

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
Première partie : CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA CESARIENNE	
I. HISTORIQUE DE LA CESARIENNE.....	2
II. DEFINITION	3
III. RAPPELS ANATOMIQUES	3
III.1. Le bassin osseux	3
III.2. La cavité pelvienne	3
III.2.1. Le détroit supérieur	3
III.2.2. L'excavation pelvienne	3
III.2.3. Le détroit inférieur	4
III.3. Anatomie de l'utérus gravide	6
III.3.1. Le siège	6
III.3.2. Structure	6
III.3.3. Epaisseur et consistance	6
III.3.4. Le segment inférieur	6
IV. INDICATIONS DE LA CESARIENNE DITE DE NECESSITE.....	9
IV.1. Dystocie dynamique	9
IV.2. Dysgravidie et complications.....	10
IV.3. Grossesse dépassant le terme	10
IV.4. Autres pathologies maternelles	11
V. LA TECHNIQUE OPERATOIRE.....	12
V.1. L'anesthésie.....	12
V.1.1. L'examen pré anesthésique	12
V.1.2. Méthodes de l'anesthésie	12
a. L'anesthésie péridurale.....	13
b. La rachianesthésie	13
c. L'anesthésie générale	13
V.2. La technique opératoire	14
V.2.1. Voie d'abord.....	14
V.2.1.1. Incisions transversales	14
V.2.1.2. Incisions verticales	14

V.2.2. Extraction du fœtus	16
V.2.3. Délivrance	16
V.2.4. Fermeture	16
V.2.5. Les soins postopératoires	18
VI. LES COMPLICATIONS	18
VI.1. Les complications maternelles	18
VI.1.1. Les complications per opératoires	18
VI.1.2. Les complications post-opératoires.....	18
VI .2. Les complications fœtales.....	19
Deuxième partie : NOTRE ETUDE	
I . OBJECTIFS DE L' ETUDE.....	1
II . CADRE DE L' ETUDE	20
II.1. Structure	20
II.2. Organisation du service	22
II.3. Activités de la Maternité	22
III. MATERIELS ET METHODE D' ETUDE.....	22
a) Critères d'inclusion	23
b) Critères d'exclusion	23
c) Les variables d'étude	23
IV. RESULTATS	24
IV.1. Fréquence	24
IV.1.1. Les modalités d'accouchement	24
IV.1.2. Indications des césarienne.....	25
IV.1.3. Fréquence mensuelle.....	26
IV.2. Facteurs maternels	27
IV.2.1. Age	27
IV.2.2. Gestité	28
IV.2.3. Parité	29
IV.2.4. Profession.....	30
IV.2.5. Etat marital.....	31
IV.2.6. Niveau d'étude	32
IV.2.7. Résidence	33

IV.2.8. Mode d'admission.....	34
IV.2.9. Consultations prénatales	35
IV.2.10. Habitudes de vie et toxiques des parturientes.....	36
IV.2.11. Indications.....	37
IV.2.12. Suites opératoires.....	38
IV.2.13. Séjour hospitalier	39
IV.3. Facteurs fœtaux.....	40
IV.3.1. Sexe.....	40
IV.3.2. Poids à la naissance.....	41
IV.3.3. Etat à la naissance	42
IV.3.4. Pronostic néonatal.....	42

Troisième partie : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

I. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	43
I.1. Fréquence.....	43
I.1.1.Selon la modalité d'accouchement	43
I.1.2. Les types de césarienne	43
I.1.3. Selon la fréquence mensuelle de la césarienne de nécessité	44
I.2. Facteurs maternels	44
I.2.1. Age.....	44
I.2.2. Gestité et parité	44
I.2.3. Profession	45
I.2.4. Etat marital.....	45
I.2.5. Niveau d'étude.....	45
I.2.6. Résidence	45
I.2.7. Mode d'admission	46
I.2.8. Consultation prénatale	46
I.2.9. Habitudes de vie et toxique des parturientes	46
I.2.10. Indications.....	47
I.2.11. Suites opératoires.....	47
I.2.12. Séjour hospitalier	48

I.3. Les facteurs fœtaux.....	48
I.3.1. Sexe.....	48
I.3.2. Poids à la naissance	48
I.3.3. Etat à la naissance	49
I.3.4. Pronostic néonatal.....	49
II. SUGGESTIONS.....	49
II.1 Sur le domaine sanitaire	50
II.2. Sur le domaine de l'information et éducation	49
II.3. Sur le domaine politique.....	50
CONCLUSION	51

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau n° 1 : Répartition selon les modes d'accouchement.....	24
Tableau n° 2 : Répartition selon les indications de la césarienne	25
Tableau n° 3 : Fréquence mensuelle des césariennes de nécessité.	26
Tableau n° 4 : Répartition selon l'âge.....	27
Tableau n° 5 : Répartition selon la gestité	28
Tableau n° 6 : Répartition selon la parité.....	29
Tableau n° 7 : Répartition selon la catégorie professionnelle.....	30
Tableau n° 8 : Répartition selon l'état marital	31
Tableau n° 9 : Répartition selon le niveau d'étude	32
Tableau n° 10 : Répartition selon la résidence.....	33
Tableau n° 11 : Répartition selon le mode d'admission.	34
Tableau n° 12 : Répartition selon l'assiduité aux consultations prénatales.	35
Tableau n° 13 : Répartition selon les facteurs de risque.	36
Tableau n° 14 : Répartition selon les indications.....	37
Tableau n° 15 : Répartition selon les suites opératoires.	38
Tableau n° 16 : Répartition selon le séjour hospitalier.	39
Tableau n° 17 : Répartition selon le sexe.....	40
Tableau n° 18 : Répartition selon le poids à la naissance.	41
Tableau n° 19 : Répartition des enfants selon l'état à la naissance.....	42

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma n°1 : L'excavation pelvienne	4
Schéma n°2 : Le détroit supérieur	4
Schéma n°3 : Bassin de la femme debout	5
Schéma n°4 : Schéma du détroit inférieur	5
Schéma n°5 : Les rapports de l'utérus pelvien.	7
Schéma n°6 : Schéma de l'utérus gravide avec ses trois parties.....	8
Schéma n°7 : Les incisions pariétales au cours de l'opération césarienne.	15
Schéma n°8 : Fermeture de l'incision du péritoine viscéral au surjet.....	17
Schéma n°9 : Morphologie de l'utérus après la suture du péritoine viscéral.....	17

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n° 1 : Répartition des accouchements.....	24
Figure n° 2 : Les principales indications des opérations césariennes.....	25
Figure n° 3 : Répartition mensuelle.	26
Figure n° 4 : Age des opérées.	27
Figure n° 5 : Gestité des opérées.....	28
Figure n° 6 : Parité des gestantes.	29
Figure n° 7 : Profession des gestantes.....	30
Figure n° 8 : Etat marital des gestantes.....	31
Figure n° 9 : Niveau d'étude des césarisées.....	32
Figure n° 10 : Résidence des opérées.....	33
Figure n° 11 : Mode d'admission des gestantes.....	34
Figure n° 12 : Assiduité des opérées aux consultations prénatales.....	35
Figure n° 13 : Facteurs de risque des césarisées.....	36
Figure n° 14 : Indications de la césarienne de nécessité.....	37
Figure n° 15 : Suites opératoires des césarisées.....	38
Figure n° 16 : Séjour hospitalier des gestantes.	39
Figure n° 17 : Sexe des bébés.	40
Figure n° 18 : Poids à la naissance des bébés.	41
Figure n° 19 : Etat à la naissance des bébés.....	42

LISTE DES ABREVIATIONS

C.C.V.F	: Contraception Chirurgicale Volontaire Féminine
CHD II	: Centre Hospitalier de District niveau II
cm	: centimètre
COC	: Contraceptif oral Combiné
CPN	: Consultation PréNatale
DIU	: Dispositif IntraUtérin
D10	: Dixième vertèbre dorsale
FIGO	: Fédération Internationale de Gynécologie Obstétrique
g	: gramme
L1	: Première vertèbre lombaire
L3	:Troisième vertèbre lombaire
MAMA	: Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
mm	: millimètre
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
S2	: Deuxième vertèbre sacrée
S5	: Cinquième vertèbre sacrée
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

L'opération césarienne est devenue une pratique courante, son nombre n'a cessé d'accroître ces dernières années dans la plupart des pays développés. Il s'agit de technique d'accouchement artificiel afin d'extraire le fœtus du ventre de la mère en incisant l'utérus gravide (1) (2).

De nos jours, où le risque obstétrical est non seulement lié à la mère mais aussi à l'enfant ; l'évolution et une meilleure connaissance des indications de la césarienne, le progrès technologique varié dans le domaine de la réanimation et de l'obstétrique n'ont cessé de croître. Le but est de réduire au maximum la morbidité et la mortalité maternelle et fœtale.

En effet, il y a des situations où une opération césarienne est nécessaire pour la survie de la mère et de l'enfant.

C'est la raison pour laquelle il nous a paru opportun d'étudier les cas des césariennes dites de nécessité à la Maternité du CHD II (Centre Hospitalier de District niveau II) d'ANTSIRABE en l'an 2000.

Notre travail se divise en trois parties :

- La première partie est réservée aux considérations générales sur la césarienne.
- La deuxième partie concerne notre Etude.
- Et la troisième partie est basée sur nos commentaires, discussions et suggestions.
- Une conclusion générale fermera notre étude.

-

PREMIERE PARTIE : CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA CESARIENNE

I. HISTORIQUE DE LA CESARIENNE

La césarienne est certainement l'un des actes chirurgicaux les plus anciens réalisés par l'homme. Le terme « CESARIENNE » a été créé et utilisé pour la première fois par Francis MOUSSET dans un ouvrage publié à Paris en 1581 et intitulé « HYSTERECTOMIE » ou enfantement césarien(3).

Mais certainement, l'opération césarienne a déjà été pratiquée dans l'antiquité, sur une femme enceinte morte, pour sauver la vie de l'enfant. Les indiens sont les premiers à avoir fait mention de la césarienne : naissance d'INDRA le Dieu suprême de l'Inde antique, du flanc droit de sa mère VEDA ; naissance de BOUDDHA du flanc droit de sa mère MAYA ; DIONYSOS est extrait du ventre de sa mère par ZEUS; ESCULAPE (Dieu de la Médecine) est arraché du ventre de sa mère par APOLLON.

Pour faire progresser la césarienne, MONDOR a mentionné « Le trépied d'or de la chirurgie : l'anatomie, l'asepsie et l'anesthésie ». C'est l'acquisition des éléments de ce trépied qui fera progresser la césarienne d'un pas de géant en quelques décennies. Vers la fin du XIXème siècle, les chirurgiens ont réuni petit à petit ces conditions pour la réalisation de l'opération césarienne. Ce fut le cas d'Eduardo PORRO, un chirurgien italien, qui en pratiquant des césariennes corporéales suivies d'hystérectomie subtotale sur des femmes présentant des accouchements dystociques, fit chuter la mortalité maternelle.

A notre époque, la césarienne est pratiquée dans le but de sauver la mère et l'enfant.

II. DEFINITION

Le mot CESARIENNE vient du mot latin « CAEDERE» qui signifie couper. C'est une opération qui consiste en une incision chirurgicale de l'utérus gravide afin d'en extraire le fœtus et le placenta (4).

III. RAPPELS ANATOMIQUES

III.1. Le bassin osseux (5) (6)

C'est une ceinture osseuse entre la colonne vertébrale et le membre inférieur formée par trois os :

- les deux os coxaux symétriques formés par la fusion du pubis, de l'iliaque et du sacrum.
- le sacrum en arrière dans le prolongement de la colonne vertébrale soudé au coccyx qui est un petit os de forme triangulaire.

