

**RAZAFINDRAKOTO Harison Haja**

**OPERATION CESARIENNE SUR UTERUS CICATRICIEL  
AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL  
DE FIANARANTSOA EN L'AN 2000**

**MCours.com**

**Thèse de Doctorat en Médecine**

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO**  
**Faculté de Médecine**

**Année 2002**

**N°6302**

**OPERATION CESARIENNE SUR UTERUS CICATRICIEL**  
**AU CENTRE HOSPITALIER REGIONAL DE**  
**FIANARANTSOA EN L'AN 2000**

**Thèse présentée et soutenue publiquement le 25 juillet 2002**  
**à Antananarivo**

**Par**

**Monsieur RAZAFINDRAKOTO Harison Haja**  
**Né le 29 Octobre 1969 à Ambohimangakely**

**Pour obtenir le grade**

**De**

**DOCTEUR EN MEDECINE**

**(Diplôme d'Etat)**

**Membres de Jury :**

<b>Président :</b>	<b>Professeur RAMAKAVELO Maurice</b>
<b>Juges :</b>	<b>Professeur RATOVO Fortunat Cadet</b>
	<b>Professeur ANDRIAMANANTSARA Lambosoa</b>
<b>Rapporteur :</b>	<b>Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal</b>

**UNIVERSITE D'ANTANANARIVO**  
**FACULTE DE MEDECINE**  
**A. Année Universitaire 2001-2002**

**I – DIRECTION**

**A. DOYEN :**

M. RAJAONARIVELO Paul

**B. VICE-DOYEN**

- |                                                                                     |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| - Administratif et Financier                                                        | M. RAMAKAVELO Maurice Philippe                                             |
| - Appui à la Recherche<br>et Formation Continue                                     | M. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain<br>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<br>M. RANAIVOZANANY Andrianady             |
| - Troisième cycle long, Enseignement<br>post-universitaire, CAMES et Titularisation | M. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa<br>M. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa   |

**C. CHEF DE DEPARTEMENT**

- |                                    |                                            |
|------------------------------------|--------------------------------------------|
| - Biologie                         | M. RASAMINDRAKOTROKA Andry                 |
| - Chirurgie                        | M. RANAIVOZANANY Andrianady                |
| - Médecine                         | M. RAJAONA 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 RASOAVELONORO<br>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**

##### 1. DEPARTEMENT BIOLOGIE

- Immunologie Pr. RASAMINDRAKOTROKA Andry

##### 2. DEPARTEMENT CHIRURGIE

- Chirurgie Thoracique M. RANAIVOZANANY Andrianady  
- Clinique chirurgicale et disciplines Pr. RAMONJA Jean Marie  
apparentées Pr. RANAIVOARISON Milson Jérôme  
- Traumatologie  
- Urgences Chirurgicales

##### 3. DEPARTEMENT MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

- Endocrinologie et Métabolisme Pr. RAMAHANDRIDONA Georges  
- Médecine Interne  
- Médecine Légale Pr. SOAVELO Pascal  
- Neuropsychiatrie Pr. DAMASY Andriambao 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

##### 4. DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Education pour la Santé Pr. ANDRIAMANALINA Nirina  
- Santé Communautaire Pr. RANDRIANARIMANANA Dieudonné  
- Santé Publique, Hygiène  
- Santé Publique Pr. RANJALAHY RASOLOFOMANANA  
Justin  
Pr. RATSIMBAZAFIMAHEFA  
RAHANTALALAO Henriette

##### 5. DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

- Anatomie et Organogenèse  
- Anatomie Pathologique Pr. GIZY Ratiambahoaka Daniel  
- Anesthésie-Réanimation Pr. Pr. FIDISON Augustin

- Pr. RANDRIAMIARANA Joël  
Pr. RAMIALIHARISOA Angeline
6. DEPARTEMENT TETE ET COU
- Stomatologie Pr. RAKOTOVAO Joseph Dieudonné
  - Ophtalmologie Pr. RAKOTOBE Pascal
  - ORL et Chirurgie Cervico-faciale Pr. ANDRIANTSOA RASOAVELONORO  
Violette  
Pr. RABENANTOANDRO Casimir

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

**DEPARTEMENT BIOLOGIE**

- Biochimie Pr. RANAIVO HARISOA Lala

7.

8. DEPARTEMENT MEDECINE ET SPACIALITES  
MEDICALES

- Dermatologie Pr. RAPELANORO RABENJA Fahafahantsoa
- Néphrologie Pr. RABENANTOANDRO Rakotomanantsoa
- Neurologie Pr. TEHINDRAZANARIVELO Djacoba Alain

9.

10.

11. DEPARTEMENT MERE ET ENFANT

- Pédiatrie Pr. RAVELOMANANA RAZAFIARIVAO  
Noëline

12.

13. DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Médecine du Travail Pr. RAHARIJAONA Vincent
- Santé Publique Pr. ANDRIAMAHEFAZAFY Barrysson  
Pr. ANDRIANASOLO Roger  
Pr. RAKOTOMANGA Jean de Dieu Marie

14.

15. DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophtalmologie Pr. BERNARDIN Prisca Lala

**3) MAITRES DE CONFERENCES :**

**DEPARTEMENT MERE ET ENFANT**

- Obstétrique M. RAZAKAMANIRAKA Joseph

16.

17. DEPARTEMENT SANTE PUBLIQUE

- Santé Publique M. RANDRIAMANJAKA Jean Rémi

18.

19. DEPARTEMENT SCIENCES FONDAMENTALES ET MIXTES

DEPARTEMENT TETE ET COU

- Ophthalmologie

Mme. RASIKINDRAHONA Erline

C- ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

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. ANDRIAMANTSARA Lambosoa

Pr. ZAFY Albert

Pr. RABARIOELINA Lala

Pr. ANDRIANJATOVO Joseph

Pr. SCHAFFNER RAZAFINDRAHABA M.

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 Ratsiantery H. B.

Pr. RAJAONA Hyacinthe

Pr. RAKOTOZAFY Georges

Pr. RAMAKAVELO Maurice Philippe

Pr. RAKOTOARIMANANA Denis Roland

D- IN MEMORIAM

Pr. RAJAONERA Richard

Pr. ANDRIAMIANDRA Aristide

Pr. RAMAHANDRIARIVELO Johnson

Pr. ANDRIANTSEHENO Raphaël

Pr. RAJAONERA Frédéric

Pr. RANDRIAMBOLOLONA Robin

Pr. ANDRIAMASOMANANA Velson

Pr. RAMANANIRINA Clarisse

Pr. RAKOTOSON Lucette

Pr. RALANTOARITSIMBA Zhouder

Pr. ANDRIANJATOVO Jeannette

Pr. RANIVOALISON Denis

Dr. RAMAROKOTO Razafindramboa

Pr. RAKOTOVAO Rivo Andriamiadana

Pr. RAKOTOBE Alfred

Pr. RANDRIANONIMANDIMBY Jérôme

Pr. RAVELOJAONA Hubert

Dr. RAKOTONANAHARY

Pr. RANDRIAMAMPIANTONA Emmanuel

Pr. RAKOTONIAINA Patrice

Dr. RABEDASY Henri

Pr. RANDRIANASOLO Raymond

Pr. RATSIFANDRIHAMANANA Bernard

Pr. MAHAZOASY Ernest

Pr. RAKOTO-RATSIMAMANGA Albert

Pr. RAZAFINTSALAMA Charles

IV- ADMINISTRATION

A- SECRETAIRE PRINCIPAL

Mme. RASOAMANALINARIVO

Sahondra Henriette

B- CHEFS DE SERVICES :

1. ADMINISTRATIF ET FINANCIER

M. RANDRIARIMANGA Henri

2. APPUI A LA RECHERCHE ET

FORMATION CONTINUE	M. RAZAFINDRAKOTO Willy Robin
3. RELATIONS AVEC LES INSTITUTIONS	M. RAMARISON Elysée
4. RESSOURCES HUMAINES	Mme RAKOTOARIVELO Harimalala Florette
5. SCOLARITE ET APPUI A LA PEDAGOGIE	Mme RAZANAJAONA Mariette
6. TROISIEME CYCLE LONG	M. RANDRIANJAFIARIMANANA Charles Bruno

**DEDICACE**

JE DEDIE CETTE THESE....

A la gloire de Dieu Tout Puissant.

.....La sagesse et la puissance lui appartiennent, Il est le maitre du temps  
et de l'histoire.....

La Bible, Daniel 2 : 20-21 .

A ma femme Bloue ;

Qui m'a toujours fait preuve d'un soutien efficace. Ce travail qui  
lui est particulièrement dédié, en témoignage de mon amour, et que  
ma réussite soit la sienne.

A Gloria et Diadèm,

Qui m'ont été source de courage et de volonté.  
Qu'ils fassent mieux que leur Papa.  
Que nos prières ne sont restées vaines.

A mes parents ;

Pour leur appui et leurs encouragements qui m'ont été d'un grand  
réconfort ;

A tous les membres de ma famille,

Qu'ils trouvent ici toute l'affection que je leur porte.

A tous mes camarades, mes vifs remerciements.

**A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE**

Monsieur le **Docteur RAMAKAVELO Maurice Philippe**

- Professeur Mérite à la Faculté de Médecine d'Antananarivo.

en Médecine Préventive, Hygiène de l'Environnement et Santé Publique

- Vice-Doyen Responsable de la Pédagogie et du Patrimoine à la Faculté de  
Médecine d'Antananarivo

*Vous nous avez accueilli avec amabilité et bienveillance.*

*Vous nous avez fait l'honneur de présider notre jury de thèse.*

*Veillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude.*

## **A NOS MAITRES ET JUGES**

Monsieur le **Docteur RATOVO Fortunat Cadet**

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

Monsieur le **Docteur ANDRIAMANANTSARA Lambosoa**

- Professeur Emérite à la Faculté de Médecine d'Antananarivo en Chirurgie.

**- Ancien Directeur de l'Hôpital Principal d'Antsirana.**

*Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir juger notre travail.*

*Veillez accepter l'expression de notre profond respect et de nos  
vives  
reconnaisances.*

## **A NOTRE RAPPORTEUR**

Monsieur le **Docteur RANDRIANARISON Louis Pascal**

- Gynécologue Obstétricien au CHU-Maternité de Befelatanana

**VOUS AVEZ ACCEPTÉ DE NOUS GUIDER ET DE NOUS AIDER POUR LA  
RÉALISATION DE CE**

*Travail malgré vos multiples occupations.*

*Veillez recevoir nos vifs remerciements.*

**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 TOUT LE PERSONNEL DU CHR DE FIANARANTSOA**

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

*Tous nos vifs remerciements.*



## SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE : CONSIDERATIONS GENERALES	3
I. Rappels anatomophysiologiques de l'utérus gravide	3
I.1. Anatomie	3
I.2. Physiologie	6
II. Généralités sur l'opération césarienne	7
II.1. Définition	7
II.2. Historique	7
II.3. Techniques de la césarienne	8
II.4. Les indications de l'opération césarienne	13
II.5. Les complications de la césarienne	14
II.6. Les contres indications de la césarienne	15
III. Rappels de connaissance sur les utérus cicatriciels	15
III.1. Définition	15
III 2. Epidémiologie	15
III 3. Les étiologies	16
III 4. Anatomie pathologie	16
III 5. Physiopathologie	17
III 6. Moyens d'évaluation de la cicatrice utérine	17
- Etude clinique	17
- Etude paraclinique	17
III 7. Les complications thérapeutiques	18
III 8. Les modalités d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel	19
III 9. Le pronostic materno-fœtal	20
III 10. Prévention des ruptures d'utérus cicatriciel	20
IV. Les indications de l'opération césariennes dans les utérus cicatriciels	20

DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE	22
I. Objectifs de l'étude	22
II. Cadre de l'étude	22
III. Méthodologie	24
IV. Résultats	26
TROISIEME PARTIE : COMMENTAIRES et SUGGESTIONS	45
I. Commentaires	45
II. Suggestions	51
CONCLUSION	53
ANNEXES	
BIBLIOGRAPHIE	

## LISTE DES TABLEAUX

### Pages

<b>Tableau n°1</b> : Répartition des modes d'accouchement selon G. MAGNIN.....	20
<b>Tableau n°2</b> : Fréquence annuelle d'accouchement.....	27
<b>Tableau n°3</b> : Fréquence mensuelle d'opération césarienne.....	28
<b>Tableau n°4</b> : Fréquence mensuelle d'opération césarienne.....	29
<b>Tableau n°5</b> : Répartition des parturientes selon l'âge.....	30
<b>Tableau n°6</b> : Répartition des parturientes selon la situation matrimoniale.....	31
<b>Tableau n°7</b> : Répartition des parturientes selon la profession.....	32
<b>Tableau n°8</b> : Répartition des parturientes selon le niveau intellectuel.....	33
<b>Tableau n°9</b> : Répartition des parturientes selon la provenance.....	34
<b>Tableau n°10</b> : Répartition des parturientes selon la mode d'admission.....	35
<b>Tableau n°11</b> : Répartition des parturientes selon la parité.....	36
<b>Tableau n°12</b> : Répartition des parturientes selon les antécédents.....	37
<b>Tableau n°13</b> : Répartition des parturientes selon la notion de césarienne antérieure.....	38
<b>Tableau n°14</b> : Répartition des parturientes selon les indications de l'opération césarienne sur utérus cicatriciel.....	39
<b>Tableau n°15</b> : Répartition selon le sexe des bébés.....	40
<b>Tableau n°16</b> : Répartition selon le poids de naissance des bébés.....	42
<b>Tableau n°17</b> : Répartition selon l'état du liquide amniotique.....	42
<b>Tableau n°18</b> : Répartition selon l'indice d'APAGAR.....	43
<b>Tableau n°19</b> : Répartition selon les suites opératoires.....	44
<b>Tableau n°20</b> : Répartition selon le séjour d'hospitalisation.....	45
<b>Tableau n°21</b> : Résultats d'étude au France et au Maroc.....	46
<b>Tableau n°22</b> : Effectif des cicatrices antérieures par rapport au nombre des césariennes.....	49
<b>Tableau n°23</b> : Résultat d'étude au NIGER.....	50

