

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.....	1
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	
1. RAPPELS ANATOMIQUES DES ORGANES GENITAUX INTERNES FEMININS.....	2
1.1. Le vagin.....	2
1.2. L'utérus.....	2
1.3. Les ovaires.....	4
1.4. Les trompes de Fallope.....	4
2. RAPPEL DE CONNAISSANCE SUR LA FECONDATION.....	6
3. LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE FEMININE.....	7
3.1. Définition.....	7
3.2. Historique.....	7
3.3. Épidémiologie.....	8
3.4. Les critères de qualité.....	8
3.5. Les avantages et les inconvénients.....	9
3.6. Les indications et les contre-indications.....	10
3.7. Les voies d'abord.....	10
3.8. Le moment de l'intervention.....	13
3.9. Techniques de stérilisation chirurgicale.....	13
3.10. Les complications.....	16
3.11. Suivi.....	17
3.12. Les conséquences de la stérilisation.....	17
DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE	
1. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	18
1.1. Objectif général.....	18
1.2. Objectifs spécifiques.....	18
2. CADRE DE L'ETUDE.....	18
2.1. Personnel.....	19

2.2. Les activités du service de la planification familiale.....	20
3. METHODOLOGIE.....	22
3.1. Méthode.....	22
3.2. Matériels d'étude.....	22
4. LA CCVF SUR LE PLAN PRATIQUE AU CHUA MATERNITE DE BEFELATANANA.....	23
4.1. Evaluation préopératoire des femmes à ligaturer.....	23
4.2. Technique.....	25
5. RESULTATS.....	32
5.1. Fréquence.....	32
5.2. Aspects épidémiologiques.....	36

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES.....	49
1.1. Fréquence.....	49
1.2. Aspects épidémiologiques.....	50
2. SUGGESTIONS.....	54
2.1. Formation continue et recyclage périodique des agents de santé.....	54
2.2. Promotion de la contraception chirurgicale volontaire féminine.....	55
2.3. Sensibilisation du public.....	56
2.4. Lutte contre la pauvreté.....	57
CONCLUSION.....	58
BIBLIOGRAPHIE	

LISTE DES SCHEMAS

	Pages
Schéma n°1 : Les organes génitaux internes de la femme.....	3
Schéma n°2 : Les différents segments de la trompe.....	3
Schéma n°3 : Fécondation.....	6
Schéma n°4 : Les différentes techniques de minilaparotomie.....	11
Schéma n°5 : Visualisation de la cavité abdominale au moyen du cœlioscope d'après Stewart et Al., 1987.....	12
Schéma n°6 : Méthode de Pomeroy.....	14
Schéma n°7 : Méthode de Pomeroy modifiée.....	14
Schéma n°8 : Méthode de Rouchy	15
Schéma n°9 : Technique de Stallworthy.....	15
Schéma n°10 : Méthode de Madlener.....	15
Schéma n°11 : Méthode d'Irving.....	16

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure n°1 : Effectif mensuel des opérées de CCVF.....	33
Figure n°2 : Effectif trimestriel des clientes.....	34
Figure n°3 : Effectif des cas de CCVF durant les 5 dernières années.....	35
Figure n°4 : Age des clientes.....	36
Figure n°5 : Le nombre d'enfants vivants des clientes.....	37
Figure n°6 : La parité des clientes.....	38
Figure n°7 : Provenance des opérées.....	39
Figure n°8 : Niveau d'instruction des clientes.....	40
Figure n°9 : Indications de la CCVF.....	41
Figure n°10 : Les contraceptifs utilisés par les clientes avant la CCVF.....	42
Figure n°11 : Les types d'anesthésie pratiquée.....	43
Figure n°12 : Le moment d'intervention lors de la pratique de la CCVF.....	44
Figure n°13 : Longueur de l'incision des clientes opérées.....	45
Figure n°14 : Durée de l'intervention des CCVF.....	46
Figure n°15 : Séjour post opératoire des ligaturées.....	47
Figure n°16 : Les suites opératoires des clientes.....	48

LISTE DES TABLEAUX

	Pages
Tableau n°1 : Critères décisionnels de la CCVF.....	23
Tableau n°2 : Répartition mensuelle des opérées de CCVF.....	33
Tableau n°3 : Répartition trimestrielle des clientes.....	34
Tableau n°4 : Les cas de CCVF au cours des 5 dernières années.....	35
Tableau n°5 : Répartition des clientes selon l'âge.....	36
Tableau n°6 : Répartition des clientes selon le nombre d'enfants vivants.....	37
Tableau n°7 : Répartition des clientes selon la parité.....	38
Tableau n°8 : Répartition des clientes selon la provenance.....	39
Tableau n°9 : Répartition des clientes selon le niveau d'instruction.....	40
Tableau n°10 : Répartition des clientes selon les indications.....	41
Tableau n°11 : Répartition des cas selon les méthodes de contraception utilisées.....	42
Tableau n°12 : Répartition des clientes selon les types d'anesthésie.....	43
Tableau n°13 : Répartition des cas selon le moment d'intervention.....	44
Tableau n°14 : Répartition des clientes selon la longueur de l'incision.....	45
Tableau n°15 : Répartition des cas selon la durée de l'intervention.....	46
Tableau n°16 : Répartition des clientes selon le séjour post opératoire.....	47
Tableau n°17 : Répartition des clientes selon les suites opératoires.....	48
Tableau n°18 : Répartition des acceptantes des méthodes contraceptives au CHUA Maternité de Befelatanana.....	49
Tableau n°19 : Enonces des problèmes rencontrés au CHUA Maternité de Befelatanana.....	54

LISTE DES SIGLES ET DES ABREVIATIONS

AMIU	: Aspiration Manuelle Intra-Utérine
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CCVF	: Contraception chirurgicale Volontaire Féminine
CCVM	: Contraception chirurgicale Volontaire Masculine
CHUA	: Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo
cm	centimètre
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
ENDS	: Enquête Nationale Démographique Sanitaire
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
LST	: Ligature Section des Trompes
PF	: Planning Familial
ml	millilitre
mn	minute
SIDA	: Syndrome d'Immuno Déficience Acquis
VIH	: Virus de l'Immono-déficience Humaine
%	Pourcentage

INTRODUCTION

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

La stérilisation tubaire consiste à interrompre la capacité reproductive de la femme par ligature, occlusion ou section des conduits par lesquels passent les ovules jusqu'à des l'utérus (1). Elle vise à empêcher la rencontre des spermatozoïdes et de l'ovule au niveau de la trompe.

En matière de planification familiale elle est une option proposée aux couples qui ont décidé de ne plus procréer.

Compte tenu du caractère permanent irréversible de cette méthode, la décision d'y recourir doit être libre, mûrement réfléchie et pesée par le couple, en parfaite connaissance de l'intervention, risques et avantages y compris et des autres possibilités existantes.

La contraception dite « définitive » féminine est également connue sous les appellations de contraception chirurgicale volontaire féminine (CCVF), de ligature section des trompes (LST), de minilaparotomie (minilap).

La consultation et le consentement éclairé du couple sont requis. La maîtrise de la technique basée sur la douceur des actes et l'utilisation maîtrisée des outils spécifiques sont primordiales pour la satisfaction de la cliente (2).

Malgré les risques élevés inhérents à la grossesse et à l'accouchement chez les multipares le nombre de demandeurs de stérilisation diminue depuis plusieurs années. Cette étude a été effectuée dans l'objectif d'augmenter le nombre de pratiquantes de méthodes contraceptives de longue durée irréversible pour lutter contre la pauvreté. Elle comprend plusieurs parties :

- 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 générale clôturera l'étude.

PREMIERE PARTIE
REVUE DE LA LITTERATURE

1. RAPPELS ANATOMIQUES DES ORGANES GENITAUX INTERNES FEMININS

1.1. Le vagin (3)

C'est un conduit fibromusculaire, organe de la copulation et voie naturelle de la parturition.

a) *Situation*

Il est placé dans la cavité pelvienne en dessous de l'utérus, en arrière de la vessie et en avant du rectum.

L'extrémité supérieure du vagin est insérée sur le col utérin, l'extrémité inférieure débouche au fond du vestibule de la vulve, qui est rétréci chez la femme vierge par un repli de la muqueuse vaginale : l'hymen.

b) *Morphologie*

Le vagin décrit de l'utérus à la vulve une légère courbe à concavité postérieure.

Il mesure en moyenne 8 centimètres.

Normalement ses parois antérieure et postérieure sont accolées.

1.2. L'utérus (4)

C'est l'organe de la nidation.

C'est un muscle triangulaire, creux, situé en arrière du pubis et tapissé d'une muqueuse qu'on appelle endomètre.

Il est composé :

- du corps : partie haute, renflée, ouverte par les 2 minuscules orifices des trompes ;
- du col : partie inférieure faisant saillie dans le fond du vagin. On appelle annexes les trompes, les ovaires et les tissus qui les soutiennent

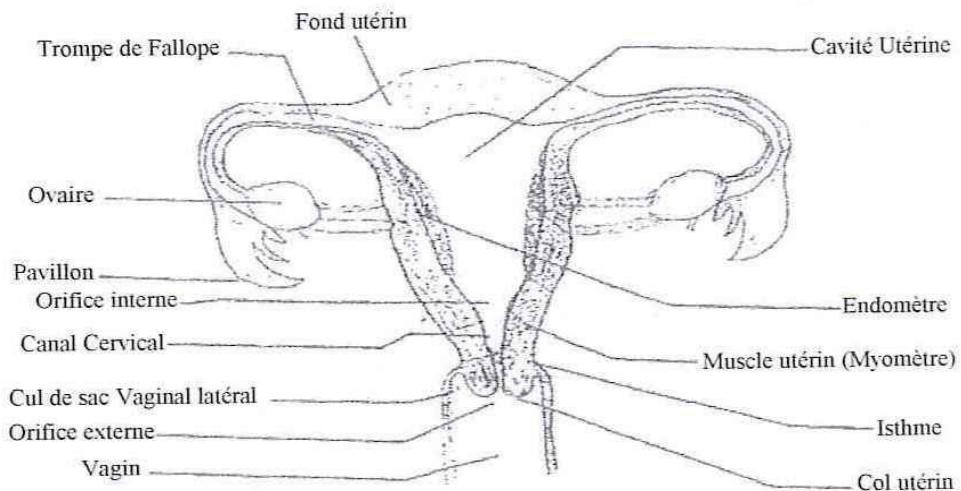


Schéma n°1 : Les organes génitaux internes de la femme (4)

Source : La Santé de la reproduction pratique et opérationnelle

Legrain G, Delvoye P., Ranjalahy R. J.

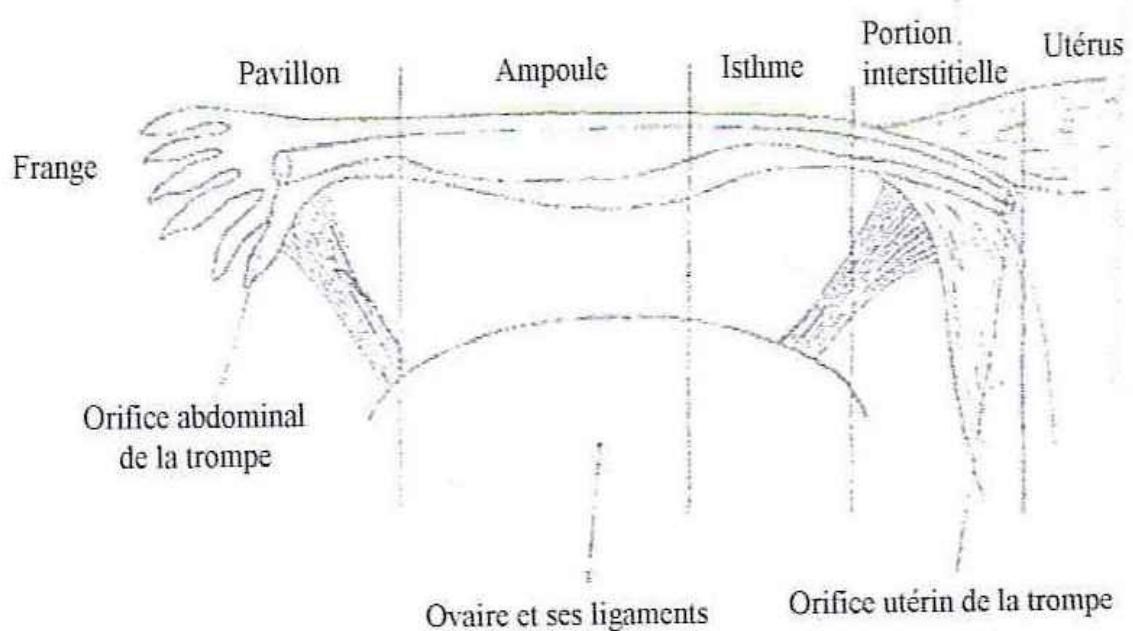


Schéma n°2 : Les différents segments de la trompe (5)

Source : Cahier de l'infirmière. Obstétrique 12 : Perlemuter 1988.

1.3. Les ovaires (4)

Ce sont des glandes situées de chaque côté de l'utérus. Ils comportent un stock de 300 à 400 000 follicules à la puberté. Sur ce total 300 à 400 formeront des ovules pendant la période de procréation de la femme, dès les premières ovulations à la puberté jusqu'à la ménopause.

Ils ont 2 fonctions :

- ils produisent les cellules femelles de la reproduction : les ovules,
- ils sécrètent les hormones femelles : les oestrogènes et la progesterone.

1.4. Les trompes de Fallope (5) (6)

Ce sont deux conduits musculo-membraneux, situés dans l'aileron supérieur du ligament large.

Leur longueur est de 10 à 14cm.

Leur diamètre extérieur, mesurant environ 3mm à l'angle de l'utérus, augmente progressivement du dedans au dehors et atteint à son extrémité externe 7 à 8mm.

On distingue à chaque trompe, quatre parties qui sont de dedans en dehors :

a) La portion interstitielle ou intramurale :

- traverse le myomètre sur 1 à 3 cm,
- mesure 1 à 1,5 cm de long,
- a un diamètre interne de 0,2 à 0,5mm,
- s'ouvre dans la corne utérine au niveau de l'ostium utérinum.

b) L'isthme tubaire :

Il fait suite à la portion interstitielle et possède les caractéristiques suivantes :

- longueur : 3 à 6cm,
- diamètre externe 3 à 4 mm,
- diamètre interne 2 à 3mm,
- aspect rectiligne,
- paroi épaisse et ferme.

c) L'ampoule tubaire :

- constitue la portion la plus longue de la trompe (7 à 8cm) et la plus large (8 à 9mm de diamètre),
- est de consistance molle,
- a un aspect sinueux et un peu aplati.

d) Le pavillon :

- termine la trompe,
- est la portion la plus mobile,
- présente une forme d'entonnoir dont l'orifice étroit (2 à 3mm de diamètre) fait communiquer l'ampoule avec la cavité péritonéale,
- il comporte 12 à 15 franges dont l'une, plus longue s'insère sur le ligament tubo-ovarien, en direction du pôle supérieur de l'ovaire, et constitue la frange de RICHARD.

