

**RASOLOFONERA Lilia Holisoa**

**LES OPERATIONS CESARIENNES DE NECESSITE  
AU CHR DE TAMATAVE EN L'AN 2001**

**Thèse de Doctorat en Médecine**

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO**  
**FACULTE DE MEDECINE**

Année 2003

N°6615.

**LES OPERATIONS CESARIENNES DE NECESSITE AU CHR DE TAMATAVE EN**  
**L'AN 2001**

Thèse

Présentée et soutenue publiquement le 17 Mars 2003 à Antananarivo

Par

Madame **RASOLOFONERA Lilia Holisoa**

Née le 25 Août 1962 à Fianarantsoa

Pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MEDECINE (Diplôme d'Etat)**

**MEMBRES DU JURY**

Président : Professeur **RATOVO Fortunat Cadet**  
Juges : Professeur **RAMAKAVELO Maurice Philippe**  
Professeur **FIDISON Augustin**  
Rapporteur : Docteur **RANDRIANARISON Louis Pascal**

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO**  
**FACULTE DE MEDECINE**  
**Année Universitaire 2002-2003**

**I- DIRECTION**

**A- DOYEN**

**M. RAJAONARIVELO Paul**

**B- VICE-DOYENS**

Administration et Finances	M. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Appui à la Recherche et Formation Continue	M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa
	M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
Relations Internationales	M. RAKOTOBE Pascal
Relations avec les Institutions et Partenariat	M. RASAMINDRAKOTROKA Andry
Ressources Humaines et Pédagogie	M. RAMAKAVELO Maurice Philippe
Scolarité et Appui à la Pédagogie	M. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
	M. RANAIVOZANANY Andrianady
Troisième cycle long, Enseignement	M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa
Post Universitaire, CAMES et Titularisation	M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

**C- CHEFS DE DEPARTEMENT**

Biologie	M. RASAMINDRAKOTROKA Andry
Chirurgie	M. RANAIVOZANANY Andrianady
Médecine	M. RAJONA Hyacinthe
Mère et Enfant	M. RAKOTOARIMANANA Denis Roland
Santé Publique	M. RAKOTOMANGA Samuel
Sciences Fondamentales et Mixtes	M. RANDRIAMIARANA Joël
Tête et Cou	Mme. ANDRIANTSOA R. Violette

**II- PRESIDENT DU CONSEIL SCIENTIFIQUE**

**M. RAJAONARIVELO Paul**

**III- COLLEGE DES ENSEIGNANTS**

**A- PRESIDENT :**

Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

**B- ENSEIGNANTS PERMANENTS**

**1) PROFESSEURS TITULAIRES D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE**

**DEPARTEMENT BIOLOGIE**

Immunologie

Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

**DEPARTEMENT CHIRURGIE**

Chirurgie Thoracique

Pr. RANAIVOZANANY Andrianady

Clinique Chirurgicale et Disciplines apparentées

Pr. RAMONJA Jean Marie

Traumatologie

Urgences Chirurgicales

**DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

Endocrinologie et Métabolisme

Pr. RAMAHANDRIDONA Georges

Médecine Interne

Médecine Légale

Pr. SOAVELO Pascal

Neuro-Psychiatrie

Pr. ANDRIAMBAO Damasy Seth

Pneumologie-Phtisiologie

Pr. ANDRIANARISOA Ange

Néphrologie

Pr. RAJAONARIVELO Paul

**DEPARTEMENT MERE ET ENFANT**

Pédiatrie et Génétique Médicale

Pédiatrie et Puériculture Infectieuse

Pédiatrie néonatale

Pr. RANDRIANASOLO Olivier

**DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE**

Education pour la Santé

Pr. ANDRIAMANALINA Razafindrakoto Nirina

Santé Communautaire

Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné

Santé Publique, Hygiène

Santé Publique

Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA Justin

Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA R. Henriette

**DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES**

Anatomie et Organogenèse

Anatomie Pathologique

Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel

Anesthésie-Réanimation

Pr. RANDRIAMIARANA Joël

Pr. RAMIALIHARISOA Angeline

**DEPARTEMENT TETE ET COU**

Stomatologie

Pr. RAKOTOVAO Joseph

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Pr. RAKOTOBE Pascal

Ophthalmologie

Pr. ANDRIANTSOA Violette

ORL et Chirurgie Cervico-faciale

Pr. RABENANTOANDRO Casimir

**2) PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE RECHERCHE**

**DEPARTEMENT BIOLOGIE**

Biochimie

Pr. RANAIVOHARISOA Lala

**DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES**

Dermatologie

Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa

Néphrologie

Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa

Neurologie

Pr. TEHINDRAZANARIVELO Alain Djacoba

**DEPARTEMENT MERE ET ENFANT**

Pédiatrie

Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO Noëline

**DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE**

Médecine de Travail

Pr. RAHARIJAONA Vincent Marie

Santé Publique

Pr. ANDRIMAHEFAZAFY Barrysson

Pr. ANDRIANASOLO Roger

Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

**DEPARTEMENT TETE ET COU**

Ophthalmologie

Pr. BERNARDIN Prisca

**3) MAITRES DE CONFERENCES**

**DEPARTEMENT MERE ET ENFANT**

Obstétrique

Dr. RAZAKAMANIRAKA Joseph

**DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES**

Physiologie

Hématologie

**DEPARTEMENT TETE ET COU**

Ophthalmologie

Dr. RASIKINDRAHONA Erline

**C) ENSEIGNANTS NON PERMANENTS**

**1) PROFESSEURS EMERITES**

Pr. RATOVO Fortunat	Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA S.U
Pr. ANDRIANANDRASANA Arthur	Pr. RASOLOFONDRAIBE Aimé
Pr. RANDRIAMAMPANDRY	Pr. RAZANAMPARANY Marcel
Pr. RANDRIAMBOLOLONA Aimée	Pr. RASOLONJATOVO Andriananja Pierre
Pr. RAKOTOMANGA Robert	Pr. RAHAROLAHY Dhels
Pr. MANAMBELONA Justin	Pr. ANDRIAMANANTSARA Lambosoa
Pr. ZAFY Albert	Pr. RABARIOELINA Lala
Pr. ANDRIANJATOVO Joseph	Pr. SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA Marthe
Pr. KAPISY Jules Flaubert	Pr. ANDRIANAIVO Paul Armand
Pr. RAZAKASOA Armand Emile	Pr. RADESA François de Sales
Pr. RANDRIANARIVO	Pr. RATSIVALAKA Razafy
Pr. RABETALIANA Désiré	Pr. Pierre AUBRY
Pr. RAKOTOMANGA Samuel	Pr. RANDRIARIMANGA Ratsiatery Honoré Blaise
Pr. RAJAONA Hyacinthe	Pr. RAKOTOZAFY Georges
Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe	Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland

**D) IN MEMORIAN**

Pr. RAJAONERA Richard	Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide
Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson	Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël
Pr. RAJAONERA Frédéric	Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin
Pr. ANDRIAMASOMANANA Veloson	Pr. RAMANANIRINA Clarisse
Pr. RAKOTOSON Lucette	Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder
Pr. ANDRIANJATOVO Jeannette	Pr. RANIVOALISON Denys
Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa	Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana
Pr. RAKOTOBE Alfred	Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme
Pr. RAVELOJAONA Hubert	Dr. RAKOTONANAHARY
Pr. ANDRIAMAMPIHANTONA Emmanuel	Pr. RAKOTONIAINA Patrice
Dr. RABEDASY Henri	Pr. RANDRIANARISOLO Raymond
Pr. RATSIFANDRIAMANANA Bernard	Pr. MAHAZOASY Ernest
Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert	Pr. RAZAFINTSALAMA Charles
	Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme

**IV- ADMINISTRATION**

**A- SECRETAIRE PRINCIPAL**

Mme. RASORIAMANALINARIVO Sahondra

**B- CHEFS DE SERVICES**

1) ADMINISTRATIF ET FINANCES

M. RANDRIARIMANGA Henri

2) APPUI A LA RECHERCHE ET FORMATION  
CONTINUE

M. RAZAFINDRAKOTO Willy

3) RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS

M. RAMAROSON Elysée

4) RESSOURCES HUMAINES

Mme. RAKOTOARIVELO Harimalala

5) SCOLARITE ET APPUI A LA PEDAGOGIE

Mme. RAZANAJAONA Mariette

6) TROISIEME CYCLE

M. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

## **JE DEDIE CETTE THESE**

### **☞ A L'ETERNEL, DIEU TOUT PUISSANT**

*« Car l'Eternel donne la sagesse, de sa bouche sortent la connaissance et l'intelligence »*

« PROV. 2 : 6 »

### **☞ A LA MEMOIRE DE MES PARENTS**

*« Reposent en paix »*

### **☞ A MON MARI « MAMITIANA »**

*« Ton Amour et ton aide m'ont aidé beaucoup pendant les dures et longues années d'études, que ma réussite soit la tienne »*

### **☞ A MES ENFANTS « HASINA » et « JONATHAN »**

*« Votre présence me donne du courage et m'apporte un grand soutien, je vous aime, ce travail pour preuve de mon Amour »*

### **☞ A MES FRERES ET SŒURS**

*« Merci de votre encouragement et de votre précieux soutien »*

### **☞ A MES BEAUX PARENTS ET TOUTE MA BELLE FAMILLE**

*« Toute mon affection, ma reconnaissance et mes remerciements »*

### **☞ A MES NEVEUX ET NIECES**

*« Courage à ceux ou celles qui voudront suivre ma voie »*

### **☞ A TOUTE LA FAMILLE**

### **☞ A TOUS MES AMIS**

*« En souvenir des années passées ensemble en Médecine »*

# REMERCIEMENTS

***Je remercie***

☞ ***Le Médecin - Chef et tout le Personnel du CHR de Tamatave  
pour leur collaboration***

☞ ***Tout le Personnel de la scolarité de la Faculté de Médecine***

## **A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE**

### **☞ Monsieur le Docteur RATOVO Fortunat Cadet**

Professeur Emérite à la Faculté de Médecine d'Antananarivo en Maladies Infectieuses et Parasitaires.

Ancien chef de service de la Maladie Infectieuses et Parasitaire de l'Hôpital Général de Befelatanana.

*Qui a accepté de présider notre thèse. Avec l'expression de notre pleine reconnaissance.*

**A NOS MAITRES ET HONORABLES JUGES DE THESE**

☞ **Monsieur le Docteur RAMAKAVELO Maurice**

**Philippe**

Professeur Émérite d'Enseignement Supérieur et de Recherche en  
Médecine préventive, Hygiène et Santé Publique  
Vice-Doyen, responsable de la Pédagogie à la Faculté de Médecine  
d'Antananarivo.

☞ **Monsieur le Docteur FIDISON Augustin**

**Professeur Titulaire d'Enseignement Supérieur et de Recherche en  
Anesthésie-Réanimation à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.**

« Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger parmi les  
membres du Jury de thèse, veuillez recevoir l'expression de  
notre respectueuse admiration et nos vifs remerciements ».

**A NOTRE RAPPORTEUR**

☞ **Monsieur le Docteur RANDRIANARISON Louis**

**Pascal**

Diplômé de Pathologie Tropicale de la Faculté de Médecine de Tours,  
Orléans  
Gynécologue Obstétricien à la Maternité de Befelatanana

Qui a accepté avec amabilité de diriger notre travail, nous  
prodiguant de constants encouragements et de précieux  
conseils. **Nous vous exprimons ici notre profonde gratitude.**

**A NOTRE MAITRE ET DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE**

**Professeur RAJAONARIVELO Paul**

*Notre plus profond respect.*

**A TOUS NOS MAITRES ET MEDECINS DES HOPITAUX**

*Toute notre gratitude pour la qualité de vos enseignements.*

**A TOUT LE PERSONNEL ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE DE LA FACULTE DE  
MEDECINE D'ANTANANARIVO**

*Nous vous remercions de votre entière collaboration.*

**A TOUS CEUX QUI ONT CONTRIBUE, DE PRES OU DE LOIN,  
A L'ACCOMPLISSEMENT DE CE TRAVAIL**

*Tous nos vifs remerciements.*

## SOMMAIRE

### Pages

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>PREMIÈRE PARTIE : RAPPELS DE CONNAISSANCE</b>	
<b>I- L'ANATOMIE DE L'UTÉRUS GRAVIDE</b> .....	<b>2</b>
<b>I.1- ANATOMIE MACROSCOPIQUE DE L'UTÉRUS GRAVIDE</b> .....	<b>2</b>
<b>I.2- LES RAPPORTS DE L'UTÉRUS</b> .....	<b>5</b>
<b>II- L'OPÉRATION CÉSARIENNE</b> .....	<b>7</b>
<b>II.1- DÉFINITION</b> .....	<b>7</b>
<b>II.2- HISTORIQUE</b> .....	<b>7</b>
<b>II.3- LES INDICATIONS</b> .....	<b>9</b>
<b>II.4- LES CONTRE INDICATIONS</b> .....	<b>10</b>
<b>II.5- LA TECHNIQUE OPÉRATOIRE</b> .....	<b>10</b>
<b>II.5.1- Mode d'anesthésie</b> .....	<b>10</b>
<b>II.5.2- L'opération proprement dite</b> .....	<b>11</b>
<b>II.6- LES COMPLICATIONS</b> .....	<b>18</b>
<b>III- L'OPÉRATION CÉSARIENNE DE NÉCESSITE</b> .....	<b>19</b>
<b>III.1- DÉFINITION</b> .....	<b>19</b>
<b>III.2- LES PRINCIPALES INDICATIONS</b> .....	<b>19</b>
<b>III.2.1- Dystocie dynamique</b> .....	<b>19</b>
<b>III.2.2- Néphropathie gravidique</b> .....	<b>20</b>
<b>III.2.3- Syndrome de prérupture</b> .....	<b>20</b>
<b>III.2.4- Rupture prématurée des membranes</b> .....	<b>20</b>
<b>III.2.5- Grossesse prolongée</b> .....	<b>21</b>
<b>III.2.6- Diabète gestationnel</b> .....	<b>21</b>
<b>III.2.7- Hématome rétroplacentaire</b> .....	<b>22</b>
<b>III.2.8- Dystocie cervicale</b> .....	<b>22</b>

## DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE PROPREMENT DITE

### Pages

I- OBJECTIFS.....	23
II- CADRE D'ÉTUDE.....	23
III- MÉTHODOLOGIE.....	24
<i>III.1- MÉTHODE.....</i>	<i>24</i>
III.2- MATÉRIELS.....	24
III.3- LES DIFFÉRENTS PARAMÈTRES À ANALYSER.....	25
III.4- MÉTHODE D'ANALYSE.....	25
IV- RÉSULTATS.....	25
IV.1- FREQUENCE.....	26
IV.1.1- Fréquence mensuelle.....	26
IV.1.2- Les principales indications des césariennes.....	27
IV.2- FACTEURS MATERNELS.....	27
IV.2.1- Âge.....	27
IV.2.2- Gestité.....	28
IV.2.3- Parité.....	29
IV.2.4- Profession.....	30
IV.2.5- État matrimonial.....	31
IV.2.6- Niveau scolaire.....	32
IV.2.7- Résidence.....	33
IV.2.8- Mode d'admission.....	34
IV.2.9- Consultations prénatales.....	35
IV.2.10- Habitudes de vie et toxiques des parturientes.....	36
IV.2.11- Les indications de nécessité.....	37
IV.2.12- Suites opératoires.....	38
IV.2.13- Séjour hospitalier.....	39
<b>IV.3- FACTEURS FŒTAUX.....</b>	<b>40</b>
IV.3.1- Le sexe.....	40
IV.3.2- Poids à la naissance.....	41

IV.3.3- État à la naissance.....	42
IV.3.4- Pronostic néonatal.....	43

TROISIÈME PARTIE : COMMENTAIRES - DISCUSSIONS -

SUGGESTIONS

*Pages*

I- COMMENTAIRES – DISCUSSIONS.....	44
I.1- LES FACTEURS ÉPIDÉMIOLOGIQUES.....	44
I.1.1- Fréquence annuelle.....	44
I.1.2- Fréquence mensuelle.....	44
I.1.3- Les principales indications.....	45
I.2- FACTEURS MATERNELS.....	46
I.2.1- L'âge.....	46
I.2.2- La Gestité.....	46
I.2.3- La parité.....	46
I.2.4- La profession et le niveau scolaire.....	46
I.2.5- La résidence et mode d'admission.....	47
I.2.6- Les consultations prénatales.....	47
I.2.7- Habitudes de vie et toxiques des parturientes.....	47
I.2.8- Les suites opératoires.....	48
I.2.9- Séjour hospitalier.....	48
I.3- FACTEURS FŒTAUX.....	48
I.3.1- Le sexe.....	48
I.3.2- Poids à la naissance.....	48
I.3.3- État à la naissance.....	48
I.3.4- Pronostic néonatal.....	49
II- SUGGESTIONS.....	49
II.1- PROGRAMME D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ.....	49
II.2- POLITIQUE DE SANTÉ.....	50
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>51</b>

BIBLIOGRAPHIE

## LISTE DES TABLEAUX

### *Pages*

Tableau n°1 : Les indications de la césarienne d'après Soergel.....	9
Tableau n°2 : Les complications de la césarienne.....	18
Tableau n°3 : Fréquence mensuelle des césariennes de nécessité.....	26
Tableau n°4 : Répartition des principales indications de césariennes.....	27
Tableau n°5 : Répartition selon l'âge.....	27
Tableau n°6 : Répartition selon la Gestité.....	28
Tableau n°7 : Répartition selon la parité.....	29
Tableau n°8 : Répartition selon la catégorie professionnelle.....	30
Tableau n°9 : Répartition selon l'état matrimonial.....	31
Tableau n°10 : Répartition selon le niveau scolaire.....	32
Tableau n°11 : Répartition selon la résidence.....	33
Tableau n°12 : Répartition selon le mode d'admission.....	34
Tableau n°13 : Répartition selon l'assiduité aux consultations prénatales.....	35
Tableau n°14 : Répartition selon les facteurs de risque.....	36
Tableau n°15 : Répartition selon les indications.....	37
Tableau n°16 : Répartition selon les suites opératoires.....	38
Tableau n°17 : Répartition selon le séjour hospitalier.....	39
Tableau n°18 : Répartition selon le sexe.....	40
Tableau n°19 : Répartition selon le poids de naissance.....	41
Tableau n°20 : Répartition selon l'état à la naissance.....	42

## LISTE DES SCHEMAS

### *Pages*

Schéma n°1 : La hauteur utérine au-dessus du pelvis.....	2
Schéma n°2 : Utérus gravide avec ses trois parties.....	4
Schéma n°3 : Coupe verticale, médiane et entéro-postérieure du bassin chez la femme.....	6
Schéma n°4 : Tracés des incisions pariétales.....	12
Schéma n°5 : Césarienne segmentaire. Incision et décollement du péritoine segmentaire.....	13
Schéma n°6 : Césarienne segmentaire. Élargissement transversal au doigt de l'ouverture Segmentaire.....	14
Schéma n°7 : Césarienne segmentaire. Suture du segment inférieur par points séparés.....	16
Schéma n°8 : Césarienne segmentaire. Fermeture de l'incision du péritoine viscéral (surjet).....	17

## LISTE DES FIGURES

### *Pages*

Figure n°1 : Répartition mensuelle.....	26
Figure n°2 : Age des parturientes.....	27
Figure n°3 : Gestité des parturientes.....	28
Figure n°4 : Parité des gestantes.....	29
Figure n°5 : Profession des parturientes.....	30
Figure n°6 : État matrimonial des gestantes.....	31
Figure n°7 : Niveau scolaire des parturientes.....	32
Figure n°8 : Résidence des parturientes.....	33
Figure n°9 : Mode d'admission des gestantes.....	34
Figure n°10 : Consultation prénatale des parturientes.....	35
Figure n°11 : Facteurs de risques rencontrés.....	36
Figure n°12 : Fréquence des indications de la césarienne de nécessité.....	37
Figure n°13 : Suites opératoires des césariennes.....	38
Figure n°14 : Séjour hospitalier des opérées.....	39
Figure n°15 : Le sexe des bébés.....	40
Figure n°16 : Poids à la naissance.....	41
Figure n°17 : État de naissance des bébés.....	42

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SYMBOLES

<b>CHR</b>	:	<b>Centre Hospitalier Régional</b>
cm	:	Centimètre
G	:	Gestité
g	:	Gramme
<	:	Inférieur
≤	:	Inférieur ou égal
kg	:	Kilogramme
l	:	Litre
m/m kg	:	Millimètre de mercure
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
P	:	Poids
>	:	Supérieur
≥	:	Supérieur ou égal

## INTRODUCTION

*L'opération césarienne ou hystérotomie est une intervention chirurgicale obstétricale permettant d'extraire le fœtus en incisant l'utérus par voie abdominale habituellement (1).*

*Devant une situation pathologique, les accoucheurs possèdent une arme de choix à opposer aux dystocies dynamiques ou aux dystocies mécaniques :*

Les indications des césariennes sont classées en trois groupes (2)

- Les césariennes dites obligatoires
- Les césariennes dites de prudence
- Les césariennes dites de nécessité.

Mais notre étude concerne uniquement les césariennes de nécessité qui a pour objectifs de déterminer une situation pathologique "dépassée" nécessitant l'indication d'une césarienne pour intervention de sauvetage maternel et fœtal, de suggérer quelques programmes sur la sensibilisation des femmes enceintes et sur la politique de santé pour avoir une meilleure prise en charge des populations cibles.

Ce travail comporte trois parties :

- La première partie concerne les rappels de connaissance sur l'anatomie de l'utérus gravide et l'opération césarienne
- Puis la deuxième est consacrée à l'étude proprement dite
- La troisième partie est destinée aux commentaires et suggestions

Une conclusion terminera le travail

## I- L'ANATOMIE DE L'UTERUS GRAVIDE

### I.1- ANATOMIE MACROSCOPIQUE DE L'UTERUS GRAVIDE (3)

#### I.1.1- Poids et capacité

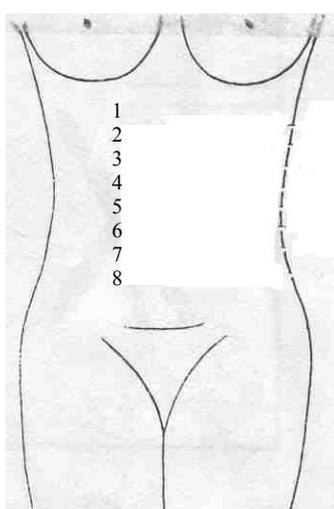
Le poids de l'utérus augmente au cours de la grossesse, il pèse 50g environ avant la grossesse et ayant une capacité de 2 – 3CC et à terme, l'utérus pèse 1kg et sa capacité est de 4 – 5L.

#### I.1.2 Dimensions

Non gravide, le corps utérin mesure 6 – 8cm de long et à 4 – 5cm de large, alors qu'à terme sa longueur est de 31cm et sa largeur est de 23cm

#### I.1.3 La situation (4)

Il reste pelvien au cours de deux premiers mois et le troisième mois il devient abdominal



#### **Schéma n°01 : La hauteur utérine au-dessus du pelvis**

<b>1</b> : 9 mois-33 cm	<b>4</b> : 6 mois-24 cm	<b>7</b> : 4 mois-16 cm
<b>2</b> : 8 mois-30 cm	<b>5</b> : 5 mois-20 cm	<b>8</b> : 3 mois-9 cm
<b>3</b> : 7 mois-27 cm		
	<b>6</b> : 4 mois <sup>1</sup> / <sub>2</sub> -ombilic	

(source n°4)

#### **I.1.4. Épaisseur et consistance de la paroi**

A terme, son épaisseur est de 4cm environ, sa consistance devient molle et a été comparée à une figue mûre. La palpation de l'utérus provoque quelquefois une contraction perçue comme un durcissement soudain qui est un signe pathognomonique de grossesse.

#### **I.1.5. Direction**

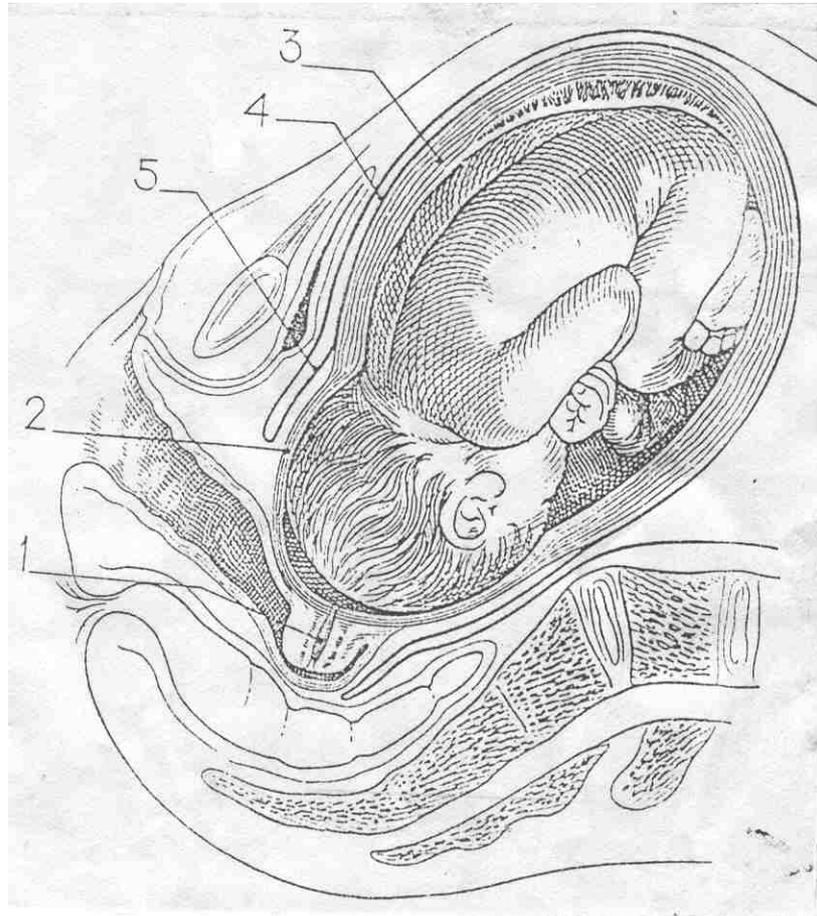
*A terme, il est constamment incliné vers la droite dans un plan frontal et présente en outre un mouvement de torsion à droite.*

#### ***I.1.6. Anatomie (4)***

*L'utérus gravide est un sac ovoïde dont les parois sont soumises à une tension permanente imposée par le liquide amniotique et la contraction utérine.*

Il est constitué de trois segments étagés :

- Le corps utérin
- Le segment inférieur
- Le col



**Schéma n°02 : Utérus gravide avec ses trois parties**

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

## I.2. LES RAPPORTS DE L'UTERUS (5)

Les rapports de l'utérus à terme se présentent comme suit :

-sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale :  
ce rapport peut être direct quand il ne vient s'interposer ni intestin, ni épiploon

-en bas se trouve la vessie qui à l'état de vacuité, se cache derrière la symphyse pubienne ; quand elle est pleine, elle se distend et remonte au devant de la matrice ; formant une tumeur liquide, mate et de forme ovoïde.

-sa face postérieure correspond :

- en haut à la colonne vertébrale séparée par l'aorte et la veine cave inférieure.

- en bas au rectum :

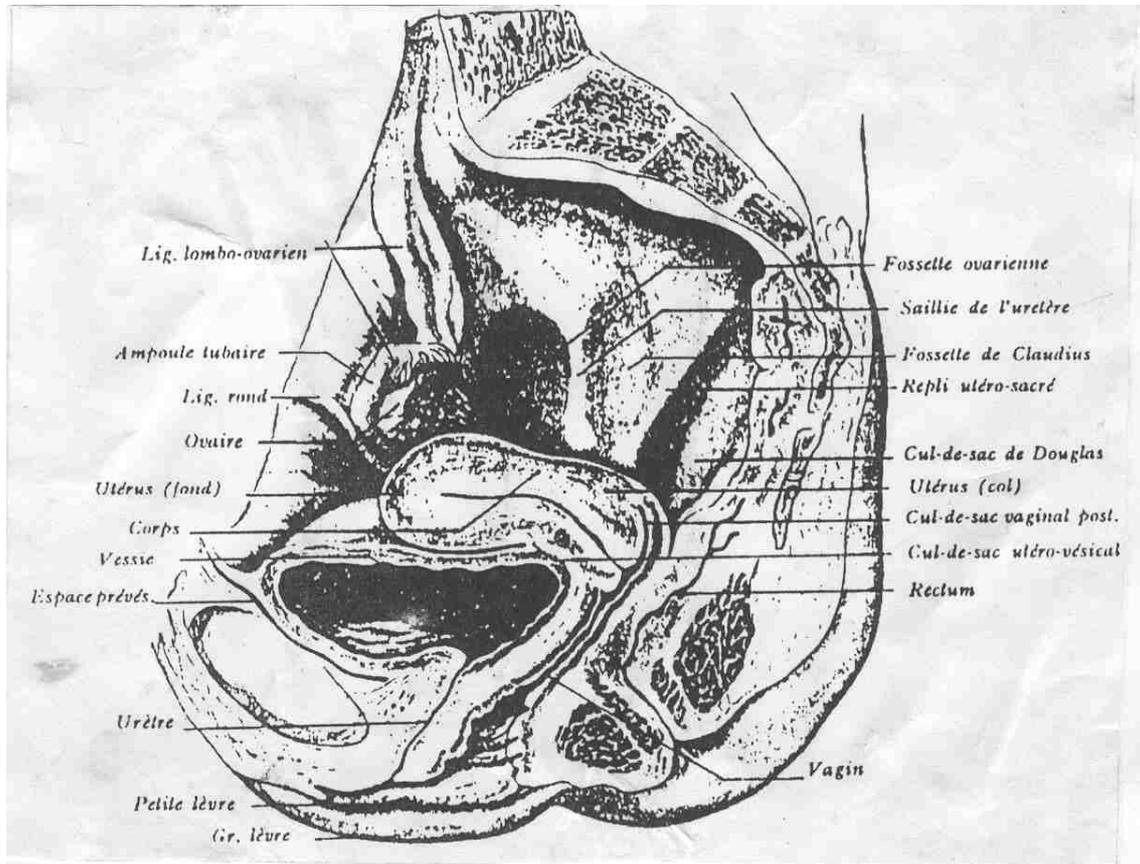
- le fond utérin correspond aux anses grêles, au colon transverse, à l'estomac et au foie :

-les bords latéraux ont des rapports qui diffèrent d'un côté à l'autre :

- ✓à droite cœcum et colon ascendant

- ✓à gauche à l'os iliaque , au colon descendant et la majeure partie des anses grêles.