## LISTE DES FIGURES

	<b>Pages</b>
<b>Figure n°1</b> : Rapport de l'utérus gravide de 3 mois.....	5
<b>Figure n°2</b> : Modalité d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel.....	27
<b>Figure n°3</b> : Fréquence annuelle d'accouchement.....	28
<b>Figure n°4</b> : Fréquence mensuelle de l'opération césarienne.....	29
<b>Figure n°5</b> : Fréquence mensuelle de l'opération césarienne antérieure.....	30
<b>Figure n°6</b> : Répartition de parturientes selon l'âge.....	31
<b>Figure n°7</b> : Répartition de parturiente selon la situation matrimoniale.....	32
<b>Figure n°8</b> : Répartition de parturientes selon la profession.....	33
<b>Figure n°9</b> : Répartition de parturientes selon le niveau intellectuel.....	34
<b>Figure n°10</b> : Répartition de parturientes selon la provenance.....	35
<b>Figure n°11</b> : Répartition de parturientes selon la mode d'admission.....	36
<b>Figure n°12</b> : Répartition de parturientes selon la parité.....	37
<b>Figure n°13</b> : Répartition de parturientes selon les antécédents obstétricaux.....	38
<b>Figure n°14</b> : Répartition de parturientes selon la notion de césarienne antérieure...	39
<b>Figure n°15</b> : Répartition de parturientes selon les indications de l'opération césarienne sur utérus cicatriciel.....	40
<b>Figure n°16</b> : Répartition selon le sexe des bébés.....	41
<b>Figure n°17</b> : Répartition selon le poids de naissance des bébés.....	42
<b>Figure n°18</b> : Répartition selon l'aspect de liquide amniotique.....	43
<b>Figure n°19</b> : Répartition selon l'état de l'enfant à la naissance.....	44
<b>Figure n°20</b> : Répartition selon les suites opératoires.....	45
<b>Figure n°21</b> : Répartition selon le séjour d'hospitalisation.....	46

## Liste des abréviations

Acc<sup>t</sup> : Accouchement

CSB I : Centre de Santé de Base niveau I

CSB II : Centre de Santé de Base niveau II

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

OC : Opération Césarienne

OCA : Opération Césarienne Antérieure

RAM : Rupture Artificielle des Membranes

## **INTRODUCTION**

L'utérus cicatriciel se définit comme un utérus qui comporte une ou plusieurs cicatrices myométrales, en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme.[01]

L'Aphorisme de Cragin, datant de 1916 «césarienne une fois, césarienne toujours» est certes remis en cause depuis longtemps; mais la césarienne itérative de principe pour utérus cicatriciel reste encore fréquente, surtout aux Etats-Unis. Depuis 1970, le taux de césariennes a considérablement augmenté ; il est passé de 5,5 % à 25% en 1989.[02]

Dans le même temps, la mortalité néonatale ayant diminué fortement, de nombreux auteurs ont établi une corrélation entre l'augmentation du nombre de césarienne et cette baisse de mortalité (03)

Mais l'accroissement du taux de césariennes, qui a certes contribué à la décroissance de la mortalité néonatale, n'a pas été le seul facteur de ce progrès. La diminution des petits poids de naissance, grâce à une surveillance accrue des grossesses, ainsi que les progrès de la réanimation néonatale, ont ainsi joué un grand rôle dans cette amélioration (04).

La grossesse et l'accouchement des patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, grand pourvoyeur de ces ruptures utérines, sont donc considérés à haut risque, surtout dans les pays en voie de développement où les radio Pelvimetrie font défaut, où les indications des précédentes césariennes, le type d'incision utérine, les suites post-opératoires sont les plus souvent inconnus (05)

Tout le problème de cet utérus cicatriciel est de savoir lors d'une grossesse ultérieure, si l'on peut accepter l'accouchement par voie basse sur cette organe fragilisé, ou s'il faut d'emblée recourir à une intervention césarienne (06).

Notre étude « césarienne sur utérus cicatriciel au Centre Hospitalier Régional de Fianarantsoa en 2000 ».

Cette étude rétrospective comprend :

- La première partie est réservée aux considérations générales sur l'opération césarienne et l'utérus cicatriciel.
- Dans la deuxième partie : l'étude proprement dite concernant les caractéristiques maternelles et les caractéristiques foetales.
- Puis dans la troisième partie concerne nos commentaires et suggestions en vue de contribuer à l'amélioration d'une telle situation.
- Une conclusion terminera notre étude.

**PREMIERE PARTIE :  
CONSIDERATION GENERALE**

## I- RAPPELS ANATOMOPHYSIOLOGIQUES DE L'UTÉRUS GRAVIDE. [7]

### I-1) ANATOMIE

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 utérus
- le segment inférieur
- et le col.

Le rapport de l'utérus à terme se présente comme suit :

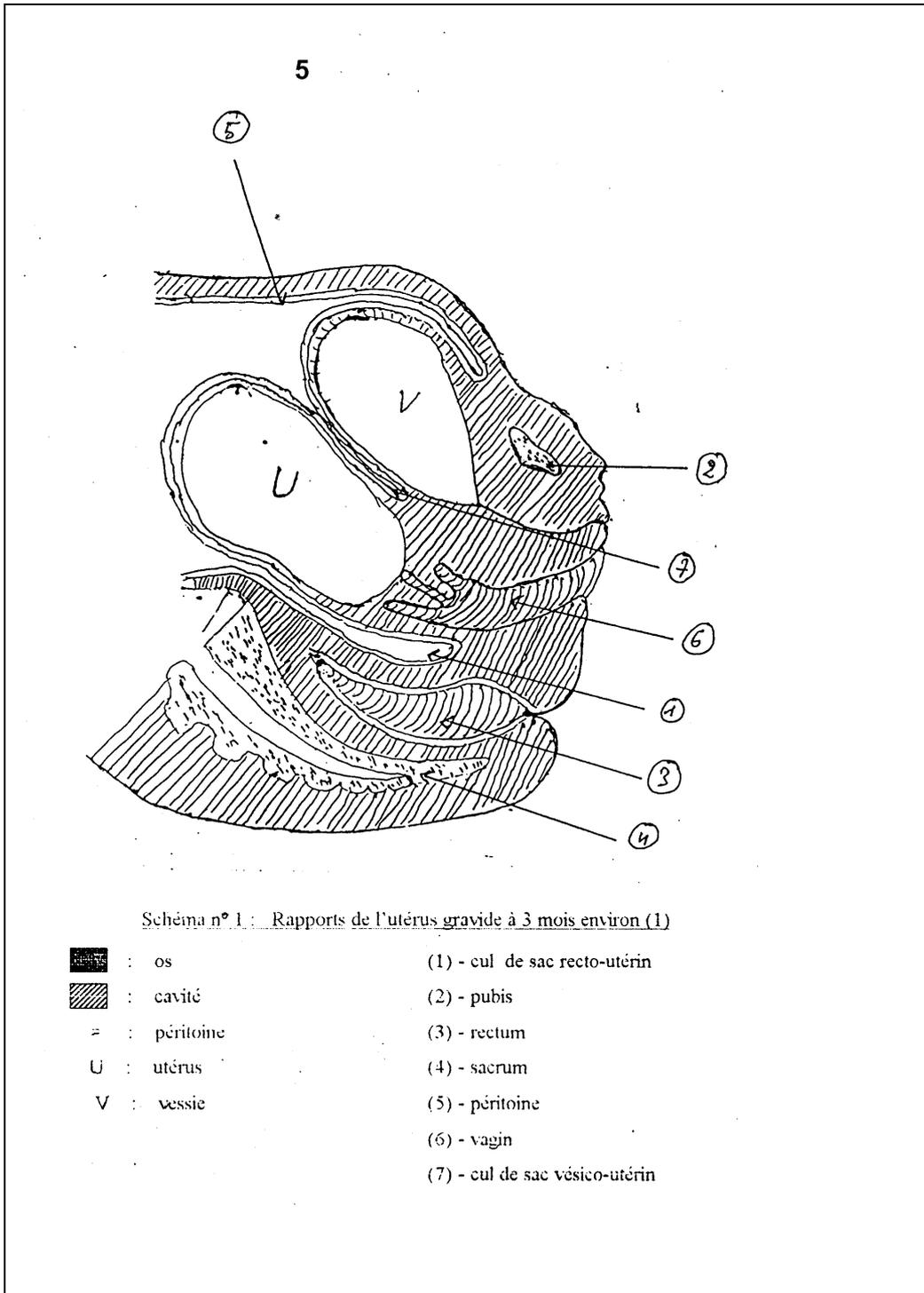
- Sa face antérieure répond directement à la paroi abdominale. Ce rapport peut être direct quand il ne vient s'interposer ni intestin, ni epiploon.
- En bas se trouve la vessie qui à l'état de vacuité se cache derrière la symphyse pubienne, quand elle est pleine, elle se distend et remonte au devant de la matrice formant une tumeur liquide, mate et de forme ovoïde.
- Sa face postérieure correspond :
  - ❖ En haut, à la colonne vertébrale sécouée par l'aorte et la veine cave inférieure.
  - ❖ En bas la 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.
  - A droite : coecum et colon ascendant.
  - A gauche : à l'S iliaque, au colon descendant et la majeure partie des anses grêles.
- ❖ Ses deux côtés : on trouve en bas les uretères, les vaisseaux iliaques et les muscles psoas iliaques.

#### Vascularisation de l'utérus gravide [8]

Les artères sont représentées par les branches de l'artère utérine. Dans l'épaisseur du corps, elles parcourent les anneaux musculaires de la couche pléxiforme, deviennent rectilignes, s'anastomosent richement en regard de l'aire placentaire.

Les veines sont considérablement développées, pendant la grossesse, fermant les gros troncs veineux latéro-utérins qui collectent les branches corporelles.

Les lymphatiques forment trois réseaux muqueux, musculaires et sous-sérieux qui communiquent largement entre eux.



## I-2) PHYSIOLOGIE

### a) Poids :

Le poids de l'utérus gravide augmente au cours de la grossesse. L'utérus pèse 50g environ avant la grossesse, immédiatement après la délivrance, son poids est de 1kg environ.

### b) Epaisseurs de la paroi utérine

Au cours de la grossesse, la paroi utérine est soumise à deux phénomènes : la dilatation et l'hypertrophie.

L'examen des coupes de l'utérus congelé pratiqué à différentes époques de la grossesse a donné les chiffres suivants :

- Entre 12<sup>ème</sup> jours et 16<sup>ème</sup> jours, l'épaisseur de la paroi utérine est de 19 mm.
- A la fin du 3<sup>e</sup> mois, l'épaisseur est de 12mm.
- Entre 3<sup>ème</sup> mois et demi et 4<sup>ème</sup> mois, elle est de 9 à 15mm.
- Entre 5<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois son épaisseur est de 8 à 10mm.

D'après ces chiffres, on peut conclure que la paroi utérine augmente d'épaisseur pendant les 2 premières mois pour diminuer ensuite. Cette diminution varie suivant les points, les régions les plus minces étant le segment inférieur, les régions du fond, les régions correspondant à l'insertion placentaire et celle comprimée par le pôle fœtal (tête au siège).

### c) Consistance

Au cours de la grossesse, les parois utérines diminuent de consistance par modification histologique se produisant au niveau des trois tuniques : la séreuse, la musculuse et la muqueuse.

## II - GÉNÉRALITÉS SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE

### II.1) Définition[9]

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

### II.2) Historique

L'opération césarienne se pratiquait depuis l'antiquité.

Dans les légendes et la mythologie, les dieux et les héros sont nés par voie abdominale :

- ❖ En Inde, c'est le cas du dieu Vêcheque INDRA, de BRAHMA et peut être aussi BOUDDHA et RUSTEN.
- ❖ En Perse, c'est le cas de DIONOSYS extrait par «césarienne accidentelle» lors des traumatismes abdominaux des femmes gestantes par corne de bovides. [10]

La pratique de la césarienne post-mortem fut codifiée par Nume POMPILIUS (715-612 avant J.C.), roi légendaire de Rome, dans la fameuse lex regia, interdisant l'enterrement d'une femme enceinte avant que l'enfant n'ait été extrait [11].

Dans l'époque historique, AL'FALLOUJI affirme que la césarienne était déjà pratiquée au début du XIV<sup>e</sup> siècle sur des femmes des rois et sultans arabes, encore vivantes, pour tenter de sauver la mère et l'enfant. [12]

Dans l'ère moderne, l'indication majeure en fut pendant mille sept cents (1700) ans la mort de la mère c'est à dire césarienne post-mortem. Pendant les trois cents dernières années ce fut le bassin barré.

Personne ne comprenait la grande variabilité des résultats selon le lieu de l'opération et selon la technique.

On peut distinguer plusieurs étapes :

Première étape : « l'ouverture »

- En 1581, paraît le traité nouveau de l'hysterotomie ou «enfantement césarien» de Français Rousset.
- En 1588 NUFER avait réussi une césarienne sur sa propre femme en travail depuis plusieurs jours, avec femme et enfant vivant.
- Beudelocque recommande une laparotomie médiane, une hystérotomie corporeale, suture pariétale avec drainage sans fermeture de l'utérus.

Deuxième étape :

- Lebas en 1770 utilise un fil d'argent en suture extra-muqueuse pour l'hystéroraphie.
- La suture en un plan extra-muqueux gagne du terrain, le fil d'argent est remplacé par le catgut.

Dernière étape :

- Les études histologiques pratiquées par COUVELAIRE, POIDEVIN montrent le degré de cicatrisation.
- L'hystérogaphie permet d'évaluer la qualité de la cicatrisation.

### II.3) Technique de la césarienne [3.13.14]

#### II.3.1) Les soins préopératoires

Pour la sécurité de la malade à opérer, afin de pouvoir minimiser les risques inhérents à l'anesthésie et à l'intervention elle-même, il faut faire :

- un bilan préopératoire
- une préparation de la malade.

