

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : CONSIDERATIONS GENERALES

| | |
|---|----|
| 1.1 Rappels anatomiques et physiologiques..... | 3 |
| 1.1.1 Phénomènes mécaniques..... | 3 |
| 1.1.2 Phénomènes dynamiques..... | 4 |
| 1.1.3 Modifications physiologiques maternelles..... | 8 |
| 1.1.4 Physiologie du fœtus et ses annexes..... | 10 |
| 1.2 Rappels sur les opérations césariennes..... | 12 |
| 1.2.1 Définition..... | 12 |
| 1.2.2 Historique..... | 12 |
| 1.2.3 Indications..... | 13 |
| 1.2.4 Techniques anesthésiques..... | 15 |
| 1.2.5 Techniques opératoires..... | 19 |
| 1.2.6 Soins post-opératoires..... | 19 |
| 1.2.7 Complications..... | 21 |
| 1.3 Généralités sur les césariennes de nécessité..... | 21 |
| 1.3.1 Définition..... | 21 |
| 1.3.2 Principales indications..... | 21 |
| 1.3.2.1 Pathologie de la grossesse..... | 21 |
| 1.3.2.2 Dystocie dynamique..... | 26 |
| 1.3.2.3 Grossesse prolongée..... | 26 |

DEUXIEME PARTIE : ETUDE PROPREMENT DITE

| | |
|--|----|
| 2.1 Cadre de l'étude..... | 30 |
| 2.2 Méthodologie..... | 31 |
| 2.3 Nos résultats..... | 32 |
| 2.3.1 Fréquence..... | 32 |
| 2.3.2 Paramètres épidémio – cliniques..... | 36 |

| | | |
|-------|--|----|
| 2.3.3 | Techniques opératoires utilisées | 46 |
| 2.3.4 | Les suites opératoires..... | 47 |
| 2.3.5 | Caractéristiques fœtales..... | 49 |

TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES – DISCUSSIONS ET SUGGESTIONS

| | | |
|-----|----------------------------------|----|
| 3.1 | Commentaires et discussions..... | 53 |
| 3.2 | Suggestions..... | 65 |

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES TABLEAUX

Pages

| | |
|--|----|
| Tableau 01 : Nombre d'accouchements..... | 33 |
| Tableau 02 : Nombre de césariennes | 33 |
| Tableau 03 : Répartition des césariennes..... | 34 |
| Tableau 04 : Répartition des césariennes selon les indications..... | 35 |
| Tableau 05 : Répartition des patientes par tranche d'âge..... | 36 |
| Tableau 06 : Répartition des césariennes selon la gestité..... | 37 |
| Tableau 07 : Répartition des césariennes selon la parité..... | 38 |
| Tableau 08 : Répartition selon les catégories professionnelles..... | 39 |
| Tableau 09 : Répartition selon la situation matrimoniale..... | 40 |
| Tableau 10 : Répartition selon la résidence des parturientes..... | 41 |
| Tableau 11 : Répartition selon le niveau intellectuel..... | 42 |
| Tableau 12 : Répartition selon le mode d'admission..... | 43 |
| Tableau 13 : Répartition selon le suivi des consultations prénatales..... | 44 |
| Tableau 14 : Répartition selon les indications de la césarienne de nécessité | 45 |
| Tableau 15 : Types d'incision cutanée..... | 46 |
| Tableau 16 : Répartition selon la morbidité maternelle..... | 47 |
| Tableau 17 : Durée de séjour à l'hôpital..... | 48 |
| Tableau 18 : Répartition selon les poids à la naissance | 49 |
| Tableau 19 : Répartition selon le sexe de bébé..... | 50 |
| Tableau 20 : Etat à la naissance des bébés..... | 51 |
| Tableau 21 : Répartition selon l'état du liquide amniotique..... | 52 |

| LISTE DES FIGURES | Pages |
|--|--------------|
| Figure 01 : Structure de l'utérus..... | 6 |
| Figure 02 : Utérus à terme..... | 7 |
| Figure 03 : Utérus gravide avec ses trois parties..... | 7 |
| Figure 04 : Différents types d'incision cutanée..... | 18 |
| Figure 05 : Nombre de césariennes..... | 33 |
| Figure 06 : Les indications des césariennes..... | 34 |
| Figure 07 : Age des gestantes..... | 36 |
| Figure 08 : Gestité des parturientes | 37 |
| Figure 09 : Parité des parturientes..... | 38 |
| Figure 10 : Profession des patientes ayant bénéficié des césariennes..... | 39 |
| Figure 11 : Situation matrimoniale des parturientes..... | 40 |
| Figure 12 : Lieu de résidence des parturientes..... | 41 |
| Figure 13 : Niveau d'étude des parturientes..... | 42 |
| Figure 14 : Mode d'admission des femmes bénéficiant des césariennes de nécessité.... | 43 |
| Figure 15 : Le mode de sein des CPN des parturientes..... | 44 |
| Figure 16 : Indications des césariennes de nécessité..... | 45 |
| Figure 17 : Technique d'incision cutanée..... | 46 |
| Figure 18 : Morbidité maternelle des césariennes de nécessité..... | 47 |
| Figure 19 : Durée de séjour à l'hôpital..... | 48 |
| Figure 20 : Poids à la naissance des bébés..... | 49 |
| Figure 21 : Sexe des bébés nés par césariennes de nécessité..... | 50 |
| Figure 22 : Etat de la naissance apprécié par le score d'Apgar..... | 51 |
| Figure 23 : Aspect du liquide amniotique..... | 52 |

LISTE DES SCHEMAS

Pages

| | |
|---|----|
| Schéma 1 : Indication et conduite du traitement médicamenteux de l'HTA..... | 22 |
| Schéma 2 : Conduite Obstétricale dans le cadre d'une HTA..... | 23 |
| Schéma 3 : Facteurs mécaniques et dynamiques concernant au déroulement normal de la dilatation cervicale au cours du travail..... | 27 |

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

| | |
|--------|--|
| AG | : Anesthésie générale |
| ALR | : Anesthésie loco-régionale |
| AINS | : Anti – Inflammatoires Non Stéroïdiens |
| APD | : Anesthésie Péri-durale |
| CCC | : Communication pour le Changement de Comportement |
| CHD II | : Centre Hospitalier de District niveau II |
| CPN | : Consultations Prénatales |
| CSB I | : Centre de Santé de Base niveau I |
| CSB II | : Centre de Santé de Base niveau II |
| DG | : Diabète Gestationnel |
| DPPNI | : Décollement Prématuro d'un Placenta Normalement Inséré |
| FIGO | : Fédération International de Gynécologie et d'Obstétrique |
| HBPM | : Héparine de Bas Poids Moléculaires |
| HRP | : Hématome Rétro – Placentaire |
| HTA | : Hypertension Artérielle |
| IM | : Intra – Musculaire |
| IV | : Intra – Veineuse |
| LA | : Liquide Amniotique |
| LMSO | : Laparotomie Médiane Sous Ombilicale |
| OMS | : Organisation Mondiale de la Santé |
| PA | : Pression Artérielle |
| RA | : Rachianesthésie |
| SA | : Semaine d'aménorrhée |
| TA | : Tension Artérielle |
| UNICEF | : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance |
| VIH | : Virus de l'Immunodéficience Humaine |

Rapport-Gratuit.com

INTRODUCTION

La césarienne ou hystérotomie ou accouchement par voie haute est une intervention chirurgicale, obstétricale destinée à extraire le fœtus après ouverture de l'utérus.

L'opération césarienne est l'opération la plus pratiquée en matière d'obstétrique dont le taux varie dans le monde, avec 32% au Brésil et seulement 6% en Hollande, et même très faible dans certains pays en développement.

Son but est d'avoir un meilleur pronostic aussi maternel que fœtal.

Les indications de césarienne peuvent se diviser en trois groupes : césariennes obligatoires, césariennes prophylactiques (prudences) et césariennes de nécessité.

Les césariennes dites de nécessité découlent des situations pathologiques « dépassées » nécessitant une intervention de sauvetage maternel et/ou fœtal.

Notre étude concerne uniquement ce groupe de césariennes car c'est dans cette entité que la mortalité, la morbidité maternelles et fœtales sont les plus souvent élevées.

L'étude de la césarienne de nécessité est ainsi d'intérêt majeur car la connaissance de ses indications et ces facteurs de risque vont contribuer à l'amélioration et à l'adaptation de la prise en charge thérapeutique.

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au centre hospitalier de district niveau II (CHD II) de Tsiroanomandidy durant une période de 2 ans : 1999 et 2000. Lors de cette étude, nos objectifs étaient de :

- Evaluer la fréquence des opérations césariennes de nécessité par rapport à l'ensemble des césariennes.
- Déterminer les facteurs épidémiologiques relatifs aux césariennes de nécessité afin de dépister les femmes à risque.
- Dégager les indications de césariennes de nécessité en vue d'une décision opératoire de sauvetage. On pourrait ainsi être amené à la diminution de la mortalité maternelle et fœtale.

Pour atteindre ces objectifs, notre étude va comporter trois parties :

- Une première partie réservée aux considérations générales après la revue de la littérature comportant les rappels anatomiques et physiologiques, rappels sur les opérations césariennes et les généralités sur les césariennes de nécessité.
- Une deuxième partie pour l'étude proprement dite avec le cadre d'étude, la méthodologie et les résultats obtenus.

- Et enfin la troisième partie sera consacrée, aux commentaires, discussions et suggestions. Dans cette dernière partie, nous allons comparer nos résultats avec ceux de la littérature et des études antérieures et donner quelques suggestions aux problèmes constatés.
- Une conclusion générale clôturera l'étude.

**PREMIERE PARTIE : CONSIDERATIONS
GENERALES**

1.1 Rappels anatomiques et physiologiques.

1.1.1 Phénomènes mécaniques (1) (2) (3)

Pour naître par les voies naturelles, le fœtus doit franchir la filière pelvienne ou canal pelvi-génital.

Le canal pelvi-génital est limité par un cadre osseux rigide qui va imposer à la progression fœtale une voie déterminée et donc un trajet précis, même s'il existe certains mouvements de pièces osseuses du bassin au cours de la parturition.

1.1.1.1 Bassin osseux

On décrit deux orifices et une excavation pour le bassin osseux.

—► L'orifice supérieur ou détroit supérieur est un plan d'engagement de la présentation. Il est limité en avant par le bord supérieur de la symphyse pubienne, latéralement par les lignes innominées et en arrière par le promontoire. Les dimensions sont importantes à connaître pour l'accoucheur : diamètre antéro-postérieur mesurant 10.5 centimètres (mesuré du promontoire à la face postérieure de la symphyse pubienne), diamètre transversal mesurant 13 cm, diamètre oblique mesurant 12 cm (du sinus sacro-iliaque à l'éminence ilio-pectinée opposée.

—► L'excavation dans laquelle la présentation effectue sa descente et sa rotation a un diamètre moyen de 12 cm avec un léger rétrécissement (10,8 cm) à la hauteur des épines sciatiques appelé « détroit moyen ».

—► L'orifice inférieur ou le détroit inférieur est le plan de dégagement de la présentation. Son diamètre est de 11 cm.

1.1.1.2 Parties molles

Les parties molles sont formées par les muscles du périnée qui ferment en bas la cavité pelvienne.

1.1.1.3 Mobile fœtal

L'étude du pôle céphalique est fondamentale car c'est le seul élément incompressible du fœtus. La tête est ovoïde avec un grand axe fronto-occipital de 12 cm. et son diamètre bipariétal de 9.5 cm

1.1.2 Phénomènes dynamiques (4) (5) (6)

La contraction est la force motrice de l'accouchement

1.1.2.1 Utérus gravide

L'utérus gravide qui contient le fœtus est situé dans l'abdomen. Il comprend trois parties : le corps, le segment inférieur (portion propre à la gravidité) et le col (qui comprend lui-même un orifice cervical externe et un orifice cervical interne). Le corps en fin de grossesse, a la forme d'un ovoïde à grosse extrémité supérieure.

L'utérus est constitué de trois tuniques :

- La séreuse : c'est le péritoine dont la polarité est de se cliver facilement au niveau du segment inférieur ;
- La muqueuse ;
- La musculieuse ou myomètre.

Le mécanisme de l'initiation de la contraction utérine est lié :

- Au potentiel de repos de la membrane dû aux contractions toniques de chaque côté de la membrane.
- Aux éléments dépolarisants de la membrane

1.1.2.2 Contraction utérine

Le rôle et les effets des contractions utérines sont :

- Formation et ampliation du segment inférieur ;
- Effacement et dilatation du col utérin ;
- Formation de la poche des eaux ;
- Effet sur le mobile fœtal (pour franchir les étapes de la filière pelvi-génitale.)

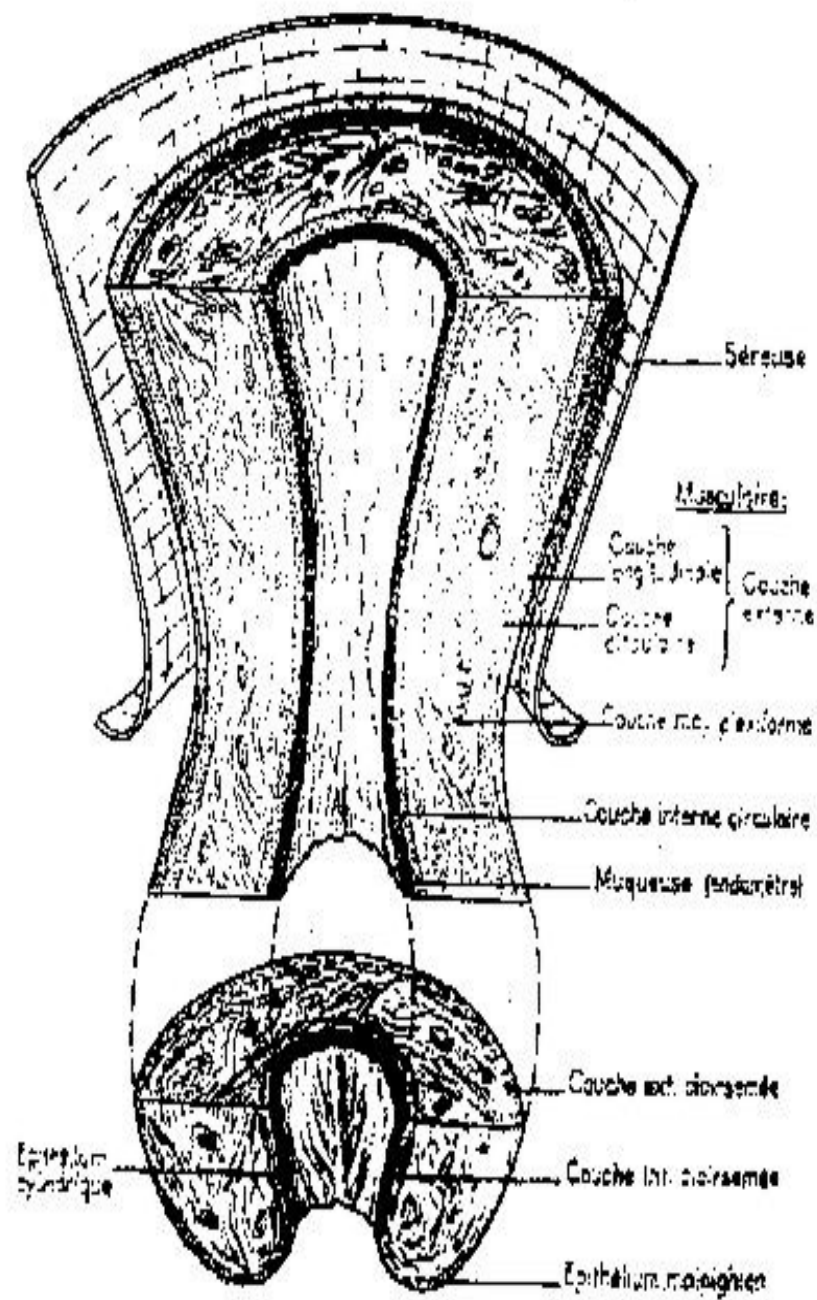


Figure 1 : Structure de l'utérus (7)

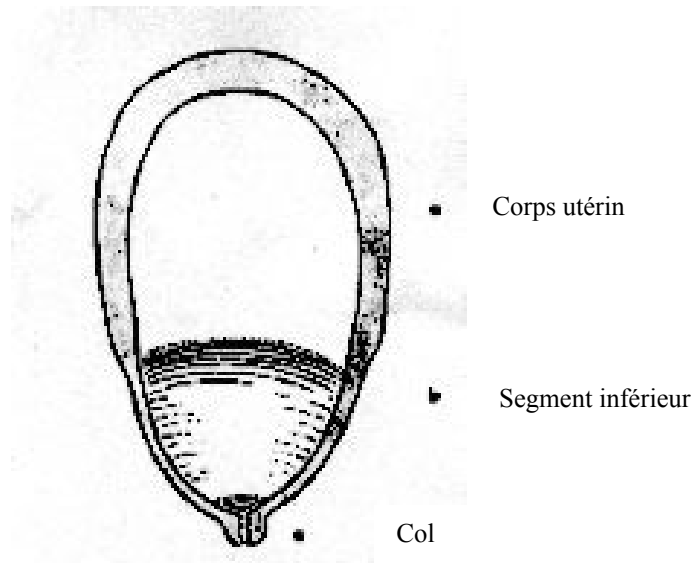
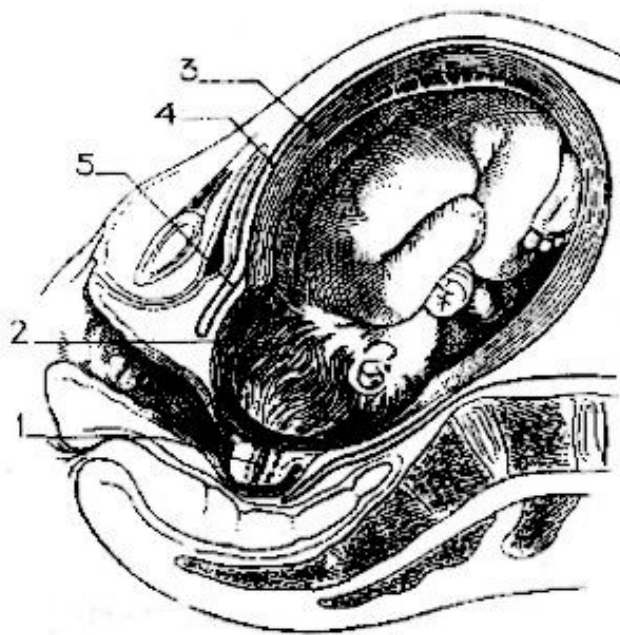


Figure 2 : utérus à terme (5)



1 : col ; 2 : segment inférieur ; 3 : corps ; 4 : péritoine adhérent ; 5 : péritoine décollable

Figure 3 : Utérus gravide avec ses trois parties (7)

1.1.3 Modifications physiologiques maternelles (8) (9) (10)

Les modifications de l'organisme maternel au cours de la grossesse concourent toutes à permettre le développement du produit de la conception . Les principales fonctions de l'organisme maternel travaillent à un niveau plus important. L'accouchement, notamment pour le système cardio-vasculaire, représente un effort supplémentaire.