-des deux côtés, on trouve en bas les uretères, les vaisseaux iliaques et les muscles psoas iliaques.



**Schéma n°03 : Coupe verticale, médiane et antéro-postérieure du bassin chez la femme (source n°06)**

## **II- OPÉRATION CÉSARIENNE (7)**

### **II.1- DEFINITION**

L'opération césarienne est une intervention chirurgicale destinée à extraire par voie haute le fœtus après ouverture de l'utérus.

D'après LAROUSSE (1), l'opération césarienne est une extraction du nouveau-né par ouverture chirurgicale de l'utérus et presque toujours réalisée par voie abdominale, rarement par voie vaginale ou par voie transvésicale.

### **II.2. HISTORIQUE**

#### **II.2.1. La légende sur l'origine (8)**

C'est un mot latin : « caesures » : nom donné aux enfants nés par cette opération ; c'est une opération pratiquée très antérieurement par CESAR. Son nom même prête à discussion bien qu'il dérive probablement de "caedere" c'est à dire "couper".

Apollon ayant fait périr l'infidèle Coronis sous les flèches d'Artemis sa sœur arracha du corps de la mère son fils Esculape.

#### **II.2.2. Époque historique (9)**

*Jacob NUFER tente après autorisation des autorités coloniales et réussit la première césarienne sur femme vivante (sa propre femme en travail depuis plusieurs jours) il s'agit d'une grossesse abdominale.*

Le nombre de césarienne augmente du XIV<sup>e</sup> au XIX<sup>e</sup> siècle mais elle est encore très meurtrière et divisant les auteurs en groupe :

- des opposants représentés par l'école césarienne A. PAVRE.
- et le groupe des partisans dont BAUDELOCQUE et DUBOIS étaient les chefs de file.

### II.2.3. L'ère moderne (10)

Cent ans de progrès :

-En 1907, FRANCK a incisé l'utérus par le segment inférieur après l'antisepsie de LISTER, l'apparition de l'asepsie ouvrit des espoirs, illimités dont il fallait rapidement revenir.

-En 1908, PFANNENSTIEL a proposé une incision transversale abdominale reprenant certains travaux anciens.

-SCHOKAERT, après rupture des membranes, a effectué une césarienne segmentaire sur une femme en travail et rend ainsi possible l'épreuve de travail.

-En 1956, GREENHILL, Président de l'Association des Gynécologues Accoucheurs des États Unis, a poussé le cri d'alarme, stigmatisant la légèreté avec laquelle est posée l'indication opératoire qui connaissait le début de sa réputation.

-Le nombre des césariennes au cours des dix dernières années a augmenté grâce à la prévention des complications fœtales de plus en plus strictes par la césarienne.

## I.3- LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE D'APRES SOERTEL

(11) (12) (13) (14)

**Elles sont itératives ou vitales**

Tableau n°01 : Les indications de la césarienne

	<b>Indications exclusivement maternelles</b>	<b>Indications à prédominance maternelle</b>	<b>Indications mixtes à la fois fœtales et maternelles</b>	<b>Indications à prédominance fœtale</b>	<b>Indications exclusivement fœtales</b>
Indications vitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Hémorragie sur placenta praevia</b></li> <li>- Rupture utérine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- État fébrile (infection amniotique) avec non progression de l'accouchement</li> <li>- Menace de rupture utérine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (Pré) éclampsie</li> <li>- Décollement prématuré du placenta normalement inséré</li> </ul>	Souffrance fœtale sur non progression de l'accouchement ou anomalies de position ou de présentation	Souffrance fœtale aiguë (CGT pathol, acidose du sang fœtal) microprelevé, procidence du cordon césarienne post-mortem

<p>Indications préventives</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Status après métroplastie</li> <li>- Status après plastie vaginale</li> <li>- Status après correction de fistule</li> <li>- Tumeurs malignes du col</li> <li>- Pour accès à une pathologie abdominale exigeant un acte chirurgical d'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rupture prématurée des membranes sur col non favorable et échec de provocation</li> <li>- Status après césarienne pour disproportion foeto-maternelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disproportion foeto-maternelle</li> <li>- Obstacle praevia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dystocie mécanique sur anomalie de présentation</li> <li>- Dystocie fonctionnelle avec arrêt de progression de l'accouchement ou menace de décompensation foetale sur tachy ou hypersystolie utérine non contrôlable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indications préventives</li> <li>- Insuffisance placentaire diagnostiquée avant le début du travail</li> <li>- Menace de décompensation foetale en cas de grossesse à risque élevé (hypertension, diabète érythroblastose foetale, dépassement du terme, primipare âgée)</li> <li>- Présentation du siège</li> <li>- Herpès génital sans atteinte foetale</li> </ul>
--------------------------------	--	---	--	---	---

## II.4- LES CONTRINDICATIONS (15)

Il n'y a que des contraindications relatives telles que :

-Infection amniotique sévère qui doit faire appel à des artifices chirurgicaux et antibiothérapies massives.

-Fœtus mort in utero, il faut recourir à l'extraction par voie basse au prix d'une cranioclasie ou d'une embryotomie.

-Malformation fœtale majeure comme anencéphalie ; hydrocéphalie.

-Défaut de maturité fœtale.

- Âge gestationnel inférieure à 28 semaines d'aménorrhée

- Enfant estimé à moins de 800g de diamètre bipariétal  $\leq$  à 70mm.

## II.5- LA TECHNIQUE OPERATOIRE

### II.5.1- Mode d'anesthésie

L'opérateur et l'anesthésiste doivent se comprendre et adopter leur technique à leur exigence réciproque.

En pratique, l'analgésie pour césarienne fait appel à deux groupes de méthodes :

#### II.5.1.1- Anesthésie générale (16)

Elle est difficile à contrôler son inconvénient majeur est la dépression du nouveau-né avec risque d'inhalation, seulement elle est reproductible.

Deux groupes de drogues sont utilisés :

- a. Celles ne passant pas ou peu la barrière placentaire les CURARES hydrosolubles et fortement ionisés, avec des doses usuelles n'ayant pas de conséquence sur le fœtus
- b. Celles qui passent facilement la barrière placentaire, toutes les drogues sauf les curares (THIOPENTAL : PENTHOTAL<sup>®</sup> NESDONAL<sup>®</sup> utilisés pour la première fois aux États-Unis en 1934 (5).

#### II.5.1.2. Anesthésie loco-régionale (17)

( Rachianesthésie, péridurale )

Elle permet à la mère de rester consciente, elle minimise aussi le risque d'inhalation et évite au nouveau-né la dépression médicamenteuse (6), cependant il faut tenir compte de son inconvénient majeur qui est l'hypovolémie liée au bloc sympathique, donc elle est contre indiquée en cas d'hypovolémie ou hypotension.

Trois anesthésies locales sont utilisées :

-LIGNOCAINE ( Xylocaine ® )

-BUPIVACAINE ( Marcaine ® )

-TETRACAINE

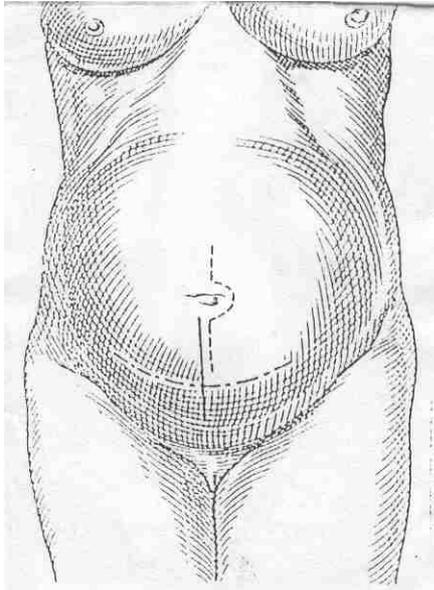
## **II.5.2. L'opération proprement dite**

### **II.5.2.1. Technique de l'ouverture pariétale (18)**

Il y a deux types d'incision pariétale :

#### **a. Les incisions transversales :**

L'incision sus-pubienne de Pfannenstiel (4), méthode habituelle d'ouverture pariétale, lorsqu'on veut réaliser une césarienne segmentaire (dite césarienne basse ou sous péritonéale qui est la technique habituelle de l'hystérotomie). Elle présente essentiellement deux avantages, dont l'un, l'esthétique et l'autre, la très grande solidité de la paroi reconstituée. Avec cette méthode d'incision, on n'observe jamais d'éventration post-opératoire.



***Schéma n°04 : Tracés des incisions pariétales***

***En pointillé : incision de la césarienne corporeale***

***En trait plein : incision de la césarienne segmentaire***

***En trait point : incision de Pfannenstiel***

***( Source n°03 )***

Césarienne : voie d'abord par incision de Pfannenstiel (selon BODIAGINA). Autres modalités variantes de l'incision cutanée sont proposées par des chirurgiens. Comme celle de PANDOLFO : une incision cutanée à concavité inférieure dans le but de réaliser une incision totalement enfouie dans l'aire pileuse sus-pubienne et de ne laisser par conséquent aucune séquelle esthétique, donc difficile. Comme celle de BASTIEN et de MOUCHEL : une ouverture transversale de tous les plans pariétaux avec désinsertion sus pubienne des muscles droits, donc rarement pratiquée.

**b- Les incisions verticales**

**b.1- Les incisions médianes** proposées par RAPIN KUSTNER : une laparotomie médiane nécessite un vaste décollement sous cutané poussé le plus haut et le plus bas possible.

Les différents types sont :

- Laparotomie médiane à cheval sur l'ombilic
- Laparotomie médiane sous-ombilicale : de nombreux chirurgiens gardent encore la faveur pour sa réputation, sa rapidité, son caractère moins hémorragique et l'extraction fœtale facile.

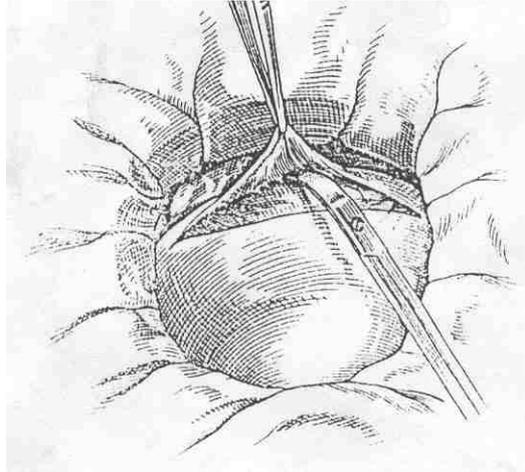
**b.2- Incision para-médiane** elle est rare mais pratiquée dans l'existence d'une appendicite associée.

### II.5.2.2- Décollement du péritoine viscéral (19)

Une fois la grande cavité abdominale ouverte ; on place l'écarteur à deux valves latérales ( type cotte ) avec mise en place de champs protecteurs abdominaux, de champs humides après adjonction d'une ampoule de xylocaïne à 0,5% dans le bac trempage.

Le décollement du péritoine viscéral est débuté par une incision aux ciseaux sur la ligne médiane après avoir soulevé un pli longitudinal de 2 – 3cm au dessus de la limite de la vessie. Les ciseaux sont faufileés de 5 à 6cm de chaque coté de la médiane.

On réalise ensuite un clivage sous péritonéal après le décollement, la vessie se rétracte spontanément vers le pubis (certains chirurgiens préfèrent la récliner avec une valve.



***Schéma n°05 : Césarienne segmentaire Incision et décollement du péritoine segmentaire (Source n°03)***

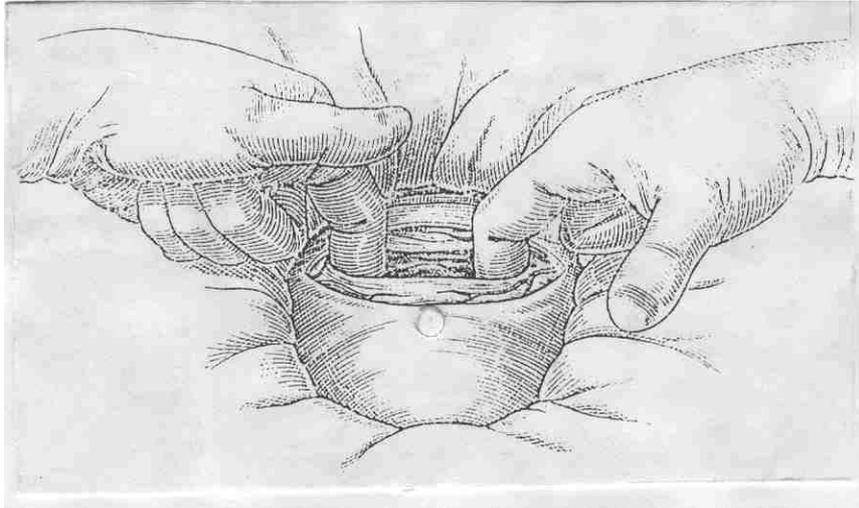
### **II.5.2.3- L'hystérotomie ou incision de l'utérus (19)**

Elle a deux types :

**a-** Segmentaire transversale : l'incision commence à 3 – 4cm environ au dessous de la ligne de solide attache le péritoine légèrement arciforme a concavité supérieure réalisée avec une bistouri.

