 %). Elle se présente surtout chez les femmes ayant un antécédent de problème rénal et/ou hypertension artérielle.

Les manifestations cliniques sont dominées par les crises convulsives, le syndrome hémorragique et même anurie.

➤ Diabète maternel : [23]

L'opération césarienne est décidée selon l'état de la mère et la taille du fœtus (on est souvent devant un gros bébé supérieur ou égal à 4 kg).

➤ Cardiopathie

L'opération césarienne dépend de l'aggravation des conditions hémodynamiques maternelles, l'utilisation des anesthésiques doit être manipulée avec beaucoup de prudence.

➤ Herpès génital

On pratique la césarienne pour éviter le risque d'infection fœtale. Cette dernière est augmentée si la membrane est rompue.

➤ Césarienne post mortem : [11]

C'est très rare, nécessitant le consentement de la famille, grossesse plus de 29 semaines d'aménorrhée, fœtus encore vivant l'intervention, délai maximum de 20 minutes suivant la mort maternelle, la réanimation maternelle doit être poursuivie jusqu'à la naissance.

II.4. Les contre-indications de la césarienne: [5, 6]

La césarienne n'a pas de contre indications absolues. Ses contre-indications sont relatives et tiennent de la maturation, de la vitalité et des malformations congénitales.

II.4.1. Le défaut de la maturation fœtale

Les auteurs ont des avis partagés quant à la date d'une césarienne prophylactique programmée très loin avant le terme.

II.4.2. La vitalité fœtale

Sur un fœtus mort in utero, il faut pratiquer l'accouchement par voie basse, quitte à pratiquer une embryotomie ou une cranioclasie, afin de ne pas faire courir à la mère les risques inhérents à la césarienne et à l'anesthésie. Certains auteurs provoquent malgré tout, une césarienne quand les difficultés de la voie basse sont trop importantes.

II.4.3. Les malformations congénitales

Il est difficile de se décider dans de telles situations. Car au moment de la prise de décision, le fœtus est encore vivant. La décision d'une intervention sera le fait des autres facteurs surajoutés.

II.5. Technique opératoire de la césarienne : [5, 6]

II.5.1. Préparation à l'intervention :

Elle doit se faire si l'indication de la césarienne avant de se trouver dans une situation d'extrême urgence est posée. Toujours s'assurer du BDCF positif.

Avant de préparer les champs opératoires il est donc indispensable à l'opérateur, son aide ou la sage femme d'écouter ou d'enregistrer le rythme cardiaque fœtal.

II.5.2. Anesthésie: [25, 26, 27]

La qualité et le choix du type d'anesthésie dépendent beaucoup de la collaboration obstétricien-anesthésiste. A savoir que le risque majeur de la césarienne est anesthésique.

*** Extraction du fœtus et du placenta:**

- L'extraction fœtale représente un temps dangereux :
 - Pour l'enfant qui court autant de risque traumatique que lors de l'accouchement par voie basse, si la mécanique obstétricale n'est pas respectée.
 - Pour la mère, car c'est le temps des lésions utérines graves avec le risque immédiat d'hémorragie et de séquelles pour l'avenir telles que la cicatrice fragile.

II.6. Les complications de la césarienne : [35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42]

II.6.1. Les complications maternelles

La parturiante césarienne cumule à la fois les risques de l'opérée abdominale et de l'accouchée.

*** La mortalité maternelle : [36]**

Suivant les séries et les autres, elle varie de 0,1 à 0,3 % soit environ 5 à 7 fois supérieures à la voie basse. Les causes les plus fréquemment citées dans la littérature sont :

- les états infectieux sévères (septicémie, péritonite post opératoire)
- les complications hémorragiques (placenta prævia, hémorragie de la délivrance)
- les accidents thromboemboliques
- les embolies amniotiques

- les complications anesthésiques (asphyxie, syndrome de Mendelson)

* **La morbidité maternelle [43]**

Elle est estimée entre 10 à 40 % des cas, suivant les méthodes de dénombrement : certains auteurs ne prennent pas en compte les accidents mineurs. Elle est surtout dominée par les infections.

- **En per opératoire :**

Il peut survenir :

- des accidents traumatiques (plaies vésicales, urétérales, intestinales, génitales, vasculaires).
- des accidents hémorragiques pouvant induire une hysterectomie d'hémostase, tels qu'une atonie utérine, un placenta prævia ou accréta, ou un trouble de coagulation.
- des accidents anesthésiques : asphyxie, syndrome de Mendelson accidents hémodynamiques pouvant aller jusqu'à l'arrêt cardiaque.

- **En post opératoire immédiat**

- Les complications infectieuses sont les plus fréquentes, à type d'endométrite, d'infections urinaires, d'état infectieux sévère (choc toxi-infectieux, pelvipéritonite ou péritonite), des suppurations pariétales ou d'infection respiratoire.
- Des troubles digestifs (occlusion, iléus paralytique) peuvent survenir ainsi que des complications thromboemboliques ou une anémie clinique.

- **En post opératoire tardif**

- La cicatrice utérine constitue un risque de rupture utérine au cours de la grossesse suivante, augmente aussi la probabilité de césarienne ultérieure. Mais l'indication de cette dernière doit prendre en compte.

- L'état de la grossesse actuelle, la présentation, l'estimation des mensurations fœtales, l'état de la mère et du fœtus.
- Cette cicatrice utérine augmente aussi le risque de survenue de troubles gynécologiques (endométriose, ménorragie, dysménorrhées) et de placenta accreta.

II.6.2. La mortalité périnatale

Elle est plus élevée dans les césariennes que dans les accouchements normaux, elle s'explique à chaque fois que la césarienne a été faite.

- Pour un raison médicale ayant entraîné une souffrance fœtale chronique, syndrome vasculo-rénal, cardiopathie.
- Pour une raison obstétricale ayant entraîné une souffrance fœtal aigue, placenta prævia, procidence du cordon, travail trop prolongé.

Elle peut être également due à l'intervention elle-même :

- L'anesthésie ayant provoqué une hypoxie ou une dépression respiratoire
- L'extraction fœtale ayant été très laborieuse, source de traumatisme et de lésions cérébro-méningées.

II.6.3. La morbidité fœtale

Elle se présente sous forme de :

- traumatisme, fracture de l'humérus, paralysie du plexus brachial.
- Dépression respiratoire : le risque anesthésique associé à l'absence de compression thoracique diminue l'élimination du liquide intra-pulmonaire.

Les progrès dans l'anesthésie et la réanimation ont fortement contribué à la diminution des complications liées à la césarienne. Mais le risque de survenue de ces complications n'est jamais nul : nous incitant à la prudence.

Ceci nous oblige à bien peser l'indication d'une césarienne, à effectuer l'intervention dans les règles de l'art et aussi à suivre la mère et l'enfant dans la période post opératoire.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE PROPREMENT DITE

I. Objectif:

L'objectif de cette étude est de dégager les problèmes de prise en charge des dystocies qui aboutissent aux opérations césariennes.

II. Cadre de l'étude:

Le centre hospitalier de district de Bezaha est situé dans la commune rurale de Bezaha. C'est un chef lieu de commune rurale qui se trouve à 65 km au Nord de Bétioky, sud qui est notre chef lieu de sous préfecture et service de santé de district, à 150 km à l'Est de Tuléar sous le Tropique du capricorne, dans le bassin versant de la TAHEZA et du fleuve ONILAHY et à 90 km à l'Ouest de Benenitra. Ce centre hospitalier de district niveau II de Bezaha est fondé en 1975, le bloc opératoire en 1978.

Cette antenne chirurgicale a été conçue pour servir les districts de Bétioky et de Benenitra, avec 237 471 habitants.

La commune de Bezaha, elle seule compte 7 356 habitants. La vocation du centre est donc régionale et sert de centre de référence reconnu dans la région du fait qu'il est le seul à avoir une structure sanitaire dotée de bloc opératoire dans ces deux districts précités.

III. METHODOLOGIE :

III.1. Matériels et Méthode:

C'est une étude rétrospective de cas d'opérations césariennes vus au centre hospitalier de district niveau II de Bezaha pendant l'année 2006.

L'étude concerne les femmes enceintes entrées pour :

- Grossesse près du terme et en travail : ont été retenues toutes les parturientes reçues en salle de travail qu'elles soient évacuées ou venues directement de leur domicile.

- Grossesse près du terme, associé à des pathologies.

Les femmes enceintes entrées à la maternité pour d'autres pathologies mais pas encore en travail sont exclues de notre étude.

On a consulté :

- Le dossier médical des parturientes
- Le cahier de protocole opératoire
- Les observations succinctes des 30 cas.
- Le registre de Rapport Mensuel d'Activité 2006.

Ainsi on a colligé 30 cas d'opérations césariennes répondant aux critères de sélection pré cités.