- **Vascularisation et innervation**

Les artères tubaires sont des branches de l'artère ovarienne et de l'artère utérine. Des anastomoses vont se constituer dans le ligament large donnant l'arcade artérielle sous tubaire.

Les nerfs proviennent du plexus intermésentérique et de plexus hypogastrique et ils accompagnent les vaisseaux.

- **Fonctions de la trompe**

La trompe de Fallope a pour fonction le transport des spermatozoïdes jusqu'à la jonction ampullo-isthmique et celui de l'ovule jusqu'à cette même jonction où aura lieu la fécondation.

Elle assure également le cheminement de l'œuf, s'il y a eu fécondation vers la cavité utérine.

2. RAPPEL DE CONNAISSANCE SUR LA FECONDATION (7)

La fécondation est la pénétration d'un spermatozoïde dans un ovule mûr.

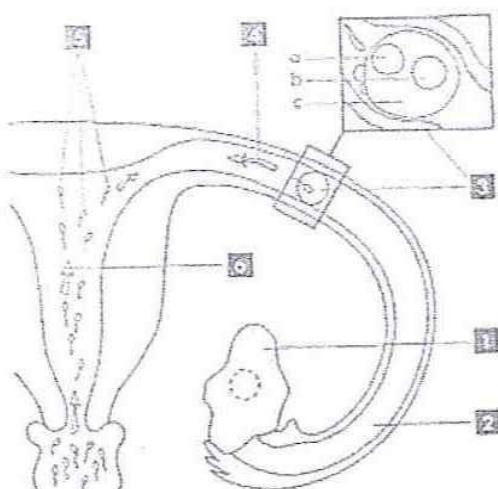
Après avoir été libéré par le follicule de De Graaf, au niveau de l'ovaire l'ovule est capté par les franges du pavillon de la trompe utérine et arrive ainsi dans le tiers externe de cette trompe, où il se trouve en présence des spermatozoïdes qui ont remonté la cavité utérine et les deux tiers internes de la trompe en quelques heures.

Un seul spermatozoïde, le premier arrivé, pénètre l'ovule, car, dès que la pénétration est effectuée, l'ovule devient imperméable aux autres.

Immédiatement après commence la fusion des éléments des 2 gamètes.

La tête du spermatozoïde, le pronucléus mâle, vient s'accorder au noyau de l'ovule, pronucléus femelle. La chromatine de chacun se condense en 23 chromosomes (dans l'espèce humaine) et la fusion aboutit à deux fois 23 chromosomes (soit 46). La première cellule aussi formée, l'œuf ou zygote, contient en puissance un individu complet et se divise très vite en deux, puis quatre et ainsi de suite, devenant peu à peu l'embryon. La fécondation ainsi réalisée est suivie de la migration de l'œuf dans la lumière de la trompe jusqu'à la cavité utérine, grâce aux mouvements péristaltiques de la trompe.

Chez la femme présentant un cycle normal de 28 jours, la fécondation se fait vers le 14^{ème} jour.



1. Ovaire
 2. Trompe
 3. Ovule fécondé au cours de sa migration
 - a. Le spermatozoïde a pénétré dans l'ovule, il perd son flagelle
 - b. Noyau de l'ovule
 - c. Cytoplasme de l'ovule
 4. Trajet de l'ovule fécondé
 5. Spermatozoïdes
 6. Trajet des spermatozoïdes
- Schéma n°3 : Fécondation (7)

Source : Dictionnaire Médical. Petit Larousse de Médecine 1986.

3. LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE FEMININE

3.1. Définition (8)

C'est une petite intervention chirurgicale sous anesthésie locale qui consiste à ligaturer et à sectionner les trompes de Fallope après :

- soit une incision péri ombilicale en post partum immédiat,
- soit une incision sus pubienne en intervalle.

3.2. Historique (9) (10)

L'idée de la stérilisation tubaire remonte au temps d'Hippocrate. Celui-ci en fait la proposition dans le but d'éviter la transmission des tares héréditaires.

La « Castration » est réalisée autrefois, après la bataille sur les ennemis vaincus.

La reine Sémiramis faisait castrer les faibles et les infirmes de son royaume.

C'est J. Blundell, à Londres, qui effectua la première ligature des trompes en 1823 lors de la césarienne pour éviter les risques d'une deuxième césarienne. Cette intervention consiste à couper ou à bloquer les 2 trompes de Fallope, de façon à ce que l'œuf sortant chaque mois des ovaires ne puisse être fécondé par le spermatozoïde.

Quarante cas de ligature tubaire ont été publiés entre 1880 et 1897, tous après césarienne.

En 1897 Kehrer, De Heidelberg ont proposé de pratiquer la stérilisation tubaire chez une femme qui avait mis au monde sept enfants anormaux.

La même année Beuttner a procédé par voie abdominale.

Il a fallu attendre la méthode d'obturation des trompes (méthode de Pomeroy) durant les années trente pour que l'emploi des procédures de stérilisation se généralise.

Puis sont venues les stérilisations par voie cœlioscopique.

La stérilisation par section électrocoagulation des isthmes tubaires (R. Palmer en 1962) a été pendant 15 ans le procédé le plus utilisé. Celui-ci tend à être remplacé actuellement par des procédés non électriques (anneau de Yoon, clips de Hulka).

A Madagascar, avant 1980, la méthode utilisée pour la ligature des trompes est la laparotomie sous anesthésie générale (LMSO).

Puis Ramialison a pratiqué :

- la ligature sous cœlioscopie par anneau de Yoon sous anesthésie locale ou générale,

- la mini laparotomie (mini-lap) sus pubienne sous anesthésie locale ou générale en 1981,
- la mini laparotomie du post partum par boutonnière pré ou sous ombilicale sous anesthésie locale en 1982.

En 1992 la contraception chirurgicale féminine sous anesthésie locale a été introduite dans les sites de planning familial après formation des prestataires et équipement des Centres.

3.3. Epidémiologie (11)

La stérilisation féminine est la principale méthode contraceptive utilisée dans le monde. C'est l'une des plus efficaces.

En France, le nombre de stérilisations est d'environ 30000 par an, 75% étant effectuées dans un but contraceptif et 25% sur indications médicales.

Sur 202 millions de stérilisations réalisées dans le monde, 163 dont les 161 millions dans les pays en voie de développement concernent les femmes.

Ce chiffre devrait atteindre les 215 millions d'ici 2010.

3.4. Les critères de qualité (4)

a) Efficacité

L'efficacité théorique et pratique est excellente.

b) Sécurité

Elle est excellente.

La contraception chirurgicale féminine est un peu plus compliquée que la vasectomie.

c) Tolérance

Elle est excellente si les précautions (risque de regrets) ont été prises.

d) Acceptabilité

Elle est modérée.

c) Réversibilité

Elle est difficile.

Les techniques de reperméabilisation des trompes sont longues, délicates, coûteuses et incertaines.

La CCVF est normalement irréversible et doit être définitive.

f) Coût

L'intervention coûte assez cher, mais par rapport à la durée d'action, elle est modique.

3.5. Les avantages et les inconvénients (12) (13) (14)

a) Les avantages

- Très efficace,
- Peu contraignante, pas de contrôle périodique à faire,
- Efficace immédiatement,
- N'interfère pas avec les rapports sexuels,
- Intervention chirurgicale simple généralement faite sous anesthésie locale,
- Pas d'effets secondaires à long terme,
- N'interfère pas avec la fonction sexuelle (aucun effet sur la production d'hormones dans les ovaires),
- Peut être réalisée immédiatement après un accouchement ou un avortement,
- Méthode discrète.

b) Les inconvénients

Ce sont :

- Douleur au niveau de l'incision et au bas ventre pendant quelques jours après l'opération,
- Une ou deux petites cicatrices sur le ventre
- Méthode permanente et irréversible : toujours s'assurer qu'il n'y a pas de risque important de regrets.

- la CCV requiert un examen physique et la réalisation de l'acte par un prestataire de service formé,
- aucune protection contre les IST y compris le VIH/SIDA.

3.6. Les indications et les contre-indications (15) (16)

a) *Les indications*

La contraception chirurgicale est indiquée chez la femme :

- qui a le nombre d'enfants voulus,
- chez qui une grossesse pourrait comporter des risques,
- chez qui les autres méthodes contraceptives sont contre-indiquées.

b) *Les contre-indications*

La CCVF est contre indiquée si :

- le couple n'a pas encore le nombre d'enfants désires ou hésite sur ce point,
- la femme a moins de 30 ans,
- le couple est instable,
- le couple est en désaccord,
- la décision est hâtive.

3.7. Les voies d'abord (17) (18) (19) (20)

Les trompes peuvent être abordées par 2 voies :

- abdominales,
- naturelles.

a) *Abdominales*

- Laparotomie

C'est en raison d'un geste chirurgical qu'elle est utilisée en :

- opération césarienne,
- cure de prolapsus par voie abdominale,
- toute autre affection gynécologique.

La ligature section des trompes n'est qu'un temps complémentaire.

Des variantes à la laparotomie médiane sous ombilicale ou à l'incision de Pfannenstiel peuvent être utilisées.

- Minilaparotomie

Elle s'effectue généralement sous anesthésie locale et nécessite 3 à 4cm d'incision chez une femme mince avec un utérus mobilisable.

Elle peut être pratiquée en ambulatoire :

- pendant le post-partum, on pratique la mini laparotomie avec incision sous ombilicale,
- pendant la période d'intervalle, c'est la mini laparotomie avec incision sus-pubienne.

Il existe d'autres variantes de minilaparotomie :

- minilaparotomie sus-pubienne verticale médiane de PALMER :
- indiquée chez une femme ayant un utérus intra-pelvien,
- minilaparotomie sus-pubienne transversale de VITOON indiquée chez une femme ayant un utérus intra-pelvien,
- minilaparotomie para-ombilicale d'ODENT pour la stérilisation du post-partum,

minilaparotomie centrale d'UCHIDA faite à mi-distance de l'ombilic et du pubis, utilisée à l'occasion d'une interruption volontaire de la grossesse.

1. La minilaparotomie sus-pubienne verticale médiane de PALMER.
2. La fenêtre transombilicale.
3. la minilaparotomie centrale d'UCHIDA
4. La minilaparotomie transversale sus-pubienne.

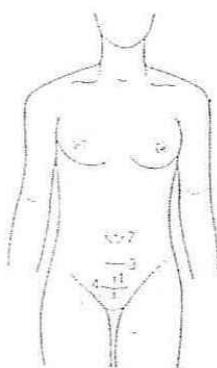


Schéma n°4 : Les différentes techniques de minilaparotomie

Source : La stérilisation volontaire en France et dans le monde,

Paris, Masson, 1981.

- La coelioscopie

C'est une intervention chirurgicale qui consiste à introduire un petit trocart sous le nombril.

Elle est souvent utilisée pour la stérilisation à distance du post-partum et du post abortum.

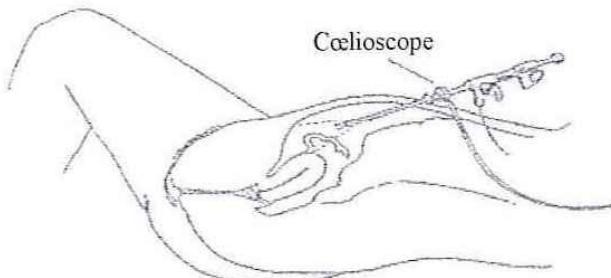


Schéma n°5 : Visualisation de la cavité abdominale au moyen du cœlioscope d'après Stewart et AL, 1987.

b) Voies naturelles

De longue date, la voie naturelle vaginale a été utilisée pour pratiquer une stérilisation tubaire au cours de la cure chirurgicale d'un prolapsus opéré par voie basse.

Il y a différentes techniques pour la réalisation de la stérilisation par voie vaginale ; ce sont :

- la culdotomie ou colpotomie postérieure,
- la colpotomie antérieure,
- la culdoscopie.

Cette méthode est indiquée en cas de contre-indication à la coelioscopie, en cas d'insuffisance respiratoire.

Elle est contre-indiquée en cas de pathologie utérine ou annexielle.

Actuellement, il existe une nouvelle méthode : le dispositif Essure. Celui-ci se pratique sans anesthésie générale et sans hospitalisation. On accède aux trompes pour y placer un micro implant souple dans chacune des trompes pour les obstruer. C'est une méthode simple et rapide (environ 30mn) ne laissant pas de cicatrice.

Il faut attendre 3 mois et continuer sa méthode de contraception habituelle avant que la méthode soit efficace. Elle est irréversible.

3.8. Le moment de l'intervention (21) (22)

- Les procédés suivants sont tous acceptables s'ils sont effectués conformément aux directives suivantes :
 - stérilisation « par intervalle » : après la 4ème semaine du post partum ou après la 1ers trimestre,
 - stérilisation post partum : dans la semaine suivant l'accouchement ou au moment de la césarienne,
 - stérilisation post abortum : dans la semaine suivant l'avortement.

- Le meilleur moment pour la stérilisation post partum a lieu dans les 48 heures suivant l'accouchement.

Si elle est effectuée entre le troisième et le septième jour post partum, ou devra utiliser des antibiotiques prophylactiques en raison du risque accru d'infection.

- Ne pas effectuer de stérilisation post partum ou post abortum plus de sept jours après l'accouchement ou/après l'avortement.

Au-delà de sept jours, retarder le procédé jusqu'à la cinquième semaine afin d'éviter des complications chirurgicales et des risques supplémentaires.

3.9. Techniques de stérilisation chirurgicale (23) (24) (25) (26)

Il existe 3 procédés disponibles :

- la tubo résection,
- la tubo section,
- la tubo ligature.

3.9.1. Procédé de tubo résection

a) *La salpingectomie subtotale ou totale*

Cette méthode ne doit être utilisée que devant une trompe douteuse.

b) *La résection segmentaire trans-séreuse*

c) La méthode du Pomeroy

Elle consiste à soulever une boucle tubaire sur la partie moyenne de l'ampoule, la lier à sa base avec un fil résorbable lent et la couper au ras de la ligature.

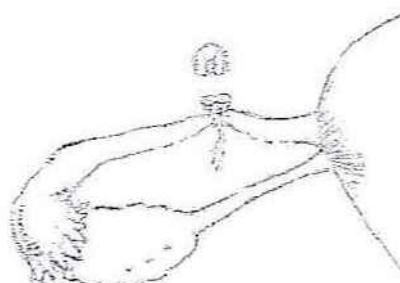


Schéma n°6 : Méthode de Pomeroy
Source : Technique de stérilisation chirurgicale.
Edition Masson, 1991.

d) Opération de Pomeroy modifiée

Cette technique consiste à réséquer sur la partie moyenne de l'isthme dont les bouts sont noués séparément facilitant leur éloignement secondaire.