L'ouverture utérine est réalisée par divulsion mené par les deux index opposés dans un mouvement d'écartement latéral de l'orifice préalablement crée (fig.06).

Cette manœuvre a pour avantage de respecter les sinus veineux latéraux qui sont simplement écartés.



*Schéma n° 06 : Césarienne segmentaire (S3)*

*Élargissement transversal au doigt de l'ouverture segmentaire*

**b-** Verticale ou longitudinale : Cette incision est plus délicate et dangereuse.

#### **II.5.2.4- Extraction fœtale du placenta (20)**

C'est le temps le plus délicat car la vie du fœtus en dépend ; il faut une hystérotomie large, suffisante et adéquate pour permettre d'éviter la rétention de la tête en cas de siège ou la dystocie des épaules en cas de macrosomie fœtale.

Après avoir enlevé la valve, la main gauche de l'opérateur est placée à l'intérieur de la cavité utérine au-dessous de la tête fœtale : elle permet d'empaumer cette tête et de tracter doucement à travers de l'incision utérine, en même temps l'opérateur exerce un mouvement d'expulsion fundique.

En cas d'échec d'extraction manuelle, des aides instrumentales peuvent être envisagées : application de forceps de Pajot ou application de ventouse si la tête fœtale est trop haute.

Après clampage et section du cordon de l'enfant, une antibiothérapie est réalisée pour prévenir l'infection postopératoire.

#### **II.5.2.5- La délivrance (21)**

Elle peut être spontanée par décollement du placenta ou anticipée par la délivrance artificielle, elle est suivie d'une révision utérine. Après cela, le globe utérin se constitue instantanément et il faut réaliser rapidement la suture utérine.

#### **II.5.2.6- Suture de l'utérus (20) (21)**

C'est le temps le plus important de la césarienne, elle assure définitivement le tarissement du saignement.

Elle s'effectue par plusieurs étapes :

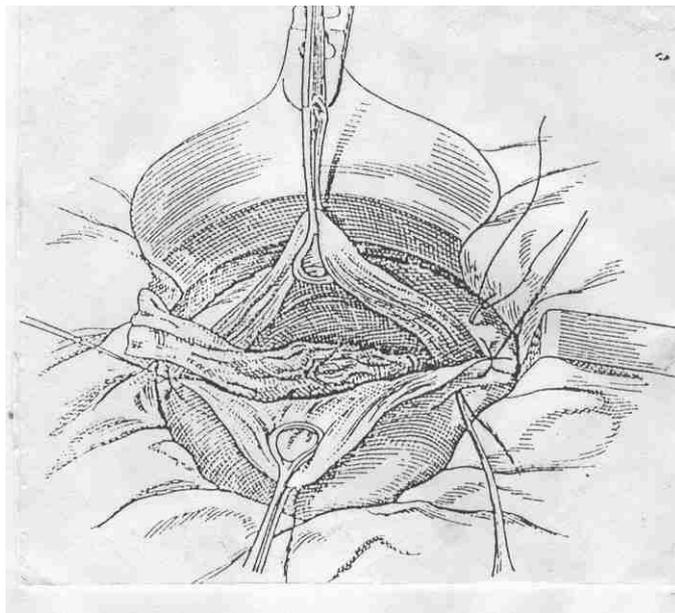
- traction verticale et latérale de ces berges
- exposition de chaque angle

-suture avec des fils polyglycoliques à résorption lente (Erce dex ou vicryl) selon les principes de la chirurgie viscérale, c'est à dire une suture en monoplan par des points séparés extra-muqueux :

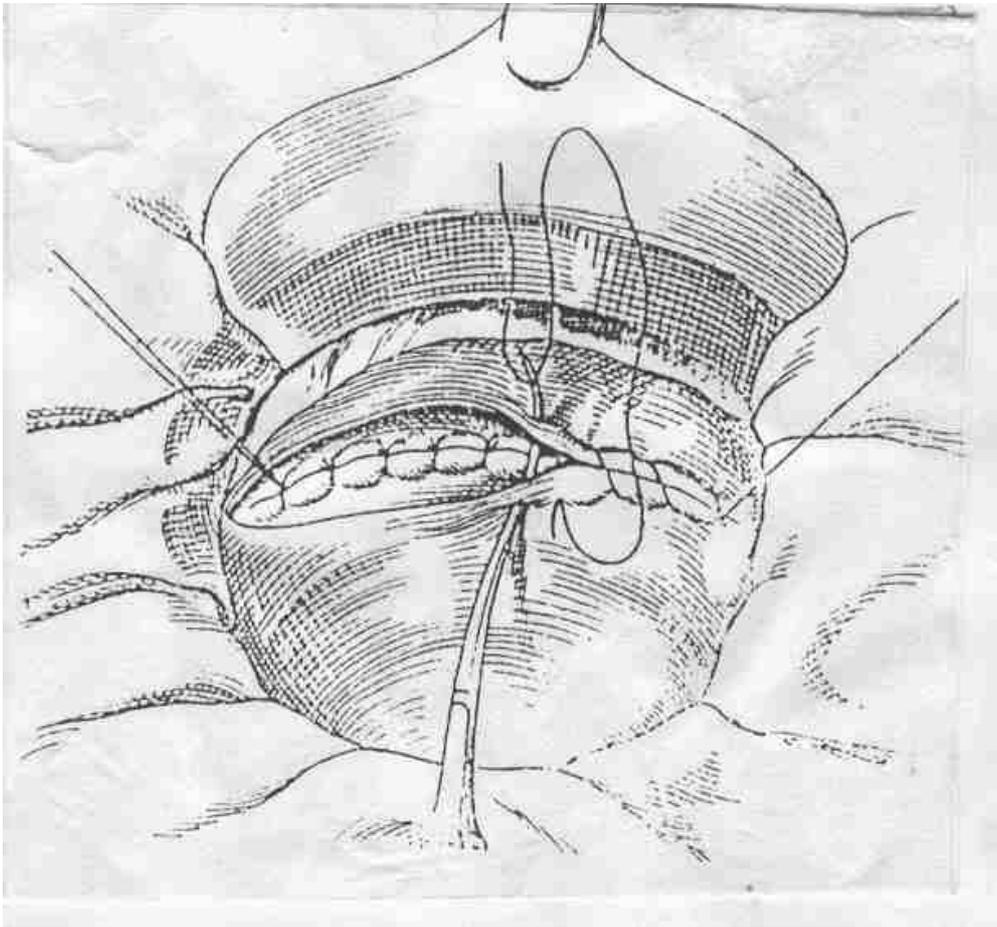
-vérification de l'état du fond utérin et des annexes

-toilette des gouttières pariéto-coliques pour éliminer le sang et le liquide amniotique qui auraient pu s'y réfugier .

En dernier lieu, fermeture pariétale souvent associée à un drainage sous aponévrotique après une incision de MOUCHEL (pour éviter le risque d'un hématome post opératoire) et / ou drainage sous cutané en cas d'obésité.



***Schéma n°07 : Césarienne segmentaire. Suture du segment inférieur par points séparés. Un champ abdominal est introduit provisoirement dans la cavité utérine. (S3)***



*Schéma n°08 : Césarienne segmentaire.*

*Fermeture de l'incision du péritoine viscéral (surjet).*

## II.6- LES COMPLICATIONS DE LA CESARIENNE (22) (23) (24)

Elles sont multiples et bien distinctes pour la mère et pour l'enfant selon le tableau qui suit :

**Tableau n°02 : les complications maternelles et néonatales**

MORBIDITE MATERNELLE		MORBIDITE NEONATALE
COMPLICATIONS PER-OPERATOIRES	COMPLICATIONS POST- OPERATOIRES	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complications hémorragiques 4%</li> <li>- Plaies intestinales et urinaires</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Complications infectieuses :               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urinaires</li> <li>- Endométrites</li> <li>- Pelvi-abdominale</li> <li>- Pariétale 4,8%</li> </ul> </li> <li>•Hémorragie post-opératoire 4%</li> <li>•Maladie thromboembolique</li> <li>•Complication digestive (Ileus fonctionnel postopératoire)</li> <li>•Complications diverses</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elle est directement liée de la césarienne</li> <li>- Souffrance fœtale aiguë ou chronique</li> <li>- détresse respiratoire idiopathique 5%</li> </ul>

### **III- L'OPERATION CESARIENNE DITE DE NECESSITE (25)**

#### **III.1- DEFINITION**

Les opérations césariennes dites de nécessité sont des césariennes effectuées pour des pathologies généralement accessibles à un traitement médicamenteux mais qui, en l'absence de prise en charge correcte pendant la grossesse au moment de l'accouchement aboutissent à une situation ``dépassée'' imposant à une intervention de sauvetage.

#### **III.2- LES PRINCIPALES INDICATIONS (26) (27)**

##### **III.2.1- La dystocie dynamique (28)**

La dystocie dynamique est caractérisée par l'arrêt de progression de l'accouchement lié à l'état génital par exemple il y a cicatrices utérines ou malformations génitales et provoque des troubles de contractilité utérine et de la dilatation cervicale, voire même un arrêt de la dilatation. Et réciproquement les troubles de la dilatation du col retentissent sur les contractions utérines, elle se voit surtout dans les bassins limites.

Nous avons 3 groupes de dystocies :

- dystocie dynamique vraie
- dystocie cervicale
- col agglutiné

On décide alors l'épreuve du travail qui amène la confrontation de ces différents facteurs. Ce n'est que dans les cas où cette thérapeutique médicamenteuse s'avère infructueuse que l'opération césarienne est indiquée.

### **III.2.2- La Néphropathie Gravidique (29) (30)**

C'est l'association des trois signes suivants :

-une hypertension artérielle :qui est supérieure ou égale à 140m/mHg pour la maxima et 80m/mHg pour la minima

-une protéinurie en l'absence d'infection urinaire. Elle est significative pour des valeurs supérieures à 0,50g/24h

-un œdème blanc, mou, prenant le godet aux membres inférieurs, donnant le signe de la bague aux membres supérieurs et une certaine bouffissure du visage.

L'association de ces trois signes constituent la triade classique de la « toxémie gravidique » ou « Néphropathie Gravidique » ou « endothéliose gravidique ».

La décision opératoire est prise en cas de :

-hématome rétroplacentaire

-souffrance fœtale aiguë

### **III.2.3- Syndrome de prerupture (31)**

Il peut être évoqué devant certains signes suivants : une douleur sus-pubienne, disparition des contractions utérines, une stagnation de dilatation, présence de sang dans l'urine ou à la vulve tendance au choc. L'indication de la césarienne est nécessaire pour sauvetage maternel et fœtal surtout si la vie de la femme est menacée.

### **III.2.4- Rupture prématurée des membranes (32)**

La poche des eaux est rompue depuis longtemps (plus de 24 heures) et la femme est exposée longtemps aux microbes aussi bien que le fœtus non suivi du déclenchement du travail. L'opération césarienne est indiquée s'il y a anomalie de travail ou travail trop traînant avec souffrance fœtale aiguë.

### **III.2.5- Grossesse Prolongée (33)**

C'est une grossesse qui a dépassé plus de 42 semaines. Pour l'apprécier, on se base sur la date des dernières règles. Elle fait courir au fœtus le risque de mort in utero ou à un degré moindre la souffrance fœtale qui va compromettre dangereusement sans avenir. On décide à faire l'opération césarienne lorsqu'il y a :

- présentation de siège chez une primipare
- disproportion fœto-pelvienne
- une cicatrice utérine
- un antécédent de mort in utero avec un terme supérieur à 42 semaines d'aménorrhée

### **III.2.6- Diabète gestationnel (34)**

Pendant la grossesse, le diabète peut entraîner des complications

◊chez la femme :

Il peut provoquer un avortement spontané - une néphropathie gravidique - un hématome rétroplacentaire - une stérilité - un accouchement dystocique dans le fait d'avoir un gros fœtus.

◊chez le fœtus : il est responsable de malformations cardiaques, génito-urinaires, neurologiques

-mort fœto in-utero

L'opération césarienne est indiquée en cas d'existence des complications foeto-maternelles tels que :

- disproportion foeto-pelvienne
- utérus cicatriciel
- présentation de siège

### **III.2.7- Hématome rétroplacentaire (35)**

C'est la désunion accidentelle d'une portion du placenta avec l'utérus s'accompagnant d'un raptus hémorragique qui s'étend à tous le tractus génital. Si la vie de la femme est menacée, on doit recourir à l'opération césarienne pour la sauver.

### **III.2.8- Dystocie cervicale (36)**

La dystocie cervicale est sous la dépendance des anomalies contractiles soit : Par arythmie contractile (succession de contractions utérines irrégulières dans leur amplitude, leur fréquence, leur durée) soit enfin par inefficacité.

Certaines anomalies sont organiques c'est à dire il y a des lésions anatomiques exemple par suite d'un col pathologique : col tumoral, syphilitique, cicatriciel, agglutiné, oblitéré, oedématié (suite d'un phénomène inflammatoire).

Les autres anomalies sont fonctionnelles : soit par hypocinésie et soit par arythmie des contractions.

Le diagnostic est porté sur la stagnation de la dilatation entre 4 et 7cm, le col est épais, devient oedématié d'abord au niveau de la lèvre antérieure puis sur toute sa circonférence et devenu dur lors des contractions. L'opération césarienne est indiquée s'il y a anomalie de travail c'est à dire anomalie de contraction utérine et de la dilatation du col avec altération du bruit de cœur fœtal.

## **I- OBJECTIFS**

Notre étude a pour objectifs :

- de faire une évaluation des indications et le pronostic des césariennes de nécessité
- d'assumer les accouchements par voie haute dans des bonnes conditions d'hygiène avec des personnels de santé qualifiés
- de faire un état analytique des femmes ayant subi une hystérotomie.

## **II- CADRE D'ETUDE**

Il s'agit d'une étude rétrospective des cas de césarienne durant l'année 2001. Elle a été effectuée à la Maternité d'« Hôpital BE » : Centre hospitalier régional de Tamatave.

La maternité est un service de gynécologie obstétricale.