III.2. La cavité pelvienne (7)

Elle est formée de trois parties

III.2.1. Le détroit supérieur

C'est le lieu d'engagement de la présentation. Il est elliptique oblique en bas et en avant et comporte plusieurs diamètres, mais le diamètre antéropostérieur est le plus intéressant pour juger le pronostic de l'accouchement.

III.2.2. L'excavation pelvienne

C'est le petit bassin dans lequel la présentation descend et tourne. Elle est formée par la face antérieure du sacrum et du coccyx ainsi que par la face postérieure du pubis, cylindrique à concavité antérieure, cette concavité va permettre à la présentation de se loger dans le bassin, et conditionner la mécanique obstétricale.

III.2.3. Le détroit inférieur

Il est formé à partir du sixième mois chez les primipares et beaucoup plus tard chez les multipares. C'est le lieu de dégagement lors de l'accouchement.

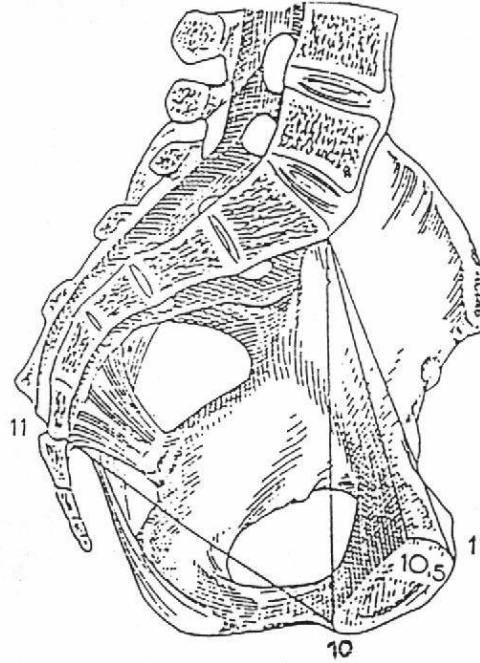


Schéma n°1 : L'excavation pelvienne Source : (7)

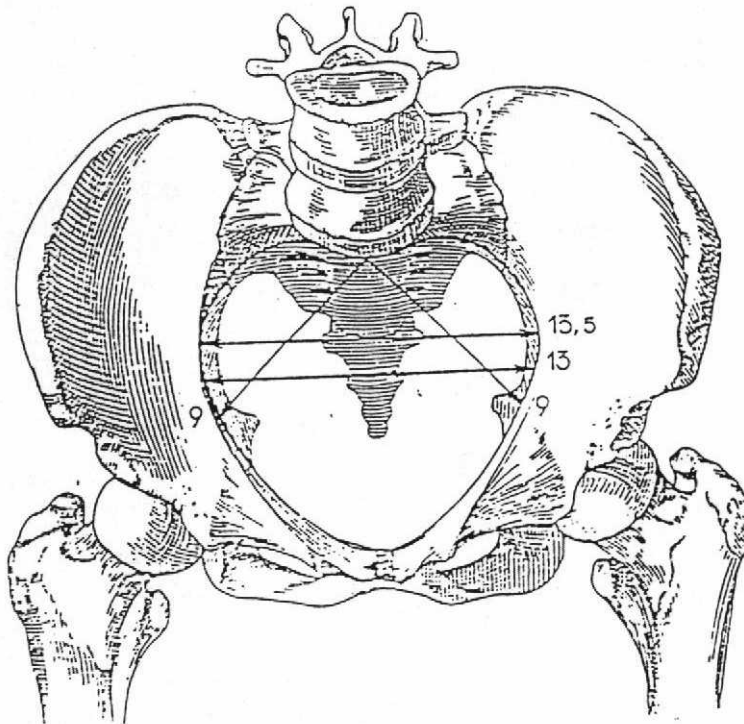


Schéma n°2 : Le détroit supérieur Source (7)

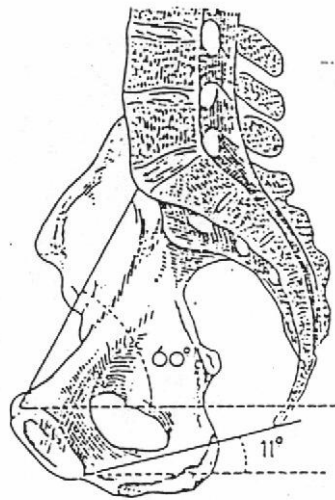


Schéma n°3 : Bassin de la femme debout Source (7)

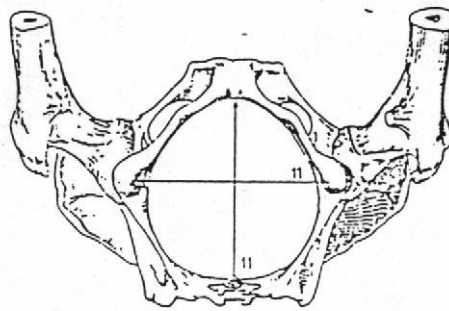


Schéma n°4 : Schéma du détroit inférieur Source :(7)

III.3. Anatomie de l'utérus gravide (8) (9) (10)

L'utérus augmente progressivement de volume dû à l'hypertrophie des éléments musculaires et à la distension des parois utérines par l'œuf. L'utérus non gravide pèse 50 g et mesure 6 à 8 cm. A terme il atteint 31cm de longueur et pèse jusqu'à 1200 g.

III.3.1. Le siège

Non gravide, il se situe dans le petit bassin, incliné vers l'avant et séparé de la symphyse pubienne par la vessie et du sacrum par le rectum. A terme, l'utérus est abdominal, sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale, en rapport avec la vessie uniquement quand elle est pleine.

III.3.2. Structure

Les trois tuniques de l'utérus sont modifiées au cours de la grossesse.

- La séreuse formée par le péritoine s'hypertrophie en suivant le développement du muscle, sauf au niveau du segment inférieur.
- La musculuse, faite de fibres musculaires lisses disposées en trois couches, s'épaissit.
- La muqueuse se transforme en caduque et va suivre le développement de l'œuf.

III.3.3. Epaisseur et consistance

A terme de la grossesse la consistance devient molle avec des épisodes de durcissement provoqué par une contraction son épaisseur peut atteindre 4 cm environ.

III.3.4. Le segment inférieur

C'est la partie basse amincie de l'utérus gravide, située entre le col et le corps utérin. Il n'existe que pendant la grossesse et ne se forme qu'au cours du troisième trimestre de la grossesse. Son caractère essentiel est sa minceur de 2 à 4 mm d'épaisseur mais de texture solide.

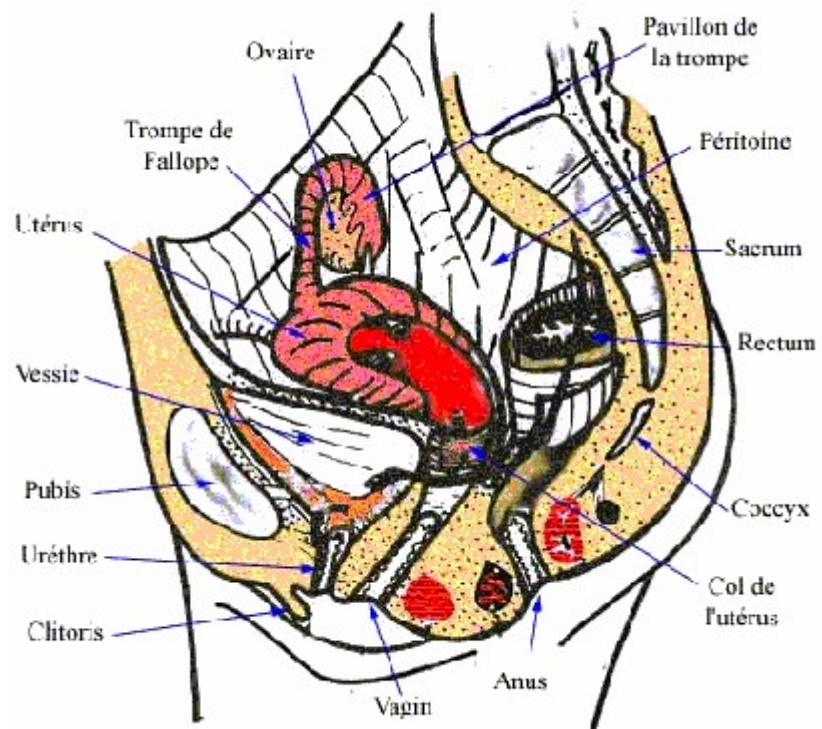


Schéma n°5 : Les rapports de l'utérus pelvien. Source (9)

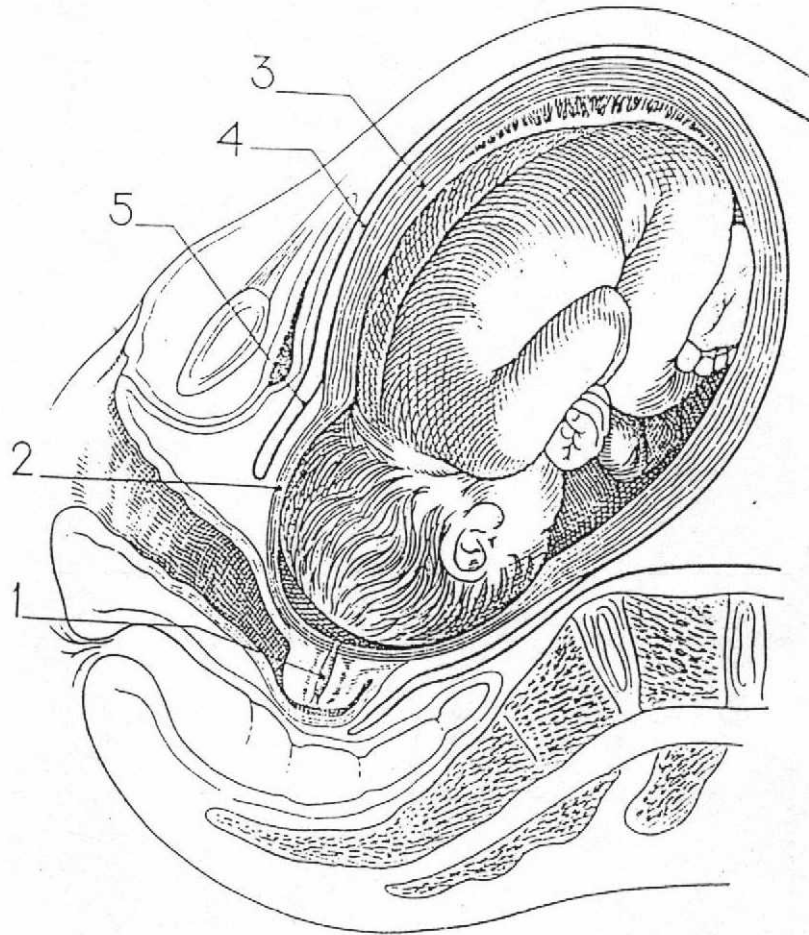


Schéma n°6 : Schéma de l'utérus gravide avec ses trois parties

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

Source (7)

IV . INDICATIONS DE LA CESARIENNE DITE DE NECESSITE

L'opération césarienne est dite nécessaire quand les pathologies de la grossesse ou de l'accouchement généralement accessibles à un traitement médical curatif ou préventif sont multiples et douteuses, indiquant ainsi une extraction pour mieux préserver le pronostic de l'enfant et de la mère (11).

IV.1. Dystocie dynamique

Elle concerne les arrêts de la dilatation cervicale au cours de l'accouchement, dont le pronostic était jusque là bon. Elle est due à l'existence d'une disproportion foetopelvienne méconnue par les examens physiques obstétricaux et les méthodes d'investigation pratiqués antérieurement, ou causée par un défaut de flexion dans le cadre d'une présentation postérieure ou du siège.

Au cours de la dystocie cervicale, qui peut être causée par des lésions au niveau du col comme un chancre syphilitique ou un cancer ou une cicatrice, la contraction utérine entraîne un effacement du col mais n'obtient jamais une dilatation. Finalement, il peut exister des dystocies dynamiques pures par anomalie de la contraction utérine (12) (13).