III.2. Paramètres d'étude

Les paramètres à étudier sont:

✳ Les caractéristiques maternelles comme:

- la fréquence de césarienne en 2006.
- la fréquence mensuelle des opérations césariennes
- la fréquence des opérations césariennes au cours des quatre dernières années
- l'âge
- provenance
- gestité, parité
- consultation prénatale
- mode d'admission
- indications
- la prévalence de la mortalité maternelle
- hystérectomie d'hémostase

* les caractéristiques fœtales:

- état des nouveaux nés à la naissance
- poids à la naissance
- la mortalité périnatale

IV. RESULTATS

I.3.1. Les caractéristiques maternelles :

Tableau n°3: Fréquence des opérations césariennes en 2006

Mode d'accouchement	Effectifs	Pourcentage %
Accouplement par voie basse	290	90,62
Opération césarienne	30	9,38
Total	320	100

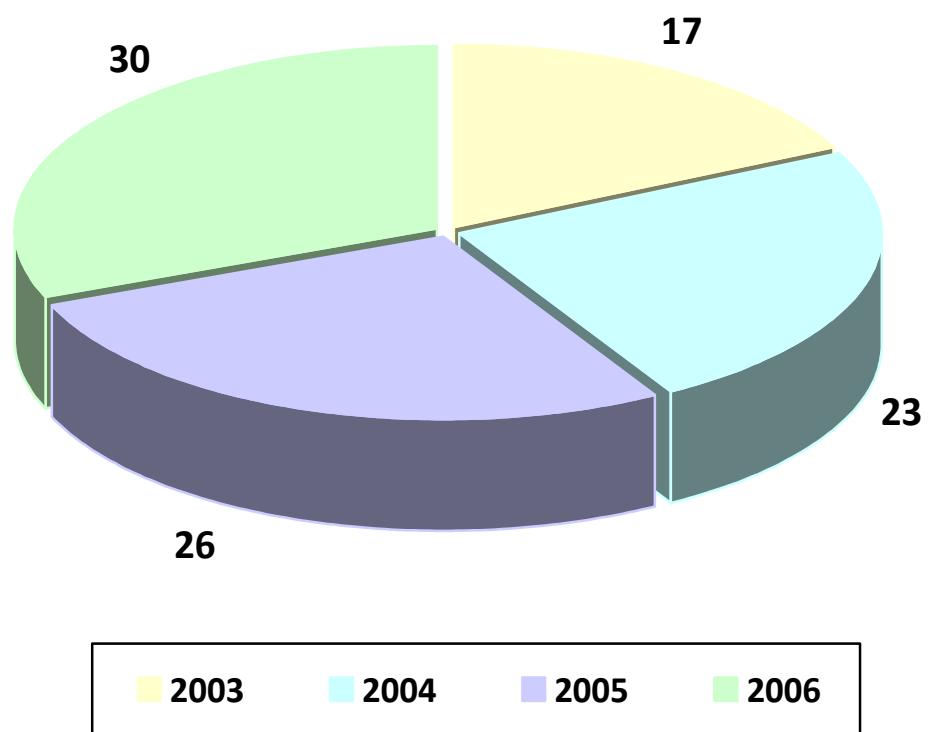


Figure n°1 : Fréquence des O.C au cours des quatre dernières années

Tableau n°4 : Fréquence mensuelle de césarienne

Mois	Effectifs	Pourcentage %
Janvier	00	00
Février	05	16,66
Mars	01	3,33
Avril	01	3,33
Juin	03	10
Juillet	01	3,33
Août	00	00
Septembre	04	13,33
Octobre	06	20
Novembre	03	10
Décembre	04	13,33
Total	30	100

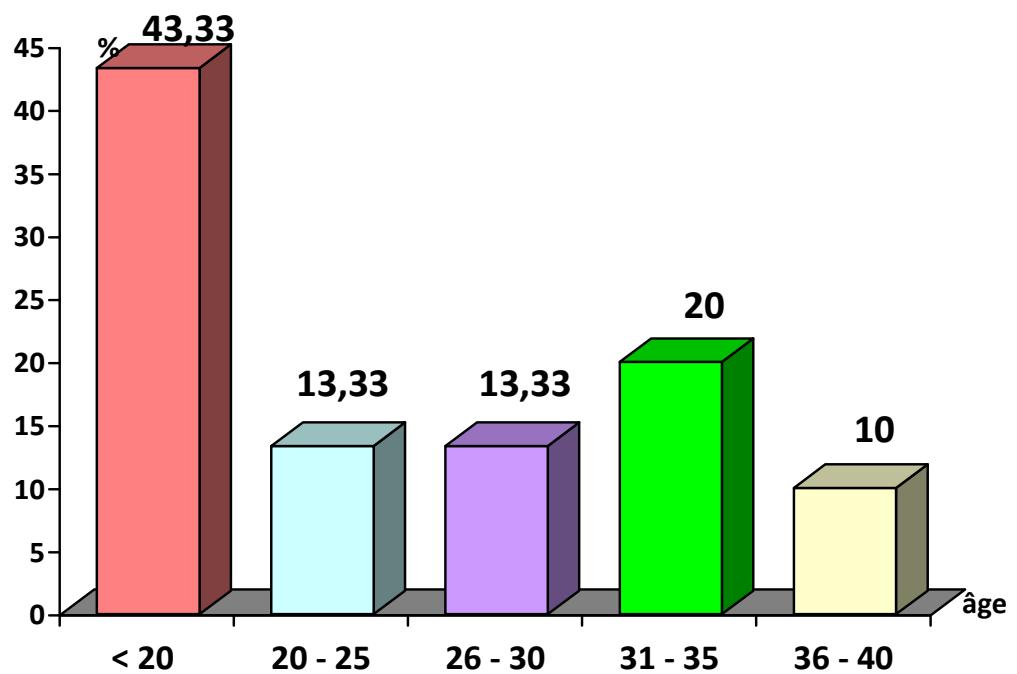


Figure n°2: Répartition des femmes opérées selon l'âge

Tableau n°5: Répartition des femmes opérées selon leur provenance

Provenance	Effectifs	Pourcentage %
District de Betsioky Sud (Bezaha ville exclu)	19	63,33
Urbain (Bezaha ville et alentour)	10	33,33
Autres district (Benenitra)	1	3,33
Total	30	100

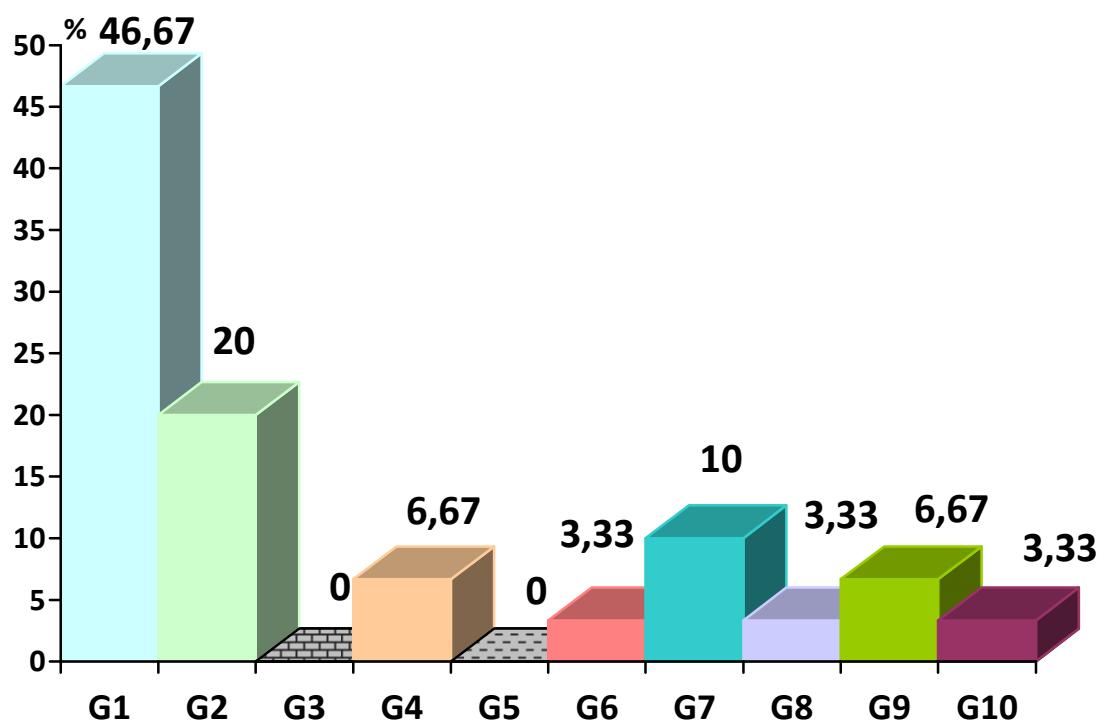


Figure n°3: Répartition des femmes opérées selon la gestité

Tableau n°6: Répartition des femmes opérées selon la parité

Parité	Effectifs	Pourcentage %
P1	16	53,33
P2	4	13,33
P3	0	0
P4	2	6,67
P5	0	0
P6	1	3,33
P7	3	10
P8	1	3,33
P9	2	6,67
P10	1	3,33
Total	30	100

Tableau n°7: Répartition des femmes opérées selon la régularité des consultations prénatales

CPN	Effectifs	Pourcentage %
Régulière	10	33,33
Irrégulière	14	46,67
Aucune	06	20
Total	30	100