Elle comprend :

- Une salle de vaccination et du planning familial
- Une salle de norplant
- Une salle d'accouchement
- Une salle de 4 couveuses
- Une salle de soin
- Une cabine pour l'isolée (01 lit)
- Une salle de grossesse pathologique avec 8 lits
- Une salle pour les accouchées avec 8 lits
- Une salle pour les post-césariennes avec enfants vivants (8 lits)
- Une salle pour les post césariennes avec enfants décédés (6 lits)
- Une salle des opérées pour cas gynécologiques (6 lits)
- Une salle pour les cas gynécologiques non opérées (6 lits)
- Une salle de prématurée (6 lits)
- Une salle de travail (6lits)
- 3 bureaux des médecins

- 1 bureau de major
- 1 bureau de secrétaire
- 2 salles de garde pour les sages femmes et les serveurs
- 1 bureau d'office, 2 chambres pour les 1<sup>e</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> catégories

Les personnels :

- 03 médecins
- 12 sages femmes
- 01 secrétaire
- 03 serveurs

ce Centre hospitalier est aussi un centre de formation pour les futurs médecins, élèves sages femmes et infirmier(es) d'état.

### **III- METHODOLOGIE**

#### **III.1- METHODE**

C'est une étude rétrospective par compilation des dossiers portant sur les césariennes. Elle est étalée sur une période de 12 mois du 01 janvier au 31 décembre 2001.

#### **III.2- MATERIELS**

Nous avons utilisé comme matériels :

- Les observations médicales
- Les registres d'admission de la maternité
- Fiche d'évacuation sanitaire
- Les cahiers de protocoles opératoires
- Les cahiers des décès
- Les données recueillies aux services de statistique de la maternité
- Les registres de déclaration de naissance

### **III.3- LES DIFFERENTS PARAMETRES A ANALYSER**

⇨Facteurs maternels : l'âge, la gestité, la parité, profession, l'état matrimonial, le niveau scolaire, la résidence, le mode d'admission, les indications, la consultation prénatale, les suites opératoires, le séjour hospitalier, l'habitude de vie et toxiques des parturientes

⇨Facteurs fœtaux :

Le sexe, le poids à la naissance, l'état de naissance, le pronostic néonatal

### **III.4- MÉTHODE D'ANALYSE**

C'est une étude statistique, rétrospective durant une période d'un an, effectuée sur 1729 cas.

## **IV- RESULTATS**

De Janvier 2001 au mois de Décembre 2001, nous avons recensé au Centre Hospitalier Régional de Tamatave :

-1729 accouchements

-238 cas des césariennes soit un taux de 13,76% des femmes accouchées sur 657 interventions

-Le nombre total des césariennes de nécessité est de 41

## IV.1- FRÉQUENCE

### IV.1.1- Fréquence mensuelle

Tableau n°03 : Fréquence mensuelle des césariennes de nécessité

Mois	Janv	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc
Nombre	2	4	3	6	2	2	4	3	2	4	3	6

Nombre

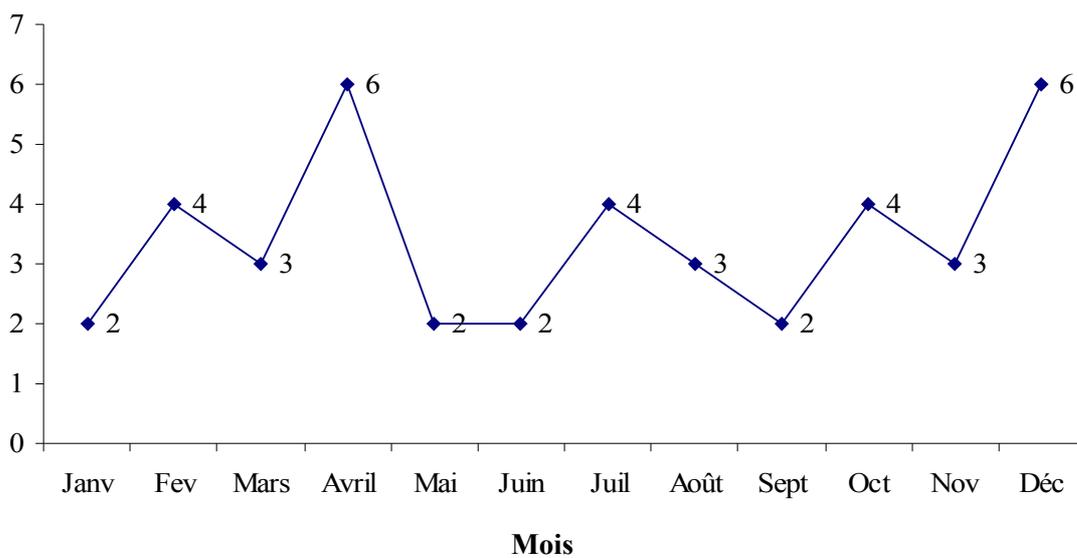


Figure n°01 : Répartition mensuelle

#### IV.1.2- Les principales indications des césariennes au CHR de Tamatave

**Tableau n°04 : Répartition des principales indications des césariennes**

<b>Indications des césariennes</b>	<b>Effectif</b>	<b>Taux</b>
Indications obligatoires	151	63,2
Indications de nécessité	41	17,3
Indications de prudence	46	19,5
<b>Total</b>	<b>238</b>	<b>100</b>

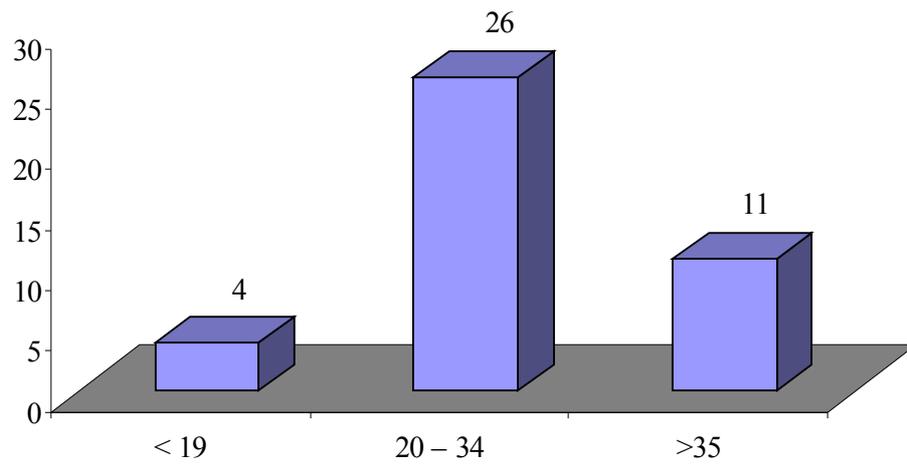
La principale indication est dominée par les indications obligatoires

#### IV.2- FACTEURS MATERNELS

##### IV.2.1- Age

**Tableau n°05 : Répartition selon l'âge**

<b>Âge (ans)</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
< 19	4	9,76
20 – 34	26	63,41
>35	11	26,83
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>



**Figure n°02 : Âge des parturientes.**

## IV.2.2- Gestité

Tableau n°06 : Répartition selon la Gestité

Gestité	Effectif	Taux
G <sub>1</sub>	5	12,20
G <sub>2</sub> à G <sub>4</sub>	28	68,30
G ≥ 5	8	19,30
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

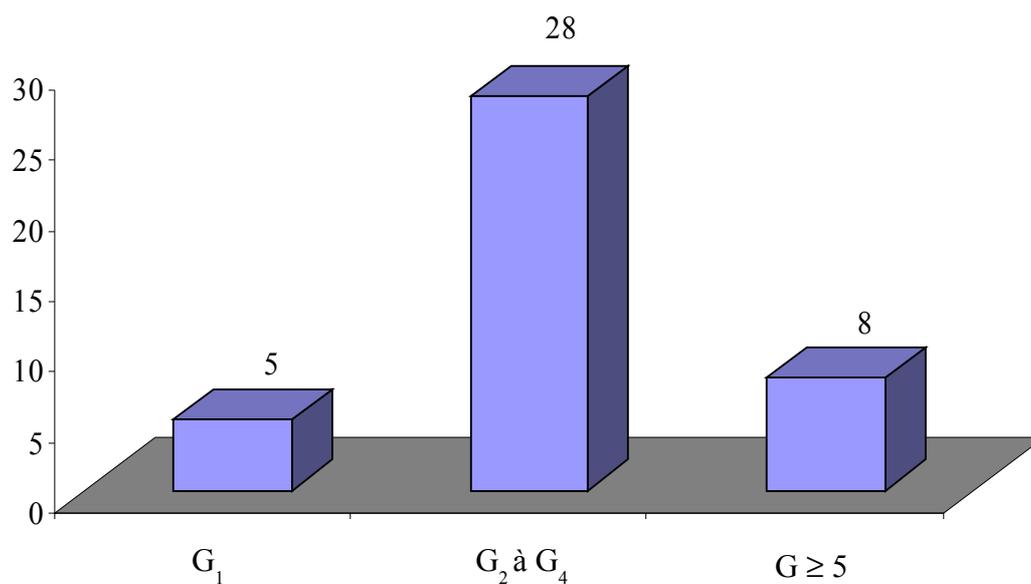


Figure n°03 : Gestité des parturientes

### IV.2.3- Parité

Tableau n°07 : Répartition selon la Parité

Parité	Effectif	Taux
Primipare 0 – 1	6	14,63
Paucipare 2 – 3	18	43,91
Multipare 4 – 5	12	29,26
Grande Multipare	5	12,20
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Les paucipares sont majoritaires

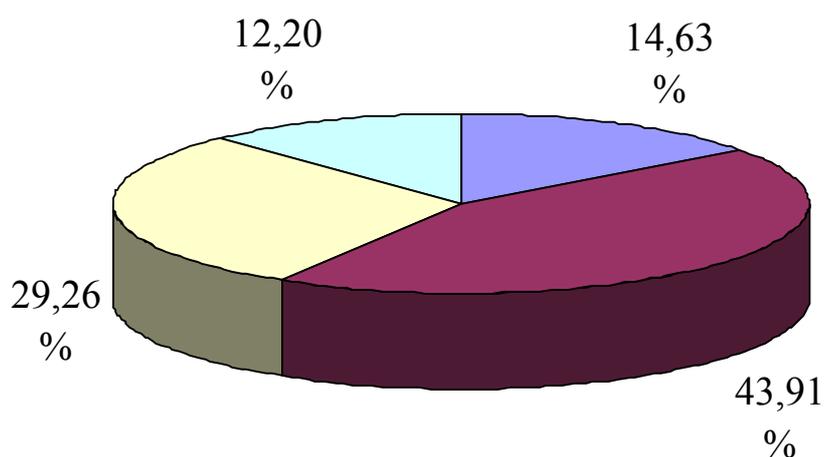
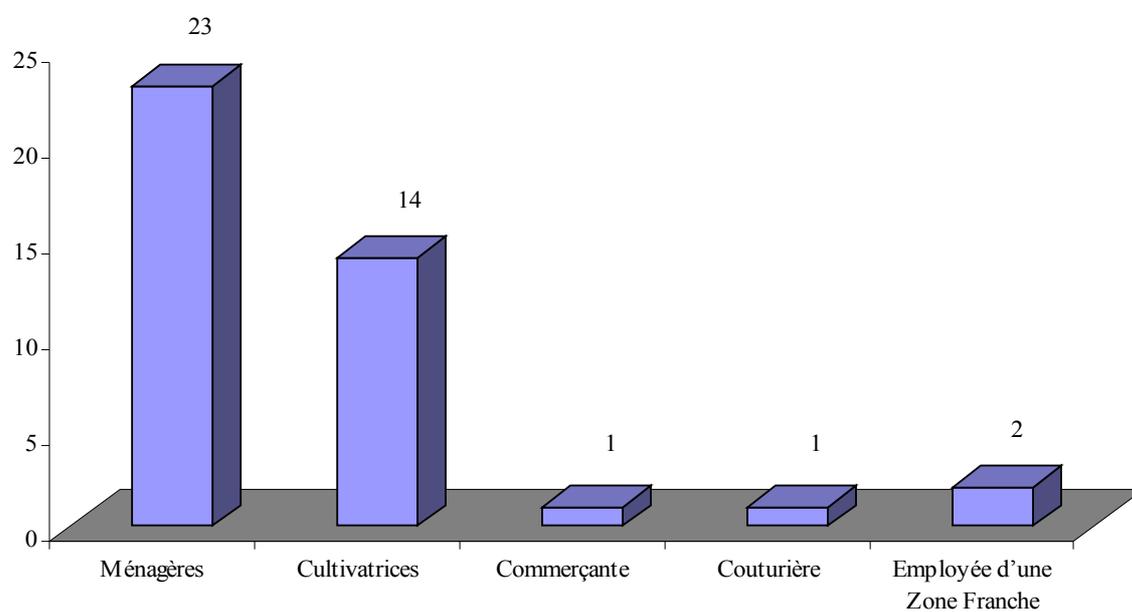


Figure n°04 : Parité des Gestantes

#### IV.2.4- Profession

**Tableau n°08 : Répartition selon la catégorie professionnelle**

Catégorie Professionnelle	Effectif	Taux
Ménagères	23	56,10
Cultivatrices	14	34,15
Commerçante	1	2,44,
Couturière	1	2,44
Employée d'une Zone Franche	2	4,87
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>



**Figure n°05 : Profession des parturientes**

#### IV.2.5- État matrimonial

Tableau n°09 : Répartition selon l'état matrimonial

État matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	4	9,75
Union libre	3	7,31
Mariée	34	82,94
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

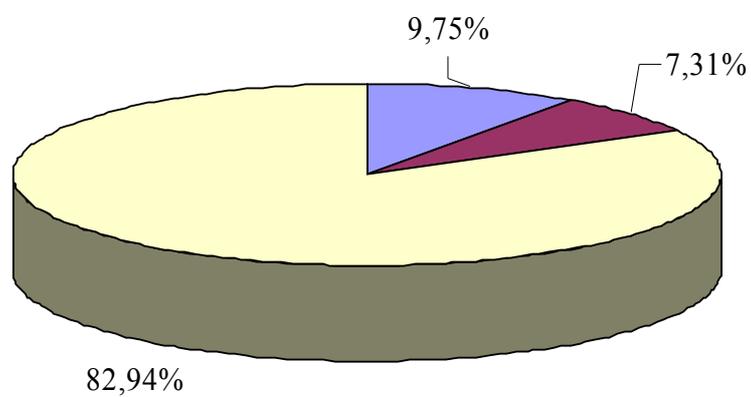


Figure n°06 : État matrimonial des Gestantes

#### IV.2.6- Niveau scolaire

Tableau n°10 : Répartition selon le niveau scolaire

Niveau d'étude	Effectif	Taux
Primaire	20	48,78
Secondaire	17	41,46
Supérieur	4	9,76
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

