

République algérienne Démocratique et Populaire
Université Abou Bakr Belkaid Tlemcen
Département de Médecine



Mémoire de fin d'étude en vue d'obtention du doctorat en Médecine
« Les Césariennes »



Encadrant : Pr OUALI

Les internes : BOUDAUD IMENE
BOUZIANI BOUCHRA
BERRABAH WISSEM

Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant –Tlemcen

2018/2019

Dédicace :

On dédie ce modeste travail a :

ALLAH

Le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

*Qui nous a donné du courage dans les moments de faiblesse et la foi
dans les moments de désespoir*

*A nos chères parents ; aucun hommage ne pourrait être à la hauteur
de l'amour dont ils ne cessent de nous combler. Que dieu leur procure
bonne santé et longue vie.*

A nos frères et sœurs Merci pour votre affection et soutien

*Sans oublier la lumière de nos jours nos chères grand parents, vous
nous avez toujours comblées de bénédictions ; de prières et de
conseils ; par ce travail ; reçoivent nos sincères remerciements.*

*A tous les enseignants et professeurs que nous avons eus depuis notre
jeune âge.*

*A nos amies sincères,
A nos collègues d'études.*

*A nos malades qui nous ont appris la patience, de l'espoir et de la joie
face à la maladie, le défi et la lutte permanente contre la souffrance.*

J'espère ne jamais Vous décevoir

A toute notre famille

*Aux personnes qui nous a toujours aidé et encouragé
Merci d'avoir toujours cru en nous, et pour votre soutien sans faille à
tous les moments.*

Remerciements :

Ce travail ne serait pas aussi riche et n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide et l'encadrement de nos deux grands chers Professeurs : Mr OUALI MOHAMMED et Mr BELARBI BOUMEDIENE;

C'est un grand plaisir que nous nous sommes adressées à vous dans le but de bénéficier de votre encadrement, vous êtes une personne de science rigoureuse et pointilleuse respectée de tous, et une fierté pour notre faculté.

Nous sommes très touchées par votre disponibilité malgré vos multiples responsabilités.

Notre remerciement s'adresse également à tous nos professeurs durant notre cursus d'études pour leurs générosités et la grande patience dont ils ont su faire preuve malgré leurs charges académiques et professionnelles.

SOMMAIRE :

- Dédicace
- remerciement.....
- liste d'abréviations.....

Le premier chapitre: étude théorique

1/Introduction.....

2/Base anatomique.....

A-Utérus.....

a-utérus non gravide.....

1-configuration externe de l'utérus.

2-configuration interne de l'utérus.

3-moyens de fixité de l'utérus.

4-structure de l'utérus.

5-rapports

6-vascularisation de l'utérus.

7-innervation de l'utérus.

b-utérus gravide.....

1-le segment inferieur.

2-les rapports péritonéaux.

3-les rapports antérieurs.

4-les rapports latéraux.

B- Le bassin osseux.....

a- le bassin

1-le détroit supérieur ou l'orifice supérieur.

2- le détroit inferieur ou l'orifice inferieure

3- l'excavation pelvienne.

3/Revue de la littérature.....

A-Terminologie

B- Histoire de la césarienne.....

C-Définition.....

D-Epidémiologie.....

4/Les indications de la césarienne.....

A- Les césariennes d'urgences.....

a- les urgences absolues.....

1-urgences fœtales

2- urgences maternelles

b- les urgences relatives.....

B- Les césariennes prophylactiques

C- La césarienne de convenance

D- La césarienne post mortem .....	.....
5/ Les contres indications.....	.....
6/ L'intervention césarienne .....	.....
A - Préparation à l'intervention.....	.....
a- préparation du chirurgien	
b- préparation de la patiente	
c- présence du pédiatre	
d- préparation du matériel.....	.....
B-Techniques d'anesthésie utilisées.....	.....
a- anesthésies générale .....	.....
b- anesthésie locorégionale.....	.....
1-anesthésie péridurale	
2- rachianesthésie	
3- rachi-péri combinée.	
c- le choix du type d'anesthésie.....	.....
C- La technique opératoire de la césarienne.....	.....
a- césarienne trans-péritonéale .....	.....
1- ouverture péritonéale	
2- hystérotomie	
3- extraction fœtale	
4- Délivrance	
b- l'antibioprophylaxie	
c- hystérorraphie	
d- exploration	
D- Le compte rendu Opératoire.....	.....
7/Les complications liées à la césarienne .....	.....
A-complications per opératoire .....	.....
B- complications post opératoire .....	.....
8/surveillance post interventionnelle.....	.....
9/ le pronostic materno-fœtal.....	.....
a- mortalité maternelle	
b- mortalité fœtale	
10/Prévention des complications de l'intervention césarienne. ....	.....
11/L'avenir gynéco-obstétrical des patientes césarisées .....	.....
A- Accouchement par les voies naturelles après césarienne.....	.....
B- La césarienne itérative.....	.....
C- Autres problèmes gynécologiques.....	.....
12/Les interventions associées au césarienne.....	.....
13/Conclusion.....	.....