La connaissance des modifications est indispensable à la surveillance de la grossesse normale comme celle des pathologies chroniques présentées par la femme. Ces manifestations peuvent également interférer sur la conduite de l'anesthésie. Les perturbations sont importantes et dues à l'augmentation de l'utérus et à l'imprégnation hormonale

1.1.3.1 Modifications circulatoires

Le volume circulant augmente d'environ 50% tout au long de la grossesse, surtout aux dépens du volume plasmatique (plus 50%), le volume de globules rouges n'augmentant que d'environ 30 %. Ceci explique l'hémodilution avec hématocrite abaissé. On note aussi un état d'hypercoagulabilité qui protège la mère des problèmes hémorragiques graves mais augmente le risque thrombo-embolique

Le débit cardiaque augmente de 50%, par augmentation de la fraction d'éjection systolique (+25%) et de la fréquence cardiaque (+25%). On observe également une baisse au cours des résistances vasculaires systémiques de 20% Lorsque la patiente est en décubitus dorsal strict, l'utérus gravide comprime la veine cave et l'aorte, une hypotension peut alors apparaître par diminution du retour veineux.

La pression artérielle (PA) baisse au cours du deuxième trimestre puis revient à la normale à terme et atteint surtout la diastolique. On considère la limite supérieure de la normalité de la PA à 140 mmHg la systolique et à 90 mmHg pour la diastolique pendant la grossesse

La pression veineuse est augmentée au niveau des membres inférieurs du fait du gêne au retour veineux. Cela explique en partie la grande fréquence des œdèmes observés au niveau des membres inférieurs qui sont banals en fin de grossesse et sont

considérés comme physiologiques s'ils ne s'accompagnent pas d'HTA ou de protéinurie. Leur apparition est très progressive.

1.1.3.2 Modification respiratoire

La consommation en oxygène de base au cours de la grossesse augmente de 30 à 40 ml/ mn. Cette augmentation, de 16 %, est essentiellement due à la consommation fœtale.

1.1.3.3 Autres modifications

a- Rénales

- dilatation urétérale par la progestérone d'où augmentation de la fréquence des infections urinaires et pyélonéphrites.
- augmentation de la filtration glomérulaire plus 50%, ce qui provoque une baisse de la créatininémie de 50% , une protéinurie physiologique de 0.3g/24h, et une augmentation de l'élimination de certains médicaments
- rétention hydrosodée.

b- Digestives

- Globalement, son fonctionnement est ralenti, du fait de l'action de la progestérone sur les muscles lisses.

c- Métaboliques

- Le métabolisme basal s'élève de 15-30%, en raison surtout du développement de l'unité foeto-placentaire. Il existe au cours de la grossesse une prise de poids obligatoire évaluée à 7.5 kg environ.

1.1.4 Physiologie du fœtus et ses annexes

1.1.4.1 Le fœtus (11) (12)

Au cours du troisième trimestre, le fœtus grossit et accumule ses réserves dans le foie (sous forme de glycogène) et au niveau de la peau. Il termine la maturation des ses grandes fonctions neurologique, cardiaque et respiratoire

A 9 mois, le bébé est presque prêt. Certains organes fonctionnent bien, d'autres sont encore au ralenti et quelques-uns ont besoin d'attendre qu'il vive indépendant, à l'air libre pour commencer à fonctionner. Le cœur bat à 120-160 pulsations par minute

1.1.4.2 Les annexes fœtales

a) Le placenta (13) (14) (15)

Le placenta est l'organe nourricier du fœtus. Il constitue en effet le lieu de passage de l'oxygène et des nutriments de la mère vers le fœtus, bien qu'à aucun moment les deux circulations ne soient mélangées. Le sang maternel arrive par les artères utéro-placentaires et le sang désaturé quitte par les veines utérines et rejoint le réseau maternel systémique.

Le placenta, programmé pour une durée de vie de 9 mois commence sa maturation au cours du troisième trimestre. A terme le débit sanguin utéro-placentaire représente 10% du débit cardiaque. De plus, des modifications inadaptées de la vascularisation utéro-placentaire sont responsables de pathologies fœtales et maternelles sévères comme la prééclampsie et le retard de croissance in-utero.

Le placenta retient également de nombreux virus et de bactéries, protégeant ainsi le fœtus de l'infection. Toutefois, certains virus comme celui de la rubéole, certains parasites, comme celui de la toxoplasmose, et des substances toxiques, en particulier des médicaments peuvent traverser la barrière placentaire.

Le placenta a aussi un rôle hormonal important. (16)

Dans l'ensemble, les lésions placentaires entravent l'évolution normale de la grossesse par trois mécanismes : Perturbation de la circulation placentaire à l'origine de détérioration des échanges foeto-maternels, dépression de la fonction placentaire sur le système hormonal et la transmission de l'infection au fœtus.

b) Le liquide amniotique (17) (18)

Le liquide amniotique (LA), milieu dans lequel baigne et se développe le fœtus est un formidable lieu d'échanges. Il est produit par les membranes de l'œuf et du fœtus lui-même. Il contient de l'eau, de l'albumine, de l'urée et des électrolytes. Sa totalité est renouvelée en trois heures.

Le rôle du LA est triple. Il fonctionne comme un amortisseur contre les chocs (bruits ou traumatismes). Il est antibactérien, en créant une atmosphère stérile autour du fœtus. Il lui permet de se mouvoir.

L'étude de la dynamique du LA permet aussi une évaluation de l'état fœtal et la couleur du LA est un élément important à considérer chez toute parturiente car l'émission du méconium peut signifier une hypoxie fœtale.

c) Le cordon ombilical et les membranes (19)

Le cordon ombilical relie le fœtus au placenta. Les artères conduisent le sang du bébé vers le placenta, la veine apporte le sang frais venant des échanges placentaires entre la circulation sanguine de la mère et celle du futur bébé. Son débit peut avoisiner de 30 litres par jour.

Les membranes du sac amniotique jouent aussi un rôle important dans les échanges foeto-maternels, par l'intermédiaire du LA. La rupture des membranes avant l'accouchement comporte un risque septique et expose donc, en cas de césarienne, à une morbidité infectieuse accrue.

1.2 Rappels sur les opérations césariennes.

1.2.1 Définition (20)

L'hystérotomie, ou opération césarienne, ou accouchement par voie haute est une intervention chirurgicale, obstétricale destinée à extraire par voie abdominale, le plus souvent, le fœtus après ouverture de l'utérus.

1.2.2 Historique (21) (23) (24)

L'étymologie même du mot césarienne n'est pas claire. Selon la légende, ce mot provient du nom du premier des césars : Julius César, en raison de l'opération à laquelle, il aurait dû sa naissance mais l'hypothèse la plus probable semble être celle du Pundel qui attache le mot césarienne au verbe « caedère » qui signifie couper. (22)

La césarienne est probablement la plus ancienne opération pratiquée chez la femme. L'Inde antique, les Hébreux, les Grecs, Les Romains connaissent la césarienne post-mortem. Cette opération pratiquée sur la femme qui vient de mourir est de date très ancienne. Le moyen âge fut une période de stagnation dans l'évolution de la césarienne. C'est avec la Renaissance que le mot « césarienne » est entériné pour désigner cette opération et qu'apparaissent les premières césariennes sur femme vivante.

Cependant, juste vers le milieu du XIX^e siècle, la césarienne reste un acte désespéré qui est déconseillé par la grande majorité des obstétriciens. Ce n'est qu'après l'acquisition du « trépied d'or de la chirurgie » que la césarienne sera progressivement réhabilitée avec les travaux de Poro, de Kherer et Saenger et de l'école allemande.

Le XX^e siècle voit s'imposer l'incision segmentaire et l'apparition des indications fœtales de la césarienne.

1.2.3 Indications (25) (20)

La césarienne est surtout indiquée quand il y a danger pour le fœtus et pour la parturiente, et à chaque fois qu'il n'est pas souhaitable que la maman accouche par les voies naturelles.

Les césariennes ont été classées en indication obligatoire, de prudence, et de nécessité.

1.2.4 Techniques anesthésiques

L'anesthésie pour césarienne recouvre une large variété de situations cliniques, plus ou moins pressantes, en fonction desquelles les options laissées ou les conduites imposées à l'anesthésiste sont diverses.

L'indication de la césarienne, et l'état maternel et fœtal, déterminent le délai dont on dispose et le choix de la technique.

1.2.4.1 Caractéristiques communes à toutes les méthodes d'anesthésie (8) (26) (27) (28)

- La prémédication par administration de tranquillisant type benzodiazépine n'est pas recommandée avant césarienne, car ces médicaments traversent le placenta et peuvent retentir chez le nouveau né.

La seule précaution retenue est l'administration d'un antiacide particulier visant à augmenter le pH gastrique et donc à diminuer le risque de syndrome de Mendelson. On recommande l'administration d'anti-H2 associé aux citrates par voie orale avant toute césarienne.

- En raison des risques hémorragiques, il est recommandé d'utiliser un abord veineux d'un calibre suffisant 16 ou 18 G, le soluté de remplissage étant le Ringer lactate *.
- La surveillance peranesthésique et celle d'un patient anesthésié, en ajoutant un monitoring de la curarisation en cas d'anesthésie générale (AG).
- La patiente doit être installée en décubitus latéral gauche jusqu'à la naissance.
- L'antibioprophylaxie, à l'aide d'une dose unique de 2 g de céfazoline est recommandée après le clampage du cordon.

1.2.4.2 Les techniques d'anesthésie existantes.

a) Anesthésie générale (8) (27)

La technique de référence pour l'anesthésie de la césarienne est celle associant, pour l'induction, thiopental (4.5 mg/kg) et cellocurine (1mg/kg) avant une intubation

en séquence rapide sous-couvert d'une manœuvre de Sellick. Une préoxygénation est réalisée en oxygène pur avant l'induction soit pendant 4 minutes soit 4 inspirations profondes.

Après la naissance de l'enfant l'anesthésie est approfondie par l'administration du narcotique choisi pour l'induction et de morphiniques liposolubles (sufentanil, fentanyl)

L'AG, même si elle paraît techniquement plus facile et rassurante, reste responsable d'une mortalité importante et ne doit être réservée qu'aux urgences extrêmes et /ou aux contre-indications de l'anesthésie loco-régionale (ALR)

b) Anesthésie loco-régionale (27) (28) (29) (30)

L'ALR doit être préférée à une anesthésie générale à chaque fois que cela est possible

Les contre-indications de l'ALR sont :

- Le refus de la patiente ;
- Coagulopathie acquise ou congénitale (plaquette inférieure à 100.000) ;
- Placenta praevia (risque d'hémorragie cataclysmique et l'ALR empêche une vasoconstriction réactionnelle) ;
- Instabilité hémodynamique ;
- Etat infectieux ;
- Cardiopathies sténosantes non équilibrées ;
- Hypertension intra-crânienne ;
- Neuropathie évolutive ;
- Allergie vraie aux anesthésiques locaux ;

b. 1) Anesthésie péri-durale (APD)

Elle est largement utilisée lors des césariennes en cours du travail lorsque le travail a eu lieu sous analgésie péri-durale, même dans le cadre de l'urgence.

Les anesthésiques locaux utilisées sont : la lidocaïne 2 % et la bupivacaïne 0.5% adrénalinées ou non. L'association de vasoconstricteurs et de dérivés morphiniques aux

anesthésiques locaux réduit le temps d'installation du bloc et améliore la qualité de l'anesthésie en diminuant les douleurs viscérales résiduelles.

Les inconvénients liés à la technique sont la possible hypotension artérielle, les tremblements, et les nausées/vomissements per-opératoires.

b.2) Rachianesthésie

La rachianesthésie (RA) est la technique la plus utilisée dans le cadre de la césarienne programmée en raison de sa simplicité et de sa puissance anesthésique.

L'anesthésique local utilisé est la bupivacaïne 0.5% hyperbare, la dose variant entre 10 et 12,5 mg en fonction des adjuvants. Les morphiniques liposolubles ou la clonidine sont recommandés en association avec la bupivacaïne pour procurer un meilleur confort per-opératoire et un allongement de la durée d'analgésie.

Le principal inconvénient de cette technique, réside dans la fréquence et l'importance de l'hypotension comparée à ce qu'on observe lors d'une péridurale dont la prévention associe remplissage et vasopresseur (Ephédrine) par voie veineuse dès la réalisation de la ponction.

b. 3) Rachianesthésie péri-durale combinées

Le principe est de réaliser par la technique de l'aiguille à travers l'aiguille une rachianesthésie utilisant des doses réduites d'anesthésique local, d'insérer un cathéter péri-dural et d'utiliser celui-ci pour ajuster le niveau à T4 et aussi pour l'analgésie post-opératoire

Les avantages sont : la plus grande rapidité d'installation que lors d'une APD conventionnelle, un meilleur confort pour la patiente et le chirurgien et une stabilité hémodynamique identique à celle d'une APD

1.2.5 Techniques opératoires

Le choix entre les différentes modalités techniques de la césarienne dépend de conditions propres à chaque patiente, à chaque chirurgien et à chaque condition d'exercice qu'il faut savoir prendre en compte.

1.2.5.1 Techniques standards (31) (32)(33)

a) Incision cutanée et aponévrotique

a.1 Incisions transversales

L'incision de Pfannenstiel offre un double avantage d'être esthétique et d'une grande solidité de la cicatrice rendant la survenue d'éventration exceptionnelle, elle est devenue au fil des années la technique de référence des incisions transversales.

La technique consiste en l'incision transversale sus-pubienne décalée des plans cutanés et aponévrotique, suivie de décollement, vers le haut et vers le bas, de la gaine des grands droits. Ces muscles sont dissociés sur la ligne médiane donnant accès au péritoine qui est incisé verticalement.

Cependant, des inconvénients persistent : risque d'hématome, le temps de réalisation un peu long puisque l'hémostase doit être parfaite.

a.2 Laparotomie médiane

La laparotomie médiane sous-ombilicale est facile à pratiquer, elle est moins hémorragique que l'incision de Pfannenstiel et permet l'extraction rapide du fœtus mais au prix d'une solidité moindre. Chez les patientes obèses, elle est conseillée car moins sujette que l'incision de pfannestiel à la surinfection. Elle est à éviter en cas d'insuffisance respiratoire

b) Hystérotomie

La césarienne segmentaire transversale lorsque l'hystérotomie a été effectuée transversalement sur le segment inférieur. Elle est la plus fréquemment pratiquée. Les avantages reconnus de l'hystérotomie segmentaire transversale associe le risque de rupture utérine faible.

1.2.5.2 Variantes techniques (31) (34)

a) incision pariétale

Il existe d'autres techniques d'incision transversale dont, les plus fréquemment pratiquées sont les incisions trans-rectales avec (incision de Maylard ou Morley) ou sans (incision de Mouchel) ligatures des vaisseaux épigastriques et l'incision de Joël Cohen, alternative en expansion. Par rapport à l'incision de Pfannestiel, elle comporte une incision rectiligne de la peau trois centimètres au dessous d'une ligne rejoignant les deux épines iliaques antéro-supérieures, une incision au bistouri sur trois centimètres du tissu cellulaire sous-cutané et de l'aponévrose, un écartement aux doigts des muscles droits et de l'aponévrose et une ouverture digitale transversale du péritoine pariétal.

b) L'incision utérine

- Hystérotomie segmentaire verticale : ses indications sont essentiellement le défaut de développement du segment inférieur, le placenta praevia antérieur, la présentation transversale.
- Hystérotomie segmento-corporéale : elle a l'inconvénient d'être souvent hémorragique, de suture peu solide et de péritonisation incorrecte exposant au risque de fistule pariéto-utérine.
- Hystérotomie corporéale : La cicatrice obtenue est souvent de mauvaise qualité et fait alors courir un risque accru de rupture utérine lors d'une grossesse ultérieure. Ses indications sont très rares : utérus déjà condamné avec hystérectomie complémentaire ; césarienne suivie d'une stérilisation tubaire ; abord difficile du segment inférieur ; césarienne post-mortem avec fœtus vivant ;

1.2.5.3 Cas particuliers : La technique de Misgav Ladach (28) (34)

C'est une technique particulièrement rapide permettant de réduire les pertes en sang et de faciliter la reprise du transit. D'autre part, elle n'augmente pas les risques de survenue d'infection.

Les étapes superflues éliminées sont :

- absence de décollement de l'aponévrose des grands droits

- pas de compresses abdominales
- inutilité d'aspiration du liquide amniotique
- absence de clivage du péritoine pré-segmentaire
- non fermeture des péritoines vésico-utérin et pariétal
- pas de suture du tissu graisseux sous-cutané

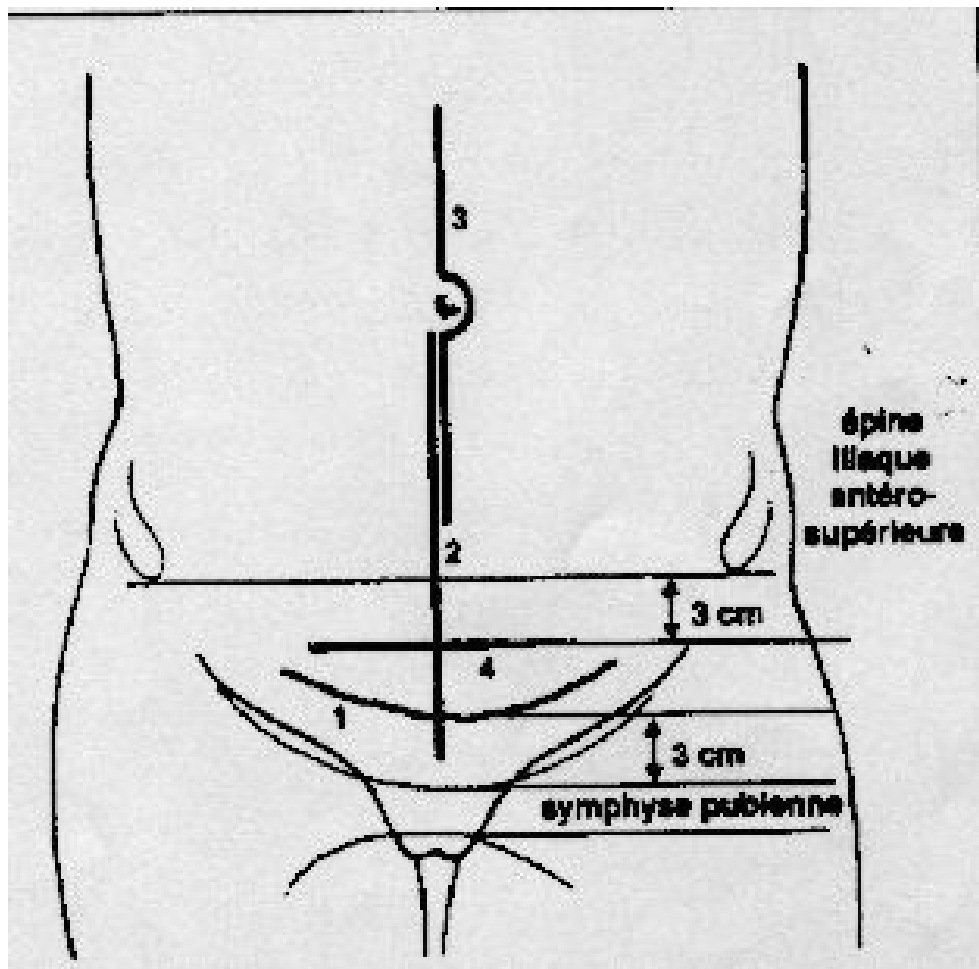


Figure n°4 : Différents types d'incision cutanée : (1) Pfannenstiel ; (2) laparotomie médiane sous-ombilicale ; (3) Laparotomie sus et sous ombilicale ; (4) Joël-Cohen (35)

1.2.6 Soins post-opératoires : (27) (8)

1.2.6.1 Analgésie post-opératoire :

Après ALR, l'administration de morphine par voie intra-rachidienne est plus efficace sur son administration par voie intra-musculaire.