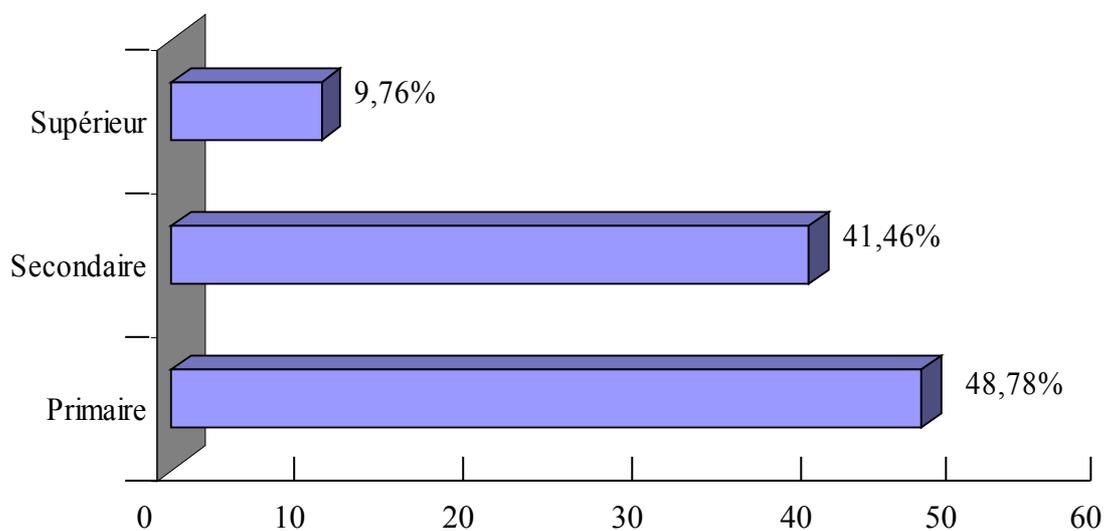


Figure n°07 : Niveau scolaire des parturientes

#### IV.2.7- Résidence

Tableau n°11 : Répartition selon la résidence

Résidence	Effectif	Taux
Urbaine	28	68,3
Rurale	13	31,70
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

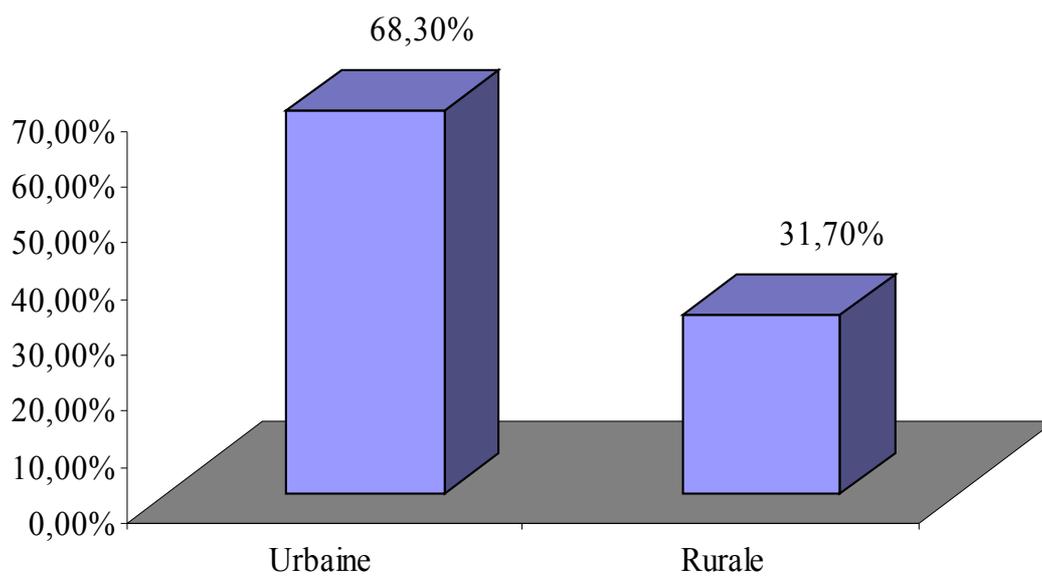


Figure n°08 : Résidence des parturientes

#### IV.2.8- Mode d'admission

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

Mode d'admission	Effectif	Taux
Entrantes directes	21	51,22
Évacuées sanitaires	14	34,15
Envoyée par un médecin ou par une Sage-femme libre	6	14,63
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

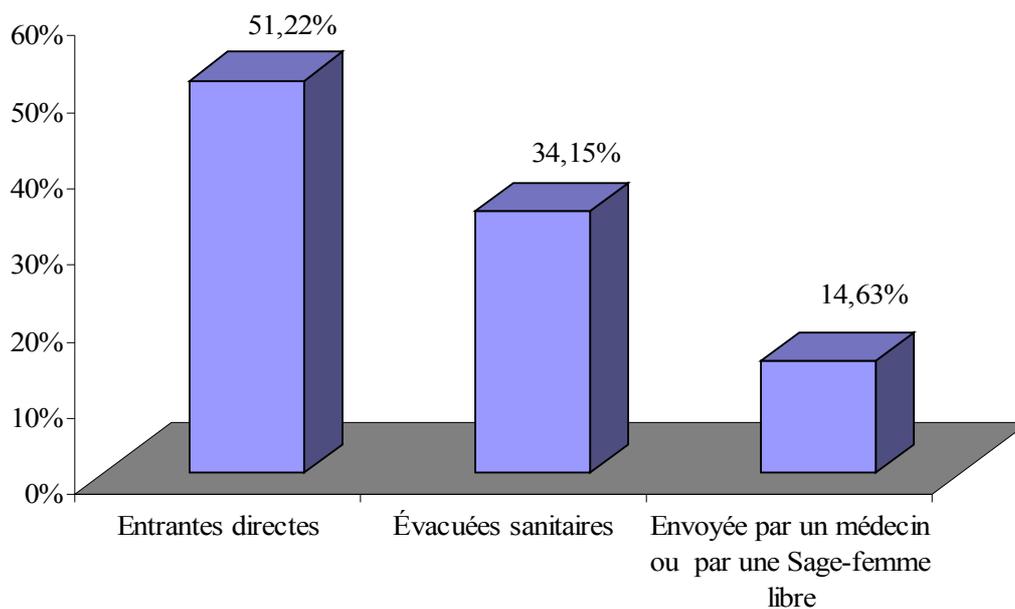


Figure n°09 : Mode d'admission des Gestantes.

#### IV.2.9- Consultations prénatales

Tableau n°13 : Répartition selon l'assiduité aux consultations prénatales

Consultation prénatale	Nombre	Taux
Régulière	13	31,71
Irrégulière	18	43,90
Aucune	10	24,39
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

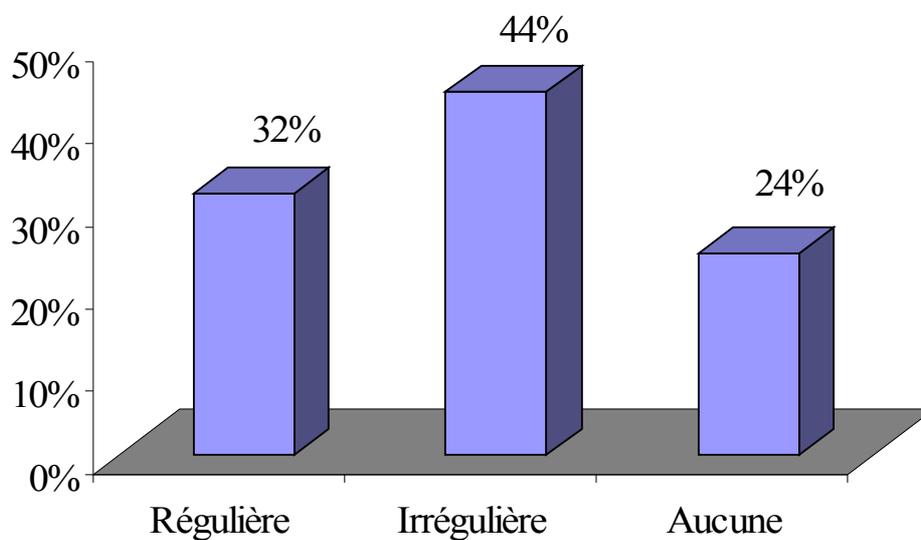


Figure n°10 : Consultation prénatale des parturientes

#### IV.2.10- Habitudes de vie et toxiques des parturientes

Tableau n°14 : Répartition selon les facteurs de risque

Facteurs de risque	Effectif	Taux
Aucune	30	73,17
Tabagisme	4	9,76
Massage	4	9,76
Tambavy (plante médicinale)	1	2,44
Éthylisme	2	4,87
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

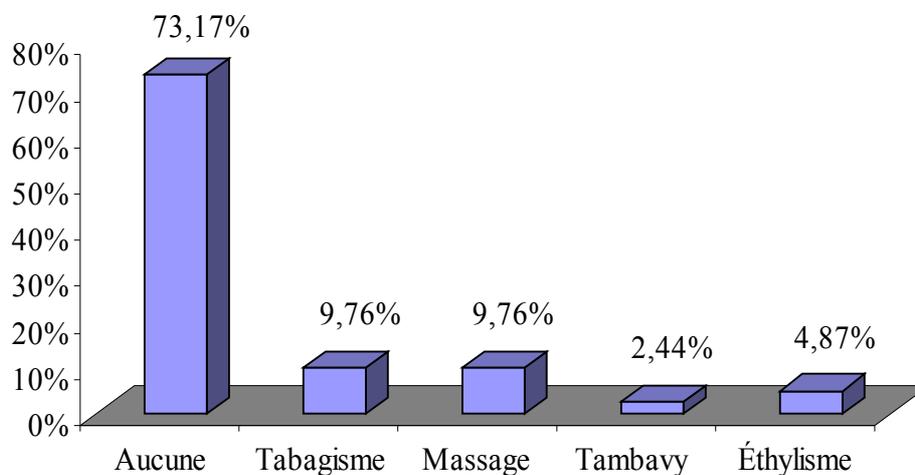


Figure n°11: Facteurs de risque rencontrés.

#### IV.2.11- Les indications de nécessité

Tableau n°15 : Répartition selon les indications

Indications	Nombres	Pourcentage
Dysgravidie et complications	14	34,15
Dystocie dynamique	21	51,22
Terme dépassé	05	12,19
Autre pathologie	01	2,44
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

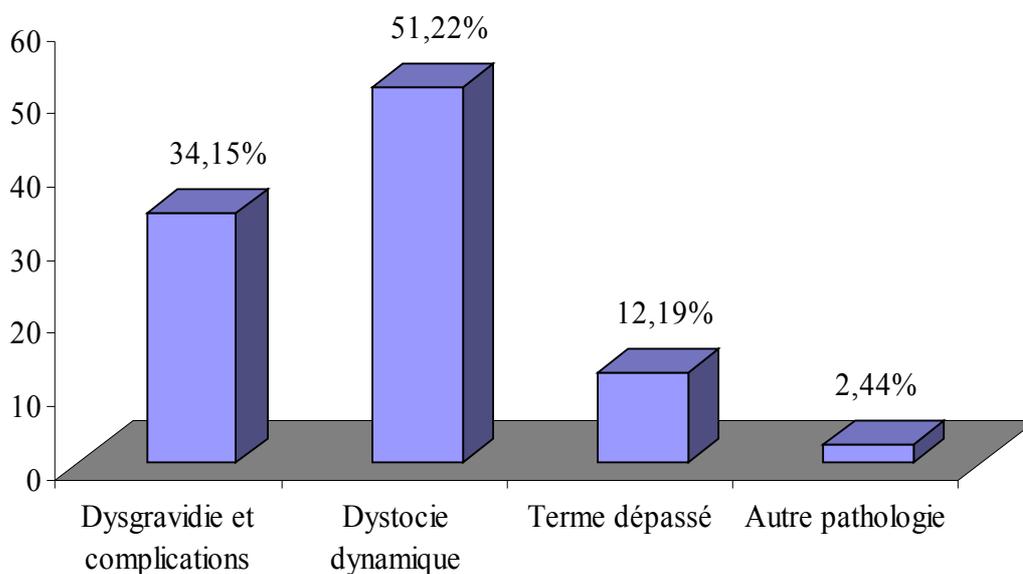


Figure n°12 : Fréquence des indications de la césarienne de nécessité.

#### IV.2.12- Suites opératoires

Tableau n°16 : Répartition selon les suites opératoires

Suites opératoires	Nombre	Taux
Suites normales	32	78,05
Hyperthermie	5	12,19
Lâchage de suture	2	4,88
Suppuration pariétale	2	4,88
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Aucun décès maternel n'a été déploré.

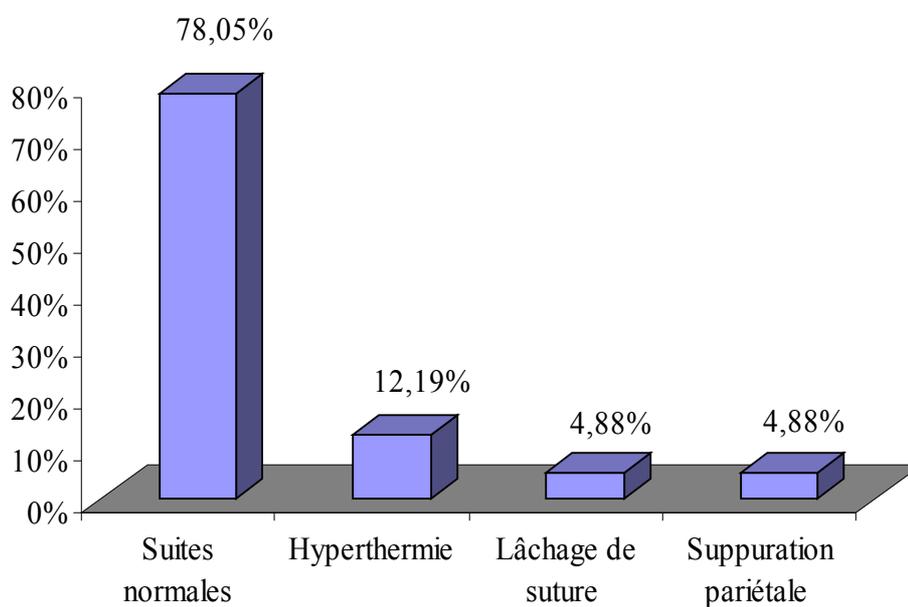


Figure n° 13 : Suites opératoires des césariennes.