Schéma n°7 : Méthode de Pomeroy modifiée (20)

Source : Technique de stérilisation chirurgicale. Edition Masson, 1991.

3.9.2. Procédé de tubo section

a) Procédé de Rouchy d'Angers

Après avoir sectionné l'isthme tubaire en son milieu entre deux ligatures qui prennent également l'arcade sous-tubaire, les deux bouts isthmiques seront adossés sur une longueur de 15 millimètres et fixés en passant les fils de ligature à travers le méso.

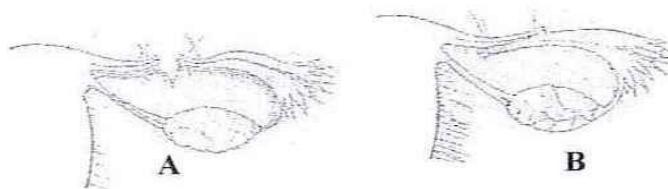


Schéma n°8 :

Rouchy (25)

Source : Stérilisation par minilaparotomie sous anesthésie locale. Médecine Tropicale. Edition Masson

Méthode de

b) Procédé de Stalhworthy

Après avoir sectionné l'isthme tubaire en son milieu entre deux ligatures, on attire le bout distal à travers une perforation du méso du ligament rond et on le fixe en avant du ligament rond par du fil de ligature.

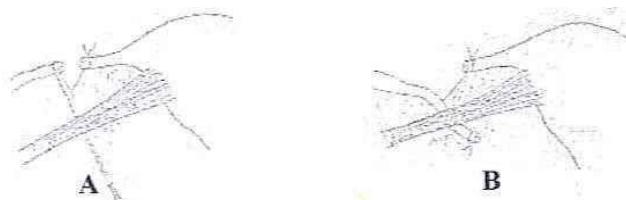


Schéma n°9 :

Stallworthy (20)

Source : Technique de stérilisation chirurgicale. Edition Masson. 1991.

Technique de

3.9.3. Procédé de tubo ligature**a) Procédé de Madlener**

Cette technique consiste à saisir l'ampoule tubaire dans son tiers moyen puis à la soulever pour créer une boucle, que l'on écrase à sa base, avec une grosse pince, que l'on lie par la suite dans la zone écrasée avec un fil non résorbable. C'est la plus utilisée au cours des opérations césariennes.

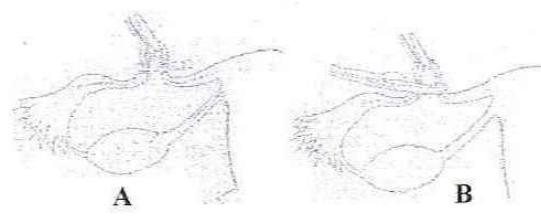


Schéma n°10 : Méthode de

(20)

Source : Technique de

stérilisation chirurgicale. Edition Masson. 1991.

Madlener

b) Procédé de Purandale de Bombay

La ligature n'enserre qu'un court segment de l'ampoule tubaire, sans intéresser le méso-salpinx.

c) Procédé d'Irving

On coupe l'isthme à sa partie moyenne puis on replie le bout proximal en dedans que l'on fixe dans une fente du myomètre.

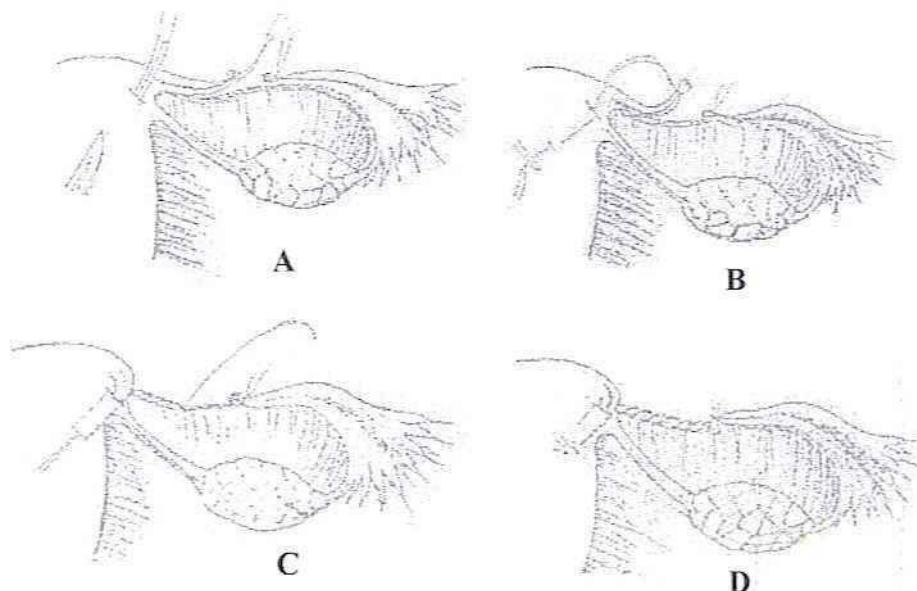


Schéma n°11 : Méthode d'Irving

Source : Technique de stérilisation chirurgicale. Edition Masson. 1991.

3.10. Les complications (27)

Pouvant résulter de l'occlusion des trompes, elles comprennent :

- l'hémorragie intra péritonéale, généralement liée à la laparoscopie,
- l'infection pelvienne ou péritonite,
- la formation d'hématomes,
- les saignements ou écoulements purulents au niveau de la zone opérée.

A de rares occasions il peut se produire des urgences chirurgicales telles que des blessures à l'utérus, aux intestins ou / à la vessie, ou une embolie.

Il est essentiel de détecter immédiatement ces problèmes afin de garantir un traitement rapide.

La formation aux méthodes d'occlusion des trompes devra comprendre l'identification et la gestion des complications.

3.11. Suivi (28)

- Une semaine après l'intervention la femme revient pour ablation de fils et vérification de la plaie ; puis on encourage la cliente à revenir à n'importe quel moment en cas de besoin.
- Au cours de la visite, profiter de l'occasion pour vérifier la satisfaction du couple en rapport à la méthode. Ou profite aussi de ce suivi pour faire un contrôle gynécologique : examen au spéculum, toucher vaginal, examen des seins.

3.12. Les conséquences de la stérilisation (29)

Les conséquences de la stérilisation sur la vie sexuelle sont connues :

- 18% des femmes gardent la hantise d'une grossesse,
- 16% utilisent encore une contraception, 75% sont satisfaites,
- 16% ne le sont pas et évoquent un syndrome « post stérilisation » regroupant des signes divers : troubles menstruels, ménométrorrhagie, dysménorrhée, douleurs pelviennes, dyspareunie.

Le regret peut se traduire par une demande de reperméabilisation.

DEUXIEME PARTIE
ETUDE PROPREMENT DITE

1. OBJECTIFS DE L'ETUDE

1.1. Objectif général

Notre étude vise à augmenter le nombre de femmes acceptant la ligature section des trompes en post partum et en intervalle en vue d'améliorer la santé maternelle et infantile et de lutter contre la pauvreté.

1.2. Objectifs spécifiques

Ils consistent à :

- faire connaître la CCVF du post partum et en intervalle,
- donner des suggestions en vue de sensibiliser les femmes enceintes sur les avantages de la CCVF.
- améliorer les capacités des prestataires du service afin de mener à bien l'acte opératoire,

2. CADRE DE L'ETUDE

Le CHUA gynécologie obstétrique de Befelatanana est un bâtiment de 4 étages en forme de « L », implanté à Anosikely dans le 4^{ème} Arrondissement «Firaisana Antananarivo faha-4 ».

Il est limité à l'Est par l'EEMS (Ecole d'enseignement médico-social, ancienne école des Sages femmes) et à l'Ouest par le service d'odontostomatologie.

Construit durant l'époque coloniale en 1952, fonctionnel depuis le 11 février 1957, il est devenu CHU en 1997 et a été récemment réhabilité en 2000.

C'est un centre de référence de 3^{ème} niveau en matière de gynécologie et de santé de la reproduction.

La maternité de Befelatanana comprend :

- le service administratif,
- le service de réception et triage,
- le service de consultation gynécologique,
- le service de la santé de la reproduction (SSR),
- le service d'exploration fonctionnelle (Echographie),
- le service de pharmacie,
- le service de restauration,

- une salle d'accouchement au 1er étage,
- une salle pour AMIU au 4^{ème} étage,
- 3 blocs opératoires : 1 au rez-de-chaussée, 1 au 4^{ème} étage,
- enfin les services d'hospitalisation lesquels sont subdivisés en :
 - unités de physiologie obstétricale : la première unité se trouve au premier étage (obstétrique I) et la seconde au 2^{ème} étage (obstétrique II),
 - au 3^{ème} étage : service de pathologie obstétricale, service de réanimation adulte,
 - service de néonatalogie comprenant l'unité kangourou, la réanimation néonatale, y comprise la prise en charge des prématurés,
 - au 4^{ème} étage, il y a la gynécologie interne.

2.1. Personnel

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo Maternité de Befelatanana est composé de 205 personnes :

- 33 médecins dont :
 - 1 médecin spécialiste en santé publique (Médecin Chef),
 - 2 chefs de clinique en gynécologie obstétrique,
 - 5 médecins spécialistes en gynécologie obstétrique,
 - 1 médecin pédiatre,
 - 1 médecin spécialiste en anesthésie réanimation,
 - 1 médecin titulaire du diplôme de radiologie et d'échographie,
 - et 22 médecins généralistes.
- 3 internes qualifiants en gynécologie obstétrique,
- 89 sages-femmes, 4 infirmières, 2 aides anesthésistes,
- 1 assistante sociale, 27 agents du service administratif, 6 agents de sécurité, 40 agents d'appui,
- des stagiaires (internes et étudiants 6^{ème} année en médecine, élèves infirmiers, élèves sages-femmes). Leur effectif et séjour varient d'une période à l'autre.

2.2. Les activités du service de la planification familiale

2.2.1. Le personnel

Le site du planning familial (PF) Maternité de Befelatanana est assuré par le personnel suivant :

- un médecin chef de service ayant reçu une formation,
- 3 sages-femmes formées en planning familial,
- 2 agents d'appui.

2.2.2. Le local

Le Centre de la santé de la reproduction adulte (SRA) se trouve au rez-de-chaussée. Trois salles sont réservées au service de PF. Elles sont assez vastes.

2.2.3. Le matériel

Le site de PF dispose de :

- 1 tensiomètre type Vaquez,
- 1 stéthoscope,
- 6 spéculums vaginaux,
- gants;
- 3 tables d'examen,
- 6 chaises,
- 4 armoires pour le stockage de produits contraceptifs et des dossiers des clientes,
- 3 boîtes pour la mise en place de dispositif intra-utérin (DIU),
- 3 boîtes pour la pose et le retrait de Norplant,
- 2 boîtes pour la vasectomie, et 3 boîtes pour la CCVF.

2.2.4. Les méthodes contraceptives disponibles au Centre

a) *Les contraceptifs oraux ou pilules*

Ils comprennent :

- le Lo Fémenal composé de :
 - Norgestrel : 0,30 mg,

- Ethinyl oestradiol : 0,30 mg,
- Fumarate ferreux : 75 mg.
- l'ovrette : contraceptif oral progestatif composé de Norgestrel (0,075mg).

b) *Le contraceptif injectable : Dépo Provera*

c) *Dispositif intra-utérin (DIU ou stérilet)*

Le type est le TCU 3 80A.

d) *Les méthodes barrières :*

- condom ou préservatif,
- conceptrol ovules.

e) *Le Norplant*

f) *La CCVF*

g) *La CCVM vasectomie*

2.2.5. Le coût des moyens contraceptifs

- 500 Fmg : 1 plaquette de pilule,
- 1.500 Fmg : 1 ampoule de contraceptif injectable,
- 5.000 Fmg : la pose de stérilet,
- 5.000 Fmg : la pose de norplant,
- 100 Fmg : la pièce de préservatif,
- 100 Fmg : le sachet de conceptrol ovule,
- 50.000 Fmg : le kit pour une CCVF,
- 50.000 Fmg : le kit pour une CCVM.

3. METHODOLOGIE

3.1. Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur les cas de contraception chirurgicale volontaire féminine, du post partum et en intervalle effectuée au CHUA Maternité de Befelatanana sur la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2005.

3.2. Matériels d'étude

3.2.1. Critères d'inclusion

Sont incluses dans l'étude les femmes ayant une minilaparotomie sous anesthésie locale par la méthode intervalle et par la méthode « boutonnière sous ombilicale » en post partum.

3.2.2. Critères d'exclusion

Sont exclues de l'étude les femmes ayant subi une ligature section des trompes lors des interventions gynéco-obstétricales telles les opérations césariennes et les grossesses extra-utérines.

3.2.3. Les paramètres d'étude

Ils sont obtenus à partir de :

- dossiers de protocoles opératoires du 4^{ème} étage,
- dossiers de fiche individuelle des femmes venues au Centre de Santé de la Reproduction pour une contraception.

Les femmes recrutées sont :

- venues de leur propre gré : grandes multipares, couples ne désirant plus avoir d'enfants et ne voulant plus se soumettre aux contraintes de contraception réversible,
- vues en consultation de gynécologie externe,
- des hospitalisées pour accouchement et ayant été sensibilisées lors des visites en suites de couches,
- envoyées par des associations s'occupant de la planification familiale comme le « MSI » (Marie Stopes Internationale).

4. LA CCVF SUR LE PLAN PRATIQUE AU CHUA MATERNITE DE BEFELATANANA

4.1. Evaluation préopératoire des femmes à ligaturer

En dehors des indications et des contre-indications la LST n'est décidée qu'après l'établissement d'un score décisionnel.

A la Maternité de Befelatanana la CCVF est basée sur les critères d'éligibilité : la règle de 120 du collège Américain des obstétriciens et des gynécologues.

La formule est la suivante. Age de la mère x nombre d'enfants vivants :

- pour un résultat supérieur ou égal à 120, la CCVF est acceptée,
- si le résultat est inférieur à 120, le cas est à discuter.

Elle a subi une modification et l'application a été faite selon les critères suivants.

Tableau n°1 : Critères décisionnels de la CCVF

Age	Nombre d'enfants vivants
28 à 29 ans	5 enfants vivants
30 à 34 ans	3 enfants vivants dont le dernier-né doit avoir plus de 3 ans
35 à 39 ans	3 enfants vivants
40 à 45 ans	2 enfants vivants dont le dernier-né doit avoir plus de 3 ans
A 46 ans et plus	2 enfants vivants

- Une évaluation psychologique est effectuée afin d'éviter un éventuel regret venant des femmes voire des couples après la CCVF.