Après AG, l'analgésie est prise en charge par une association de médicaments : morphine, AINS et paracétamol, qui permettent d'obtenir un soulagement satisfaisant de la douleur.

L'administration de morphine par voie IV auto-contrôlée est plus efficace que l'administration par voie IM.

1.2.6.2 Réalimentation

Après césarienne la réalimentation légère précoce (à la 6è heure) améliore la reprise du transit.

La césarienne n'est pas une contre-indication à l'allaitement.

1.6.2.3 Prévention de la maladie thrombo-embolique

Les patientes à bas risque peuvent ne pas être traitées, les patientes à risque moyen devraient bénéficier d'une contention élastique ou l'héparine de bas poids moléculaire (HBPM) et les patientes à fort risque devraient bénéficier à la fois d'une contention élastique et d'HBPM.

1.2.7 Complications

1.2.7.1 Maternelles (36) (37) (38) (39)

Bien que la césarienne soit maintenant plus sûre qu'elle ne l'a jamais été, elle reste un geste de chirurgie majeure et comporte de ce fait un risque de mortalité et de morbidité supérieures au risque de la naissance par voie basse.

a) Mortalité (36) (37)

Elle est estimée entre deux à onze fois celui des naissances par voie basse. La mortalité liée à la césarienne en urgence est quatre fois supérieure à celle à une césarienne programmée.

Le risque est lié en grande partie à l'intervention elle même, mais aussi à la pathologie ayant conduit à l'intervention.

Les causes sont représentées par l'infection : hémorragie, les complications de la dysgravidie, les problèmes d'anesthésie-réanimation, l'anémie chronique et l'embolie pulmonaire.

b) Morbidité (36)(38)(39)

A court terme : L'infection est de loin la plus fréquente des complications. L'endométrite et la suppuration pariétale sont les principales manifestations infectieuses. D'autres pathologies infectieuses rencontrées sont : fièvre isolée, lymphangite du sein, paludisme, septicémie, infection urinaire, thrombophlébite, pneumopathie...

L'anémie post-opératoire occupe la seconde place après l'infection. On peut trouver parmi les pathologies non infectieuses : fistules urinaires, éclampsie du post-partum, persistance de l'HTA, syndrome sub-occlusif, psychose puerpérale.

A long terme : Il existe une diminution de la fécondité estimée à 14%, une augmentation du risque d'hystérectomie d'hémostase en urgence, un risque de rupture utérine au cours d'une autre grossesse et au cours de travail, enfin un risque de placenta accréta et de placenta praevia.

1.2.7.2 Fœtales (33) (36) (39)

Les principales causes de décès étant : prématurité, détresses respiratoires (augmentation du risque d'apnée par rapport aux enfants nés par voie basse, même à terme), infections.

Les causes de morbidité fœtales sont : hypoxie secondaire à un syndrome cave de la mère anesthésiée, dépression respiratoire de l'enfant (conséquence de l'anesthésie et retard de résorption du liquide pulmonaire)

1.3 Généralités sur les césariennes de nécessité.

1.3.1 Définition (20) (40)

Les césariennes dites de nécessité découlent de situations pathologiques « dépassée » nécessitant une intervention de sauvetage maternel et fœtal.

Ce sont des pathologies généralement accessibles à un traitement médical, mais qui en l'absence de prise en charge correctes aboutissent à des complications.

1.3.2 Principales indications

1.3.2.1 Pathologies de la grossesse

a) L'Hypertention artérielle (HTA) (41) (42) (43) (44)

L'HTA au cours de la grossesse est une menace vitale pour la mère et l'enfant.

Il existe deux types d'HTA liée à la grossesse

- L'HTA survenant au cours d'une grossesse ou toxémie gravidique (dysgravidie ou prééclampsie), qui peut être définie par une HTA, une protéinurie et des oedèmes survenant en général chez une femme primipare sans antécédents vasculo-rénaux, au cours du troisième trimestre de la grossesse.

- Ce syndrome doit être différencié de la grossesse survenant chez une femme antérieurement hypertendue, même si ces deux tableaux partagent des risques maternels et fœtaux et un traitement similaire.

a.1 Indication et conduite du traitement médicamenteux de l'HTA.

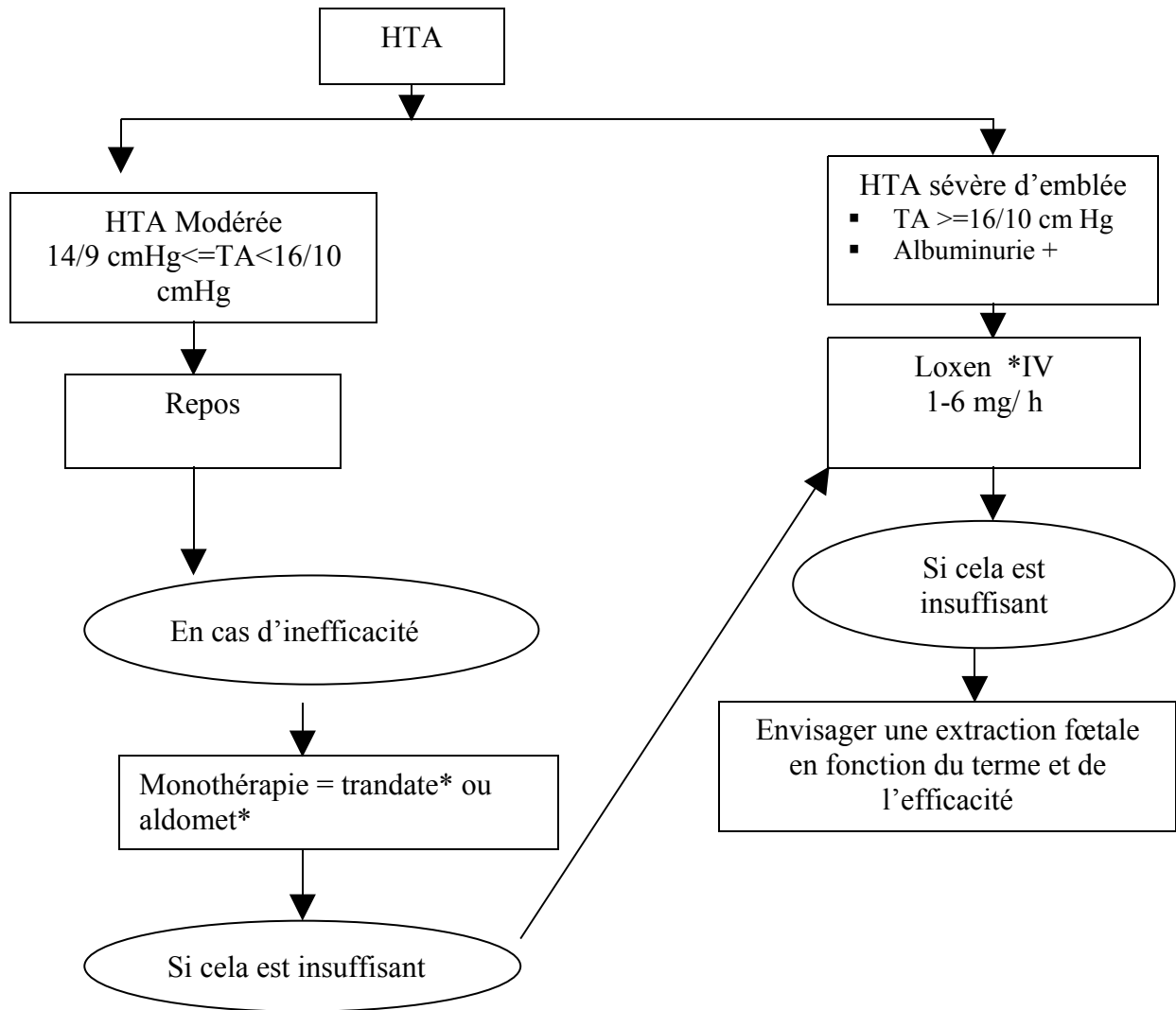


Schéma 01 : Indication et conduite du traitement médicamenteux de l'HTA (43)

a.2 Conduite obstétricale dans le cadre d'une HTA

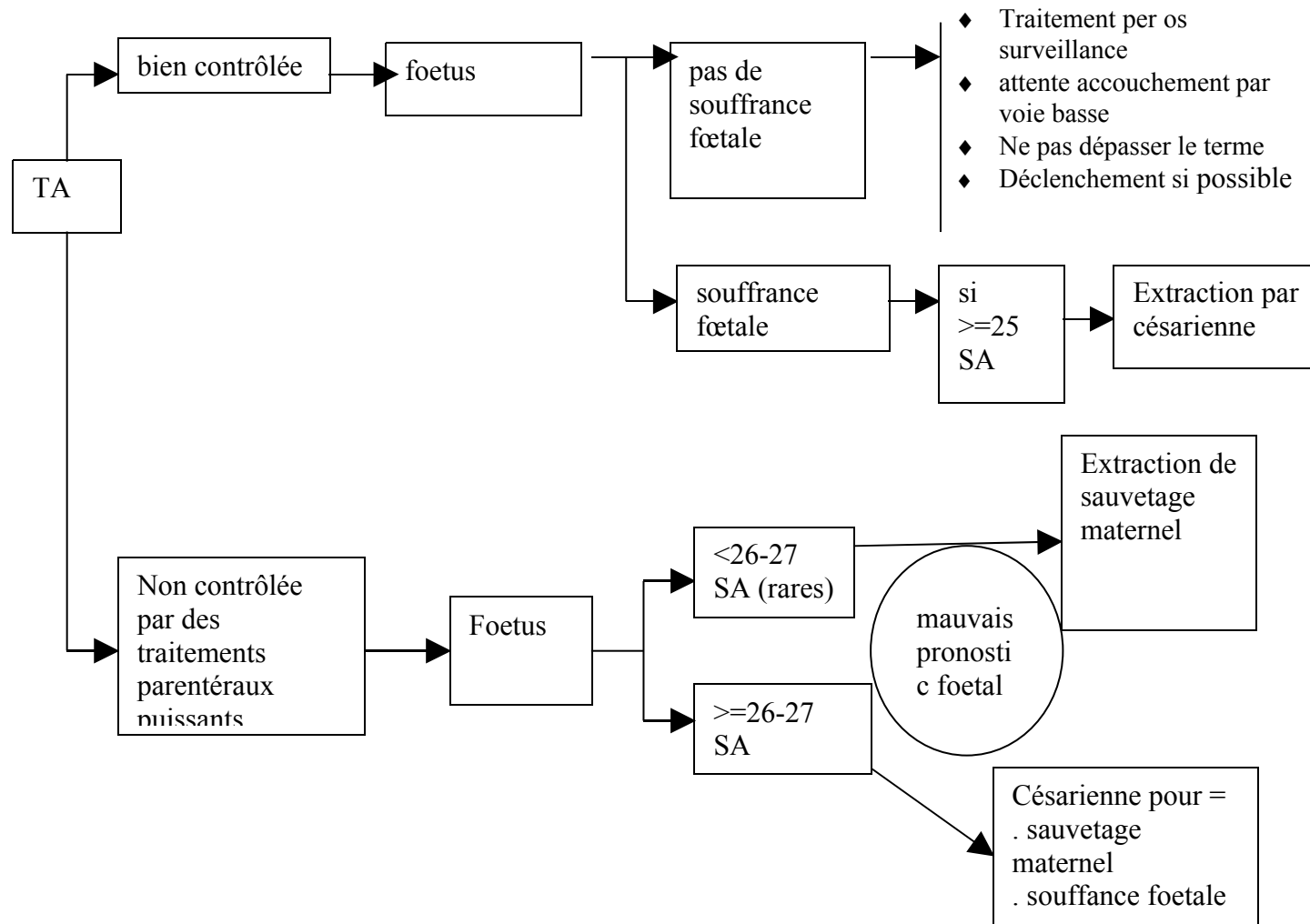


Schéma 02 : Conduite obstétricale dans le cadre d'une HTA (43)

a.3 Anesthésie et prééclampsie (8) (27)

- S'il n'existe pas de contre-indication, les ALR sont, chez la prééclamptique sévère, préférées à l'AG. La rachianesthésie est possible.
- Si l'AG se révèle indispensable, deux points sont à considérer :
 - La difficulté potentielle d'intubation trachéale
 - La poussée hypertensive à l'intubation et à l'extubation

a.4 En post-opératoire (8) (27)

- Risque que l'éclampsie persiste 48 h
- Prévention thromboembolique (risques plus importants)

b) Les complications de l'HTA

b.1 Eclampsie (45) (46) (47) (48)

Il s'agit de la survenue de convulsions ou de coma dans un contexte de toxémie gravidique. Elle est soit inaugurale de la maladie, soit précédée d'éclampsisme (HTA instable, œdèmes, protéinurie avec oligurie, céphalées, troubles oculaires, auditifs, digestifs avec signe de Chaussier et neurologiques.

Du point de vue obstétrical, l'attitude à adopter dépendra de l'état de la patiente et donc de sa réponse au traitement médical, du terme de la grossesse, de l'absence ou non du travail et de l'état du fœtus.

La césarienne s'impose pour sauvetage maternel et fœtal devant :

- Une patiente présentant une toxémie connue, compliquée d'éclampsie et rebelle au traitement médical avec des signes de souffrance fœtale aiguë.
- Une patiente n'étant pas en travail spontanément après l'éclampsie avec un enfant vivant et prématuré.

La perfusion de sulfate de magnésium représente le traitement symptomatique qui prépare à la césarienne. La dihydralazine (NEPRESSOL*), le Labétalol

(TRANDATE*) ou le nicardipine (Loxen*)IV peuvent être associés lorsque la pression artérielle n'est pas suffisamment contrôlée.

b.2 Hématome retro-placentaire HRP (49) (50) (51)

L'HRP, qui correspond au décollement prématuré d'un placenta normalement inséré DPPNI , résulte d'une désinsertion accidentelle de tout ou d'une partie du placenta avant l'accouchement, avec formation d'un hématome plus ou moins volumineux. C'est un accident de survenue brutale et le plus souvent imprévisible. Il peut survenir lors de la grossesse ou pendant le travail.

L'évolution spontanée du DPPNI va se faire vers l'apparition de complications dans un délai parfois très bref :

- La mort fœtale peut survenir du fait de la diminution importante des échanges foeto-placentaires ou en raison de l'état de choc maternel ;
- Les troubles de coagulation peuvent très rapidement devenir cataclysmique. Le diagnostic est évoqué devant l'apparition de métrorragies faite de sang incoagulable ;

Dans de tels cas, il n'est pas possible d'envisager des interventions chirurgicales ou obstétricales sans faire courir de gros risque à la mère.

Le traitement a pour but immédiatement de restaurer les pertes sanguines et d'assurer l'hémostase. Ceci ne peut être atteint de façon durable que par l'évacuation utérine rapide.

La césarienne permet de diminuer la mortalité péri-natale (20 -50%) dans les HRP avec enfant vivant. Elle sera pratiquée sous AG (contre-indication de la péridurale du fait du risque de trouble de la coagulation). Elle s'impose rapidement si le fœtus est vivant, de vitalité certaine et si l'accouchement n'est pas imminent.

Si le fœtus est mort, elle peut être utile en cas de gravité de l'état maternel.

b.3 HELLP –syndrome (51) (52) (53)

Le Hellp syndrome est trouvé dans 10% des formes graves de la toxémie gravidique. Ce syndrome témoigne de la souffrance viscérale au cours de la

prééclampsie. Il associe une hémolyse (« hemolysis »), une élévation des transaminases, (« elevated liver enzyme ») et une thrombopénie (« low platelet »). Il grève lourdement le pronostic maternel et fœtal et réalise une des urgences obstétricales à ne pas méconnaître.

Classiquement, le seul traitement efficace dans ces situations reste l'arrêt rapide de la grossesse, quel que soit le terme. En cas de forme sévère, la césarienne reste le traitement de choix.

c). Diabète gestationnel (54)(55)

Le diabète gestationnel (DG) est un problème de la tolérance glucidique de gravité variable, survenant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quel que soit le traitement nécessaire et quelle que soit son évolution après l'accouchement.

Cette définition regroupe les affections de gravité variable selon le niveau glycémique, associées à des complications de gravité différente.

Le DG est associé à un ensemble de complications ou pathologie tant chez la mère que chez l'enfant, à court et à long terme, le DG est responsable d'une augmentation de prévalence des complications suivantes.

- Chez la mère : HTA gravidique donc césarienne
- Chez l'enfant : macrosomie, mort fœtale in-utero, dystocie des épaules

Sur la conduite de l'accouchement, il n'y a pas lieu de modifier les conduites obstétricales si le diabète est bien équilibré et en absence de complications. La césarienne d'emblée pour DG n'est pas justifiée. La césarienne de nécessité est indiquée en cas de complications à type d'HTA gravidique.

1.3.2.2 Dystocie dynamique (56) (57) (58) (59)

Le terme de dystocie dynamique est certainement impropre, ou tout au moins ne correspond pas à une entité clinique clairement définie.

