

Cf RPC CNGOF

Taux de césarienne en France

Année	Taux
1972	6%
1981	11%
1991	14%
1995	16%
2004	19,6%

Ailleurs? Résultats périnataux ?

Pays	César	Mortalité périnatale
Norvège, Suède	16%	0,50%
Pays Bas	16	0,75
France	19,6	0,65
Irlande	20	0,75
Angleterre	21,5	0,75
Allemagne	26,5	0,50
USA	29	0,76
Grèce	30	1,1
Italie	36	0,75

- ## Les risques maternels
- Mortalité
 - X 4 à 10 ? (Bouvier 1991)
 - - nette récemment (Rozenberg 2004)
 - Morbidité: 1 césarienne sur 3
 - Hémorragies
 - Tranche d'hystérotomie + atonie
 - Déchirures du segment inférieur, plaies de vessie...
 - Thromboses veineuses, endométrites et infections urinaires, EP et pneumopathies, complications anesthésiques (Mendelson)...

- ## Risque / grossesse ultérieure
- Risque de 2ème puis 3ème césarienne...
 - 2/3 voie basse sur utérus cicatriciel
 - Placenta accreta
 - USA 1/20.000 ⇒ 1/500 en 30 ans
 - Mort in utero ?

Mais...

Risques maternels césar en urgence > césar programmée > voie basse...
...préférer une césar programmée si le risque de césar en urgence est très important ??

Risque inattendu pour le nouveau-né

- Césarienne prophylactique avant 39 SA = + de détresse respiratoires, parfois GRAVES même après 37SA
 - Mortalité néonatale ? (Mac Dorman 2006: mortalité néonatale x2 chez les femmes à bas risque = sans indication claire de césarienne)
- Compromis entre bénéfice fœtal attendu et risque maternel
→ Césarienne programmée = à partir de 39SA

Césarienne programmée

- 1ère = **prophylactique**
- À partir de la 2ème = **itérative**
 - 5 à 6 césariennes possibles si le segment inférieur est de bonne qualité

Les indications

- Le plus souvent plusieurs...(2 fois /3)
 - Cas typique = ARCF avec travail long
 - Sans ARCF, possibilité d'attente
 - Avec un travail rapide, possibilité de voie basse

À propos de certaines indications urgentes (1)

- Dystocie cervicale
 - Combien de temps attendre ? Plus que les 2 heures traditionnelles si l'état maternel (péri) et fœtal est satisfaisant
- Tenir compte du délai pour arriver en salle de césarienne
 - Même étage ? Brancardage ? Bloc disponible ?
 - Dystocie d'engagement
 - Réexaminer en salle de césar ++ car engagement possible
 - ARCF peu inquiétantes
 - Écouter à nouveau le RCF en salle de césar (urgent si bradycardie permanente)

À propos de certaines indications urgentes (2)

- Syndrome de **prérupture / utérus cicatriciel**
 - Diagnostic difficile: mauvais relâchement des CU, douleurs segmentaires, métrorragies
 - Rupture: présentation devenant très haute (intra abdominale)
- Métrorragies / **placenta inséré bas**
 - La rupture de la poche des eaux entraîne souvent un arrêt des saignements
- **Procidence du cordon**: petite place pour la voie basse
 - Présentation engagée (= forceps plus rapide)
 - Siège à dilatation complète si pas d'ARCF (+/- voie basse voire GES)

À propos de certaines indications présentations fœtales

- Front
 - Diagnostic de certitude: membranes rompues, présentation fixée
- Face
 - Voie basse si menton en avant, César si menton en arrière
- Siège
 - Voie basse possible si conditions respectées, y compris sur utérus cicatriciel
 - VME pour diminuer le taux de césarienne, y compris sur utérus cicatriciel
- Jumeaux, J1 en siège:
 - Si J2 en siège voie basse possible
 - Si J2 en céphalique: risque théorique d'accrochage des mentons (normalement seulement si mono mono); plutôt risque de dystocie / tête de J2 praevia pour le corps ou la tête de J1: voir conditions en écho le jour de l'accouchement

À propos de certaines indications non urgentes (1)

- Bassin chirurgical
 - Définition variable+++
 - Dynamique de l'accouchement: voie basse possible si variété antérieure bien fléchie
- Utérus cicatriciel
 - Radiopelvimétrie le plus souvent inutile
- Macrosomie
 - Césarienne si diabète avec PFE > 4250 ou 4500gr
 - Sinon pas de César systématique

Pour ces 3 situations, tenir surtout compte des **conditions cliniques** (pas trop loin du terme !)
Bannir en théorie les calculs en fonction du BIP pour les présentations céphaliques (ex. Bi épineux / BIP, Magnin...)