#### IV.2.13- Séjour hospitalier

Tableau n°17 : Répartition selon le séjour hospitalier

Jours d'hospitalisations	Nombre	Taux
Inférieur à 7 jours	11	26,83
7 à 10 jours	28	68,29
Supérieur à 10 jours	2	4,88
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

#### SEJOUR HOSPITALIER

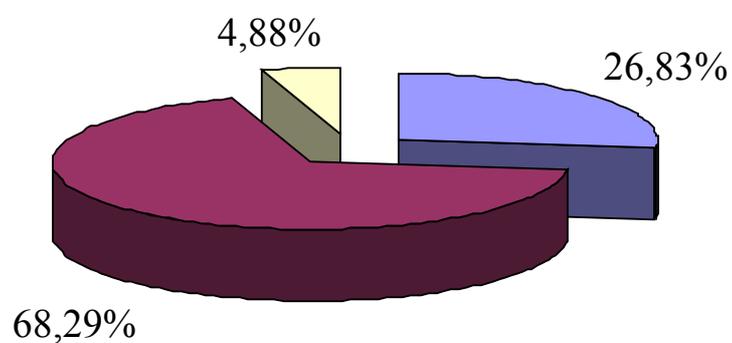


Figure n°14 : Séjour hospitalier des opérées.

### IV.3- FACTEURS FŒETAUX

#### IV.3.1- Le sexe

Tableau n°18 : Répartition selon le sexe

Sexe	Effectif	Taux
Masculin	22	53,66
Féminin	19	46,34
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

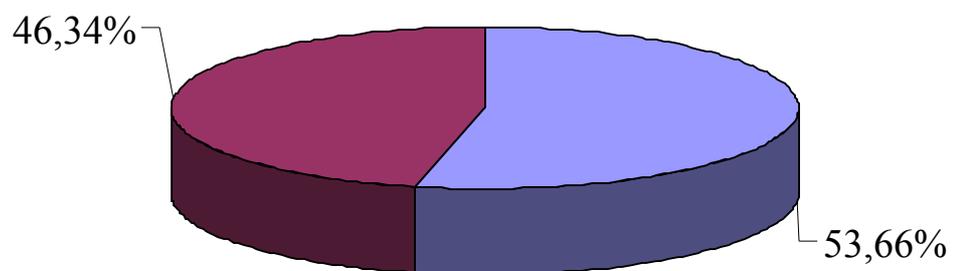


Figure n°15 : Le sexe de bébés

### IV.3.2- Poids à la naissance

Tableau n°19 : Répartition selon le poids de naissance

Poids à la naissance	Effectif	Taux
P < 2500g	6	14,63
2500g < P < 4000g	33	80,49
P > 4000g	2	4,88
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

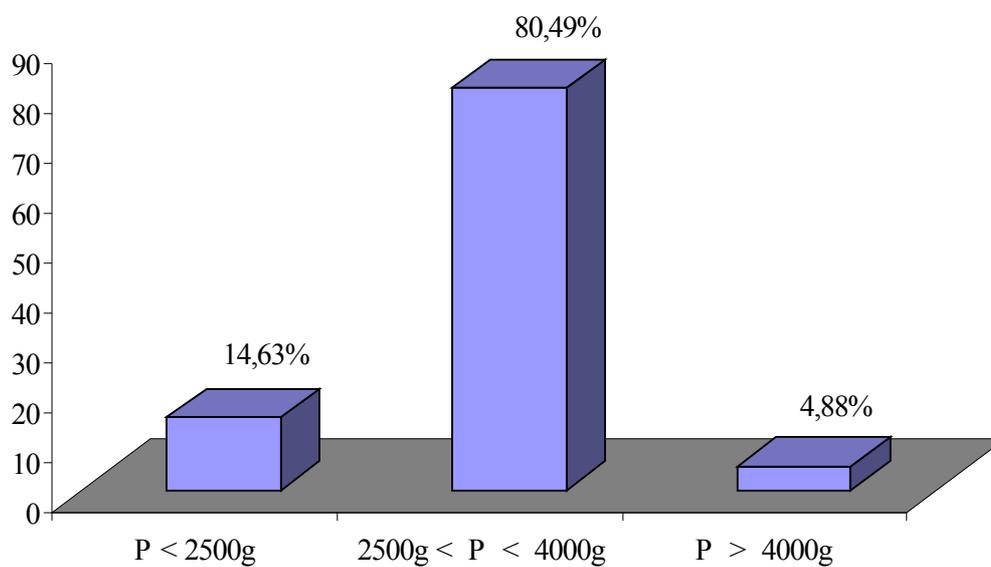


Figure n°16 : Poids à la naissance des bébés.

### IV.3.3- État à la naissance

Tableau n° 20: Répartition des enfants selon l'état à la naissance

État de la naissance	Nombre	Taux
Né vigoureux	25	60,97
Né étonné	14	34,15
Né asphyxié	2	4,88
<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

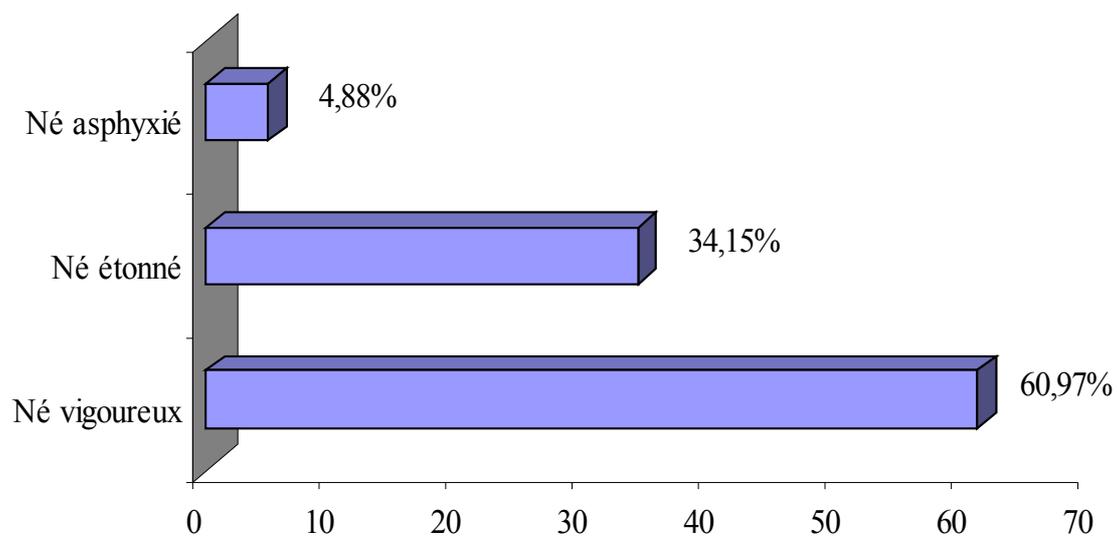


Figure n°17 : État de naissance des bébés.

#### **IV.3.4- Pronostic néonatal**

Il a été en général bon.

##### **IV.3.4.1- Morbidité**

Aucun cas de morbidité néonatale

##### **IV.3.4.2- Mortalité**

Aucun cas de mortalité néonatale

## **I- COMMENTAIRES - DISCUSSIONS**

### **I.1- LES FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES**

#### **I.1.1- Fréquence annuelle**

L'étude du taux de césarienne de nécessité en 2001 à propos de 1729 accouchements montre un taux de 2,37%.

Le pourcentage par rapport au total des césariennes pratiquées au Centre Hospitalier Régional de Tamatave est de 17,23% le taux total de césarienne est de 13,76%.

En effet il est comparable à celui observé dans les pays développés (12% en France, 20% aux États-Unis ; entre 7,5% et 16% en Allemagne). Cette étude faite au Centre Hospitalier Régional de Tamatave montre qu'il y a une légère augmentation de notre taux de césarienne. Ceci est la conséquence d'une amélioration de service, le résultat d'une attitude plus prudente en face d'un accouchement dystocique. Grâce aux recrutements de nouveaux chirurgiens et aussi grâce aux progrès de la prise en charge des post-opérées ( réanimation – antibiotique ) d'où les risques sont de plus en plus minorés. Le taux de césarienne est considéré comme un des facteurs permettant de diminuer le taux de mortalité foeto-maternelle d'un pays et leur comparaison d'un pays et d'une région à l'autre s'avère donc nécessaire.

#### **I.1.2- Fréquence mensuelle**

Selon le tableau n°03 ; nous pouvons étudier la fréquence de taux césarienne en deux périodes.

Nous avons vu que d'après le tableau n°08, les 56,10% des césarisées sont des ménagères et les 34,15% sont des cultivatrices, leur vie quotidienne est liée à leur activité journalière et agricole, c'est pour ça que ce taux de césarienne est faible pendant la période de travail c'est à dire du mois de Janvier au mois de Mars et du mois de Mai au mois de Novembre, par contre ce taux est élevé du mois d'Avril et au mois de Décembre, c'est la période de repos.

### **I.1.3- Les principales indications**

Les obstacles sont les principales indications de l'opération césarienne (37) et leurs indications sont classées en trois groupes dans notre étude :

-Les indications obligatoires représentent les 63,2% de nos indications. L'absence d'intervention conduit obligatoirement au décès de la mère et de l'enfant ou à des séquelles graves.

-Les indications dites de prudence avec un taux de 19,5% de notre indication correspondent à des situations où l'intervention apporte une meilleure survie pour la mère et/ou l'enfant.

-Les indications dites de nécessité et qui nous intéressent le plus dans notre étude représentent 17,3% de nos indications. Elles découlent de situation pathologique dépassée nécessitant une intervention de sauvetage maternelle et fœtale. Les indications de nécessité sont réparties en quatre groupes :

✓La dystocie dynamique	51,22%
✓La dysgravidie et complications	34,15%
✓Terme dépassé	12,19%
✓Autres pathologies	2,44%

#### **I.1.3.1- La dystocie dynamique**

Elle occupe le premier rang 51,22%.

C'est un arrêt de progression de l'accouchement lié à l'état génital : cicatrices utérines ou malformations génitales.

Le taux de la dystocie dynamique est élevé du fait :

-de l'emploi intempestif d'ocytocique pour accélérer l'accouchement  
-de la prise de "Tambavy" qui est réputé être un ocytocique entraînant parfois une hypertonie et une hypercinésie, associé avec des massages abdominaux, les présentations deviennent dystociques avec des souffrances fœtales aiguës. Malgré le bas niveau de soin de santé à Madagascar ce taux est élevé par rapport à celui des pays développés THOULON 6,6% (38), PICAUD 6,30% (12).

### **I.1.3.2- Dysgravidie et complications**

La dysgravidie et complication tiennent le 2<sup>e</sup> rang de nos indications représentant 34,15% des cas. La césarienne est faite dans ce cadre pour sauver la mère d'une éclampsie, d'un hématome rétroplacentaire avec coagulopathie ceci témoigne la négligence des femmes à suivre régulièrement les consultations prénatales et le non-respect de prescription.

## **I.2- FACTEURS MATERNELS**

### **I.2.1- L'âge**

Le maximum se situe dans la tranche d'âge du 20 à 34 ans. Il correspond à l'âge de procréation de la femme.

### **I.2.2- La gestité**

Au Centre Hospitalier Régional de Tamatave on a constaté un pourcentage de césarienne plus élevé chez les femmes ayant entre la 2<sup>ème</sup> et la 4<sup>ème</sup> geste

### **I.2.3- La parité**

On remarque que les paucipares constituent le groupe le plus représenté avec un taux de 43,91% des opérés, et les multipares représentent 29,26%, ceci peut être attribué à l'évolution du niveau socio-économique (39).

### **I.2.4-La profession et le niveau scolaire**

La santé est le résultat d'une combinaison des facteurs biologiques, génétiques, environnementaux et socio-économiques (39).

Les femmes césarisées sont en majorité des ménagères avec un taux de 56,10% et les cultivatrices représentent les 34,15%. La majorité des femmes ont un niveau scolaire primaire représente les 48,78% des césarisées et de niveau secondaire avec un taux de 41,46%, on a constaté que le niveau intellectuel est bas a cause de l'insuffisance des infrastructures scolaires et/ou la mauvaise volonté de la population d'aller à l'école.

### **1.2.5- La résidence et mode d'admission**

La plupart des césarisées avec un taux de 68,30% sont venues des zones urbaines très éloignées du Centre Hospitalier, c'est comme dans toutes les régions d'Afrique, pour bon nombre de femmes, il faut plusieurs jours ou plusieurs kilomètres de trajet pour atteindre le centre obstétrical le plus proche (40) : la plupart des césarisées sont des entrantes directes avec un taux de 51,22% et les 34,15% sont des évacuées sanitaires. Les problèmes liés à cette provenance concernent les évacuations sanitaires car il manque d'ambulance et le coût de transport élevé d'où les pronostics des évacuées sont assombris par le retard de prise en charge à cause de leur éloignement et ou défaut de moyen de transport et des infrastructures routières.

### **1.2.6- Les consultations prénatales**

Les 43,90% des femmes césarisées à la maternité du Centre Hospitalier Régional de Tamatave ont suivi leur consultation prénatale mais d'une façon incorrecte et irrégulière, c'est à dire, une consultation faite tardivement ou le non-respect de la prescription.

### **1.2.7- Habitudes de vie et toxiques des parturientes**

73,17% des césarisées n'ont aucun facteur de risque tandis que les tabagiques représentent 9,76% et ce même taux pour celles qui pratiquent les massages abdominaux.

### **1.2.8- Les suites opératoires**

On n'a pas rencontré des complications graves pendant l'étude on a un taux de 78,05% des césarisées qui ont des suites normales c'est à dire la plupart des césarisées sont en bon état.

On n'a rencontré qu'une hyperthermie avec un taux de 12,19% des césarisées mais qui cède plus ou moins bien au traitement symptomatique et à la quinothérapie quelques hématomes pariétaux qui se résorbent vite.

On a rencontré un lâchage de suture de 4,88% et le même taux à la suppuration pariétale :

Aucun décès maternel n'a été déploré.

### **1.2.9- Séjour hospitalier**

Le séjour hospitalier des opérées varie entre 7 à 10 jours avec un taux de 68,29%. Les autres avec un taux 26,83% ont un séjour inférieur de 7 jours.

## **I.3- FACTEURS FŒTAUX**

### **I-3.1. Le sexe**

Les enfants nés par césarienne sont dans la même proportion au point de vue sexe.

### **I.3.2- Poids à la naissance**

Beaucoup de bébés ont un poids à la naissance normale entre 2500 et 4000g soit un taux de 80,49%.

### **I-3.3. État à la naissance**

Les nouveaux-nés nés vigoureux sont à un taux de 60,97%, 34,15% sont nés étonnés, les bébés nés asphyxiés ne représentent que 4,88%.

### **I-3.4. Pronostic néonatal**

Il a été bon en général.

Aucun cas de morbidité néonatale.

