

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE LITTERATURE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
I- RAPPEL ANATOMIQUE	2
II- RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LA CESARIENNE.....	3
II- 1- Définition.....	3
II- 2- Historique.....	3
II- 3- Epidémiologie.....	5
II- 4- Indications.....	5
II- 5- Les Contre indications.....	6
II- 6- Technique.....	6
II- 7- Complications.....	14
II- 7- 1- Complications maternelles.....	14
II- 7- 2- Complications fœtales.....	14
III- LES CESARIENNES OBLIGATOIRES	14
III- 1- Définition.....	14
III- 2- Les Indications.....	15
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	
I - OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	25
II- CADRE DE L'ETUDE.....	25
III- METHODES ET MATERIELS D'ETUDE.....	27
IV- RESULTATS.....	28
IV-1- Fréquence.....	28
IV-2- Facteurs épidémiologiques maternels.....	32
IV-3- Caractéristiques fœtales.....	49
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS	
I - COMMENTAIRES-DISCUSSIONS.....	53
II- SUGGESTIONS.....	58
CONCLUSION.....	61
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau n° 1 : Les indications de l'hystérotomie dans la Disproportion foeto-pelvienne.....	16
Tableau n° 2 : Répartition des indications des césariennes.....	29
Tableau n° 3 : Répartition mensuelle des césariennes.....	30
Tableau n° 4 : Répartition trimestrielle des césariennes obligatoires.....	31
Tableau n° 5 : Répartition selon l'âge.....	32
Tableau n° 6 : Répartition des parturientes selon la gestité	33
Tableau n° 7 : Répartition selon la parité.....	34
Tableau n° 8 : Répartition selon la situation matrimoniale.....	35
Tableau n° 9 : Répartition selon la catégorie professionnelle.....	36
Tableau n° 10 : Répartition selon la provenance	37
Tableau n° 11 : Répartition selon le niveau d'étude	38
Tableau n° 12 : Répartition selon le mode d'admission.....	39
Tableau n° 13 : Répartition selon le suivi de la consultation prénatale.....	40
Tableau n° 14 : Répartition selon l'état du bassin.....	41
Tableau n° 15 : Distribution des indications des césariennes obligatoires.....	42
Tableau n° 16 : Répartition selon les types d'anesthésie.....	43
Tableau n° 17 : Répartition selon les incisions cutanées	44
Tableau n° 18 : Opérations associées à la césarienne.....	45
Tableau n° 19 : Répartition selon les suites opératoires.....	46
Tableau n° 20 : Répartition des gestantes selon les complications post opératoires.....	48
Tableau n° 21 : Répartition selon le sexe du bébé.....	49
Tableau n° 22 : Répartition selon l'état du liquide amniotique.....	50
Tableau n° 23 : Répartition des enfants selon l'état à la naissance.....	51
Tableau n° 24 : Répartition selon le poids à la naissance.....	52

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n° 1 : Les principales indications des césariennes.....	29
Figure n° 2 : Effectif mensuel des césariennes.....	30
Figure n° 3 : Effectif trimestriel des césariennes obligatoires	31
Figure n° 4 : Age des parturientes.....	32
Figure n° 5 : Gestité des parturientes.....	33
Figure n° 6 : Parité des gestantes.....	34
Figure n° 7 : Situation matrimoniale des opérées.....	35
Figure n° 8 : Profession des parturientes.....	36
Figure n° 9 : Provenance des gestantes.....	37
Figure n° 10 : Niveau d'étude des gestantes.....	38
Figure n° 11 : Mode d'admission des gestantes.....	39
Figure n° 12 : Consultation prénatale des parturientes.....	40
Figure n° 13 : Bassin des opérées.....	41
Figure n° 14 : Indications des césariennes obligatoires.....	42
Figure n° 15 : Anesthésie des femmes opérées.....	43
Figure n° 16 : Incision cutanée adoptée.....	44
Figure n° 17 : Interventions associées à la césarienne.....	45
Figure n° 18 : Suites opératoires des césarisées.....	46
Figure n° 19 : Morbidité maternelle.....	48
Figure n° 20 : Sexe des bébés.....	49
Figure n° 21 : Aspect du liquide amniotique.....	50
Figure n° 22 : Etat à la naissance des nouveau- nés	51
Figure n° 23 : Poids des bébés à la naissance.....	52

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma n° 1 : L'utérus gravide avec trois parties.....	3
Schéma n° 2 : Emplacement de l'incision médiane sous ombilicale de RAFFIN Kustner.....	10
Schéma n° 3 : Extraction fœtale, la tête profondément enclavée.....	12
Schéma n° 4: Présentation transversale et de l'épaule.....	17
Schéma n° 5 : Présentation du front	18
Schéma n° 6 : Présentation de la face variété postérieure.....	18
Schéma n° 7 : Présentation du siège complet.....	19
Schéma n° 8 : Présentation du siège décomplété mode des fesses	19
Schéma n° 9 : Présentation du siège décomplété mode des pieds.....	20
Schéma n°10 : Dystocie osseuse	22
Schéma n°11 : Bassin généralement rétréci.....	23

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CHUA : Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

R A : Rachianesthésie

APD : Anesthésie Périderale

CSB II : Centre de Santé de Base niveau II

CPN : Consultation Prénatale

LMSO : Laparotomie Médiane Sous Ombilicale

LST : Ligature Section des Trompes

ATU : Accueil Triage Urgence

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'opération césarienne consiste à extraire un enfant de l'utérus maternel par incision de la paroi utérine. (1)

Le mot « césarienne » dérive du latin Caesar qui veut dire enfant né par incision (du verbe caedere = couper, incision) dont pourrait venir également le surnom porté par Jules César.

Cette intervention chirurgicale nécessite toujours le personnel, l'infrastructure, le matériel et les conditions d'asepsie propres à toute chirurgie abdominale majeure : les vie de la mère et de l'enfant sont en jeu.

L'expérience chirurgicale de l'opérateur doit lui permettre de faire face à tout moment aux difficultés ou aux complications les plus graves ou les plus inattendues : c'est assez dire que cette intervention ne saurait être pratiquée que par des chirurgiens chevronnés capables de surmonter aussi un problème digestif qu'urinaire. (2)

Les progrès de la technique chirurgicale, de l'anesthésie-réanimation et l'avènement des antibiotiques ont donné un large essor à la césarienne qui constitue actuellement la méthode de choix pour redresser une situation gravement compromise, place de choix qu'elle a conquis au détriment des manœuvres obstétricales complexes (type rotation – grande extraction) ou des applications de forceps acrobatiques, les unes et les autres actuellement condamnées par l'immense majorité des accoucheurs. (3)

Le désir de chaque femme enceinte est d'accoucher par voie basse. Il devient un vœu pieux lorsque pour plusieurs raisons l'accouchement par voie basse est impossible voire dangereux pour la mère et son enfant.

La césarienne est alors obligatoire et doit être faite le plus rapidement possible pour sauver deux vies.

Cette indication est l'objet de notre étude effectuée au CHUA Maternité de Befelatanana en 2006.

Notre travail comprend 3 parties distinctes :

- la première est réservée à la revue de la littérature,
- la deuxième est consacrée à l'étude proprement dite,
- la troisième est destinée aux commentaires et aux suggestions.

Une conclusion terminera l'étude.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

I. RAPPEL ANATOMIQUE (4) (5)

Pour bien pratiquer une opération césarienne quelques éléments essentiels doivent être connus :

a) Position de l'utérus gravide

L'utérus gravide est dextrodévié c'est-à-dire légèrement incliné à droite. Il présente une face antérieure en avant avec une dextrorotation variable de 1 à 90°.

Cette particularité est importante. En effet avant de pratiquer l'incision de l'utérus il faut centrer l'utérus et bien repérer l'artère utérine pour éviter sa section ou rupture.

b) La vessie

Organe noble, elle est le seul rapport antérieur dangereux lors de l'abord utérin. Elle s'étale à la partie basse de la face antérieure de l'utérus amenant parfois les uretères en contact avec cette zone.

Pour éviter de la blesser lors de l'hystérotomie, il faut pratiquer un décollement minutieux du péritoine vésico-utérin pour ne pas la léser.

L'existence éventuelle d'une fistule vésico-utérine amène obligatoirement à pratiquer une césarienne.

c) Le segment inférieur

C'est la partie de l'utérus constituée pendant les 3 derniers mois de la grossesse depuis l'isthme jusqu'au corps.

C'est une portion musculaire amincie, peu vascularisée. Facilement décollable, le segment inférieur est le lieu électif de l'hystérotomie. Il peut être le siège de l'importance anormale du placenta au cours du troisième trimestre.

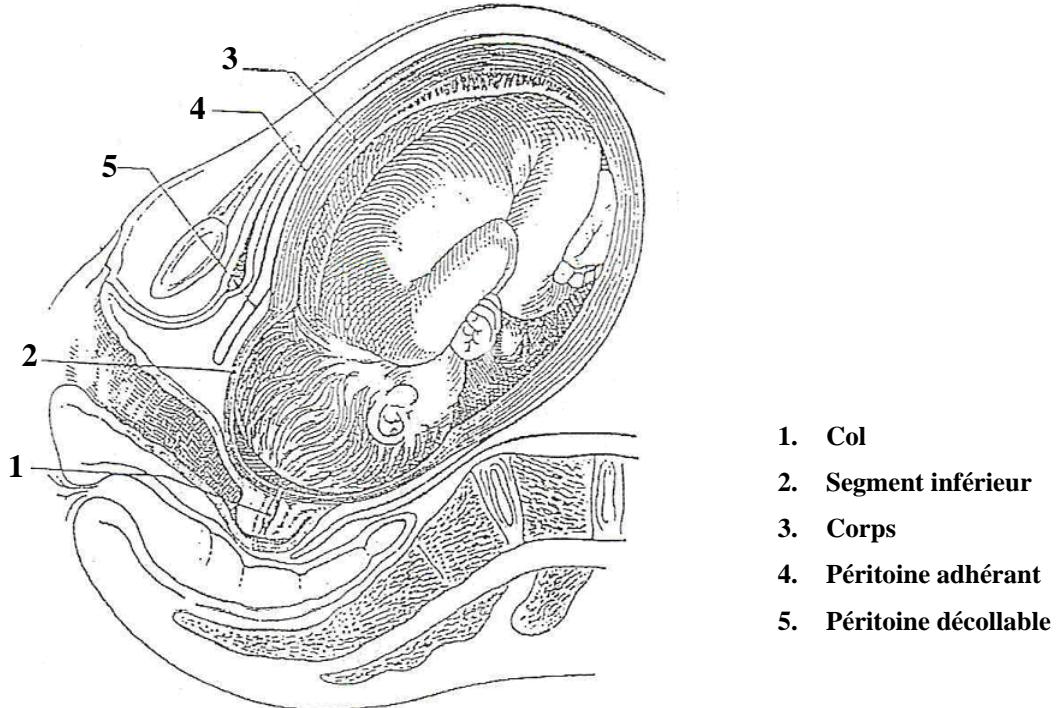


Schéma n°1 : Utérus gravide avec ses trois parties

Source : Obstétrique pour le praticien LANSAC J. Edition Masson. 1999

II. RAPPELS DE CONNAISSANCE SUR LE CESARIENNE

II.1. Définition (6)

La césarienne, synonyme de « hystérotomie », appelée en anglais « caesarean operation » est un terme issu du latin « caedere » c'est-à-dire couper et « caesar » signifiant coup de tranchant.

Elle consiste à inciser chirurgicalement l'utérus gravide dans le but d'extraire le fœtus et le placenta.

II.2. Historique (7) (8)

a) Origine de la césarienne

La césarienne est l'un des actes chirurgicaux les plus anciennement réalisés par l'homme vers 1000 ans avant Jésus Christ.

Des légendes ont parlé de la naissance des Dieux et des Héros par voie abdominale :

- Bouddah né du flanc droit de Maya, sa mère ;

- Indra, le Dieux suprême du l'Inde né du flanc droit de sa mère aussi ;
- Asclépios est extrait du ventre de Coronis par Apollon ;
- Dionysos est arraché du ventre de sa mère Semelé par Zeus ;
- en 715 – 672 avant Jésus Christ, à Rome la loi royale empêchait l'enterrement d'une femme enceinte avant l'extraction de l'enfant du ventre de sa mère pour la sauver.

b) La césarienne au Moyen Age

En 1363, Guy de Chauliac fit la première description de la césarienne sur une femme morte dans « Chirurgie Magma ».

Au XIV^{ème} siècle l'évêque Espagnol Paul de Meirara pratiquait la première césarienne abdominale sur une femme vivante en présence d'une grossesse abdominale avec fistulisation à la peau. Même cas en 1484 pour Nicolaus Falconis.

c) La césarienne de la Renaissance

En 1500, en Suisse, Jacob Nufer avait réussi la première césarienne sur sa propre femme avec mère et enfants vivants.

En 1581 le premier traité sur la césarienne est publié par François Rousset dont le titre est « traité nouveau de l'hystérotomotokie ou « enfantement caesarien ».

Baudelocque est l'un des premiers pratiquants de la laparotomie médiane sous ombilicale.

d) La césarienne Moderne

On parle beaucoup du « trépied d'or de la chirurgie » à savoir l'anatomie, l'asepsie et l'anesthésie.

En 1881, Max Sanger pratiquait une incision utérine corporéale et une suture en 2 plans avec fils d'argent et de soie.

En 1908, Pfannenstiel proposait la pratique du l'incision transversale de l'abdomen.

De nos jours la césarienne est une intervention chirurgicale de plus en plus sécurisée du fait des progrès de la technique opératoire, de l'anesthésie réanimation, de

la transfusion sanguine. L'avènement des antibiotiques, la découverte des ocytociques ont aussi conduit à l'amélioration du pronostic maternel.

II.3. Epidémiologie (9)

Le nombre de césariennes pratiquées dans le monde a augmenté dans plusieurs pays durant ces dernières années.

- En France, en 1989, 11% des accouchements étaient des césariennes, aujourd’hui on arrive à 17,5%.
- En Grande Bretagne le taux de césariennes est passé de 16% en 1995 à 21,5% en l'an 2000.

Tout cela témoigne d'une hypermédicalisation de la naissance.

L'OMS lors d'une conférence tenue sur la technologie appropriée pour la naissance estimait qu'il n'y avait aucune justification pour n'importe quel pays d'avoir un taux plus haut que 10 à 15%.

II.4. Indications (10) (11) (12)

Les indications de l'opération césarienne sont classées en 3 groupes à la manière de Maillet et Boisselier.

Ce sont les indications : prudence, nécessité et obligatoire.

II.4.1. Césariennes de prudence

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

Les principales indications sont représentées par :

- les utérus cicatriciels,
- les présentations du siège dystocique,
- la souffrance fœtale,
- la grossesse précieuse.

II.4.2. Césariennes de nécessité

Elles sont pratiquées pour des pathologies en général accessibles à un traitement préventif mais qui, en l'absence de surveillance ou de prise en charge pendant la

grossesse ou l'accouchement, peuvent avoir une évolution défavorable conduisant à une intervention chirurgicale réalisée souvent en urgence pour sauvetages maternel et fœtal.

Les principales indications sont :

- les dystocies cervicales : lésions cicatricielles du col, agglutination du col, dystocie cervicale par persistance de rétroversion utérine ;
- dystocie dynamique ;
- HTA gravidique ;
- éclampsie ;
- diabète ;
- dépassement du terme ou grossesse prolongée.

II.4.3. Césariennes obligatoires

II.5. Les contre indications (13)

Elles sont relatives, jamais absolues.

Citons :

- l'infection amniotique sévère,
- la malformation fœtale majeure : anencéphalie, hydrocéphalie,
- la mort du fœtus in utero,
- le défaut de maturité fœtale (âge gestationnel < 32SA).

II.6. Technique

L'opération césarienne est pratiquée avec les conditions habituelles de la chirurgie abdominale.

Il est indispensable de prévoir :

- une aspiration pour le liquide amniotique,
- une transfusion sanguine,
- une tierce personne, sage-femme ou infirmière pour recevoir l'enfant.

II.6.1. Préparation à l'intervention (14)

C'est une étape qu'on doit suivre avant toute intervention quel que soit le type.

a) Visite pré anesthésique

On fait un interrogatoire concernant les antécédents personnels, familiaux, médicaux et chirurgicaux de la patiente suivi d'un examen clinique général soigneux pendant lequel on réalise l'étude de la coagulation sanguine et du groupe sanguin, le sang isogroupe isorhésus étant nécessaire.

b) Le choix de la voie veineuse

La voie veineuse doit être bien placée et de calibre suffisant.

c) La prémédication

Elle est utile. En pratique on utilise l'atropine.

Le liquide de remplissage est utilisé pour éviter l'état de choc.

d) La préparation de la peau

Elle consiste à :

- raser la paroi abdomino-pelvienne,
- laver la paroi abdominale, le pubis, la face interne de la cuisse, la vulve, la région périnéo-anale avec produit iodé si possible,
- mettre en place la sonde vésicale.

II.6.2. Anesthésie (15) (16)

Le choix d'anesthésie doit être bien fait et a pour but d'éviter les risques qu'elle peut entraîner menaçant la vie de la mère et/ou de l'enfant.

En pratique, on classe les anesthésies au cours de la césarienne en deux groupes :

- anesthésie loco régionale (rachianesthésie ou RA et anesthésie péridurale ou APD),
- anesthésie générale.

a) L'anesthésie loco régionale (RA – APD)

L'anesthésie loco régionale est indiquée lors des césariennes programmées.

Leurs avantages sont de diminuer le risque d'inhalation bronchique, d'avoir un score d'Apgar meilleur pour l'enfant et de permettre à la mère de rester consciente.

Leur inconvénient majeur est l'hypoventilation entraînant une courte induction en cas d'hypotension et d'hypoventilation.