En effet, l'analyse des données cliniques et paracliniques (tocographie) permet uniquement la reconnaissance d'une anomalie de déroulement du travail sans que sa

cause soit univoque dans la plupart des cas. Ainsi la dichotomie entre dystocie dynamique et mécanique semble-t-elle trop schématique, certaines anomalies dynamiques pouvant résulter des facteurs mécaniques, et à l'inverse, des anomalies mécaniques pouvant être induites par une dynamique inadéquate (anomalie d'orientation de la présentation par exemple)

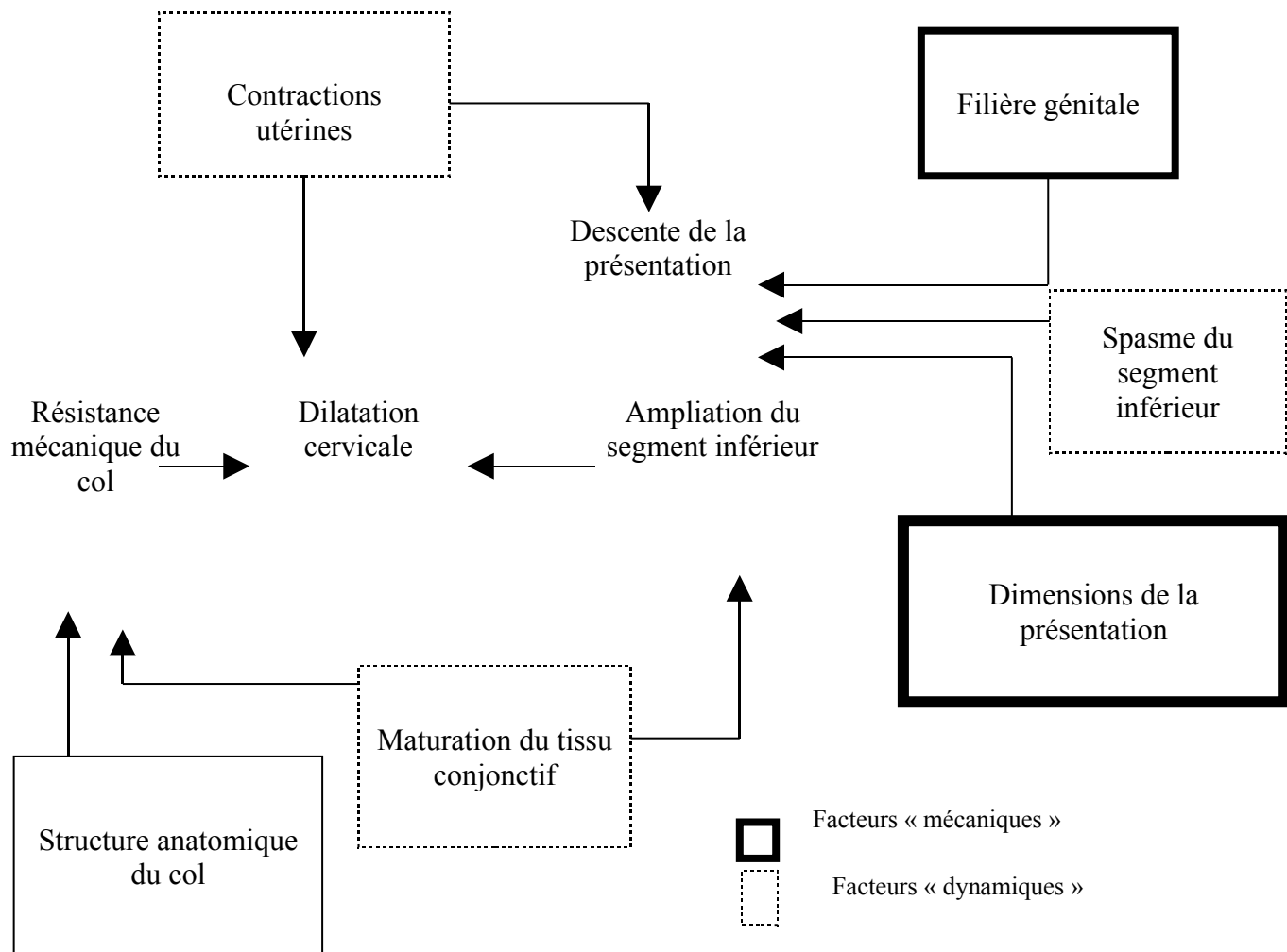


Schéma 03 : facteurs mécaniques et dynamiques concourant au déroulement normal de la dilatation cervicale au cours du travail. (56)

La dystocie peut être définie comme une absence de dilatation cervicale et/ou de progression de la présentation pendant un certain temps ou encore par lenteur particulière de ces mêmes événements.

Le partogramme, une méthode pour documenter graphiquement les examens vaginaux pratiqués à intervalles réguliers pendant le travail, a été recommandé comme un outil pour le dépistage et le diagnostic de la dystocie. Dystocie dynamique lorsqu'on observe sur un partogramme un arrêt de la dilatation ou de la progression inférieure à 1 cm en 2 heures.

Les moyens proposés pour traiter la dystocie sont multiples, mais les plus étudiés peuvent être regroupés selon trois principales catégories distinctes voir opposées :

- La direction du travail qui comporte deux principaux types d'intervention : la rupture artificielle des membranes et la perfusion d'ocytocine.
- La progression du travail que ce soit avant ou après avoir démarré les mesures correctrices de la dystocie (cette composante de temps permet la correction d'anomalies mécaniques (rotation, adaptation, modelage de la présentation...), aussi bien que dynamiques)

Les autres mesures proposées sont évaluées pour améliorer la progression du travail sans :

- Les changements de position maternelle et la déambulation ;
- L'accompagnement des parturientes ;
- Les modifications des modalités de l'analgésie péridurale.

L'absence de réponse à une perfusion d'ocytocine dans les 3 heures suivant le début de la perfusion révèle un caractère péjoratif et indique une césarienne.

1.3.2.1 Grossesse prolongée (60) (61)(62)(63)

La notion de dépassement de terme est définie selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) et la fédération internationale de gynécologie et obstétrique (FIGO) comme une grossesse de 42 semaines révolues et plus (supérieure ou égale à 294 jours).(62)

La grossesse prolongée est une situation à haut risque fœtal. Les conséquences fœtales sont expliquées par l'apparition d'une sénescence placentaire conduisant à une baisse des échanges foeto-maternels et une diminution du LA (les principaux risques sont : la souffrance fœtale et l'inhalation du liquide méconial) .

La conduite obstétricale dans les grossesses prolongées demeure encore controversée avec deux options qui s'opposent :

- Introduire une surveillance anté-natale jusqu'au déclenchement spontané du travail, dans la mesure où le bien être fœtal est assuré, et l'extraction fœtale devient impérative en cas de survenue d'une ou plusieurs anomalies(oligoamnios, LA teinté, anomalie du rythme cardiaque fœtal) et qui en dehors du contexte obstétrical particulier ou une souffrance fœtale aiguë, sera réalisée par le déclenchement du travail.
- Ou déclencher le travail chez toute parturiente dès 42 SA voire 41 SA, en l'occurrence lorsque le statut cervical est favorable.

L'échec du déclenchement du travail nécessite le recours à la césarienne.

**DEUXIEME PARTIE : ETUDE
PROPREMENT DITE**

2.1 Cadre d'étude

2.1.1 Présentation

Cette étude concerne les césariennes de nécessité observées au Centre Hospitalier de District niveau II (CHD II) de Tsiroanomandidy durant une période de deux ans (1999 et 2000).

Le CHD II de Tsiroanomandidy se trouve dans la préfecture de l'Itasy, situé dans la partie ouest de la province autonome d'Antananarivo, à 220 km environ de la capitale, en suivant la route nationale n°1.

Le CHD II de Tsiroanomandidy est le plus grand complexe hospitalier de la région du Moyen ouest de Madagascar. Il est situé dans la ville de Tsiroanomandidy. Il reçoit des malades provenant principalement de ses environs immédiats. La commune urbaine et les 17 communes rurales de Tsiroanomandidy comportent selon les cartes sanitaires du SIGS-MINSAN :

- Dans le secteur public : 9 CSB I et 14 CSB II
- Dans le secteur privé : 10 CSB II

Les autres fivondronana de la région du Moyen ouest y évacuent leurs patientes, à savoir Miarinarivo, Soavinandrina, Fenoarivo centre et parfois même des Fivondronana des autres provinces comme Ambatomainity, Morafenobe.

2.1.2 Organisation du service

Le CHD II de Tsiroanomandidy comprend sept services dont :

- Service de Maternité
- Service de Laboratoire d'analyse
- Service de radiologie
- Service de Chirurgie
- Service de Médecine
- Service de pédiatrie
- Service de stomatologie

Deux sont directement concernés par cette étude : le service de maternité et le service de chirurgie.



Service de maternité : le personnel est au nombre de 7, composé de

- 1 médecin généraliste
- 4 sages femmes
- 2 servantes

et le service possède :

- 1 chambre de 14 lits
- 1 chambre de consultation
- 1 salle d'accouchement



Service de chirurgie comprend :

- Un chirurgien
- 2 médecins généralistes
- 1 major de service
- 4 paramédicaux
- 1 anesthésiste réanimateur
- 2 servantes

La maternité est incorporée dans le service de chirurgie. Toutes les pathologies gynécologiques et obstétricales nécessitant une intervention chirurgicale doivent être référées au service de chirurgie.

2.2 Méthodologie

2.2.1 Matériels d'étude

Pour la collecte des données, nous avons fait le dépouillement des différents dossiers :

- Les registres d'admission à la maternité et au service de chirurgie.
- Les cahiers des protocoles opératoires
- Les dossiers des parturientes

- Les cahiers de décès

2.2.2 Méthode d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée sur une période de 2 ans (en 1999 et 2000) au niveau du CHD II de Tsiroamandidy.

La population d'étude est représentée par toutes les femmes ayant subi des césariennes de nécessité sans distinction des paramètres épidémio-cliniques.

Nous avons recensé 39 dossiers. Aucun d'entre eux n'est rejeté car ils ont tous rempli nos critères d'exclusion c'est à dire l'absence de plus de 2 paramètres

Le logiciel *MICROSOFT EXCEL 2000* a été utilisé pour le dénombrement.

Les paramètres analysés sont :

- l'âge des parturientes césarisées
- leur gestité
- leur parité avec 4 groupes
 - Les primipares
 - Les paucipares : deuxième et troisième pares
 - Les multipares : quatrième et cinquième pares
 - Les grandes multipares : dixième pare et plus
- leur profession
- leur situation matrimoniale
- leur résidence qui se répartit en milieu urbain et périphérique
- leur niveau d'étude
- leur mode d'admission
- les consultations prénatales
- les indications opératoires

2.3 Nos résultats

2.3.1 Fréquence :

Au cours de la période d'étude durant deux ans

- l'effectif total de l'accouchement est de 1249.

Tableau 01 : Nombre d'accouchements

| Année | Nombre d'accouchements | Taux |
|-------|------------------------|--------|
| 1999 | 660 | 52.84% |
| 2000 | 589 | 47.15% |
| Total | 1249 | 100% |

L'effectif des césariennes est de 219 soit 17.53 % des accouchements

Tableau 02 : nombre de césariennes

| Année | Nombre de césarienne | Taux |
|-------|----------------------|--------|
| 1999 | 94 | 14.24% |
| 2000 | 125 | 21.22% |
| Total | 219 | 17.53% |

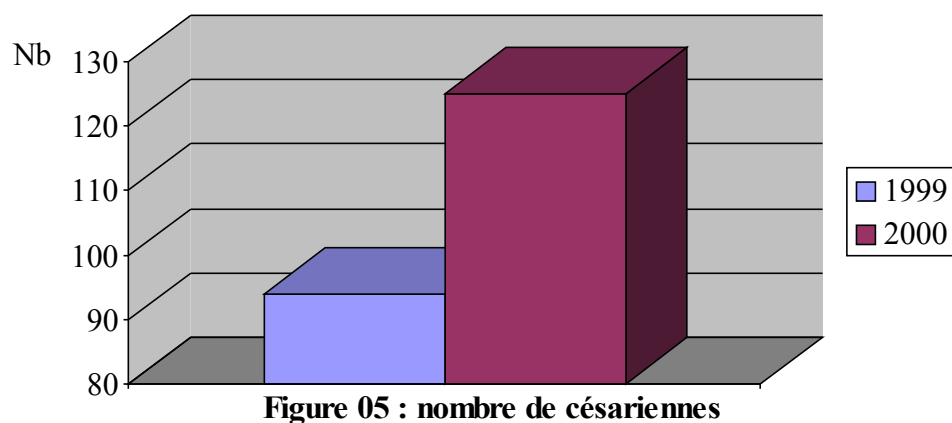
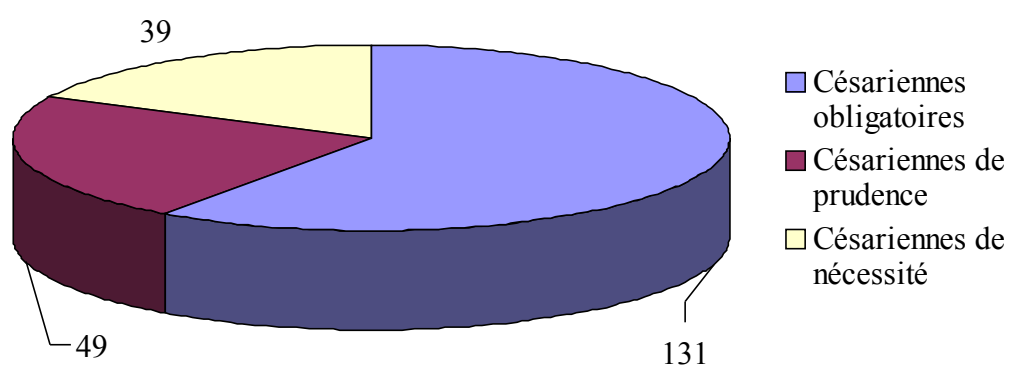


Tableau 03 : Répartition des césariennes

| Indications | Effectif | pourcentage (%) |
|--------------------------|-----------------|------------------------|
| Césariennes obligatoires | 131 | 59.81 |
| Césariennes de prudence | 49 | 22.37 |
| Césariennes de nécessité | 39 | 17.81 |
| Total | 219 | 100 |

**Figure 06 : indications des césariennes****Tableau 04 : Répartition des césariennes selon les indications**

| Césariennes obligatoires | INDICATIONS | EFFECTIFS | TAUX % |
|---------------------------------|--|------------|--------------|
| | Dystocie osseuse | 42 | 19.18 |
| | Présentations dystociques | 42 | 19.18 |
| | Placenta praevia | 21 | 9.58 |
| | Disproportions foeto-pelviennes | 15 | 6.85 |
| | Rupture utérine | 7 | 3.19 |
| | Retention du 2 ^e fœtus | 2 | 0.91 |
| | Obstacle praevia | 1 | 0.45 |
| | Prérupture | 1 | 0.45 |
| | <i>Sous-total 1.</i> | <i>131</i> | <i>59.81</i> |
| Césariennes de prudence | Utérus cicatriciel | 39 | 17.80 |
| | Souffrance fœtale | 7 | 3.19 |
| | Enfant précieux | 2 | 0.91 |
| | Présentation du siège | 1 | 0.45 |
| | <i>Sous-total 2</i> | <i>49</i> | <i>22.37</i> |
| <u>Césariennes de nécessité</u> | Distocie dynamique | 30 | 13.69 |
| | Grossesse prolongée | 4 | 1.82 |
| | Grossesse arrêtée | 2 | 0.91 |
| | Toxémie gravidique | 2 | 0.91 |
| | Décollement prématuré du placenta normalement inséré | <i>1</i> | <i>0.45</i> |
| | <i>Sous-total 3</i> | <i>39</i> | <i>17.81</i> |
| | TOTAL | 219 | 100 |

2.3.2 Paramètres épidémiocliniques

2.3.2.1 Age

L'âge maternel permet de répartir les césariennes de nécessité par tranche d'âge.

Tableau 05: répartition des patientes par tranche d'âge

| Age | Effectif | Taux |
|--------------------|-----------|------------|
| inférieur à 19 ans | 3 | 7.70 |
| 20-24 ans | 13 | 33.33 |
| 25-34 ans | 9 | 23.07 |
| 35 ans et plus | 14 | 35.89 |
| Total | 39 | 100 |

Les césariennes de nécessité étaient surtout pratiquées chez les patientes de 35 ans et plus

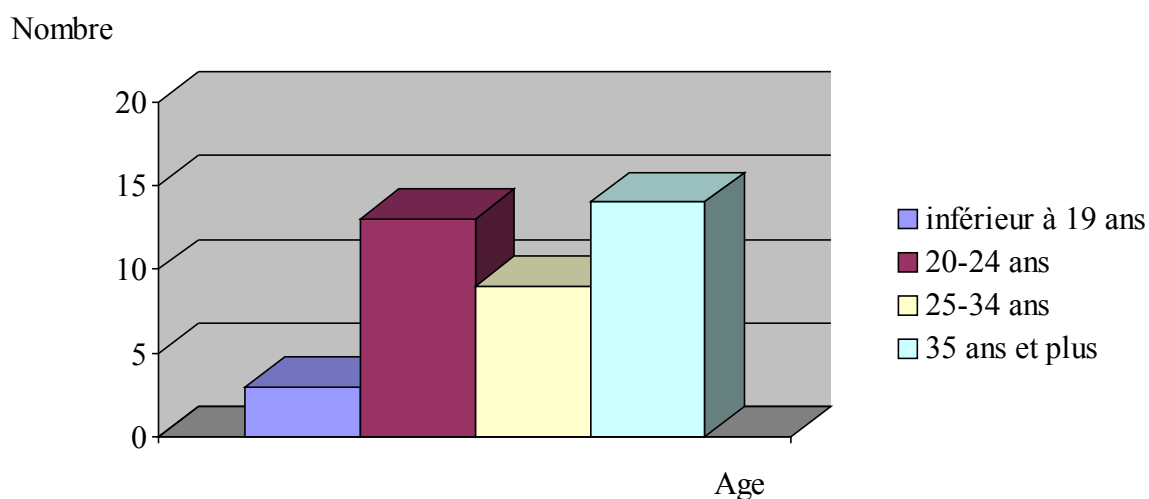


Figure 07 : âge des gestantes

2.3.2.2 Gestité

Selon le nombre de geste, on peut répartir les césariennes de nécessité en quatre groupes

Tableau 06 : répartition des césariennes selon la gestité

| Gestité | Nombre | Taux |
|--------------|-----------|------------|
| G1 | 10 | 25.64 |
| G2-G4 | 16 | 41.02 |
| G5 | 6 | 15.38 |
| G6 et plus | 7 | 17.94 |
| Total | 39 | 100 |

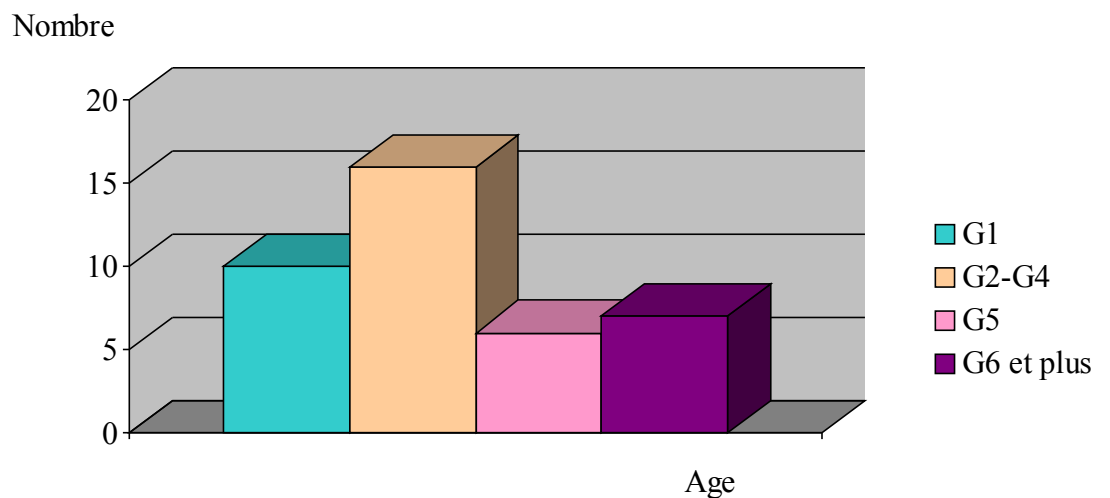


Figure 08 : gestité des parturientes

2.3.2.3 Parité

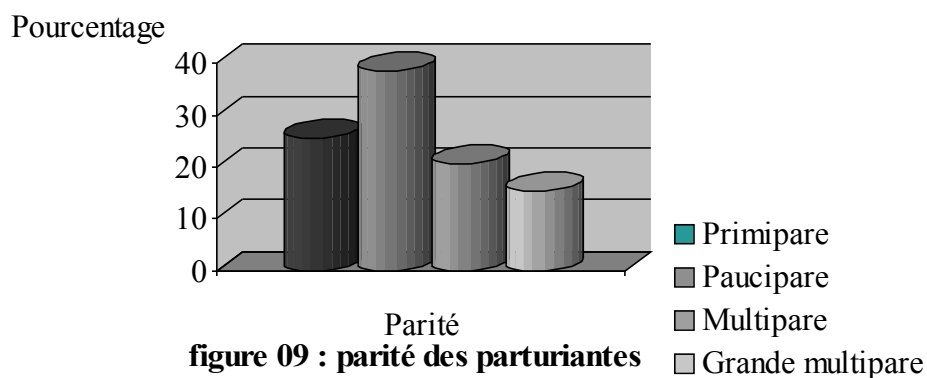
Nos parturientes sont réparties en quatre groupes :

- ❑ primipare
- ❑ paucipare qui regroupe la deuxième et la troisième pares
- ❑ multipare qui comprend la quatrième et la cinquième pares
- ❑ grande multipare qui a une parité supérieure ou égale à 6

Tableau 07 : répartition des césariennes selon la parité

| Parité | Effectif | Taux |
|-------------------------|-----------|------------|
| <i>Primipare</i> | 10 | 25.64 |
| <i>Paucipare</i> | 15 | 38.46 |
| <i>Multipare</i> | 8 | 20.51 |
| <i>grande multipare</i> | 6 | 15.38 |
| Total | 39 | 100 |

Les césariennes de nécessité étaient surtout pratiquées chez les paucipares



2.3.2.4 Professions

Tableau 08 : répartition selon les catégories professionnelles

| Profession | Effectif | Taux |
|-----------------|----------|-------|
| <i>Ménagère</i> | 12 | 30.37 |

| | | |
|----------------------|-----------|------------|
| <i>cultivatrice</i> | 14 | 35.90 |
| <i>Commerçante</i> | 2 | 5.12 |
| <i>Fonctionnaire</i> | 4 | 10.25 |
| <i>Vendeuse</i> | 6 | 15.38 |
| <i>Ecolière</i> | 1 | 2.56 |
| Total | 39 | 100 |

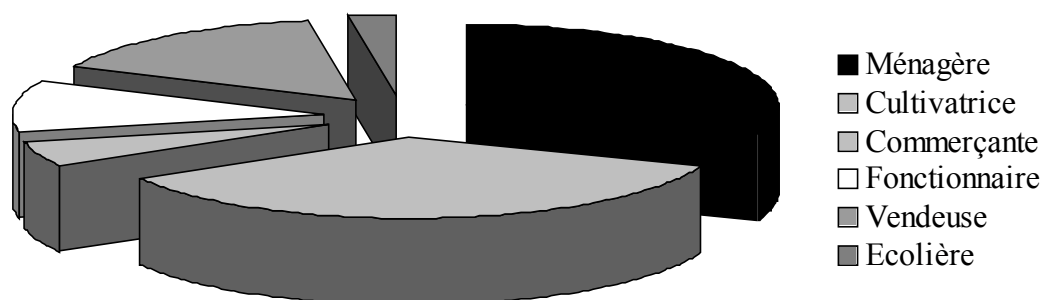


Figure 10 : profession des patientes ayant bénéficié des césariennes de nécessité

2.3.2.5 Situation matrimoniale

On distingue trois groupes de parturientes selon leur situation matrimoniale.