#### II.3.2) Le bilan préopératoire

Il sera axé sur les points suivants :

- Les antécédents médicaux, chirurgicaux et familiaux.
- Un bilan clinique complet

- Un bilan pour clinique en vue de l'intervention : la glycémie, l'uricémie, la créatininémie, l'ionogramme sanguin, la numération formule sanguine, le taux de plaquettes, le temps de saignement, le temps de céphaline Kaolin, le taux de prothombine, le groupage sanguin (ABO et rhésus), l'électrocardiogramme...

### II.3.3) La préparation de la parturiente

L'anesthésiste fera dans sa visite préanesthésique une préparation psychologique pour mettre en confiance la parturiente : ceci fera diminuer l'anxiété de la malade et facilitera l'acte anesthésique et opératoire.

Il faudra également :

- faire un rasage abdominal et pelvien
- faire une toilette vaginale
- poser une sonde vésicale à demeure
- poser une sonde naso-gastrique
- poser une ou deux voies veineuses au membre supérieur
- badigeonner le champ opératoire au MERFENE ou à l'alcool iodé.

### II.4) Technique de la césarienne [8.14.15.16.17.18]

#### **A] Césarienne transpéritonéale**

Le choix d'incision dépend par des conditions cliniques ou des situations au moment de la réalisation de l'intervention.

##### A.1. Pour une césarienne corporéale :

Sa place en obstétrique moderne est très limitée (segment inférieur non formé) et elle expose à un risque de rupture utérine important au cours d'une nouvelle grossesse. Elle est indiquée en cas d'une césarienne suivie d'une hystérectomie programmée ou en cas de placenta praevia antérieur.

## A.2. Pour une césarienne segmentaire :

Elle ne s'expose pas aux ruptures utérines lors de grossesses ultérieures.

L'intervention se fera selon les principes suivants :

- L'incision cutanée médiane sous ombilical avec décrochement péri-ombilical, on extériorise ou non l'utérus. La cavité péritonéale est protégée par une série de champs abdominaux entre l'utérus et la paroi utérine.
- L'hystérotomie pour une césarienne corporeale l'incision est verticale médiane sur la face antérieure du corps utérin tandis qu'elle est transversale pour une incision segmentaire.
- L'extraction du fœtus : c'est le temps le plus délicat de l'intervention. On peut distinguer 3 éventualités :

- ❖ L'occiput est en avant : la main gauche de l'opérateur introduite à l'intérieur de la cavité utérine au dessous de la tête fœtal permet d'empaumer cette tête et la refouler vers le haut.

La tête extraite, le tronc et le membre inférieur suivent.

- ❖ La face se présente dans l'incision : l'opérateur se saisit le fœtus par le monton en introduisant sa pouce dans la bouche et effectue des petits mouvements de flexion, extension puis extraite.
  - ❖ Dans la présentation du siège : saisir du pied antérieur, dégager ensuite le tronc et le bras, le dégagement de la tête peut exiger un manœuvre de BRACHT. Après, sectionner le cordon ombilical.
- Délivrance manuelle, en vérifiant l'absence de rétention cotylédonnaire.
  - Fermeture de l'hystérotomie après ablation des champs abdominaux.
    - Pour l'incision corporeale : suture en deux plans
    - Pour l'incision segmentaire : suture en un plan.
  - Fermeture de la paroi se fera plan par plan et sans drainage.

## **B] Césarienne extrapéritonéale**

L'objectif est d'éviter la dissémination des microbes d'origine endouterine dans la cavité péritonéale, de prévenir la formation d'abcès, et de limiter le risque d'intervention. Elle est indiquée en cas de risque infectieux, de travail plus de 12 heures, de travail avec rupture de membranes plus de six heures.

Elle nécessite un remplissage vésical préalable avec de sérum physiologique additionné du Bleu de méthylène.

L'incision de la peau est paramédiane gauche, suivie d'un clivage digital du tissu conjonctif lâche latéro-vésical gauche jusqu'au fascia inter-vesico-utérin.

Pratiquer une hystérotomie transversale basse à 3 centimètre de la réflexion du péritoine, extraire le fœtus. Puis mise en place d'un drainage rétro vésicale et sous aponévrotique ;

## **C] Césarienne vaginale**

Elle permet d'extraire avec un minimum de traumatisme en levant l'obstacle cervical, un fœtus prématuré chez une femme en travail.

Par exemple en cas de rupture prématurée des membranes avec infection amniotique. Elle nécessite un bassin entièrement normal, une absence formelle de disproportion foeto-pelvienne un fœtus de poids au dessous de 3000 grammes, col partiellement dilaté et segment inférieur bien amplifié.

METHODE DE MISGAV-LADACH [19]

Certains nombres de publications font état d'importantes modifications techniques concernant l'opération césarienne.

Les améliorations ont été regroupées par M.STARK en une technique de la césarienne qu'elle a appelé « Méthode de Misgav-Ladach ».

La technique est la suivante :

- Incision pariétale transversale rectiligne à 3 centimètres au-dessous de la ligne inter-iliaque, joignant les deux epines-iliaques antéro-supérieures. Elle est approfondie au centre jusqu'à l'aponévrose d'un muscle grand droit de l'abdomen ;
- Etirer l'aponévrose pour mettre en évidence la ligne blanche.
- Ecarter le muscle et le peritoine jusqu'à l'exposition du segment inférieur de l'utérus.
- Mise en place d'un écarteur
- Incision transversale de l'utérus sans décollement de péritoine viscérale.
- Extraction du fœtus
- Après la délivrance, l'utérus est extériorisé hors de la cavité abdominale
- Remettre l'utérus en place
- Suturer l'utérus en même plan ; les muscles grands droits ne sont pas rapprocher.
- Fermeture de l'aponévrose par un surjet unique de fil resorbable.
- Mettre 4 pinces de Kocher : une à chaque angle les deux autres au centre sur les bords de l'incision.
- Pas de suture du tissu graisseux sous-cutané.
- Affronter la peau par 3 points de Blain DONATTI très espacées.
- Pendant 5 minutes, rapprocher les intervalles par 4 pinces d'allis.

#### II.4. Les INDICATIONS de l'opération césarienne [20.21.22.23]

	<b>Indications tenant de la mère</b>	<b>Indications tenant du fœtus et des annexes</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dystocie osseuse</li> <li>- Tumeur praevia (tumeur ovarienne, fibrome fixé dans le ligament large, tumeur rectale volumineuse...)</li> <li>- Dystocies des parties molles (malformation de voies génitales, antécédent de chirurgie périnéale...)</li> <li>- Pathologies maternelles (cancer du col, hêrpes génital, diabète, douleurs abdominales aïgues chirurgicales, cardiopathies décompensées).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présentations transversales</li> <li>- Présentations du front</li> <li>- Présentation de la face</li> <li>- Présentation du Bregma</li> <li>- Présentation du siège</li> <li>- Grossesse multiple</li> <li>- Enfants précieux</li> <li>- Alloimmunisation foeto-maternelle</li> <li>- Rupture prématurée des membranes</li> <li>- Disproportion foeto-pelvienne</li> </ul>
<b>En cours du travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dystocies dynamiques</li> <li>- Syndromes vasculo-rénaux (éclampsie, hypertension artérielle, néphropathies)</li> <li>- Menace de rupture ou rupture utérine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Placenta praevia</li> <li>- Décollement prématuré du placenta</li> <li>- Procidence du cordon</li> <li>- Circulaire du cordon</li> <li>- Souffrance fœtale aiguë ou chronique</li> </ul>

La césarienne devrait être pratiquée lorsqu'une des causes ci-dessus énumérées a pu être diagnostiquée et chaque fois que le praticien est confronté à l'une des trois conditions suivantes :

- 1- épreuve de travail inefficace ou progression fœtale bloqué
- 2- présentation haute fixée interdisant les manœuvres instrumentales (forceps, vacuum, extractor)
- 3- souffrance fœtale exprimée par une bradycardie et émission de méconium.

## **II. 5. LES COMPLICATIONS DE LA CÉSARIENNE [24]**

Les complications de la césarienne sont rangées en 4 parties.

### **a) La mortalité maternelle :**

elle peut être peropératoire (accident anesthésique et autres)

postopératoire immédiate et postopératoire lointaine.

### **b) La morbidité maternelle :**

#### ❖ Les complications préopératoires :

- complications hémorragiques
- plaies intestinales
- plaies urinaires

#### ❖ Les complications post-opératoires :

- le choc
- les complications infectieuses
- hémorragies post-opératoires
- maladie thrombo-embolique
- complication digestive
- les péritonites post-opératoires

- les occlusions
- les fistules

15

### **c) La mortalité néonatale**

Elle regroupe un grand nombre de pathologies :

- embolies amniotiques
- infections diverses

## **II.6. Les contres indications de la césarienne [24]**

La césarienne est contre indiquée dans 3 situations différentes :

- l'infection amniotique sévère
- les malformations fœtales majeurs : anencephalies, hydrocephalies
- défaut de maturité fœtale : âge de la grossesse inférieure à 32 semaines d'amenorrhée.

## **III. GENERALITES SUR L'UTERUS CICATRICIEL**

### **1. Définition [01]**

L'utérus cicatriciel comporte, en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, une ou plusieurs cicatrices myométriales.

### **2. Epidémiologie[01]**

Nous avons dit que la fréquence des utérus cicatricels varie selon les pays.

- En France : le taux de la césarienne est de 10% : une femme sur dix est donc porteuse d'une cicatrice dont 50% de cette population sont des primipares.[25]
- En Afrique : cette fréquence est plus élevée
  - ❖ AKARS 23%. [26]
- Aux états unis en 1985, le taux moyen de la césarienne est de 20%.

### 3. Les étiologies [1.27.28.29]

#### a) cicatrices obstétricales

- les cicatrices de césariennes sont les plus fréquentes.
  - Cicatrice segmentaire, horizontale ou verticale, unique ou multiples.
  - Cicatrice corporéale ;
- les cicatrices de rupture utérine exceptionnelles.
- Les cicatrices de perforation utérine lors d'un curetage obstétrical ne sont pas rares.

#### b) cicatrices gynécologiques :

Ce sont des cicatrices survenant après :

- myomectomie
- intervention plastique pour malformation congénitale de l'utérus
- résection d'une corne salpingienne

### 4. Anatomie pathologique :[29]

Il existe deux variétés de cicatrices selon leur qualité :

#### a) cicatrices de mauvaise qualité :

- cicatrice corporéale ou cicatrice segmentaire avec un trait de refond corporéal
- cicatrice des mini-césariennes pour interruption tardive de la grossesse
- cicatrice des perforations utérines d'IVG compliquée d'infection
- cicatrice utérine multiple au cours des myomectomies multiples
- cicatrice des césariennes sur utérus malformé
- cicatrice de classe IV de POITEVIN qui est une cicatrice avec une déformation de profondeur supérieure ou égale à 6mm et de mauvais aspect morphologique à l'hystérogaphie .
- cicatrice pour laquelle on ignore les causes
- cicatrice où il peut exister une zone de sclérose susceptible de céder.

#### b) cicatrices de bonne qualité :

- Cicatrice segmentaire transversale. La cicatrice est souple et de meilleure qualité.

- Cicatrice de myomectomie unique. La cicatrice est solide mais il peut exister des anomalies de la contraction utérine source de rupture utérine.
- Cicatrice de salpingéctomies
- Cicatrice de l'hystéroplastie de BRET PALMER

17

## **5. Physiopathologie [30]**

La paroi utérine est constituée par différentes fibres musculaires lisses capables de s'étendre et de contracter.

Au cours de la cicatrisation, il existe un phénomène de prolifération conjonctive qui va coloniser les fibres musculaires lisses utérines. Ce phénomène diminue les propriétés des fibres utérines, origine d'une baisse de la contractilité et de l'extensibilité au niveau de la cicatrice ;

## **6 - Moyens d'évaluation de la cicatrice utérine. [31.32]**

Il y a différentes investigations cliniques et paracliniques qui permettent d'apprécier la qualité d'une cicatrice utérine. Cette appréciation porte exclusivement sur la «solidité» de cette cicatrice.

### **6-1)Etude clinique : [1.33]**

L'examen clinique pendant, la fin de la grossesse et le travail, ne donnent que des renseignements globaux, indiquant que la cicatrice menace de se rompre, à cause de la distension utérine ou déjà rompue.

### **6-2)Etude paraclinique**

#### a) *Hystéroskopie* [33.34.35.36.37]

Elle est pratiquée à partir de six mois après l'incision utérine. Elle révèle des aspects précis de la cicatrice par son versant interne une classification a pu être proposée, rapportant successivement :

- des altérations de l'axe antérieur (rectitude, angulation asymétrie
- une réaction hypertrophique (spicule, mamelon) ;
- une perte de substance ;
- une anomalie de coloration (aspect blanc) en rapport avec une fibrose

#### b) *Echographie* [1.38.39]

Elle est proposée pendant la grossesse et permet de mesurer l'épaisseur exacte de la cicatrice. C'est le critère d'appréciation de l'épaisseur de la cicatrice du segment inférieur.

Elle est rassurante au-delà de 3mm.

18

### c) *Hystérogaphie* [40.41]

Elle doit être pratiquée au minimum 6 mois après l'intervention précédent pour trouver les modifications définitives de la cicatrice.