Conduite à tenir :

Après avoir essayé le traitement médical et l'épreuve du travail, l'opération césarienne est indiquée et jugée nécessaire pour éviter les conséquences néfastes fœtales liées à la prolongation du travail. Mais au cours de l'anesthésie, il faut toujours vérifier la dilatation cervicale avant l'intervention car les anesthésiques ont un effet dilatateur sur le col (14).

IV.2. Dysgravidie et complications

Les dysgravidies appelées également syndromes vasculo-renaux ou néphropathies gravidiques regroupent toutes les pathologies où l'on rencontre une hypertension au cours de la grossesse. Soit cette hypertension a déjà existé avant la grossesse ou découverte au début de celle-ci, la plupart des cas apparaissant à la vingtième semaine d'aménorrhée chez une primipare. Elle peut s'accompagner d'œdème ou d'une protéinurie, cette dernière étant le témoin d'une atteinte glomérulaire et source de complications (15).

Il faut veiller surtout à l'association d'une hypertension non contrôlée et d'une protéinurie, qui à court terme définit l'état de pré éclampsie comportant un risque élevé d'accidents maternels tels l'hématome rétro placentaire, une éclampsie, le HELLP SYNDROM qui témoigne de la souffrance viscérale due à la grossesse, une insuffisance rénale, et de souffrance fœtale chronique pouvant aboutir à la mort in-utéro.

Conduite à tenir :

- L'opération césarienne est nécessaire en cas d'hypertension très sévère ou d'hématome rétro placentaire.
- Si l'hypertension est contrôlée, la surveillance est stricte jusqu'à l'accouchement qui sera déclenché.
- En cas de situation mal contrôlée, le déclenchement de l'accouchement est impératif mais souvent difficile et il est préférable de faire une césarienne (16).

IV.3. Grossesse dépassant le terme (17)

La grossesse prolongée selon l'OMS et la Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO) se définit comme une grossesse atteignant 42 semaines d'aménorrhée révolues et plus ou supérieure ou égale à 294 jours. Mais certains auteurs s'appuient sur l'augmentation de la morbidité fœtale dès la fin de la 41^{ème} semaine de grossesse par rapport au premier jour des règles.

Les conséquences de cette grossesse dépassant le terme sont néfastes pour le fœtus. Elles entraînent une sénescence placentaire réduisant ainsi les échanges foeto-maternelles qui sont les sources de souffrance fœtale aiguë redoutable surtout s'il y a

un oligoamnios méconnu. Une autre complication est l'inhalation méconiale qui est source de détresse respiratoire secondaire.

La macrosomie fœtale est une complication, en effet le poids du fœtus ainsi que du placenta va augmenter entre 39 et 43 semaines d'aménorrhée élevant ainsi la fréquence des dystocies de l'épaule et de souffrance fœtale aiguë.

Le risque d'infection néonatale est très élevé pour une grossesse prolongée, causé surtout par l'amniotomie ou lors du déclenchement artificiel du travail.

Conduite à tenir :

Surveiller le bruit du cœur fœtal pour détecter une souffrance, en l'absence d'urgence, extraire le fœtus à la 42^{ème} semaine d'aménorrhée après déclenchement du travail.

IV.4. Autres pathologies maternelles

Au premier rang il y a le diabète gestationnel qui entraîne un risque de poids excessif au terme de la grossesse créant une disproportion fœtopelvienne. Quand on soupçonne un excès de poids ou le diabète est mal équilibré il faut extraire le fœtus.

La pré rupture, dont le diagnostic est étayé devant la présence de l'anneau de BANDL FROMMEL, constitue aussi une indication de la césarienne afin d'éviter la rupture vraie de l'utérus (18)

En cas d'hémopathies malignes, surtout une maladie de HODGKIN active découverte au deuxième semestre de la grossesse, une opération césarienne est nécessaire pour le bon pronostic maternel et fœtal. Il faut traiter en même temps la maladie après une exploration chirurgicale d'opportunité.

Chez une mère séropositive, il a été prouvé récemment que la césarienne diminue le risque de transmission du VIH à l'enfant lorsqu'elle est associée au traitement médical au dernier trimestre de la grossesse (19).

L'existence de cancer des organes voisins de l'utérus peut être une indication de la césarienne. Elle est nécessaire pour éviter les traumatismes causés par l'accouchement favorisant ainsi la propagation des cellules anormales.

En cas d'ictère il est préférable de pratiquer une extraction artificielle à cause du risque de souffrance fœtale aiguë.

V. LA TECHNIQUE OPERATOIRE

V.1. L'anesthésie

V.1.1. L'examen pré anesthésique

L'examen et l'interrogatoire rapide de la parturiente portera sur :

- La tolérance des anesthésies antérieures.
- Le traitement en cours.
- L'existence d'un saignement anormal lors d'une extraction dentaire ou toute autre intervention antérieure qui fera craindre une anomalie de la coagulation.

Un minimum d'examens complémentaires sera exigé :

- Le groupage sanguin
- La numération de la formule sanguine
- La recherche de glucose, de corps cétoniques, et de protéines dans les urines.

D'autres examens seront demandés en fonction de la pathologie au cours de la grossesse ou selon l'appréciation de l'anesthésiste.

V.1.2. Méthodes de l'anesthésie

La méthode de l'anesthésie est fonction des résultats de l'examen pré anesthésique, du degré d'urgence, de la compétence de l'anesthésiste et du motif de la césarienne à pratiquer.

Il existe deux méthodes bien distinctes que l'anesthésiste peut choisir:

- L'anesthésie locorégionale comprenant l'anesthésie péridurale et la rachianesthésie.
- L'anesthésie générale.

a. L'anesthésie péridurale

Cette méthode est plus utilisée actuellement. Elle consiste à pratiquer un blocage sensitif des racines nerveuses D10 jusqu'à L1 en première partie de l'opération suivi d'un blocage de S2 à S5 en fin de travail et pendant l'expulsion. Elle ne convient pas aux interventions d'urgence puisque l'installation de l'anesthésie est lente, mais plutôt elle est réservée aux césariennes programmées.

Son avantage est de diminuer le risque d'inhalation bronchique et permet ainsi à la mère de rester en éveil.

Ses complications sont l'hypotension artérielle ou les dépressions cardiovasculaires (20).

b. La rachianesthésie

Elle réalise une section pharmacologique de la moelle. C'est une technique facilement réalisable et l'installation de l'anesthésie est rapide et peut être utilisée en urgence. Elle consiste à faire une ponction lombaire au dessous de L3 et à injecter l'anesthésique dans l'espace sous-arachnoïdien.

Cependant, les contre indications de cette technique ainsi que celles de l'anesthésie péridurale sont nombreux : un trouble de la coagulation, une infection cutanée, un état fébrile, une maladie neurologique évolutive ou une anomalie de la colonne vertébrale (21).

c. L'anesthésie générale

Elle a l'avantage d'avoir une action rapide, mais exige une bonne consultation pré anesthésique et certaines précautions à cause du risque de fausse route ou d'inhalation, nécessitant ainsi une intubation au préalable, en outre le risque de dépression respiratoire du nouveau-né.

V.2. La technique opératoire

V.2.1. Voie d'abord (22) (23)

Après avoir mis en place le champ opératoire après badigeonnage à la Bétadine, on incise la peau selon les différentes techniques choisies qui peuvent être transversale ou verticale :

V.2.1.1. Incisions transversales

Les principales incisions sont :

- L'ouverture pariétale, par incision horizontale de PFANNENSTIEL, qui a l'avantage d'offrir une meilleure cicatrice du point de vue esthétique. C'est une incision transversale située à 3cm au dessus du rebord supérieur du pubis , de 12 à 15 cm de long.
- L'incision de MOUCHEL, par incision transversale de tous les plans, a l'avantage d'être rapide et permet une meilleure exposition.
- L'incision de CHERNEY comporte une désinsertion des muscles grands droits de l'abdomen.
- L'incision de RAPIN KUSTER par incision verticale de l'aponevrose.

V.2.1.2. Incisions verticales

En urgence on pratique surtout la laparotomie médiane sous ombilicale qui a l'avantage d'être rapide et facile.

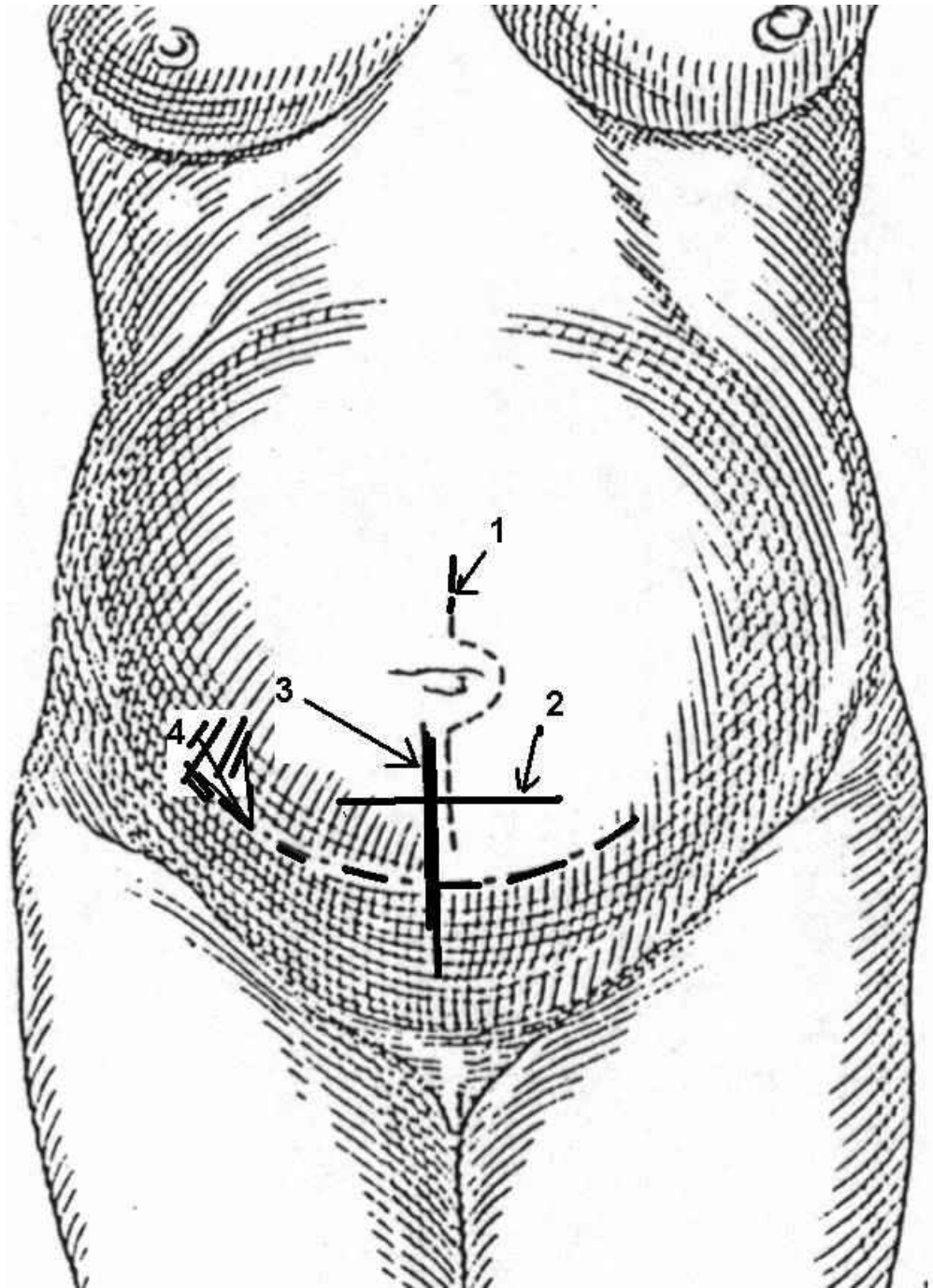


Schéma n°7 : Les incisions pariétales au cours de l'opération césarienne.