Tableau n°8 : Répartition des femmes opérées selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectifs	Pourcentage %
Entrante directe	15	50
Evacuation sanitaire	15	50
Total	30	100

Tableau n°9 : Répartition des femmes opérées selon les différentes indications

Indications	Effectifs	Pourcentage %
Césarienne obligatoire		
Disproportion foeto-pelvienne	16	53,33
Placenta praevia	6	20
Anomalie de la présentation	1	3,33
Césarienne de prudence		
Présentation du siège	2	6,67
Utérus cicatriciel	1	3,33
Grossesse précieuse	1	3,33
Césarienne de nécessité		
Dystocie dynamique	2	6,67
Eclampsie	1	3,33
Total	30	100

Tableau n°10: Prévalence de mortalité maternelle

Nombre de décès	Effectifs	Pourcentage %
Nombre de césarienne	30	100
Femme décédée	00	00
Total	30	100

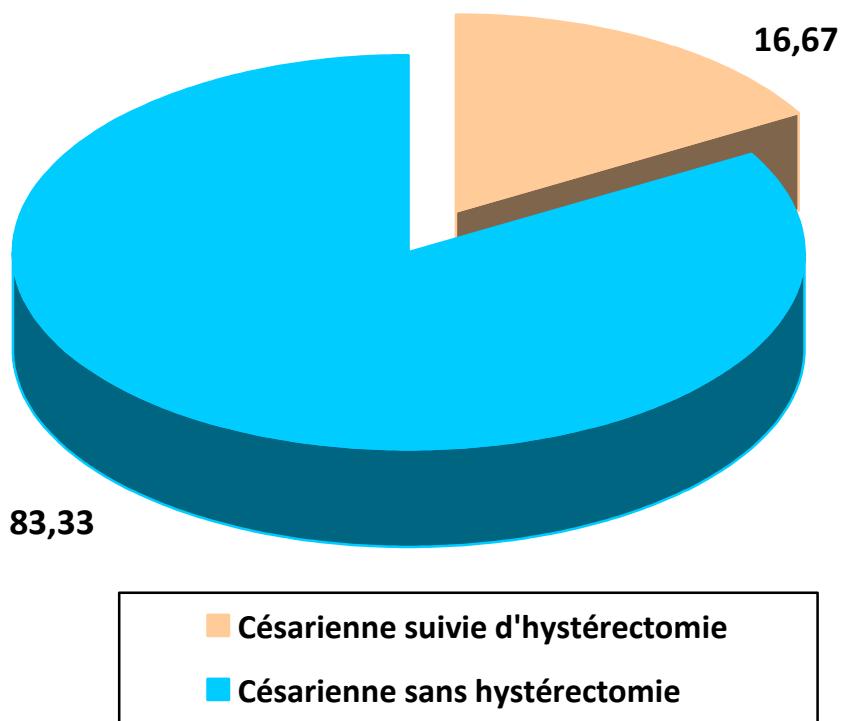


Figure n°4: Répartition des femmes opérées selon la nécessité d'une hystérectomie d'hémostase