La rachianesthésie est effectuée dans l'espace L3 L4 avec l'aiguille 26G et le bloc sensitif est obtenu en moins de deux minutes avec un niveau de D4 dans tous les cas.

b) L'anesthésie générale

Sa pratique est indiquée surtout en cas d'urgence ou en cas de contre indication de la loco régionale. Les avantages sont l'hypotension modérée et l'indication rapide. L'anesthésie générale présente des risques maternels (Syndrome de Mendelson – intubation difficile) et fœtaux (dépression ventilatoire néonatale)

II.6.3. L'acte opératoire (17) (18) (19) (20)

Il comprend plusieurs temps :

- l'incision cutanée et aponévrotique,
- le décollement du péritoine viscéral,
- l'hystérotomie ou incision de l'utérus,
- l'extraction fœtale,
- la délivrance,
- l'hystérorraphie,
- suture du péritoine viscéral,
- vérification des organes génitaux internes,
- fermeture de la paroi.

A. Incision cutanée et aponévrotique

Il existe 2 types d'incisions pariétales : transversale et verticale.

a) Incisions transversales

☞ L'incision de Pfannenstiel

Actuellement, c'est l'incision la plus utilisée en raison de sa qualité esthétique ainsi que de sa solidité.

L'incision est arciforme à légère concavité vers le haut et se fait à 3cm au dessus du rebord supérieur du pubis à une longueur d'incision cutanée totale de 12 à 14cm.

☞ L'incision de Joël Cohen

Elle comporte une incision cutanée rectiligne à 3cm au dessous d'une ligne rejoignant les deux épines iliaques antéro-supérieures.

☞ L'incision de Mouchel

C'est une incision transversale de tous les plans pariétaux sans ligature des vaisseaux épigastriques.

☞ Incision de Stark

Dans la technique de Stark de plus en plus utilisée l'incision dite de Pfannenstiel est horizontale, sus pubienne, d'environ 10cm de long (à adapter selon le poids estimé du fœtus jusqu'au plan aponévrotique).

Après séparation aux doigts de tous les plans anatomiques rencontrés, l'utérus et son feuillet péritonéal sont incisés au bistouri, l'ouverture étant élargie aux doigts.

L'extraction du fœtus se fait par pression sur le fond utérin, en guidant la sortie de la présentation avec une main.

Après extraction du placenta et des membranes, l'utérus est suturé en un seul plan grâce à un surjet de fil résorbable. Après vérification de routine des organes génitaux internes, seul est suturé le plan aponévrotique (qui donne sa solidité à la paroi) par un surjet de fil résorbable. Quelques agrafes ou quelques fils viennent rapprocher la peau.

Cette technique, moderne, rapide (moins de 1mn30 pour l'extraction de l'enfant et moins de 25mn pour la totalité de l'intervention) a permis de limiter les complications post opératoires à leur minimum et permet une sortie rapide de la maternité.

b) Incisions verticales médianes

Ce sont des méthodes rapides et faciles pour l'extraction du fœtus, pas besoin de décollement musculo-aponévrotique et moins hémorragique. Mais par contre elle peut être responsable d'une éventration post opératoire ainsi que de la présence d'une cicatrice inesthétique.

Parmi les incisions médianes verticales, la pratique des incisions de Raffin Kustner est la plus observée, à savoir :

- le type laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic,
- le type laparotomie médiane sous ombilicale

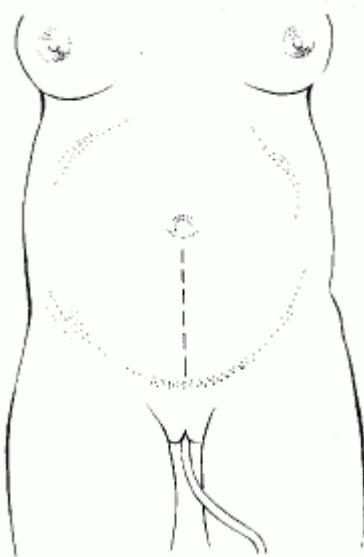


Schéma n°2 : Emplacement de l'incision médiane sous ombilicale de Raffin Kustner

B. Décollement du péritoine viscéral

Sa pratique se fait après l'ouverture du péritoine avec un ciseau, à 2cm au dessus de l'extrémité supérieure de la partie décollable.

Le plan de clivage se trouvait facilement entre la vessie et le segment inférieur.

Enfin la pose d'une valve dans le décollement vésico-utérin repousse la vessie et expose le segment inférieur.

C. Hystérotomie ou incision de l'utérus

L'incision utérine verticale ou corporéale est abandonnée du fait du danger qu'elle expose.

La segmentaire transversale est la plus utilisée en respectant l'anatomie du segment inférieur et en suivant la direction des vaisseaux et des faisceaux du myomètre.

L'incision est arciforme concave vers le haut à 2-3cm au dessous de la limite supérieure du segment inférieur. L'ouverture utérine se fait par la traction divergente des 2 index à un mouvement d'écartement latéral de l'orifice créé.

B. Extraction fœtale

C'est le temps capital de la survie de l'enfant.

Pour la présentation céphalique non engagée : la main droite de l'opérateur est placée dans la cavité utérine pour empaumer la tête puis la faire sortir doucement à travers l'incision utérine ; en même temps il exerce un mouvement d'expulsion fundique.

Pour la présentation céphalique engagée ou fixe : il suffit de repousser la tête vers l'intérieur par voie vaginale afin de pouvoir la faire sortir doucement après.

Pour la présentation transversale : il suffit de chercher le pied suivi de la pratique d'extraction podalique puis le reste du corps.



Schéma n°3 : Extraction fœtale, la tête profondément enclavée

E. La délivrance

Elle peut être spontanée ou artificielle (manuelle) puis suivie d'une révision soigneuse de l'utérus ainsi que de la formation spontanée du globe utérin.

F. Hystérorraphie ou suture utérine

Sa pratique se fait en un ou deux plans et assure le tarissement du saignement.

C'est le temps capital de la césarienne car :

- elle détermine le temps opératoire,
- elle conditionne l'endométrite post opératoire,
- elle conditionne la déhiscence de cicatrice utérine lors d'une grossesse ultérieure.

La suture se fait en un point simple par un fil à résorption lente distant à 1cm.

G. Suture du péritoine viscéral

Elle se fait après la vérification de l'hémostase par points séparés ou points surjetés en fil résorbable (les moins irritants).

H. Vérification des organes génitaux internes et toilette abdominale

On procède avant de fermer l'abdomen à :

- la vérification du fond utérin et des annexes,
- la toilette abdominale pour éliminer le sang et le reste du liquide amniotique.

I. Fermeture de la paroi

Elle se fait plan par plan en un catgut à point séparé ou en surjet.

Sur la peau, on suture avec un fil non résorbable ou on pose des agrafes.

II.6.4. Suites post-opératoires (21) (22) (23)

Elles sont dans la règle simples.

a) Le température

Après un mouvement à 38°, 38°2 elle revient à la normale dans un délai de 48 heures.

b) Les urines

L'opérée urine normalement le soir même de l'intervention.

Il est rare mais possible que les urines soient légèrement sanguinolentes en l'absence de toute lésion vésicale ou urétérale. Il s'agit d'un traumatisme par la valve sus pubienne.

Cet incident régresse spontanément en 2 ou 3 jours.

c) Le transit intestinal

Il reprend habituellement dans les délais normaux : 2 ou 3 jours.

Cependant on observe volontiers après les césariennes un météorisme important dû à l'hypotonie de la paroi abdominale distendue. Le transit sera d'autant plus lent à se rétablir que la femme est plus anémie.

d) L'état général

Il est dans l'ensemble bon.

La douleur est modérée et le lever précoce peut être appliqué sans difficulté.

II.7. Les complications

Les accidents et les complications de la césarienne doivent être envisagés du double point de vue maternel et foetal.

II.7.1. Complications maternelles

La mortalité est multipliée par 10 par rapport à un accouchement spontané 1-3%.

La morbidité de 10 à 36%.

Les complications maternelles comprennent :

- les complications per-opératoires : comme la blessure de la vessie, de l'uretère, du pédicule utérin et des anses grêles,
- le choc et les complications hémorragiques,
- les complications infectieuses,
- les occlusions post-opératoires, exceptionnellement par bride (défaut de péritonisation) parfois fonctionnelles cédant au traitement médical,
- les accidents thrombo-embolitiques.

II.7.2. Complications fœtales

Elles sont liées à des pathologies indiquant la césarienne à savoir :

- souffrance fœtale aiguë ou chronique,
- détresse respiratoire,
- fracture de l'humérus,
- paralysie du plexus brachial.

III. LES CESARIENNES OBLIGATOIRES

III.1. Définition (24)

Les indications obligatoires concernent les situations pour lesquelles l'accouchement ne peut être réalisé autrement que par la voie haute.

L'absence de prise en charge par césarienne aboutit au décès ou à des séquelles maternelles très graves.

III.2. Les indications

III.2.1. La disproportion foeto-pelvienne (25)

Il peut s'agir soit :

- d'un bassin « anormal » avec un fœtus de volume normal,
- d'un bassin normal avec macrosomie fœtale.

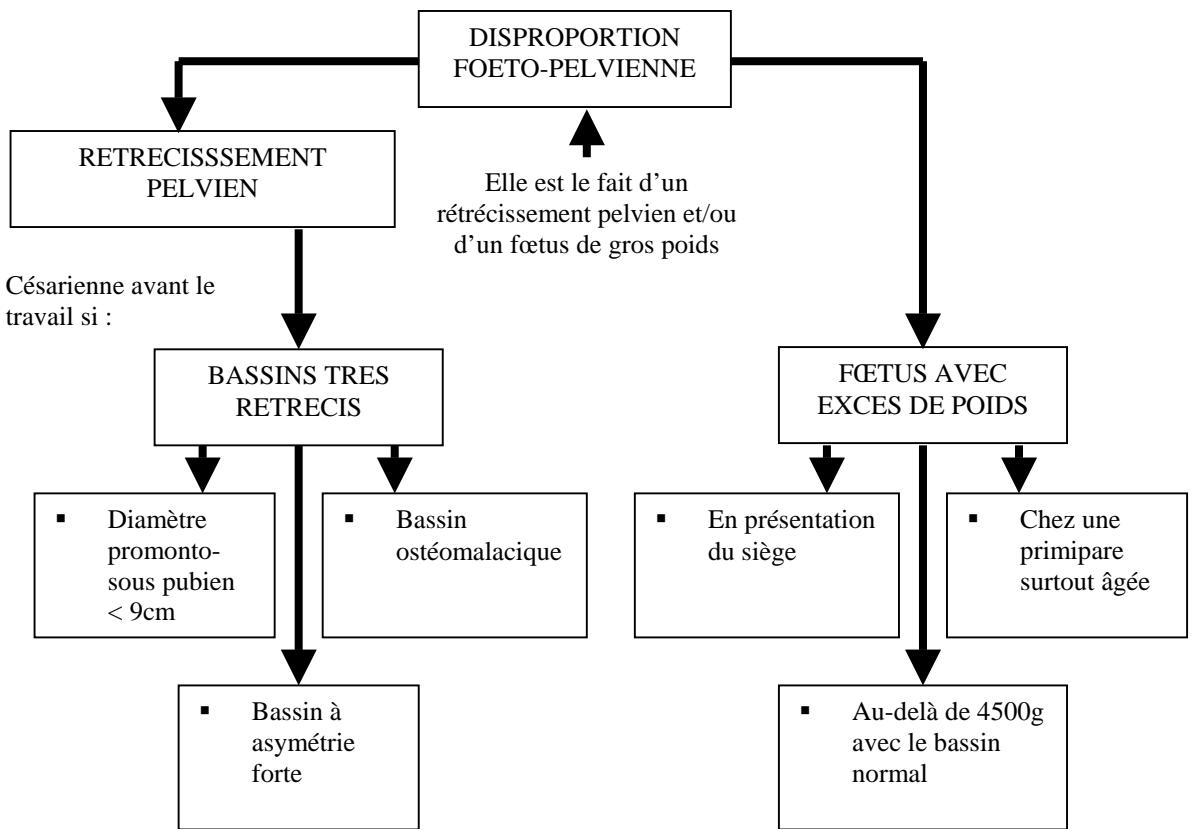
Cette disproportion est définie selon G. Magnin après confrontation du diamètre promonto-rétro pubien mesurée par la Radiopelvimétrie et le diamètre bipariétal fœtal mesuré l'échographie.

La diminution de la mensuration des diamètres du bassin maternel entraîne une perturbation du développement régulier de la grossesse surtout la marche de l'accouchement entraînant l'indication de la césarienne.

Les indications de la césarienne sont impératives devant :

- un bassin généralement rétréci (BGR) où tous les diamètres du bassin sont diminués,
- un bassin asymétrique où le diamètre transversal ou oblique est diminué,
- un bassin limite où tous les diamètres sont diminués mais à moindre degré,
- un bassin ostéomalacique,
- un fœtus de gros poids en présentation du siège, chez une primipare âgée, de poids supérieur à 4500g avec bassin normal.

Tableau n°1 : Les indications de l'hystérotomie dans la disproportion foeto-pelvienne (25)



III.2.2. Le placenta praevia (26)

Le placenta praevia est l'insertion en totalité ou en partie du placenta sur le segment inférieur.

La survenue d'hémorragie au cours du 3^{ème} trimestre de la grossesse doit faire pratiquer une échographie.

On distingue, par ordre de gravité croissante :

- Le placenta praevia latéral :

Lorsque le bord inférieur du placenta s'insère sur le segment inférieur à distance de l'orifice interne du col (distance supérieur à 3cm).

- Le placenta marginal :

Lorsque le bord inférieur du placenta approche l'orifice interne du col sans le recouvrir.

- Le placenta praevia recouvrant ou total :

Lorsque l'orifice interne du col est totalement recouvert par le placenta.

Un placenta praevia recouvrant est un obstacle absolu et la césarienne est impérative, hâtée souvent par une hémorragie quelquefois cataclysmique.

Lors d'un placenta praevia non recouvrant très hémorragique, la persistance des hémorragies ou l'absence de progression impose la césarienne obligatoire.

III.2.3. Les présentations dystociques

a) La présentation transversale ou présentation de l'épaule (27)

Le grand axe du fœtus est transversal ou oblique.

Le repère est l'acromion.

Cette présentation est toujours dystocique. L'accouchement spontané par les voies naturelles basses est impossible.

La césarienne est indiquée pour avoir un enfant vivant et en bonne santé.

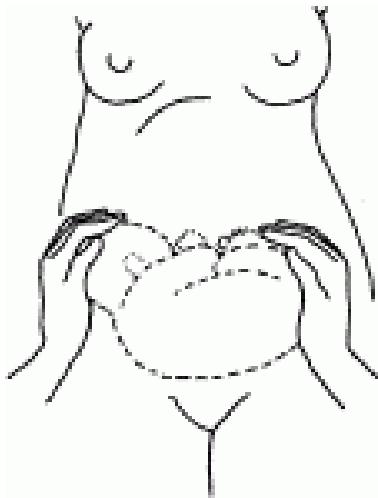


Schéma n°4 : Présentation transversale et de l'épaule

b) La présentation du front (28)

La tête fœtale se fixe au détroit supérieur en position 2/3 défléchie.

Le repère de la présentation est le nez : le diamètre présenté est le syncipitomentonniere de 13,5cm auquel peut se substituer, en cas d'ouverture de la bouche, le syncipito-facial de 13cm. La césarienne est formelle car ce diamètre ne permet pas l'engagement dans un bassin normal. (Diamètre oblique : 12,5cm).

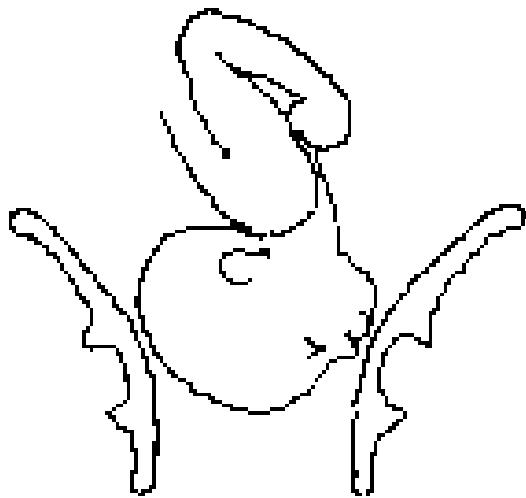


Schéma n°5 : Présentation du front

c) La présentation de la face variété postérieures (29)

La tête fœtale se fixe au détroit supérieur en position totalement défléchie. Le repère de la présentation est le menton.

En cas de variété postérieure, la césarienne est impérative à cause de l'enclavement du menton dans la concavité sacrée.



Schéma n°6 : Présentation de la face variété postérieure

d) La présentation du siège (30)

Elle est encore appelée présentation podalique. Dans cette présentation longitudinale, l'extrémité pelvienne du mobile fœtal est en contact avec le détroit supérieur alors que l'extrémité céphalique est au niveau du fond utérin.

Le repère est le sacrum.

L'accouchement par voie basse est possible. Cependant dans quelques cas, il est impossible, voire dangereux.



Schéma n°7 : Présentation siège complet



Schéma n°8 : Présentation siège décomplete mode des fesses



Schéma n°9 : Présentation décomplète mode des pieds

La césarienne est obligatoire dans les cas suivants :

- anomalie du bassin,
- gros enfant,
- déflexion primitive de la tête,
- utérus cicatriciel,
- placenta praevia,
- brièveté congénitale d'un périnée cicatriciel.

III.2.4. Le syndrome de Bandl Frommel ou Prérupture (31)

Quatre signes dominent le tableau clinique :

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

a) La déformation de l'utérus en sablier

Au fur et à mesure que les contractions utérines deviennent plus rapprochées, l'utérus s'allonge ; la partie supérieure constamment dure, formée par le corps utérin contracturé est séparée du segment inférieur par une portion rétrécie et comme étranglée qui correspond à l'anneau de Bandl.

b) Ascension de l'anneau de Bandl

La zone rétrécie correspond à un anneau d'étranglement violemment contracturé qui est l'anneau de Bandl.