1. en pointillé : Incision de la césarienne corporéale
2. en trait plein horizontal : incision de Joël-Cohen
3. en trait plein : incision de la césarienne segmentaire
4. en trait point : incision de PFANNENSTIEL

SOURCE : (8)

V.2.2. Extraction du fœtus

Après ouverture du péritoine, on met en place un champ dans chaque gouttière pariéto-colique, une valve sus-pubienne et un écarteur de GOSSET.

On incise le péritoine segmentaire et on décolle la vessie et l'utérus vers le bas et latéralement.

On fait une incision segmentaire transversale au bistouri sur 2cm jusqu'à l'amnios et on aspire, ensuite on élargit l'incision par les doigts ou à l'aide de ciseaux.

On fait glisser une main sous la tête de l'enfant qui est fléchie puis on saisit l'occiput, on dégage la tête et on tire doucement l'enfant loin de la plaie et on sectionne le cordon ombilical. Il peut s'agir d'un siège, dans ce cas on fait une traction sur le membre inférieur situé en avant, puis on dégage la tête par la manœuvre de BRACHT(24).

V.2.3. Délivrance

Après la section du cordon ombilical, le chirurgien extrait artificiellement le placenta et les membranes puis injecte en plein muscle utérin de l'ocytocique pour favoriser la contraction utérine.

V.2.4. Fermeture

L'utérus est suturé avec des fils résorbables en extra muqueux, le feuillet péritonéal est rabattu sur la ligne de suture et fixé par quelques points après toilette soigneuse et inspection des annexes, du cul de sac de DOUGLAS et de la face postérieure de l'utérus.

Ensuite on ferme plan par plan jusqu'à la paroi abdominale où l'on mettra un drain de REDON pour l'incision de PFANNENSTIEL (25).

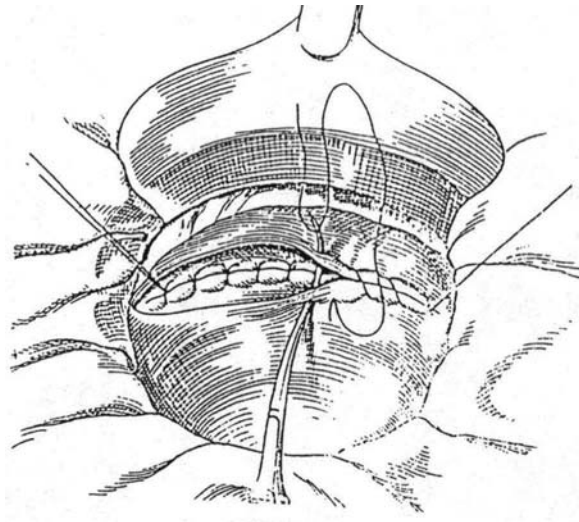


Schéma n°8 : Fermeture de l'incision du péritoine viscéral au surjet

Source : (8)

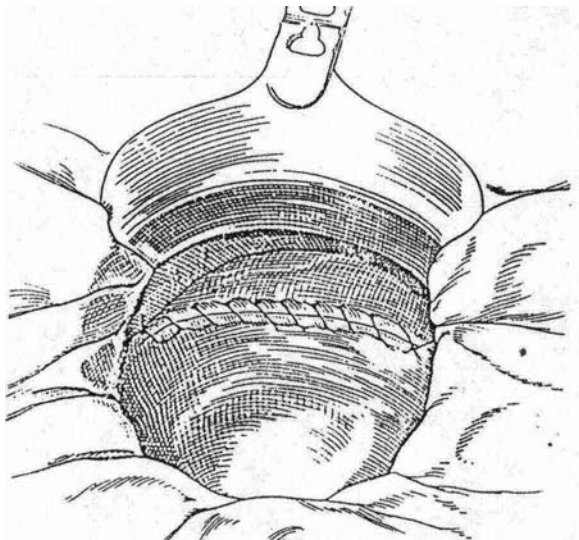


Schéma n°9 : Morphologie de l'utérus après la suture
du péritoine viscéral

Source : (8)

V.2.5. Les soins postopératoires

Pour la mère : après réanimation et rééquilibration hydroélectrolytique on donne une couverture antibiotique pendant quelques jours et on conseille le lever précoce pour éviter les phlébites, et l'alimentation sera reprise progressivement dès l'émission de gaz. Surveiller les différentes complications qui peuvent exister (26).

Pour l'enfant : après réanimation et désobstruction, si nécessaire, soigner la plaie ombilicale et surveiller les effets secondaires des médicaments et l'état de conscience de l'enfant selon l'aspect, la respiration, la grimace: l'enfant peut être né vigoureux ou né étonné, ou asphyxié (27).

VI . LES COMPLICATIONS

VI.1. Les complications maternelles (28)

Notons que la mortalité maternelle est multipliée par 10 lors d'une césarienne par rapport à un accouchement spontané.

VI.1.1. Les complications per-opératoires

Les complications hémorragiques causées par les anticoagulants ne sont pas rares d'autant plus que les traumatismes comme les plaies urinaires ou déchirures génitales ou plaies intestinales.

VI.1.2. Les complications post-opératoires

Il s'agit surtout de complications infectieuses : les endométrites, les infections urinaires favorisées par la sonde vésicale, infection pelvi-abdominale, septicémie, suppurations et abcès.

Les complications peuvent être hémorragiques comme l'hématome de la paroi.

Les complications digestives à redouter sont l'iléus fonctionnel ou une occlusion mécanique du grêle, une perforation du caecum ou une dilatation de l'estomac.

Il existe d'autres complications graves mais rares sont les embolies gazeuses et amniotiques, des troubles psychiatriques.

VI .2. Les complications fœtales

- La détresse respiratoire.
- La mortalité périnatale : souvent causée par une pathologie préexistante ou une souffrance fœtale.
- Les troubles liés aux anesthésiques et analgésiques.
- Un retard de résorption du liquide pulmonaire.
- Les traumatismes comme les fractures de l'humérus ou paralysie du plexus brachial dus aux différentes manœuvres (29).

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I . OBJECTIFS DE L' ETUDE

Les principaux objectifs de notre étude sont :

- Déterminer la fréquence de l'accouchement par voie haute dans le service.
- Etudier les principales indications de la césarienne de nécessité pour essayer d'établir les mesures que doivent prendre les personnels de santé pour réduire au minimum la mortalité et la morbidité.
- Décrire les techniques utilisées au cours de la césarienne.
- Déterminer le contexte urgent ou non des indications de la césarienne de nécessité et établir la conduite à tenir.
- Informer les femmes enceintes sur l'importance de la maternité sans risque.
- Proposer une stratégie de supervision et de formation des centres de santé pour une meilleure référence des parturientes.
- Conseiller les personnels à une participation aux processus politiques existants pour mettre en place un plan d'action pour une Maternité sans risque.

II . CADRE DE L' ETUDE

Le CHD II d'Antsirabe est un des grands hôpitaux dans la région du Vakinankaratra et constitue un centre de référence puisqu'elle reçoit non seulement les habitants de la ville mais aussi ceux qui viennent des services de santé des districts périphériques après évacuation sanitaire.

II.1. Structure de la maternité du CHD II d'Antsirabe

La Maternité du CHD II d'Antsirabe est composée de:

- 6 salles d'hospitalisation dont deux salles payantes. Elles sont réparties en :
 - o Trois salles pour les opérées.

- Deux salles pour les post-opérées.
- Une chambre pour les parturientes.

Le nombre total des lits est de 42.

- 2 salles d'accouchement avec 4 tables d'accouchement.
- 1 salle de garde.
- 3 bureaux.
- 2 salles pour le service de néonatalogie.
- 1 bloc pour la CCVF : Contraception Chirurgicale Volontaire Féminine.

En plus, la maternité est dotée :

- D'instrumentations obstétricales suivantes :
 - Des forceps.
 - Une ventouse obstétricale.
 - Un monitoring obstétrical.
 - Un micro doppler obstétrical.
 - Deux échographies (une fixe et une portative).
- Des boites d'accouchement.
- Des boites à pansement.
- D'un poupinel de stérilisation.
- De deux tables chauffantes.
- De quatre incubateurs.

II.2. Organisation du service

Le rôle du médecin spécialiste est d'assurer la prise en charge des accouchements, les pathologies gynécologiques et obstétricales rencontrées dans la Maternité, il est aidé par un médecin généraliste, trois sages-femmes et une sage-femme major. En plus, le service dispose de trois employés de service et d'un personnel administratif.

II.3. Activités de la Maternité

En plus des accouchements, la Maternité s'occupe aussi :

- Des CPN (Consultation Prénatale)
- Du Planning Familial dont :
 - o La MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée)
 - o Le Contraceptif Oral Combiné (COC)
 - o Le Contraceptif Injectable
 - o Les barrières : le DIU (Dispositif Intra-utérin), le diaphragme.
 - o La CCV (Contraception Chirurgicale Volontaire)
- de la vaccination des nouveau-nés et des nourrissons.

III. MATERIELS ET METHODE D' ETUDE

Dans notre étude les parturientes reçues en salle de travail et toutes les gestantes hospitalisées dans le service pour une césarienne de nécessité ont été prises en compte.

Il s'agit d'une étude rétrospective de type descriptif ayant comme population cible toutes les césariennes de nécessité réalisées durant l'année 2000 à la Maternité du CHD II d'Antsirabe.

Elle est effectuée après avoir fouillé les dossiers du service :

- Les cahiers de décès.
- Les registres d'admission à la maternité et au service de prématurité.
- Les registres du bureau de la statistique.
- Les cahiers de protocoles opératoires.

- Les dossiers des parturientes.

Des critères d'inclusion ont été nécessaires à la sélection de notre échantillonnage.

a) Critères d'inclusion

- Toutes les parturientes reçues en salle de travail évacuées ou venues directement de leur domicile.
- Toutes les femmes hospitalisées en vue d'une césarienne programmée.

b) Critères d'exclusion

- Toutes les femmes opérées pour rupture utérine.
- Toutes les femmes n'ayant pas accouché dans le service qu'elles soient venues d'elles-mêmes ou évacuées des centres sanitaires périphériques pour des complications des suites de couches ou des complications post-césariennes.

c) Les variables d'étude

Les paramètres étudiés sont :

- L'âge.
- La parité.
- La gestité
- La situation maritale.
- Le niveau d'étude.
- La profession.
- La résidence.
- Le mode d'admission.
- L'âge gestationnel.
- La consultation prénatale.
- Les habitudes de vie et toxique des parturientes.
- Les indications de la césarienne de nécessité.
- Les suites opératoires.
- Le séjour hospitalier.
- Les facteurs fœtaux (sexe, poids, état à la naissance)

IV. RESULTATS

IV.1. Fréquence

IV.1.1. Les modalités d'accouchement

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

Mode d'accouchement	Effectif	Pourcentage
Par voie basse	2643	94,09
Par voie haute	166	5,91
TOTAL	2809	100 %