À propos de certaines indications non urgentes (2)

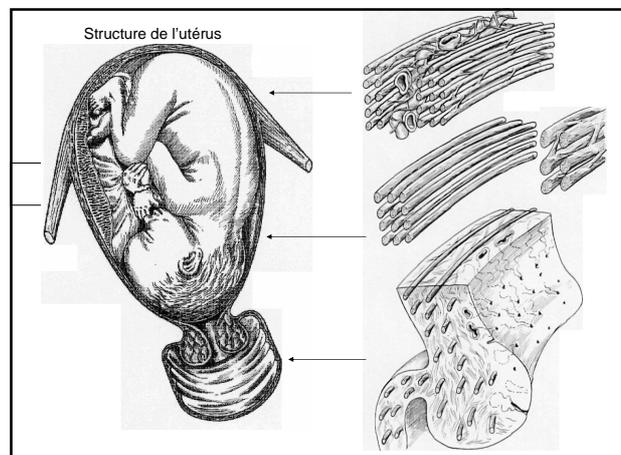
- Anomalies du périnée: au cas par cas
 - Fistule (Crohn...)
 - Antécédent de déchirure compliquée, de prolapsus opéré
- Préma ou RCIU: voie basse possible
 - RCIU vasculaire sévère: plutôt César car déclenchement mal supporté

Discussion / choix éclairé

- Mais limites = raisonnable
- Demandes abusives = peur de l'accouchement ?
- En dernier recours, clause de conscience = liberté d'adresser la patiente à un confrère

Technique de césarienne

- Anatomie
 - Vessie en bas
 - Sondage urinaire systématique
 - Utérus dextrorotation de 10 à 90°
 - Le segment inférieur se forme au 3ème trimestre: fibres musculaires et vaisseaux surtout à direction transversale



Anesthésie

- César programmée
 - Rachi anesthésie ou péri-rachi combinées
- En cours de travail
 - Analgésie péridurale ⇨ anesthésie péridurale
- Si caractère d'urgence++
 - Anesthésie générale
- Post op morphine

La laparotomie

- Pfannenstiel
 - La + classique
- Mouchel
 - Obèse, macrosomie foetale
- Joel Cohen = Misgav Ladach (= Starc): rapidité+++
 - Incision peau, graisse puis 3cm aponévrose
 - Reste de la dissection aux doigts jusqu'au péritoine viscéral
- LMSO
 - Si urgent++ pour certains
 - CIVD, nécessité d'aborder le haut de l'abdomen...

Cas de la césarienne itérative

- Souvent + difficile
 - Plans fibreux
 - Vessie ascensionnée: attention pari / Cohen
 - Adhérences
- « Truc »
 - Mise en tension de la ligne médiane / pinces de Kocher sur la berge sup de l'aponévrose après son ouverture
 - Section au bistouri froid à ras de la berge sup.
 - Ouvrir le péritoine le plus haut possible

L'exposition

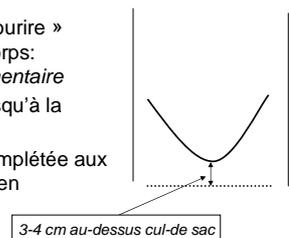
- Ecarteur
 - Soit écarteur à 2 valves
 - Soit une valve sus pubienne uniquement
- +/- Grandes compresses latéralement à l'utérus
- Ouverture du péritoine viscéral en zone décollable, refoulement vésical
 - Ciseaux +/- aux doigts
 - (Parfois non faite)

Avant l'hystérotomie

- Dextro rotation ?
- Refouler la présentation à travers l'utérus
 - Permet de repérer sa hauteur
- Valve sus pubienne pour refouler la vessie

L'hystérotomie

- Segmentaire transversale idéalement
 - Tracé arciforme « en sourire » sans remonter sur le corps: incision fascia *présegmentaire*
 - Compléter au milieu jusqu'à la poche des eaux
 - Puis indifféremment complétée aux doigts ou aux ciseaux (en protégeant le fœtus)