Pour cela il faut :

- informer les femmes, et dans la mesure du possible, les couples sur les différentes méthodes contraceptives existantes, avec leurs avantages et inconvénients,
- bien expliquer que la stérilisation est permanente, irréversible et que la femme ne peut plus avoir d'enfants,
- faire comprendre que cette intervention empêche seulement l'ascension des spermatozoïdes et la descente de l'ovule, mais ne modifie en rien les

fonctions sexuelles et endocrines de la femme.

Après toutes ces explications, on accorde aux couples un délai de la 1 à 2 mois avant l'accouchement pour leur permettre de bien décider calmement et de définir leur choix, et de 15 jours pour les LST par la méthode intervalle.

Si la cliente est prête pour la stérilisation, elle fait une demande écrite, marquant un accord relatif à leur choix, co-signée.

Les analphabètes doivent remplacer leur signature par l'empreinte du pouce. Un témoin de leur choix doit également signer le formulaire.

La préparation psychologique est une étape essentielle, car elle permet d'éviter les répercussions psycho-sexuelles de la CCVF et une éventuelle demande de reperméabilisation tubaire ultérieure.

- Evaluation médicale

Elle vérifie le bon fonctionnement des différents appareils pour dépister une pathologie pouvant imposer une prise en charge particulière ou retarder l'intervention.

a) *L'interrogatoire*

Il porte sur les éléments suivants :

- l'âge,
- la profession ou le niveau d'étude,
- la situation matrimoniale,
- les antécédents obstétricaux :
 - la gestité,
 - la parité,
 - le nombre d'enfants vivants,
 - les fausses couches spontanées ou provoquées,
 - les suites de couches,
 - les hémorragies pendant ou après l'accouchement.
- les antécédents gynécologiques :
 - antécédents d'IST,
 - caractères des règles,
 - méthodes contraceptives déjà employées,

- les antécédents médicaux :
 - épilepsie,
 - troubles psychiques,
 - psychose puerpérale,
 - pathologies cardio-pulmonaires,
 - hypertension artérielle,
 - troubles hémorragiques,
 - anémie,
 - infection urinaire,
 - diabète,
 - allergie médicamenteuse,
- les antécédents chirurgicaux :
 - notion d'interventions chirurgicales abdominales ou pelviennes,

b) L'examen physique

Il comprend :

- l'appréciation de l'état général de la patiente et de la coloration des conjonctives,
- la prise des paramètres vitaux : pouls, température, tension artérielle,
- la prise du poids,
- l'examen des seins,
- l'examen cardio-pulmonaire.

4.2. Technique

a) Mode d'anesthésie

L'intervention se fait sous anesthésie locale.

La XYLOCAÏNE à 1% non adrénalinée est utilisée à une dose qui ne doit pas dépasser 0,5mg par kg de poids corporel.

b) Le kit de minilaparotomie sous anesthésie locale

Il comprend les matériels suivants :

- pince à tampon	1
- sonde urétérale	1
- spéculum de Cusco	2
- pinces fixe-champs	4
- seringue 10 cc en verre	1
- pince à disséquer sans griffes	1
- valve double grand et petit modèle	2
- pince à disséquer avec griffes	1
- écarteur de Farabeuf	2
- écarteur fenêtre	2
- Kocher courbe sans griffe	4
- Kocher droit sans griffe	2
- pince à trompe	1
- porte aiguille moyen modèle	1
- crochet tubaire	1
- pince de Babcock	1
- ciseau long courbé	1
- ciseau droit petit modèle	1
- pince de Kocher avec griffes	1
- dissecteur	1
- fils résorbable et non résorbable	1

c) L'intervention chirurgicale dans le post partum

• **Voie d'abord**

C'est la minilaparotomie para-ombilicale de ODENT ou fenêtre transombilicale, qu'on utilise dans le post partum. Il s'agit d'une petite incision de 2,5cm environ, transversale, au niveau de la région sous ombilicale, 1 à 2cm en dessous de la hauteur utérine.

- **Le procédé utilisé**

On utilise le procédé de POMEROY qui consiste à créer une anse tubaire d'environ 2cm par traction sur la trompe, suivie d'une ligature placée au pied de l'anse.

- **Acte opératoire proprement dit :**

- port de camisole et de bottes stériles de la patiente,
- installation de la femme sur la table d'opération en décubitus dorsal, membres inférieurs en abduction,
- désinfection à la Betadine du site opératoire et de la paroi antérieure de l'abdomen,
- mise en place de champs stériles,
- injection de 20ml de XYLOCAINE 1% sans adrénaline dans le site opératoire.

On fait l'injection intradermique dans les 4 directions.

Puis on enfonce l'aiguille à 45° dans les 4 directions en bas vers l'aponévrose. A chaque injection, on aspire pour être sûr que l'aiguille n'a pas piqué les vaisseaux sanguins.

Après, on retire l'aiguille lentement en injectant I à 2ml de produit anesthésique dans l'aponévrose.

Pour terminer, on réintroduit l'aiguille perpendiculairement en passant par la gain du muscle droit jusqu'au péritoine.

- Massage doux de la peau durant quelques minutes pour que l'anesthésie se répande.
- Incision transversale de la peau de 1,5 cm à 3cm dans le repli ombilical inférieur.
- Distension de l'aponévrose à l'aide de 2 pinces de Kocher, puis on fait une incision transversale jusqu'au péritoine.
- Ouverture verticale prudente entre 2 pinces du péritoine pariétal.
- Mise en place des 2 écarteurs de FARABEUF.
- Rendre le ventre à plat par la mise en position de TRENDLEMBURG de la patiente, table inclinée à 15°, ceci pour faciliter la remontée des anses intestinales et de l'épiploon vers le diaphragme et dégager le champ

opératoire.

- On repère avec les doigts la situation de l'angle utérin et on déplace les écarteurs jusqu'à ce que la corne utérine et l'origine de la trompe se présentent à la fenêtre de l'incision.
- On recherche la trompe à l'aide d'un crochet tubaire, et on la saisit avec une pince BABCOOK à l'endroit le plus éloigné de la corne utérine au niveau de l'isthme.
- On infiltre 3 à 5ml de Xylocaïne sur chaque trompe.
- On pratique la ligature, sur la partie moyenne au niveau d'une zone avasculaire de l'isthme tubaire, à l'aide d'un fil résorbable.
- On tamponne le bout avec une compresse imbibée de Betadine. On remet en douche la trompe dans l'abdomen. On effectue la même manœuvre de l'autre côté. On nettoie de l'abdomen.
- On ferme la paroi abdominale plan par plan par une suture, une fois l'hémostase assurée.
- On panse la plaie abdominale avec de la Betadine. La durée moyenne de l'intervention est de 15mn.

d) L'intervention chirurgicale par la méthode par intervalle

Les différentes étapes opératoires effectuées sont les suivantes :

- vérifier que la vessie est vide,
- raser les poils qui se trouvent à l'endroit de l'incision,
- en mettant des gants, faire un examen gynécologique bi manuel :
 - placer la cliente en position gynécologique,
 - déterminer la position, la flexion, la mobilité, la dimension, la forme et la condition de l'utérus,
- insérer l'élévateur utérin,
- passer une solution antiseptique (Betadine) sur le col et le vagin,

- en portant les mêmes gants mais sans toucher l'élevateur utérin au-dessus de la garde de protection, insérer doucement l'élevateur jusqu'à la garde sans toucher les parois vaginales,
- utiliser l'élevateur comme un levier, appuyer en baissant sur le manche, soulevant ainsi le fond de l'utérus contre la paroi abdominale. N'utiliser pas une trop grande force pour déplacer l'utérus.

Un bombement indique la hauteur utérine, généralement 2 à 3cm au-dessus de la symphyse pubienne.

L'incision est faite 1 à 2cm en dessous de la hauteur de l'utérus palpe.

- mettre des gants stériles et préparer l'abdomen avec des antiseptiques et des champs opératoires,
- parler à la cliente :
 - lui expliquer qu'on va anesthésier la peau et qu'elle ressentira une légère douleur. Indiquer lui qu'elle peut ressentir des pressions, des tractions ou des crampes à certains moments de l'opération,
 - lui dire que si elle a mal à un moment donné elle devrait le dire l'opérateur pour qu'on puisse la soulager.
- infiltrer l'anesthésique local :
 - faire un petit bouton d'anesthésie au niveau de la peau,
 - infiltrer la peau dans les 2 directions le long de la ligne de l'incision, en utilisant un total de 6 à 8 ml de Xylocaïne à 1% sansadrénaline,
 - insérer l'aiguille à un angle de 45° dans les 4 directions jusqu'au fascia. Ensuite, retirer doucement l'aiguille en injectant 1 à 2 ml de Liguocaïne dans le fascia dans chacune des 4 directions,
 - enfoncez l'aiguille perpendiculairement en passant par la gaine du muscle grand droit et du muscle jusqu'au péritoine. Aspirer, injecter 1ml dans le plan péritoneal, retirer l'aiguille,

- masser doucement la peau pour que l'anesthésique se répande dans les tissus et attendre 2 à 3 minutes pour qu'il agisse,
 - tester l'anesthésique. Si la cliente peut sentir la piqûre de l'aiguille, attendre encore 2 à 3 minutes, faire à nouveau le test,
 - garder la lignocaïne restant dans la seringue (environ 5ml) pour l'utiliser le cas échéant sur le fascia, le péritoine, l'utérus, les trompes et le mésosalpinx.
- pénétrer dans l'abdomen :
- inciser la peau 2 à 3cm au-dessus de la symphyse pubienne (généralement, 1 à 2cm en dessous de la hauteur utérine) mais n'inciser pas les tissus sous-cutanés. L'incision de la peau est généralement transversale et a 2 à 3cm de long. Contrôler les personnes qui ont tendance à saigner facilement,
 - pour minimiser les risques de saignement, disséquer carrément les tissus sous-cutanés. Insérer les rétracteurs dans l'incision,
 - ouvrir le fascia : faire une entaille transversale dans le fascia. Saisir le bout avec une pince. Séparer carrément le muscle de la gaine (fascia). Agrandir l'entaille pour ouvrir le fascia au-delà des bouts de l'incision cutanée,
 - séparer les muscles du grand droit aux lignes blanches. Insérer les rétracteurs pour mieux séparer encore les muscles du grand droit et exposer le tissu adipeux extra-péritonéal. Enlever les tissus adipeux si c'est nécessaire pour exposer péritoine,
 - éléver le péritoine. Avant d'inciser, palper un repli de tissu et voir s'il est translucide pour confirmer qu'il s'agit bien du péritoine et pour vérifier que des contenus abdominaux n'y adhèrent pas. Faire une petite ouverture dans le péritoine avec des ciseaux ou un bistouri, vérifier les tissus sous adjacents pour être sur de ne pas avoir pénétré ou blessé l'intestin,
 - agrandir des 2 côtés l'incision péritonéale si c'est nécessaire,
 - replacer les rétracteurs à l'intérieur de l'abdomen.

- libérer les trompes de Fallope :
 - presser doucement en descendant sur le marché de l'élévateur utérin pour éléver le fond de l'utérus vers l'endroit de l'incision et plus près de la paroi abdominale ?
 - tourner la manche de l'élévateur pour amener la première trompe de Fallope sous le site de l'incision,
 - amener doucement la trompe vers l'endroit de l'incision avec le crochet tubaire. Saisir la trompe avec une pince de Baboock à l'endroit le plus éloigné de la corne utérine. Manier la trompe le moins possible,
 - par le biais de l'incision, tenue ouverte par les rétracteurs, mettre 3 à 5 ml de lignocaïne à 1 % sur chaque trompe de Fallope et sur l'utérus,
 - Confirmer l'identité des trompes en observant le bout frangé.

- occlusion des trompes de Fallope :
 - Méthode de Pomeroy

En utilisant des sutures absorbables, nouer une boucle de 1 à 2 cm dans la partie isthmique de la trompe et exciser la partie supérieure de la boucle au-dessus de la ligature.

 - Inspecter le moignon de la trompe pour être sûr qu'il ne saigne pas et qu'il ne faut pas une ligature supplémentaire,
 - Couper la ligature,
 - Remettre doucement la trompe dans l'abdomen,
 - Libérer et refaire les mêmes gestes pour la 2^{ème} trompe,
 - Une fois les trompes obliterées, ajuster la table si elle a été penchée pour qu'elle soit à nouveau parallèle par rapport au sol

- fermer l'incision :
 - une fois l'hémostase assurée, fermer la plaie plan par plan. La fermeture péritonéale est facultative.

Si on décide de la faire, il faut agir rapidement et facilement puisque ce n'est pas nécessaire et que cela peut être douloureux. Une bonne fermeture du fuscia est

essentielle. Utiliser une suture à points continus et une suture à points séparés pour fermer le fascia.

- fermer la peau avec une suture à points continus et à points séparés, soit absorbables soit non absorbables
- faire un pansement,
- retirer l'élevateur utérin. Vérifier qu'il n'y a pas de saignements excessifs. Mettre une compresse hygiénique.

5. RESULTATS

5.1. Fréquence

- Nombre total d'utilisateurs de méthodes contraceptives : 2702.
- Effectif mensuel des femmes ayant subi une ligature section des trompes : 27 dont :
 - 17 en post partum (62,96%),
 - 10 en période d'intervalle (37,04%).

5.1.1. Fréquence mensuelle

Tableau n°2 : Répartition mensuelle des opérées de CCVF

Mois	Nombre
Janvier	2
Février	3
Mars	1
Avril	4
Mai	1
Juin	1
Juillet	3
Août	4
Septembre	3
Octobre	2
Novembre	1
Décembre	2

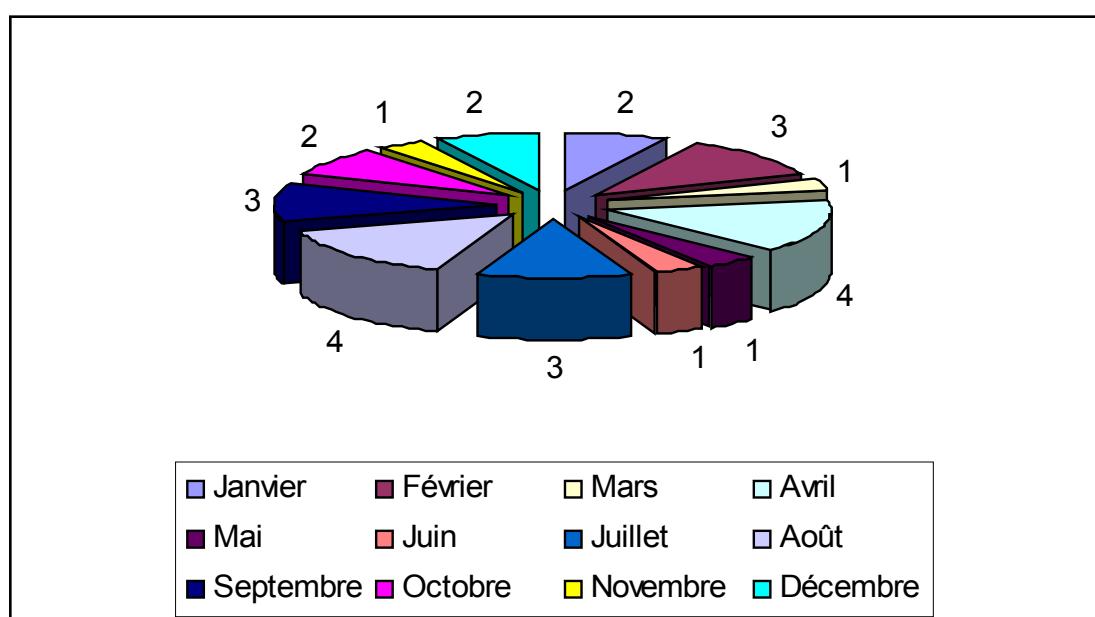


Figure n°1 : Effectif mensuel des opérées de CCV F .