Celui-ci, au fur et à mesure que le corps utérin se rétracte et que le segment inférieur se laisse dilater, subit un mouvement ascensionnel qui l'amène peu à peu au voisinage de l'ombilic.

c) La contracture utérine

C'est le durcissement permanent de l'utérus.

Dans l'intervalle des contractions, le muscle utérin reste tendu, il ne se relâche pas.

d) Tension douloureuse des ligaments ronds

Elle se traduit par la perception de chaque côté de l'utérus d'une corde cylindrique qui correspond au ligament rond distendu.

En cas de prérupture l'accouchement par voie basse est impossible très dangereux.

La césarienne est impérative pour éviter la rupture utérine.

III.2.5. La rupture utérine (32)

C'est la solution de continuité non chirurgicale de l'utérus.

Elle survient surtout sur des cicatrices de césarienne corporéale ou segmentocorporéale mais peut se rencontrer chez les grandes multipares aux utérus fragilisés.

C'est un drame brutal qui met en jeu :

- La vie fœtale dans l'immédiat
- La vie maternelle par hémorragie interne.

Cliniquement, il apparaît une douleur hypogastrique plus ou moins importante, une petite hémorragie et une palpation facile sous la peau d'un fœtus mort ou souffrant.

III.2.6. Les dystocies osseuses (33)

Elles concernent :

a) Le bassin généralement rétréci (BGR)

Tous les diamètres des différents détroits du bassin sont diminués.

C'est une variété « mini » de bassin gynécoïde normal.

Chez une femme de petite taille, présentant un petit losange de Michaelis.

b) Le bassin obliquement rétréci

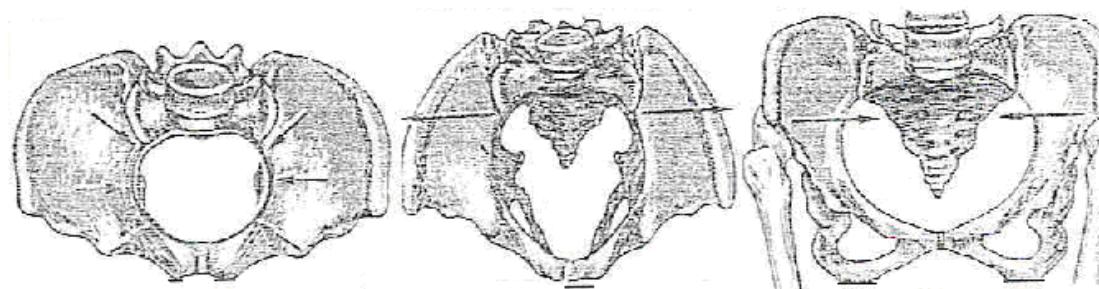
Il s'agit d'une anomalie complexe du bassin qui accompagne les troubles de la statique pelvienne : déformation du rachis, fracture du bassin avec enfoncement du cotyle.

c) Le bassin plat ou rachitique

Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur présente une forme ovale et le losange de Michaelis a une forme trapézoïde.

d) Le bassin en entonnoir et en éteignoir

Ces bassins viciés rendent l'accouchement par voie basse impossible ou dangereux. La césarienne s'impose.



Bassin généralement rétréci

Bassin en entonnoir

Bassin en éteignoir

Schéma n°10 : Dystocie osseuse (33)

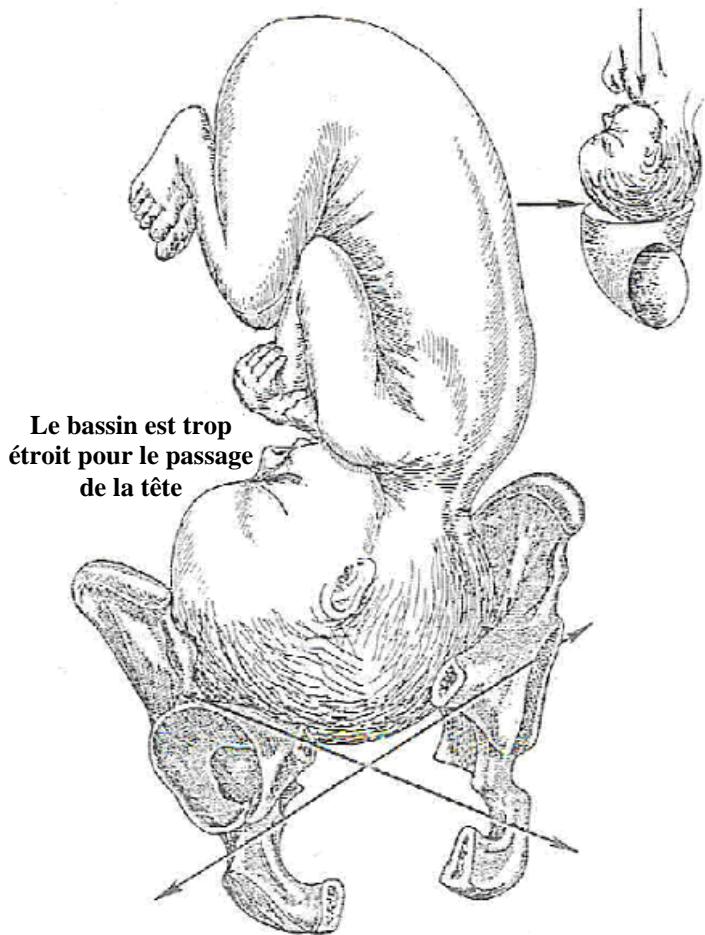


Schéma n°11 : Bassin généralement rétréci (33)

Source : Obstétrique. Schael J.P.

Edition Marketing – Ellipses. 1997

III.2.7. Les obstacles praevia (34)

Le kyste de l'ovaire représente un obstacle infranchissable dès que son volume dépasse de 8cm de diamètre.

L'échographie permet de le différencier du fibromyome utérin rarement à l'origine d'une dystocie sauf s'il est pédiculé et enclavé dans le pelvis ou s'il siège sur le col utérin.

Les tumeurs praevia sont exceptionnelles. Elles peuvent nécessiter une césarienne ; tumeur sacrée par exemple.

III.2.8. Anomalies et lésions des voies basses (35)

Le cancer du col découvert en fin de grossesse doit être considéré comme une indication impérative par voie haute.

Les cures d'incontinence urinaire, la fistule vésico-vaginale quelle que soit la technique employée sont des contre indications théoriques de la voie basse.

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE

I. OBJECTIFS DE L'ETUDE

I.1. Objectif général

Il vise à acquérir une notion épidémiologique sur la fréquence des césariennes obligatoires, sur les facteurs qui l'engendrent et ses conséquences sur la mère et l'enfant afin d'établir une stratégie permettant de réduire la mortalité et la morbidité materno-fœtale

I.2. Objectifs spécifiques

Ils consistent à :

- analyser les indications maternelles et fœtales des césariennes obligatoires,
- évaluer la fréquence des opérations césariennes impératives ou obligatoires par rapport à l'ensemble des césariennes,
- analyser le pronostic materno-fœtal au décours de ce genre d'intervention.

II. CADRE DE L'ETUDE

Cette étude est réalisée au CHUA Befelatanana qui est un bâtiment à 4 étages, en forme « L » implanté à Anosikely dans le Firaiana Antananarivo faha-IV (IV^{ème} arrondissement).

Ce centre est limité à l'Est à l'Ouest par le service d'Ondoto-Stomatologie, il représente le service de Gynécologie Obstétrique construit durant l'époque coloniale plus précisément en 1952, fonctionnel depuis 1957, il est devenu Centre Hospitalier Universitaire en 1997. Il est récemment réhabilité en 2000. C'est un Centre de référence de niveau III pour les pathologies gynécologiques et obstétricales. Il est actuellement sous la houlette du groupe mère-enfant dirigé par le Professeur RAVELOMANANA Noëline.

Il comprend :

- le service Administratif,
- le service de réception et de triage au rez-de-chaussée, devenu A.T.U. (Accueil – Triage – Urgence) le 04 Octobre 2005,
- le service de consultation pré et post natale,
- le service de la santé de la reproduction,

- le service d'exploitation fonctionnelle : échographie,
- les salles d'hospitalisation qui sont :
 - les unités de Physiologie Obstétricale ;
 - obstétrique I au 1^{er} étage,
 - obstétrique II au 2^{ème} étage,
 - le service de Pathologie Obstétricale au 3^{ème} étage,
 - le service de Réanimation adulte au 3^{ème} étage,
 - le service de Gynécologie au 4^{ème} étage,
 - le service de néonatalogie avec l'unité « Kangourou » au 2^{ème} étage,
 - le service de la Réanimation néonatale y compris la prise en charge des prématurés du 2^{ème} étage,
 - une salle d'accouchement au 1^{er} étage,
 - deux blocs opératoires (1^{er} étage – Rez-de-chaussée : A.T.U).

Chacun de ces services fonctionne indépendamment sous la responsabilité d'un chef de service. Ces services sont regroupés dans les Unités de Soins de Formation et de Recherche (USFR) avec un chef d'unité à la tête de chacun d'elle.

Toutes ces unités sont sous la coordination d'un chef de clinique en gynécologique obstétrique.

L'ensemble est sous la direction du médecin chef de la maternité de Befelatanana.

- Obstétrique I et II,
- Néonatalogie,
- Réanimation adulte,
- permanence : 24heures/24heures/7jours pour la pharmacie,
- les étudiants, effectuant leur stage à la maternité Befelatanana toute tendance confondue travaillant de concert avec l'équipe technique,
- visite des hospitalisées : tous les jours, consultations pré-natale et soins post-natals les jours ouvrables,
- interventions chirurgicales programmées (selon le calendrier établi) et les urgences,

- consultation externe : tous les jours et particulièrement l'après-midi les jours ouvrables,
- encadrement des étudiants,
- réunion d'auto-évaluation (Staff) chaque matin, des jours ouvrables pour l'assurance de qualité par la commission médicale.

III. METHODE ET MATERIELS D'ETUDE

III.1. Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective sur un an du 1^{er} janvier au 31 décembre 2006 sur les césariennes obligatoires.

III.2. Matériel d'étude

Les données de l'étude ont été obtenues à partir :

- des registres du bureau des statistiques,
- des cahiers de protocole opératoire des 2 blocs,
- des dossiers des parturientes,
- des registres d'admission à la Maternité,
- des cahiers de décès.

Des critères ont prévalu à la sélection de l'échantillonnage.

a) Critère et inclusion

Ont été retenues les femmes hospitalisées ayant subi des césariennes d'indication obligatoire.

b) Critère d'exclusion

Ont été exclues de l'étude toutes les femmes césarisées pour d'autres indications (prudence, nécessité).

c) Variable d'étude

Plusieurs variables ont été étudiés :

- fréquence,

- aspects épidémiologiques maternels :
 - âge,
 - gestité,
 - parité,
 - situation matrimoniale,
 - profession,
 - provenance,
 - niveau d'instruction,
 - mode d'admission,
 - consultation prénatale,
 - examen du bassin,
 - les indications des césariennes obligatoires,
 - technique opératoire,
 - types d'incision cutanée,
 - césarienne et interventions associées,
 - le pronostic maternel,
- aspects épidémiologiques fœtaux :
 - sexe,
 - liquide amniotique,
 - état à la naissance,
 - poids à la naissance.

IV. RESULTATS

IV.1. Fréquence

- Effectif total de césariennes : 1131
- Nombre de césariennes itératives : 688

IV.1.1. Fréquence des indications des césariennes

Tableau n°2 : Répartition des indications des césariennes

Indications	Effectif	Taux (%)
Césariennes obligatoires	688	60,83
Césariennes de prudence	246	21,75
Césariennes de nécessité	197	17,42
Total	1131	100

60,83% des opérations césariennes sont des indications obligatoires.

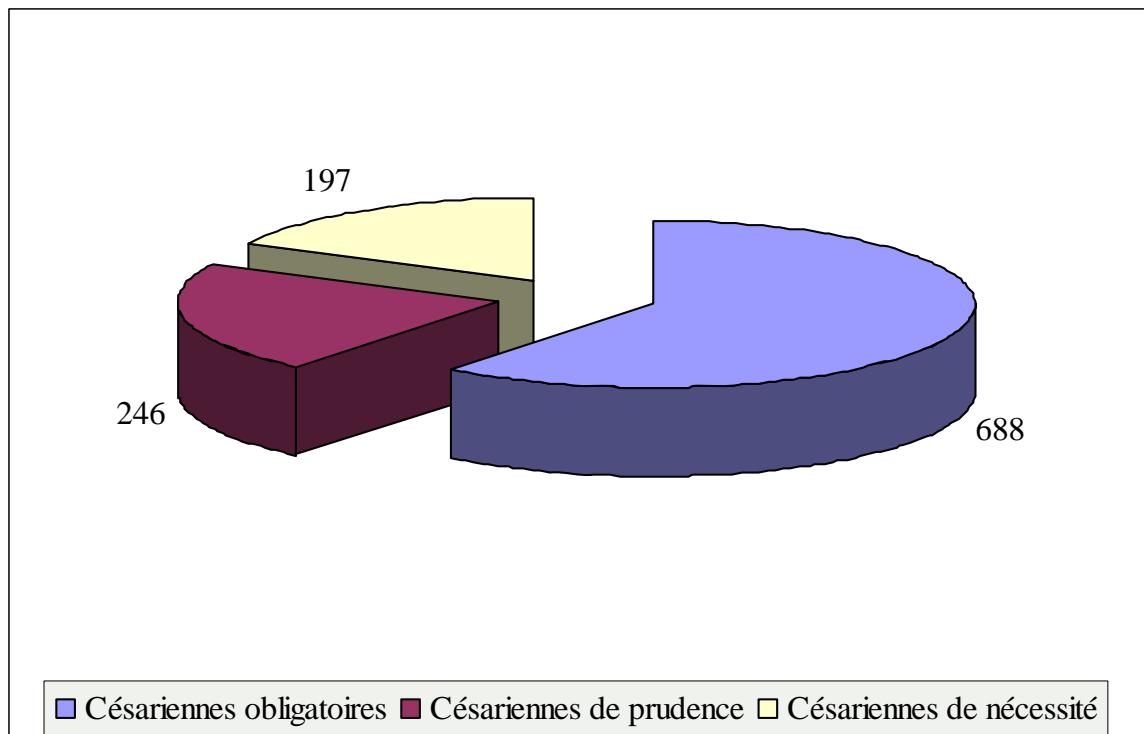


Figure n°1 : Les principales indications des césariennes.

IV.1.2. Fréquence mensuelle

Tableau n°3 : Répartition mensuelle des césariennes

Mois	Nombre
Janvier	58
Février	54
Mars	52
Avril	48
Mai	37
Juin	42
Juillet	64
Août	63
Septembre	52
Octobre	76
Novembre	65
Décembre	77
Total	688

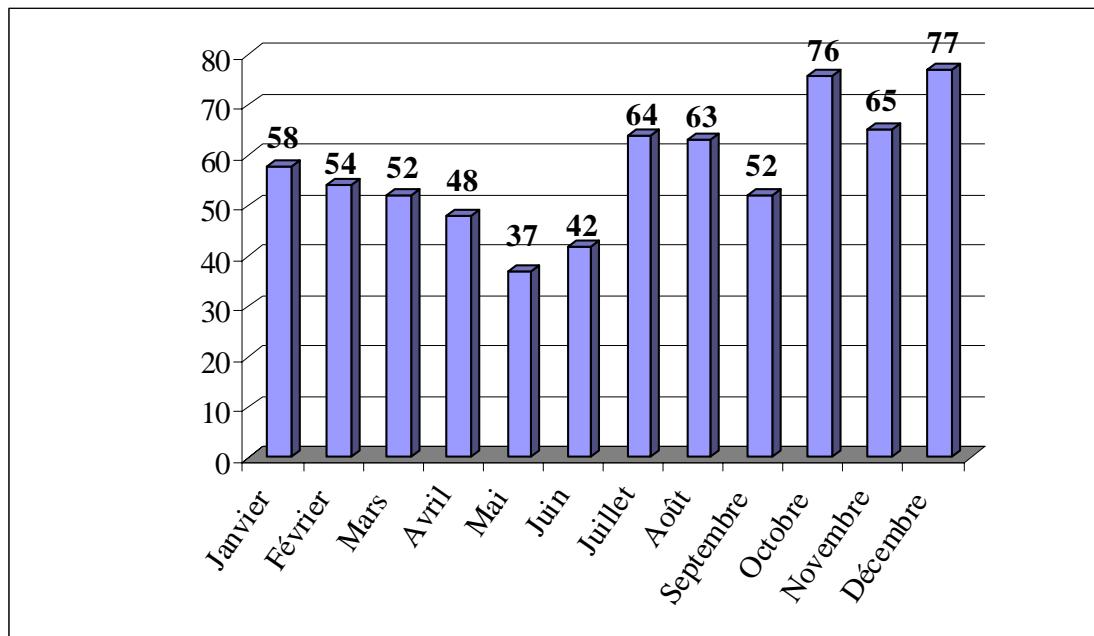


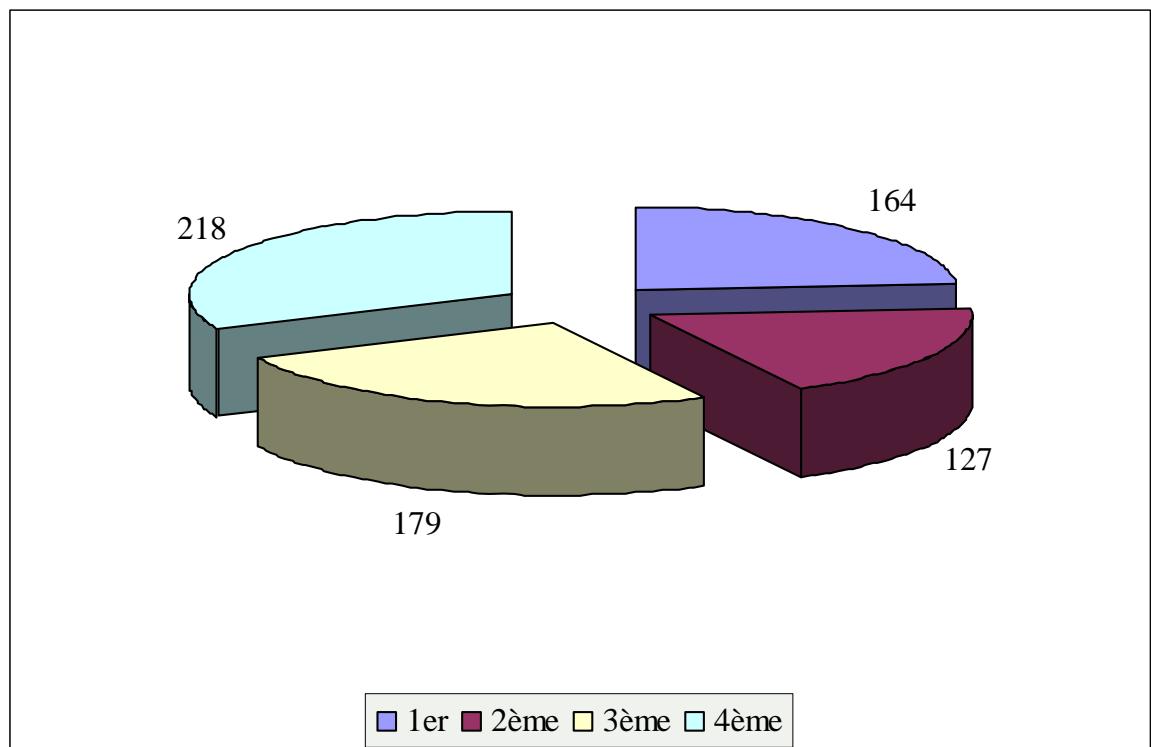
Figure n°2 : Effectif mensuel des césariennes

IV.1.3. Fréquence trimestrielle

Tableau n°4 : Répartition trimestrielle des césariennes obligatoires

Trimestre	Effectif	Pourcentage (%)
1 ^{er}	164	23,83
2 ^{ème}	127	18,45
3 ^{ème}	179	26,04
4 ^{ème}	218	31,68
Total	688	100

C'est au 4^{ème} trimestre de l'année que les césariennes sont les plus fréquentes.