I.3.2. Les caractéristiques fœtales

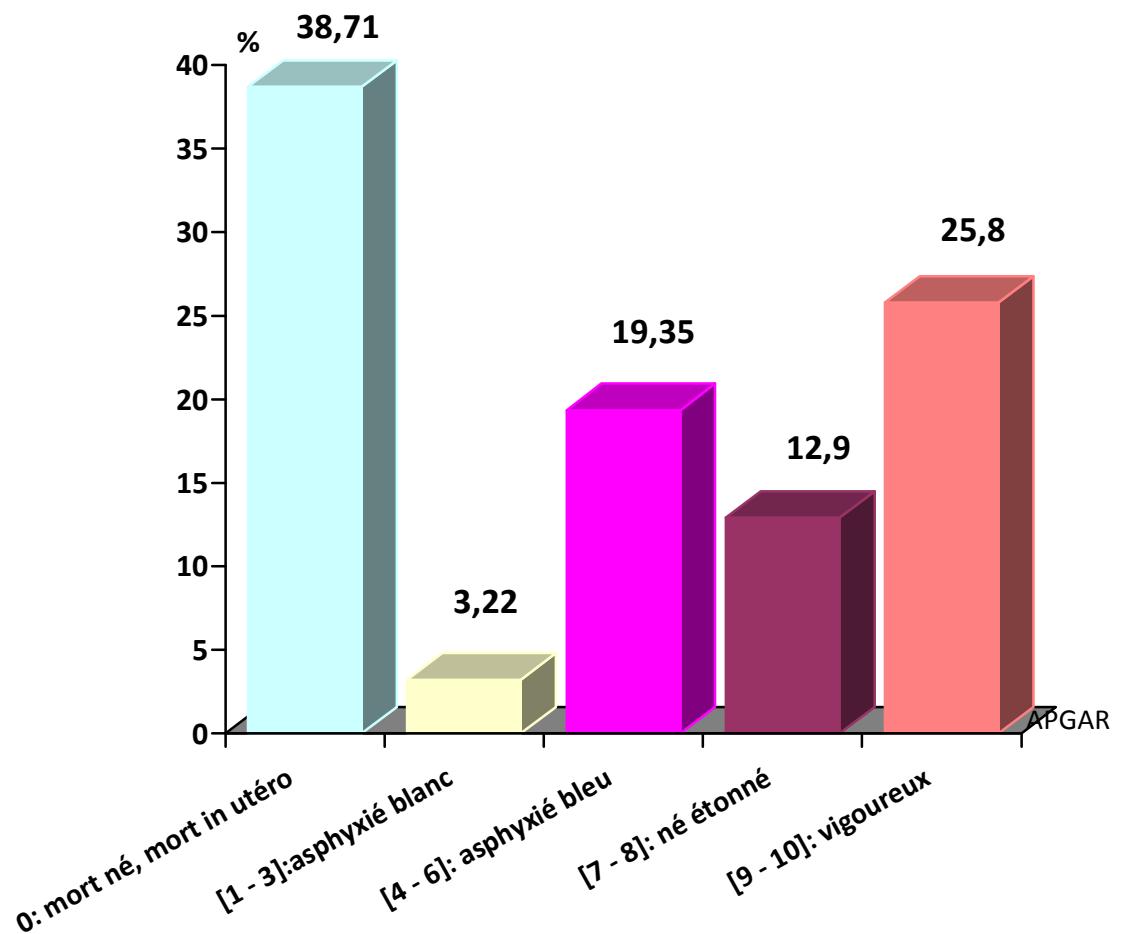


Figure n°5: Répartition de l'état à la naissance selon l'indice d'APGAR

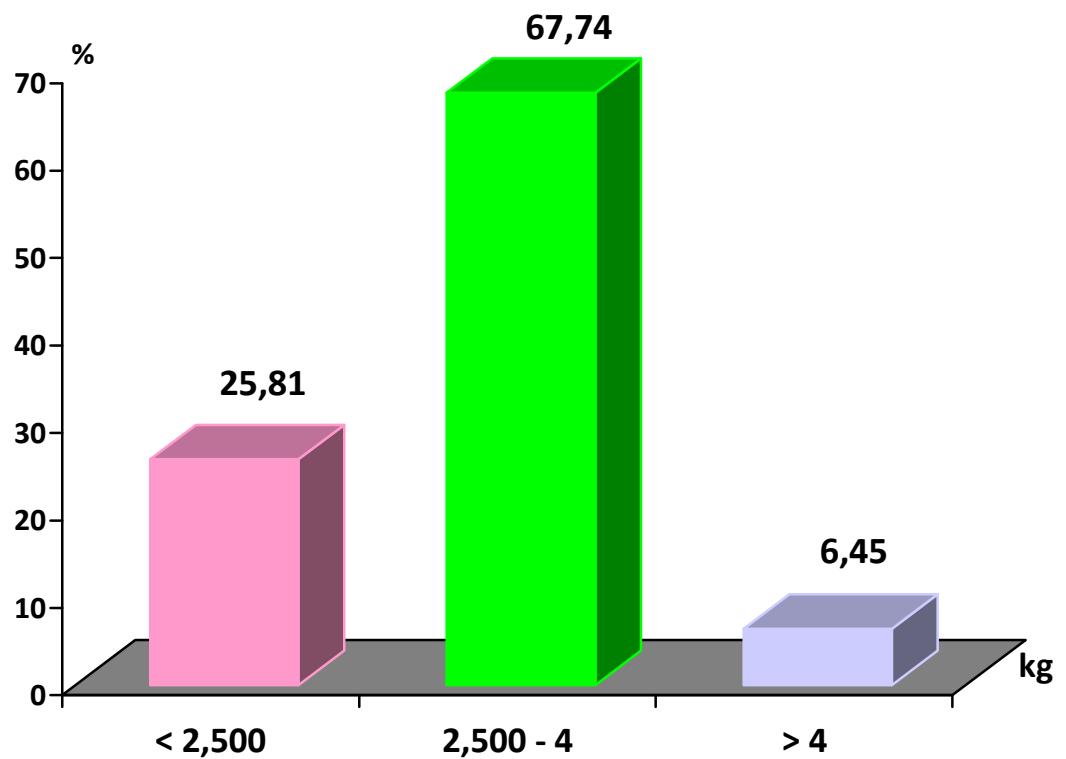


Figure n°6: Répartition des bébés selon le poids à la naissance

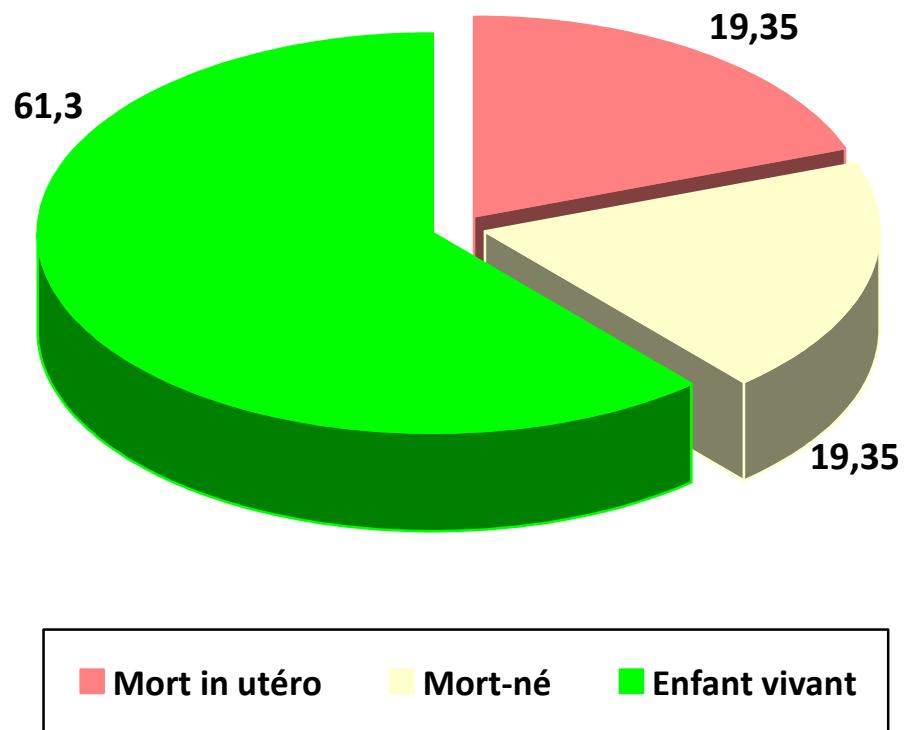


Figure n°7: Fréquence de la mortalité périnatale

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I. Habitudes du service :

I.1. Choix de l'anesthésie : [25, 27]

Nous n'avons pas pu réaliser l'anesthésie péridurale dans le service pour faute de matériel appropriée. D'après la littérature médicale [26], cette méthode est la plus appropriée car les enfants nés sous rachianesthésie sont de bonne vitalité. Cependant, l'anesthésie générale est la plus utilisée chez nos parturientes car elle peut aider les chirurgiens à sauver la vie de la mère et de l'enfant sans trop de conditions et rapidement réalisable. TRABELSI K. et al [3] précisent aussi que les césariennes pratiquées à la maternité de Sfax sont à 78,3% faites sous anesthésie générale.

I.2. Les voies d'abord:

L'obstétrique moderne utilise l'incision de Stark [28, 29, 30, 31], la laparotomie médiane sous ombilicale n'a plus sa place. Cependant, elle est de pratique courante au centre. Il est indispensable en cas de césarienne itérative à cause de l'ancienne cicatrice. Elle garde encore la faveur pour sa réputation de rapidité, de son caractère moins hémorragique et surtout la rareté de difficulté trouvée à l'extraction fœtale.

II. Les caractéristiques maternelles:

II.1. Fréquence annuelle de césarienne

Nous avons remarqué que la prévalence de césarienne pendant l'année 2006 est de 9,38 %.

- La statistique des césariennes effectuées au CHD II FLM Ejeda Tuléar a un résultat proche de celle de notre étude avec une fréquence de 9,2% [47]. Ceci s'explique par le fait que ce centre se trouve également en milieu rural, ayant le même problème d'accessibilité que notre centre.

SEPOU A et al ont recensé également une faible fréquence de 5,2% à l'Hôpital communautaire de Bangui Centrafrique en 1997. [8]

Cette légère baisse est due:

- aux problèmes routiers et financiers : les parturientes sont assez éloignées du centre. Elles préfèrent de loin les accoucheuses traditionnelles que les hôpitaux. Avant l'avènement des kits gratuits subventionnés de césarienne, le coût d'une telle intervention en milieu rural n'est pas à la portée de tout le monde. Le plus souvent, le temps de réunir l'argent pour une opération césarienne, des problèmes voient le jour. Ainsi un accouchement dystocique qui pourrait être tenté par voie basse, se termine toujours par une opération césarienne.
- A l'absence ou l'insuffisance des CPN est un facteur non négligeable dans la survenue des problèmes de la dystocie car sans elles, on n'arrive toujours pas à déceler à temps ces problèmes orientant parfois les parturientes à être césarisées.
- La réticence des parturientes rurales à l'intervention et qui préfère sacrifier l'enfant.

ANDRIAMADY C I et al ont retrouvé un taux de 6,3 % en 1998 au CHU de Befelatanana Antananarivo [12]. Cette légère baisse n'est autre que le reflet de la création des cliniques privées qui pratiquent eux aussi des O C.

La prévalence de la fréquence des opérations césariennes dans les hôpitaux africains est en nette augmentation.

La raison est expliquée:

- par l'accessibilité facile au centre de santé (route praticable, proximité du centre),
- de l'ouverture de nombreux centres chirurgicaux dans les villes
- CISSE C T et al ont recensé une fréquence de 25,2% au CHU de Dakar en 2001. [22]
- FOURN L et al ont observé 18% à la maternité de Cotonou, Bénin en 1999. [23] Tandis que l'étude faite par :
- OUEDRAOGO C à Ouagadougou représentait 21,6 % en 2000. [45]

- Celle de TRABELSI K à la Maternité de Sfax au Tunisie recensait: 28,71 % en 2005. [3]

Le progrès de la science et de la médecine dans les pays développés explique la croissance de taux de la césarienne chez eux :

- Québec : 22, 5 % en 2002.
- En Suisse : 29,2 % en 2004 [42] selon ROTH-KLEINER M.
- Et en France : 23 % en 2005. [35] selon MIOT S et all.
- 21,55 % [47] au CHD II Saint Luc Tuléar
- 10,63 % [47] au CHRR Tuléar : Dans ces hôpitaux, le plus souvent sont en zone urbaine,

Le pourcentage de césariennes préconisé par l'OMS est au minimum 5 % et au maximum de 15 %. Ce qui reflète le pourcentage d'intervention requise pour pallier à des problèmes médicaux réels. L'OMS s'est donnée pour objectif de faire réduire le recours à des méthodes interventionnistes et les césariennes entrent dans cette catégorie.

Roth-Kleiner [42] décrivent que la prévalence de césarienne à 20,50 % est nécessaire pour obtenir une mortalité maternelle corrigée à zéro, ce qui résulte de notre étude.

II.2. Fréquence mensuelle:

On peut noter que la fréquentation du centre en matière d'opération césarienne est basse. Le nombre maximal d'opération césarienne est de 6 sur un seul mois de l'année. Mais les 4 derniers mois regroupent la meilleure fréquentation, mois de récolte en milieu rural. Les femmes préfèrent mieux les matrones car leurs consultations sont considérées comme moins coûteuses que les hôpitaux surtout avant la gratuité de soins (kits de césarienne subventionnés).

C'est seulement après qu'une orientation hospitalière est décidée en cas de survenue de problèmes : hémorragies, état de choc, travail prolongé. Parfois même, les parturientes ont la grande hantise des hôpitaux et d'être césarisées, une intervention chirurgicale est prise comme une sorte de malédiction.

II.3. Fréquence des opérations césariennes au cours de 4 dernières années

L'étude faite dans le centre à propos de 30 cas de césariennes montre que la fréquence de la césarienne augmente au fil de 4 dernières années. Cette augmentation n'est autre que le reflet de la tendance accrue des jeunes mères qui entraînaient toujours des complications à l'accouchement (bassin limite). Alors, l'indication d'une intervention n'est plus discutée.

Une étude faite dans la maternité de Befelatanana [12] montre une légère baisse : elle n'est autre que le reflet de la création de cliniques privées à Antananarivo pratiquant aussi des opérations césariennes.

En France et aux USA [35] au contraire, elle augmente chaque année, de 14,3 % en 1988 à 23 % en 2005, car durant ces 2 dernières décennies, les indications d'opération césarienne aboutissent à une augmentation considérable de leur fréquence.

II.4. Selon l'âge:

L'âge le plus atteint est inférieure à 20 ans avec une prévalence de 43,33%. C'est la tendance des jeunes filles à devenir mère plutôt que prévue à la campagne. La plus âgée opérée était de 40 ans, et la plus jeune avait 15 ans.

Ainsi le facteur âge pourrait avoir une influence sur l'indication de césarienne. Les deux extrêmes sont ainsi concernés. Plus la parturiente est moins âgée plus la césarienne est indiquée.