5.1.2. Fréquence trimestrielle

Tableau n°3 : Répartition trimestrielle des clientes

Trimestre	Effectif
Premier	6
Deuxième	6
Troisième	10
Quatrième	5
Total	27

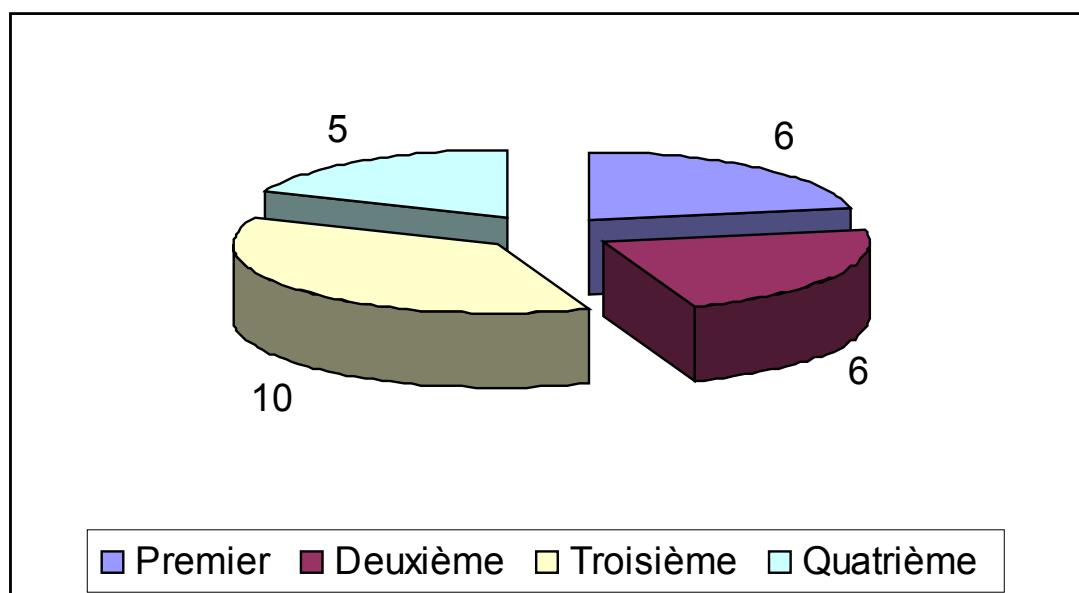


Figure n°2 : Effectif trimestriel des clientes

5.1.3. La CCVF au cours des 5 dernières années

Tableau n°4 : Les cas de CCVF au cours des 5 dernières années

Année	Effectif
2001	75
2002	45
2003	107
2004	64
2005	27

Une légère baisse par rapport à l'année 2004 a été observée.

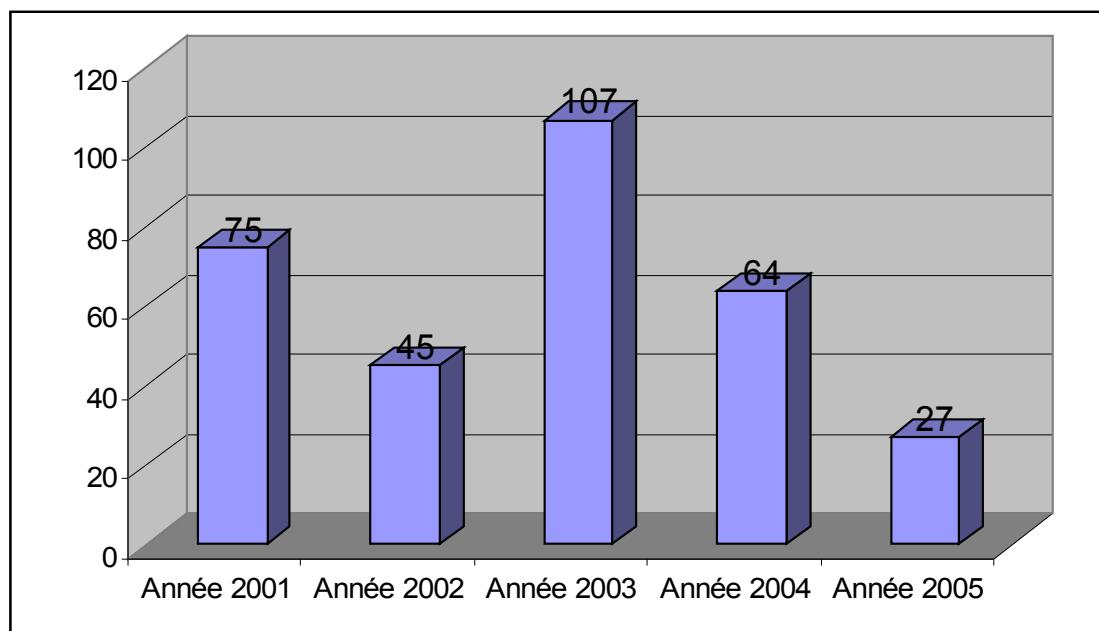


Figure n°3 : Effectif des cas de CCVF durant les 5 dernières années.

5.2. Aspects épidémiologiques

5.2.1. Age

Tableau n°5 : Répartition des clientes selon l'âge en 2005.

Age	Effectif	Pourcentage (%)
29 ans	1	3,71
30 à 35 ans	11	40,74
36 à 40 ans	13	48,13
41 et plus	2	7,42
Total	27	100

La plus jeune femme opérée à 29 ans, la plus âgée à 47 ans.

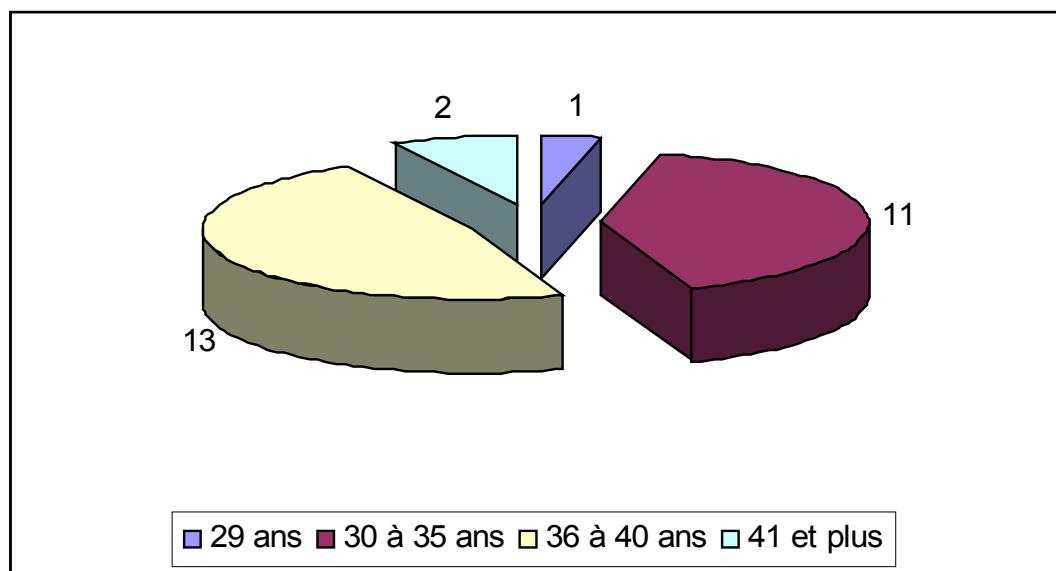


Figure n°4 : Age des clientes

5.2.2. Nombre d'enfants vivants

Tableau n°6 : Répartition des clientes selon le nombre d'enfants vivants.

Nombre d'enfants vivants	Nombre de cas	Pourcentage (%)
2	0	0
3	2	7,42
4	3	11,11
5	6	22,22
6	5	18,48
7	3	11,11
8	2	7,42
9	2	7,42
10	3	11,11
11	1	3,71
Total	27	100

Les femmes ayant 5 et 6 enfants vivants prédominent.

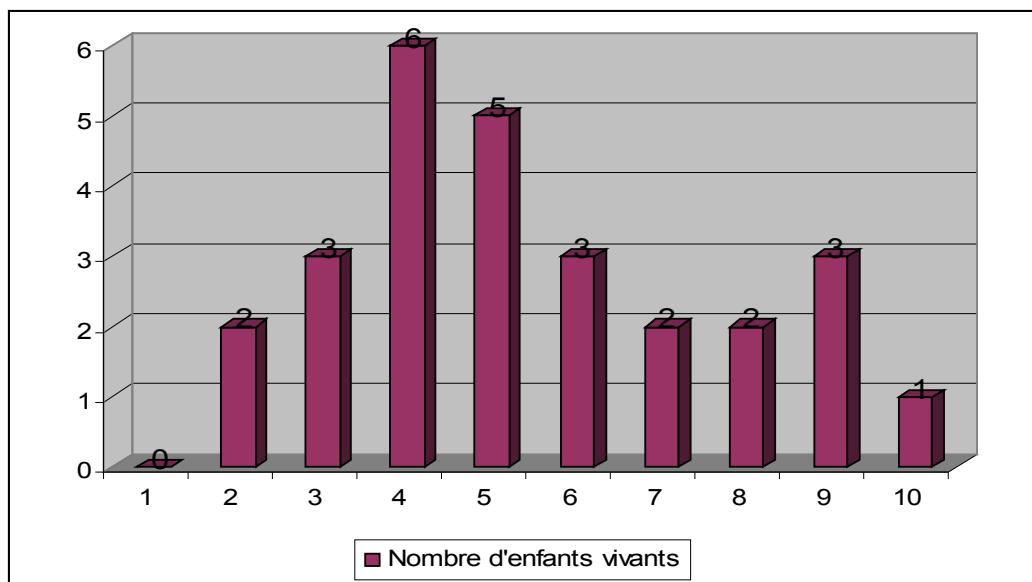


Figure n °5 : Le nombre d'enfants vivants des clientes

5.2.3. La parité

Tableau n°7 : Répartition des clientes selon la parité

Parité	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Primipare I	0	0
Paucipares II – III	2	7,42
Multipares IV – V	9	33,33
Grandes multipares VI et plus	16	59,25
Total	27	100

Les multipares et les grandes multipares prédominent.

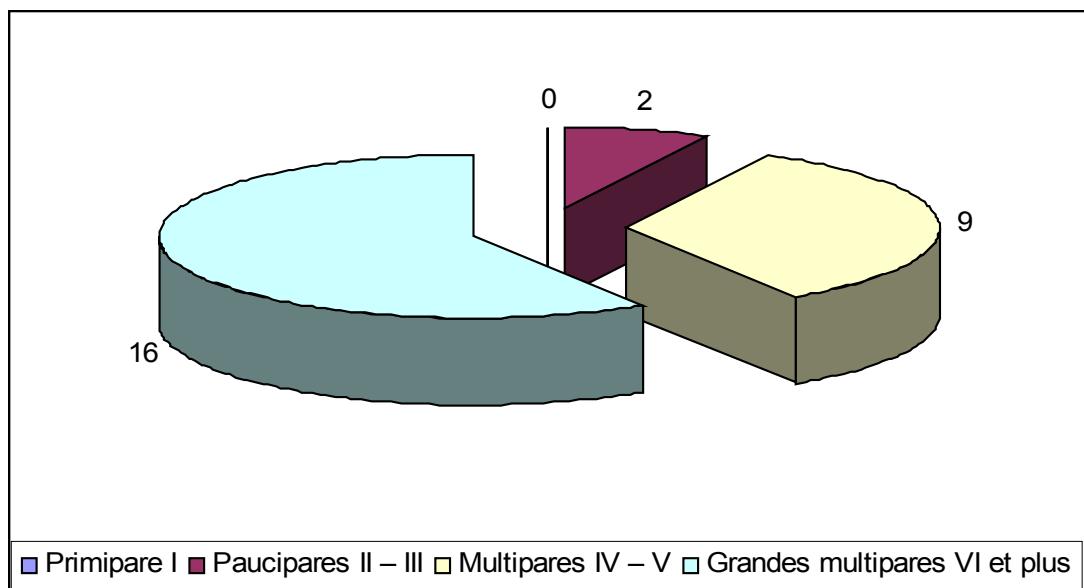


Figure n°6 : La parité des clientes

5.2.4. Provenance

Tableau n°8 : Répartition des clientes selon la provenance

Provenance	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Antananarivo ville	6	22,22
Suburbaine	6	22,22
En dehors de Tana	15	55,56
Total	27	100

La plupart des clientes habitent en dehors de la ville.

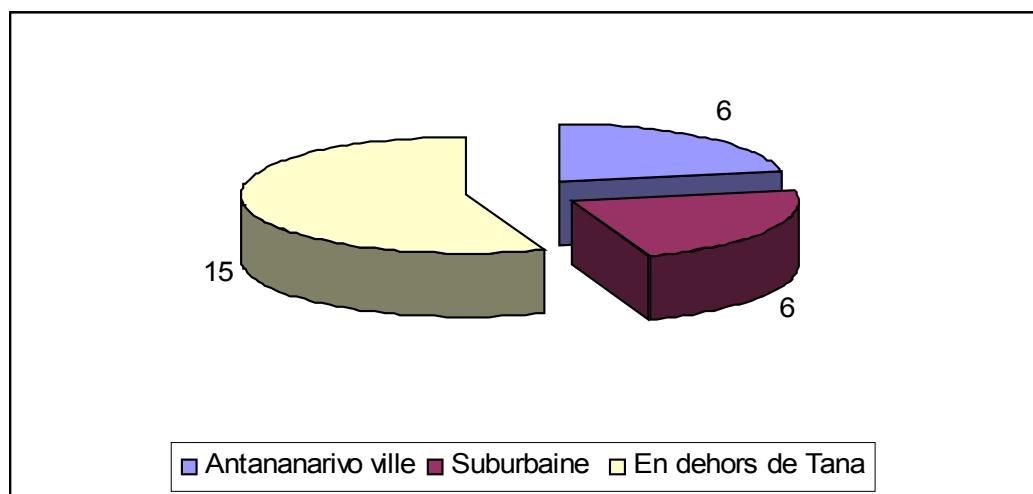


Figure n°7 : Provenance des opérées.