On distingue 4 groupes :

- groupe I : cicatrice invisible
- groupe II : petite déformation inférieure 4mm
- groupe III : déformation limitée entre 4-5mm
- groupe IV : déformation de profondeur supérieur ou égale 6mm

## **7. Les complications thérapeutiques [42]**

Des complications peuvent survenir au cours de l'accouchement sur utérus cicatriciel suivant le mode d'accouchement, on peut distinguer :

Au cours de l'épreuve utérine, ils peuvent exister des risques :

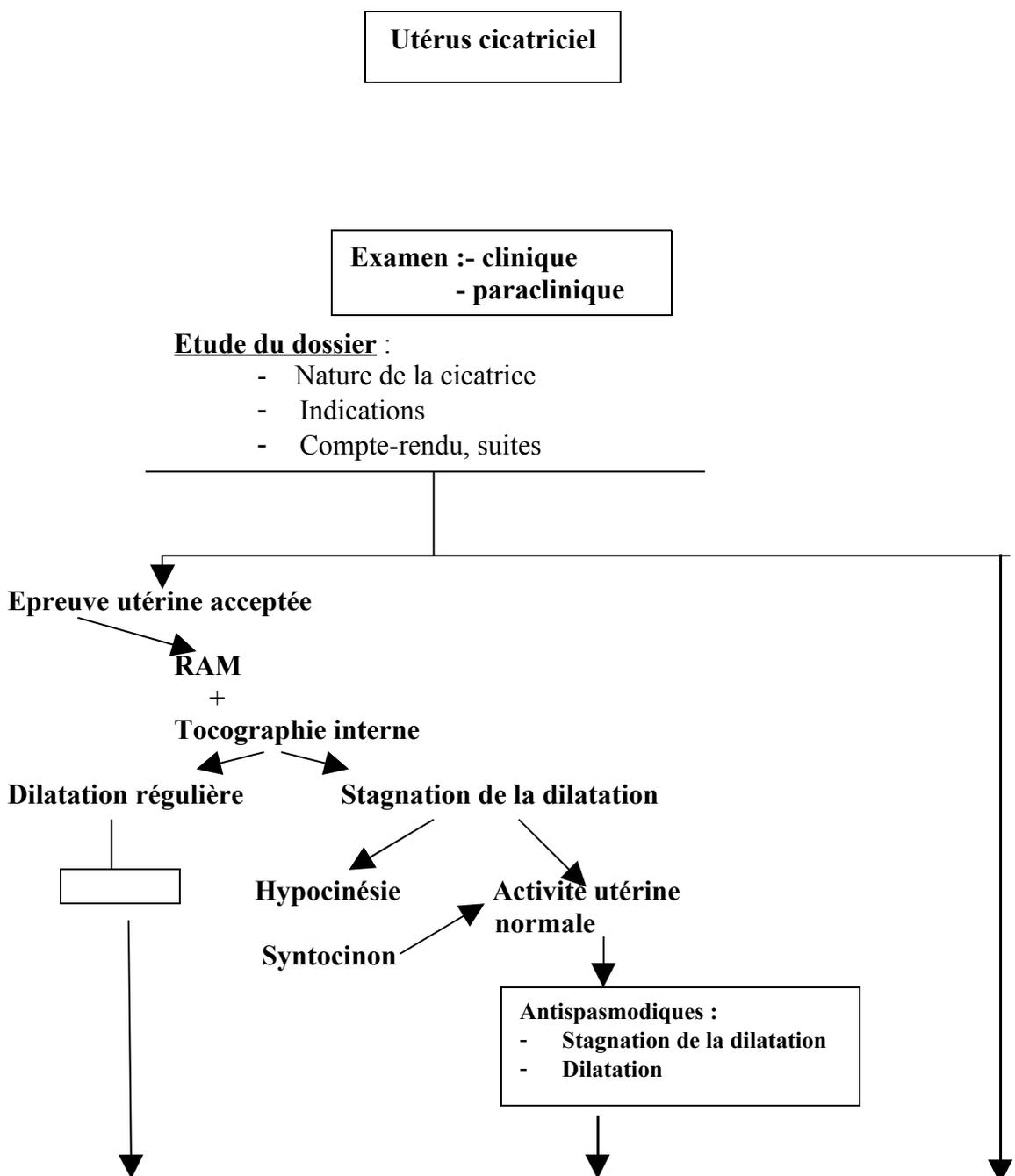
- de rupture utérine,
- des anomalies de la contraction utérine et de la dilatation cervicale
- de déchirure cervicale
- de délabrement vaginal
- d'état de choc
- de souffrance fœtale
- et d'hémorragie de la délivrance

Au cours de la césarienne, les risques sont :

- la crainte de léser quelques anses grêles adhérentes à la paroi antérieur de l'utérus ou à la paroi abdominale

- la présence d'adhérences de toute nature (utéro-pariétale, utéro-intestinale, utéro-épiploïque)
- l'infécondité féminine à cause de la pratique d'une hystérectomie au cours d'une utérus infecté ou porteur de fibrome et d'une ligature des trompes.

**8. Les modalités d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel [43.44.45]**



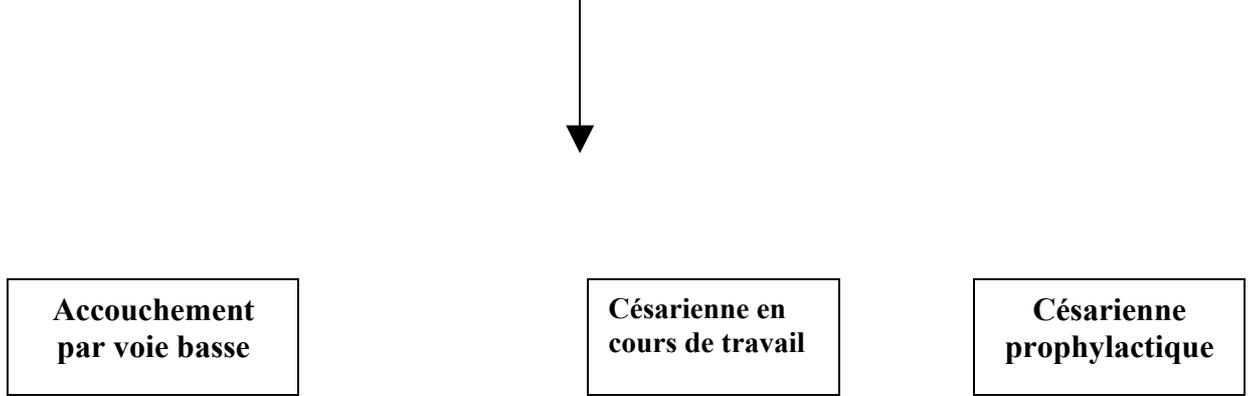
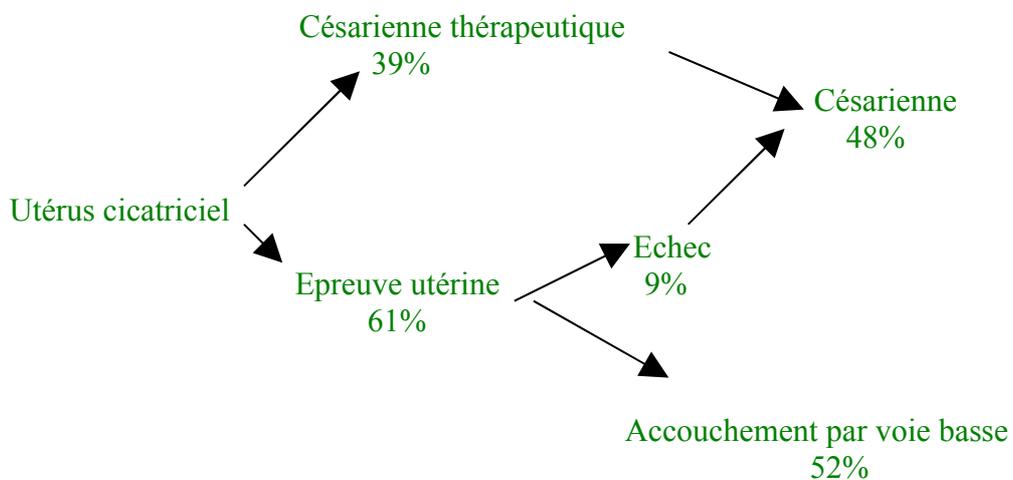


Figure N°02 Modalités d'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel

20

Tableau N° 1 : Répartition des modes d'accouchement selon G. MAGNIN [46]



## 9. Pronostic matérno-fœtal [6.47]

### 9-1 Pronostic maternel :

En présence d'une rupture utérine, le pronostic est mauvais ;la vie de la mère est menacée par le choc et l'hémorragie.

Par contre, le pronostic est bon en l'absence de toutes les complications qui peuvent survenir.

### 9-2 Pronostic fœtal :

- Mort fœtale après la rupture utérine.
- bon pronostic dans le cas contraire.

La rupture de cicatrice constitue donc l'élément essentiel du pronostic materno-fœtal.

## 10. Prévention des ruptures d'utérus cicatriciel [1]

- Césarienne itérative prophylactique.

- Epreuve utérine :les pourcentages d'épreuve utérine réussie varient entre 38 et 90 %.

#### IV. LES INDICATIONS DE L'OPERATION CESARIENNE SUR UN UTERUS CICATRICIEL :[27.48.49.50]

- Toute césarienne corporéale antérieure ;
- En cas de dystocie permanente ;
- Femmes déjà césarisées plusieurs fois ;

21

- Excès du volume utérin (grossesse gémellaire,...)
- La césarienne précédente a eu des suites compliquée d'infection ;
- Anomalies contractiles, avec arrêt de progression et de la dilatation ;
- Défaut d'engagement ;
- Existence d'une souffrance foetale ;
- Antécédent d'une rupture utérine ;
- Apparition des signes pouvant faire redouter une rupture : endolorissement permanent, douleurs provoquées dans la région sus-pubienne, perte de sang, etc ...
- Césarienne prophylactique,
- Choix des patientes : la plupart des femmes désirant une nouvelle césarienne après échec de la voie basse, quand il n'y a pas eu d'accouchement depuis l'intervention ou lorsqu'elles désirent une ligature tubaire.

**DEUXIEME PARTIE :  
ETUDE PROPREMENT DITE**

## **I- OBJECTIFS DE L'ETUDE**

Ils consistent à :

- ❖ Analyser les aspects épidémiologiques des patientes bénéficiant de césarienne.
- ❖ Décrire les facteurs de pronostic défavorable, materno-fœtal
- ❖ Enoncer et savoir poser les indications maternelles et fœtales de la césarienne sur un utérus cicatriciel.
- ❖ Améliorer la prise en charge des femmes ayant subi une opération césarienne.

## **II- CADRE DE L'ETUDE**

### II.1) Situation géographique [51.52]

Le Faritany de Fianarantsoa, situé dans la partie sud des hautes terres et d'une superficie de 102.173km<sup>2</sup> ; est limité :

- au nord par les Faritany d'Antananarivo et Toamasina
- au sud et à l'ouest par le Faritany de Toliary
- à l'est par l'océan indien.

Le nombre de population en l'an 2000 est :

Hommes : 1.616.000

Femmes : 1.639.000

Total : 3.255.000

La zone des hautes terres est la plus peuplée avec une densité d'environ 47 habitants au km<sup>2</sup>

Cette étude concerne les opérations césariennes sur un utérus cicatriciel effectuées au Centre Hospitalier Régional de Fianarantsoa de Janvier au Décembre 2000.

C'est le plus grand complexe hospitalier de la région Sud Est de Madagascar. Il est situé dans la capitale de la Province Autonome de Fianarantsoa.

Au point de vue service de santé, on a :

- 1 CHR : situé dans la ville de Fianarantsoa
- 10 CHD1
- 3 CHD 2

23

- 346 CSB I
- 14 CSB 2

## **II.2.) Le service de maternité**

### *a) Batiment*

La Maternité fait partie de l'hôpital de Fianarantsoa et intégrée dans le CHU de Fianarantsoa.

Ce service comprend :

- une salle de soins plus une table
- 8 salles des accouchées avec 24 lits
- 2 salles de garde
- 1 salle d'échographie
- 1 salle de couveuse
- 2 salles pour gynéco-obstétrique avec 4 lits
- Pas de salle de réanimation

Ce service collaboré avec le service de réanimation médicale et chirurgicale ; de bloc opératoire ; de pharmacie.

C'est un grand bâtiment, elle accueille, les patientes de Fianarantsoa et de ses environnements, elle admet toutes les catégories de classe sociale (fonctionnaires, indigents...)

### *b) Personnel*

**La répartition de personnel est comme suite :**

- 1 médecin titulaire de gynéco-obstétrique
- 3 médecins généralistes (assistant de chirurgie)
- 2 majors : 1 sage femme et 1 infirmier
- 8 sages femmes
- 2 servantes
- 7 personnels administratifs

Le CHU de Fianarantsoa est un centre de soins et de formation donc en plus de ces personnels on a aussi des étudiants en médecine, des thésards en médecine, des élèves paramédicaux.

24

*c) Les activités de service sont :*

- acquérir les parturientes, les femmes malades en gynéco-obstétrique
- faire la consultation pré-natale réservée au gestante envoyé par le CSMI
- Soigner le bébé
- Vacciner toute les femmes et les bébés
- Surveiller les femmes en travail
- Faire l'accouchement
- Assister à l'opération césarienne et pratiquer à la réanimation du bébé
- Surveiller les malades, les accouchées, le post partum
- Pratiquer le pansement post-opératoire
- Entretien et vérifier les matériels
- Mise en jours des dossiers du malade.

### **III. METHODOLOGIE**

Nous avons fait une étude rétrospective des césariennes sur utérus cicatriciel effectuées au Centre Hospitalier Régional de Fianarantsoa du 01 Janvier 2000 au 31 Décembre 2000.

Pour ce faire, nous avons compulsé :

- ◆ Le registre d'entrée et de sortie des services de Maternité, et de la salle de réanimation.

- ◆ Les dossiers médicaux
- ◆ Et le protocole opératoire de chaque parturiente césarisée.

La population étudiée est représentée par toutes les femmes ayant un utérus cicatriciel dont l'accouchement a nécessité une césarienne, sans distinction d'âge, ni d'ethnie, ni d'origine géographique, ni de niveau intellectuel, ni de niveau socio-économique.

Nous avons dû exclure de notre étude les dossiers incomplets ou non retrouvés lors de notre dépouillement.

III.1) Les taux de la césarienne sur l'utérus cicatriciel :

Il s'agit d'un nombre de césariennes sur utérus cicatriciel effectué rapporté au nombre d'accouchements durant une même période.