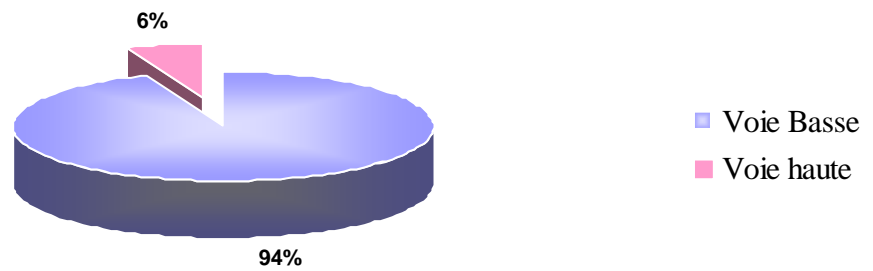
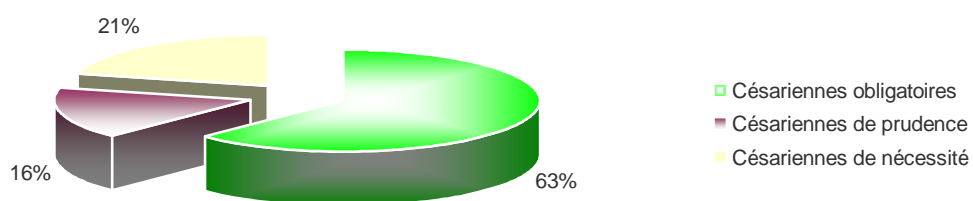


Figure n° 1 : Répartition des accouchements

IV.1.2. Indications des césarienne

Tableau n° 2 : Répartition selon les indications de la césarienne

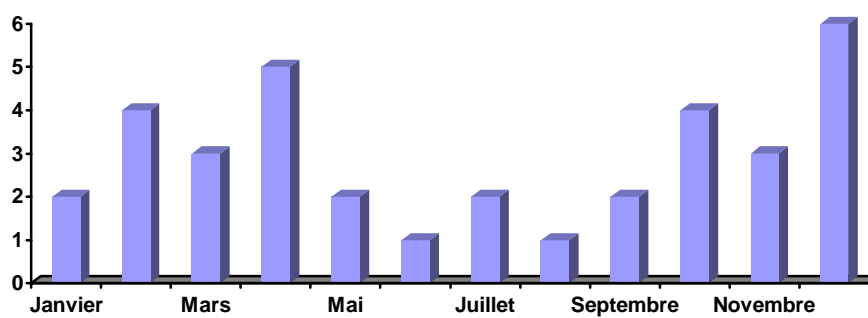
Indications	Effectif	Pourcentage
Césariennes obligatoires	104	62,60
Césariennes de prudence	27	16,20
Césariennes de nécessité	35	21,20
TOTAL	166	100 %

Figure n° 2 : Les principales indications des opérations césariennes.

IV.1.3. Fréquence mensuelle

Tableau n° 3 : Fréquence mensuelle des césariennes de nécessité.

Mois	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	TOTAL
Nombre	2	4	3	5	2	1	2	1	2	4	3	6	35
Pourcentage	5,7	11,4	8,6	14,3	5,7	2,9	5,7	2,9	5,7	11,4	8,6	17,1	100%

Figure n° 3 : Répartition mensuelle.

IV.2. Facteurs maternels

IV.2.1. Age

Tableau n° 4: Répartition selon l'âge.

Age	Effectif	Pourcentage
Inférieur à 19 ans	4	11,43
20 – 34 ans	21	60
> ou = 35 ans	10	28,57
TOTAL	35	100 %

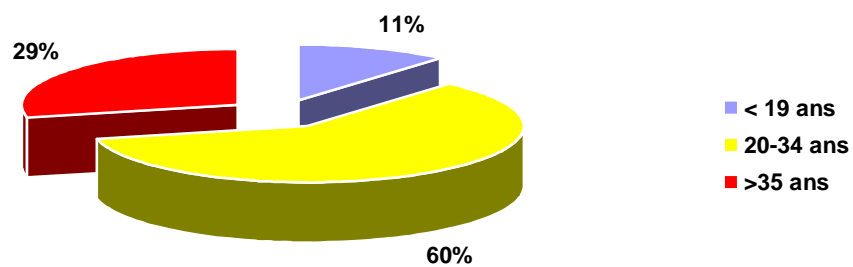
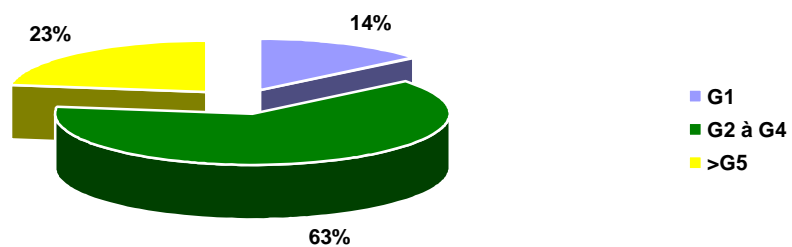


Figure n° 4: Age des opérées.

IV.2.2. Gestité

Tableau n° 5 : Répartition selon la gestité

Gestité	Effectif	Taux
G1	5	14,28
G2 à G4	22	62,86
> G 5	8	22,86
TOTAL	35	100 %

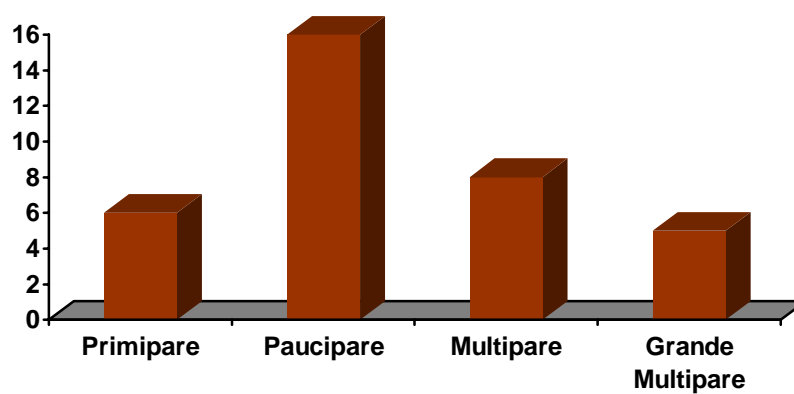
Figure n° 5: Gestité des opérées.

IV.2.3. Parité

Tableau n° 6 : Répartition selon la parité

Parité	Effectif	Taux
Primipare 0 – I	6	17,14
Paucipare II – III	16	45,71
Multipare IV – V	8	22,86
Grande multipare V et plus	5	14,29
TOTAL	35	100 %

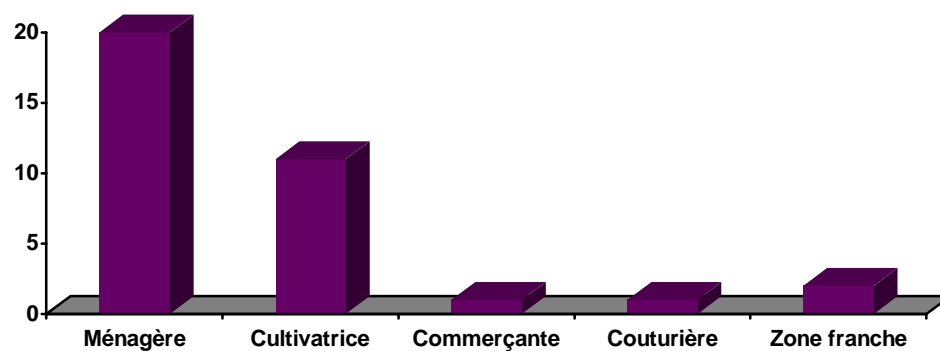
Rapport-gratuit.com 
 LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Figure n° 6 : Parité des gestantes.

IV.2.4. Profession

Tableau n° 7 : Répartition selon la catégorie professionnelle.

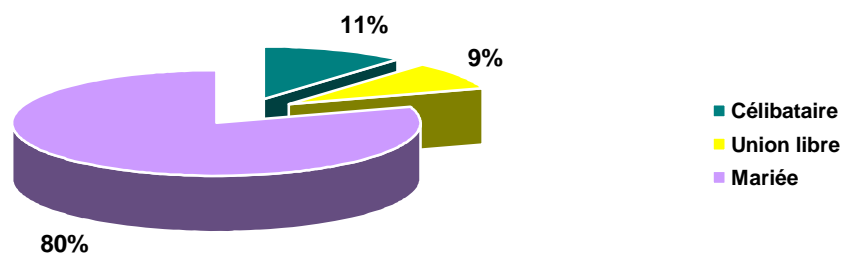
Catégorie professionnelle	Effectif	Taux
Ménagère	20	57,14
Cultivatrice	11	31,43
Commerçante	1	2,86
Couturière	1	2,86
Employée d'une zone franche	2	5,71
TOTAL	35	100 %

Figure n° 7 : Profession des gestantes.

IV.2.5. Etat marital

Tableau n° 8 : Répartition selon l'état marital

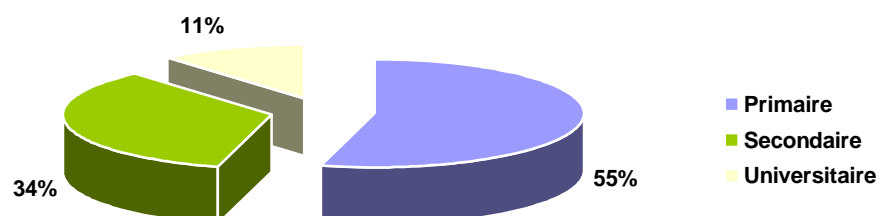
Etat marital	Effectif	Pourcentage
Célibataire	4	11,43
Union libre	3	8,57
Mariée	28	80
TOTAL	35	100 %

Figure n° 8 : Etat marital des gestantes.

IV.2.6. Niveau d'étude

Tableau n° 9 : Répartition selon le niveau d'étude

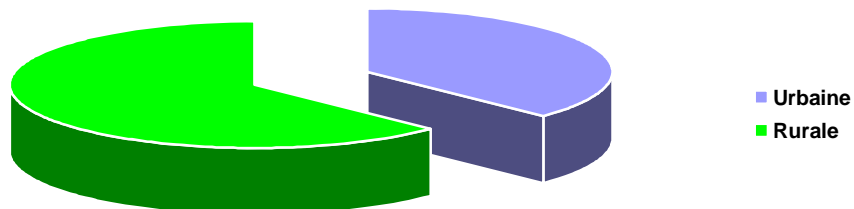
Niveau d'étude	Effectif	Taux
Primaire	19	54,28
Secondaire	12	34,29
Supérieur	4	11,43
TOTAL	35	100 %

Figure n° 9 : Niveau d'étude des césarisées.

IV.2.7. Résidence

Tableau n° 10 : Répartition selon la résidence.

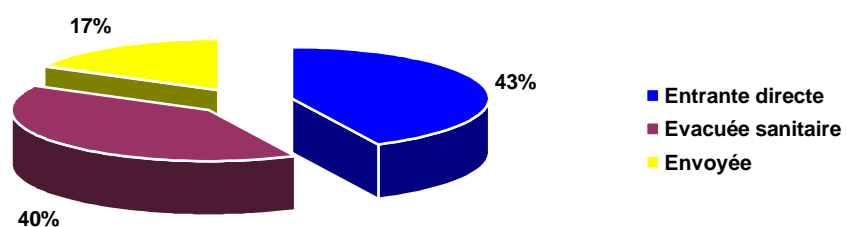
Résidence	Effectif	Pourcentage
Urbaine	13	37,14
Rurale	22	62,86
TOTAL	35	100 %

Figure n° 10 : Résidence des opérées.

IV.2.8. Mode d'admission

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

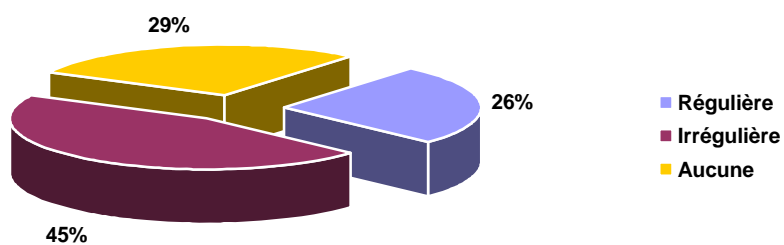
Mode d'admission	Effectif	Taux
Entrante directe	15	42,86
Evacuée sanitaire	14	40
Envoyée par un médecin ou une sage-femme libre	6	17,14
TOTAL	35	100 %

Figure n° 11 : Mode d'admission des gestantes.

