

CESARIENNE

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

2013-2014

Pré-requis :

- Grossesse physiologique
- Accouchement physiologique
- Déroulement des suites de couches physiologiques
- Anesthésie en obstétrique

Objectifs :

- Connaître les indications d'une césarienne
- Connaître les modalités de réalisation d'une césarienne
- Connaître la surveillance post opératoire d'une femme ayant eu une césarienne
- Connaître les complications éventuelles d'une césarienne

Introduction

La césarienne est une intervention chirurgicale qui permet d'extraire le fœtus par voie abdominale après incision de la paroi abdominale (laparotomie) et de l'utérus (hystérotomie).

La décision et la réalisation d'une césarienne relève de la compétence du médecin gynécologue-obstétricien. En dehors de l'urgence extrême, la décision est généralement prise après discussion avec l'ensemble de l'équipe médicale

Il nous semble important de rappeler que l'accouchement par voie basse a une mortalité et une morbidité maternelle plus faibles que l'accouchement par césarienne avant travail. Par ailleurs la césarienne en cours de travail est associée à un risque maternel nettement plus élevé que la césarienne avant travail.

La décision de césarienne peut être arrêtée en fin de grossesse, la césarienne sera alors réalisée avant le travail ou en tout début de travail.

Dans le cadre d'une procédure d'urgence, la césarienne peut être réalisée en dehors ou pendant le travail.

Selon la dernière [enquête nationale périnatale 2010](#), le taux de naissance par césarienne en France est d'environ 21%. Ce taux n'a sensiblement pas augmenté depuis l'enquête périnatale de 2003. [1]

1. INDICATIONS

1.1. Césarienne programmée

Quand l'accouchement est contre indiqué par les voies naturelles, la césarienne est planifiée à l'avance en fin de grossesse, on parle alors de césarienne programmée.

Les indications de césarienne doivent être évaluées à partir des données cliniques et para cliniques recueillies.

Les principales indications retenues par les différents auteurs et l'[HAS](#) sont :

- Le [placenta prævia](#) de stade III ou IV
- Macrosomie > 4500g et 4250g en cas de diabète associé

- ATCD de dystocie des épaules compliquées
- ATCD de rupture utérine
- Présentation du siège avec anomalie de la confrontation foeto-pelvienne, déflexion de la tête ou non coopération de la patiente
- Patiente HIV + avec réplication virale
- Patiente avec primo-infection HSV
- Utérus cicatriciel selon les auteurs les situations suivantes doivent être évaluées au cas par cas
 - cicatrice corporéale verticale ou segmento-corporéale
 - utérus pluri-cicatriciel
 - cicatrice d'origine gynécologique
 - cicatrice utérines traumatiques
 - Cicatrice de césarienne segmentaire avec complications post-opératoires (endométrite, abcès de paroi ..).

1.2. Césarienne en urgence

La césarienne en urgence peut être indiquée soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail. Nous distinguerons les urgences absolues des urgences relatives

1.2.1. Extrêmes Urgences

Les urgences absolues ont un caractère vital soit pour l'enfant à venir, soit pour la mère. Dans ce cadre la césarienne doit se faire dans les plus brefs délais, l'absence de cathéter péridural oblige à recourir à une anesthésie générale

Urgence fœtale : il s'agit essentiellement de l'hypoxie fœtale dont les étiologies sont :

- Pathologie funiculaire (procidence du cordon, ...)
- Hypoperfusion fœto-placentaire,
- Hypertonie utérine,
- Hypoxie maternelle,
- Pathologies associées : RCIU, pathologie placentaire, post-terme,...
- Echec de forceps pour anomalie du rythme cardiaque fœtal sévère (ARCF)
- Echec de grande extraction sur J2

Urgence maternelle : il s'agit d'hémorragies ou de complications particulièrement graves d'une pathologie maternelle de la grossesse ou associées à la grossesse

- Décollement placentaire,
- Crise éclamptique, HRP,
- Hémorragie utérine (DPPNI, placenta prævia, ...),
- Suspicion de rupture utérine...