Aucun cas des décès néonataux.

## **II- SUGGESTIONS**

Bien que la grossesse et l'accouchement soient des événements naturels, elles peuvent provoquer le risque des décès et des complications les plus élevés chez la femme et qui peuvent se retentir sur la vie de l'enfant et de son avenir.

Pour que la vie de la mère et de l'enfant soient protégées, nous émettons quelques suggestions.

### **II.1- Programme d'éducation pour la santé**

Il consiste :

-À faire une meilleure éducation à la population cible depuis même l'âge d'adolescence selon l'OMS âge compris entre 12 et 19 ans car avec une base solide, les femmes deviendront des mères responsables et volontaires (41).

-Encourager les mères enceintes à suivre régulièrement et correctement les consultations prénatales.

-Faire connaître aux femmes l'importance et l'utilité du planning familial.

-Il faut un changement de certaines mentalités, croyances ou certains us sur la discrimination de la femme dans la société et surtout l'utilisation de tambavy, des massages abdominaux (42).

Le but est de sensibiliser toutes les couches sociales de la population risqué et les dangers qui les menacent surtout pour les régions éloignées de toute formation sanitaire.

## **II.2- Politique de santé**

Actuellement, la maternité sans risque est une préoccupation de programme de santé à travers le monde (43), donc nous avons émis les quelques propositions suivantes :

-Améliorer la qualité et la couverture des soins prénataux, dépistages et prise en charge des femmes enceintes à risque.

-Améliorer la prestation du service

-La prise en charge des femmes et des enfants nés par césarienne doit être faite dans des meilleures conditions.

-On propose de recruter des nouveaux médecins, sage femmes, chirurgiens avec distribution de nombre suffisant du personnel médical dans des régions les plus éloignées de la ville.

-Le recyclage du personnel médical doit être périodique pour renforcer la capacité technique et pour acquérir des nouvelles méthodes entre autre des cours d'urgences en obstétrique.

-Dotation de moyen de transport pour l'évacuation sanitaire.

-Stock des médicaments d'urgence dans chaque service et même dans chaque Centre de Santé de Base.

-Encourager le personnel de santé par un bon salaire ou d'autres aspects de motivation.

Nous espérons que les quelques suggestions avancées dans le présent travail puissent apporter une amélioration à la prise en charge des femmes pour aboutir à « une maternité sans risque ».

## CONCLUSION

Toute femme enceinte désire à la fin de grossesse accoucher sans problème par voie basse mais quelquefois, il est nécessaire de recourir à la voie haute ou à l'opération césarienne pour terminer l'accouchement pour des raisons maternelles ou fœtales c'est à dire devant des situations pathologiques « dépassées » nécessitant l'indication de césarienne qui est une intervention de sauvetage maternelle et fœtale.

Une étude rétrospective portant sur les opérations césariennes de nécessité a été effectuée au Centre Hospitalier Régional de Tamatave en l'an 2001.

Les résultats de l'étude permettent de tirer les faits suivants :

Sur 1729 accouchements, on a 238 cas des césariennes dont le total des césariennes de nécessité est 41

- la dystocie dynamique est la principale indication
- les 43,90% des césarisées n'ont pas suivi régulièrement et correctement leur consultation prénatale
- les 56,10% des césarisées ont un niveau socio-économique et intellectuel bas, elles sont des ménagères
- le niveau d'instruction primaire est dominant
- 78,05% des suites opératoires sont normales
- on n'a déploré aucune mortalité fœtale et maternelle.

Actuellement, la « maternité sans risque » est une préoccupation de programme de santé à travers le monde (43). Les reconnaissances issues des différentes conférences et réunions internationales ont souligné l'importance de la santé de la mère et de l'enfant dans les programmes d'action gouvernementaux.

Au terme de notre étude nous avons émis les propositions suivantes :

- éducation pour la santé des femmes enceintes
- la sensibilisation efficace, répétée plusieurs fois si possible des femmes des régions éloignées
- vulgarisation de la planification familiale
- une amélioration de niveau socio-économique et culturel de la population cible
- une formation et motivation des agents de santé
- création des centres de santé bien équipés selon le besoin de la population
- une dotation des médicaments d'urgence
- amélioration de l'infrastructure routière.



## BIBLIOGRAPHIE

1. Nouveau Larousse Médical. La césarienne. 1952 : 169
2. Racinet C, Favier M. La césarienne : Indication thérapeutique. Revue française Gynécol-Obstét. 1984 : 187
3. J. Baudet, F. Daffos. Modification anatomique de la femme enceinte obstét. Pratique. Paris Maloine 6è édition. 1979 : 67-72
4. Bodiagina. Précis de l'obstétrique. MIR Moscou. 1978 : 7
5. Dubrisay L et Cyrille J. Précis d'accouchement. Rev. Fr. Gynécol. Obstét. 1978 : 7
6. R.Merger J, Levy J, Melchior. Précis de l'obstétrique. Paris Masson 5è édition. 1979 : 11-13
7. Poulain P, Pularic. J.C, Jacquemard F, Berger D, Nguyen-Ngoc, Grall J Y. Les césariennes Encycl-Med Chir obstet Paris. 1991 ; 5102 A<sup>10</sup> : 1-15
8. Y. Aubard Y. Lemeur. Histoire de l'opération césarienne. Rev-Fr- Gynecol – Obstet 1995 : 5-11
9. M. AL Fallouji. History of the surgery of the Abdominal cavity international sugery. MP. Meds-obstetrics in the 1994 current contro-versies M.S Keith Press – London. 1993 ; 98 ; 3 : 236-238
10. J. Barrat. Histoire de la césarienne, son implication dans la conduite obstétricale actuelle. Rév. Fr Gynecol-obst. 1988 : 4
11. Soergel W, Ergebnisse einergeneireien Thrombo – embolie profilax – mit Markuman mach grossen gynakolo. Gyschen operationen. Zbk Gynek. 1960 ; 82 : 28
12. Picaud D, Nbomenze AR, Kouvatte V, Faye A, Odomoc. Les indications de la césarienne Médecine d'Afrique noire ISSN. 1993 : 343-347



13. Rajary FA. Les indications de la césarienne à la Maternité de l'HJRA du 22 Fév. 1986 au Fév. 1998 à propos de 153 cas. Thèse Méd. Antananarivo. 198 : 1415
14. A Fourrié, H. Grand Jean, JM Thoulon. La souffrance fœtale. Progrès en Gynécologie 2. Paris Doin. 1927 : 3-9
15. Berland M. Les risques de l'opération césarienne Revue française Gynecol – obstet. 1986 ; 81 : 187-194
16. Desmonts. Anesthésique IV. ARC. Médecine. Sciences. Flammarion. Paris. 1991 : 80-81
17. Rouchy R et Coll. L'opération césarienne basse à la clinique obstétricale et gynécologique du CHU d'Angers. Rev. Fr. gynécol. 1978 ; 71 : 345-391
18. C. Seguy, J Charinic, B Micuclon : Technique dans l'obstétrique. Nouveaux manuels d'obstétriques, Paris Médec 3è édition. 1975 : 19-25
19. P. Kamina Bases anatomiques de la césarienne segmentaire. Anatomica – Clinica. 1978 : 139-203
20. Vokaer R. Traité d'obstétrique. Paris Vigot edit. 1993 : 323-324
21. Caritini R. Bordas. La délivrance. Encyclopédie. 1984 : 612
22. Savage W. The risc in Cesarien . Section Anscially. Sciences in chard T. Richard MP. Meds – obstretics in the 1990 current contro-versies M.S Keith Press – London. 1992 : 167-191
23. Erny R, Gamera M, Martin A. Complication des césariennes MAJ en Gynéco-obstet. Biol reprod. 1990 ; 19 : 83-89
24. Boulanger Vitse Verhest Camior et Firmine. Prévention des risques infectieux et thrombo – embolie après césarienne. Journal de Gynécol. Obstetr. 1986 ; 5 : 309-315
25. Houel E, Garès et Coll. La césarienne de nécessité : Revue de 500 cas. Obstet. 1998



26. Albrecht. Indication excessive de la césarienne Triangle. Journal Sandoz de sciences Médicales Actualités obstétricales. 1991 : 310
27. Azoulay L, Cravello, C. d'Ercole, L Bouldi ; B Bleu. Evolution des indications des césariennes. Rev – Fr. Gynécol. Obstet. 1997 ; 92 ; 2 : 61-78
28. Rabarijaona N. Contribution à l'étude des indications césariennes à l'HMC d'Antsirabe. Janv 1991 au Mai 1992. Thèse Médecine Antananarivo. 1993 : 3024
29. Beaufiles M. Comprendre les différents types d'hypertension artérielle de la femme enceinte préscine. Biol Reprod. 1994 ; 14 : 635-638
30. Barrier J. Évolution des indications de césarienne. Comparaison entre 1971 – 1976 et 1976 – 1979 à la Maternité de l'hôpital de Louis – Mouvier – Revue de la littérature. 1980
31. Gaucherand P. Fréquence et indication de la césarienne. Rév. Fr. Gynécol. Obstét. 1990 ; 85 : 2
32. Gabozy I, Sekov H, Fatima H.A ; La grande multipare ; étude statistique et clinique des aspects gravido – puerpéraux. A propos de 2970 observations. Inter – Fac. Africa. 1950 : 130-132
33. Muller G et Horlicoviez M. Les grossesses prolongées. Encycl – Méd.Chir obstétrique. Paris. 1982 ; 5077 C : 10-12
34. Altamann J, Tchobroustsky C, Diabète et grossesse : Mise à jour en gynéco-obstétrique. Vigot. Paris. 1988 : 227-260
35. Dumont M. Les grossesses à risque élevé : moyen d'évaluer l'état fœtal. Journal de Médecine de Lyon. 1981 : 1216
36. Anders – Bulskit – Evolution of indication for caesarean sections. Gynécol. 1986 ; 37 : 371
37. Randrianarivony H. Les problèmes de l'opération césarienne au CHD II de Tolagnaro de janvier 1994 à décembre 1998. Thèse Médecine Antananarivo. 1999 : 5152



38. Thoulon. Les césariennes. Encycl – Méd – Chir – Obstet. Paris. 1979 ; A 10 : 10
39. Rebecca. JC La santé des femmes et le droit de l'individu OMS. Genève. 1995 ;  
42 : 4
40. Chiwuzu. J, Braymoh S, Unuigbe S, Olumeko P. Les causes de la mortalité maternelle dans une communauté semi-urbaine du Nigeria – Forum mondial de la santé. 1995 ; 16 ;  
4 : 443
41. Djanhan y, Kodjor R, Gondo D, Abanth Y.R, Bohoussou KM. L'accouchement chez l'adolescente au CHU de Cocody Abidjan – Médecine d'Afrique noire. 1995 ; 42 : 4
42. OMS. Série santé pour tous. 1991 : 01
43. OMS. Maternité sans risque. Information sur les activités dans le monde 121. Genève LA. Suisse. 1991 : 25



## VELIRANO

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

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

Ho tsaboiko maimaim-poana 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 hahazoana 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 samirery ireo tsiambaratelo aboraka amiko ary ny asako tsy avelako hatao fitaovana hanatontosana ny zavatra mamofady na hanamorana famitan-keloka.

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

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

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

Ho toavin'ny 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 **RATOVO Fortunat Cadet**

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo

Signé : Professeur **RAJAONARIVELO**

**Paul**



*Name and Christian name* : **RASOLOFONERA Lilia Holisoa**  
*Title of thesis* : **NECESSARY CESAREAN SECTIONS AT  
THE REGIONAL HOSPITAL CENTER OF  
TAMATAVE DURING THE YEAR 2001.**

*Classification* : Public Health

*Number of pages* : 52

*Number of tables* : 20

*Number of figures* : 17

*Number of diagrams* : 08

*Number of references* : 43

### **SUMMARY**

This is a retrospective study of cesarean operations as a necessity at the Regional Hospital Center of Tamatave from January to December of 2001, in order to estimate indications of cesareans.

41 cases of necessary cesareans have been registered among 238 hysterotomies cases during that year.

The main indications belonged to dystocia dynamic and the dysgravida and complications.

The major part of these women have not followed their prenatal survey regularly and belonged to a low level of social life.

By the way, we can suggest that :

- pregnant women will be encouraged to follow their prenatal survey regularly and training based on family planning
- in turn, medical staff should have a regular training to improve their ability to face problems of pregnancy and giving birth.

**Key-words** : Hysterotomy – Necessity – Prenatal survey –  
Dystocia dynamic – Dysgravida

**Director of thesis** : **Professor RATOVO Fortunat Cadet**

*Assisted by* : Doctor **RANDRIANARISON Louis Pascal**

*Address of the author* : Lot ITZ 28 Behenja ITAOSY ANTANANARIVO -102-



*Nom et Prénoms* : **RASOLOFONERA Lilia Holisoa**  
*Titre de la Thèse* : **LES OPERATIONS CESARIENNES DE NECESSITE  
AU CHR DE TAMATAVE EN L'AN 2001**

*Rubrique* : Santé Publique

*Nombre de pages* : 52      *Nombre de tableaux* : 20      *Nombre de figures* : 17

*Nombre de schémas* : 08      *Nombre de références bibliographiques* : 43

## **RÉSUMÉ**

Il s'agit d'une étude rétrospective sur les opérations césariennes de nécessité effectuée au Centre hospitalier régional de Tamatave allant de Janvier à Décembre 2001, afin d'évaluer les indications de la césarienne.

41 cas de césariennes de nécessité ont été colligés sur 238 hystérotomies pratiquées pendant toute l'année.

Les principales indications sont la dystocie dynamique avec un taux de 51,22% et la dysgravidie et complications qui représentent 34,15%. Le taux de césarienne le plus élevé se trouve chez les femmes âgées de 20 à 34 ans dont la majoritaire n'a pas fait régulièrement leur consultation prénatale et ayant un bas niveau socio-économique et intellectuel, la plupart des femmes sont venues des zones urbaines très éloignées du Centre hospitalier avec un taux de 68,3%.

En guise de suggestions, l'encouragement des femmes enceintes à suivre régulièrement et correctement les consultations prénatales, la sensibilisation des mères sur l'importance et l'utilité du planning familial, la communication pour le changement du comportement des femmes enceintes, l'amélioration de la prestation du service, s'avèrent nécessaires pour améliorer la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement.

*Mots clés* : Hystérotomie – Nécessité – Consultation prénatale –  
Dystocie dynamique – Dysgravidie.

*Directeur de Thèse* : Professeur **RATOVO Fortunat Cadet**

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

*Adresse de l'auteur* : Lot ITZ 28 Behenjy ITAOSY.      Antananarivo -102-