IV.2.9. Consultations prénatales

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

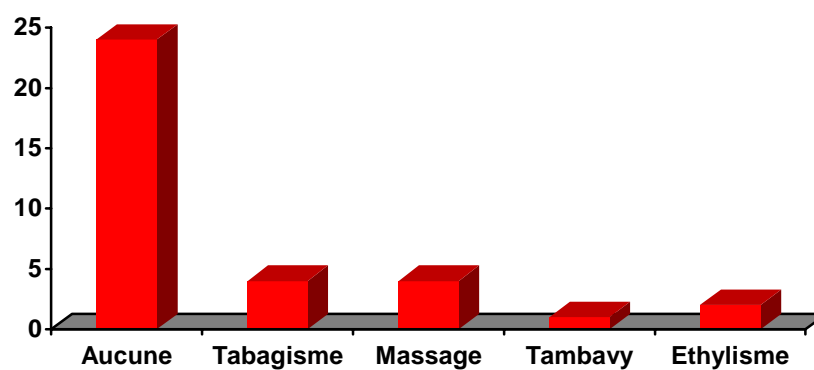
Consultations prénatales	Nombre	Taux
Régulière	9	25,72
Irrégulière	16	45,71
Aucune	10	28,57
TOTAL	35	100 %

Figure n° 12 : Assiduité des opérées aux consultations prénatales.

IV.2.10. Habitudes de vie et toxiques des parturientes

Tableau n° 13 : Répartition selon les facteurs de risque.

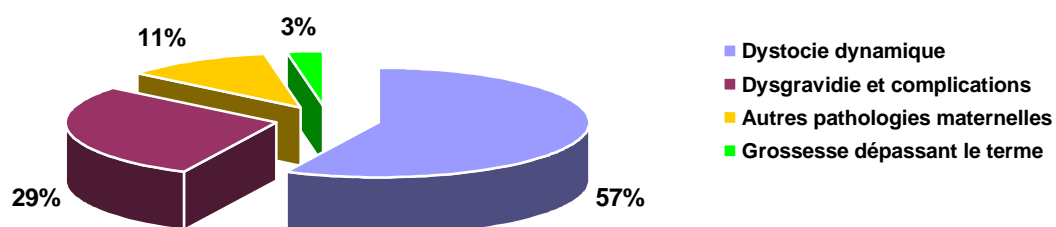
Facteurs de risque	Effectif	Taux
Aucune	24	68,57
Tabagisme	4	11,43
Massage	4	11,43
Tambavy (plante médicinale)	1	2,86
Ethylisme	2	5,71
TOTAL	35	100 %

Figure n° 13 : Facteurs de risque des césariées.

IV.2.11. Indications

Tableau n° 14 : Répartition selon les indications.

Indications	Nombre	Pourcentage
Dystocie dynamique	20	57,14
Dysgravidie et complications	10	28,57
Autres pathologies maternelles	4	11,43
Grossesse dépassant le terme	1	2,86
TOTAL	35	100 %

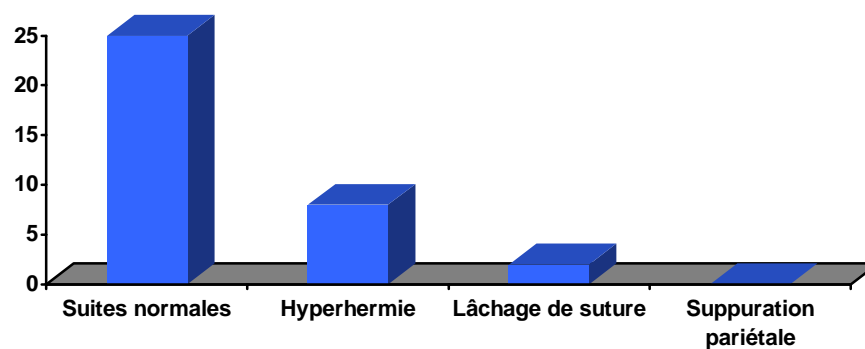
Figure n° 14 : Indications de la césarienne de nécessité.

IV.2.12. Suites opératoires.

Tableau n° 15 : Répartition selon les suites opératoires.

Suites opératoires	Nombre	Taux
Suites normales	25	71,43
Hyperthermie	8	22,86
Lâchage de suture	2	5,71
Suppuration pariétale	0	0
TOTAL	35	100 %

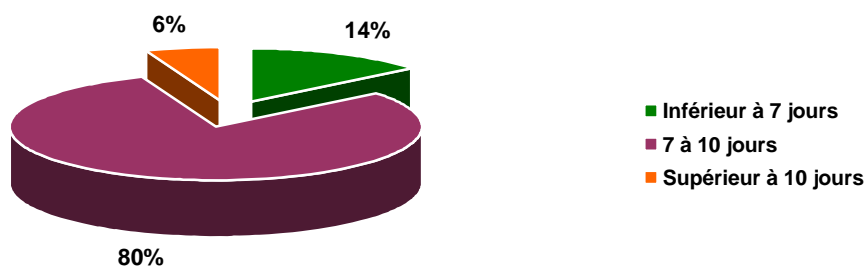
Aucun décès maternel n'a été déploré

Figure n° 15 : Suites opératoires des césariées.

IV.2.13. Séjour hospitalier

Tableau n° 16 : Répartition selon le séjour hospitalier.

Jours d'hospitalisation	Nombre	Taux
Inférieur à 7 jours	5	14,29
7 à 10 jours	28	80
Supérieur à 10 jours	2	5,71
TOTAL	35	100 %

Figure n° 16 : Séjour hospitalier des gestantes.

IV.3. Facteurs foetaux

IV.3.1. Sexe

Tableau n° 17: Répartition selon le sexe.

Sexe	Effectif	Taux
Masculin	17	48,57
Féminin	18	51,43
TOTAL	35	100 %

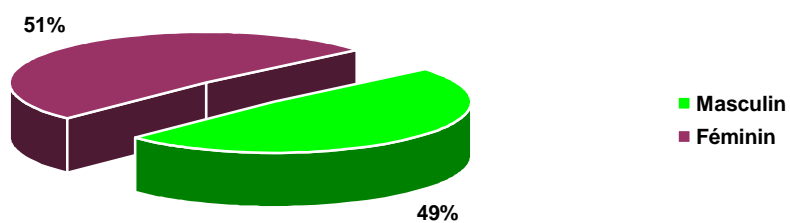
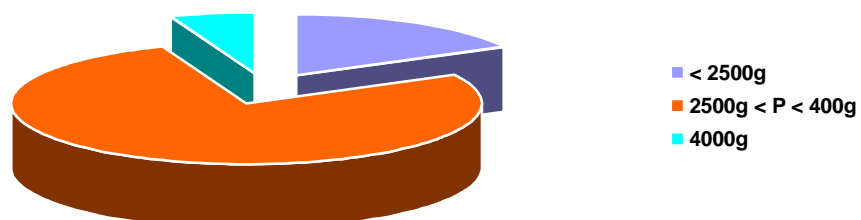


Figure n° 17: Sexe des bébés.

IV.3.2. Poids à la naissance

Tableau n° 18 : Répartition selon le poids à la naissance.

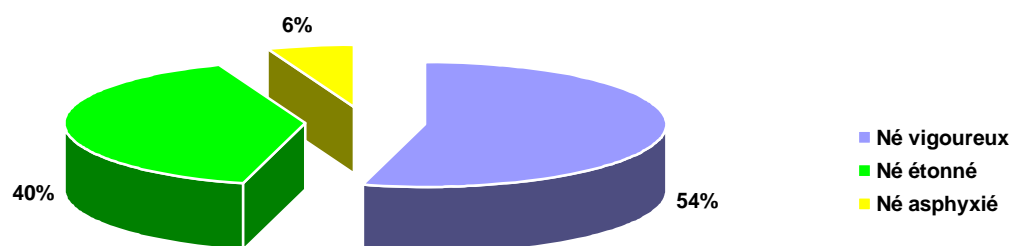
Poids à la naissance	Effectif	Taux
$P < 2500\text{g}$	6	17,14
$2500\text{g} < P < 4000\text{g}$	27	77,15
$P > 4000\text{g}$	2	5,71
TOTAL	35	100 %

Figure n° 18 : Poids à la naissance des bébés.

IV.3.3. Etat à la naissance

Tableau n° 19 : Répartition des enfants selon l'état à la naissance

Etat à la naissance	Nombre	Pourcentage
Né vigoureux	19	54,29
Né étonné	14	40
Né asphyxié	2	5,71
TOTAL	35	100 %

Figure n° 19 : Etat à la naissance des bébés.

IV.3.4. Pronostic néonatal

Il a été en général bon.

- a) Morbidité : aucun cas de morbidité néonatale.
- b) Mortalité : 2 cas de décès néonataux ont été notés soit 5.71% des nouveaux-nés.

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES, DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

I. COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

I.1. Fréquence

I.1.1. Selon la modalité d'accouchement

En 2000, sur 2809 accouchements, 166 césariennes ont été pratiquées, soit d'un taux de 5.91%. Ce taux est comparable à celui observé dans les pays en voie de développement surtout en Afrique.

- Centre Afrique : 3.0%(30)

Mais dans les pays développés le taux de césarienne est très élevé par rapport à ces résultats à cause de leurs meilleurs moyens d'investigation et équipements sanitaires.

- Paris centre : 21.7%
- USA : 24%(31)

Le taux bas par rapport à ceux des pays développés peut s'expliquer par l'absence de moyens d'investigation pour le diagnostic d'une souffrance fœtale qui réduit les indications de la césarienne. L'existence des médecins et accoucheurs libres réduit ainsi le cas de maladies au cours de la grossesse rencontrées à l'hôpital.

I.1.2. Les types de césarienne

Sur les 166 césariennes rencontrées au CHD II d'Antsirabe, 35 sont des césariennes de nécessité soit 21.6% alors que le taux de césarienne obligatoire est de 62.6%. Alors que dans les pays développés, ce taux est plus élevé de 28% en France mais coïncide avec l'étude faite au Sénégal ayant une fréquence de 22,1% (32) (33).

Ceci peut être élucidé par la négligence et la non connaissance de la vraie indication de la césarienne de nécessité et l'habitude des malgaches surtout dans la région du VAKINANKARATRA à toujours tenter une thérapeutique médicale traditionnelle avant d'aller à l'hôpital, expliquant ainsi le taux élevé des césariennes de nécessité.

I.1.3. Selon la fréquence mensuelle de la césarienne de nécessité

Le taux de nécessité est plus bas au mois de Juin et Août 2.9% en comparaison aux autres mois de l'année : 17.1% au mois de Décembre et 14.3% au mois d'Avril.

Le mois d'Août coïncide avec la période de repiquage de riz pour les cultivateurs et d'économie d'argent pour préparer les produits de la saison prochaine, et surtout la période d'exhumation, c'est pourquoi les gens évitent d'aller à l'hôpital. Le mois de Décembre est la saison des pluies et de préparation des fêtes, les habitants ont de l'argent à dépenser en cas d'urgences.

I.2. Facteurs maternels

I.2.1. Age

Le maximum de parturientes qui subissent une opération césarienne de nécessité est âgé de 20 à 34 ans qui est l'âge idéal pour la procréation atteignant un taux de 60%. Une étude faite à la Maternité de Befelatanana a montré un taux égal à notre résultat qui est de 57% dans la tranche d'âge de 20 à 29 ans (34).

La raison est la multitude des femmes qui accouchent à cet âge et c'est la période de la primiparité et de pauciparité nécessitant ainsi des CPN régulières.