25

**Il est donné par la formule suivante :**

$$\text{Taux de la césarienne sur utérus cicatriciel} = \frac{\text{Nombre de césarienne sur utérus cicatriciel}}{\text{Nombre d'accouchement}} \times 100$$

III.2) Les caractéristiques maternelles :

- Age
- Situation matrimoniale
- La profession
- Niveau intellectuel
- Origine géographique
- Mode d'admission
- La parité.
- Les antécédents obstétricaux.
- La notion de césarienne antérieure.
- Les indications de la césarienne sur utérus cicatriciel.

III.3 Les caractéristiques fœtales

- Le sexe
- Poids à la naissance.

- Le liquide amniotique
  - l'état de l'enfant à la naissance
- III. 4. Les suites opératoires
- La mortalité et morbidité maternelle.
  - Les séjours d'hospitalisation.

26

#### IV. RESULTATS

##### IV.1. LA FREQUENCE

##### IV.1.1. FREQUENCE ANNUELLE D'ACCOUCHEMENT

##### A. TABLEAU N° 02 MODALITES D'ACCOUCHEMENT

MODALITES D'ACCOUCHEMENT	NOMBRE	POURCENTAGE
O.C. Sur utérus Cicatriciel	33	3,22%
O.C.	188	17,56%
Acct. par voie basse	803	78,41%
<b>Total d'accouchement</b>	<b>1024</b>	<b>100%</b>



## 2. Fréquence mensuelle de l'opération césarienne

**TABLEAU N° 03 DE FREQUENCE MENSUELLE DE L'OPERATION CESARIENNE**

MOIS	NOMBRE	POURCENTAGE
Janvier	5	4,80
Février	7	6,73
Mars	13	12,50
Avril	9	8,65
Mai	10	9,61
Juin	9	8,65
Juillet	9	8,65
Août	14	13,46
Septembre	12	11,53
Octobre	14	13,46

Novembre	2	1,90
Décembre	0	00
<b>Total</b>	<b>188</b>	<b>100</b>

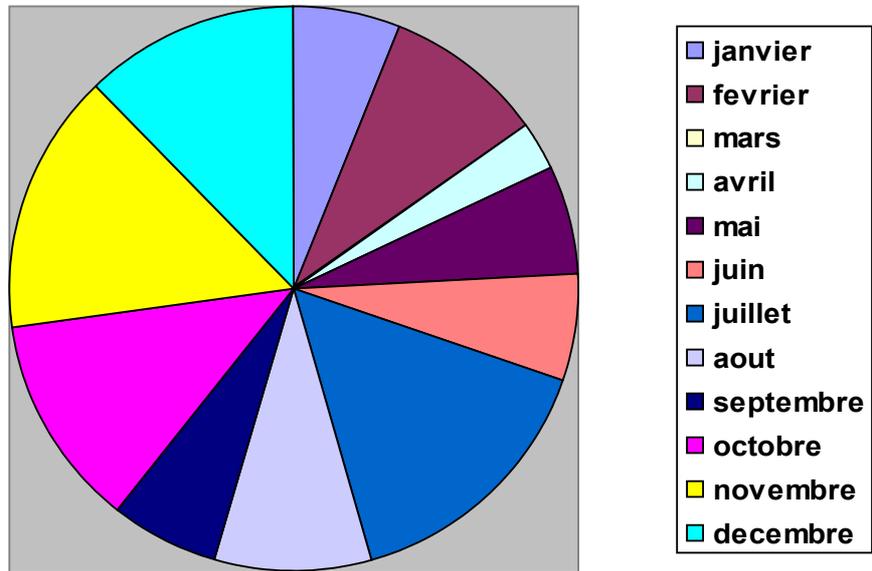
28

3. La fréquence mensuelle de l'opération césarienne antérieure (sur utérus cicatriciel)

**TABLEAU N° 04 DE FREQUENCE MENSUELLE  
DE L'OPERATION CESARIENNE ANTERIEURE**

<b>MOIS</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Janvier	2	6,06
Février	3	9,09
Mars	0	0,00
Avril	1	3,03
Mai	2	6,06
Juin	2	6,06
Juillet	5	15,15
Août	3	9,09
Septembre	2	6,06
Octobre	4	12,12
Novembre	5	15,15
Décembre	4	12,12
Total	33	100

**FIGURE N° REPARTITION MENSUELLE DE L'OPERATION CESARIENNE ANTERIEUR**



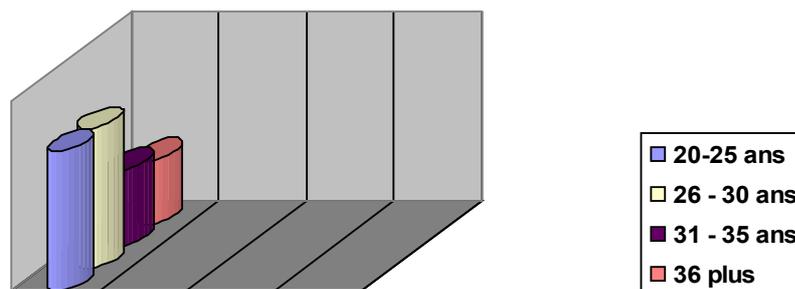
29

## II. LES CARACTERISTIQUES MATERNELLES

### 1. L'âge

**B. TABLEAU N° 05 DE LA REPARTITION SELON  
C. L'AGE DE LA FEMME**

AGE	NOMBRE	POURCENTAGE
20 – 25 ans	11	33,33%
26 – 30 ans	11	33,33%
31 – 35 ans	06	18,18%
36 plus	05	15,15%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



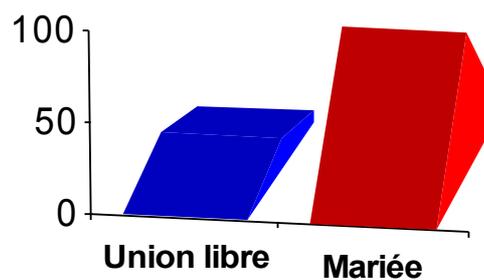
**FIGURE N° 06 AGE  
DES CESARISEES**

30

## 2. La situation matrimoniale

**TABLEAU N° 06 DE LA REPARTITION DES PARTURIENTES SELON  
LA SITUATION MATRIMONIALE**

<b>SITUATION MATRIMONIALE</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Union libre	6	18,18%
Mariée	27	81,82%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**FIGURE N°07 SITUATION  
MATRIMONIALE DES  
PARTURIENTES**

### 3. La profession

**D. TABLEAU N° 07 DE REPARTITION  
E. DES PARTURIENTES SELON LA PROFESSION**

<b>PROFESSION</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Ménagère	17	51,51%
Cultivatrice	8	24,24%

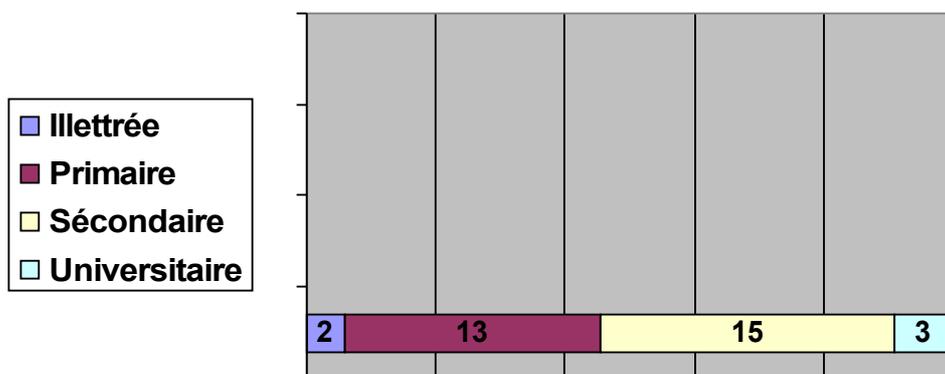
Tisserande	3	09,09%
Tricoteuse	1	03,03%
Vendeuse	3	09,09%
Institutrice	1	03,03%
<b>TOTAL</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

4. Le niveau intellectuel

**TABLEAU N° 08 DE REPARTITION SELON  
LE NIVEAU INTELLECTUEL**

--	--	--

NIVEAU INTELLECTUEL	NOMBRE	POURCENTAGE
Illettrée	2	6,06%
Primaire	13	39,39%
Secondaire	15	45,45%
Universitaire	3	9,09%
<b>F. Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**FIGURE N° 09 NIVEAU INTELLECTUEL DES CESARISEES**

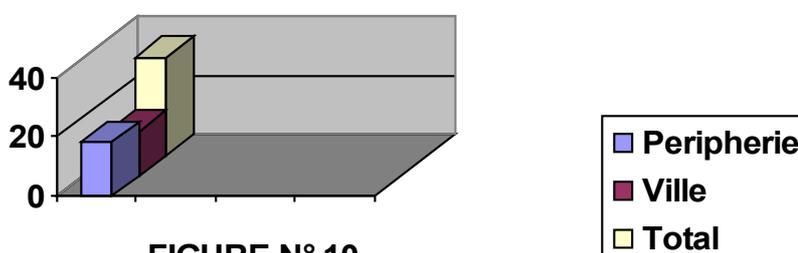
5. La provenance

G.

**H. TABLEAU N° 09 DE REPARTITION SELON LA PROVENANCE**

PROVENANCE	NOMBRE	POURCENTAGE
De la périphérie	18	54,54%

En ville	15	45,45%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



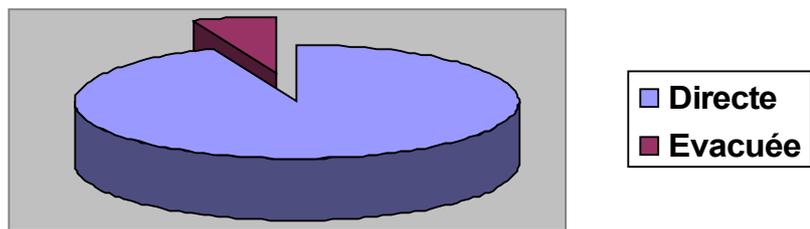
**FIGURE N° 10  
PROVENANCE  
DES CESARISEES**

6. Mode d'admission

**TABLEAU N° 10 REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA MODE  
D'ADMISSION**

--	--	--

<b>MODE D'ADMISSION</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
Entrante directe	31	93,93%
Evacuée	02	06,06%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**FIGURE N°11 MODE D'ADMISSION DES PARTURIENTES**

35

#### 7. La parité

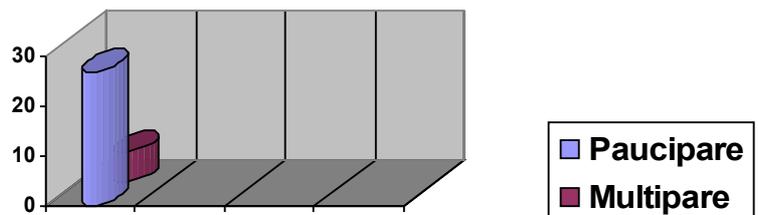
On a 4 groupes distincts :

- Primipare : ayant un accouchement
- Paucipare : ayant deux accouchements
- Multipare : ayant quatre et cinq accouchements
- Grande multipare : ayant six accouchements

**TABLEAU N° 11 REPARTITION**

## DES PARTURIENTES SELON LA PARITE

PARITE	NOMBRE	POURCENTAGE
Paucipare	27	81,81%
Multipare	06	18,18%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**FIGURE N° 12 PARITE  
DES PARTURIENTES**

### 8. Les antécédents obstétricaux

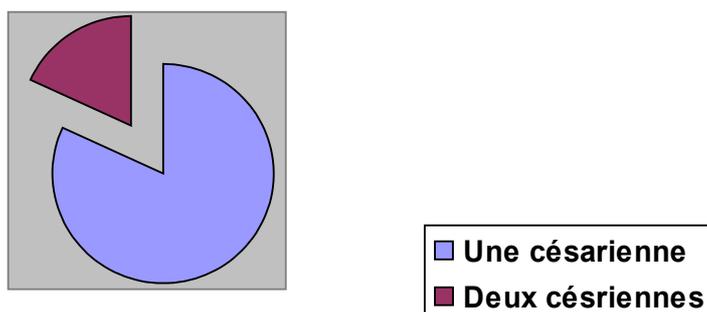
**TABLEAU N° 12 LES ANTECEDENTS OBSTETRICAUX**

ANTECEDANTS	NOMBRE	POURCENTAGE
Avortement à répétition	05	15,15%
Mort in utéro	01	03,03%

Fœtus mort-né	07	21,21%
Accouchement prématuré	0	00%
Non précises	21	63,63%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

37

#### 9. La notion de la césarienne antérieure



**FIGURE N° 14 ANTECEDENTS A CESARIENNE**

I.  
**J. TABLEAU N° 13 NOTION DE LA CESARIENNE ANTERIEURE**

CESARIENNE ANTERIEURE	NOMBRE	POURCENTAGE
Une césarienne	27	81,82%
Deux césariennes	06	18,18%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