Tableau 09 : Répartition selon la situation matrimoniale

| Etat marital | Effectif | Taux |
|----------------|----------|-------|
| <i>Mariées</i> | 18 | 46.15 |

| | | |
|---------------------|-----------|------------|
| <i>Union libre</i> | 16 | 41.03 |
| <i>Célibataires</i> | 5 | 12.82 |
| Total | 39 | 100 |

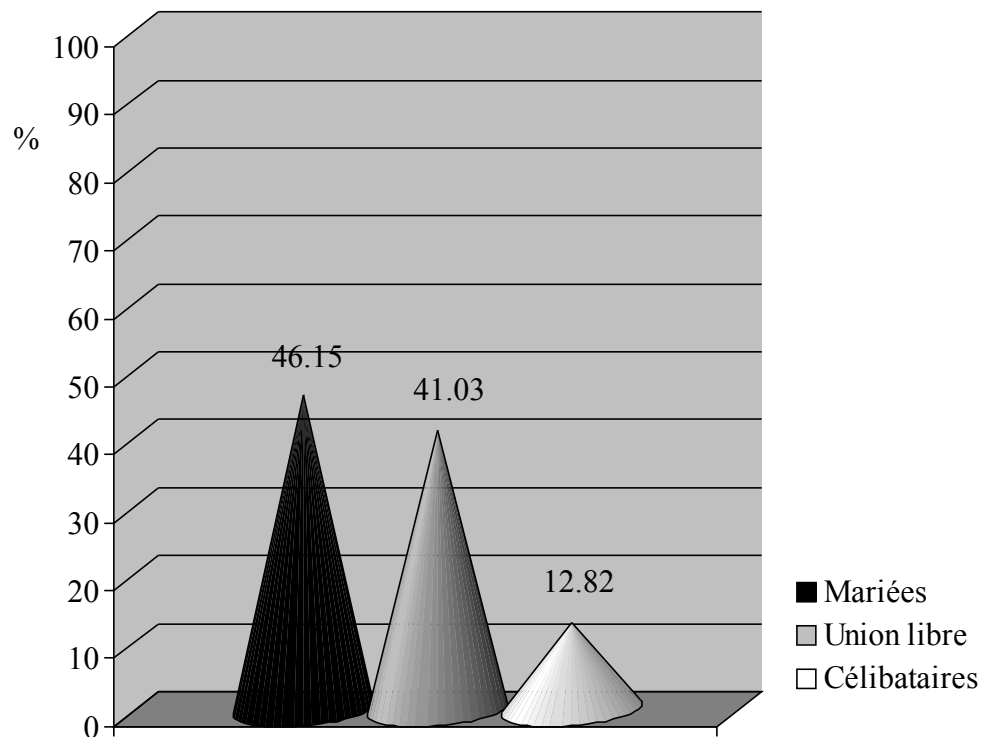


Figure 11 : situation matrimoniale des patientes

2.3.2.6 Résidence

On peut distinguer deux groupes de résidence des parturientes : urbaine et périphérique.

Tableau 10 : répartition selon la résidence des parturientes

| Résidence | Effectif | Taux |
|---------------------|-----------------|-------------|
| <i>Urbaine</i> | 26 | 66.66 |
| <i>Périphérique</i> | 13 | 33.33 |

| | | |
|--------------|-----------|------------|
| total | 39 | 100 |
|--------------|-----------|------------|

Les deux tiers des parturientes provenaient du milieu urbain

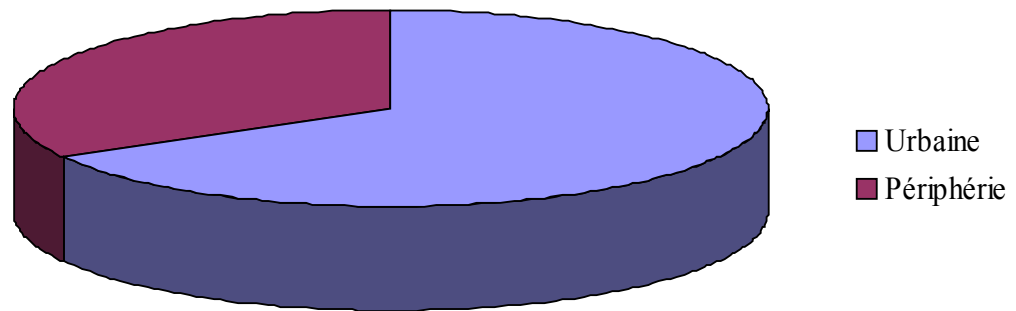


Figure 12 : lieu de résidence des parturientes ayant bénéficié des césariennes de nécessité

2.3.2.7 Niveau d'étude

On peut regrouper nos parturientes en quatre catégories selon leur niveau d'étude .

Tableau 11 : répartition selon le niveau intellectuel

| Niveau d'étude | Effectif | Taux |
|----------------------|-----------|------------|
| <i>Illettrée</i> | 13 | 33.33 |
| <i>Primaire</i> | 10 | 25.64 |
| <i>Secondaire</i> | 12 | 30.77 |
| <i>Universitaire</i> | 04 | 10.26 |
| Total | 39 | 100 |

La plupart de nos parturientes sont illettrées.

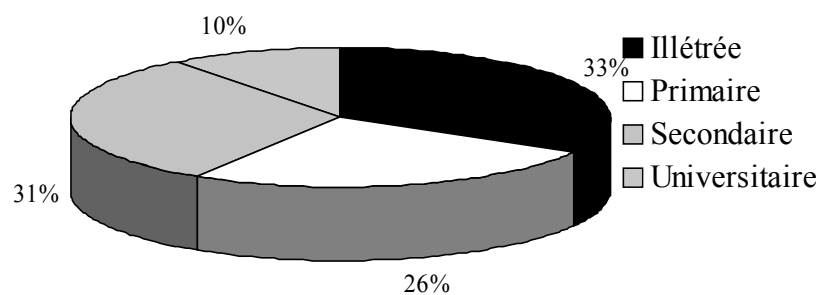


Figure 13 : niveau d'étude des parturientes

2.3.2.8 Mode d'admission

Tableau 12 : répartition selon le mode d'admission

| Mode d'admission | Effectif | Taux |
|---|----------|-------|
| <i>Entrante directe</i> | 23 | 58.97 |
| <i>Référée par un médecin libre ou sage femme</i> | 06 | 15.38 |
| <i>Evacuée</i> | 10 | 25.64 |
| Total | 39 | 100 |

Plus de la moitié de nos parturientes sont des entrantes directes

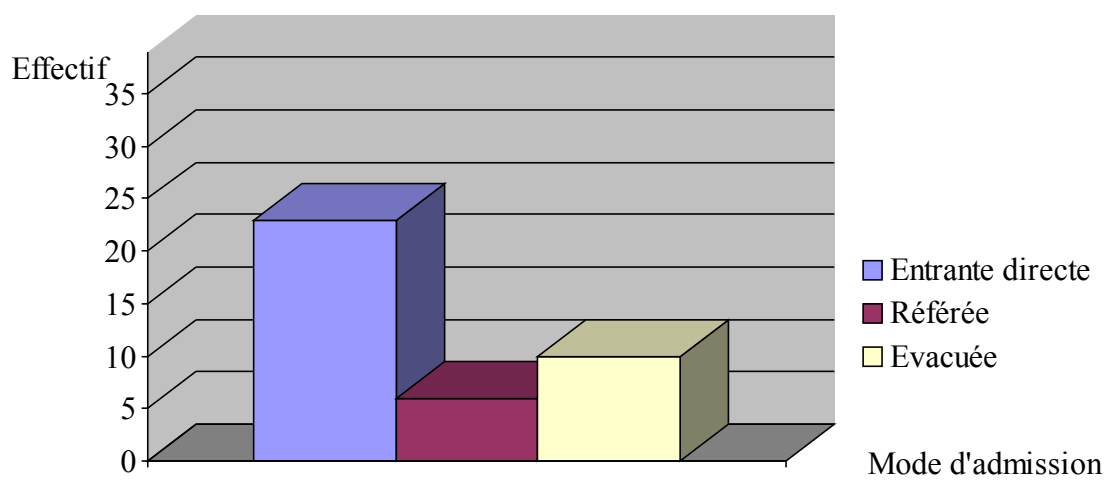


Figure 14 : mode d'admission des femmes bénéficiant des césariennes de nécessité

2.3.2.9 Consultations prénatales

Tableau 13 : répartition selon le suivi des consultations prénatales (CPN)

| CPN | Effectif | Taux |
|--------------|-----------|------------|
| Régulière | 4 | 10.25 |
| Irrégulière | 9 | 23.08 |
| Aucune | 26 | 66.66 |
| total | 39 | 100 |

Les deux tiers des parturientes n'ont pas suivi de CPN.

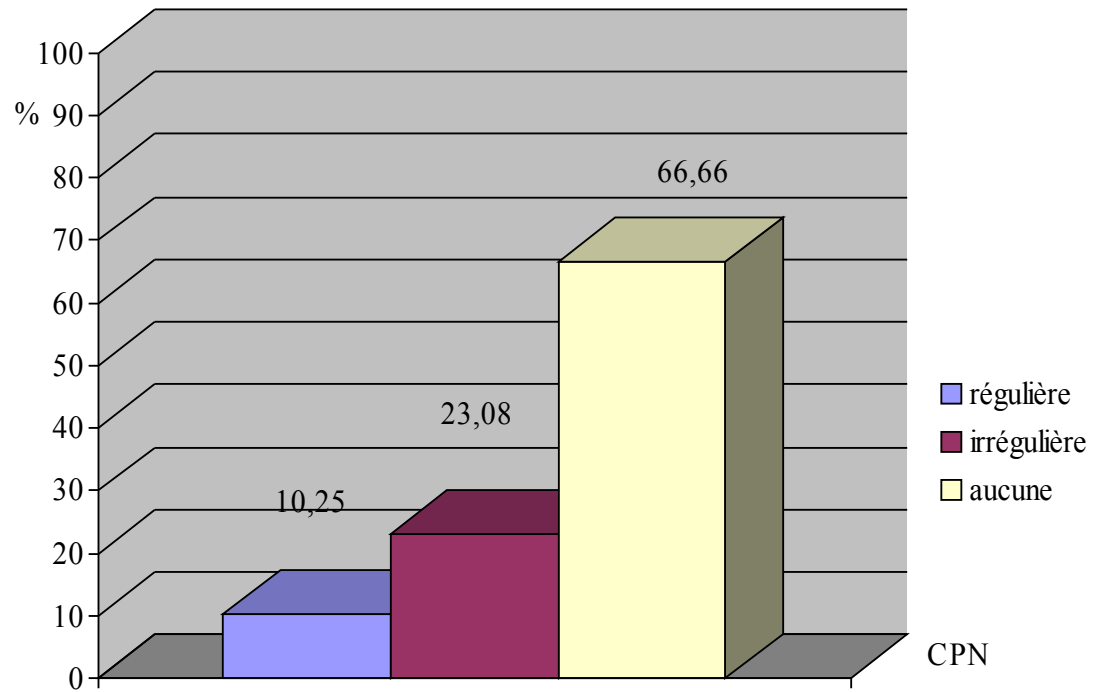


Figure 15 :le mode de suivi des CPN des parturientes

2.3.2.10 Indications opératoires

Tableau 14 : Répartition selon les indications de la césarienne de nécessité

| Indications | Effectif | Taux |
|---|-----------|------------|
| <i>Dystocie dynamique</i> | 30 | 76.92 |
| <i>Grossesse prolongée</i> | 04 | 10.26 |
| <i>Grossesse arrêtée</i> | 02 | 05.13 |
| <i>Toxémie gravidique</i> | 02 | 05.13 |
| <i>Décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI)</i> | 01 | 02.56 |
| Total | 39 | 100 |

La dystocie dynamique représente la principale indication des césariennes de nécessité chez nos parturientes.

2.3.3 Techniques opératoires utilisées

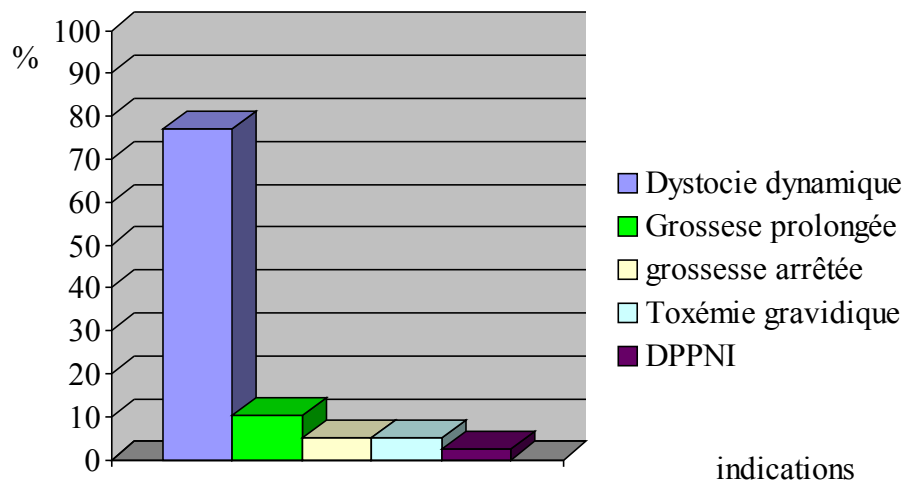


Figure 16 : indications des césariennes de nécessité

2.3.3.1 Choix de l'anesthésie

Toutes nos patientes ont bénéficié d'une anesthésie générale

2.3.3.2 Type d'incision cutanée

Deux types d'incision cutanée ont été utilisés : la laparotomie médiane sous-ombilicale (LMSO) et l'incision de Pfannenstiel

Tableau n°15 : Types d'incision cutanée

| Incision cutanée | Effectif | Taux |
|------------------|----------|------|
|------------------|----------|------|

| | | |
|--------------------------|-----------|------------|
| LMSO | 33 | 84.62 |
| Incision de Pfannenstiel | 06 | 15.38 |
| total | 39 | 100 |

La laparotomie médiane a été pratiquée dans la grande majorité.

2.3.4 Les suites opératoires

2.3.4.1 Pronostic maternel

a) Morbidité

Tableau 16 : répartition des suites opératoires

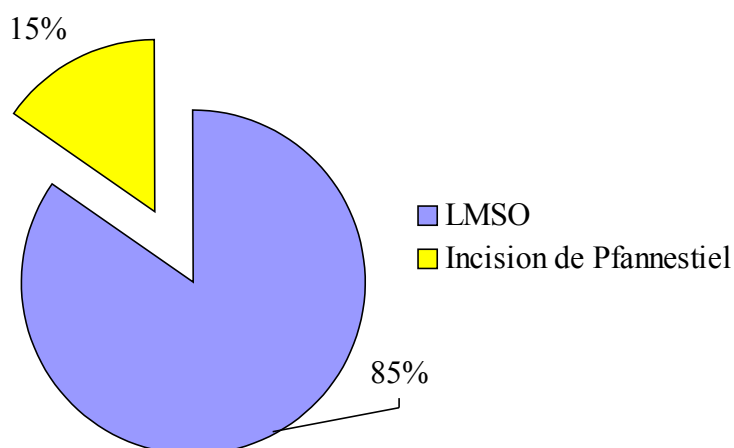


Figure 17 : technique d'incision cutanée

| Désignation | Effectif | Taux |
|-------------------------------|-----------|------------|
| <i>paludisme</i> | 3 | 30 |
| <i>suppuration pariétale</i> | 2 | 20 |
| <i>Hémorragie</i> | 1 | 10 |
| <i>Anémie post-opératoire</i> | 4 | 40 |
| Total | 10 | 100 |

L'anémie post-opératoire est la complication la plus observée chez nos patientes césariées.

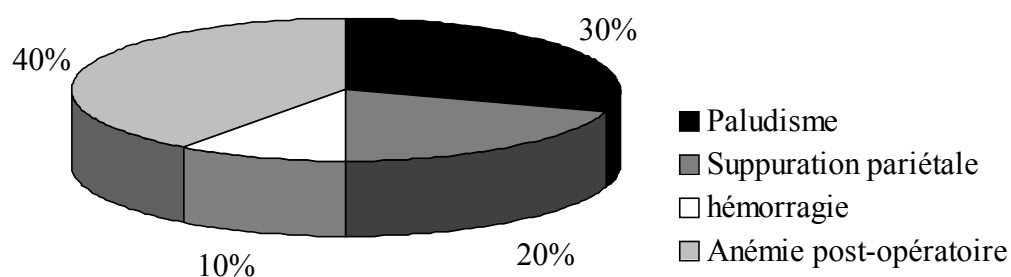


Figure 18 : morbidité maternelle des césariennes de nécessité

b) Mortalité

Pour nos patientes ayant bénéficié de césariennes de nécessité, on a déploré trois décès maternels. Les causes sont :

- choc cardio-vasculaire dans deux cas et
- embolie pulmonaire dans un cas

2.3.4.2 Séjour hospitalier

Tableau 17: durée de séjour à l'hôpital

| Durée de séjour | Effectif | Taux |
|------------------------|-----------------|-------------|
| <i>1-10 jours</i> | 28 | 71.79 |
| <i>11-15 jours</i> | 9 | 23.08 |
| <i>16 et plus</i> | 2 | 05.13 |
| Total | 39 | 100 |

La plupart de nos patientes restent dix jours à l'hôpital au maximum.