1.2.2. Urgence

Les urgences relatives laissent un délai de plus de 10 minutes pour permettre soit l'extension d'une péridurale analgésiante, soit la pratique d'une rachianesthésie.

Dans les indications non vitales, nous retrouverons :

- Echec d'une épreuve du travail
- Dystocie dynamique : arrêt de la dilatation rebelle à toute thérapeutique

- Souffrance fœtale compensée entre les contractions utérines.
- Présentation dystocique en cours de travail

1.3. Césarienne de "convenance"[2]

Dans ses recommandations de bonne pratique concernant les indications de césarienne programmée à terme, l'[HAS](#) a abordé la question de la césarienne de convenance, c'est-à-dire à la demande de la patiente sans indications médicales ou obstétricales.

Un médecin peut refuser une césarienne de convenance, il adresse alors la patiente à un autre confrère.

- La demande maternelle n'est pas en soi une indication à la césarienne. Il est recommandé de rechercher les raisons spécifiques à cette demande, de les discuter et de les mentionner dans le dossier médical.
- Lorsqu'une femme demande une césarienne par peur de l'accouchement par voie basse, il est recommandé de lui proposer un accompagnement personnalisé le plus tôt possible et une information sur la prise en charge de la douleur
- Les bénéfices attendus pour la patiente doivent être mis en regard des risques associés à la césarienne et lui être expliqués (en particulier, le risque accru de placenta prævia et accreta pour les grossesses futures).

Au terme de la grossesse, après toutes ces démarches, lors d'une dernière consultation, l'acceptation d'une césarienne sur demande nécessite une dernière analyse concertée avec la patiente de ses motivations. Le résultat et la décision sont consignés dans le dossier.

2. CONDUITE PRATIQUE LORS DE LA CESARIENNE

2.1. Préparation

- Anesthésie loco-régionale ou générale
- Sondage vésical
- Tocolytiques éventuellement en cas de souffrance fœtale.
- Patiente en décubitus dorsal mais avec une table opératoire légèrement inclinée de 15° sur la gauche pour prévenir le syndrome de compression de la veine cave inférieure par l'utérus
- Toilette stérile de la paroi abdominale avec pose de champs stériles.

2.2. Voie d'abord

Technique de base : technique de MISGAV-LADACH

- Incision transversale de la peau au-dessus de pubis
- Ouverture de la paroi abdominale et de l'utérus (hystérotomie segmentaire transversale au scalpel + élargissement latéral doux aux doigts).

2.3. Dégagement de l'enfant

- S'il s'agit d'une présentation occipitale, saisir l'enfant en dessous de la tête, la main formant un plan incliné.
- L'enfant est propulsé hors de l'utérus par la poussée effectuée par l'aide sur le fond utérin.
- S'il s'agit d'une présentation du siège, il faudra effectuer une grande extraction du siège.
- Une aide instrumentale (forceps, ventouse) peut parfois être nécessaire.

2.4. Suite de la procédure

- Administration d'ocytocine en bolus pour éviter l'hémorragie de la délivrance.
- Antibiotio-prophylaxie systématique avec une dose unique.
- Décollement manuel de placenta.
- Perfusion d'ocytociques.
- Suture de l'hystérotomie en un plan extra muqueux.
- Pas de péritonisation.
- Fermeture aponévrotique par surjet unique.
- Le rapprochement sous-cutané est plus ou moins effectué selon les techniques [3]
- Suture de la peau.

2.5. Compte rendu opératoire (CROP) [5]

Le compte rendu opératoire sera systématique. Selon les [propositions du CNGOF diffusées en avril 2013](#), le CROP doit préciser :

- Des données administratives sur la patiente, l'établissement et les opérateurs.
- Des données médicales sur :
 - L'indication et les circonstances de la césarienne
 - le déroulement de l'intervention, les difficultés rencontrées et le matériel utilisé.

Le CROP pourra être complété par une éventuelle note pour une prochaine grossesse.

Le CROP doit être validé par la signature de l'opérateur et une copie doit être remise à la patiente.