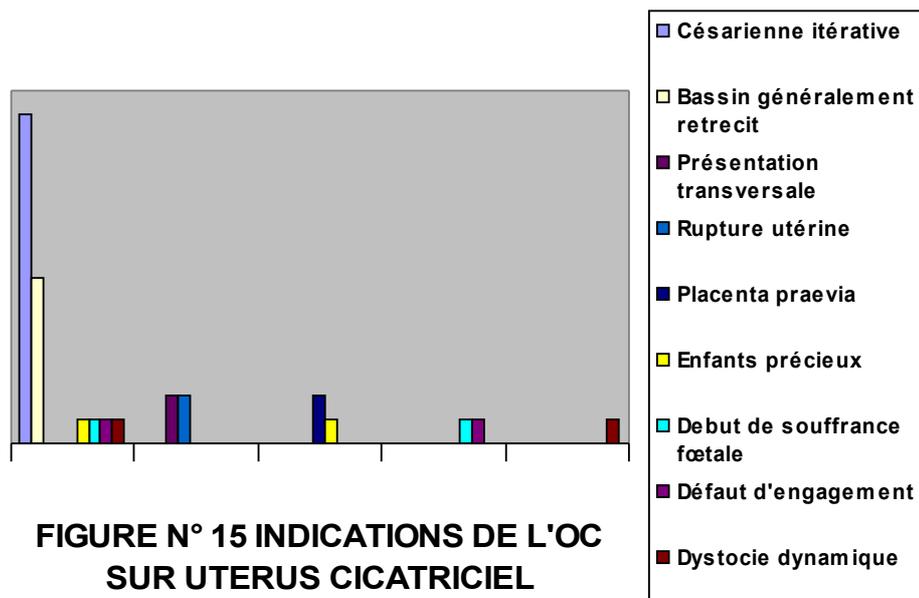
38

10. Les indications de la césarienne sur l'utérus cicatriciel

**TABLEAU N° 14 LES INDICATIONS DE LA CESARIENNE  
SUR L'UTERUS CICATRICAL**

	Indications	Effectifs	Pourcentage
Césarienne obligatoire	Césarienne itérative	14	42,42%
	Bassin généralement rétrécit	07	21,21%
	Présentation transversale	02	06,06%
	Rupture utérine	02	06,06%
	Placenta praevia	02	06,06%
	<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>87,87%</b>
Césarienne de prudence	Enfants précieux	01	03,03%
	Début de souffrance fœtale	01	03,03%
	<b>Total</b>	<b>02</b>	<b>06,06%</b>
Césarienne de nécessité	Défaut d'engagement	01	03,03%

Dystocie dynamique	01	03,03%
<b>Total</b>	<b>02</b>	<b>06,06%</b>



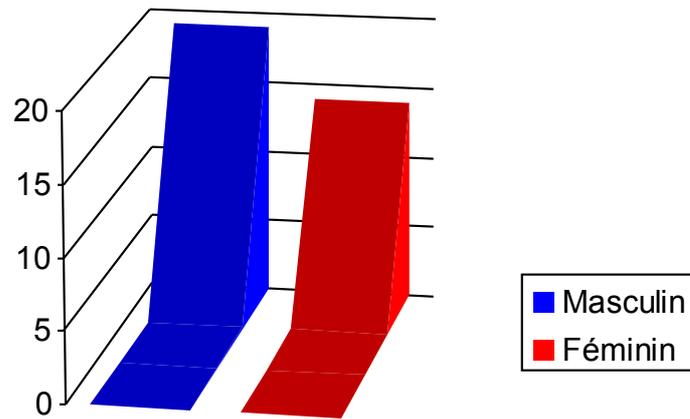
39

### III. LES CARACTERISTIQUES Fœtales

#### 1. Le sexe

#### K. TABLEAU N° 15 REPARTITION SELON LE SEXE

SEXE	NOMBRE	POURCENTAGE
Masculin	19	57,57%
Féminin	14	42,43%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**FIGURE N° 16 SEXE DES BEBES**

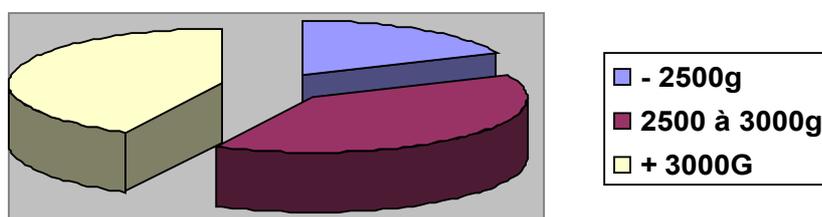
2. Le poids à la naissance

**TABLEAU N° 16 DE LA REPARTITION SELON  
LE POIDS A LA NAISSANCE**

<b>POIDS A LA NAISSANCE</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>POURCENTAGE</b>
-----------------------------	---------------	--------------------

- 2500g	06	18,18%
2500 à 3000g	13	39,39%
+ 3000g	14	42,42%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

FIGURE N° POIDS A LA NAISSANCE

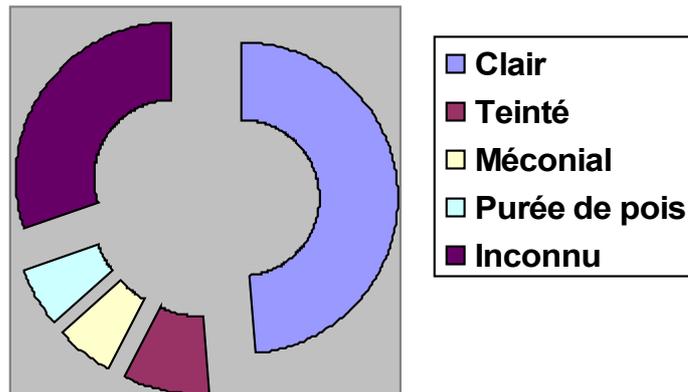


3- Le liquide amniotique.

**L. TABLEAU N°17 REPARTITION  
M. SELON L'ETAT DU LIQUIDE AMNIOTIQUE**

LIQUIDE AMNIOTIQUE	NOMBRE	POURCENTAGE
Clair	16	48,48%

Teinté	03	09,09%
Méconial	02	06,06%
Purée de pois	02	06,06%
Inconnu	10	30,30%
total	33	100%

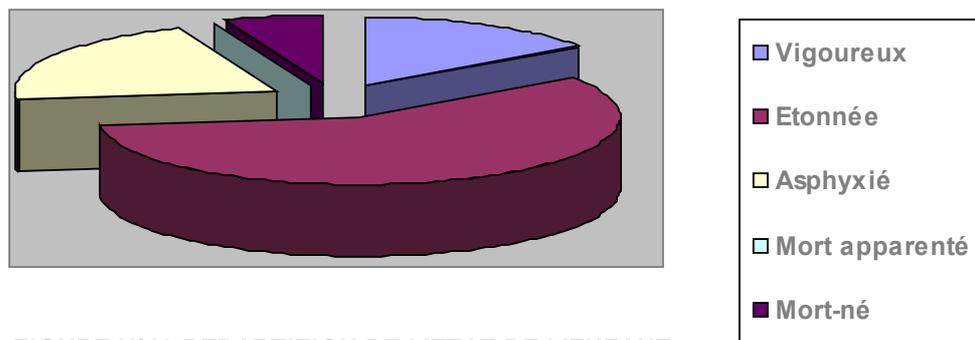


**FIGURE N° 18 ASPECTS DU LIQUIDE AMNIOTIQUE**

#### 4. L'indice d'APGAR

**N. TABLEAU N°18 REPARTITION SELON L'INDICE D'APGAR**

APGAR	NOMBRE	POURCENTAGE
Etonné	24	72,72%
Asphyxié	7	21,21%
Mort-né	2	06,06%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



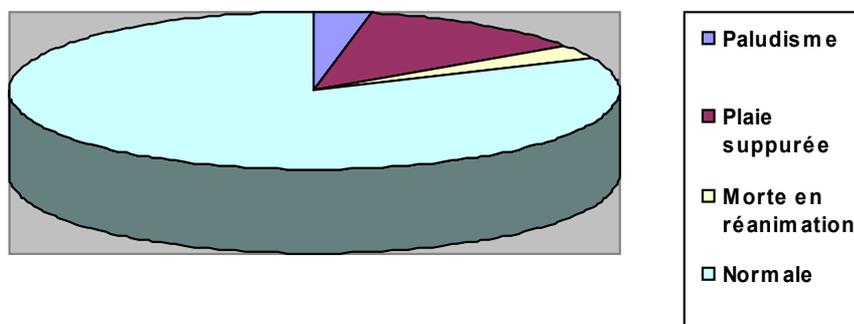
**FIGURE N°19 REPARTITION DE L'ETAT DE L'ENFANT A LA NAISSANCE**

### III. LES SUITES OPERATOIRES

#### 1. La morbidité et la mortalité maternelle

**O. TABLEAU N° 19 REPARTITION  
SELON LES SUITES OPERATOIRES\_**

SUITES OPERATOIRES	NOMBRE	POURCENTAGE
Paludisme	01	03,03%
Plaie suppurée	04	12,12%
Morte en réanimation	01	03,03%
Normale	27	81,81%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**FIGURE N°20 LES SUITES OPERATOIRES**

## 2. Les séjours d'hospitalisation

**TABLEAU N° 20 REPARTITION SELON  
P. LES SEJOURS D'HOSPITALISATION**

Séjours d'hospitalisation	Nombre	Pourcentage
0 à 7 jours	3	09,09%
8 à 15 jours	25	75,75%
Plus de 15 jours	5	15,16%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**FIGURE N° 21 LES SEJOURS  
D'HOSPITALISATION**

**TROISIEME PARTIE :  
COMMENTAIRES ET SUGGESTIONS**

45

**I. COMMENTAIRES**

**I.1. La Fréquence :**

Au Centre Hospitalier Régional de Fianarantsoa, le taux des césariennes est de 17,56 %.

Ce taux peut contribuer à différents facteurs :

- l'accroissement du nombre de femme en âge de procréer, parallèle à l'augmentation du nombre de la population totale ;
- la manque de la surveillance prénatale régulière
  - la prise de « tambavy »(décoction) durant la grossesse associée ou non à des séances de massage chez la matrone, source de grossesse et accouchement à risque.
  - la manque de personnel spécialisé dans la domaine de l'obstétrique, surtout dans les centres sanitaires périphériques.

Mais par rapport aux taux moyens rapportés par certains auteurs, notre taux de 17,56% est élevé.

Tableau N° 21 Résultat d'étude au France et Maroc

<b>Auteurs</b>	<b>Année</b>	<b>Pays</b>	<b>Nombre</b>	<b>Césariennes</b>
C.S. Hilaire	1986-1991	France	18961	10,5% [52]
Bensaid	1992	Maroc	4044	7,5% [53]
Notre étude	2000	CHR Fianarantsoa	178	17,56%

Notre résultat est inférieur à celle de HADDAD qui a trouvé 22,29% [54] et de RAMAMIARISOA 19,67% [55]

Durant le période de 01 Janvier au 31 Décembre 2000, le taux des césariennes sur utérus cicatriciel au Centre Hospitalier Régionale de Fianarantsoa est de 3,22%. Notre résultat est nettement élevé par rapport au résultat que Monsieur CISSE a trouvé au CHU de Dakar

En 1996/ : 0,45%(56)

En 1997/ : 0,90%

## **I-2- CARACTÉRISTIQUES MATERNELLES :**

### **I.2.1- âge :**

Presque les 2/3 des femmes sont âgées de 20 à 30 ans soit 66,66%. Cette tranche d'âge correspond à l'âge de procréation de la femme.

L'âge moyen est de 28,9 ans. La plus jeune est de 20 ans, la plus âgée est de 45 ans. A la Maternité de Niamey, l'âge moyen de parturientes est de 27,6ans, la plus jeune ayant 16ans, la plus âgée ayant 48 ans [57]

### **I.2.2.Situation matrimoniale**

Nos césarisées se répartissent en deux catégories

- Femmes mariées légitimes 81,82%
- Femmes mariées illégitimes 18,18%

Les femmes illégitimes ont souvent des problèmes financiers, les empêchant de subvenir aux impératifs de l'intervention, alors elles arrivent tardivement au CHR de Fianarantsoa.

### **I.2.3. La profession et niveau socio-économique**

Plus la moitié de ces parturientes sont des ménagères 17 cas soit 51,51% et presque le quart sont des cultivatrices 8 cas soit 24,24%.

Ces deux professions sont des travaux pénibles, fatigantes.

Ce niveau socio-économique influence fortement nos résultats ; en effet ce groupe ayant des problèmes d'ordre financiers, n'arrive pas payer rapidement les soins nécessaires à leurs besoins.

### **I.2.4. Niveau intellectuel**

45,45% des gestantes sont de niveau intellectuel secondaire, ce niveau intellectuel qui n'est pas assez élevé favorisé à l'utilisation de tambavy par elle même ou par la matrone, ainsi que le massage. Alors cet acte entraîne des complications graves au moment de l'accouchement

### **I.2.5. Provenance**

La Maternité de Fianarantsoa reçoit non seulement les parturientes de la ville, mais aussi celles de la périphérie qui représentent 54,54%.

- ❖ L'influence de personnels compétents surtout en obstétrique dans les Centres sanitaires existants dans les périphéries.
- ❖ L'insuffisance de ces Centres sanitaires.
- ❖ La fatigue maternelle, due aux travaux de champ accomplis surtout par les femmes, source de vulnérabilité exposant à un accouchement dystocique.

### **I.2.6. Mode d'admission**

Sur les 33 femmes césarisées, 31 femmes sont des entrantes directes, soit 93,93% les 2 femmes sont avacuées soit 6,07%

Ce chiffre explique que les femmes ayant un utérus cicatriciel préfèrent accoucher au centre hospitalier bien équipé.

### **I.2.7. La parité**

Les césariennes touchent surtout les paucipares (27cas soit 81,81%)

En effet, dans la population des femmes en âge de procréer, ce sont les paucipares qui sont les plus nombreuses. De plus leur constitution anatomique (insuffisance de développement du bassin et de l'utérus) et leur inexpérience en matière d'accouchement favorise l'augmentation des risques de survenue de complications motivant une césarienne. Les multipares, par contre ont du mal à accepter une intervention chirurgicale, quitte à sacrifier leur enfants.

Comme ce sont également des personnes s'accupant de familles nombreuses, elles n'ont pas les moyens financiers nécessaires pour assurer leur évacuation et leurs frais médicaux.

A Dakar, près de la moitié des patientes (45,5%) sont paucipares. Les grandes multipares ont représenté 15,7% des cas, avec une parité moyenne de 2(58).

### **I.2.8. Les antécédents obstétricaux**

05 femmes ont eu des antécédents d'avortement à répétition, 1 fœtus mort in-utéro (03,03 %), 07 fœtus mort-né ( 21,21 %) comme la 54,54% des femmes sont venues de la périphérie.

L'insuffisance du personnel de santé et le manque de moyens dont disposent ces Centres constituent un grand obstacle au suivi médical de grossesse.