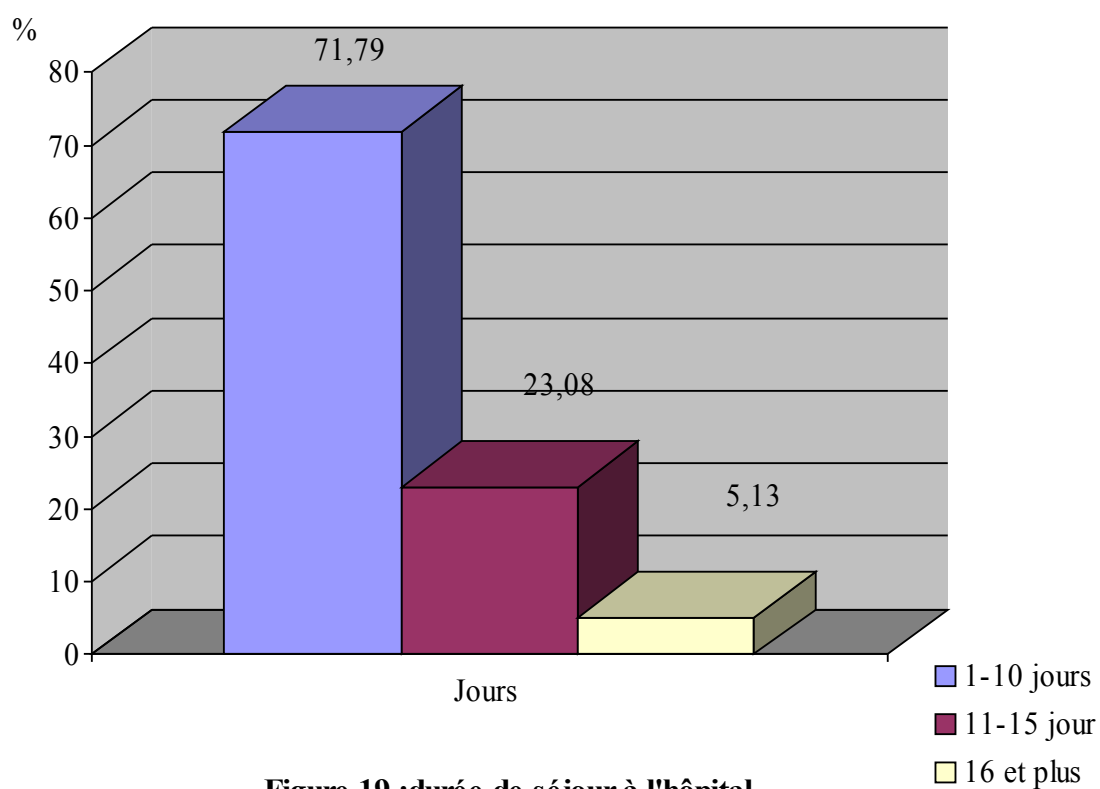


Figure 19 :durée de séjour à l'hôpital

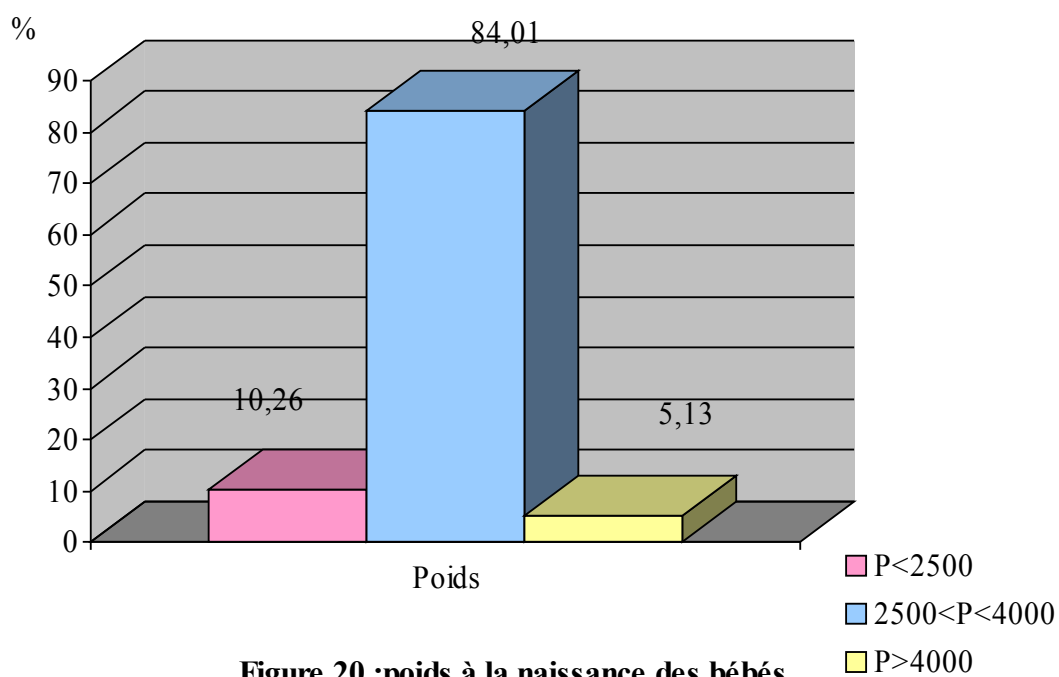
2.3.4.5 Caractéristiques fœtales

a) Poids à la naissance

Tableau 18 : Répartition selon les poids à la naissance

| Poids à la naissance | Effectif | Taux |
|----------------------|-----------|------------|
| P<2500 | 4 | 10.26 |
| 2500<P<4000 | 33 | 84.01 |
| p>4000 | 2 | 05.13 |
| Total | 39 | 100 |

La majeure partie de bébés nés par césarienne de nécessité ont un poids normal à la naissance.

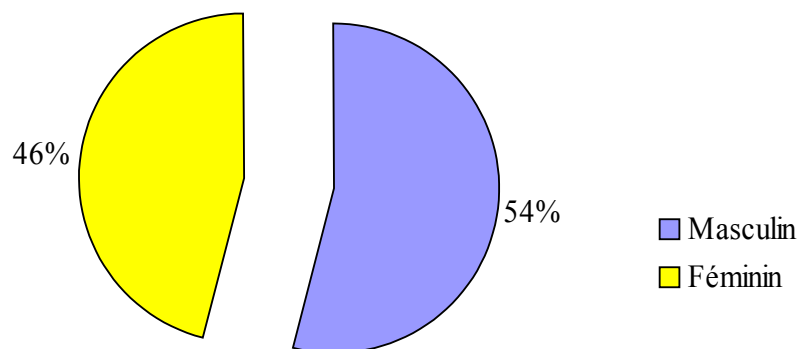


b) Sexe des enfants

Tableau 19 : Répartition selon le sexe de bébé

| Sexe | Effectif | Taux |
|-----------------|-----------------|-------------|
| <i>Masculin</i> | 21 | 53.85 |
| <i>Féminin</i> | 18 | 46.15 |
| Total | 39 | 100 |

Plus de la moitié sont de sexe masculin.

**Figure 21 : sexe des bébés nés par césarienne de nécessité**

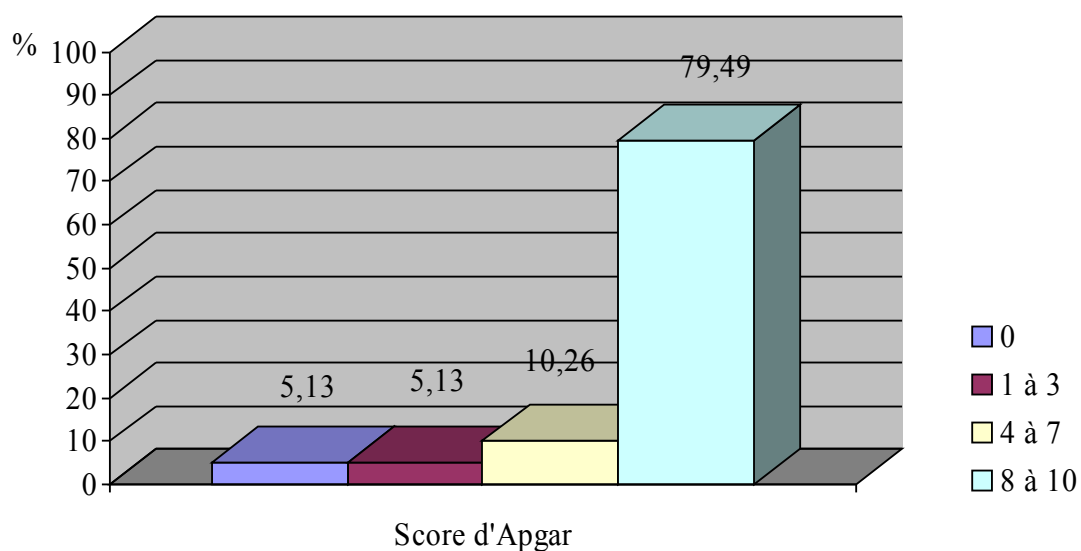
c) Etat à la naissance

L'état à la naissance est apprécié par l'indice d'Apgar à la première minute.

Tableau 20 : Etat à la naissance des bébés

| Score d'Apgar | Effectif | Taux |
|---------------|-----------|------------|
| 0 | 2 | 5.13 |
| 1-3 | 2 | 5.13 |
| 4-7 | 4 | 10.26 |
| 8-10 | 31 | 79.49 |
| total | 39 | 100 |

L'indice d'Apgar est meilleur pour la plupart des bébés nés par césarienne de nécessité.

**Figure 22 : état à la naissance apprécié par le score d'Apgar**

d) Liquide amniotique

Tableau 21 : répartition selon l'état du liquide amniotique

| Aspect du LA | Effectif | Taux |
|---------------|-----------|------------|
| Clair | 33 | 84.62 |
| Teinté | 3 | 7.69 |
| Méconial | 1 | 2.56 |
| Purée de pois | 2 | 5.13 |
| Total | 39 | 100 |

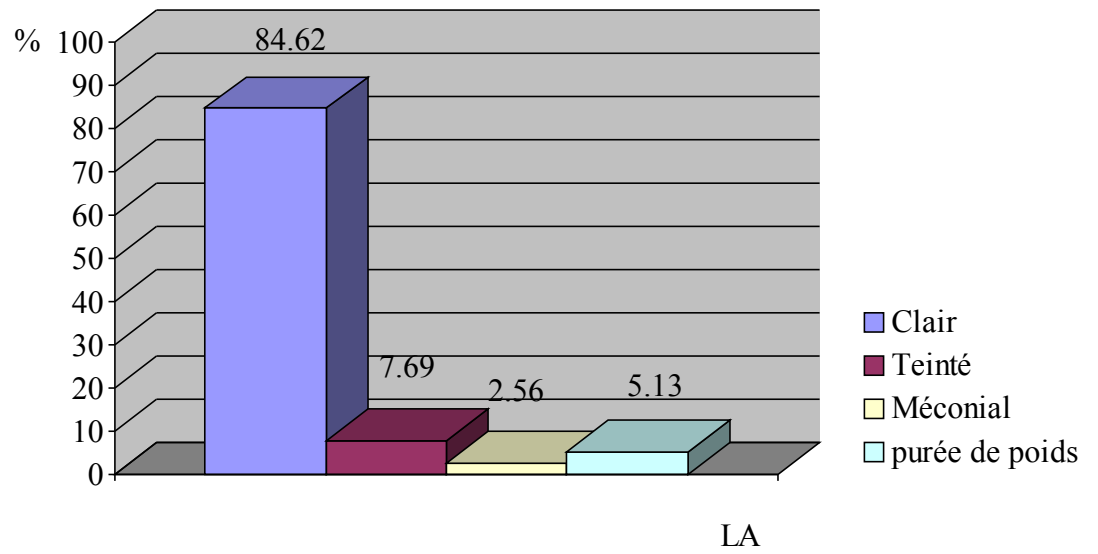


Figure 23 : aspect du liquide amniotique

**TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES-DISCUSSIONS
ET SUGGESTIONS**

3.1 Commentaires - Discussions

3.1.1 Sur les fréquences

3.1.1.1 Fréquence globale et indications de césarienne

La césarienne fut longtemps pratiquée pour la sécurité de la mère. Aujourd'hui, elle l'est aussi pour celle de l'enfant. Les progrès de la médecine en font une intervention chirurgicale des plus banales. Le taux des césariennes est variable dans le monde.

- Au Brésil le taux est le plus élevé et atteint 32%.

- Pour les pays développés, il va en augmentation. En France, le taux est d'environ 16%, alors qu'il est en diminution aux Etats-Unis, et seulement 6% en Hollande. (64)

- Au contraire, dans les pays en développement où le taux reste faible, les femmes meurent à raison de 8 % de stagnation du travail et 12% d'éclampsie. Ces femmes auraient pu être sauvées par une césarienne qui peut actuellement leur être proposée.

- A Madagascar, le taux varie selon les cadres d'étude.

- A la maternité de Befelatanana on a trouvé un taux de césarienne de 9.62 % pendant l'année 2000. (65)

- Au CHD de Nahamora Morondava, le taux était de 10,81% du 1^{er} janvier 1999 au 30 septembre 2000. (66)

Notre taux de césariennes de 17.53%, comparable à celui observé dans les pays développés, peut paraître exorbitant. D'autant plus qu'en espace d'un an, c'est à dire de 1999 à 2000, le taux passe de 14.24% à 21.22%.

En effet, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) et le fonds des nations unies pour la population, les césariennes doivent représenter 5-10 % des accouchements. Et selon une publication conjointe de l'OMS et de l'UNICEF en 1997, une limite maximale de 15% doit être respectée. Au-delà de ce chiffre, le recours à la chirurgie est jugé comme abusif et aurait un impact plus négatif que positif, si l'on considère les risques de cette opération. (67) (68)

Notre taux de 17.53 % est élevé par rapport au chiffre préconisé par l'OMS : le taux devrait être inférieur à 10% et ne pas dépasser 15%. Ce chiffre élevé pourrait s'expliquer qu'il y avait sans doute une indication abusive de césarienne comme dans le cas observé au centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou sur une étude prospective portant sur 478 césariennes réalisées du 1er août 1999 au 30 janvier 2000 où les indications abusives s'ajoutent aux trois indications principales et ces indications ont été trouvées dans 23.6% des cas (69).

Pour ce qui concerne les indications des césariennes, il y a une indication relativement récente : c'est la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) de la mère vers l'enfant. 70 % à 75% des transmissions périnatales du VIH à un nouveau-né, surviennent du fait de l'exposition aux liquides biologiques maternels lors de la naissance. Une césarienne au cours de laquelle une attention particulière est portée à la prévention des contacts du fœtus avec le sang maternel, permet de réduire de plus de 75% le risque relatif de transmission. (26)

3.1.1.2 Fréquence de césarienne de nécessité.

Les césariennes de nécessité représentent 17.81% parmi les trois groupes d'indications de la césarienne. Elles occupent donc la dernière place.

Son pourcentage est aussi faible au Sénégal 25.4 % (40) mais à la maternité de Befelatanana et au CHD 2 de Nahamora Morondava, elle prend la seconde place avec un taux respectivement de 33.93 % et de 29.55%.

Cette faible proportion peut s'expliquer :

- D'un coté par le fait que pour certains, leur préoccupation est de faire naître les enfants dans le meilleur état possible et pour cela la précaution est de réduire le pourcentage de césarienne de nécessité au profit des césariennes obligatoires, ou de faire augmenter les césariennes de prudence qui sont des interventions réalisées « à froid » et non strictement nécessaires. (40)

- De l'autre, il y a sans doute une intrication dans ces indications (exemple dystocie dynamique secondaire à une présentation dystocique méconnue)

3.1.2 Sur les paramètres épidémio-cliniques

3.1.2.1 Age

L'incidence de césariennes dans notre série est plus élevée dans la tranche d'âge de 35 ans et plus (35,89%) suivie de la tranche d'âge de 20 à 25 ans (33.33 %). L'âge maternel avance entre parmi les risques bien connus de survenue de complications de grossesses et de l'accouchement (70). Ce n'est pas la cas rapporté par Ramanantsoa Vero Hasina à la maternité de Befelatanana en 1999 qui a trouvé une nette prédominance chez la tranche d'âge de 20-29 ans, 47.72%.

3.1.2.2 Gestité

Dans la plupart des cas, les complications sont fréquentes au cours du premier geste. Pour notre série, la majorité des femmes ayant subi des césariennes ont un nombre de gestes de deux à quatre. Ceci affirme la publication de l'UNICEF en 1899 que toute femme enceinte court un risque. Ainsi, de façon imprévisible, elle peut être victime d'une complication qui met sa vie en danger et requiert des soins obstétricaux. (71)

3.1.2.3 Parité

Dans notre série, les paucipares regroupant la deuxième et la troisième pare représentent la majeure partie de nos patientes césarisées. Cette situation est différente de celle trouvée à la maternité de Befelatanana où les primipares sont les plus concernées. La littérature retrouve la même situation où la dystocie touche principalement les primipares. (56) On peut expliquer que même si la femme est déjà habituée à la parturation, les complications pourraient arriver inopinément.

3.1.2.4 Profession

Pour notre série, les cultivatrices sont surtout césarisées suivies des femmes ménagères.

Tsiroanomandidy est un milieu rural où la plupart des femmes sont cultivatrices. Ceci peut s'expliquer :

- D'une part, des activités fatigantes ont un impact sur l'état maternel comme c'est le cas à la maternité de Befelatanana où les employées des zones franches venaient au premier rang.
- D'autre part, ce sont des femmes à niveau socio-économique bas et selon l'enquête à Bilbao sur l'activité professionnelle et surveillance de la grossesse, le contrôle et la qualité du suivi de la grossesse sont en relation directe avec les facteurs socio-économiques et les femmes sans activité professionnelle officielle ont plus souvent un suivi inadéquat de la grossesse. Le retard de prise en charge ainsi que le manque de moyens contribuent à des complications. (72)

3.1.2.5 Situation matrimoniale

La majorité de nos femmes césarisées sont mariées légitimement. Il y a des pathologies comme l'éclampsie, la durée de vie commune avec le conjoint, inférieure à trois ans constitue un facteur de risque récemment mis en évidence (73)

3.1.2.6 Résidence

Les deux tiers des parturientes proviennent du milieu urbain. Ces femmes auraient l'avantage de fréquenter les centres de santé au cours de la grossesse ou d'y recourir précocement en cas de complications.

Ici, la décision de faire une césarienne pourrait s'expliquer par deux raisons :

- Les parturientes n'auraient pas pu payer les frais des médicaments nécessaires, la césarienne est la conséquence d'une mauvaise prise en charge médicale.