2.6. Soins post-opératoire

Outre la surveillance habituelle du post-partum [4], la patiente ayant accouché par césarienne nécessite une surveillance particulière.

2.6.1. Surveillance immédiate

Comme toute opérée, la surveillance est majeure dans les premières heures.

Il s'agit de :

- Surveillance du globe utérin et des pertes sanguines
- Surveillance des constantes : pouls, TA, T°
- Surveillance de la couleur et du volume des urines
- Surveillance de la conscience et/ou de la sensibilité selon le type d'anesthésie

- Surveillance de la réanimation et prise en charge de la douleur selon le protocole du médecin anesthésiste

2.6.2. Surveillance clinique des premiers jours

Dans les jours suivants, les premiers points de surveillance seront complétés par :

- Surveillance de la reprise du transit : gaz.
- Surveillance utérine : Lochies, involution et douleurs
- Surveillance du fonctionnement urinaire :
 - Reprise des mictions
 - Signes fonctionnels urinaires (brûlures mictionnelles, pollakiurie, dysurie)
- Soins d'hygiène et de confort : soins vulvaires, pansement, cicatrice, hémorroïdes...
- Poursuivre la surveillance des constantes : température, pouls, TA, conjonctives
- Prévention du risque thromboembolique :
 - Surveillance clinique des membres inférieurs : œdème, douleur...
 - Lever précoce
 - Bas de contention
 - Héparine de bas poids moléculaire (la prescription médicale est faite en fonction du poids de la patiente et de ses risques individuels)
- Réalimentation selon le protocole post-opératoire

3. COMPLICATIONS POST CESARIENNE

Outre les complications dues à l'anesthésie qui ne seront pas évoquées dans ce chapitre nous aborderons les complications possibles à long terme ou dans les suites immédiates

3.1. Complications dans les suites immédiates

3.1.1. Infection urinaire

L'infection urinaire est la complication la plus fréquente chez les patientes césarisées.

Elle doit être recherchée systématiquement lors de l'ablation de la sonde urinaire ou lors de toute pyrexie en période post-opératoire.

Elle est majorée en cas d'analgésie péridurale.

Sa fréquence est très variable en fonction de l'application de mesures spécifiques (drainage vésical clos...).

Les symptômes d'infections urinaires vont dépendre de l'ampleur et de la localisation de l'infection

Les signes d'appels sont :

- Pollakiurie,
- Brûlures mictionnelles,
- Douleurs lombaires,

A l'examen :

- Les urines sont troubles, la bandelette urinaire est positive (leucocytes, nitrites)
- L'examen clinique met en évidence des douleurs lombaires en cas de suspicion de pyélonéphrite.

L'ECBU confirme le diagnostic.

Les principes du traitement sont les mêmes qu'en dehors de la grossesse soit antibiothérapie en fonction des germes identifiés.

3.1.2. Endométrite

L'endométrite ou infection de l'endomètre débute souvent, 3 à 5 jours après l'accouchement, ici la césarienne.

Les signes d'appel sont :

- Fièvre modérée à 38 °C,
- Douleurs pelviennes peu intenses,
- Lochies abondantes et malodorantes.

A l'examen :

- L'utérus est mal involué avec stagnation de la hauteur utérine et col béant,
- Douleur à la mobilisation utérine,
- Lochies abondantes et malodorantes.

Le diagnostic est clinique.

- L'examen bactériologique vaginal a surtout pour but d'identifier le germe en cause pour adapter si besoin le traitement antibiotique.

La prise en charge d'une endométrite du post-partum quel que soient les modalités de l'accouchement (voie basse ou césarienne) est :

- Hospitalisation.
- NFS, examen bactériologique vaginal et urinaire, hémoculture si fièvre > 38,5°C.
- Antibiothérapie à large spectre et compatible avec l'allaitement, type amoxicilline + acide clavulanique intraveineuse puis relais per os après normalisation de la température adaptée secondairement aux résultats des prélèvements vaginaux.
- Eventuellement, utérotoniques pour favoriser la rétraction utérine. Ocytocine (Syntocinon® IM) ou méthylergométrine (Methergin® per os).
- En cas de forte fièvre (> 38,5° C), le lait doit être tiré et jeté jusqu'à défervescence thermique.
- Discuter un traitement anticoagulant préventif, surtout en cas de mauvais terrain veineux.