De ce fait, les gestantes ont tendance à se tourner vers les matrones. Le pourcentage de fœtus mort-né pourrait être lié à la retard de l'accouchement car dans le conception du reninjaza tout dystocie traduit une incapacité de la mère à pousser.

### **I.2.9. Notion de césarienne antérieure**

Dans tous les cas, la première cicatrice est une cicatrice de césarienne.

La cicatrice est unique dans 27 cas, double dans 6 cas.

Le plus souvent, la technique de l'ancienne cicatrice ne sera comme qu'après l'accouchement.

Pour certains auteurs, la méconnaissance du type de cicatrice constitue une indication à la césarienne prophylactique.

Comparons à la Maternité de Issa Gajobi de Niamey, entre Janvier 1996 et Décembre 1998 ; le nombre total d'accouchements est de 6970.

TABLEAU N°22

Effectif des cicatrices antérieurs par rapport au nombre des césariennes

<b>Nombre des cicatrices antérieures</b>	<b>Nombre des césariennes sur utérus cicatriciels</b>
1	285
2	96

La notion de cicatrice antérieure de notre étude est moins élevée par rapport au maternité de ISSA ( 57), sur la cicatrice unique et aussi la double.

### **I.2.10 –Les indications de la césarienne**

Dans notre série, les indications de la césarienne sur utérus cicatriciel sont dominées par le groupe des césariennes itératives qui représentent 14 cas soit 42,42 %.

Les indications les plus fréquentes, dans l'ordre décroissant sont :

- Le bassin généralement rétréci (07 cas soit 21,21 %), il est surtout associé à petite taille de la femme Malagasy. A ceci s'ajoutent les problèmes de malnutrition, et certaines maladies telles que la polyomyélite.
- La dystocie dynamique (01 cas soit 03,03 %) ce taux est encore très important. La dystocie dynamique est favorisée par la prise de décoction censée faciliter le travail, ou par l'abus d'ocytociques dans les centres de santé en brousse.

- Les présentations dystociques : elles sont surtout représentées par les présentations transversales ( 2 cas soit 6,06 %) de telles situations, associées aux ruptures utérines (02 cas soit 6,06 %) dans notre étude, montrent qu'il y a un retard important dans la prise en charge de ces parturientes.
- Les placenta praevia : elle est toujours révélée par l'accident hémorragique, sa gravité est bien connue, elle peut entraîner un taux de mortalité ou de morbidité foeto-maternelle très élevée [32].

La césarienne sera indiquée selon l'état fœtal (maturité, signes de souffrance) et maternel (conséquences de la spoliation sanguine) et les conditions obstétricales (insertion placentaire)

A titre de comparaison, voici les résultats d'une étude faite au Niger :

TABLEAU N° 23 Résultat d'étude au Niger.

<b>Indications</b>	<b>Pourcentage</b>
Césarienne itérative	41,7%
Bassin généralement rétrécit	15,50%
Dystocie dynamique	09,02%
Présentation dystocique	03,03%
Placenta praevia	06,30%

Notre résultat est pareil à celle de trouver par Mr TIDJANI [58]

### I.3. LES CARACTERISTIQUES FŒTALES

#### I.3.1. Le sexe

Dans notre étude, les enfants nés par césarienne sur utérus cicatriciel sont souvent de sexe masculin soit 57,5% pour 42,5% de sexe féminin.

#### I.3.2. Poids à la naissance

Dans notre étude, les nouveau-nés ont souvent de poids normal entre 2500g et 4000g (27cas).

Les causes de l'opération césarienne sont souvent des problèmes maternels (césariennes itérative, bassin rétréci par exemple)

Mais on a quelque cas de nouveau-né de faible poids à la naissance (inférieur à 2500g) : 06 cas **soit 18,18 %**

Au Dakar, le poids à la naissance est compris entre 2500g et 3999g (88%). Les enfants pèsent 4000g ou plus ont représenté 4,5% de cas(56).

### **I.3.3. Liquide Amniotique**

Les 28 parturientes **soit 90,09 %** ont un liquide amniotique clair. Les 5 femmes ont un liquide Amniotique teinté qui pourrait être signe de souffrance fœtale, insuffisance ou absence de consultation pré-natale.

### **I.3.4. Apgar**

Presque tous les nouveau-nés ont eu un APGAR supérieur ou égal 7 à la première minute. Pourtant on a constaté 02 mort-nés **soit 06,06 %** cette mortalité pourrait être due au retard de la prise en charge de la mère.

Pour MELLIER et Coll cité par VENDITIELLE, le pronostic fœtal est fonction du moment où survient la rupture.(59)

## **Q. I. 4. LES SUITES OPERATOIRES**

### **I.4.1. La mortalité maternelle :**

Elle représente l'accident le plus regrettable au cours de la césarienne, son taux montre l'efficacité réelle des services d'obstétrique dans la prise en charge des femmes enceintes porteuses d'utérus cicatriciel car la césarienne constitue généralement le dernier recours dans le sauvetage maternel et infantile.

Dans notre série, le taux de mortalité maternelle est de 0,03% (1cas)

A titre de comparaisons, voici quelques résultats trouvés dans la littérature :[60]

Racinet : 0,2%

Poulain : 0,1 à 0,3%

Roudière : 4,91%

Cisse : 3,22%

Randriamanantsoa : 0,64%

La cause du décès est la rupture utérine.

### **I.4.2. La morbidité maternelle**

La mortalité maternelle, en cas de césarienne est loin d'être négligeable.

En effet, les suites fébriles immédiates sont nettement plus fréquentes comme la suppuration du plaie et du paludisme.

La suppuration de la plaie représente un taux de 12,12%. Elle pourrait être due au manque d'asepsie, en particulier lors des pansements. Mais elle est également favorisée par le manque d'hygiène avant et après l'intervention et la pénurie de consommables médicaux à l'hôpital (médicament, solution anti-septiques)

Le paludisme représente de 03,03 %

Cette maladie pourrait être due à l'absence ou irrégularité de la consultation pré-natale dans ce cas absence ou rareté de la chimioprophylaxie au paludisme durant la grossesse

### **I.4.3. Séjour d'hospitalisation**

Le séjours d'hospitalisation pourrait être lié à la morbidité maternelle. Notre étude montre une durée de 15 jours au plus pour un cas de surinfection de la plaie

Elle est longue chez les femmes qui ont des problèmes financières ainsi que l'hygiène.

## **II. SUGGESTIONS**

Pour pouvoir améliorer le pronostic des césariennes sur utérus cicatriciel effectuées au Centre Hospitalier Régional de Fianarantsoa, nous devons avant tout résoudre les problèmes.

Nos efforts devront donc se porter sur :

### **II.1. La communication pour le changement de comportement ou CCC des femmes présentant un utérus cicatriciel**

- Toutes les femmes qui présentent un utérus cicatriciel sont informées qu'elles doivent accoucher désormais dans un centre médico-chirurgical, cette éducation a un impact considérable sur la réduction de la survenue des complications notamment la rupture utérine.
- Continuer l'information sur la nécessité des consultations pré-natales surtout si l'utérus est cicatriciel : en recherchant les facteurs pronostiques de l'accouchement en particulier « le compte rendu opératoire de la césarienne ainsi que les suites opératoires.
- Conseiller les femmes de ne pas prendre de « tambavy » pendant la grossesse.

- Informer les femmes que toutes femmes porteuses d'un utérus cicatriciel doivent bénéficier d'une planification familiale pour allonger l'espace intergénéral. Elles ne doivent pas tomber enceintes avant 2 ans après l'intervention précédente.

## **II.2. Décentralisation sanitaire**

- Aider les communautés villageoises à la création et au fonctionnement des Centres de santé de Base (à fin de permettre des séances de consultations prénatales plus nombreuses et plus efficaces).
- Créer des Centres chirurgicaux périphériques plus proches des zones rurales, ayant des matériels nécessaires, et adaptés aux traitements : cette décentralisation évite les longs trajets sur les pistes parfois en mauvais état qui sont la source de nombreuses complications.
- Favoriser la création de systèmes mutualistes pour les aider à s'acquitter de toutes les dépenses de santé.

## **II.3. Recyclage et motivation du personnel de santé**

Le personnel de santé tel que les sages-femmes, les internes doivent prendre leurs responsabilités et la décision d'évacuation au cas où leur compétence serait dépassée.

Pour le personnel des formations sanitaires périphériques un recyclage en obstétrique s'impose pour :

- un diagnostic précoce des cas pathologiques
- une évacuation rapide dans de bonnes conditions
- une prise en charge correcte dans les Centres médicaux.

Pour être à même d'accomplir correctement sa lourde tâche chaque agent de la santé devrait-il bénéficier :

- De moyens de locomotion pour l'accomplissement des devoirs.
- D'une indemnité de logement
- De soins et des médicaments gratuits pour toute sa famille
- D'un salaire mensuel adapté aux besoins familiaux

## **CONCLUSION**

En milieu Africain, comme dans les Pays développés, l'accouchement sur utérus cicatriciel est une éventualité de plus en plus fréquente.

Notre préoccupation constante, ici comme ailleurs, est de faire accoucher les femmes dans le meilleur état possible.

Nous avons fait une étude rétrospective de 33 cas des césariennes sur utérus cicatriciel effectuées au Centre Hospitalier Régional de Fianarantsoa durant le période de 01 janvier au 31 Décembre 2000.

Au cours de cette étude, nous avons dû faire face à de nombreuses difficultés en particulier lors de la collecte des données. Le manque de rigueur dans le remplissage des dossiers médicaux est aggravé par l'absence de standard dans le classement de ceux-ci.

Nous avons donc dû exclure de notre travail 33 cas, certains paramètres n'ont pas pu être évalués comme : la consultation pré-natale, la notion de prise de tambovy, les indications de césariennes antérieures.

Malgré tout, notre étude a mis en évidence la situation de précarité dans laquelle s'effectue la césarienne sur utérus cicatriciel au centre Hospitalier Regional de Fianarantsoa.

La fréquence est de 3,22%. Les indications sont ici dominées par les césariennes itératives 42,42%.

L'opération césarienne sur utérus cicatriciel dans notre zone d'étude est déterminé par l'âge, niveau intellectuel, et éloignement du centre de Santé surtout chirurgicale, et le nombre de cicatrice utérine. L'opération césarienne sur utérus cicatriciel apparaît le plus souvent à l'âge moyenne 28,9 ans. Plus de la moitié des femmes sont venues de la périphérie 54,54%. Elles n'ont pas atteint un certain niveau intellectuel et presque la majorité sont des paucipares 81,81%.

Concernant les suites opératoires, le problème de cicatrisation se pose chez certaines femmes 12,12% à cause de l'irrégularité des médicaments ( fautes d'argent) et aussi l'hygiène. Le taux de mortalité maternelle est de 03,03% dûe à l'hémorragie d'origine rupture utérine.

Quant au pronostic foetal, on a constaté 2 décès 06,06% dû à un retard de la prise en charge des patientes.

L'amélioration des résultats de la césarienne sur utérus cicatriciel au Centre Hospitalier Régional de Fianarantsoa doit passer par :

- Une dépistage précoce des situations à risques, grâce aux consultations pré-natales.
- Une amélioration des conditions d'évacuation : prise en charge des dépenses, amélioration des infrastructures routières et ferroviaires, transport médicalisé.
- Pallier l'insuffisance de personnel soignant, aux pénuries chroniques de médicaments et de consommables médicaux dans tous les Centre de santé.
- Moderniser les moyens mis en œuvre dans la recherche praticable et dans la surveillance des patients.

Pour la césarienne, elle-même, elle est encore praticable même plus de trois fois, si la femme la souhaite, et si les conditions anatomiques sont bonnes.

## ANNEXE N°1

### Les caractéristiques maternelles

N°	Nom	Age	Situation matrimoniale	Profession	Niveau intellectuel	Provenance	Mode d' dmission	Parité	Antécédent obstétricaux	Notion de O.C.A.	Indication
1	Suzanne	27	Mariée	Ménagère	Secondaire	Périphérie	Directe	P4	1 avortement	1 O.C	Itérative

## ANNEXE N°2

### Les caractéristiques fœtales

N°	Sexe	Poids à la naissance	Liquide amniotique	Etat de l'enfant à la naissance
1	Masculin	2700	Claire	Etonné
33				

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] Saint-Hilaire, Gaucheron P, Bagou G, Rudigoz R.C. Grossesse et utérus cicatriciel Editions techniques EMC (Paris France) ; Obstétrique 5030-20 1992 : 16p.
- [2] Ilamm B. L, Newman L.A, Thomas S.J, Fallon D., Yoshido M.M. Vaginal birth after cesarean delivers : result of a 5 year Multi center collaborative studies Obstet gynecol 1990, 76 :750-4
- [3] Danforth D. ; Cesarean section IAMA 1985 ; 253 :811-18
- [4] Shearn E. Cesarean section : Medical benefits and costs Scosci Med 1993 ; 37 : 1223-31
- [5] De Muylderx Vaginal delivery after cesarean sections : is it in a developing country ? Aust N.Z.J. : Obstet Gynecol. 1988 ; 28(2) :99-102
- [6] Seguy B., Chavinie J., Michelow B Problème des utérus cicatriciels Eds Intermedica, Nouveau manuel d'obst Paris, 1973 ; 3 : 24-25.
- [7] Pierre F., Berger C.H. « La césarienne » cité par LANSAC J. Body G. et Simep S. Paris-France, 1988 : 281-292,
- [8] Merger R., Levy I, Melchior J.Précis d'obstétrique, Masson ; 1993 : 621-625
- [9] Cessil CT Andriamady, C, FAYE E., O, Diouf, Boulin, Diadhiou, Indications et pronostic de la césarienne au CHV de Dakar de 18 mois portant sur 953 cas. 1996 : 182-185
- [10] FARO (S) Antibiotic Prophylaxis .Obstet-gynec clin North American 1989, 16 : 279-289.