IV.2. Facteurs épidémiologiques maternels

IV.2.1. Age

Tableau n°5 : Répartition selon l'âge

Age (an)	Nombre	Pourcentage (%)
Inférieure à 19 ans	75	10,90
20-24 ans	144	20,93
25-34 ans	402	58,43
35 ans et plus	67	9,74
Total	688	100

La tranche d'âge de 20 à 34 domine. La plus jeune a 17 ans, la plus âgée a 43 ans.

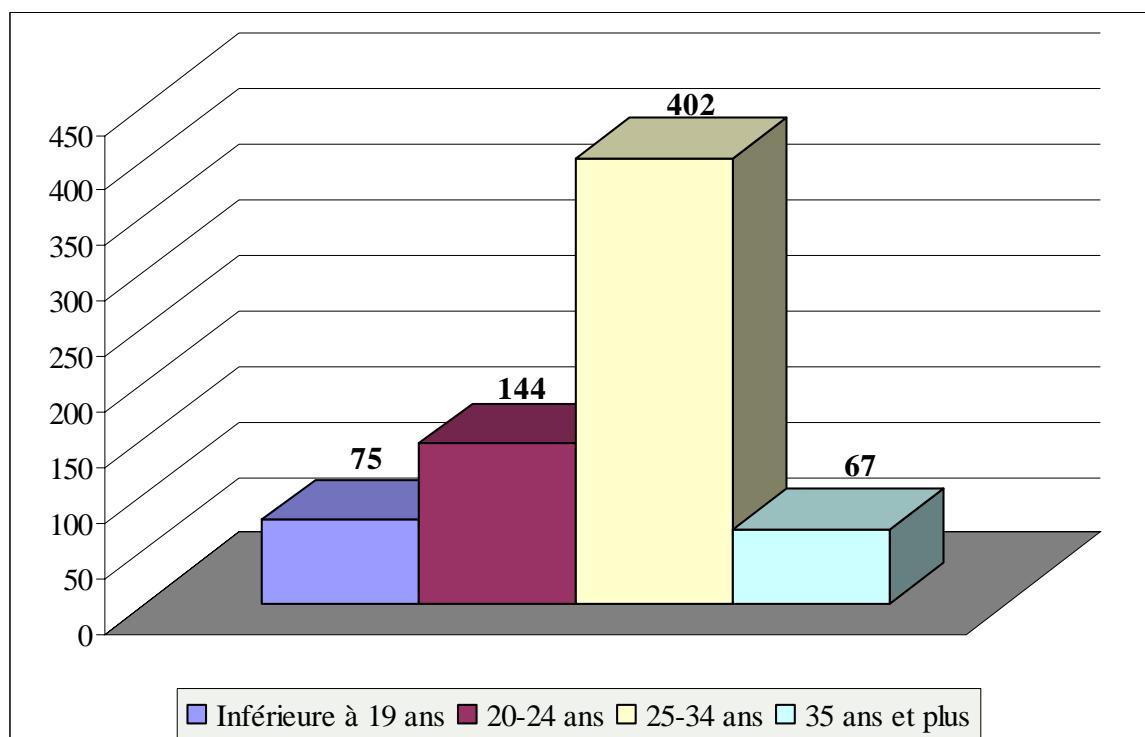


Figure n°4 : Age des parturientes

IV.2.2. Gestité

Tableau n°6 : Répartition des parturientes selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage (%)
G1	152	22,09
G2-G4	382	55,54
G5	84	12,20
G6	70	10,17
Total	688	100

Les césarisées secondigestes et quadrigestes sont majoritaires.

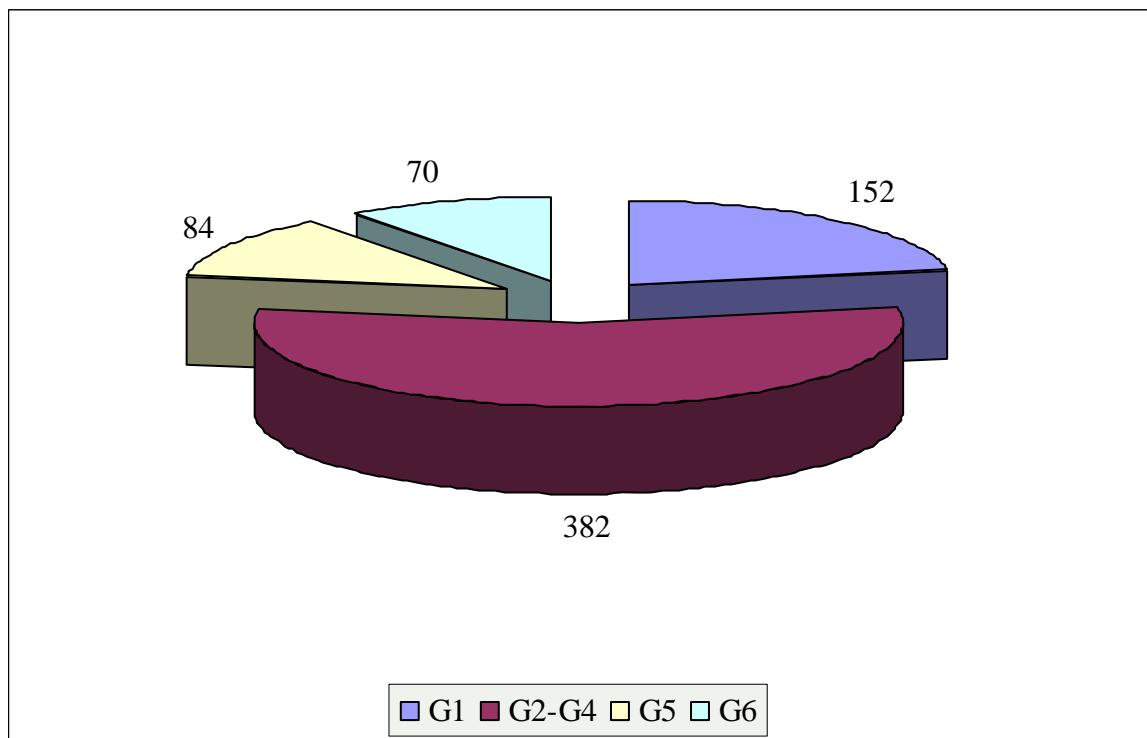


Figure n°5 : Gestité des parturientes

IV.2.3. Parité

Tableau n°7 : Répartition selon la parité

Parité	Effectif	Pourcentage (%)
Primipare I	176	25,58
Paucipare II-III	337	48,98
Multipare IV-V	97	14,09
Grande multipare VI et plus	78	11,35
Total	688	100

Les paucipares prédominent avec un taux de 48,98%.

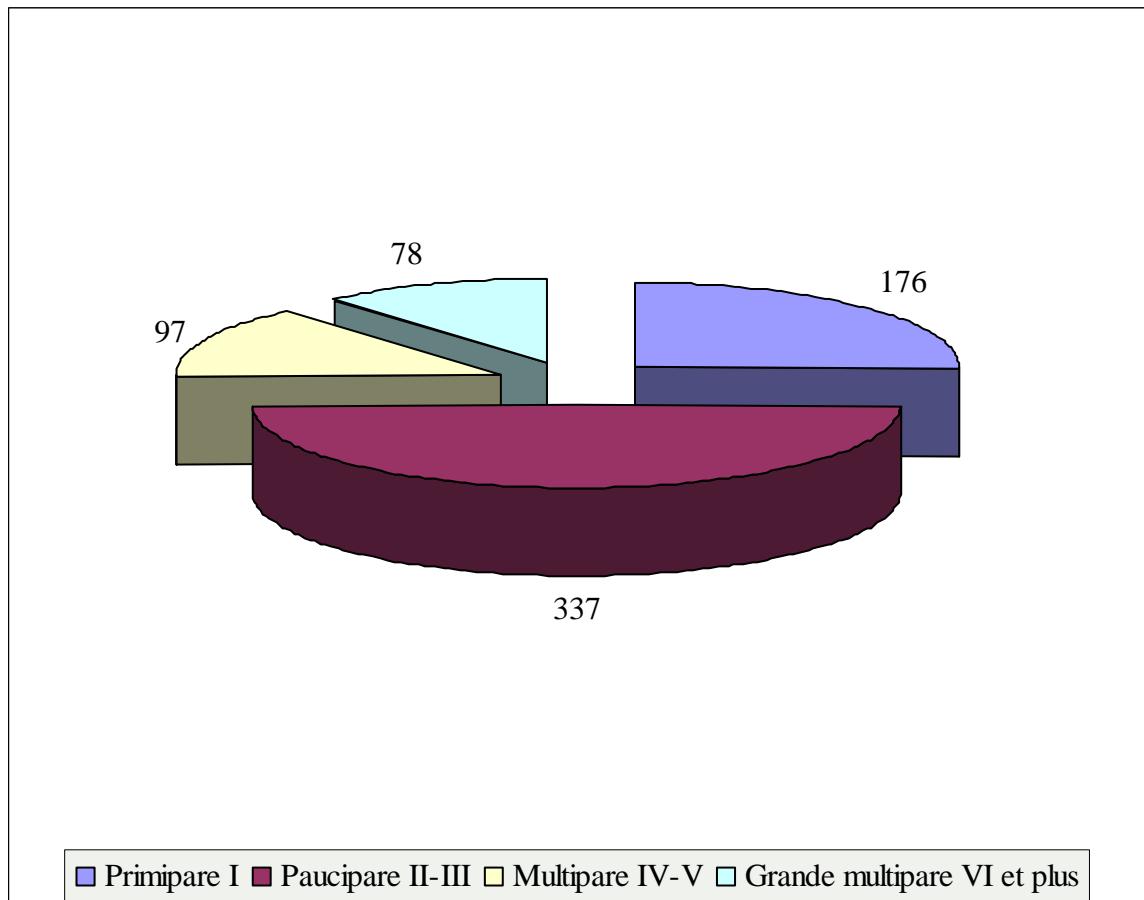


Figure n°6 : Parité des gestantes

IV.2.4. Situation matrimoniale

Tableau n°8 : Répartition selon la situation matrimoniale

Etat matrimonial	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée	477	69,33
Union libre	155	22,52
Célibataire	56	8,15
Total	688	100

Les femmes mariées sont majoritaires avec un taux de 69,33%.

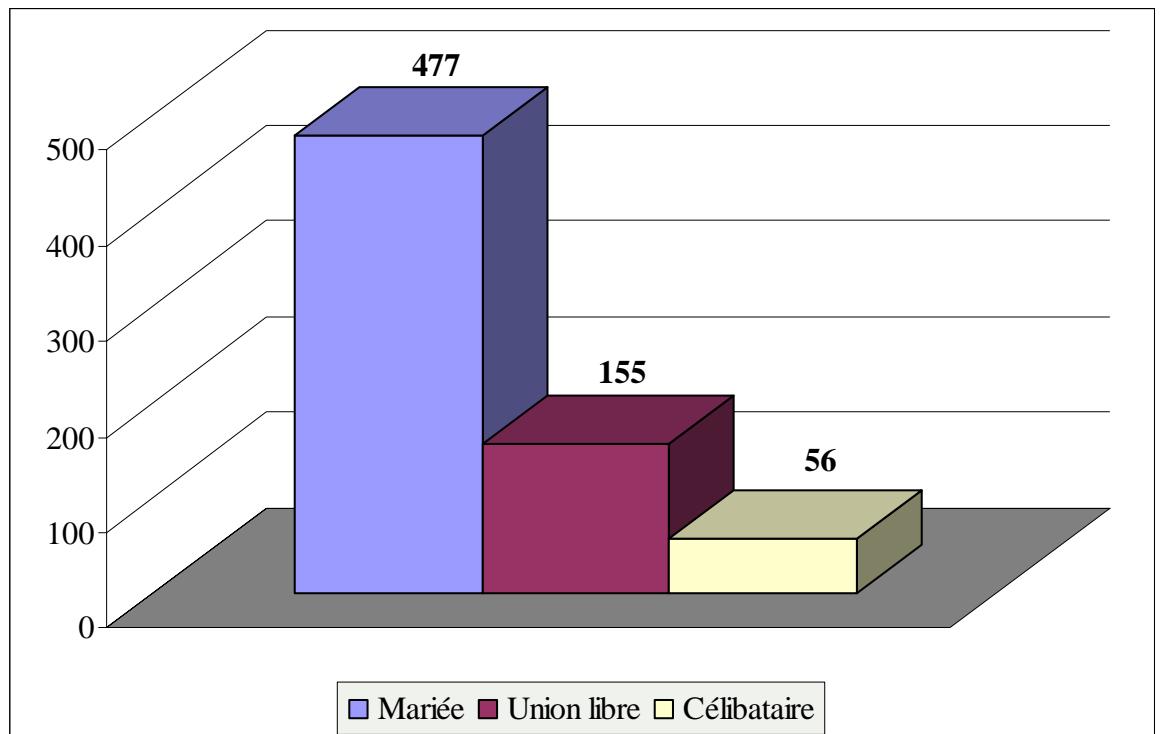


Figure n°7 : Situation matrimoniale des opérées

IV.2.5. Profession

Tableau n°9 : Répartition selon la catégorie professionnelle

Parité	Effectif	Pourcentage (%)
Cultivatrices	162	23,54
Ménagères	296	43,03
Bureaucrates	54	7,86
Commerçantes	42	6,10
Etudiantes	12	1,74
Ouvrières (Zone Franche)	122	17,73
Total	688	100

Les cultivatrices et les ménagères sont les plus nombreuses avec un taux de 66,57%.

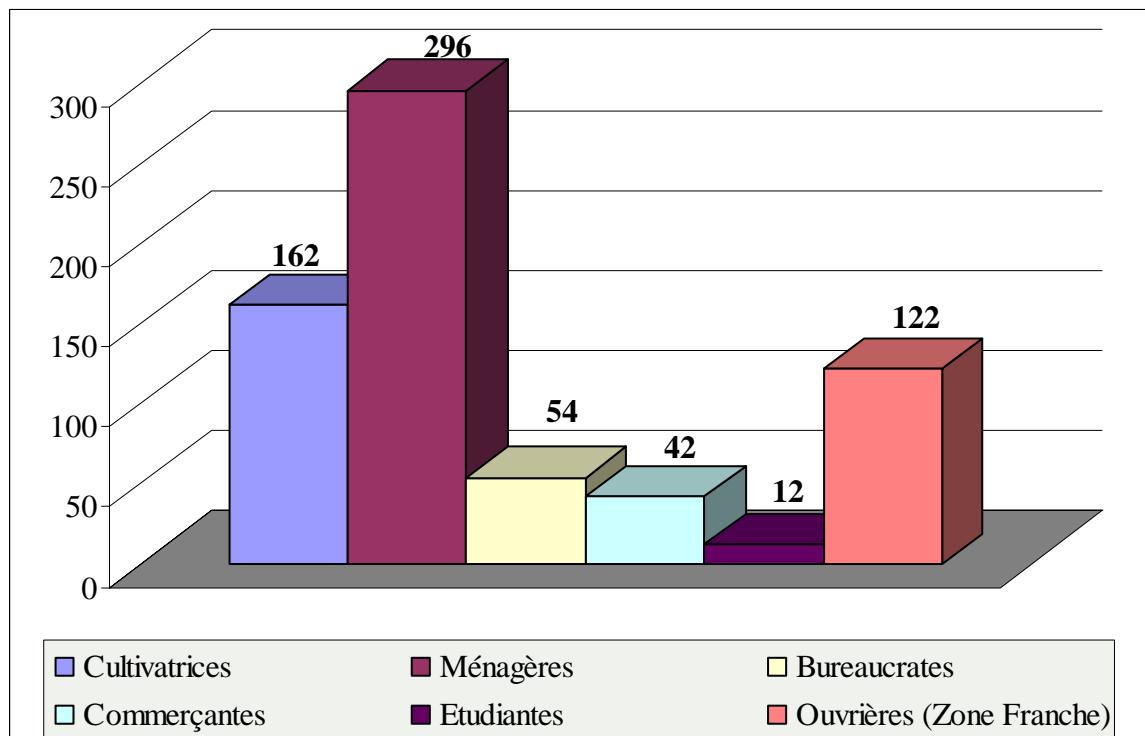


Figure n°8 : Profession des parturientes

IV.2.6. Provenance

Tableau n°10 : Répartition selon la provenance

Provenance	Effectif	Pourcentage (%)
Zone urbaine	302	43,89
Zone suburbaine	140	20,36
Zone rurale	246	35,75
Total	688	100

Plus de 35% des opérées viennent des zones rurales.