3.1.3. Phlébite pelvienne

Elle complique une endométrite. Il faut y penser devant une endométrite sévère et rebelle au traitement antibiotique.

Les éléments du diagnostic ne sont pas spécifiques :

- signes urinaires (dysurie, pollakiurie, rétention d'urines),
- signes intestinaux (ballonnement, ténesme),
- douleur d'un paramètre au toucher vaginal,

C'est leur association à l'endométrite qui est évocatrice.

Le diagnostic sera confirmé par l'échographie Doppler pelvienne, parfois il faudra cependant avoir recours à un scanner voire une IRM pelvienne.

Le traitement repose sur une prescription d'héparine à doses curatives et d'antibiotiques.

3.2. Complications à long terme

La femme porteuse d'un utérus cicatriciel aura désormais un pronostic obstétrical réservé si elle a une nouvelle grossesse avec un risque majoré de :

- Rupture utérine
- Placenta prævia
- Placenta accreta...

Conclusion

Avec un taux moyen de césarienne à 20-21%, les professionnels vont être de plus en plus souvent confrontés à des patientes porteuses d'utérus cicatriciel qui présentent des risques supplémentaires.

Même si les techniques d'anesthésie et opératoires se sont notablement améliorées dans la dernière décennie, il n'en demeure pas moins que l'accouchement par césarienne augmente sensiblement les facteurs de risques maternels et fœtaux par rapport à un accouchement voie basse.

Afin de réduire le taux de césarienne en cours de travail, il est recommandé aux professionnels (sages-femmes et médecins) de réévaluer tout au long de la grossesse, la décision du mode d'accouchement : accouchement voie basse ou césarienne.

ANNEXES

Glossaires :

Placenta prævia

Un placenta est dit prævia lorsqu'il s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur.

Au cours de la grossesse, les placentas prævia sont classés en quatre stades :

- Stade IV : le placenta prævia central ou prævia total, recouvre en totalité l'orifice interne du col.
- Stade III : le placenta prævia partiel, le col est recouvert en partie.
- Stade II : le placenta prævia marginal, affleure l'orifice interne du col.
- Stade I : le placenta latéral dont le bord inférieur reste à distance de l'orifice interne du col.

Placenta accreta [3]

Le placenta accreta est une pathologie rare caractérisée par une adhérence anormale du placenta à l'utérus, associée dans 60 % des cas à un placenta prævia.

Il existe trois types anatomiques en fonction de la pénétration dans le myomètre :

- la forme accreta (75 %) est une pénétration superficielle,
- la forme increta concerne une pénétration profonde,
- la forme percreta caractérise des villosités qui traversent le myomètre pour atteindre la séreuse et même les organes pelviens (vessie essentiellement).

Utérus cicatriciel

L'utérus cicatriciel se définit comme un utérus portant à un endroit quelconque du corps ou de l'isthme une ou plusieurs cicatrices dont l'origine est principalement obstétricale

Bibliographie

1. BLONDEL B., KERMARREC M.,
Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
2. Haute Autorité de Santé (HAS)
Recommandation de bonne pratique : Indications de la césarienne programmée à terme.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/fr/indications-de-la-cesarienne-programmee-a-terme
3. MARPREAU L., Collège National des Sages-femmes, Association Française des Sages-femmes Enseignantes,
Traité d'obstétrique
Ed Elsevier Masson, Paris, 2010, 657p.
4. Université Virtuelle de Maïeutique Francophone (UVMFAF)
Suites de couches physiologiques
<http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/suitescouches/site/html/>
5. Collège National des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)
Contenu minimum obligatoire d'un compte-rendu de césarienne
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/CR_OP_cesarienne_V1_BM.pdf