I.2.2. Gestité et parité

La plupart des patientes sont des paucipares 45.71 et sont entre la deuxième et la cinquième gestité 62.85%, qui diffère complètement d'une étude faite à la Maternité de Befelatanana qui a trouvé un taux élevé de césarienne de nécessité chez les primipares 59.1%(35).

Ceci s'explique par l'existence de pratiques traditionnelles dans la région et la notion de cicatrices ou de traumatismes au cours de l'accouchement antérieur favorisant une dystocie dynamique.

I.2.3. Profession

Les ménagères et les cultivatrices occupent une place prépondérante avec une incidence de 57.12% et 31.43%. En fait ces femmes ont un travail dur en s'occupant des enfants et en assurant tout le travail ménager, elles n'ont point le temps d'aller en consultation prénatale et faire le suivi de la grossesse. La notion de travail dur pour les femmes enceintes constitue aussi un grand risque de faire un accouchement dystocique par anomalies de la contraction et nécessite ainsi un bon suivi et un repos à l'approche du terme pour éviter l'association de plusieurs maladies gestationnelles pouvant mettre en jeu le pronostic maternel et fœtal.

I.2.4. Etat marital

La plupart de nos patientes sont mariées, atteignant 80% de toutes les opérées, à cause de leur possibilité de subvenir aux impératifs financiers de l'intervention et leur disponibilité à se concentrer beaucoup plus sur leur grossesse aidées par leur mari. L'absence de consentement entre le couple pour les consultations prénatales pour prévenir un accouchement à risque constitue aussi une cause majeure de cette forte incidence, puisque pour les malgaches ce sont toujours les hommes qui commandent.

I.2.5. Niveau d'étude

Nous avons observé 19 cas de césariées du niveau d'étude primaire parmi les 166 cas de césariennes de nécessité soit 54.28% contre 34.29% pour les femmes qui ont arrêté leurs études en secondaire et 11.43% seulement en études supérieures. Ceci s'explique par la théorie admise que les femmes ayant étudié en classes supérieures sont plus informées et prennent au sérieux les éducations qu'elles ont reçues, contrairement à celles qui ont quitté tôt l'école, dont la plupart sont des cultivateurs, ont des problèmes du point de vue financier pour pouvoir suivre régulièrement les consultations et les campagnes d'éducation et information en matière de santé de la reproduction et de la femme enceinte.

I.2.6. Résidence

62.86% des parturientes sont toutes originaires du milieu rural contre 37.14% seulement pour le milieu urbain. Cet écart s'explique par l'absence d'information sur les mesures à prendre au cours de la grossesse favorisant ainsi l'incidence des maladies au terme de la grossesse et augmentant les indications de la césarienne de nécessité. En plus, la distance qui existe entre l'hôpital et le milieu où la patiente habite accroît les tentatives d'accouchement à domicile ou par les personnels de santé situé le plus proche.

I.2.7. Mode d'admission

Sur les 35 personnes ayant subi une césarienne de nécessité, 42.86% sont des entrantes directes et 40% évacuées après échec de tentative d'accouchement. Ces taux sont presque égaux expliqués par la proximité de l'hôpital pour les entrantes directes et leur bonne sensibilisation d'aller tout de suite à l'hôpital au moindre problème ; et pour les évacuées sanitaires, il y a une forte incidence de pathologies graves rencontrés par la personne qui devait faire l'accouchement et la prise en charge est ainsi retardée et ce sont surtout chez les évacuées qu'on retrouve une forte morbidité fœtale et parfois maternelle en général (36).

I.2.8. Consultation prénatale

Nous notons que la plupart des patientes ne suivent pas régulièrement la CPN 45.71% et celles qui n'ont jamais fait des consultations ne sont pas négligeables puisque le taux est de 28.57%. Ce qui confirme notre théorie c'est que les parturientes qui ne suivent pas les consultations prénatales sont surtout les femmes à niveau d'étude primaire et celles qui font des travaux durs donc plus exposées au risque de complications de la grossesse à cause de l'ignorance du déroulement de la gestité.

C'est en cas de problème grave qu'elles vont à l'hôpital après avoir tenté tout dans leur village puisqu'elles sont loin de toute information concernant les mesures minimales à prendre.

I.2.9. Habitudes de vie et toxique des parturientes

68.57% des césarisées n'ont aucun antécédent toxique ni alimentaire, mais il faut tenir compte des autres facteurs tels que le tabagisme, 11.43% sont fumeuses, les femmes qui ont subi un massage : 11.43%, sont également sources d'anomalies de la contraction et de la dilatation pouvant induire une dystocie dynamique.

I.2.10. Indications

Les dystocies dynamiques constituent les principales indications des césariennes de nécessité au cours de notre travail atteignant un taux de 57.14%, suivies de la dysgravidie pour un taux de 28.57% et les autres pathologies au cours de la grossesse sont moindres.

Selon une étude faite au Sénégal la prévalence d'une césarienne par dystocie dynamique est de 49% par rapport aux autres indications ce qui coïncide à notre résultat (37).

Dans les pays développés, la fréquence est de 35% seulement ce qui est très bas par rapport à notre étude (38).

Au second plan il s'agit surtout de la dysgravidie dans les pays sous-développés,

A près les autres pathologies de la grossesse il y a les grossesses prolongées qui n'occupent que 2.86% comme celui trouvé au Nigeria 2.2% alors qu'aux Etats-Unis le taux de césarienne par grossesse prolongée est de 15% et 12% en France (39).

Vu ces résultats on peut dire que dans les pays sous-développés, les pratiques des médecines traditionnelles sont encore courantes telles que les massages ou les décoctions qui sont source de dystocie dynamique, mais dans les pays développés il s'agit surtout d'autres pathologies au cours de la grossesse et de l'hypertension.

I.2.11. Suites opératoires

La plupart des patientes n'ont eu aucune complication aux suites opératoires soit 71.43%. Les 22% ont présenté une fièvre et 5.71% un lâchage de fils. Nous avons eu ce résultat grâce à l'habitude du service de faire une antibiothérapie systématique, surveillance stricte et réanimation après l'opération. Il n'y a eu aucune suppuration pariétale. L'hyperthermie est due à un retard d'évacuation et au contexte d'urgence de l'opération et on n'a pas pu trouver un foyer infectieux patent.

Le taux de mortalité maternelle est de 0%.

I.2.12. Séjour hospitalier

La patiente reste à l'hôpital en général entre 7 et 10 jours après l'intervention soit 80% des opérées. Ensuite on les laisse rentrer juste après ablation partielle des fils et elles vont revenir pour une ablation totale après. Les deux patientes qui ont eu un lâchage de fils seulement sont restées plus de 10 jours à la Maternité.

I.3. Les facteurs fœtaux

I.3.1. Sexe

Il n'y a aucune différence et aucun facteur lié au sexe. En effet, le pourcentage d'enfants de sexe masculin est sensiblement égal à celui du sexe féminin avec légère prédominance du sexe féminin : 48.57% contre 51.43%.

Dans la revue de la littérature, il n'y a aucun rapport entre le sexe du fœtus et la prévalence des indications de césarienne de nécessité sauf pour la macrosomie fœtale qui est une complication de la grossesse prolongée qui est à prédominance masculine (40).

I.3.2. Poids à la naissance

77.15% des bébés sont de poids normal, 5.71% ont eu un excès de poids et 17.14% un poids inférieur à la normale.

Dans la littérature, le poids d'un enfant après souffrance fœtale n'est pas en général inférieur à la normale mais plutôt tendance à un excès de poids quand le terme est dépassé ou que la mère soit diabétique (41).

I.3.3. Etat à la naissance

La moitié des enfants sont nés vigoureux : 54.29% contre 40% qui sont nés étonnés et 5.71% sont nés asphyxiés. Notre étude est conforme à ceux que dit la littérature, en effet, BLONDEL a trouvé 37% d'enfants nés étonnés issus d'une souffrance fœtale aiguë ayant nécessité une césarienne (42).

Les deux enfants nés asphyxiés sont dus à un retard d'évacuation sanitaire puisque la mère venait d'un village loin de la ville. Même si on a obtenu un taux élevé naissance d'enfants nés vigoureux, le taux d'enfants nés étonnés et qui ont nécessité une réanimation est très significatifs.

I.3.4. Pronostic néonatal

En général le pronostic était bon et la morbidité était nulle mais on a eu deux cas de mortalité néonatale.

La mortalité est due à un retard de prise en charge à cause du transport.

II. SUGGESTIONS

D'après les résultats de notre étude, nous émettons les suggestions suivantes pour une meilleure prise en charge des parturientes :

II.1. Sur le domaine sanitaire

Améliorer les matériels existants à la Maternité surtout pour les urgences thérapeutiques et diagnostiques, au moins il faudrait une échographie supplémentaire,

une amnioscopie en urgence pour juger utiles les traitements chirurgicaux. Renforcer les médicaments nécessaires pour une intervention d'urgence.

Augmenter les centres de recours obstétricaux. Elaborer un programme d'extension des centres médicochirurgicaux pouvant pratiquer une opération césarienne.

Créer des Centres chirurgicaux de relais.

Recycler le personnel de santé par des formations et les motiver par des salaires appropriés afin qu'ils puissent assurer l'éducation des citoyens pour avoir une maternité sans risque.

II.2 Sur le domaine de l'information et éducation

Sensibiliser les mères sur l'importance des consultations prénatales, les femmes enceintes doivent être encouragées à venir régulièrement, et être assidues aux séances de consultations prénatales, préconisées par les agents de santé.

Insister sur la communication pour le changement de comportement des adolescentes pour éviter les grossesses non désirées et surtout sur la physiologie de la femme, l'âge idéal pour la grossesse, l'âge à risque : inférieur à 20 ans et les grandes multipares, l'existence de contraceptifs pour respecter les intervalles inter gènesiques.

Conseiller à la mère de toujours accoucher en milieu hospitalier

Il faut éduquer toute la population et non seulement la mère pour que le message soit bien reçu.

II.3. Sur le domaine politique

Réduire autant que possible la mortalité et morbidité maternelle et infantile en évacuant d'urgence les parturientes avant que leur état soit précaire.

Elaborer des programmes de protection et de suivi plus accentué des femmes enceintes avec une meilleure organisation des consultations prénatales.

Faciliter les moyens de transport en cas d'évacuation sanitaire d'urgence.

Encourager autant que possible les enfants à continuer leurs études.

Augmenter le budget de la santé afin de trouver d'autres projets pour la promotion de la santé maternelle et infantile.

CONCLUSION

Il est jugé utile de faire une césarienne dans des situations pathologiques de la grossesse et de l'accouchement et que l'absence d'intervention serait néfaste autant pour la mère que l'enfant, or l'objectif de la maternité est d'obtenir une mortalité et morbidité maternelle et foetale nulles.

Notre étude rétrospective sur les 166 opérations césariennes parmi les 2809 accouchements en 2000 à la Maternité du CHD II d'Antsirabe dont 35 césariennes de nécessité nous a permis de ressortir les faits suivants :

- la fréquence des césariennes de nécessité est de 21.20% avec prédominance des femmes entre 20 et 34 ans, à leur deuxième geste (62.86%), paucipare (45.71%) mariée légitimement (80%), ménagère (57.15%) avec un niveau d'étude primaire (54.28%) habitant en milieu rural (62.86%) entrante directe (42.86%) ne suivant pas les consultations prénatales régulièrement (45.71%).

- la clinique : la dystocie dynamique est la première indication (57.14%).

- la morbidité et mortalité maternelle sont nulles, on a noté deux cas de mortalité foetale.

Ce taux de morbidité et mortalité très bas est obtenu par le fait que la césarienne était nécessaire pour éviter une quelconque souffrance en utilisant une bonne prise en charge des parturientes.

L'amélioration du pronostic maternel et foetal nécessite une collaboration entre le Centre hospitalier de district et les centres de santé périphériques.

A partir de notre étude, nous avançons les suggestions suivantes :

- Sensibilisation de la mère et de la communauté sur l'importance des consultations prénatales.