5.2.5. Situation matrimoniale

Toutes les femmes opérées sont mariées.

5.2.6. Niveau d'instruction

Tableau n°9 : Répartition des clientes selon le niveau d'instruction.

Niveau d'étude	Effectif	Pourcentage (%)
Illettrée	1	3,71
Primaire	11	40,74
Secondaire	13	48,13
Universitaire	2	7,42
Total	27	100

Les clientes ayant suivi des études primaire et secondaire sont majoritaires.

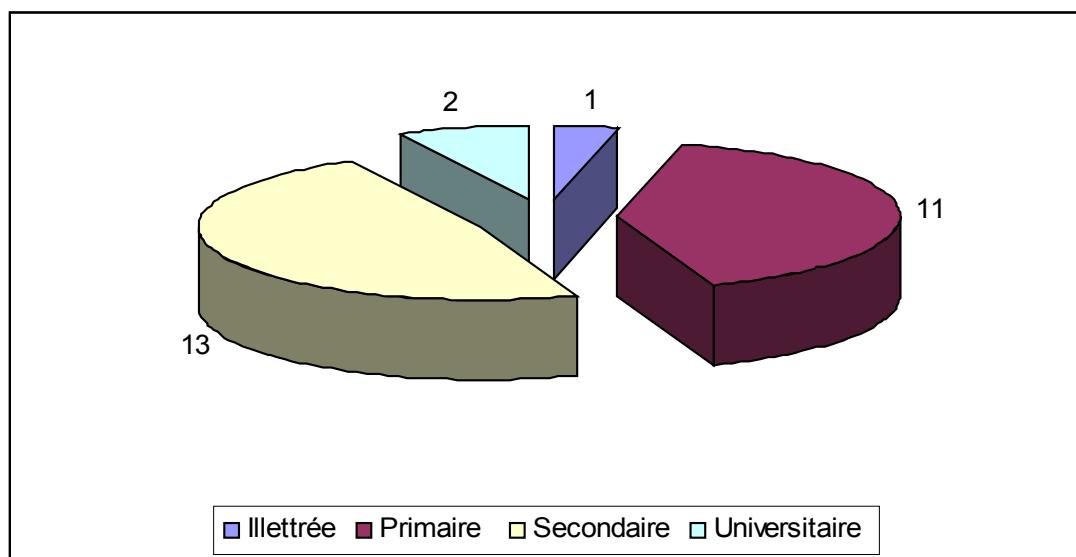


Figure n°8 : Niveau d'instruction des clientes.

5.2.7. Les indications.

Tableau n°10 : Répartition des clientes selon les indications.

Indications	Effectif	Pourcentage (%)
Convenance personnelle	27	100
Médicale	0	0
Total	27	100

L'indication de la stérilisation est la convenance personnelle.

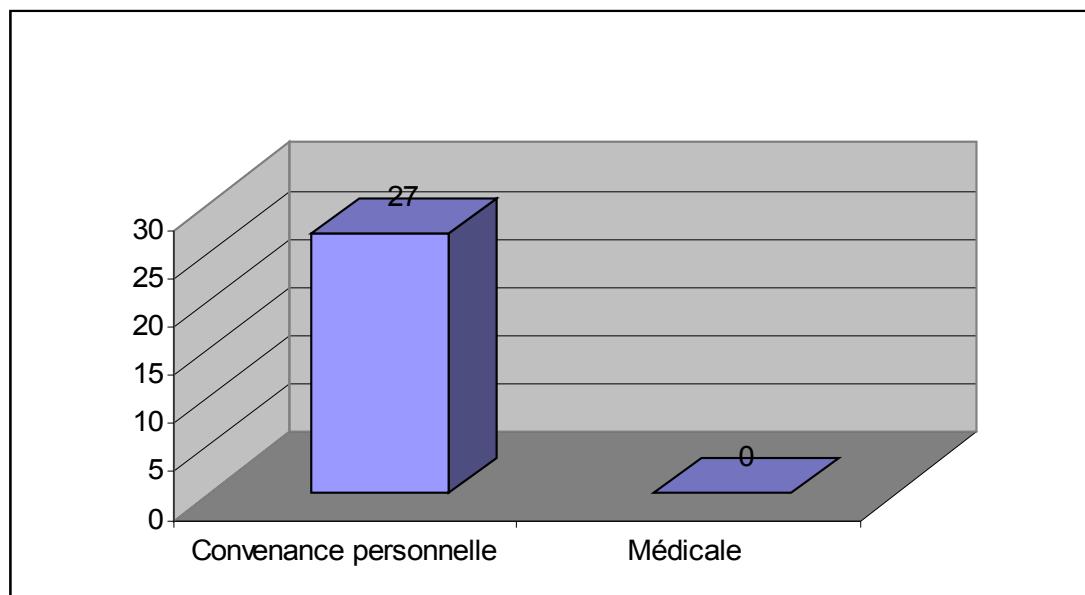


Figure n°9 : Indications de la CCVF.

5.2.8. Les méthodes contraceptives utilisées avant la décision de la CCVF.

Tableau n°11 : Répartition des cas selon les méthodes de contraception utilisées.

Méthodes contraceptives	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Aucune	16	59,25
Pilules	5	18,48
Contraceptif injectable	3	11,11
DIU	2	7,42
Implant	1	3,71
Total	27	100

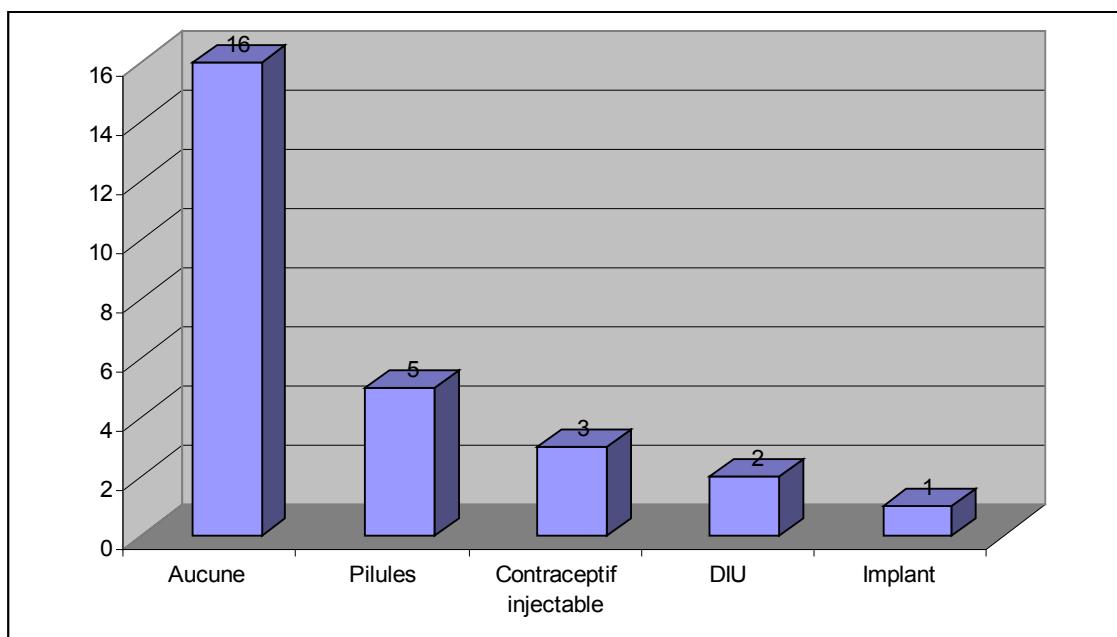


Figure n°10 : Les contraceptifs utilisés par les clientes avant la CCVF.

5.2.9. Anesthésie

Tableau n°12 : Répartition des clientes selon les types d'anesthésie.

Anesthésie	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Anesthésie locale	27	100
Anesthésie générale secondaire	0	0
Total	27	100

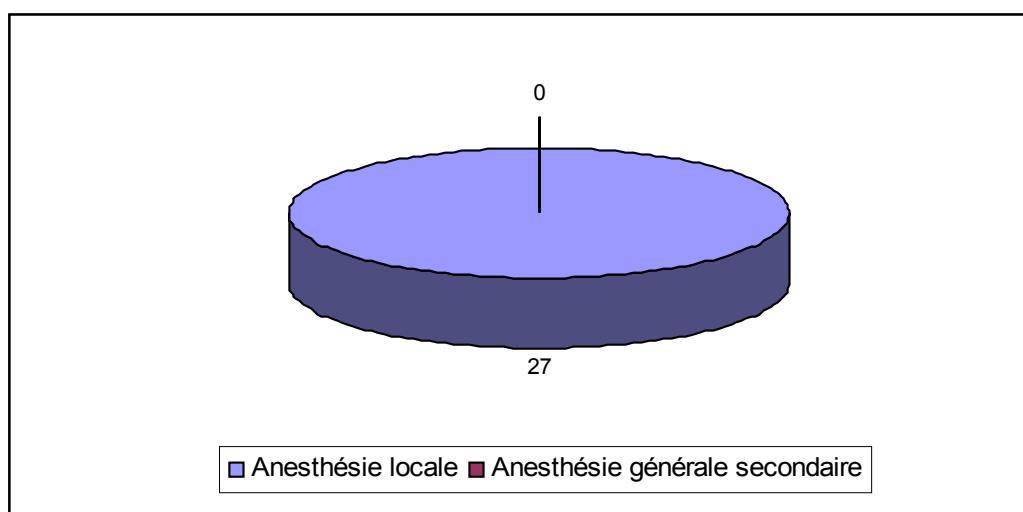


Figure n°11 : Les types d'anesthésie pratiquée.

5.2.10. Le moment d'intervention

Tableau n°13 : Répartition des cas selon le moment d'intervention.

Moment d'intervention	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Post partum	17	62,96
Intervalle	10	37,04
Total	27	100

Les femmes ont préféré surtout se faire stériliser en post partum.

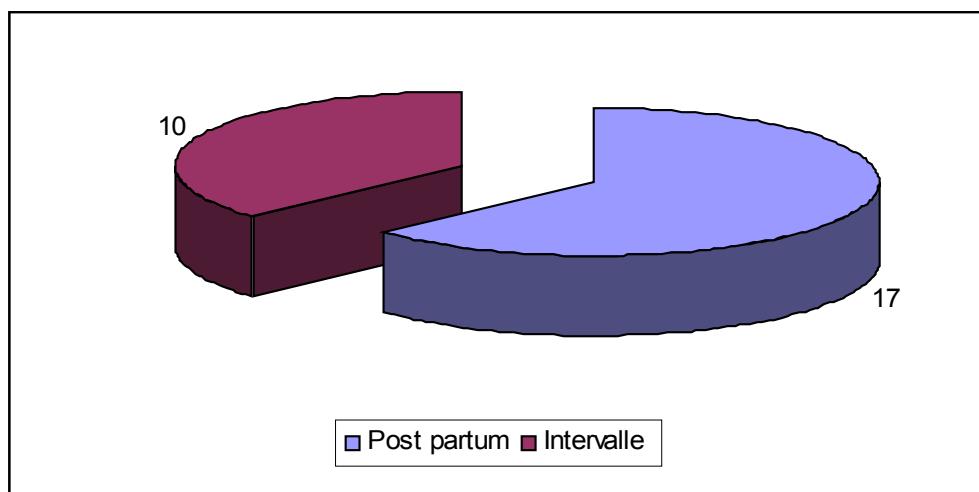


Figure n°12 : Le moment d'intervention lors de la pratique de la CCVF.

5.2.11. Longueur de l'incision cutanée

Tableau n°14 : Répartition des clientes selon la longueur de l'incision.

Longueur de l'incision	Nombre de cas	Pourcentage (%)
2,5 à 3 cm	11	40,74
> à 3 cm	16	59,25
Total	27	100

Dans 40,74% des cas, la longueur de l'incision varie de 2,5 cm à 3 cm.

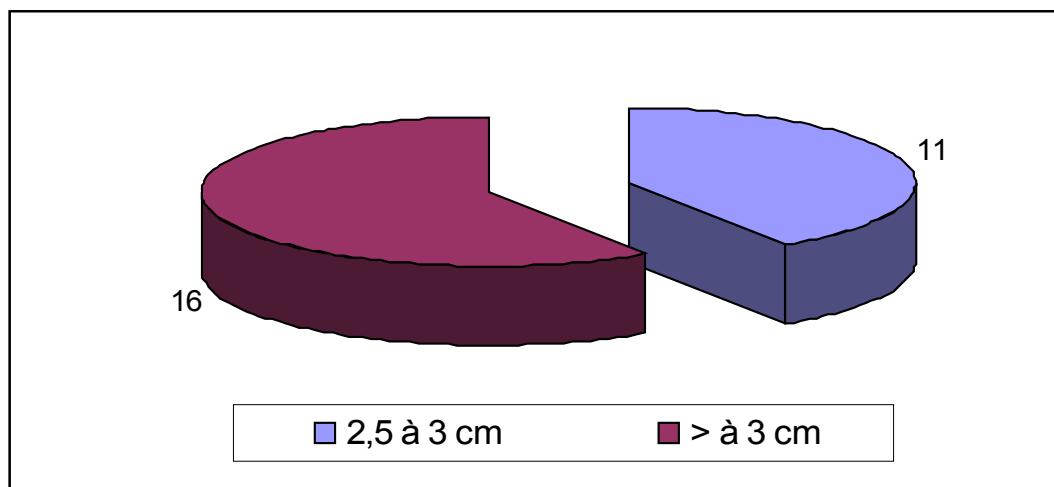


Figure n°13 : Longueur de l'incision des clientes opérées.

5.2.12. La durée de l'intervention

Tableau n°15 : Répartition des cas selon la durée de l'intervention.

Durée de l'intervention	Nombre de cas	Pourcentage (%)
10 mn	4	14,83
[11 mn – 20 mn]	15	55,56
[21 mn – 30 mn]	5	18,48
[31 mn – 40 mn]	1	3,71
45 mn	2	7,42
Total	27	100

L'intervention dure en moyenne 20 minutes.