Les causes retenues sont :

- la disproportion fœto-pelvienne
- les respects de la coutume et les traditions. Les campagnards envoient trop tôt leurs filles très jeunes se marier.

Plus l'âge de la femme est avancé, plus elle est aussi concernée par l'intervention césarienne. Les causes les plus probables trouvées chez cette tranche d'âge sont le placenta prævia et les pathologies maternelles.

L'âge moyen dans les autres études montre :

- Bangui: 24,5 ans dont les extrêmes sont 15 et 42 ans. [8]
- Ouagadougou: 26,3 ans avec des extrêmes de 16 et 49 ans. [45]
- Tunisie: 30,2 ans. [3]

II.5. Provenance:

Plus de la moitié des femmes, soit 63,33 % venaient des régions plus loin de Bezaha, dans le district de Betioky-Sud dont Bezaha n'en fait pas partie.

33,33 % sont des femmes habitant la commune de Bezaha et ses alentours. Une seule parturiente est venue d'un autre district plus loin (Benenitra).

Le facteur provenance est une meilleure indication dans notre étude car il est à rappeler que le CHD II de Bezaha sert de centre de référence en matière de chirurgie pour les deux districts dépourvus de centre de référence chirurgical

.

II.6. Gestité:

Les primigestes sont les plus concernées par l'opération (46,66 %). Mais on a tendance à remarquer que même les multigestes sont également césarisées, avec 10 % pour les septièmes gestes, 1 cas d'opération césarienne chez une dixième geste
Les traditions stipulent qu'en milieu rural, avoir beaucoup d'enfants dans une famille est un signe de mérite, de richesse et d'honneur.

II.7. Parité:

Presque la moitié des femmes, soit 53,33 % sont des primipares. Elles sont donc les plus touchées. D'autres études nous montrent les résultats suivants :

- Tunisie : 48 % sont des primipares. [3]
- Bangui : 3,1 enfants en moyenne dont les extrêmes sont 1 et 15 enfants. [8]

- Ouagadougou : 1,6 enfant en moyenne où les extrêmes sont de 0 à 13 enfants. [45]

La cause la plus évoquée est occupé en premier par la disproportion fœto-pelvienne. Le défaut de maturation osseuse chez les primipares augmente l'indication de césarienne. Mais les multipares ne sont pas écartées car plus la parité augmente, plus l'opération césarienne est indiquée.

II.8. Les consultations prénatales:

Seuls les tiers des femmes enceintes ont fait des consultations prénatales régulières. D'autres, au contraire n'ont fait aucune consultation ou l'on fait irrégulièrement.

Les causes de cette négligence peuvent être :

- L'éloignement d'un CSB II associé à un problème financier
- La consultation des matrones qui est devenue une habitude familiale chez les campagnardes et même chez quelques citadines.
- Problèmes sociaux pour les primipares (grossesse cachée).

Par contre, dans les séries africaines le taux non suivi de CPN est bas :

- Ouagadougou : 5,6 % [45]
- Tunisie : 2,2 % [3]

II.9. Mode d'admission:

Les entrantes directes représentaient 50 %, ces femmes habitent le plus souvent dans les alentours ou même un peu plus loin.

Les 50 % des femmes évacués en urgence venaient de loin. Leurs évacuations sont souvent émaillées de nombreux problèmes dont: inconforts, retard (de fois les parturientes mettent 3 jours pour arriver aux centres).

Une tentative d'accouchement par voie basse n'est plus possible car des complications pourraient survenir (risque de rupture utérine ...) et peuvent être préjudiciables pour la mère et l'enfant.

Le mode d'admission pourrait être donc pris en considération car ces accouchements pouvaient être moins dystociques si la prise en charge et l'évacuation ont été plus précoces.

ANDRIAMADY C I [12] révèle que 82,4 % des femmes césarisées au niveau du CHU de Befelatanana sont toutes des parturientes évacués en 1998.

II.10.Les principales indications:

Parmi les indications de la césarienne, «le césarienne obligatoire» est la plus fréquente soit 76,67 %. Pour les autres indications, on peut avoir une faible chance de tenter un accouchement par voie basse ; par contre la césarienne obligatoire si elle s'impose, on a plus de choix.

* Césarienne obligatoire:

La disproportion fœto-pelvienne représente les 53,33 % des césariennes obligatoires. Cela vient du fait de la fréquence accrue des jeunes mères, qui se présente souvent en milieu rural. Le placenta prævia vient en second lieu avec 20 % du cas.

Dans l'étude faite au sein du CHU de Befelatanana [12], cette indication occupe la première place avec 42,3 %, celle d'Ouagadougou est également [45] de 54,8 %.

On peut noter que la fréquence assez élevée de DFP pourrait être due à une mauvaise surveillance de la grossesse et de l'accouchement. CISSE C T trouvent 31,3% au CHU de Dakar en 2001 et OUEDRAOGO C 25,1% en 2000.

D'où la nécessité encore une fois de l'emploi du partogramme en milieu hospitalier. A noter que pas mal de centre de santé de base niveau II en est dépourvu.

* Césarienne de prudence

6,67 % des césariennes de prudence sont de présentation de siège. Les autres indications sont des cas moins fréquents comme l'utérus cicatriciel et une grossesse précieuse.

* Césarienne de nécessité :

Elle représente seulement 10 % de toutes les indications dont le principal est représenté par la dystocie dynamique. Les pathologies maternelles sont moins fréquentes dans notre étude.

II.11.Mortalité maternelle :

On n'a trouvé aucun cas de mortalité maternelle dans notre série sur les 30 cas d'opérations césariennes effectuées. Cela résulte du fait de la prise en charge des parturientes pour une maternité à moindre risque.

On a une nette amélioration par rapport aux autres années auparavant où l'on voit une forte pourcentage de mortalité maternelle: 4,34 % en 2003. [47]

Par contre dans les séries africaines, elle est plus ou moins significative.

- Au CHU de Dakar: 0,8 % en 2001. [22]
- Au CHU de Befelatanana: 2 % en 1998. [12]
- A l'hôpital communautaire de Bangui : 2 % en 1997. [8]
- Au CHNYO d'Ouagadougou: 2,3 % en 2000. [45]

II.12.Hystérectomie d'hémostase:

16,67 % des césariennes ont été suivies d'une hystérectomie d'hémostase. 80 % de ces femmes sont toutes des multigestes (gestité supérieure à 6).

La gestité joue donc un grand rôle dans la survenue du mauvais état de l'utérus (atonie utérine, friabilité) et de l'épuisement maternel.

Une hystérorraphie laborieuse rend difficile la maîtrise du saignement: surtout si l'hystérotomie réalisée est corporéale transverse donc justifiant l'hémorragie.

Les études africaines de Tunisie et de Bangui relèvent le taux d'hystérectomie respectif de 0,07 % et 8,6 % [3, 8] : la rupture utérine et le décollement prématuré du placenta normalement inséré sont incriminés.

L'hystérectomie d'hémostase n'a plus sa place dans les pays développés grâce à la meilleure prise en charge des parturientes (CPN coordonnées, surveillance électrique de déroulement du travail) [35].

III. Les caractéristiques fœtales

III.1. Etat à la naissance :

L'état des enfants à la naissance est classé selon l'indice d'APGAR ou indice de vitalité.

- APGAR 10 – 9 : enfant né vigoureux: 25,80 %
- On note une forte proportion des enfants morts in utero et morts-nés qui représentait 38,71 %

Dans les autres séries africaines, l'APGAR à la 1^{er} minute (≥ 7) est de:

- Rabat : 78,06 %. [13]
- Ouagadougou : 59,6 %. [45]

Donc dans les autres pays en voie de développement, la prise en charge des enfants à la naissance est assez satisfaisante.

III.2. Poids à la naissance:

La majorité des bébés nés par césarienne ont des poids considérés comme normaux c'est-à-dire entre 2,500 kg à 4 kg: 67,74 %.

III.3. Mortalité périnatale :

- Les nouveau-nés vivants représentent 61,30 % de cas, cela explique la nécessité de l'opération dans le sauvetage de la vie de bébé.
- La mortalité périnatale est de 38,71 % avec:
 - 06 cas de morts in utero
 - 06 cas de mort-né

Deux facteurs peuvent expliquer en partie cette forte mortalité périnatale :

- Avant l'intervention, les bruits du cœur fœtal étaient anormaux (faible ou inaudible)
- Caractère omniprésent de souffrance fœtale lié aux problèmes des références tardives mais aussi au caractère rudimentaire des moyens de surveillance fœtale dans les salles d'accouchement, ce qui fait que le diagnostic de souffrance fœtale est le plus souvent fait à un stade dépassé.

De façon indirecte, on peut incriminer le sous équipement en réanimation néonatale, le plus souvent, il n'est possible de faire tout au plus qu'une aspiration.