- Ou elles arrivent à des stades avancés c'est à dire à des complications graves et seule la césarienne reste le meilleur choix.

3.1.2.7 Niveau d'étude

Les illettrées occupent la majorité de nos patientes. Cette situation ne se voit pas souvent dans les études antérieures. Le profil socio-culturel défavorisé entre parmi les facteurs de risque de suivi inadéquat de la grossesse. En effet, le manque d'éducation ne permet pas aux femmes de connaître l'utilité des soins de santé.

3.1.2.8 Mode d'admission

Les entrantes directes sont majoritaires. En effet, le CHD II est un Centre très connu. De plus la plupart des parturientes proviennent du milieu urbain, ces femmes n'ont donc pas de problèmes de parcours.

3.1.2.9 Consultations pré-natales

Des études ont montré qu'un contrôle très précoce et des visites fréquentes améliorent l'évolution de la gestation, la qualité de l'accouchement ainsi que l'état du nouveau-né. (72)

Dans les pays en développement, des millions de femmes enceintes n'ont pas accès à des soins satisfaisants. Seules 65% d'entre elles en ont bénéficié : 68% en Afrique, 65% en Asie et 73% en Amérique latine et aux caraïbes. Dans les pays développés, le pourcentage est de 98%. Ces soins sont des occasions de déceler et de prendre en charge les maladies, de reconnaître et de soigner à temps les complications, de donner informations et conseils sur la symptomatologie des maladies, d'indiquer où il faut se faire soigner si des complications surviennent et d'aider les femmes et leur famille à se préparer à l'accouchement. (74)

Ramanantsoa a trouvé un taux de participation de 72,12% aux soins pré-natals tandis que pour notre série, le taux de suivi de CPN de façon régulière est seulement de 10,25% avec un taux de non suivi très élevé atteignant 66,66 %

Les faibles taux d'utilisation des services de santé maternelle s'expliquent par plusieurs facteurs : le coût qui comprend le coût direct plus le coût des médicaments et des fournitures, les autres obligations familiales, le manque de chaleur humaine des prestataires de santé etc...

En effet, l'insuffisance de la ressource budgétaire, l'ignorance, la médiocrité de la connaissance, la transmission et la réception de l'information par la communication pour le changement de comportement sont des facteurs du faible taux d'utilisation des services de santé.

3.1.2.10 Indications opératoires :

D'après la littérature, la dystocie est la plus fréquente de toutes les indications de césariennes au cours du travail. Cette fréquence est variable d'une équipe à une autre. Elle représente en effet selon les études de 16 à 38% de toutes les césariennes et concerne principalement les primipares (58). Cette situation est comparable à celle observée dans plusieurs études réalisées à Madagascar. Elle est également la principale indication de césarienne de nécessité pour notre série mais la population touchée est représentée par les paucipares. Ces résultats s'éloignent de celui observé au centre hospitalier universitaire de Dakar où l'indication de césarienne de nécessité est dominée par les malades hypertensives. (20)

Une corrélation entre âge maternel avancé et survenue d'une dystocie dynamique a été révélée par plusieurs études, cette constatation est identique à cette série.

La prévalence élevée de césarienne pour dystocie dynamique est d'une part sans doute la faible participation aux CPN (femme à risque), d'autre part, certains auteurs ont rapporté qu'il n'est pas démontré qu'un dépistage précoce de la dystocie par les examens vaginaux réguliers suivi d'interventions médicales basées sur les résultats de ces évaluations entraînent une amélioration de l'issue de l'accouchement. Cependant, le partogramme peut être considéré comme un outil dans la prise de décision clinique et comme un document qui facilite le processus de revue critique des cas par les pairs.(57)

Mais la variabilité de la dystocie dans l'ensemble des indications de césarienne témoigne d'attitudes obstétricales très différentes et montre qu'il est sans doute possible dans certains cas de réduire l'importance de cette indication. (58)

Concernant la grossesse arrêtée, selon l'OMS, la mort fœtale in-utero se définit par le décès du produit de conception avant son expulsion complète, indépendamment de la durée de la grossesse. Elle représente 20% de nos césariennes. D'après la revue de la littérature, c'est une indication exceptionnelle lorsque l'on ne parvient pas à le faire expulser par les voies naturelles, ou bien l'expulsion urgente est nécessaire (trouble de la coagulation).(75)

3.1.3 Sur les techniques opératoires utilisées

3.1.3.1 Le choix de l'anesthésie

Les césariennes de nécessité lors d'une pathologie préexistante ou des complications liées à la grossesse et/ou à l'accouchement, sont des indications de sauvetage maternel et/ou fœtal donc leur réalisation se fait souvent en urgence.

D'après la revue de la littérature, l'AG est généralement considérée par les anesthésistes impliqués dans la pratique obstétricale comme devant être évitée chaque fois que possible. Des études ont régulièrement montré que l'AG est, plus que l'ALR, responsable de mauvais résultats maternels en particulier lorsque l'AG est utilisée pour une intervention d'urgence. Les complications majeures de l'AG sont bien documentées et sont en rapport principalement avec l'inhalation de liquide gastrique acide (Syndrome de Mendelson) et avec l'intubation difficile ou impossible qui provoque une hypoxémie maternelle si elle est prolongée et peut conduire à des dommages cérébraux voire des décès (76). Dans certaines circonstances cependant : dysgravidies maternelles associées à des troubles de l'hémostase primaire ou lors d'une situation obstétricale à forte probabilité de coagulation intra-vasculaire disséminée (mort fœtale in-utero, hématome rétroplacentaire méconnu), l'AG est acceptée comme étant la méthode de choix (76).

Dans notre série, toutes les femmes ont bénéficiée d'une AG. Pour l'équipe du service, l'AG a été la méthode utilisée comme anesthésie pour césarienne. C'est

également le cas lors des études menées à la maternité de Befelatanana et la plupart des études effectuées en Afrique.

Le choix de l'AG pour notre service pourrait s'expliquer :

- D'une part au problème technique et matériel pour l'ALR ;
- D'autre part, les caractères urgents des césariennes de nécessité.

En effet, malgré les avantages des techniques loco-régionales que l'on propose actuellement en première intention, l'AG demeure une nécessité ou un souhait pour un grand nombre de patientes(26). D'ailleurs, l'AG pour situation obstétricale urgente peut être sans danger réel lorsqu'elle est pratiquée par des anesthésistes expérimentés et présents sur place. (76)

3.1.3.2 Les types d'incision cutanée

Les différents types d'incision doivent autoriser une extraction rapide du fœtus, au moyen d'une exposition satisfaisante du champ opératoire, être les moins sujets à l'infection ou la déhiscence post-opératoire, et aboutir le plus souvent possible à un résultat cosmétique satisfaisant. (31)

Les incisions transversales, notamment celle des Pfannenstiel ont remplacé la laparotomie médiane, du moins dans les pays développés. La solidité pariétale est meilleure en cas d'incision transversale (28).

Dans notre étude, la laparotomie médiane sous-ombilicale (LMSO)est indiquée dans plus de 80% des cas, car elle est facile à pratiquer et moins hémorragique que l'incision de Pfannenstiel mais au prix d'une solidité moindre. Le CHD II de Tsiroanomandidy est un peu en avance par rapport à la maternité de Befelatanana sur le plan technique, qui ne pratique que la LMSO d'après les études antérieures.

Une alternative chirurgicale vient d'apparaître : c'est la technique de Misgav Ladach Stark. C'est une technique efficace en cas d'urgence car elle n'utilise que les seuls gestes indispensables à l'extraction fœtale diminuant donc les traumatismes tissulaires, sans augmenter pour autant la morbidité post-opératoire. Par ailleurs, le matériel chirurgical utilisé est moins important avec une réduction du nombre de sutures. C'est une technique simple qui semble par ailleurs très adaptée aux pays du tiers monde comme le nôtre. Cependant, puisque c'est une méthode relativement

récente, certains aspects méritent une évaluation plus approfondie (qualité de la cicatrisation, formation d'adhérence, risque de rupture utérine, faisabilité en cas d'utérus cicatriciel). Malgré ces aspects à évaluer, cette technique présente un intérêt indiscutable. (77)

3.1.4 Sur les suites opératoires

3.1.4.1 Pronostic maternel

a) Morbidité

Notre taux de morbidité postopératoire est de 25,65%. Ce chiffre est élevé par rapport à celui trouvé dans les extraits de E.Hillan, the aftermath of cesarean delivery. (MIDwives Informations and Ressource Service) qui estime entre 9 à 15% les femmes qui ont une pathologie liée à la césarienne(37). D'après les travaux de CISSE, au Sénégal, la morbidité maternelle concerne surtout les césariennes de nécessité. C'est également le cas au sein du CHD II de Tsiroanomandidy.

Un âge supérieur ou égal à 35 ans comme observé dans cette série est, parmi les facteurs de risques de morbidité classiques et bien connus, un des paramètres qui doit être pris en compte dans l'élaboration des facteurs clés à détecter au cours de la surveillance prénatale, que très peu de femmes en ont effectuée dans notre étude.

L'anémie post-opératoire prédomine la morbidité maternelle. Dans la littérature, les infections en particulier la suppuration pariétale sont de loin les plus fréquentes des complications. Toure et *al.*, en Côte d'Ivoire a trouvé le même résultat que le notre. L'anémie est due à la malnutrition, à l'anémie chronique provoquée par les parasitoses et l'hémorragie au cours de la césarienne. Il est décrit que l'accouchement par césarienne est accompagné d'une perte sanguine estimée à environ 1000 ml en moyenne, tandis que l'accouchement par voie basse entraîne environ une perte sanguine d'environ 400 ml en moyenne. (78)

Cette situation est encore la conséquence du manque de CPN car les visites prénatales sont l'occasion de fournir des services essentiels recommandés pour toute

femme enceinte, tels que la vaccination à l'anatoxine tétanique, l'éducation à la nutrition et la fourniture de cachets de fer ou d'acide folique. (79)

Une des complications à ne pas négliger est la morbidité psychologique. Lorsque la naissance se réalise par césarienne, le processus maternel est transformé en accident dépossédant la mère d'un accouchement maîtrisé et pouvant entraîner une réelle souffrance. (80)

b) Mortalité

On est frappé par un taux élevé de mortalité maternelle atteignant 7,69%. D'après les travaux de CISSE, la mortalité maternelle pour les césariennes de nécessité est plus élevée (3.7%)(40) que celles des deux autres indications. (3.3% pour les césariennes obligatoires et 2.6% pour les césariennes de prudence). Ces résultats sont conformes à ceux qu'ont été trouvés auparavant dans le service : 3.81% de décès maternels pour les césariennes obligatoires (81) et aucun décès déploré pour celles de prudence. (82)

Ce chiffre élevé peut s'expliquer par :

- D'une part le non suivi de la grossesse. En effet à la maternité de Befelatanana où le taux de suivi de CPN est élevé, Ramanantsoa n'a trouvé aucun décès.
- D'autre part, selon la littérature, l'âge maternel intervient également au-delà de trente ans, le risque de mortalité est multiplié par 30. (36) (la tranche d'âge touchée dans notre série est celle de 35 ans et plus)

Le risque de mortalité maternelle est multiplié par 7 par rapport à un accouchement par voie basse. Ce risque s'abaisse à cinq si l'on exclut les patientes césarisées pour pathologie maternelle (37). Cette constatation montre que la maladie conduisant à la césarienne a une part importante dans la survenue de décès. Dans cette série, on a recensé deux cas de décès à la suite d'un choc cardio-vasculaire et un par embolie pulmonaire. Ceci reflète le faible niveau socio-économique et culturel des patientes. Ces décès pourraient être évités si l'on arrivait à appliquer à temps les mesures préventives contre les complications.

Les stratégies de lutte contre la mortalité maternelle passe par la promotion des CPN et avec l'initiative « pour une maternité sans risque ». En effet, l'OMS préconisait que la surveillance du travail et la détection précoce des dystocies soient retenues comme l'une des approches les plus importantes pour réduire la mortalité maternelle.(40)

3.1.4.2 Séjour hospitalier

La plupart de nos patientes restent dix jours à l'hôpital au maximum, durée comparable à celle trouvée par plusieurs études antérieures. Cette durée est plus longue par rapport à l'accouchement par voie basse mais permet de surveiller les complications du post-partum.

3.1.5 Sur les caractéristiques fœtales

3.1.5.1 Poids à la naissance

La majorité des bébés nés dans notre série ont un poids normal à la naissance. Cependant, on trouve 10.26 % des bébés hypotrophiques (poids inférieur à 2500 g). Ce pourcentage est élevé par rapport aux deux autres indications. L'hypotrophie fœtale est la conséquence d'une pathologie maternelle au cours de la grossesse. A coté, Ramanantsoa a trouvé un taux de 30,30 % de bébé hypotrophiques. Cela traduit que pour nous, l'indication de césarienne de nécessité a un rôle de sauvetage surtout maternel que fœtal.

3.1.5.2 Sexes des enfants

Il y a une prédominance du sexe masculin dans les césariennes de nécessité dans notre série, tandis que Ramanantsoa a trouvé le contraire c'est à dire prévalence du sexe féminin. Ces résultats montrent que le sexe n'intervient pas dans l'indication des césariennes de nécessité.

3.1.5.3 Etat à la naissance

L'indice d'Apgar à la première minute permet d'évaluer sur le plan clinique l'état de l'enfant à la naissance. Ce score comporte 5 paramètres basés sur les grandes fonctions des organes vitaux :

- 2 paramètres pour le système nerveux à savoir le tonus et la réactivité ;
- 2 pour le cœur : fréquence cardiaque et coloration de la peau ;
- et 1 pour la respiration marquée par le cri immédiat

Cet indice est coté de 0 à 2 pour chaque paramètre.

Pour notre série, près de 80% des cas ont un indice d'Apgar meilleur. Ce qui veut dire que le pronostic fœtal est bon dans la majorité des cas. Toutefois, on note 2 cas d'indice d'Apgar cotés à 0 et 2 cas cotés de 1 à 3 témoignant d'une souffrance néonatale gravissime. Le pronostic de ces bébés est péjoratif alors qu'aucun décès néonatal n'est enregistré, ceci nous permet de dire que la réanimation néonatale est suffisante.

A titre de comparaison, nous avons trouvé les pourcentages ci-après

- CISSE = 72,7%
- RAMANANTSOA = 36,65%
- Notre étude = 20,51%

Ces résultats montrent que pour notre série, l'indication est surtout de sauvetage maternel.

Mais les chiffres obtenus selon les indications révèlent que le pronostic fœtal est mauvais dans les césariennes de nécessité et obligatoires que celui de prudence

3.1.5.4 Liquide amniotique

L'émission de méconium peut signer une détresse fœtale, et elle est associée à un mortinaissance intrapartum et à une morbidité ou à un décès néonatal. (Matthews & Martin 1974, Gregory et *al.* 1974, Fijikura & Klionksy 1975, Meis et *al.* 1978, MacDonald et *al.* 1985.) Un méconium épais après la rupture des membranes est un mauvais pronostic Une légère coloration du LA exprime probablement un risque beaucoup moins grave (83)

Dans notre série, le LA est clair dans la majorité des cas (plus de 80%). Cela nous permet encore de dire qu'ici l'indication est plus maternelle que fœtale. Cependant, le caractère en purée de pois du LA est retrouvé dans 5.13%. La bonne prise en charge de ces bébés en matière de réanimation a permis de les sauver.

3.2 Suggestions

3.2.3 Concernant le service

Mise en place des structures adéquates dans le but d'améliorer le pronostic maternel à savoir :

- Création d'une unité de réanimation maternelle. En effet, le taux de mortalité maternelle estimé à 7.68% est très élevé. Cette morbidité est surtout associée à un choc cardio-vasculaire.
- Formation du personnel qualifié en matière de gynécologie-obstétrique, étant donné que c'est un centre de référence de plusieurs structures sanitaires périphériques.

On pourrait ainsi d'une part diminuer le taux de décès maternel, d'autre part réduire la fréquence des césariennes dans les limites préconisées par l'OMS, c'est à dire entre 10 et 15%

3.2.4 Concernant les femmes enceintes

Un programme de communication pour le changement de comportement est indispensable surtout en matière de CPN. En effet, les soins prénatals, comportant quatre composantes principales à savoir :

- dépistage des risques pour reconnaître les femmes les plus exposées à une issue défavorable de la grossesse et de l'accouchement ;
- leur prise en charge appropriée ;
- dépistage et traitement des affections connexes ;
- protection de la nutrition et de la santé de la mère ;

- éducation sanitaire concernant l'accouchement sans risque ;
- la reconnaissance précoce et le traitement des complications,

s'avèrent très utiles. Pourtant, le taux de non suivi des CPN est très élevé et les femmes illettrées sont nombreuses.

De plus, il y a des facteurs indéniables dans la survenue des complications. Ce sont la pratique du massage et la consommation des décoctions ou le fameux « Tambavy ». La sensibilisation des femmes est nécessaire sur ces points, ainsi que la formation des matrones autorisées légalement à pratiquer des accouchements.

Enfin, il faut aussi penser à remédier à la faible utilisation des formations sanitaires :

- amélioration de l'accueil :
 - aspect du site
 - matériel en bon état de marche
 - personnels (médicaux, para-médicaux, administratifs, d'appui) souriants et de bonne humeur, bénéficiant d'une formation et d'un recyclage périodiques, convaincus de l'importance de la CCC.
- rôle de l'Etat : motivation de ces personnels, travailleurs de la santé.

CONCLUSION

Les opérations césariennes sont un des moyens pour sauver la mère et/ou l'enfant lorsque des complications arrivent et que les moyens médicaux ont échoué.

Nous avons fait une étude rétrospective sur les césariennes de nécessité au CHD II de Tisoranomandidy durant les années 1999 et 2000

Nous avons ainsi dégagé les résultats suivant : ;

- Le nombre des accouchements est de 1249 dont 219 opérations césariennes soit 17.53% des cas.
- Nous avons noté 39 cas de césariennes de nécessité soit 17.81% de l'ensemble des césariennes
- La tranche d'âge la plus concernée par les césariennes de nécessité est celle de 35 ans et plus : 14 cas soit 35.89%
- Les deuxième, troisième et quatrième gestes sont les plus fréquentes : 16 cas soit 41.02%
- Les paucipares sont majoritaires : 15 cas soit 3.46%
- Les cultivatrices sont nombreuses : 14 cas soit 35.90%
- Les femmes touchées sont mariées légitimement dans 18 cas soit 46.15%
- La provenance urbaine est majoritaire : 26 cas soit 66,66%
- Les femmes illettrées constituent 13 cas
- Les entrantes directes représentent la majorité des cas : 23 soit 38.97%
- 26 cas de femmes soit 66,66 % n'ont aucun suivi de consultations prénatales
- Pour les indications opératoires, nous avons relevé :
 - 30 cas de dystocies dynamiques soit 76.92%
 - 04 cas de grossesse prolongée soit 10.26%
 - 02 cas de grossesse arrêtée soit 05.13%
 - 02 cas de toxémie gravidique soit 05.13%
 - 01 cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré soit 02.50%

- Pour les techniques opératoires utilisées ;
 - Toutes nos patientes ont bénéficié d'une anesthésie générale
 - La laparotomie médiane sous-ombilicale est pratiquée dans 33 cas soit 84.62%
- Pour le pronostic maternel, on a déploré :
 - 10 cas de morbidité soit 25.67 % représentée essentiellement par l'anémie post-opératoire (4 cas soit 40%)
 - 03 cas de décès maternel soit 7.6 % dont les causes sont dominées par le choc cardio-vasculaire (2 cas)
- Le séjour hospitalier ne dépasse pas 10 jours dans 28 cas soit 71.79%
- En ce qui concerne les caractéristiques fœtales : ;
 - Le poids à la naissance est normal c'est à dire entre 2500 g et 4000 g dans 33 cas soit 84.01 %
 - 21 nouveau-nés sont des garçons et 18 sont des filles
 - Le score d'Apgar à la première minute est meilleur dans 31 cas soit 79.49 %
 - Le liquide amniotique est clair dans 33 cas soit 84.62 %

Au terme de cette étude, nous suggérons :

- Amélioration du pronostic maternel par la création d'une unité de réanimation adéquate et formation du personnel qualifié (spécialisé en gynécologie et obstétrique)
- Sensibilisation des femmes enceintes pour les consultations prénatales
- Sensibilisation également contre les mauvaises pratiques traditionnelles comme le « Tambavy » et le massage encore favorisé en milieu rural même si elles ne sont pas développées dans cette étude.