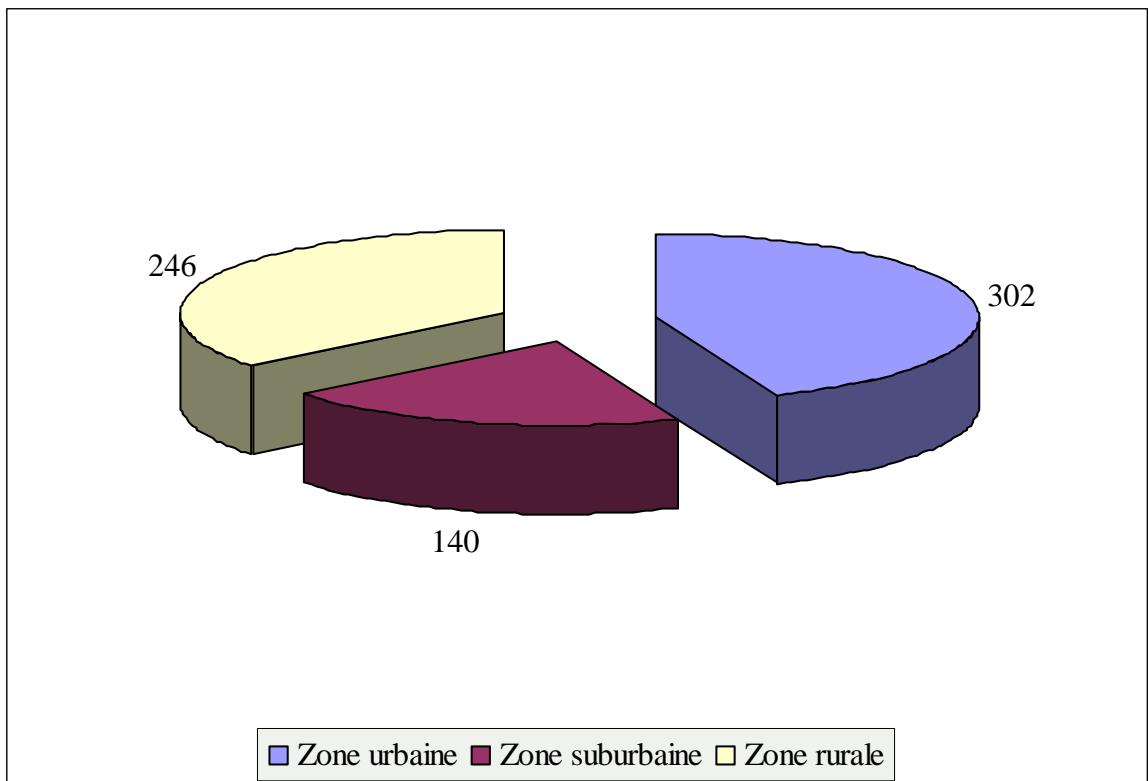


Figure n°9 : Provenance des gestantes

IV.2.7. Niveau d'instruction

Tableau n°11 : Répartition selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Illettrée	52	7,57
Primaire	404	58,72
Secondaire	192	27,90
Universitaire	40	5,81
Total	688	100

Les femmes ayant suivi des études primaires sont les plus nombreuses.

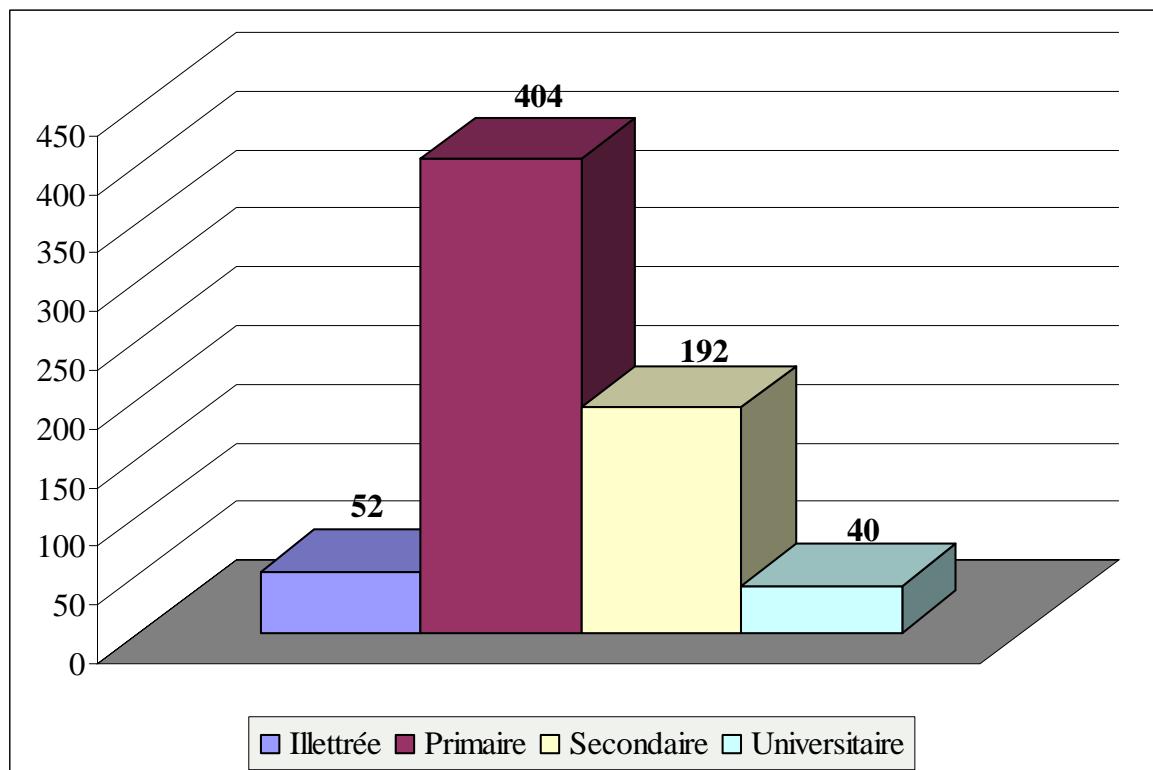


Figure n°10 : Niveau d'étude des gestantes

IV.2.8. Mode d'admission

Tableau n°12 : Répartition selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Taux (%)
Entrantes directes	308	44,76
Référées par CSBII	124	18,04
Référées par médecin, sage femme libre	96	13,95
Evacuées de brousses	160	23,25
Total	688	100

Les référées et les évacuées représentent plus de la moitié des césarisées.

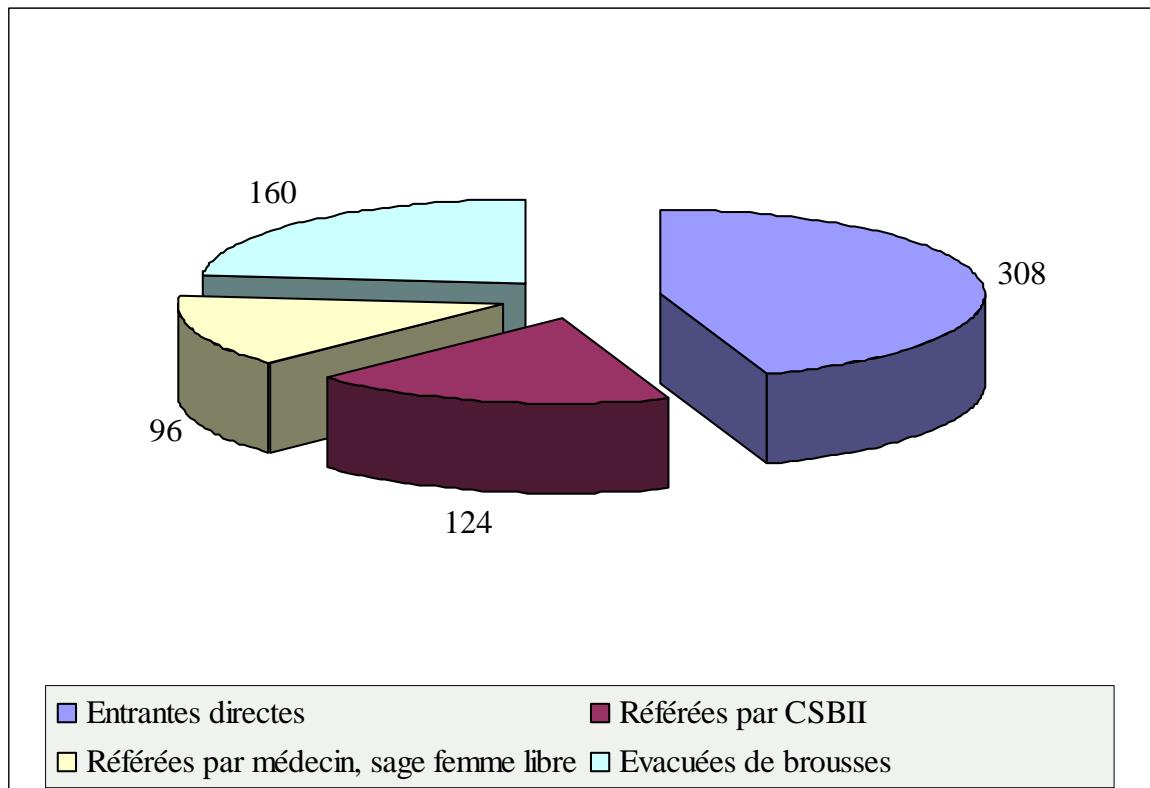


Figure n°11 : Mode d'admission des gestantes

IV.2.9. Consultation prénatale (CPN)

Tableau n°13 : Répartition selon le suivi de la consultation prénatale

Suivi de la grossesse	Nombre	Taux (%)
Suivi régulier	214	31,10
Suivi irrégulier	346	50,28
Aucune CPN	128	18,62
Total	688	100

Beaucoup de femmes n'ont pas suivi de consultations prénatales.

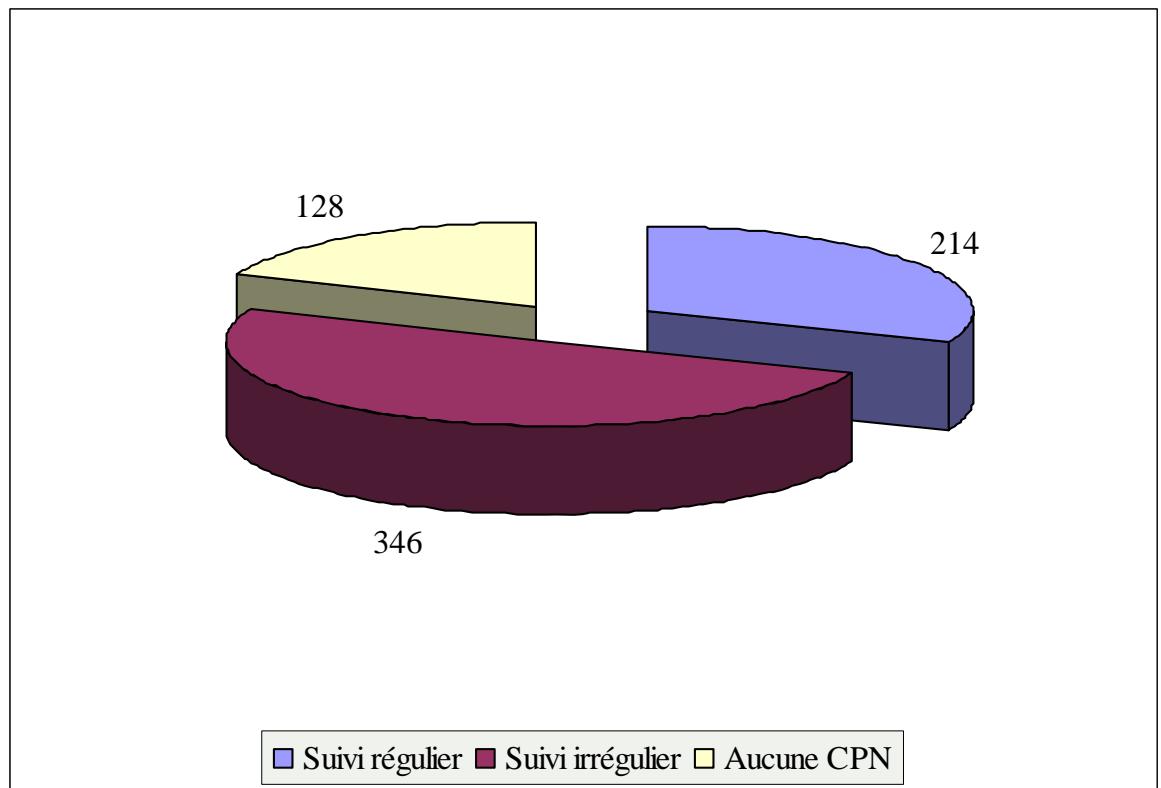


Figure n°12 : Consultation prénatale des parturientes

IV.2.10. Examen de bassin

Tableau n°14 : Répartition selon l'état du bassin

Bassin	Nombre	Taux (%)
Normal	296	43,02
Anormal	78	11,35
Examen non précisé	314	45,63
Total	688	100

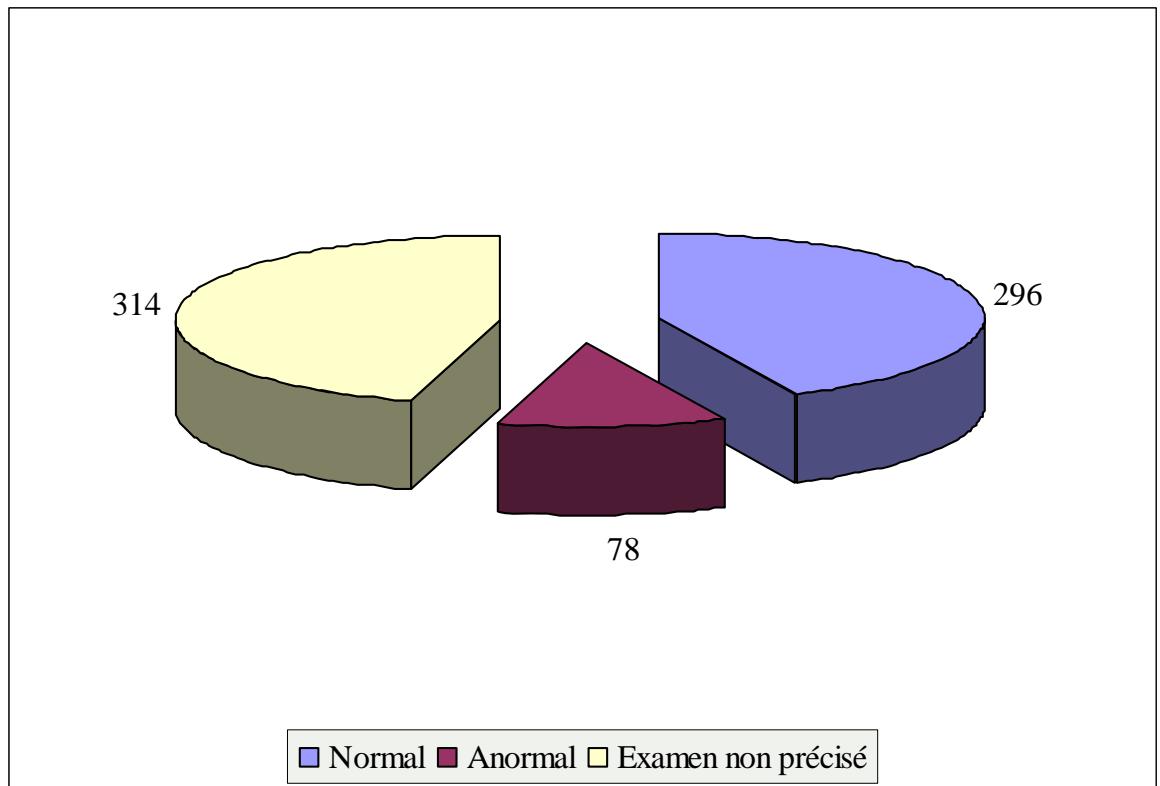


Figure n°13 : Bassin des opérées

IV.2.11. Les indications des césariennes obligatoires

Tableau n°15 : Distribution des indications des césariennes obligatoires

Indications	Effectifs	Taux (%)
Disproportion fœto-pelvienne	244	35,46
Placenta praevia recouvrant hémorragique	126	18,31
Pré-rupture	18	2,62
Rupture et utérine	14	2,06
Anomalies de la présentation		
Transversale	32	4,65
Epaule	74	10,75
Front	12	1,74
Face	10	1,45
Siège	158	22,96
Total	688	100

La disproportion fœto-pelvienne est la principale indication des césariennes obligatoires dans notre étude avec un taux de 35,46%