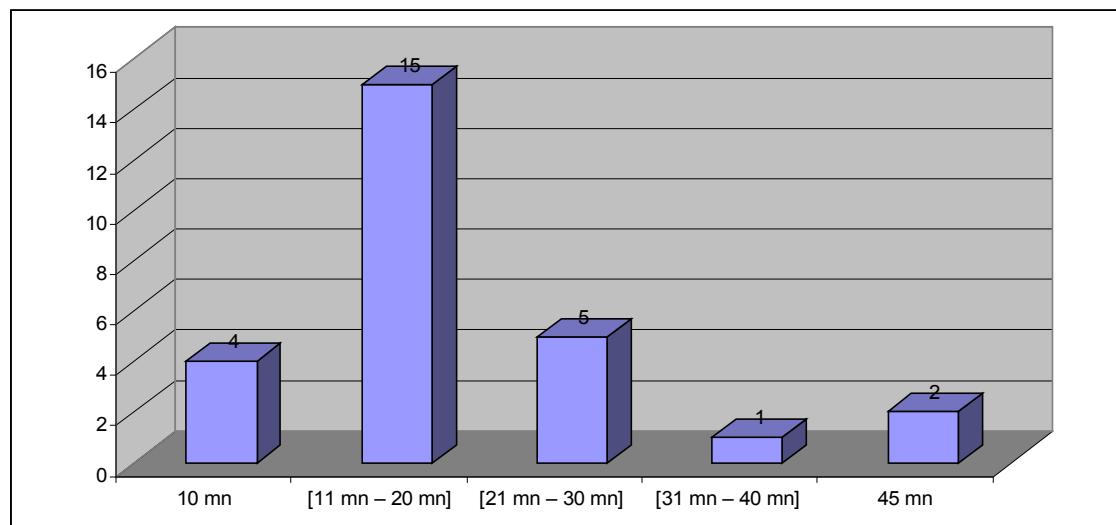


Figure n°14 : Durée de l'intervention des CCVF.

5.2.13. Le séjour post opératoire

Tableau n°16 : Répartition des clientes selon le séjour post opératoire.

Durée de séjour post opératoire	Nombre de cas	Pourcentage (%)
1 à 2 heures	10	37,04
3 à 5 jours	17	62,96
Total	27	100

Le séjour post opératoire dépend du type de contraception chirurgicale pratiquée.

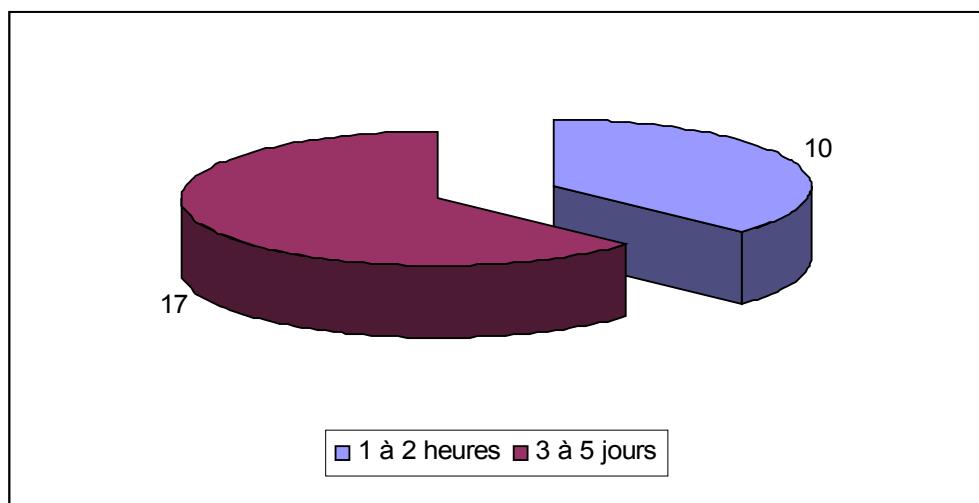


Figure n°15 : Séjour post opératoire des ligaturées.

5.2.14. Les suites opératoires

Tableau n°17 : Répartition des clientes selon les suites opératoires.

Suites opératoires	Nombre de cas	Pourcentage (%)
Suites simples	25	92,58
Suppuration pariétale	2	7,42
Total	27	100

Les suites opératoires sont satisfaisantes dans 92,58% des cas.

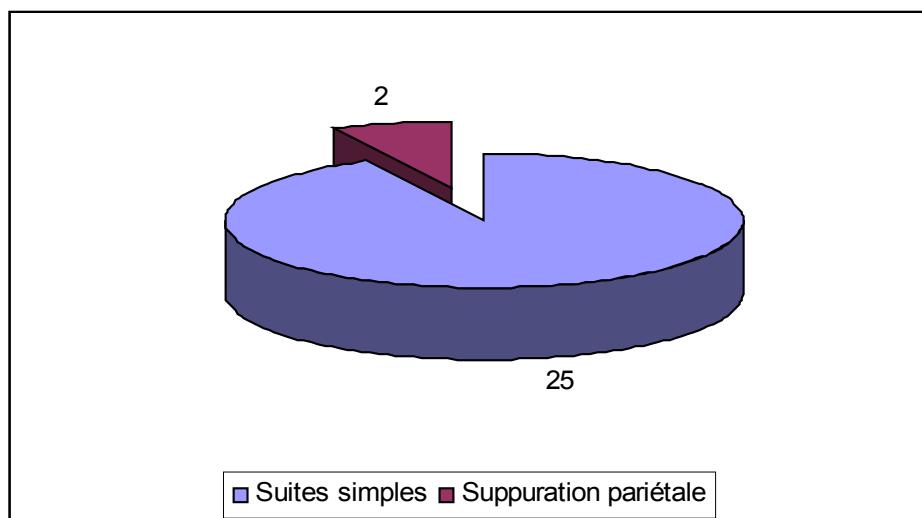


Figure n°16 : Les suites opératoires des clientes.

TROISIEME PARTIE :
COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS

1. COMMENTAIRES

1.1. Fréquence

La stérilisation chirurgicale est la méthode contraceptive de longue durée la plus utilisée dans le monde.

Cette situation est due aux nombreux avantages de la ligature section des trompes :

- disparition à jamais de la fertilité,

La femme n'a plus à se soucier de la possibilité d'une grossesse.

- amélioration de la vie sexuelle de la femme après stérilisation,
- absence d'effets secondaires à long terme.

La CCVF vient au 6^{ème} rang des méthodes contraceptives à la Maternité de Befelatanana.

Tableau n°18 : Répartition des acceptantes des méthodes contraceptives au CHUA Maternité de Befelatanana en 2005

Méthodes contraceptives	Effectif des utilisations	Pourcentage (%)
Contraceptifs injectables	1 404	51,96
Pilules	962	35,60
Méthodes barrières	52	1,92
Vasectomie	2	0,07
Contraception chirurgicale volontaire féminine	27	0,49
Norplant et implanton	203	7,51
Dispositif intra utérin	54	1,95
Total	2 702	100

Les femmes ayant subi une stérilisation, contraceptive dite définitive représentent moins de 1 % des acceptantes des méthodes contraceptives.

Ce résultat est différent de celui de l'année dernière : 2,15% (30).

Les femmes selon les données de l'ENDS demandant une ligature des trompes sont en nette régression dans la ville d'Antananarivo.

Plusieurs raisons peuvent être évoquées :

- le coût d'une intervention pour CCVF augmentant d'année en année n'est plus à la portée des bourses de nombreux ménages. En effet les clientes de la CCVF sont surtout constituées par des femmes à bas niveau socio-économique, multipares. Elles utilisent d'autres méthodes contraceptives ou bien-elles ne pratiquent pas du tout de contraception. C'est la rançon de la pauvreté,
- la nouvelle méthode de longue durée (MLD) implanon au coût modeste (5000 Fmg ou 1000 Ariary) est lancée et a fait l'objet d'une publicité dans les Centre Hospitaliers, les mass-médias. Cette contraception a une durée de protection contre la grossesse 3 ans.

1.2. Aspects épidémiologiques

1.2.1. Age

Les femmes âgées de plus de 31 ans sont les plus nombreuses. Au nombre de 24 elles représentent 88,87 des stérilisées volontaires.

Deux femmes ont plus de 41 ans dont l'une est âgée de 47 ans. Elles ont préféré l'intervention chirurgicale car elles ont des problèmes d'hypertension artérielle. Elles sont toutes des multipares.

La plus jeune femme a 29 ans et a 4 enfants vivants.

Elle a profité du post-partum pour se faire opérer.

Cette intervention présente des avantages aussi bien pour la mère que pour l'opérateur :

P pour la mère :

- La durée d'hospitalisation coïncide en général avec la surveillance des suites de couches. La durée du séjour hospitalier n'est pas prolongée ce qui permet un allégement financier familial et un gain de temps,

P pour l'opérateur :

Dans les 24 à 48 heures après l'accouchement, le fond utérin est à peu près à la hauteur de l'ombilic ce qui permet d'exécuter une petite incision trans-ombilicale et d'avoir accès plus facilement aux trompes.

En France en 2003, les demandes de contraception dite définitive sont plus nombreuses chez les femmes âgées de 35 à 49 ans.

1.2.2. Nombre d'enfants vivants et Parité

Les femmes ayant 5 et 6 enfants vivants sont majoritaires avec un taux de 40,40%. Ce sont des multipares, populations cibles en matière de stérilisation tubaire.

La multiparité est due aux relations sexuelles précoces avant même le mariage chez les adolescents et les jeunes en général (31).

Nos résultats concordent avec l'enquête de l'OMS en 2000 qui révèle que les groupes les plus concernés par la stérilisation sont les multipares (32).

1.2.3. Provenance

Nos patientes sont réparties en 3 groupes distincts selon leur provenance :

- celles qui habitent en ville : 6 cas sur 27 soit 22,22%,
- celles vivant en région suburbaine : 6 cas aussi,
- celles résidant en dehors de Tana : 15 cas sur 27 soit 55,56%.

Ces résultats montrent que ce sont surtout les femmes vivant dans les campagnes environnantes de Tananarive qui sont candidates à la stérilisation chirurgicale.

L'étude de la provenance est intéressante car elle permet de mesurer le succès de l'information, éducation et communication dans le cadre de la politique de planification familiale et soins de santé primaires dans les zones rurale et urbaine.

1.2.4. Niveau d'instruction

Les femmes ayant suivi des études primaire et secondaires prédominent. Elles savent lire, comprendre les informations concernant la stérilisation.

Un seul cas d'illettrée a été noté. Ce groupe de femme est insuffisamment informé sur les différentes méthodes contraceptives en particulier sur la contraception chirurgicale.

1.2.5. Situation matrimoniale

Toutes les femmes stérilisées sont mariées.

Ce résultat concorde avec les données de la littérature qui stipulent que la stérilisation féminine est la mieux acceptée par les femmes mariées en âge de procréer.

1.2.6. Les indications

La convenance personnelle est la seule indication de la contraception chirurgicale volontaire féminine dans le service de la maternité pour toutes les femmes opérées.

Les clientes ne désirent plus de progéniture et ne veulent plus se soumettre aux contraintes de la contraception réversible.

Ce résultat ne concorde pas avec celui de la littérature pour qui les indications médico-sociales sont prioritaires (32).

1.2.7. Anesthésie

L'anesthésie locale a été pratiquée chez toutes femmes ayant été stérilisées.

Selon Rabinovitz et collaborateurs l'anesthésie locale doit être la plus pratiquée au cours de la ligature section des trompes (33).

1.2.8. Le moment d'intervention

Le post partum a été surtout le moment choisi pour se faire stériliser pour 17 femmes sur 27 clientes.

La technique d'exécution de l'acte opératoire est généralement plus facile car la morphologie de l'utérus pendant le post partum fait que les trompes de Fallope sont plus proches de la paroi abdominale donc d'accès plus facile.

L'intervention à distance du post partum (méthode intervalle) a été pratiquée chez 10 femmes. Elle nécessite un mobilisateur utérin pour permettre le rapprochement du fond utérin à la paroi abdominale.

1.2.9. Longueur de l'incision cutanée

La taille d'incision est dans les normes (2,5 cm à 3 cm) pour 11 clientes sur 27 (40,74%).

L'incision supérieure à 3 cm est surtout constatée chez les femmes ayant une paroi abdominale épaisse, ceci rentre dans le confort aussi pour le chirurgien et la cliente.

1.2.10. La durée de l'intervention

Dans 55,56% des cas la durée de l'intervention varie de 11 mn à 20mn.

La durée moyenne de l'intervention est de 20mn légèrement supérieure à celle de la littérature qui est de 15mn (16).

Trois facteurs entrent en jeu dans la durée de l'intervention dans la contraception chirurgicale volontaire féminine :

- la collaboration de la cliente,
- la position, l'agencement des organes à l'intérieur de l'abdomen de la femme,
- l'expérience de l'opérateur et son aide.

Cette durée ne permet pas de juger si l'opérateur est compétent ou non car certains opérateurs pensent d'abord au confort de la femme avant la durée de l'intervention.

Une durée supérieure à 21 minutes traduit déjà quelques difficultés au cours de l'intervention (obésité, cliente non coopérante, présence d'adhérences).

1.2.11. Les suites opératoires

Les suites opératoires ont été simples dans 92,58% des cas. Dans deux cas, une suppuration pariétale a été observée. Elle est due à une mauvaise tolérance au fil de suture et à une antibiothérapie insuffisante.

2. SUGGESTIONS

Tableau n°19 : Enoncés des problèmes rencontrés au CHUA Maternité de Befelatanana.

Problèmes rencontrés	Causes possibles
- Insuffisance du personnel qualifié pour la pratique de la CCVF	- Absence de formation continue et recyclage périodique
- Diminution du nombre des acceptantes de la CCVF	- Peur de l'intervention - Rumeur malveillante vis-à-vis de la CVVF - Coût élevé de la prestation du service - Existence d'autres Centres de Planification Familiale pratiquant la CCVF - Méconnaissance des avantages de la stérilisation

Face aux problèmes rencontrés, nos suggestions portent sur les volets suivants :

- formation continue et recyclage périodique des agents de santé,
- promotion de la CCVF,
- sensibilisation du public,
- lutte contre la pauvreté.

2.1. Formation continue et recyclage périodique des agents de santé

La ligature section des trompes est un acte chirurgical simple. Elle doit être cependant pratiquée par un chirurgien ou un Médecin généraliste ayant reçu une formation en CCVF. Même si celle-ci s'avère un acte facile elle n'est pas exempte de complications graves telles les blessures de l'intestin ou de la vessie.

Les techniques de l'acte opératoire et la maîtrise des complications doivent être parfaitement maîtrisées pour éviter un drame chirurgical. Aussi la formation est indispensable.

Le développement professionnel des agents de santé constitue un continuum qui commence dans leurs premières années d'étude et se prolonge bien au-delà du diplôme pour durer aussi longtemps que leurs vies professionnelles.