Tout cela requiert la bonne volonté et la compréhension de tous les concernés, en particulier l'Etat qui doit offrir une bonne motivation aux personnels, travailleurs de la santé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Darbois Y., Accouchement eutocique. La revue du praticien, Paris, 1999 ; 49 :56-57
2. Pierre F., Accouchement normal en présentation du sommet. Impact de l'internat
Gynécologie obstétrique avec les cinq dernières années d'annales, 1999 :175-185
3. Frydman R., L'accouchement.
<http://www.nehfnoisetplus.com/mater/accouchement/mecanisme/htm>.CNGDF 2000
4. Schaal J.P., Riethmuller D., Martin A., Lemouel A., Quéneux.c, Maillet R. Encycl.
Méd. Chir. Obstétrique, Paris, 1999 ; 5-049-D-27
5. Hennion R., Barrat. Les césariennes. Encyclopédie médico-chirurgicale. techniques
chirurgicales Urologie- Gynécologie, Paris, 1974 ; 41900
6. Abbard A., Utérus gravide. <http://mapage.noos.fr/Aly.Abbara/livre gyn-obs/terms/uterus-gravide.html>, 2000
7. Merger R., Levy J, Melchier J, Précis d'obstétrique : Masson, 1995 ; 6 : 48-51
8. <http://frankpaillard.chez.tiscali.fr/anesthesieobstetrique.htm>, Anesthésie et
obstétrique, version 1998.
9. Fournie A., Laffitte A., Parant O. , Ko-kiook P. , Modification de l'organisme
maternel au cours de la grossesse. EMC gynécologie/obstétrique, Paris,1999 ; 5-
008-A-10
10. Belaisch J., Allart J.P, Battino A. Veines variqueuses et grossesse.
Rev.Fr.gynécol.obstét., 1998 ; 93 ; 2 : 135
11. <http://yahoo.fr.encyclopedia.yahoo.com/articles/so/so-441-P1.html>. Bébé 9 mois,
Hachette pratique, Medisite.fr, 2001.
12. <http://yahoo.fr.encyclopedia.yahoo.com/articles/so/so-441-P1.html>, Le 3^{ème}
trimestre de la grossesse. Données encyclopédiques, Hachette multimédia, yahoo,
France 2001.
13. <http://yahoo.fr.encyclopedia.yahoo.com/articles/so/so-441-P1.html>, Physiologie du
placenta. Données encyclopédiques, Hachette multimédia, yahoo, France, 2001.
14. Schamps J.P., Thomson H, Hustin J, Froidant T.M., Physiologie placentaire. EMC,
gynécologie-obstétrique, Paris, 1998 ; 5-005-A-10.

15. Tsatsaris V., Approche expérimentale de l'étude de la circulation sanguine maternelle dans le placenta humain, Séminaire interne, décembre 2001 ;
[http://www.cndp.fr/svt/jexplore\(mosa\)mse.02.htm](http://www.cndp.fr/svt/jexplore(mosa)mse.02.htm)
16. Fournié A., Placenta sa fonction hormonale. <http://www.medisite.fr>.Canada, 1999
17. Hadda B., Cabrol D., Rôle du poumon fœtal dans la dynamique normale du liquide amniotique, la revue du praticien gynécologie et obstétrique, 1997 ; 6 : 13
18. <http://ad.fr.doubleclick.net/>, <http://www.medisite.net>, Liquide amniotique : formidable lieu d'échange, 1999.
19. <http://www.medisite.fr/images/pubs>, Poche des eaux, 1999.
20. Cisse G., Andrianady C., Faye O., Diouf A., Bouillin D., Diadhiou F., Indications et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar , journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 1995 ; 24 ; 2 :195
21. Aubard Y., Le neur Y., Cnandejean M.H, Baudet J.H, Histoire de l'opération césarienne, Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 1995 ; 90 ; 1 :5-8
22. <http://matweb.heuge.ch/endo/reprod-health-all/tunisia/cesarienne/HISTORIQUE.htm>, Histoire de la césarienne.
23. Philippe B., Histoire de la césarienne et ses indications introduction,
<http://www.gyneweb.fr/sources/obstetrique>
24. <http://repssc.medical.org/french/annals/vol,34-8f/hystory.f.php3>, History of cesarean, 1999.
25. <http://www.chez.com/accouchement/difficile.htm>, L'accouchement, 1999.
26. <http://www.ame.alsace.org/rubrique/anesthe.htm>, L'anesthésie, 2000.
27. Palot M., Technique d'anesthésie et soins post-opératoires, Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2000 ; 29 ; 2 : 99-105.
28. Carbonne B., Frydman R., Goffinet F., Pierre F., Subtil D., Recommandations pour la pratique clinique, césarienne conséquences et indications, 2000 ;
<http://www.chu.rouen.fr/ssf/chir/cesarienne/recommandation pour la pratique clinique>

29. Gaucher A., Anesthésie loco-régionale pour césarienne en urgence ;
<http://www.jear.com/congres-anterieurs/JLARJARTEN/Resumes/alr%20pour%20cesar.htm>
30. John O., A guide to spinal anesthesia for caesarean section ;
<http://www.oyston.com/anaes/local/spinales.html>
31. http://matweb.heuge.ch/endo/repos-health-all/tunisia/cesarienne/TECHNIQUES-CHIRURGICALES.html_18k, Techniques chirurgicales de l'intervention césarienne, 1999.
32. Goffier F., Technique opératoire de la césarienne, Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2000 ; 29 ; 2 : 86-93
33. Huch A., Ben J., Césarienne, checklist obstétrique, 1995 : 199-200
34. Kazadi B.J., Jine C., Diene C.P., Intérêt de la césarienne de Misgav Ladach dans la prise en charge des dystocies, Médecine d'Afrique Noire, 2001 ; 48 ; 7 : 315-318
35. Kamina P., Bases anatomiques de la césarienne segmentaire. Anatomica clinica ; 1978 ; 1 : 139-203.
36. Fénaud O., La césarienne. La lettre de gynécologie, 2000 ; 252 :14
37. Hillar E., The aftermath of cesarean delivery, Midwives Information and Ressource, Service (MIDIRS), 2000 ; 10 ; 1 :70-71
38. Akotiong M., Sarvadogo Y., Lankoandi J., Kone B., Morbidité et mortalité maternelle en milieu africain, Rev.fr, gynécologie obstétrique, 1999 ; 94 ; 6 : 460-465
39. Lveiss R.E., Risks of cesarean section, 1998. <http://childbirth.org/section/risks.html>,
40. Cisse O., Faye E.O., de Bernis L., Dujardin B., Diathion F., césarienne au Sénégal : couverture des besoins et qualités des services, cahier santé 1998 ; 8 : 369-374
41. Attolon V., Takpara I., Akpoin J., Avode G., Nida M., de Souza J., Agboton H., Alihoaou, Les différents types d'hypertension artérielle chez les femmes enceintes béninoises admises au CHU de Cotonou, Cahier de santé, 1998 ; 8 : 353-356
42. <http://www.esculap.com/fmc2/eclampsiepre.html>, Hypertension artérielle, Toxémie gravidique, 1997.
43. Sarfati R., Pierre F., Hypertension artérielle de la grossesse, Impact de l'Internat, gynécologie obstétrique, 1999 : 225-233.

44. Tardif D., Dossolle L., Madelenat P., Césarienne : Indication pour pathologie materno-fœtale, La revue du praticien, 1999 ; 49 : 34-35
45. Rotten D., Eclampsie, pathologie cérébrovasculaire (PCU) et grossesse, la lettre du gécologue, 1998 ; 235 :38-40
46. Gay C., Schaal J.P., Maillet R., Colette E., L'eclampsie, <http://www.syngof.fr/fmc/eclampsie.html>, 2000
47. Harrdaouche T., Urgences hypertensive, <http://www.nephrohus.org/3-cycle-folder/hta-urgencesHtA00.html>
48. Mjahed K., Hamanouchi B., Hammardi D., Hanti A., Miguil M., Barran L., Analyse critique des troubles de l'hémostase au cours d'éclampsie à propos de 106 cas, J.gynécologie obstétrique Biol Leprod, 1998 ; 27 : 607-610
49. Griot J.P., Hématome rétroplacentaire diagnostic-évolution et traitement, Impact Internat, 1999 : 53-56
50. Pottecher T., Réanimation des formes graves de prééclampsie, conférence d'experts 2000, <http://www.sfar.org/index.html.Edition>
51. <http://www.feminiweb.com/gynecologie/accouchement/cesarian/cesarienne-indication.html>, Césarienne et indication.
52. Chauvet M.P., Depret S., Monnier J.C., Accouchement dans les situation extrêmes maternelles et fœtales, La revue du praticien, 1998 ; 49 : 106-107
53. Riethmuller D., Charmoille L., Burget A., Robinet E., Tiberghien P., Schaal J.P., Herve P., Maillet R., influence du sexe fœtal dans le déclenchement d'une prééclampsie, Rev.fr.gynécol.obstét, 1999 ; 49 ; 1 : 32-33
54. Fournié A., Diabète et grossesse, Recommandation par la pratique clinique, 1996, <http://www.cngof.asso.fr/D-PAGES/accufrst.htm>
55. Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Recommandation pour la pratique clinique, Diabète gestationnel, Encycl.Med.Chir, gynécologie obstétrique, Paris, 1999 ; 5-042-C-20
56. Cabrol D., Carbonne B., Incidaen P., Roux et C., Dystocie dynamique, Encycl.Med.Chir obstétrique, Paris, 1997 ; 5-064-A-10
57. Boulvain M., Fraser W., Anomalies fonctionnelles de la progression du travail d'accouchement, http://www.vulgaris_medical.com/textc/cesarian.html

58. Carbonne B., Indications de césarienne en cas de dystocie, Journal de gynécologie obstétrique biologie Reprod, 2000 ; 29 ; 2 : 68-73
59. Boog G., Accouchement, monitoring fœtal, suites de couches, EMC gynécologie obstétrique, Paris, 2000 ; 5-0000-A-07
60. Ghazli M., Aboufalah A., Laghzaoui M., Smouh N., El mansouri A., Aderdour M., Prise en charge des grossesses prolongées, études rétrospectives de 480 cas, Rev.Fr.gynécol.Obstétr, 1999 ; 94 ; 5 : 392-396
61. Thoulon J.M., Dépassement de terme, Guide de surveillance de la grossesse de l'ANDEM, <http://www.gyneweb.fr/sources/obstetrique/andem/chap19.htm>
62. http://www.joliment.com/cgi_bin/abseek.pl.gno=16, Les dossiers de joliment.com. Détermination du terme de la grossesse.
63. Chauvet et M.P., Depret S., Monnier J.C., Grossesse prolongée, accouchement dans les situations extrêmes maternelles et fœtales. La revue du praticien, 1999 ; 49 : 108-109.
64. Hillar E., quelques chiffres autour de la césarienne, les dossiers de l'obstétrique, mai 2000 ; 294 ; 8, http://www.naissance.ms/docs/cesarchiffres_fr-14k.htm.
65. Randriamalala N.C., Les césariennes impératives au CHU maternité de Befelatanana en l'an 2000, Thèse Médecine, Antananarivo, 2001 ; 6125
66. Ravelomanantsoa T.R., Les indications de césariennes au CHD 2 Nahamora Morondava du 1^{er} Janvier 1999 au 30 septembre 2000 à propos de 88 cas, thèse Médecine, Antananarivo, 2001 ; 5923
67. Sepon A., Yanza M.C., Nguembi E., Ngbale R., Kournich G., Kouabosso A., Nalim, Etude de 299 cas de césarienne pratiquée à l'hôpital communautaire de Bangui (Centrafrique), Médecine d'Afrique Noire, 2000 ;47 : 16
68. OMS-UNICEF-Guidelines for mOnitoring de Avaibility and use for obstetric services, october 1997
69. Ouedraogo C., Boungnana T., Dao B., Dujanrdir B., Thieba B., Lankoande J., Kene B., la césarienne de qualité du centre hospitalier National Yalgado Ouedraogo de Ouagadougou, Analyse des déterminants à propos de 478 cas, colligés dans le service de gynécologie obstétrique, Médecine d'Afrique Noire, 2001 ;48 : 11

70. Ramanantsoa N, césariennes de nécessité, Etude épidémiologique à partir de 132 cas à la maternité de Béfelatanana en 1999, thèse Méd, Antananarivo, 2001 ; 5684
71. UNICEF, Direction pour le suivi de la mère et du nouveau-né, Programme pour une maternité sans risque : 1999
72. Apellaniz I., Apellaniz A., Barranaueno M., Lopez-valdende M., Usandizaga J.M., Activité professionnelle et surveillance de la grossesse : enquête à Bilbao, Rev.Fr.Gynécol.Obstét., 1999 ; 94, 3 :178-185
73. Vangeenderhuysen C., Banos J.P., Amadou I.A., hypertension artérielle au cours du troisième trimestre de la grossesse, Etude des facteurs de risque aisément identifiable à la première consultation prénatale au Niger, Rev . Fr.gynecol.Obstét, 1999 ; 94 ; 5 : 372
74. OMS, Mortalité maternelle, Journée mondiale de la santé (Maternité sans risque), Genève, 1998
75. Stéphane O., La césarienne=une indication exceptionnelle , la mort fœtale in-utero, 1998
http://www.doctissimo.com/html/grossesse/pathoi_femme_enceinte/gr.4001.html
76. Berhamou D., Césarienne en urgence : l'anesthésie générale est le meilleur choix, JTA , 1999 ; <http://www.pro.gyneweb.fr/sources/congrès/jta/97/12agung.html>
77. <http://www.gyneweb.fr/sources/Misgav.ladach.htm>, Les avantages et les inconvénients de la technique selon Misgavladach.
78. Sarfatir R., MarechandM., Magnir G., Comparaison des déperditions sanguines lors des césariennes et lors des accouchements par voie basse avec épisiotomie, J gynécolog Obstet, Biol Reprod ; 1999 ; 28 :52
79. OMS, Le groupe de travail technique sur les soins prénatales, Genève, 1999
80. Paquet V., Le vécu de la césarienne pratiquée en urgence : quelles conséquences psychologiques maternelles ?, Revue de l'infirmier, 2001 ;72 :24
81. Fanomezantosa A.R., Césariennes Obligatoires à propos de 131 cas au CHD II de Tsiroanomandidy, Thèse Médecine, Antananarivo, 2001 ; 6110
82. Razanatsoa S., Les opérations césariennes de prudence effectuées au CHD II de Tsiroanomandidy, Thèse Médecine, 2001 ; 6121

83. OMS, Evaluation du liquide amniotique, Rapport d'un groupe de travail technique, Maternité sans risque, 1997.

VELIRANO

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

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

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

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

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

Ho rakotry ny henatra sy ho rabirabian'ireo Mpitsabo namako kosa anie aho raha mivadika amin'izany ».

PERMIS D'IMPRIMER

LU ET APPROUVE

Le Président de thèse

Signé : Professeur RANDRIANARIVO

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur RAJAONARIVELO

Names and first name : **RASOANIHAVIANA Holy Haritsimba**

Title of the thesis : “**THE NECESSARY CAESAREANS IN THE CHD II OF
TSIROANOMANDIDY UNTIL 1999 TO 2000**”

RUBRIC : PUBLIC HEALTH OBSTETRIC

Number of the page : 69

Number of figures : 23

Number of schemes : 03

Number of tables : 21

Number of references : 83

SUMMARY

The caesareans sections of necessity is the utmost way for saving the mother and here baby in front of the difficult and the pathological situation during the pregnancy on the delivery.

It's a retrospective survey who has been done to the Hospitalier Center for the level II. District of Tsiroanomandidy until 1999 to 2000.

Our objective is to analyse the epidemiological aspects of the necessary caesareans to the women having undergone those obstetrical interventions.

The total number of caesareans practised are 219 which 39 cases of necessary caesareans with 17,81%. It essentially touches the woman who are 35 years old and more. Women not diligent to the pre-native consultations are the majority (66,66%). The indications are dominated by the dynamic dystocia with 76,92% the death rate add up to 7,6%.

Our suggestions consist in improving the quality of cares (infrastructure, formations of the staff and his /her/incentive), especially to sensitise the women enclosed for the pre-native consultations.

Key-words : Inferior segment – hysterectomy – Necessary – Maternal and foetal rescue
– Maternity without risk.

Director of the thesis : Professor **RANDRIANARIVO**

Assisted by : Doctor **RANDRIANARISON Louis Pascal**

Address of the author : Lot III H 12 Antohomadinika Sud Antananarivo 101

Nom et prénoms : **RASOANIHAVIANA Holy Haritsimba**

Titre de la thèse : « **LES CESARIENNES DE NECESSITE AU CHD II DE
TSIROANOMANDIDY EN 1999 ET 2000** »

RUBRIQUE : SANTÉ PUBLIQUE OBSTÉTRIQUE

Nombre de pages : 69

Nombre de tableaux : 21

Nombre de schémas : 03

Nombre de figures : 23

Nombre de références : 83

RESUME

Les césariennes de nécessité constituent l'arme de dernier recours pour sauver la mère et/ou l'enfant devant les situations pathologiques dépassées de la grossesse ou de l'accouchement.

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée au Centre Hospitalier de District niveau II de Tsiroanomandidy durant une période de 2 ans : 1999 et 2000.

Notre objectif est d'analyser les aspects épidémiologiques des césariennes de nécessité chez les femmes ayant subi ces interventions.

Le nombre total des césariennes pratiquées est de 219 dont 39 cas de césariennes de nécessité soit un taux de 17,81%. La tranche d'âge des parturientes la plus concernée est celle de 35 ans et plus. Les femmes non assidues aux consultations prénatales sont nombreuses (66,66%). La dystocie dynamique constitue la principale indication (76,92%). Le taux de mortalité maternelle est élevé 7,6%.

Nos suggestions consistent en l'amélioration de la qualité des soins (infrastructure, formation des personnels ainsi que leur motivation), et surtout sensibilisation des femmes enceintes pour le suivi des consultations prénatales.

Mots clés : Segment inférieur – Hystérotomie – Nécessité – Sauvetage – Fœto -
maternel – Maternité sans risque.

Directeur de thèse : Professeur **RANDRIANARIVO**

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

Adresse de l'auteur : Lot III H 12 Antohomadinika Sud ANTANANARIVO 101