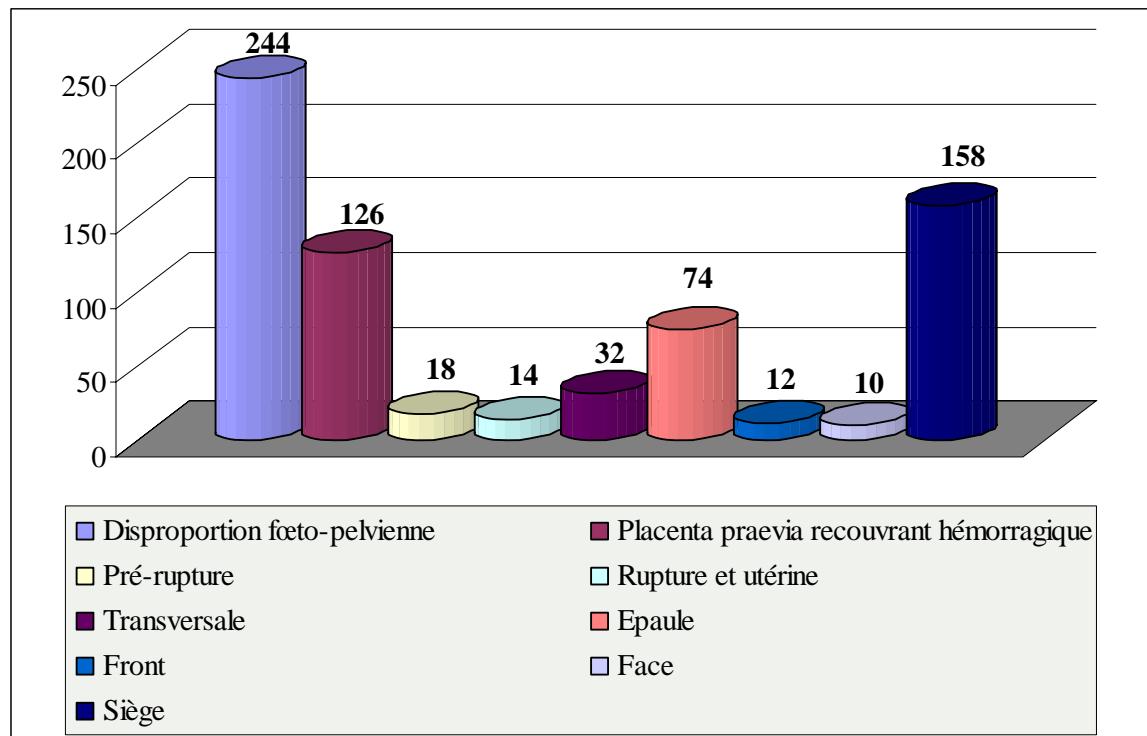


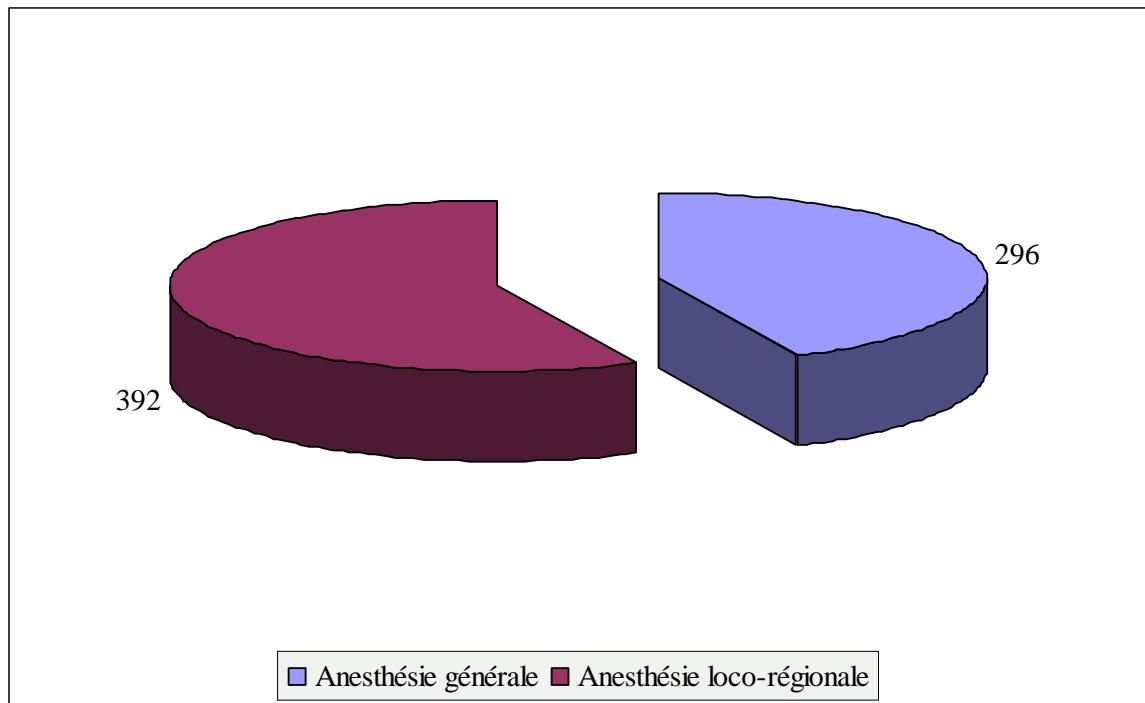
Figure n°14 : Indications des césariennes obligatoires

IV.2.12. Technique opératoire

Tableau n°16 : Répartition selon les types d'anesthésie

Type d'anesthésie	Nombre	Taux (%)
Anesthésie générale	296	43,02
Anesthésie loco-régionale	392	56,98
Total	688	100

L'anesthésie loco-régionale (rachianesthésie) a été pratiquée dans 56,98% des cas.



IV.2.13. Types d'incision cutanée

Tableau n°17 : Répartition selon les incisions cutanées

Incision cutanée	Nombre	Taux (%)
Laparotomie médiane sous ombilicale (LMSO)	142	20,66
Incision de Cohen modifiée à la Misgav Ladach	26	3,77
Incision de Stark	412	59,88
Incision de Pfannenstiel	108	15,69
Total	688	100

L'incision cutanée selon Stark a été la plus pratiquée.

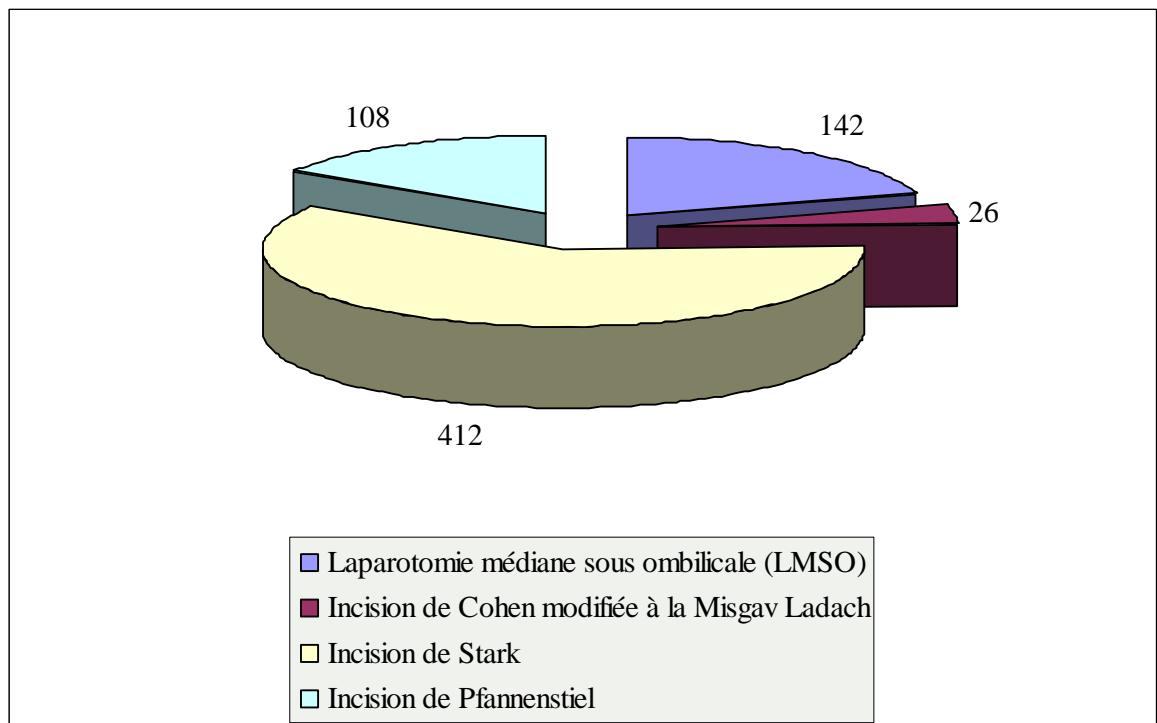


Figure n°16 : Incision cutanée adoptée

IV.2.14. Césarienne et interventions associées

Tableau n°18 : Opérations associées à la césarienne

Intervention	Effectif	Taux (%)
Césariennes seules	599	87,06
LST	81	11,78
Kystéctomie	2	0,29
Hystérectomie	6	0,87
Total	688	100

Les interventions associées sont à un taux de 12,96%.

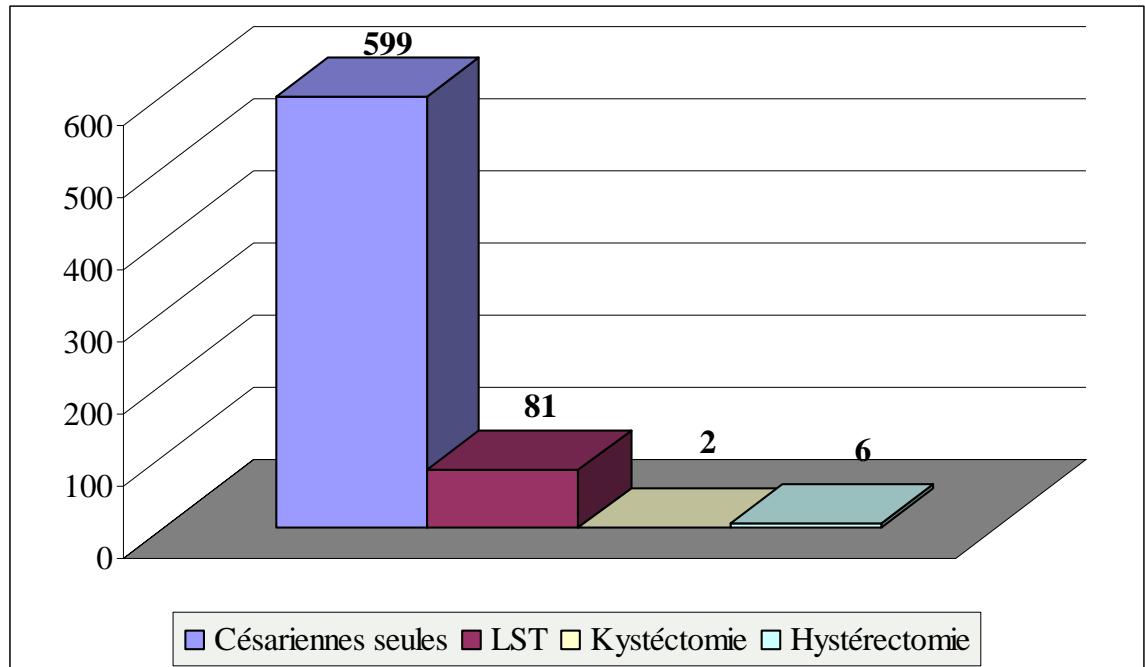


Figure n°17 : Interventions associées à la césarienne

IV.2.15. Le pronostic maternel

Tableau n°19 : Répartition selon les suites opératoires

Suites opératoires	Effectif	Taux (%)
Normale	538	78,19
Compliquées	142	20,63
Mortelle	8	1,18
Total	688	100

Les suites opératoires sont normales dans 78,19% des cas. Huit décès maternels sont à déplorer.

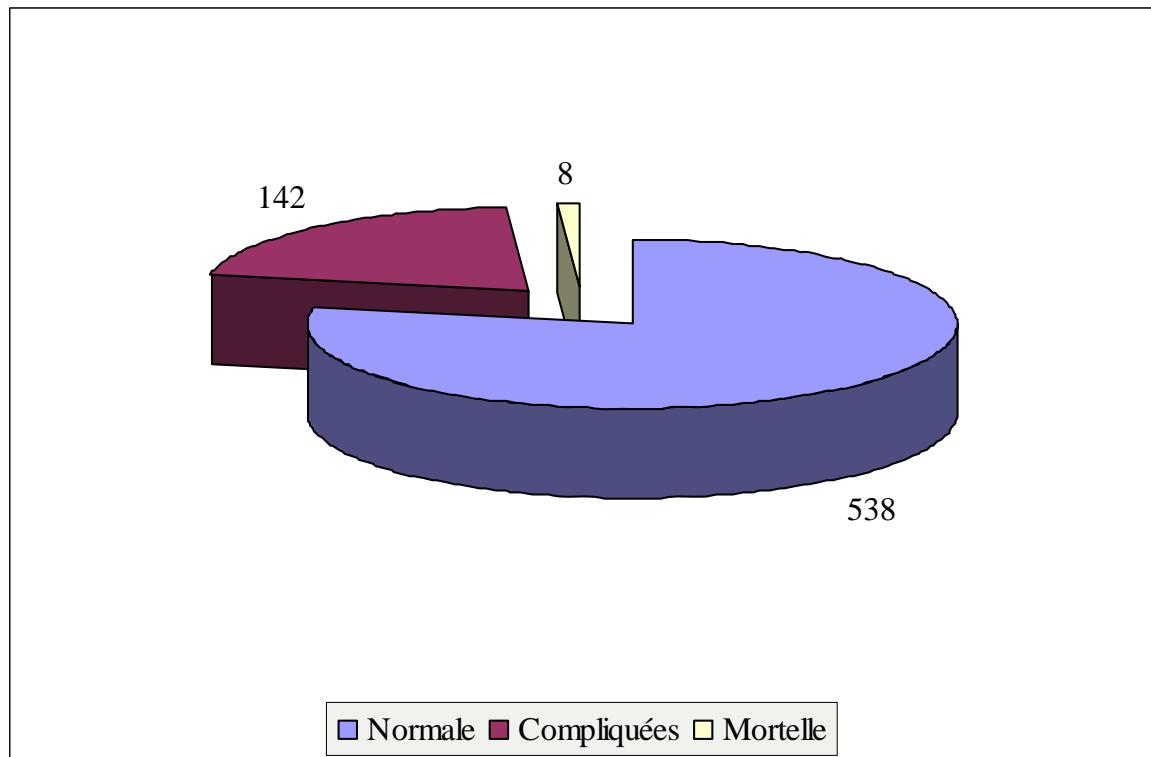


Figure n°18 : Suites opératoires des césarisées

a) Mortalité

On a déploré 8 décès maternels dont :

- 3 décès en per opératoire :
 - choc cardiovasculaire : 1 cas
 - choc hypovolémique : 2 cas
- 5 décès en post opératoire :
 - fibrinolyse post opératoire : 1 cas
 - choc par apoplexie utero placentaire : 1 cas
 - choc infectieux : 1 cas
 - choc hypovolémique : 1 cas
 - choc hémorragique : 1 cas

b) Morbidité

Elle est constituée par les complications post opératoires suivantes :

- hyperthermie : 72
- lâchage des sutures : 24
- suppurations pariétales : 46
- syndrome subocclusif : 8

Tableau n°20 : Répartition des gestantes selon les complications post opératoires

Dénomination	Effectif
Hyperthermie	72
Lâchage des sutures	24
Suppurations pariétales	46
Syndrome subocclusif	8

Cent cinquante femmes ont présenté des complications post opératoires.

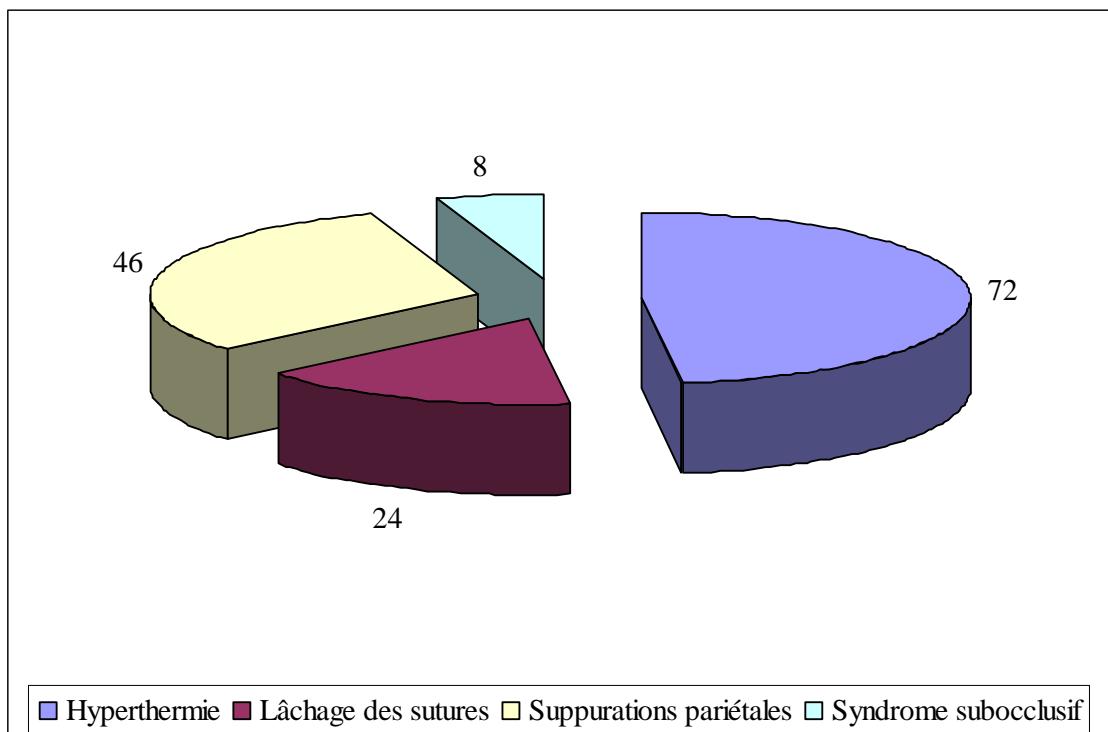


Figure n°19 : Morbidité maternelle

IV.3. Caractéristiques fœtales

IV.3.1. Sexe

Tableau n°21 : Répartition selon le sexe du bébé

Sexe	Nombre	Taux (%)
Masculin	336	48,83
Féminin	352	51,17
Total	688	100

Les bébés de sexe féminin dominent légèrement.