Les autres études donnent les résultats de décès périnatal suivant :

- Au CHU de Befelatanana : 18,1 % en 1998. [12]
- Bangui: 11,4 % en 1997. [8]
- Ouagadougou : 15,9 % en 2000. [45]

IV. Suites opératoires:

IV.1. Pronostic maternel:

Du côté maternel, le pronostic est assez bon. Dans notre série, on n'a noté aucun décès maternel. 9 cas de morbidités seulement ont été enregistrés pour des complications infectieuses de l'ordre de 30 %.

- 5 cas pour suppuration pariétale;
- 2 cas pour infection urinaire
- et 2 cas pour anémie.

Andriamady [12] précise que le pronostic maternel est médiocre. Compte tenu d'une mortalité élevé (2 %) et d'une morbidité importante (29,5 %) trouvé au CHU de Befelatanana. Ces résultats illustrent bien les contraintes de l'obstétrique à Madagascar.

Le problème de prévention des infections au bloc opératoire et en salle post opératoire doit être mis en question car il est en grande partie à l'origine de cette forte morbidité maternelle.

Dans les pays développés, la fréquence de la mortalité maternelle est basse. C'est le fruit de l'amélioration de la qualité de l'anesthésie et de la réanimation, de la transfusion sanguine et de soins post opératoires.

D'autres études nous montrent de cas de morbidité maternelle:

- au CHU de Befelatanana: 29,5 % en 1999 dues à l'infection. [12]
- au CHU de Dakar: 10 % en 2001 aussi dues à l'infection. [22]

IV.2. Pronostic fœtal :

En ce qui concerne la mortalité néonatale, on a trouvé 6 cas de décès néonataux précoces dont l'un d'entre eux est un cas d'hydrocéphalie avec un bébé ayant un poids supérieur à 5 kg. Ces décès sont étroitement liés à l'échec de la réanimation per et post opératoire (80 %) et un accident au cours de l'anesthésie (20 %).

L'étude faite au CHU de Befelatanana [12] révèle un décès périnatal de 18,1 %.

SUGGESTIONS

D'après les données de la littérature, l'OMS [1] estime que dans le monde entier, environ 600 000 femmes meurent chaque année des complications de la grossesse ou de l'accouchement, complications dont la plupart auraient pu être évitées. Alors il faut sensibiliser l'opinion sur l'importance d'une MMR, qui tente de renforcer la sensibilisation au problème de la mortalité maternelle et de trouver de solution. Compte tenu des résultats de notre étude, nous avançons quelques suggestions:

1. Accessibilité au centre chirurgical :

Avec cette antenne chirurgicale se trouvant dans une commune rurale et couvrant deux districts à la fois (Betioky –sud et Benenitra), les populations sont souvent très éloignées avec peu de moyens de transport et des routes parfois impraticables. Il serait alors indiqué de créer des centres de recours au niveau du district sanitaire des zones à forte densité de population ou difficile d'accès. Cela peut éviter la tendance de parturientes à consulter les matrones en cas des dystocies, minimisant ainsi le recours à l'opération césarienne ou du moins facilitant une bonne et rapide prise en charge de ces femmes si la césarienne doit être indiquée.

- Accélérer la mise en place de Kits d'urgence de césarienne subventionnés au niveau du centre.
- Doter ce centre en matériels non existants auparavant comme l'échographie, complément nécessaire pour améliorer la qualité des prises en charge des parturientes afin d'aboutir à des résultats plus satisfaisants et performants.
- Créer une étroite collaboration entre les centres périphériques et le centre de référence pour l'enseignement et la promotion du système référence/contre référence

2. Utilisation de partogramme :

Réactualiser l'utilisation de partogramme à tous les niveaux dont l'intérêt dans la surveillance du travail et le dépistage des dystocies mécaniques n'est plus à démontrer.

3. Recyclage des personnels suffisants et qualifiés en soins obstétricaux:

- former, les personnels de bloc opératoire en matière des urgences et de prévention des infections.
- Renforcer la formation des infirmiers chefs de poste en matière d'obstétrique;
- recycler les accoucheuses traditionnelles qui réalisent le plus souvent la moitié des accouchements à domicile pour déceler à temps et à référer les dystocies.

Pour les moyens de réduction de la mortalité foeto-maternelle:

- évacuer à temps les parturientes avant que leurs états ne se détériorent.
- Améliorer les qualités de soins et de prise en charge des patientes
- Elargir la pratique de la césarienne

4. Education pour la santé

- Surveiller les grossesses chez les femmes âgées de moins de 20 ans à cause de l'immaturité de leur bassin osseux par l'intermédiaire de la CCC (communication pour le changement de comportement) de toute la population cible et plus particulièrement les adolescentes : en plus, son organisme ne domine pas encore l'épreuve de la contraction utérine lors de l'accouchement.
- Espacer également les grossesses chez les grandes multipares à cause de l'épuisement maternel et du mauvais état de l'utérus.
- Encourager les parturientes à recourir aux méthodes contraceptives permanentes et définitives comme la CCV (contraception chirurgicale volontaire).

- Respecter l'intervalle inter générésique de deux ans de façon générale, voire plus lorsqu'il s'agit d'un utérus qui vient de subir une césarienne ou autre intervention.
- Encourager les femmes enceintes dès le troisième mois à suivre régulièrement la consultation prénatale (CPN) pour la surveillance de grossesse afin de dépister les pathologies maternelles concomitantes pouvant entraîner la souffrance fœtale chronique. Tout ceci explique la facilité avec la femme préparée accepte l'intervention encas de dystocie.

CONCLUSION

L'extraction d'un enfant vivant et le sauvetage maternel ; tel est le but d'une opération césarienne.

Nous avons effectué une étude rétrospective sur les opérations césariennes au centre hospitalier de district niveau II de Bezaha pendant l'année 2006. Il ressort de notre étude que sur 320 accouchements effectués à la maternité, 30 cas sont par voie haute (césarienne).

Les résultats de l'étude nous ont permis de relater les facteurs suivants:

- Epidémiologie : l'âge relatif des femmes césarisées est prédominant chez les moins de 20 ans, avec une nette prédominance chez les primigestes et les primipares. Les parturientes provenant des régions les plus loin du centre sont majoritaires.
- Clinique : les indications sont dominées par les césariennes obligatoires, (76,67 %) suivies par les césariennes de prudence (13,33 %) puis les césariennes de nécessité (10 %). La disproportion fœto-pelvienne occupe la grande majorité des indications d'O.C suivie du placenta prævia qui vient en second lieu.

La prévalence de mortalité maternelle est nulle. Cependant, l'étude nous montre que la fréquence de mortalité périnatale est assez élevée (38,71 %).

La tendance des campagnards à être mère dès les plus jeunes âges favorisent la survenue des complications.

L'absence ou de l'insuffisance des CPN d'une part, et l'habitude de parturientes à consulter chez les matrones d'autre part accentuent la fréquence des complications de la césarienne.

Ces problèmes auraient pu être évités si :

- les grossesses des femmes jeunes sont bien surveillées.
- les grossesses chez les grandes multipares sont bien espacées ou limitées.
- les parturientes sont évacuées à temps avant que leurs états ne se détériorent.
- et enfin si les qualités de soins et les prises en charge sont améliorées

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Bergsjo, Schmidt, Pusch:** Differences in the reported frequencies of the same obstetrical interventions in Europe. J. Gyn Obs. 2003, 61, 1.
2. **Melissa S, Manarso M, Dwight J.** Caesarean delivery for abnormal labor. Clinics in Perinatology. 2008, Vol 35, Issue 3: 479 – 490.
3. **Trabelsi K., Jedidi J., Yaich S., Louati D., Amouri H., Gargouri A., Damak J., Guermazi M.** . Les complications maternelles per opératoires de la césarienne : a propos de 1404 cas. J.I. M. Sfax, N°11/12; 2006: 33 – 38
4. **Giraud J. R, Rotten D, Brémond A., Poulain P.** Gynécologie. Connaissances. et pratique.4^{ème} Ed Masson 2002 :4.
5. **Lansac J., Body G., Magnin G.** La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique. Ed. Masson 1998 : 111-126.
6. **Racinet C., Meddoun M.:** Césariennes. EMC techniques chirurgicales, Gynécologie 2001 ; 41 : 917-918
7. **Nizard J.** Fondements scientifiques chirurgicaux concernant l'accouchement par césarienne. Jour gyn obst et biol reprod. 2006, vol 35 (5) : 522 – 524.
8. **Sepou A.* , Yanza M.C, Nguembi E, Ngbale R, Kouriah G, Kouabosso A, Nalim. N.** Etude de 299 cas de césariennes pratiquées a l'hôpital communautaire de Bangui (Centrafrique). Médecine d'Afrique Noire : 2000, 47 (1) : 13 – 18.
9. **Gabert HA, Bey M .** History and development of cesarean operation. Obstet Gynecol Clin North Am. 1999; 15 (7):591-605.
10. **Lurie S** The changing motives of cesarean section: from the ancient world to the twenty-first century. Arch Gynecol Obstet. 2005; 271 (4): 5 – 281.
11. **Kugener H.** History of the cesarean section "post-mortem Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb. 2007;(2): 77 - 155.