Un des moyens pour arriver à se développer de manière continue du point de vue professionnel est la formation continue. Celle-ci a un double rôle :

- préparer les agents de santé à devenir des praticiens en CCVF,
- former les prestataires à être des apprenants perpétuels qui vont continuer à apprendre et à améliorer leur pratique et compétence en contraception chirurgicale pendant toute leur carrière.

Au terme de la formation, l'agent de santé doit être capable de :

- animer des réunions de groupe entièrement et sans aide en faisant la démonstration de ses compétences,
- décrire les techniques appropriées pour la pratique de la CCVF en observant toutes les étapes prescrites dans le manuel,
- faire face aux incidents ou accidents susceptibles d'être rencontrés lors de la pratique de l'acte opératoire.

En résumé, les services proposant la stérilisation chirurgicale ne doivent employer que des opérateurs qui possèdent les preuves d'une formation, d'une compétence et d'une expérience en matière de contraception chirurgicale.

2.2. Promotion de la contraception chirurgicale volontaire féminine

Dans les services de planification familiale où la stérilisation n'est pas disponible il doit exister des moyens d'orientation vers les services proposant la stérilisation.

Les programmes de stérilisation féminine doivent promouvoir la faisabilité d'une stérilisation post-partum et post-abortum ainsi que la méthode intervalle. Ils doivent également chercher à encourager les maternités à proposer avant l'accouchement des séances conseils sur la stérilisation, et à effectuer des stérilisations immédiatement après l'accouchement.

Les stratégies susceptibles d'être utilisées pour la promotion de la CCVF sont variées.

- Couverture médiatique : radio, télévision, journaux.

- Distribution des notices sur la contraception chirurgicale volontaire.
- Utilisation d'aides visuelles : illustrations, modèles, brochures.

2.3. Sensibilisation du public

Beaucoup de couples sont actuellement réticents à pratiquer la méthode contraceptive de longue durée telle la CCVF pour diverses raisons :

- coût de plus en plus élevé du kit pour la CCVF,
- peur de l'intervention chirurgicale.

Le renforcement de la communication pour le changement de comportement s'avère indispensable. Pour y arriver des directives concernant les conseils à transmettre sont d'un grand secours pour toute discussion sur la stérilisation féminine. Les informations concernent plusieurs points :

- Explication des modalités de l'intervention.

La totalité de l'intervention et de ses effets secondaires possibles doivent être expliqués en détail.

Il faut souligner clairement aux couples la permanence du procédé et fournir des estimations exactes sur les chances de réversibilité.

- Avantages financiers.

Il faut démontrer aux couples qu'à long terme la stérilisation est moins coûteuse comparée à la somme d'argent et de temps que requiert généralement la planification familiale.

- Renseignements sur la stérilisation

On doit encourager les couples à poser des questions ; les mythes et les renseignements erronés à l'origine des rumeurs malveillantes vis-à-vis de la CCVF devient être tirés au clair.

Les consultations prénatales doivent être mises à profit pour sensibiliser les populations cibles (grandes nullipares, multipares, femmes à risques) sur l'intérêt de l'utilisation pratique des différentes méthodes contraceptives en l'occurrence, la contraception chirurgicale volontaire féminine.

Les hommes aussi doivent être mobilisés en matière de planification familiale car ils jouent un rôle critique dans le choix de la stérilisation féminine.

2.4. Lutte contre la pauvreté

L'insuffisance des moyens financiers est un obstacle à la promotion de la stérilisation féminine.

Dans ce cadre l'Etat doit diminuer le taux de chômage en augmentant le nombre d'emplois. En plus il doit lutter contre l'analphabétisme et les us et coutumes car ceux-ci sont la cause la plus importante de l'inaccessibilité à la CCC sur la planification familiale.

Il doit aussi encourager la population à scolariser les enfants le plus longtemps possible afin de retarder le mariage et la procréation précoce.

CONCLUSION

CONCLUSION

La stérilisation féminine est une méthode de contraception permanente pour les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants.

Elle consiste à ligaturer et sectionner les trompes.

Les opérations de stérilisation tubaire ou contraception chirurgicale volontaire féminine peuvent être faites juste après un accouchement ou un avortement ou à n'importe quel moment après une grossesse.

L'intervention est simple et sans danger. On peut en général la faire sous simple anesthésie locale et légère sédation.

Les risques d'échec par recanalisation sont faibles.

La stérilisation ne doit être entreprise que si le couple a certainement le nombre d'enfants qu'il désire.

La stérilité réalisée par l'opération doit être acceptée comme définitive. En effet les opérations de reperméabilisation par micro-chirurgie sont longues et délicates et ne sont pas toujours réalisables et efficaces.

Il s'agit d'une décision sérieuse qui doit être une décision concertée du couple, après un délai de réflexion suffisant !

On informera les deux partenaires sur l'irréversibilité, ou donnera un document à lire et à signer par le mari et la femme.

Au cours de l'année 2005, vingt-sept femmes ont été stérilisées au CHUA Maternité de Befelatanana.

Les suites opératoires sont satisfaisantes

Malgré tout, le nombre de cas de contraception chirurgicale volontaire féminine tend à diminuer chaque année.

Aussi les propositions suivantes ont été avancées :

- formation continue et recyclage périodique des agents de santé,
- promotion de la contraception chirurgicale volontaire féminine,
- sensibilisation du public,
- lutte contre la pauvreté.

Le souci actuel des autorités face au déséquilibre socio-démographique présent

dans le pays est d'aider les couples à limiter les naissances. Dans ce cadre des efforts permanents pour diminuer la pauvreté doivent être soutenus.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Population reports. La stérilisation féminine volontaire. Population reports, Colombia. 1990, série C ; 10 : 10.
- 2- Raobialison. La contraception chirurgicale volontaire Académie Malagasy. Fianakaviana Sambatra (FISA), 1986: 9-13.
- 3- Kassina P, Delmas A. Le vagin Anatomie gynécologie et obstétricale. Masson, Paris, 1992: 283-289.
- 4- Legrain G, Delvoye P, Ranjalahy J R. Le système reproductif de la femme. La santé de la reproduction pratique et opérationnelle. MYE, 2001: 33, 34.
- 5- Perlemuter W. Aligora. Les trompes de Fallope. Cahier de l'infirmière obstétrique. 1988 ; 12 : 8, 9.
- 6- Dubuisson J B, Bardot J. Anatomie et physiologie de la trompe. Encycl-Med-Chir, Biologie, Paris, 1991 ; 75 A 1001 : 11.
- 7- Bononeuf P. La fécondation. Dictionnaire Médical Larousse, 1996 : 410-412.
- 8- OMS. La stérilisation féminine : ce que les agents de santé doivent savoir. OMS Genève, 1998: 11.
- 9- Keyman J, Ronald. La stérilisation féminine. Historique. Planification familiale. Méthode et pratique pour l'Afrique . Canters for Diseases Control (CDC). Atlanta Geongré. Etats Unis d'Amérique, 1994: 257-261.
- 10-Elia D. Historique de la contraception chirurgicale. La contraception. Le meilleur choix pour le moindre risque. Minerve, Suisse, 1997: 149-159.
- 11- Blackburn P, Hather R. A. Épidémiologie de la stérilisation féminine. Eléments de la

- technologie de la contraception. Manuel à l'intention au personnel clinique. Population reports. 2000: 9.
- 12- Tatafanirina V C. La stérilisation féminine : épidémiologie et clinique des volontaires vues à la Maternité de Befelatanana en 1999. Thèse Médecine Antananarivo, 2001 ; n° 5700: 10, 11.
- 13- Lopes P, Lerat N F. La stérilisation tubaire: enquête du collège national de gynécologie obstétrique. Biol Rprod, 1994 ; 23 : 729, 730.
- 14- Association for Voluntary Surgical Contraception (AVSC). Les avantages et inconvénients de la Minilaparotomie sous anesthésie locale. AVSC, New York, 1994: 90-92.
- 15- Relier S. Stérilisation féminine: les indications. Network, 1997; 18 ; 18: 1.
- 16- W.W.W. Infogyncm/détail/ficher 2/F. 0/04050/01 conseil. Html. La stérilisation tubaire. 2001.
- 17- Foulot H, Lecuru F. La stérilisation tubaire: les voies d'abord. La revue du praticien, 1991 ; 41: 2567-2569.
- 18- Chelli H. Stérilisation féminine: les voies d'abord. Gynécologie. Marketing/Ellips 1998: 517-529.
- 19- World Health Organisation (WHO). Technical and chirurgical guideleness for tubal sterilisation. WHO. Genève, 1999: 87-89.
- 20- Toulemoni L, Leridon H. Les pratiques contraceptives en France. Rev Prat, 1995; 45: 2395-2400.
- 21-Tulondi J. Tubal stérilisation. New Engl J Med. 1997: 336.

- 22- Ralaimihoatra N P. Contraception chirurgicale volontaire de la femme vue dans le service de chirurgie II de l'HOMI en 1992. Thèse Médecine Antananarivo, 1993 ; n° 3075: 32-38.
- 23-Monrozies X, Perinau M, Ayoubi J. Stérilisation tubaire. Encycl-Med-Chir gynécologie, Elsevier Paris, 1995 ; 738-A 20: 10.
- 24-Palmer R, Donrleu A N. Technique de stérilisation chirurgicale. La stérilisation volontaire en France et dans le monde. Masson, 1991: 103-106.
- 25-Rouchy R. Techniques de la stérilisation tubaire 600 stérilisations tubaires. Vigot, Paris, 1985: 71.
- 26-Cisse. Stérilisation par minilaparotomie sous anesthésie locale. Médecine Tropicale. Masson, 1998 : 355-359.
- 27-Faye O, Berthet N L. Prise en charge clinique des contraceptions de la stérilisation féminine. La pratique Médicale. 1994: 13-18.
- 28-Ministère de la Santé et du Planning Familial. Le suivi dans les méthodes contraceptives de longue durée irréversibles. Manuel de Référence des prestataires en planification familiale "quatre méthodes". Module de formation en PF, MINSANPF, 2005.
- 29- Lansac J, Lecomte P. Les conséquences de la stérilisation. Gynécologie pour le praticien. 1997: 428,429.
- 30-Arison H J. La contraception chirurgicale volontaire féminine vue au CHUA Maternité de Befelatanana en l'an 2004. Thèse Médecine Antananarivo, 2006 ; n°10381.
- 31- Reaner M. Aspects médicaux de la stérilisation chirurgicale. Elsevier Belgique,

1988 : 422.

32-OMS. Choix des méthodes contraceptives. Guides théorique et pratique. OMS Genève, 1998.

33-Rabinovitz L N, Landry. Contraception Perspectives from clients and providers in six countries. AVSC, News, 1991; 29; 4: 3, 4.

VELIRANO

« Eto anatrehan'i ZANAHARY, eto anoloan'ireo mpampianatra ahy sy ireo mpiaranianatra tamiko eto amin'ity toeram-pampianarana ity ary eto anoloan'ny sarin'i HIPPOCRATE

Dia manome toky sy mianiana aho fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo am-panatontosana ny raharaha-m-pitsaboana.

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

Raha tafiditra an-tranon'olona aho dia tsy hahita izay zava-miseho ao ny masoko ka tanako ho ahy samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana zavatra mamoafady na hanamorana famitan-keloka.

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

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

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

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

Ho rakotry ny henatra sy horabirabin'ireo mpitsabo namako kosa aho raha mivadika amin'izany ».

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE,

Le Président de Thèse

Signé : Professeur KAPISY Jules Flaubert

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul

Name and First name : NENARISON Vailland Florentin

Title of the thesis : WOMEN VOLUNTARY SURGICAL CONTRACEPTION

IN THE CHUA OF BEFELATANANA MATERNITY IN 2005

Heading : SURGERY

Number of Page : 59 Number of tables : 19 Number of figures : 16

Number of diagrams : 11 Number of bibliographic references : 33

SUMMARY

Tube sterilization is a final and definite measure, voluntarily requested by the couples . The operation process described in our studies is known as a tube ligature, carried out through a slight abdominal incision. One of the advantages of the surgical under study is that it requires a short admission stay in the hospital, most of the patients being able to return to their homes the same day or the day after the operation. The surgical intervention will not change the sexual intercourse capacity of the couples. It will only result in the incapacity of the spermatozoids to move upwards and of the incapacity of the ovum to move downwards, which are easily resorbed considering their tiny sizes. More than that, an improvement of sexual and family relationships is even noticed among the couples, as a result of the inexistence of an eventual unwanted pregnancy.

A retrospective studies on a final and definite contraception measure have enabled to highlight the following : most of the twenty seven sterilised women are over thirty years of age, have given birth to a high number of children, and have been submitted to primo-secondary operations under localised anaesthetic . The results of the operations were satisfactory.

The proposed suggestions include the following points : in-service training and short training workshops of staff in health sectors, promoting the women voluntary final surgical contraception , sensitizing the public, and fighting poverty.

Key words : definite contraception measure-tube-ligature-section-Localised anaesthetic

Director of Thesis : Professor KAPISY Jules Flaubert

Reporter of thesis : Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

Address of the author: Cité Universitaire Bloc 09/05 Antananarivo (101)

Nom et Prénoms : NENARISON Vailland Florentin

Titre de la thèse : LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE

FEMINIME AU CHUA MATERNITE DE BEFELATANANA

EN 2005

Rubrique : CHIRURGIE

Nombre de pages : 59

Nombre de tableaux : 19

Nombre de figures : 16

Nombre de schémas : 11

Nombre de références bibliographiques : 33

RESUME

La stérilisation tubaire est une méthode définitive, volontiers demandée par les couples. L'opération décrite dans notre étude est une ligature section des trompes, effectuée par une petite incision abdominale. Un des avantages de l'intervention est qu'elle ne nécessite qu'un court séjour à l'Hôpital, la plupart des patientes rentrant chez elles le jour même, ou le lendemain. L'intervention ne modifie en rien les fonctions sexuelles du couple. Elle supprime seulement la possibilité de l'ascension de spermatozoïdes et de la descente de l'ovule, qui minuscule est facilement résorbé. Il y a même souvent une amélioration de la vie sexuelle et familiale du fait de la disparition de la crainte de grossesse indésirée.

Une étude à caractère rétrospectif portant sur la contraception « définitive » a permis de faire saillir les faits suivants : les vingt sept femmes stérilisées sont dans la majorité des cas âgées de plus de 30 ans, multipares, ayant suivi des études primo-secondaires opérées sous anesthésie locale. Les suites opératoires sont satisfaisantes.

Les suggestions avancées comprennent les volets suivants : formation continue et recyclage périodique des agents de santé, promotion de la contraception chirurgicale volontaire féminine, sensibilisation du public et lutte contre la pauvreté.

Mots clés : Contraception définitive – Trompe – Ligature – Section – Anesthésie locale

Directeur de Thèse : Professeur KAPISY Jules Flaubert

Rapporteur de Thèse : Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal

Adresse de l'auteur : Cité U Bloc 09/05 Antananarivo (101)