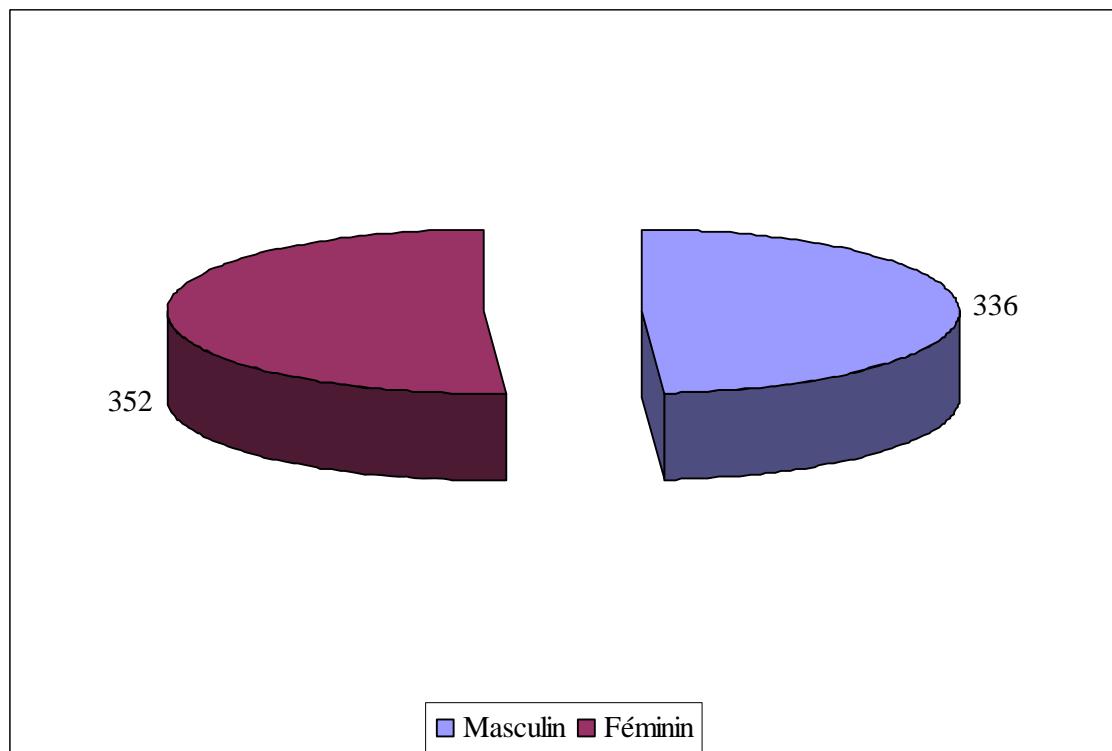


Figure n°20 : Sexe de bébé

IV.3.2. Le liquide amniotique (LA)

Tableau n°22 : Répartition selon l'état du liquide amniotique

Aspect du liquide amniotique	Effectif	Taux (%)
Teinté	92	13,37
Clair	326	47,38
Méconial	77	11,19
Purée de pois	63	9,17
Nom précisé	130	18,89
Total	688	100

Le liquide amniotique est clair dans 47,38% des cas. L'infection néonatale menace 33,73% des enfants.

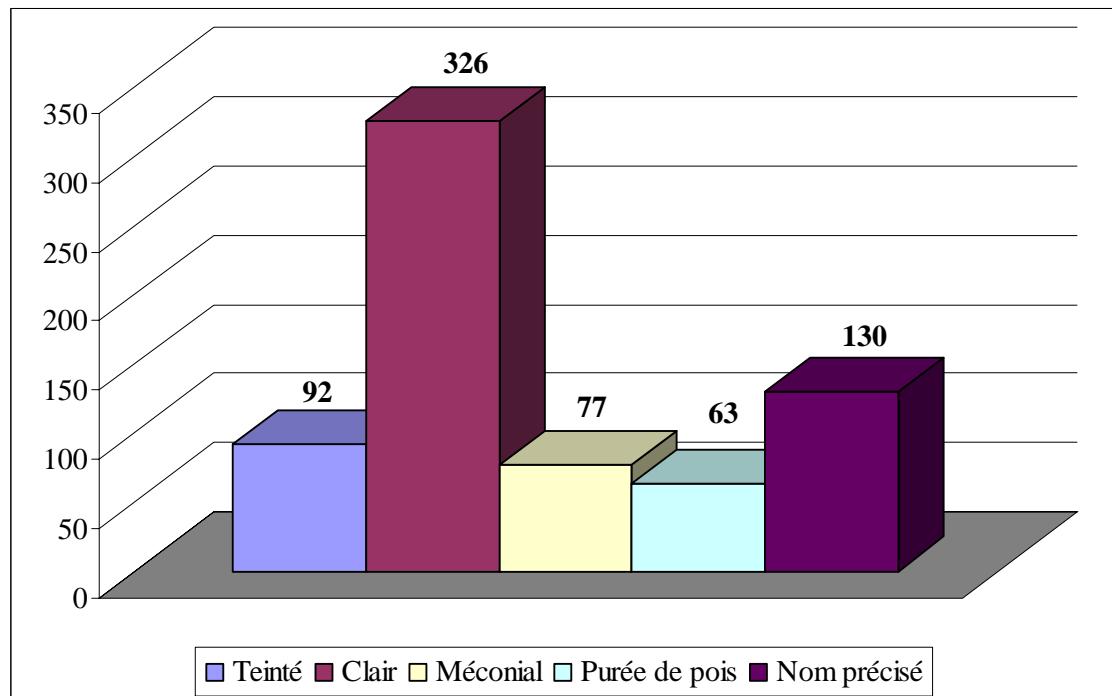


Figure n°21 : Aspect du liquide amniotique

IV.3.3. Etat à la naissance

Tableau n°23 : Répartition des enfants selon l'état à la naissance

Etat des enfants	Effectif	Taux (%)
Enfant vivant	573	83,28
Enfant mort in utero	63	9,15
Enfant mort-né	52	7,57
Total	688	100

Le taux de mortalité périnatale est de 16,72%.

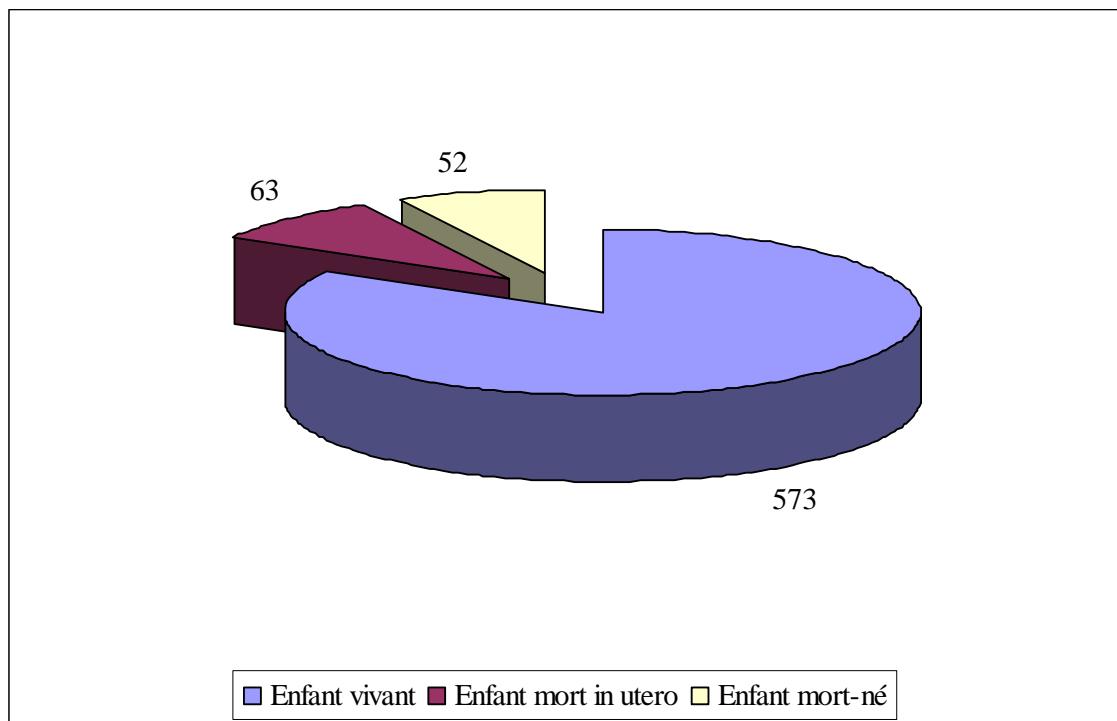


Figure n°22 : Etat à la naissance des nouveau-nés

IV.3.4.Poids à la naissance

Tableau n°24 : Répartition selon le poids à la naissance

Poids (grammes)	Effectif	Taux (%)
< 2500	54	7,86
2501-3000	365	53,05
3001-4000	163	23,69
< 4001	10	1,45
Non précisé	96	13,95
Total	688	100

Pour 13,95% des enfants, le poids n'a pas été précisé.

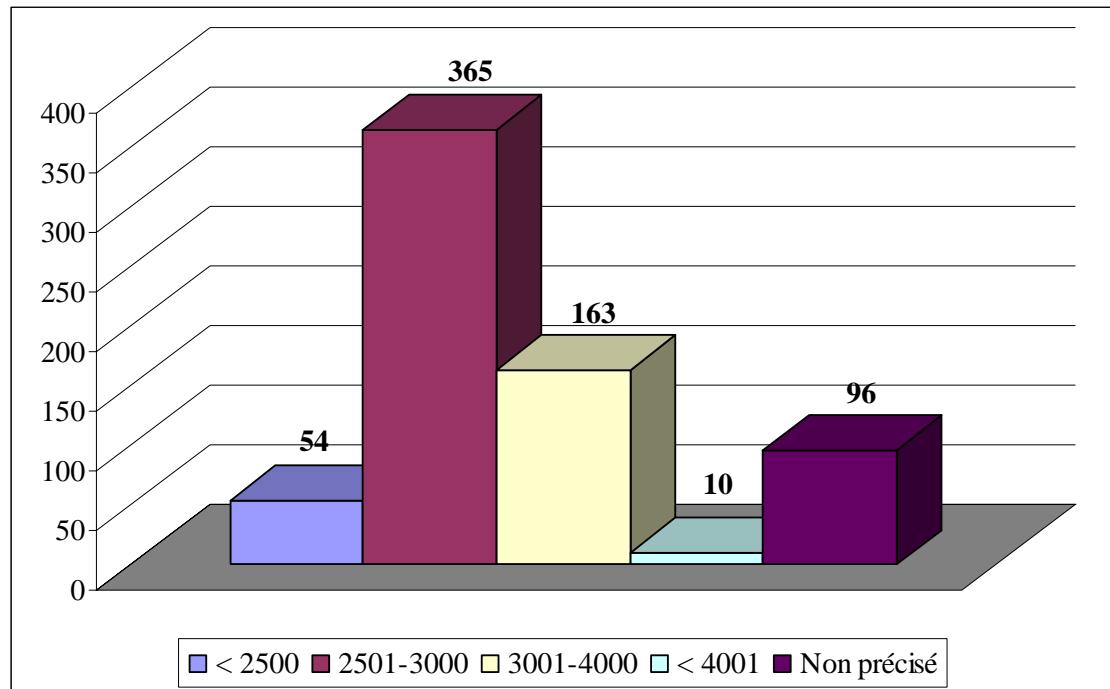


Figure n°23 : Poids des bébés à la naissance

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

I. COMMENTAIRES - DISCUSSIONS

I.1. Habitudes du service

Les parturientes arrivées en salle ATU (Accueil Triage Urgence) rez-de-chaussée sont :

- soit gardées en ATU si l'état général est jugé grave,
- soit dirigées en salle d'accouchement 1^{er} étage pour la surveillance du travail.

Après l'examen clinique de la gestante dont les résultats sont notés sur le dossier où sont mentionnés la date, l'heure de la prise de décision.

La famille est tout de suite informée sur la nécessité d'une intervention chirurgicale. On lui explique les médicaments nécessaires (Kits mère et bébé), leur coût approximatif afin qu'elle puisse s'y préparer.

Concernant le problème de paiement : pour éviter le non paiement des actes exécutés on propose pour les cas litigieux le système de lettre d'engagement (LE).

Les césariennes obligatoires sont à effectuer dans le bloc ATU ou dans le bloc opératoire proche de la salle d'accouchement moins de 30 minutes après la décision et sans attendre le groupage sanguin. Aucun bilan biologique n'est demandé. L'antibiothérapie en flash est systématique.

Concernant l'anesthésie, elle est réalisée selon les disponibilités par un Médecin Anesthésiste Réanimateur ou par un Infirmier Spécialisé en Anesthésie Réanimation (ISAR).

Le problème anesthésiologique, si l'enfant est viable, vivant, est dominé par un impératif : ne pas aggraver la souffrance fœtale mais on s'efforce d'obtenir une analgésie suffisante de l'opérée pour pouvoir extraire l'enfant le plus vite possible.

La prémedication est assurée par l'atropine.

Une perfusion systématique d'un flacon de sérum glucose isotonique est installée en début d'intervention.

La péridurale est rarement pratiquée dans le service, parce que cette technique est trop onéreuse pour la plupart des usagers.

La rachianesthésie est choisie chaque fois que possible, le risque d'hypotension étant prévenu par une expansion volémique à l'aide d'une perfusion de sérum salé isotonique ou de Ringer Lactate.

En cas de contre-indications (hémorragie, état local) une anesthésie générale (AG) avec intubation orotrachéale est pratiquée sans produit morphinique, jusqu'au clampage du cordon ombilical.

L'opération césarienne est réalisée par voie médiane ou par voie transversale et incision utérine segmentaire.

Les soins post opératoires maternels immédiats sont effectués dans la salle de réanimation adulte située au 3^{ème} étage de la Maternité.

Les enfants nés vivants selon leur état clinique après réanimation initiale par le médecin pédiatre et la sage-femme sont envoyés en salle (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} étages) ou en service de réanimation néonatale (2^{ème} étage) où une ventilation mécanique sera effectuée si nécessaire.

I.2. Caractéristiques maternelles

I.2.1. Fréquence

Durant l'année 2006, 1131 opérations césariennes dont 688 d'indications obligatoires sont effectuées à la maternité de Befelatanana.

Les césariennes obligatoires représentent 60,83% des cas. La moyenne est de 57 interventions par mois.

Au cours des 5 dernières années, l'effectif des obligatoires est réparti comme suit :

- 2002 : 55,36%
- 2003 : 62,17%
- 2004 : 66,40%
- 2005 : 60%
- 2006 : 60,83%

Depuis 2003 le taux de césariennes obligatoires se stabilise autour de 60%.

Ce taux élevé s'explique par le caractère du centre de référence nationale en matière de gynécologie obstétrique de la maternité de Befelatanana habilitée à traiter

tous les accouchements dystociques référés des maternités périphériques et des CHD₂, CHD₁, CBSI₁.

Notre résultat diffère de celui des autres centres hospitaliers suivants :

- CHDII Tsiroanomandidy : 68,93% (36)
- CHDII Morondava : 52,27% (36)
- Dakar : 43,8% (21)
- Ouagadougou : 54,8%

I.2.2. Age, gestité, parité

La plupart des femmes ayant subi une césarienne obligatoire ont un âge compris entre 20 et 34 ans (79,26%). Les âges extrêmes sont de 17 et 43 ans, la moyenne étant de 29 ans.

Pour les femmes, la population active et la période de fécondité maximale coïncident avec cette tranche d'âge.

Les secondigestes, quadrigestes et les paucipares sont les plus concernées par l'intervention chirurgicale.

I.2.3. Niveau socio-économique et culturel et lieu de résidence

- Les femmes au foyer (ménagères) et les cultivatrices au nombre de 458 sont majoritaires avec un taux de 66,57%.
- Les femmes travaillant dans les zones franches industrielles au nombre de 122 viennent au second rang : leur travail est généralement pénible et fatigant.
- Les bureaucrates, les commerçantes, les étudiantes représentent 15,70% des cas.

Deux cent quarante six femmes opérées viennent des zones rurales. Elles sont accaparées par le dur travail quotidien de la terre et n'ont pas beaucoup de temps pour s'occuper de leur santé négligeant les surveillances prénatales.

I.2.4. Les surveillances prénatales

Elles ne sont pas suivies dans 18,62% des cas, mal suivies dans 50,28% des cas.

Ces résultats sont semblables à ceux qu'on constate dans les pays en développement où l'importance, l'intérêt de la CPN ne sont pas encore bien compris par population.

La consultation prénatale, censée utile pour dépister les dystocies de la grossesse, du travail et de l'accouchement est négligée pour plusieurs raisons :

- insouciance vis-à-vis de la santé,
- manque d'information sur la CPN,
- insuffisance de moyens financiers.

En considérant le fait que la majorité de la population ne bénéficie d'aucune couverture sociale on comprend que la dégradation du système de santé soit principalement ressentie par les ménages démunis.

I.2.5. Les indications

Elles peuvent être classées en 3 groupes :

- les césariennes obligatoires,
- les césariennes dites de prudence,
- les césariennes dites de nécessité.

En ce qui concerne les indications impératives :

- la disproportion foeto-pelvienne (35,46%),

Elle vient au premier rang.

Elle est le fait d'un rétrécissement pelvien ou d'un excès de poids foetal.

- les présentations du siège dystociques sont au second rang avec un taux de 22,96%

- le placenta praevia (18,31%) coïncide avec la multiparité des femmes césarisées. Cet état favorise l'insertion anormale du placenta sur le segment inférieur,

- la pré rupture (2,62%) et la rupture utérine (2,06%), grandes pourvoyeuses de décès maternel et fœtal résultent le plus souvent d'une prise en charge inadéquate des parturientes au cours du travail.