12. **Andriamady Rasoarimahandry C.I. Andrianarivony M. O. Ranjalahy R. J:**
Indications et pronostic de l'opération césarienne à la maternité CHU de Befelatanana à propos de 529 cas durant l'année 1998. Gynéco-obstétrique & Fertilité 2001, Vol 29, 900-904
13. **Ould J, Zennoud M, Rhrab B., Chahtane A., Chaoui A.** La dystocie du détroit moyen a propos de 114 cas. Médecine du Maghreb 2001 n°87 : 46 – 50.
14. **Loannis Korkontzelos M.D, Panagiotis Tsirkas M.D, Nikolaos Antoniou M.D., Ph.D, Dimitrios Souliotis M.D, Loannis Kosmas M.D.** Successful term pregnancy after treatment of a cesarean scar ectopic gestation by endoscopic technique and conservative therapy. Fertility and Sterility. 2008, Vol. 90, Issue 5: 13 - 15
15. **Dare MR, Middleton P, Crowther CA, Flenady VJ, Varatharaju B.** Planned early birth versus expectant management (waiting) for prelabour rupture of membranes at term (37 weeks or more). Cochrane Database Syst Rev. 2006, 25;(1)
16. **Hamet Tidjani A., Gallais A, Garba M.** L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger : a propos de 590 cas. Médecine d'Afrique Noire : 2001, 48 (2) : 64 – 66.
17. **Sepou A, Nguembi E, Yanza M C, Penguélé A, Ngal R, Kouabosso A.** Utérus cicatriciel : suivi de 73 parturientes à la maternité centrale de Bangui, (Centrafrique). Cahiers santé, 2003, vol 13, n°4 : 231 - 233.
18. **Vercouste I, Roman H.** Essai de travail en cas de césarienne antérieure. Journal gyn obst et biol reprod. 2006, vol 35: 35 – 45.
19. **Broche D E, Ramanah R, Collin A, Mangin M, Vidal C, Maillet R, Riethmuller D.** Présentation du siège à terme : facteurs prédictifs de césarienne en cours de travail. Jour Gyn Obst et biol reprod, 2008, vol 37 (5) : 483 – 492.
20. **Cisse C.T., Faye E. O, L. de Bernis, Dujardin B., Diadhiou F..** Césarienne au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services. 1998, vol. Cahiers Santé 1998; 8 :369-377.

21. **Richard F., Ouédraogob De Brouwere C.**. Quality cesarean delivery in Ouagadougou, Burkina Faso: A comprehensive approach. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2008, vol 33: 89 – 92.
22. **Cissé C T, Ngom P M, Guissé A, Faye E O, Moreau J C**. Réflexions sur l'évolution des taux de césarienne en milieu Africain : exemple du CHU de Dakar entre 1992 et 2001. Gynecol Obst & fertilité. 2004, Vol 32, Issue 3: 210 – 213.
23. **Fourn L., Fayomi Eb, Zohoun Th**. Aspects épidémiologiques de la pratique des césariennes dans les accouchements gémellaires a Cotonou. Médecine d'Afrique Noire : 1999, 46 (6) : 312 – 314.
24. **Ho-Yen Chueh M.D, Po-Jen Cheng M.D, Chia-Wei Wang M.D, Sheng-Wen Shaw M.D, Chyi-Long Lee M.D, Yung-Kuei Soong M.D., M.P.H**. Ectopic twin pregnancy in cesarean scar after in vitro fertilization/embryo transfer: case report. Fertility and Sterility. 2008, Vol 90, (5): 19 – 21.
25. **French J.L.H., McCullougha J., Bachraa P. and Bedforth N.M..** Transversus abdominis plane block for analgesia after-caesarean section in a patient with an intracranial lesion. International Journal of Obstetric Anesthesia, 2008:
26. **Katie Clifta, John Clifta**. Uterine relaxation during caesarean section under regional anaesthesia: a survey of UK obstetric anaesthetists. International Journal of Obstetric Anesthesia. 2008, Vol. 17, Issue 4: 374-375.
27. **Paech M.J., Scott K.L., Clavisi O., Chua S., McDonnell N..** A prospective study of awareness and recall associated with general anaesthesia for caesarean section. International Journal of Obstetric Anesthesia 2008, Vol.17, Issue 4: 298-303
28. **Uzoigwe SA, Jeremiah I.** Developments in caesarean section techniques. Niger J Med. 2006;15 (1): 9 - 24.

29. Olivier D, Isabelle S, Evelyne D, Corinne D, Henri-Jacques C, Michel B, René-Charles R. Red, orange and green Caesarean sections: A new communication tool for on-call obstetricians. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology. 2008, Vol. 140, Issue 2: 206-211.
30. Kazadi Buanga J., Tine C., Diene C.P. Intérêts de la césarienne de MISGAV LADACH dans la prise en charge des dystocies. Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (7) : 315 – 319.
31. Huchon C., Raiffort C., Chis C., Messaoudi F., Jacquemot M.-C., Panel P.. La césarienne : avec ou sans péritonisation ? Étude randomisée de la morbidité postopératoire. Gynécologie Obstétrique & Fertilité., 2005, Vol. 3 (10) :745-749.
32. Deirdre J. Murphy, Honor MacGregor, Bhagya Munishankarc and Graeme McLeod. A randomised controlled trial of oxytocin 5IU and placebo infusion versus oxytocin 5IU and 30IU infusion for the control of blood loss at elective caesarean section. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2008, vol 33, 120 – 125.
33. Kuczkowski K.M. Procédure de traitement intrapartum ex utero (EXIT) versus césarienne standard. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation. 2007, Vol.26, Issue 11 : 1003-1004.
34. Cossa S, Lovera J C, Terzibachian J J, Gay C, Ramanah R, Gabelle C, Knoepffler F. 49 césariennes un jour... hysterectomie pour pathologie bénigne: laparotomie toujours? J. gyn obst et biol reprod, 2004, vol 33, 80.
35. Miot S, Riethmuller D, Delc Plancque K, Tefaud O, Martin M, Maillet R, Schall J P. 14 césariennes pour échec d'extraction par ventouse obstétricale: facteurs de risque et conséquence à propos de 2447 cas au CHU de Besançon. J. gyn obs. et biol Reprod. 2004, vol 33, part 1 : 68 – 69.
36. Deneux Tharaux C, Carmona E, Bouvier Colle M H, Bréat G. Mortalité maternelle du post partum et accouchement par césarienne. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2006, vol 54, 43.

37. **Tiziana Leonea, Sabu S. Padmadashb, Zoë Matthews.** Community factors affecting rising caesarean section rates in developing countries: An analysis of six countries. Social Science & Medicine. 2008, Vol. 67, Issue 8: 1236-1246.
38. **Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM.** Caesarean section for non-medical reasons at term. Cochrane Database Syst Rev. 2006, 19;3.
39. **Frydman R., Carbonne B.,** Césarienne : conséquences et médications. Journal gyn obst et biol reprod. 2000, 29(2) : 9-18
40. **Subtil D., Vaast P, Dufour P.** Conséquences maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse. Journal gyn. obst. et biol. reprod. 2000,29 :10-16
41. **Kazadi Buanga J., Ndione J.B.** Syndrome de Youssef ou fistule vésico-uterine après césarienne analyse rétrospective de 6 dossiers. Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (6) : 274 – 278.
42. **Matthias Roth-Kleiner.** Taux élevé de césariennes et augmentation de l'incidence du syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né en Suisse. Paediatrica, Vol. 18 No. 5 2007 : 47 – 48.
43. **Ouedraogo C, Testa J, Sondo B, Kone B.** Analyse des facteurs de risque de morbidité maternelle sévère à Ouagadougou, Burkina Faso. Application à la fiche de consultation prénatale. Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (10) : 403 – 410.
44. **Rosenberg P.:** L'élévation du taux des césariennes : un progrès nécessaire de l'obstétrique moderne. Journal gyn obst et biol reprod. 2004, vol.33 (4): 279-289
45. **Ouedraogo C, Zoungrana T, Dao B., Dujardin B, Ouedraogo A., Thieba B, Lankoande J, Kone B.** La césarienne de qualité au Centre Hospitalier Yalgado Ouedragogo d'Ouagadougou Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique. Médecine d'Afrique Noire 2001 - 48 (11): 443 – 450.

DOCUMENTS CONSULTES :

46. **Stéphan Saint-Léger.** Le partogramme : principes et méthodes. Développement et santé. N°148, 2000 : 12 – 17.

47. Rapport annuel d'activité de CHD II de Bezaha, 2006

RMA du CHRR Tuléar, 2006

RMA du DRSAS Atsimo Andrefana, 2006

48. **Thery G, Rousseau E, Paravis P, Dallay D.** 10 leçons pour la césarienne en 10 mn. Technique de Stark.

ANNEXES

Tableau de récapitulation des observations des malades opérées de césarienne.