- Une amélioration des qualités de soins et de la prise en charge des parturientes à la Maternité du CHD II d'Antsirabe.

- Un recyclage du personnel de santé.

- Elaboration d'un programme de protection et de suivi des mères et une meilleure organisation des consultations prénatales.

- Une amélioration des conditions d'évacuations et une recommandation aux mères de toujours accoucher en milieu hospitalier.

BIBLIOGRAPHIE

1. Mailliet R., Schaal J P, Sloukgi J.C, Dulard E. Comment réduire le taux de césariennes en CHU ?. Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, 1991 : 294-300.
2. Rakotondramanitra M L. Réflexion sur les indications de la césarienne à la Maternité de Befelatanana de 1990 à 1993 .Thèse Méd. Antananarivo, 1995 ; N°3928.
3. Aubard Y, LemeurY, Grandjean M. Histoire de l'opération césarienne. Rév Fra Gynéc Obstét, 1995 ; 90 :5-11.
4. Garnier M, Delamare. Dictionnaire des termes de Médecine, 1994 :160.
5. Baudet J, Daffos F. Modifications anatomiques de la femme enceinte. Obstétrique Pratique. Paris : Maloine, 6^{ème} édition, 1979 :67-72.
6. Perlemuter L, Waligor J. Cahier d'anatomie planches 05 : Masson,1990: 6-18.
7. Merger R, Levy J, Melchoir J. Précis d'obstétrique Paris : Masson, 5^{ème} édition, 1979 :42-47.
8. De Tourris H, Henrion R, Delecour M. Abrégé de Gynécologie et d'Obstétrique : Masson, 1994 :380-382.
9. Kahle W, Leonhardt H, Platzer W. Anatomie : viscères, 1989 ; 2 :213.
10. Bodiagina J, Daffos F. Modifications anatomiques de la femme enceinte. Obstétrique Pratique . Paris: Maloine, 1977:67-72.
11. Rakotohelisoa E. Reflexion sur les indications de l'opération césarienne au CHD de Tsiroanomandidy de 1994 à1996. Thèse Méd .Antananarivo, 1988 ; N°4792.

12. Boisselier P, Moghioracos P, Marpeau L, Hajali B, Bassat J. Evolution dans les indications de la césarienne de 1977 à 1983. *Jour Gynéc Obst Biol Reprod*, 1997 ; 16 :251-60.
13. Fournier G, Cisse C, Diadhiou F. Evaluation des dystocies obstétricales. In : *Rapport des communications du premier congrès de l'association sénégalaise de gynécologie obstétrique*. Dakar : Publication CGO, 1992 :19-9.
14. Racinet C, Favier M. La césarienne : Indications, Techniques et Complications. Paris : Masson, New York, Barcelone, Milan, Mexico, Sao Polo, 1984 : 11-13.
15. Vangeenderhuysen C, Banos J, Amadou I. Hypertension au cours du 3ème trimestre de la grossesse. *Rév Fran Gyn Obstétr*, 1999 ; 5 :369-373.
16. Brochner C. The efficacy of starting post-term antenatal testing at 41 weeks as compared with 42 weeks of gestational age. *Am J Obstet Gynecol*, 1988; 159:550-554.
17. Weinstein D, Ezra Y, Picard R, Furman M, Elchalal U. Expectant management of post-term patients : observations an outcome. *J Matern Fetal Med*, 1996; 5: 293-297.
18. Azoulay P, Cravello L, D'ercole C, Boubli L, Blanc B. Evolution des indications de césariennes. *Révue Franc Gynéc Obst*, 1997 ; 2 :69-78.
19. Lemaire V. La césarienne et les antirétroviraux diminuent la transmission du VIH. *Courrier Médical*, 1999; 21:1580.
20. Nageotte . Epidural analgesia for labor: Epidural analgesia compared with combined spinal-epidural analgesia during labor in nulliparous women. *New Eng Jour Med*, 1999; 337:1764-1715.

21. Macintosh R, Leed J A, Atkinson R S. Pratique de la rachianesthésie et de l'anesthésie péridurale. Paris : Ellipses, 1995 :821-834.
22. Reithmuller D, Schaal, Racinet C, Maillet R. La césarienne selon la méthode de Misgav Ladach. Rév Fr Gynéc Obstét, 1999; 94: 497-499.
23. Berthet J, Henry Y, Racinet C, Allouch J. Utérus gravide. Encycl Méd Chir. Paris : France. Techniques chirurgicales Urologie Gynécologie, 1991 :101-123.
24. Racinet C, Favier M. La césarienne : Indications, Techniques, Complications. Masson et Cie. Eds. Paris, 1984: 1-184.
25. Bodiagina. Précis d'obstétrique. Mir Moscou, 1978:23-28.
26. Detrie P. Surveillance de l'opéré abdominal. Abrégé de petite chirurgie : Masson, 1994 :75-76.
27. Mazer A, Sankale M. Soins à l'enfant à l'accouchement. Guide de Médecine en Afrique et en Océan Indien, 1990 :190.
28. Sangaret P, Brettes J P, Kone N. Evaluation du coefficient de risque infectieux au cours des césariennes en urgence. Annales de l'université d'Abidjan. Série B. Médecine, 1989; 17:237-239.
29. Diallo F, Diallo M, Bangora S. Césarienne : facteur de reduction de mortalité foeto-maternelle au CHU Ignace de CONAKRY. Médecine d'Afrique Noire, 1998 :359-364.
30. Tshibangu. Particularismes de la gravido-puerpéralité en Afrique Centrale. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologique de la reproduction, 1991 ; 20 :60-73

31. Chamberlain G. What is the correct caesarean section rate?. Br J Obstet Gynec, 1990 : 403-404.
32. Azoulay P. Evolution des indications des césariennes de 1986 à 1990 à la maternité de la conception Marseille (à propos de 1051 cas). Thèse Méd, Aix-Marseille2, 1992 :708.
33. Cheikh T, De Bernis L. Césarienne au Sénégal : couverture des besoins et qualité des services. Santé Montrouge, 1998 ; 8 :369-377.
34. Rabemanana P J. Césariennes obligatoires : Etude des cas au CHU Maternité de Befelatanana. Thèse Méd, 1999 ; N° 5223.
35. Ramanantsoa V H. Césarienne de nécessité. A propos des cas rencontrés au CHU Maternité de Befelatanana en l'an 1999. Thèse Méd, 2001 ; N°5684.
36. Rabesoa A. Etude épidémio-clinique des césariennes obligatoires au CHU Maternité de Befelatanana en 1999. Thèse Méd, 2000 ; N°5562.
37. Cisse C, Andriamady C, Faye E, Diouf A, Boullin C, Diadhiou F. Indications et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar. In : Gynéco Obstét et Biol Repr, 1995 ; 24:194-197.
38. Delecour M, Thoulon J. La conduite à tenir au cours d'une dystocie. Rapport au XXVIIè congrès de gynécologie et obstétrique françaises. Jour Gyn Obst Biol Repr, 1988 ; 7 :220
39. Goffinet F. La césarienne a-t-elle une indication en cas de macrosomie. Jour Gynec Obst Biol Repr ,2000 ; 29(suppl n°2) :22-29.
40. Ghazli M, Aboulafalah A, Laghzaoui M, Samouh n, Mansouri A E,Aderdour M. Prise en charge des grossesses prolongées. Etude rétrospective de 480 cas. Rév Fra Gyn Obstét, 1999 ; 94 :392-398.
41. Mounzil C, Tazi Z, Nabil S, Chraibi C, Dehayni M. L'accouchement du fœtus macrosome. Contribution à la prévention du traumatisme obstétrical. Rév. Fra. Gyn. Obst., 1999 ; 94: 478-485.
42. Blondel B, Breart G, Mazaubrum C. The perinatal situation in France: Trends between 1981 and 1995. Journ Gyn Obst Biol Repr, 1997; 26:770-780.

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

VELIRANO

Eto anatrehan'ny ZANAHARY, eto anoloan'ireo Mpampianatra ahy, sy ireo mpiara-mianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity, ary eto anatrehan'ny sarin'i Hippocrate.

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

Ho tsaboiko maimaimpoana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra noho ny rariny aho, tsy hiray tetika maizina na ovina na ovina ary na amin'iza na amin'iza aho mba ahazoana mizara aminy ny karama mety ho azo.

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy ahita izay zava-miseho ao ny masoko, ka tanako ho ahy samy irery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamafady na hanamorana famitankeloka.

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

Hajaiko tanteraka ny ain'olombelona na dia vao notorontoronina aza, ary tsy hahazo mampiasa ny fahalalàko ho enti-manohitra ny lalànan'ny maha-olona aho na dia vozonana aza.

Manaja sy mankasitraka ireo mpampianatra ahy aho ka hampita amin'ny taranany ny fahaizana noraisiko tamin'izy ireo.

Ho toavin'ny mpiarabelona amiko anie aho raha mahatanteraka ny velirano nataoko.

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

SUMMARY

Name and First name: RAMILITIANA Joro
Title of the thesis: NECESSARY CAESAREAN: SURVEY OF THE
CASES IN THE CHD II OF ANTSIRABE IN THE
YEAR 2000

Category: Public health
Number of pages: 52 Number of tables : 19
Number of figures : 19 Number of schemas : 9
Number of references : 42

Summary :

This work is a retrospective survey of Necessary Caesareans from the cases to the CHD II Maternity of Antsirabe during the year 2000.

During this period, 166 Caesareans have been done on 2809 deliveries and 35 Caesareans of necessity (21.20%) The women are frequently between 20 and 34 years and pauciparous (45.71%) brides lawfully (57.15%) and to primary level (54.28 %) are the majority The main reason is the dynamic dystocia (57.14%) consisting in the toxemia of pregnancy and its complications (28.57%) The operating sequences are satisfactory with 5.71% per natal mortality.

A maternity without risk , an improvement of the materials, the staff's retraining, the education of the mothers and the prenatal consultations counselling, better handling in emergency to reduce the morbidity are necessary.

Key Words: Caesarean-Necessity - Dynamic dystocia-Primary survey level-
Good operating sequence- Excellent foetal prognosis.
Director of thesis: Professor RAMAKAVELO Maurice Philippe
Assisted by: Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal
Correspondence: Lot 407 Ankatso I Antananarivo 101

RESUME

Nom et Prénom : RAMILITIANA Joro
Titre de la thèse : CESARIENNE DE NECESSITE : ETUDE DES CAS AU
CHD II D'ANTSIRABE EN L'AN 2000
Rubrique : Santé Publique
Nombre de pages : 52 Nombre de tableaux : 19
Nombre de figures : 19 Nombre de schémas : 9
Nombre de références bibliographiques : 42

Résumé :

Ce travail est une étude rétrospective sur les césariennes de nécessité à partir des cas observés à la Maternité du CHD II d'Antsirabe pendant l'année 2000.

Durant cette période, 166 césariennes ont été effectuées sur 2809 accouchements et 35 césariennes de nécessité (21.20%) Elle est fréquente chez les femmes entre 20 et 34 ans paucipares (45.71%) mariées légitimement (57.15%) et à niveau d'étude primaire (54.28%). La cause principale est la dystocie dynamique (57.14%) suivie de la dysgravidie et ses complications (28.57%) Les suites opératoires sont satisfaisantes avec une mortalité périnatale de 5.71%.

Pour avoir une maternité sans risque, une amélioration des matériels est nécessaire, un recyclage du personnel, l'éducation des mères et conseiller les consultations prénatales, meilleure prise en charge en urgence pour réduire la morbidité.

Mots clés : Césarienne – Nécessité – Dystocie dynamique – Niveau d'étude primaire – Suite opératoire bonne – Bon pronostic fœtal.

Directeur de thèse : Professeur RAMAKAVELO Maurice Philippe
Rapporteur de thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal
Adresse de l'auteur : Lot 407 Ankatso I Antananarivo 101