Toutes les indications possibles, obligatoires, impératives sont retrouvées au sein du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo témoignant de l'imperfection de la prise en charge de la santé maternelle des femmes malagasy.

I.2.6. Pronostic maternel

Parmi les patientes opérées :

- 142 d'entre elles soit 20,63% ont présenté au moins un complication,
- 8 décès maternels ont été observés soit un taux de décès sur césarienne de 1,18%

Ces décès se répartissent comme suit :

- 3 cas en per opératoire
- 5 cas en post opératoire

La morbidité concerne 20,63% des césariennes dont :

- 72 cas d'hyperthermie,
- 24 lâchages de suture,
- 6 cas de suppurations pariétales,
- 8 cas de syndrome subocclusif.

Les femmes guérissent au bout d'une dizaine de jours, suite à des soins locaux et à une antibiothérapie adéquate.

I.3. Caractéristiques fœtales

I.3.1. Le sexe

Le sexe féminin prédomine : 51,17% des cas.

Mais il n'y a pas de corrélation évidente entre le sexe et les césariennes obligatoires.

I.3.2. Le pronostic néonatal

Sur les 688 césariennes pratiquées, 573 sont vivant, 52 mort-nés, 63 morts in utero.

Les enfants de faible poids à la naissance représentent 7,86% des cas et les gros fœtus 1,45%.

Pour 96 enfants (13,95%) le poids n'a pas été précisé posant le problème de carence dans le recueil des données, témoignant des difficultés de fonctionnement au niveau du Centre de référence.

La morbidité néonatale est surtout dominée par l'anémie, l'infection néonatale menaçant plus de 33% des naissances vivantes. En effet outre le nombre élevé de rupture prématurée des membranes depuis plus de 12 heures, l'évolution de la vitalité permet de constater que 31,76% des enfants ont un Apgar inférieur à 7, à la 5^{ème} minute ; à ceci s'ajoutent les critères de présomption de la pathologie infectieuse.

Mais l'évolution s'est avérée favorable après désobstruction des voies aériennes systématique, une double antibiothérapie à base d'ampicilline à 100.000UI/Kg de poids et de gentamycine à 3mg/kg/j en I/M pendant 5 jours.

Le taux de mortalité périnatale dans notre série est de 16,72%, plus bas comparativement à celui relevé dans d'autres études Africaines :

- Dakar : 24% (21)
- Abidjan : 22% (9)
- Ouagadougou Burkina Faso : 18% (37)

Il est nettement supérieur à celui des pays développés qui est de l'ordre de 2 à 3% (14).

II. SUGGESTIONS

Le pronostic maternel est encore mauvais, compte tenu d'une mortalité élevée (1,18% des opérées) et d'une morbidité importante, en rapport surtout avec l'infection. Il en est de même pour le pronostic fœtal avec un décès périnatal de 16,72%.

Au regard des résultats commentés et discutés les suggestions suivantes ont été formulées afin d'améliorer le pronostic materno-fœtal :

- formation et recyclage d'un personnel suffisant et qualifié,
- sensibilisation des femmes enceintes,
- généralisation de l'utilisation du partographe.

II.1. Formation et recyclage d'un personnel suffisant et qualifié en soins obstétricaux

C'est un préalable indispensable à l'obtention d'une meilleure couverture des besoins.

La formation remplit une fonction critique puisqu'elle permet l'acquisition et le développement des compétences et des qualifications indispensables au personnel travaillant dans un service de Maternité et partant, dicte la qualité de ce service.

Elle apprend à dépister rapidement les « grossesses à risque » imposant souvent des indications obstétricales obligatoires des césariennes.

En effet pour réduire la mortalité et la morbidité materno-fœtales il est très judicieux de pouvoir dépister à temps les anomalies materno-fœtales rencontrées pendant la grossesse ou pendant le travail nécessitant soit recours et d'emblée à la césarienne soit une surveillance donnée pendant la grossesse et surtout pendant le travail, avec la présence constante et sur place d'une équipe obstétrico-pédiatrique compétente.

C'est dans cette condition que l'on pourrait transformer un grand nombre de « césariennes de prudence ou de nécessité » en césariennes obligatoires.

II.2. Sensibilisation des femmes enceintes à être assidues aux consultations prénatales

Les consultations prénatales (CPN), examens de dépistage des anomalies de la grossesse et de constatations de la normalité, demeurent indispensables pour la promotion de la Maternité à moindre risque (MMR).

Elles représentent aussi un moyen propice pour :

- donner des conseils sur l'âge idéal de primiparité car un âge précoce d'une première grossesse peut présenter des risques d'anomalies du bassin et l'âge avancé des risques liés à des pathologies maternelles pouvant nuire à l'évolution de la grossesse,

- conscientiser les femmes enceintes sur l'intérêt d'une CPN régulièrement suivie à partir de la 12^{ème} semaine d'aménorrhée et les persuader à accoucher à l'Hôpital,

- préparer psychologiquement les parturientes à risque à d'éventuelles interventions obstétricales impératives,
- insérer le couple à des programmes d'initiation au Planning Familial, de suivi de vaccination et surtout d'éducation nutritionnelle pendant la grossesse.

III. GENERALISATION DE L'UTILISATIN DU PARTOGRAPHE

Le partographe est un excellent outil de supervision du travail pour des sages-femmes et les accoucheurs.

Il permet de mieux surveiller de travail et de dépister les dystocies mécaniques à l'origine fréquente des indications de césariennes obligatoires. Il assure ainsi la qualité de la prise en charge des parturientes. Pour y parvenir il est essentiel de former le personnel concerné et d'éviter toute rupture de stock en cartes de partogramme.

CONCLUSION

CONCLUSION

L'opération césarienne est une intervention chirurgicale obstétricale destinée à extraire par voie haute le fœtus après ouverture de l'utérus ; le premier cas rapporté sur une femme vivante, remonte à 1491. Grâce aux progrès considérables enregistrés dans les domaines de l'anesthésie réanimation, de l'asepsie et de l'apport des antibiotiques, elle a perdu son caractère meurtrier pour devenir une intervention courante de nos jours. Les complications de la césarienne ne sont pas exceptionnelles et si elles frappent au premier plan l'organisme maternel, le nouveau-né n'est pas exempt. Cette intervention grève également d'une certaine incertitude l'issue des grossesses ultérieures par la menace de la rupture utérine.

La classification des indications de la césarienne fait intervenir la notion d'indications obligatoires, de prudence et de nécessité.

Les indications obligatoires concernent les situations pour lesquelles l'accouchement ne peut être réalisé autrement que par la voie haute (disproportion fœto-pelvienne, placenta praevia, présentation anormale, les dystocies mécaniques) L'absence de prise en charge par césarienne aboutit au décès ou à des séquelles maternelles très graves.

Une étude rétrospective au sein du CHUA Maternité de Befelatanana en 2006 sur les césariennes obligatoires a donné les résultats suivants :

- parmi les 1131 césariennes effectuées 688 cas sont obligatoires,
- la tranche d'âge des césariennes la plus touchée se situe entre 20 et 34 ans dont le plupart sont des paucipares, ménagères, citadines,
- huit décès maternels sont observés. Le taux de mortalité périnatal est 16,72%.

Des suggestions sont formulées pour réduire la mortalité et la morbidité materno-fœtale.

- formation recyclage d'un personnel suffisant et qualifié,
- sensibilisation des femmes enceintes,
- généralisation du partographe.

Les césariennes ultimes recours dans les soins en obstétrique constituent un des piliers de la Maternité à moindre risque.

L'amélioration du pronostic aussi bien maternel que fœtal passe par une réduction notable du pourcentage de césariennes de nécessité au profit des césariennes obligatoires.

Cela nécessite une meilleure collaboration entre le CHUA et les structures périphériques en vue de rendre plus performant le système de référence recours et de redonner aux consultations prénatales une place de choix dans les stratégies de prévention.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Domergues M, Madelénat P. Césariennes : technique, indications, complications. Rev Praticien. 1995 ; 35 : 1343-1362
2. Lemoine JP. L'opération césarienne. Cahier de l'infirmière. Obstétrique. Masson. 1998 : 156-157
3. Naiditch M, Levy G, Chale JJ, Cohen, Colladon et al. Césarienne en France : impact des facteurs organisationnels dans les variations des pratiques. Gynéco-obst Biol Reprod. 1997 ; 157 ; 26 : 484-498
4. Kahlé W, Léonard H. Les organes génitaux féminins. Anatomie des viscères. Flammarion, Paris. 1999 : 282-290
5. Kamina P. L'utérus gravide. Anatomie gynécologique et obstétricale. Maloine, Paris. 1990 : 248-250
6. Frydman R, Carbonne B, Goffinet F. La césarienne. J Gynécol Obstet Biol Reprod. 2000 ; 29 : 9-108
7. Al Fallouzi M. History of surgery of abdominal cavity. International Surgery. 1993 ; 78 ; 33 : 236-238
8. Barrat J. Historique de la césarienne. Son application dans la conduite pratique obstétricale actuelle. Rev Fr Gyn Obstet. 1998 ; 4 : 225-228
9. Racinet C, Bouzid F. Epidémiologie de la césarienne. Obstétrique. Marketing / Ellipses. 1995 : 821-828

10. Boisselier P, Moghioracos P, Marpeau L et al. Evolution dans les indications de césariennes de 1977 à 1983. A propos de 18605 accouchements. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1987 ; 16 : 251-260
11. Mann LI, Gallant I. Modern indication for cesarean section. *Am J Obstet Gyn* 1993 ; 7 : 234-244
12. Melchior J, Bernard N, Raout I. Evolution des indications de césariennes. Mises à jour en Gynécologie Obstétrique. CN GOF, Paris. 1998 : 319-337
13. Poulain P, Palaric JC. Les contre-indications de la césarienne. *Les césariennes. Encycl- Méd- Chir. Obstét.* Paris. 1991 ; 5102A10
14. Baudet JH, Michelon B, chavinie J. Technique obstétricale. Nouveau manuel d'obstétrique. *Gazette Médicale de France et des pays de langue Française.* 1997 : 104
15. Desprats R, Fournié R. L'anesthésie et l'analgésie obstétricales. *Pratique de l'accouchement.* Masson, Paris. 2001 : 155-166
16. Godkin R, Pacah MJ. L'anesthésie. *Annales Françaises d'Anesthésie Réanimation.* 1998 ; 17 : fi 170
17. Lansac J, Fabrice P, Rachedi N. La césarienne. *Chirurgie au cours de la grossesse. La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique.* Masson, Paris. 1998 : 111-118
18. Golfier F. Les techniques opératoires de la césarienne. *Journal Gynéco-Obstét Biol Reprod.* 2000 ; 29 ; sup 2 : 86-95
19. De Muylder X, Thierry M. The cesarean section in developing countries : some considerations. *Health pole plann.* 1993 ; 8 : 101-118

20. Madelenat P, Domergues M. Césariennes : techniques indications, complications. Rev Prat. 1985 ; 35 : 1343-1362
21. Cisse CT, Terrole I. La césarienne dans un pays en voie de développement : bilan et perspectives à propos de 21743 accouchements entre 1992 et 1995. Dakar Médical. 1996 ; 41 : 63-67
22. Rudigag R, Sergeant P, Schaal JP. Les suites opératoires des césariennes. Vers une simplification de l'opération césarienne. Journal gynéco-obstét Biol Reproduction. 2001 ; 30 : 342-348
23. OMS. Les complications de la césarienne. La chirurgie obstétricale et contraceptive à l'Hôpital de District. Guide pratique. OMS. Genève. 1995 : 71-72
24. Rabemanana P. Césariennes obligatoires, étude des cas au CHUA Maternité de Befelatanana en 1998. Thèse Médecine Antananarivo. 1998 ; n°4925
25. Gastler E, Vial Y, Holifeld P. Aspects actuels de disproportion foeto-pelvienne. J Gynécol Obstet Biol Reprod. 1999 ; 28 : 519-528
26. Chevenak F, Lee Y, Houdler M. Les indications de la césarienne dans le placenta praevia. Mises à jour en Gynécologie Obstétrique. Vigot. Paris. 1996 : 285-311
27. Audra P, Thoulon JM, Balsan M. Présentations transversales. Encycl-Méd-Chir Obstétrique. 1997 ; L-20 : 6
28. Fabrice P, Forveille F. Présentation du front et du bregma. Encycl-Méd-Chir Gynécologie. 1994 ; 5-049- L-15: 6
29. Perrotin F, Body G, Lansac J. La présentation de la face. J Gynécol Obstét Biol Reprod. 1998 ; 73 ; 12 : 757-765

30. FIGO. Recommandations of the FIGO committee on perinatal Health on guide lines for the management of breech delivery. *Europ. J Obstet Gynecol.* 1995 ; 58 : 88-92
31. Lansac J, Body G. Le syndrome de Bandl Frommel. La césarienne. La pratique chirurgicale en gynécologie obstétrique. Masson. Paris. 1998 : 111-114
32. Gutilia JC, Gillet JY. La rupture utérine. Obstétrique. Marketing/Ellipses. 1994 : 207-208
33. Lemonel A, Schaal JP, Riethmuller D. Dystocies osseuses. Encycl-Méd-Chir Obstétrique. 1998 ; 5-050-A-10 : 25
34. Hayanda HF, Ekoundzola JR, Buambos. Le diagnostic des obstacles praevia au cours de la grossesse. *J Gynéco Obst Biol Reprod.* 2001 : 7-8
35. Fournier G, Cisse CT, Diadhiou F. Evaluation des dystocies obstétricales. Un rapport des communications du 1^{er} congrès de l'Association Sénégalaise de Gynécologie Obstétrique. Publication C.G.G. Dakar. 1992 : 16-19
36. Randriamalala O. Les césariennes impératives au CHUA Maternité de Befelatanana en l'an 2000. Thèse Médecine Antananarivo. 2001 ; n°5152
37. Ouedraogo C, Zoungrama T, DAOB. La césarienne de qualité au Centre Hospitalier Yalgado Ouedragogo de Ouagadougou. Burkina Faso. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de Gynécologie Obstétrique. Publication C.C.G. Ouagadougou. 2003 : 1-6

SERMENT D'HYPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'**HIPPOCRATE**,

Je promets et jure au nom de l'être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indulgent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et de mépris de mes confrères si j'y manque.

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de Thèse

Signé : Professeur **GIZY Ratiambahoaka Daniel**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé: Professeur **RAJAONARIVELO Paul**

Name and first Name: **MOHAMED Ahmed Bacar**

Titrates thesis : **OBLIGATORY CAESAREANS WITH CHUA
MATERNITY OF BEFELATANANA IN 2006**

Heading : **MOTHER AND CHILD**

Number of pages : 62 Number of tables : 24 Number of diagrams : 11

Number of figures: 23 Number of bibliographical references: 37

SUMMARY

The operation caesarean is a surgical consisting extracting the foetus by incision from the abdominal wall when the childbirth is impossible by natural way.

A retrospective study on the obligatory or imperative Caesareans carried out or imperative Caesareans carried out with the Maternity of Befelatanana in 2006 made it possible to release the following facts:

- On 1131 practised Caesareans, 688 are obligatory or imperative is a rate of 60, 83%,
- The women in the age bracket from 20 to 34 years, pauciparous, legitimately married, housewives, living downtown, of primary education level form the majority of operated,
- Foeto-pelvic disproportion is the principal indication of the Caesarean with a rate of 35, 46%,
- The incision of Stark was most frequently practised,
- Eight maternal deaths are to be regretted,
- The perinatal death rate is 16, 72%.

Taking into consideration these result, suggestions were advanced:

- Training and recycling of sufficient and qualified personnel,
- Sensitizing of the pregnant women,
- Generalization of the partograph.

Key words: Uterus - lower Segment - Caesarean - Dystocies - Childbirth - foeto-pelvic Disproportion - Pregnancies at the risk

Director of thesis : Professor **GIZY Ratiambahoaka Daniel**

Reporter of thesis : Doctor **RANDRIANARISON Louis Pascal**

Address of the author : Lot VT 85 NK A Andohanimandrozeza - ANTANANARIVO 101-

Nom et Prénoms : **MOHAMED Ahmed Bacar**

Titre de la thèse : **LES CESARIENNES OBLIGATOIRES AU CHUA
MATERNITE DE BEFELATANANA EN 2006**

Rubrique : **MERE ET ENFANT**

Nombre de pages : 62 Nombre de tableaux : 24 Nombre de schémas : 11

Nombre de figures : 23 Nombre de références bibliographiques : 37

RESUME

L'opération césarienne est une intervention chirurgicale consistant à extraire le fœtus par incision de la paroi abdominale quand l'accouchement est impossible par voie naturelle.

Une étude rétrospective sur les césariennes obligatoires ou impératives réalisées à la Maternité de Befelatanana en 2006 a permis de dégager les faits suivants :

- sur 1131 césariennes pratiquées, 688 sont obligatoires ou impératives soit un taux de 60,83%,

- les femmes dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans paucipares, mariées légitimement, ménagères, habitant en ville, de niveau primaire forment la majorité des opérées,

- la disproportion fœto-pelvienne est la principale indication de la césarienne avec un taux de 35,46%,

- l'incision de Stark a été la plus fréquemment pratiquée,

- huit décès maternels sont à déplorer,

- le taux de mortalité périnatale est de 16,72%.

Au regard de ces résultats, des suggestions ont été avancées : formation et recyclage d'un personnel suffisant et qualifié.

Sensibilisation des femmes enceintes, généralisation du partographe.

Mots clés : Utérus - Segment inférieur - Césarienne - Dystocies - Accouchement -

Disproportion fœto-pelvienne - Grossesses à risque

Directeur de thèse : Professeur **GIZY Ratiambahoaka Daniel**

Rapporteur de thèse : Docteur **RANDRIANARISON Louis Pascal**

Adresse de l'auteur : Lot VT 85 NK A Andohanimandrozeza – ANTANANARIVO 101-