Hystérotomies longitudinales

- Si possibles segmentaires, indications:
 - Pédicules utérins trop proches
 - Présentation transverse ou siège très petit poids (rétraction sur tête dernière)
 - Malformations fœtales volumineuses
- Si segmento corporéale, risque ultérieur de désunion de cicatrice au moins 5%

L'extraction foetale

1. Amener la présentation en face de l'ouverture:
prendre son temps
 - Insinuer la main gauche et empaumer le pôle fœtal
 - Soulever vers le haut et l'avant sans prendre appui sur la berge inférieure
2. Retirer la valve sus pubienne
3. Poussée sur le fond de l'utérus vers le bas, le fœtus glisse sur la main gauche +/- travail de l'utérus « comme un périnée »



La délivrance

- Idéalement: délivrance dirigée
 - Anesthésiste: ampoule d'ocytocine lors du passage des épaules
 - Délivrance par massage utérin + traction contrôlée du cordon
 - Avantages ↓ hémorragies et ↓ endométrites
- Pince en cœur pour les membranes
- RU quasi systématique
- +/- dilatation du col si fermé (discutable)

Avant la suture utérine

- Extériorisation de l'utérus
 - Pour: contrôle tonus utérin
 - Contre: traction ↓ la rétraction
- Remettre la valve sus pubienne pour écarter la vessie
- Préhension des berges, idéalement sur les éventuels vaisseaux béants

Suture de l'utérus

- Points séparés ou surjet ?
 - Pas + de déhiscence ultérieure
- Extra muqueux ?
 - En théorie prévention endométriose mais jamais démontré
- Un plan ou deux ?
 - Pas de réponse, le plus important bien prendre le fascia présegmentaire= solidité

Contrôle des annexes

- Kystectomie, rarement ovariectomie si kyste très suspect
- Fibrome: pas de résection sauf si pédicule étroit (risque hémorragique++)
- Toilettes des gouttières (ou retrait des champs placés latéralement à l'ouverture)

Et le péritoine ? Redon ? Crins ?

- Péritonisation : risque d'ascension vésicale si trop épais
- Abstention = ↓ douleur et ↓ dose antibio post op, reprise transit + rapide
- Redon sous aponévrotique non systématique (fonction hémostase – Pfannenstiel)
- +/- Crins de Florence sous-cutanés en cas d'obésité morbide; hémostase soigneuse

Complications chirurgicales per opératoires

- Lésions du segment inférieur
 - Généralement trait de refend vers le bas: suture comme l'hystérotomie; à signaler sur le CRO
- Plaie de vessie
 - Surtout sur utérus cicatriciel ou sur présentation basse: ouvrir le péritoine pariétal avec prudence, assez haut +++
 - En cas de doute test vésical au bleu
 - Suture au 2/0 en 2 plans + sonde urinaire à demeure le temps de la cicatrisation (7 à 10 jours)
- Hémorragies: cf. cours suivant

Traitements adjuvants

- Carbétocine (Pabal®)
 - Ocytocine de longue durée – inconvénient son prix
 - Indication: prévention de l'hémorragie en cours de césarienne
- Antibiothérapie
 - Prophylactique systématique
 - Céphalosporines type Méfoxin®
- HBPM en post partum
 - Quasi systématiques
 - Lever précoce, +/- bas de contention

Variantes

- Césarienne sous péritonéale
 - Pour utérus infecté ou patientes avec adhérences+++ : pas d'ouverture de la grande cavité: péritoine pariétal respecté, refoulement vessie vers la gauche pour aborder le SI
- Césarienne vaginale
 - Fœtus mort <32SA avec BIP<80 et poids<2500
 - Ouverture du vagin en avant, refoulement vésical (cf. HV) section médiane du col à 12h vers le SI sur 6 à 8cm. Extraction par forceps ou GES

Contexte psychologique

- Vécu traumatisant des césariennes en urgence
- Présence du père de + en + fréquente
- Participation de la mère ?



Importance du compte-rendu

- Vécu de la patiente qui pourra le lire
- Médico légal en cas de réclamation
- Aide à la décision pour un autre accouchement +++
 - Ex: dystocie sur variété postérieure (= *explication de la dystocie*)