- [11] Al Fallouji (M). History of the surgey of the abdominal .Cavity International Surgey 1993, 78(3) : 236-238
- [12] Racinet (C), Favier (M). La césarienne Paris, Masson 1984 :1-184
- [13] Poulain P, Palaric Jc, Jacquemard F, Berger D, Nguyen Ngoc, Qui, Grall JY, Girauld JR. Les césariennes Encycl Méd chin obstet ; Paris 1991, 5102 A10
- [14] Blanc JF, Bouvrel P, Huet P, Maistre B, Bernard P, Cornen L, Ferro RM, Vedy J, Veillard JM, Dupuret A, Sabrie A. Techniques élémentaires pour médecins isolé.Marseille : DGDL, 2<sup>e</sup> édition ; 1990 : 24-27
- [15] Racinet C, Bouzid F, césariennes ; In Thoulon JM, Puech F, Boog G. eds obstétrique, Paris Ellipses ; 1995 :821-834
- [16] Thoulon JM, les césariennes .Encycl Méd chir obst, Paris 1979, 5102 A10 : 280-282
- [17] Jamet F, Benos P, Hedon B, Laffargue F, La césarienne en situation précaire, Rev Fran gynécol obstet, 1996, 91 ; 10 :486-492
- [18] Picaud A, Nlome Nze- AR, Ogowet N, Encogah, T, Ella-Ekogha R. L'accouchement des utérus cicatriciels. A propos de 606 cas pour 62123 accouchements Rev Fr Gynécol obstét, 1990,85 : 387-392.
- [19] Misgav : vers une simplification de l'opération césarienne ? P. Gaucherand, K. Bessai, P. Sergeant, R-C Rudigoz. Service de gynécologie-obstétrique de l'hopital de la croix -Rousse. 103, Grande- Rue de la croix-Rousse, 69004 Lyon ; 1991 : 510-512
- [20] De Hertaing IR, courtejoie J, Maternité et Santé. Zaïre BERPS. 1988 : 314-313

- [21] Huraux JM, Huraux-Rendu C, Blanchier H, Sainte-croix le Bailleur. Héropès génital et grossesse. Rev Prat, 1994 ; 44, 4 : 499-503
- [22] Ciraru, Vegneron N, Guyen Tan Lung RH, Eithark S, Barbier J. Evolution des indications des césariennes.J. Gynécol obstét Biol Reprod, 1985 ; 14 :375-384.
- [23] Bensaid F, Elbarnoussi L, Massaoui D, Filali A, Nbil S, Balafrey S, Alaoui M Les urgences abdominales non gynécologiques au cours de la grossesse. Rev FM gynécol obstét, 1996, 91 ; 11 : 567-572
- [24] Randriamanantsoa L.A. Complications de la césarienne à la maternité du CHU Ampetiloha HJRA 1993 à 1995.Thèse de médecine ; 1997.
- [25] J Lansac, G Body et ses collaborateurs « la pratique de l'accouchement » Cité par G. Magnin, Edition Masson. Paris – France, 1986, 16 : 154-158
- [36] RAKOTONDRAMANITRA H.L. « Réflexion sur l'indication des césariennes à la Maternité de Befelatanana de 1990 à 1993, à propos de 1394 cas » Thèse Med à Tananarive, 1995 n° 2917.
- [27] Merger R, Levy J, Melchior J, La grossesse et l'accouchement chez les femmes porteuses d'un utérus cicatriciel. Editions Masson ; Précis d'obstétrique. Paris, New York, Barcelone, Milan 1979 : 402 – 403
- [28] Seguy B. utérus cicatriciel. Nouveau manuel d'obstét- Paris 1975 : 2,180
- [29] Racinet CL, Fauvrier M.La césarienne Edition Masson, Paris France 1983 :1-6.
- [30] Dubrisay L et Cyrille J. Précis d'accouchement. Rev Fr Gynécol Obstét, 1978 ; 7 ; 11-13 : 783

[31] Camus N, Lefebvre G, Loki LH, Subacher J, Abbadie F ; Utérus cicatriciel. J. Gyn obst Bio Repr, 1989 ;18 : 379-387

[32] N'Ghien-Ioan-utérus cicatriciel. Dossier de l'obstétrique, 1986 : 135, 17

[33] Lepage F, Le Lirzin R. L'avenir de l'utérus cicatriciel. Ed Médicale Flammarion, Progrès en obstétrique, Paris, 1970 :305-334

[34] Robenberg P, Lewin D, Philippe H. J. Valeur prédictive de l'examen échographique du segment inférieur en cas d'utérus cicatriciel. Rech Gynécol, 1990 ; 2 : 136-140

[35] Jeny R, Marty R, Leroy B, Evaluation des cicatrices utérines par hystérocopie et échographie. Contracept Fertil Sex, 1983 ; 13 :225-230

[36] Magnin P, Thoulon JM, Etude hystérographique de l'utérus césarisé ( à propos de 90 cas) Valeur pronostique de l'hystérographie ; Gynécol obstét, 1969 : 67, 119-136

[37] Thoulon JM ; Les gestes interdits sur l'utérus cicatriciel gravide. Rev Fr gynécol obstét, 1981, 76 : 132-135

[38] Rosemberg P, Coffinet F, Philippe HJ, Nissand J. « Mésure échographie de l'épaisseur de segment inférieur pour évaluer le risque de rupture utérine » J. gynécol obstét, Biol reprod 1997 : 26, 5, 511-517

[39] Venditiellief, Tabaste JL, La barche DC « Rupture utérine sur utérus entièrement césarisé » Rev Méd Fr, Gynecol Obstét 1993 : 88, 330-342

[40] Benbassa A. Racinet P ; Melinas Y « Hystérographie après césarienne segmentaire » Rev Fr, gynécol obstét, 1971 : 66, 95, 106

41. Bret AJ et coll. "Etude hystérographie, clinique et hystologie des cicatrices de césariennes segmentaires transversales et lonitudinales" Rev Fr gynécol obstet 1968 : 63, 573-601
42. Collet N, Guillard P, Postec P, Boog G. Accouchement sur utérus cicatri, Gynecol obstét Bio Repr, 1978 : 17, 8
43. Lansac J, Body; Pratique de l'accouchement. SIMEP, 2<sup>e</sup> Edition, 1992:154-158, 288-300.
44. Herlicoviez M, Vontneo Balot P. Conduite à tenir devant un utérus cica Rev Fra gyné-obst 1992 ; 87 : 209-218
45. Lehmann M, Hedeling, Sorgue C, Gollner J.L., grallc, chamia, collin Facteurs préductifs de la voie d'accouchement des femmes ayant un uté-cica J. Gynéco-obst, Biol Reprod 1999 ; 28 : 359-368
46. I Lansac, G Body et ses collaborateurs "La pratique de l'accouchement" Cité par G. Magnin, Edition Masson. Paris France, 1986 ; 16 : 154-158
47. Delarue T, Pele P, Pelletier P, Faillanter L. Pronostic de l'accouchement chez la femme entièrement césarisée, à propos de 208 cas. J Gynécol obstet Bio Repr, 1983 ;12 : 193-206
48. Gaucherand P. Fréquence et indication de la césarienne. Rev Fr Gynécol obstét, 1990 : 85
49. C. d'Ercole F, Bretelle L, Piéchon R, Shojai L, Boubli. La césarienne a-t-elle une indication en cas d'utérus cicatriciel ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 29 : 51-67.[50] Cesse CT et coll. Indications et pronostic de l'opération césarienne au CHU de Dakar. J Gynécol obstét Bio Reprod, 1995 ; 24 : 194-197

[51]Modèle de projection au Faritany Fianarantsoa Recensement général de la population et de l'habitat. Instat Janvier 1997 : 12.

[52] Inventaire de Fivondronana de Madagascar. Instat d'Antananarivo Octobre 2000 : 46.

[53] Bensaid F, Filali A, Moussaoui DR, Bezad R, Chanaib C, El Fehris. Accouchement des utérus cicatriciels à la Maternité des orange. (Rabat, Maroc). A propos de 200cas Rev Fr Gyneco-obstét 1996 ; 91, 5 : 217-222

[54] Haddad S., Maria B. L'accouchement des femmes ayant un utérus cicatriciel. Presse Med 1996 ; 25 : 813-17.

[55] Ramamiarisoa C. Pronostic des opérées césariennes à la Maternité de la HJRA, Ampefiloha de Janvier 1991 à Janvier 1992. Thèse Méd, Antananarivo 1996 : N° 4265

[56] C.T. Cisse, E. Ewagnignon, I. Terlobe F ; Diadhiou. « Accouchement sur utérus cicatriciel au CHU Dakar(Clinique Gynécologique et obstét, Centre Hospitalier Universitaire de Dakar) J. Gyneco obstét Biol Reprod 1999 ; 28 : 556-562

[57] El Mansouri. Accouchement sur utérus cicatriciel, à propos de 150 cas Rev France gynécol obstét 1994 ; 12 : 606-612.

[58] A Hamet Tidjani, A Gallais, M garba. L'accouchement sur utérus cicatriciel au Niger. A propos de 590 cas. Médecine d'Afrique Noire : 2001, 48(2)

[59] Venditielli F, Tabaste JL, Labarchede C. Rupture utérine sur utérus entièrement césarisé. Rev Fr gynécol obstét, 1993 ; 88, 5 : 333-341.

[60] Randriamanana B. B. A. Utérus cicatriciel et accouchement Epidémiologie. Prise en charge et prévention à la clinique et Maternité d'Anosibe De 1996 à 1999 Thèse Med Antananarivo, 1999.

## VELIRANO

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

*Dia manome toky sy mianina aho, fa hanaja lalandava ny fitsipika hitandrovana ny voninahitra sy ny fahamarinana eo ampanatontosana ny raharaham-pitsaboana. Ho tsaboiko maimaim-poana ireo ory ary tsy hitaky saran'asa mihoatra nohon'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 hanamorana famitankeloka.*

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

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

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

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

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

**PERMIS D'IMPRIMER**

**LU ET APPROUVE**

**Le Président de thèse**

**Signé : Professeur RAMAKAVELO Maurice-Philippe**

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**Le Doyen de la Faculté de Médecine d'Antananarivo**

**Signé : Professeur RAJAONARIVELO Paul**

*Name and surnames :* **RAZAFINDRAKOTO Harison Haja**

*Title of the thesis:* “Caesarean section on scar cicatricial uterus at the regional hospital of Fianarantsoa in 2000”

*Rubric:* Public Health

*Number of pages:* 54

*Number of tables:* 23

*Number of figures:* 21

*Number of bibliographical references:* 60

*Number of annexes:* 03

#### SUMMARY

The occurrence of a pregnancy on scar uterus is a more and more frequent eventuality, owing to the considerable marked increase in the number of the caesarean section.

A retrospective survey of caesarean section on scar uterus has been carried out at the Regional Hospital of Fianarantsoa, in order to determine the predisposing factors of the uterine rupture, which involves a major risk.

Files of parturient who had caesarean births, and, in this way, scar uterus carries, were examined, with a view to a statistical and analytical study of the materno-foetal parameters, during the period from first January to 31<sup>st</sup> December 2000.

We found out 33 cases of deliveries out of 1024, of which, the characteristics are mentioned below:

- A rate of 3,22%.
- The reiterated caesareans prevail over the indications.
- A mother death rate of 3,03%; which is brought about by uterine rupture.
- The foetal death rate rises by 6,06%, due to the fact that they delay in performing the medico-obstetrical operation.

Thus, this survey has revealed that it was important to have made a decision in front of an earlier caesarean section. From all this, we have put forward our main suggestion; that is, the reinforcement of the communication for the behaviors changes, so that caesarean section may be performed under the best of all possible conditions, and complications may remain few.

*Key words:* Scar uterus cicatricial – Hysterectomy – Indications – Uterine rupture – Antenatal medical advice.

*Director of thesis:* Professor RAMAKAVELO Maurice Philippe

*Reporter :* Doctor RANDRIANARISON Louis Pascal

*Address of the author:* Lot IVG 64 Bis Soamanandariny Antananarivo 103.

Nom et Prénoms : **RAZAFINDRAKOTO Harison Haja**

Titre de la thèse : "**OPÉRATION CÉSARIENNE SUR UTÉRUS CICATRICIEL  
AU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL  
DE FIANARANTSOA EN L'AN 2000**"

Rubrique : **SANTÉ PUBLIQUE**

Nombre de pages : 54      Nombre de tableaux : 23      Nombre de figures : 21

Nombre d'annexes : 03      Nombre de références bibliographiques : 60

### **RÉSUMÉ**

La survenue d'une grossesse sur utérus cicatriciel est une éventualité de plus en plus fréquente en raison de l'inflation considérable du nombre de césariennes.

Une étude rétrospective portant sur l'opération césarienne sur utérus cicatriciel a été faite au Centre Hospitalier Régional de Fianarantsoa dans le but de déterminer les éléments favorisant de la rupture utérine qui représente un risque majeur.

Des dossiers de parturientes césarisées porteuses d'utérus cicatriciels ont été examinés en vue d'une étude statistique et analytique des paramètres materno-fœtaux durant la période du 1 Janvier au Décembre 2000.

Nous avons trouvé 33 cas sur 1024 accouchements dont les caractéristiques sont les suivantes : la fréquence est de 3,22%, les indications sont dominées par les césariennes itératives : 42,42%, la mortalité maternelle est de 03,03% dont la cause est constituée par la rupture utérine, la mortalité fœtale s'élève de 06,06% due à un retard de prise en charge médico-obstétricale.

Cette étude a fait ainsi ressortir l'importance de la décision à prendre devant une opération césarienne antérieure d'où nous en avons apporté comme suggestion principale le renforcement de la Communication pour le Changement de Comportement pour que la césarienne se fasse dans les meilleures conditions possibles et que les complications restent peu nombreuses.

Mots-clés : Utérus cicatriciel – Hystérotomie – Indications –  
Rupture utérine – Consultation prénatale

Directeur de thèse : Professeur **RAMAKAVELO Maurice-Philippe**

Rapporteur : Docteur **RANDRIANARISON Louis Pascal**

Adresse de l'auteur : Lot IVG 64 Bis Soamanandrarinny Antananarivo 103.