N°	Age (an)	District	Gestité/Parité	Distance par rapport au centre (km)	CPN	Mode d'admission	Indication	Poids et état de bébé à la naissance	APGAR	sexé
1	30	Ankilivalo Betioky Sud	G ₁ P ₁	63	irrégulière	Evacuation sanitaire	DFP	1,800 Mort né	IA 0	Masculin
2	20	Besely Fagnalafy Betioky Sud	G ₂ P ₂	18	Aucune	Evacuation sanitaire	Dystocie dynamique	3,300 Mort in utéro	IA 0	Féminin
3	16	Betioky Sud	G ₁ P ₁	50	régulière	Evacuation sanitaire	Dystocie dynamique	3,100 Vigoureux	IA 10	Masculin
4	24	Beala Betioky Sud	G ₄ P ₄	28	irrégulière	Evacuation sanitaire	Placenta prævia	3,300 Né étonné	IA 9	Masculin

5	20	Besely Betioky Sud	G ₁ P ₁	2	régulière	Entrante directe	Basin limite	2,500 Vigoureux	IA 10	féminin
6	15	Fenoagnivo Betioky Sud	G ₁ P ₁	12	Aucune	Entrante directe	DFP	3,00 Né étonné	IA 8	Masculin
7	32	Anjaha Betioky Sud	G ₈ P ₈	6	Aucune	Entrante directe	Placenta prævia	2 Né asphyxié réanimé	IA 6	Féminin
8	32	Bezaha Betioky Sud	G ₁ P ₁	0	Irrégulière	Entrante directe	DFP	3,400 Vigoureux	IA 10	Féminin
9	30	Belamoty	G ₇ P ₇	42	Irrégulière	Evacuation sanitaire	Placenta praevia	2,750 Vigoureux	IA 10	Féminin
10	35	Betioky Sud	G ₄ P ₄	50	Irrégulière	Evacuation sanitaire	Utérus cicatriciel	2,100 Mort né	IA 0	Féminin

11	34	Belamoty	G ₆ P ₆	42	régulière	Evacuation sanitaire	Placenta praevia	Né asphyxié réanimé	2,600	IA 5	Masculin
12	28	Bezaha Betioky Sud	G ₇ P ₇	0	régulière	Entrante directe	DFP	Mort in utéro	1,500	IA 0	Masculin
13	17	Tongobory Betioky Sud	G ₁ P ₁	25	Irrégulière	Evacuation sanitaire	DFP	Asphyxié réanimé	3,500	IA 3	Masculin
14	19	Betioky Sud	G ₁ P ₁	50	régulière	Entrante directe	DFP	Vigoureux	3,600	IA 10	Masculin
15	17	Diavolamanga Betioky Sud	G ₂ P ₂	1	régulière	Entrante directe	DFP	Mort in utéro	2,700	IA 0	Féminin
16	40	Maroarivo Betioky Sud	G ₂ P ₂	50	irrégulière	Evacuation sanitaire	DFP	Mort in utéro	4,500	IA 0	Féminin

17	39	Tongobory Betioky Sud	G ₁₀ P ₁₀	25	aucune	Evacuation sanitaire	DFP	3,900 Mort in utéro	IA 0	Masculin
18	18	Ambarinakoho Betioky Sud	G ₂ P ₁	25	Irrégulière	Entrante directe	DFP	3,500. Né étonné	IA 8	Masculin
19	15	Saloavaratra Betioky Sud	G ₁ P ₁	6	Irrégulière	Entrante directe	DFP	2,900 Né étonné	IA 7	Masculin
20	19	Beavoha Betioky Sud	G ₁ P ₁	35	Irrégulière	Evacuation sanitaire	DFP	1,800 Mort in utéro	IA 0	Masculin
21	17	Betakilotse Betioky Sud	G ₁ P ₁	8	Irrégulière	Entrante directe	DFP	3,900 Vigoureux	IA 10	Masculin
22	24	Bezaha Betioky Sud	G ₁ P ₁	0	régulière	Entrante directe	Procidence du cordon et grosse gémellaire	Siège : 1,800 (vivant réanimé) Céphalique : 2,100 (vivant réanimé)	IA 5 IA 5	Féminin Féminin

23	17	Bezaha Betioky Sud	G ₂ P ₁	0	régulière	Entrante directe	Présentation de siège	3,400 Vivant réanimé	IA 8	Masculin
24	30	Ampasindava Betioky Sud	G ₉ P ₉	1	Irrégulière	Entrante directe	Placenta praevia	3,100 Mort né	IA 0	Masculin
25	32	Besakoa Betioky Sud	G ₁ P ₁	6	Aucune	Entrante directe	Enfant précieux	3,400 Vigoureux	IA 10	Masculin
26	34	Benenitra Benenitra	G ₇ P ₇	90	Irrégulière	Evacuation sanitaire	Placenta praevia	2,400 Mort né	IA 0	Masculin
27	18	Tongobory Betioky Sud	G ₂ P ₂	25	régulière	Evacuation sanitaire	Présentation transversale	3,400 Mort né	IA 0	Masculin
28	18	Besely Fagnafaky Betioky Sud	G ₁ P ₁	18	Irrégulière	Entrante directe	Eclampsie	2,900 Réanimé	IA 6	Masculin
29	18	Tongobory Betioky Sud	G ₁ P ₁	25	Irrégulière	Evacuation sanitaire	DFP	2,500 Réanimé	IA 6	Féminin
30	38	Savazy II Betioky Sud	G ₉ P ₉	42	régulière	Evacuation sanitaire	DFP	5,500 Mort né	IA 0	Masculin

Velirano

Eto anatrehan'ireo mpampianatra ahy eto amin'ny toeram-pampianarana ambony momba ny fahasalamana sy ireo niara-nianatra tamiko, eto anoloan'ny sarin'i HYPOCRATE,

Dia manome toky sy mianiana aho, amin'ny anaran'Andriamanitra Andriananahary, Fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandroana ny voninahitra sy fahamarinana eo ampanatontosana ny raharaha-mitsaboana.

Ho tsaboiko 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 ahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha hiditra 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 dia tsy avelako ho fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na anamorana famitan-keloka.

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

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza.

Tsy hahazo mampiasa ny fahalalako ho enti-manohitra ny lalan'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 tohavin'ny mpiara-belona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko. Ho rakotra henatra sy ho rabian'ireo namako kosa aho raha mivadika amin'izany.

Serment d'Hippocrate

UNIVERSITE DE MAHAJANGA

Faculté de Médecine

AUTORISATION D'IMPRESSION DE THESE

Intitulé de la thèse : " LES OPERATIONS CESARIENNES
AU CENTRE HOSPITALIER DE DISTRICT
NIVEAU II DE BEZAHANIA"

Nom et Prénoms du candidat(e) : Meur RAMIANDRISOA Christian
Gaston

Avis du Directeur ou Rapporteur de la thèse après la lecture du 1^{er} tirage de la thèse

	<i>Nom et Prénoms</i>	<i>Date</i>	<i>Signature</i>	<i>Observations</i>
Directeur	Dr RANDRIANIRIN Jean B Chirurgien des Hôpitaux Maître de Conférences	28.11.08	Non valide Signature	
Rapporteur	ONM : 071221314401903 TEL: 032 44 221 10	28.11.08	Signature	

Avis du President du Jury

Acceptée

Refusée

Date : 01 DEC. 2008

Signature et cachet
ZAFISAONA Gabriele

Autorisation du Doyen de la Faculté de Médecine

Acceptée

Refusée

Date : 01 DEC. 2008



Autorisation à reproduire obligatoirement à la dernière page de la thèse après signature.

Nom et prénom : RAMIANDRISOA Christian Gaston
Intitulée de la thèse : « Les opérations césariennes au centre hospitalier de district niveau II de Bezaha»
Thèse de doctorat en médecine générale, Mahajanga, 2008, N°
Format : 21/29,7 cm Nombre de tableaux : 10
Nombre de page : 53 Nombre des schémas : 02
Nombre de figure : 07 Nombre des références bibliographiques : 46
Nombre de pages bibliographiques: 05
Rubrique de la thèse : GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE
Mots-clés : Utérus, segment inférieur, opération césarienne, hysterectomie
Résumé de la thèse
<p>Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les opérations césariennes au centre hospitalier de district niveau II de Bezaha durant l'année 2006. L'objectif de l'étude est de dégager les problèmes des dystocies qui aboutissent à l'opération césarienne.</p> <p>30 cas d'opérations césariennes ont été colligés sur les 320 accouchements de l'année.</p> <p>L'anesthésie générale et l'incision médiane sous ombilicale sont les plus utilisées.</p> <p>L'indication majeure est représentée par la disproportion fœto-pelvienne avec 53,33 %.</p> <p>Le taux de mortalité périnatale est de 38,71 % et on n'a noté aucun cas de décès maternel.</p> <p>Nous proposons comme suggestions:</p> <ul style="list-style-type: none"> • une amélioration de l'accessibilité au centre chirurgical • une formation et recyclage d'un personnel suffisant et qualifié en soins obstétricaux. • Une éducation pour la santé
Membre de jury
Président : Monsieur le professeur ZAFISAONA Gabriel
Juges : Monsieur le Professeur RANDAOHARISON Pierana Gabriel : Madame le Professeur RAHARIMANANA Rondro Nirina
Directeur : Madame le docteur ZAFINDRANAIVO Voahirana Yolande
Rapporteur : Monsieur le docteur RANDRIANIRINA Jean Baptiste de la Salle
Adresse de l'auteur : logt 405 HD 1 Ambohitsabo 601 Tuléar