Le deuxième chapitre: étude pratique

- Introduction.....
- Matériel et méthode.....
- résultats.....
- Discussion
- Conclusion.....
- Résumé (français, anglais).....

- Bibliographie

Liste d'abréviations :

UBC : UTERUS BICICATRICIEL

UTC : UTERUS TRICICATRICIEL

UQC : UTERUS QUADRICICATRICIEL

SRA : SOUFFRANCE FOETALE AIGU

GG: GROSSESSE GEMELLAIRE

HTA : HYPERTENSION ARTERIELLE

SA: SEMAINE D'AMENORHEE

DDT : DEPASSEMENT DE TERME

ATCDS : ANTECEDENTS

FHF : LA FEDERATION HOSPITALIERE DE France

BCF : BRUITS DE COEUR FOETAL

HRP: HEMATOME RETRO PLACENTAIRE

PP: PLACENTA PREAVIA

EHS : ETABLISSEMENT HOSPITALIER Spécialisé

LE PREMIER CHAPITRE :

ETUDE THEORIQUE

1. Introduction :

La césarienne est une opération obstétricale réalisant l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus (hystérotomie).

L'incidence des césariennes varie considérablement d'un pays à l'autre, mais son taux a connu une croissance considérable durant la dernière décennie, dans les pays en voie de développement comme dans les pays développés. Certains auteurs qualifient ce phénomène « d'épidémie des césariennes ».

Une conclusion du Collège des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF), reconnaît qu'en terme de morbidité et mortalité materno-fœtales, la césarienne est plus risquée qu'un accouchement par voie basse. Ces risques sont accrus chez les femmes ayant un accès limité à des soins obstétricaux complets. A dire que la césarienne n'est pas une intervention sans danger à ce jour surtout, lorsque les gestantes ne sont pas suivies en pré et post opératoires.

2. Base anatomique :

A- Utérus :

a. Utérus non gravide :

Chez la femme, l'utérus est un organe creux, impair, médian, siégeant dans la partie moyenne du petit bassin (ou pelvis). Sa forme est globalement celle d'une poire. Il est composé de trois parties : le fond utérin, le corps utérin et le col utérin, séparés par l'isthme, rétrécissement entre la cavité corporelle et le canal endocervical.

L'utérus est situé entre le rectum en arrière et la vessie en avant dans le pelvis, avant d'atteindre la cavité abdominale lorsqu'il y a un fœtus mobile.

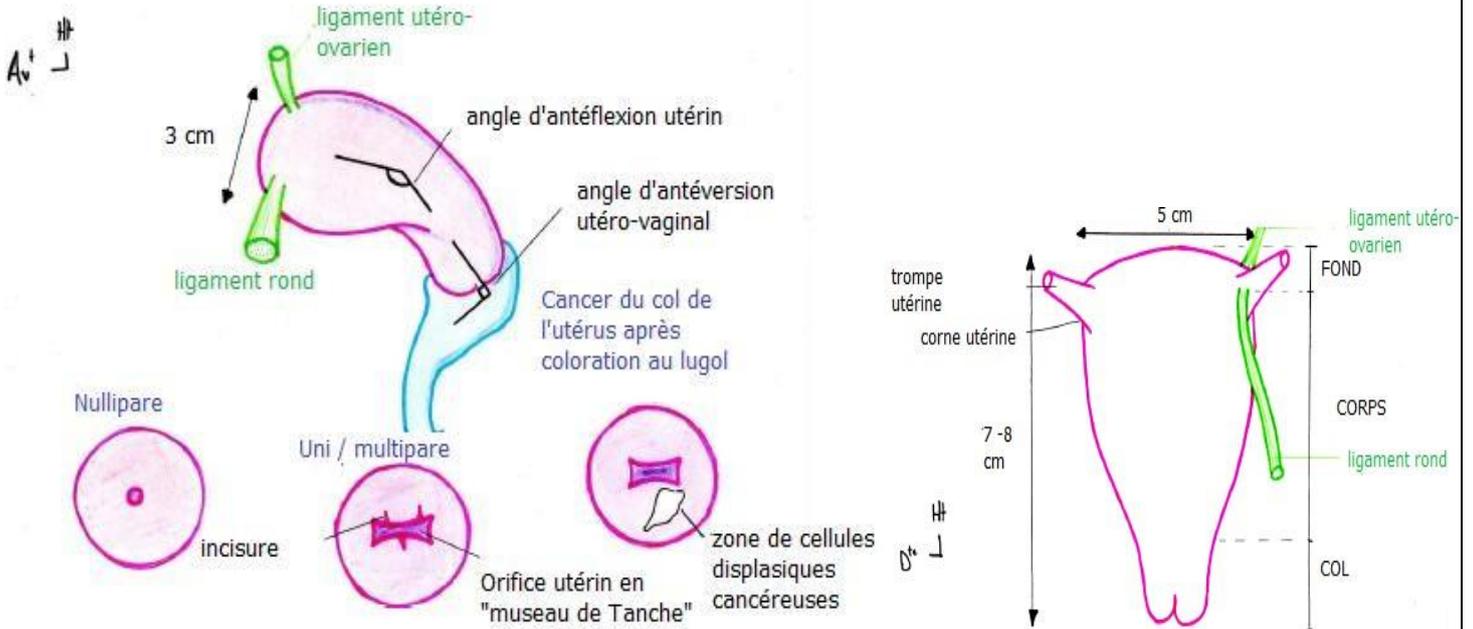
1- Configuration externe de l'utérus:

Trois parties sont à distinguer : le corps, le col et l'isthme.

-Le corps présente deux faces : antérieure (vésicale), postérieure (intestinale), une base (le fond utérin), deux bords (droit et gauche)

-Le col, de forme cylindrique, il donne insertion au vagin qui le divise en deux portions supra vaginales

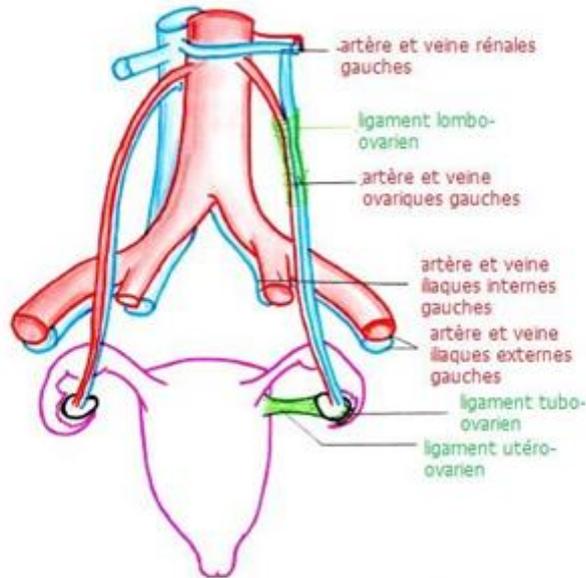
-L'isthme.



2- Configuration interne de l'utérus :

L'utérus est creusé d'une cavité qui occupe le corps : c'est la cavité utérine, le col et son canal cervical.

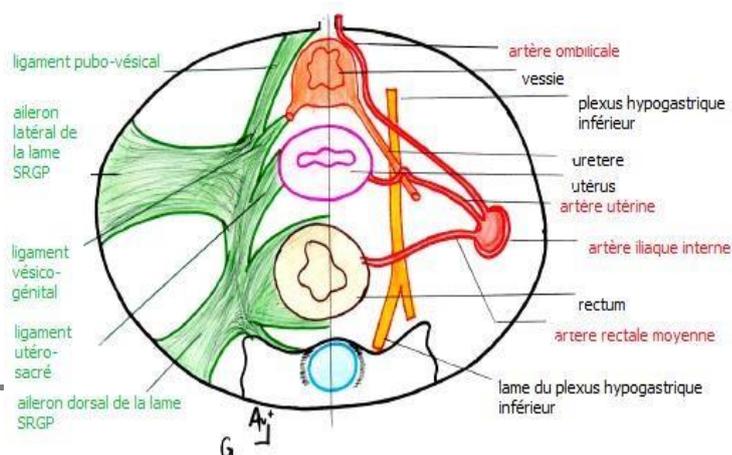
3- Les moyens de fixité de l'utérus:



- Les ligaments ronds
- Les ligaments utéro-sacrés
- Le ligament cervical transverse
- Les muscles du plancher pelvien : du diaphragme pelvien et uro-génital.

4- La structure de l'utérus : se décrit en trois couches de dehors en dedans :

- Une couche séreuse : *le péritoine,*
- Une couche musculuse : *le myomètre,*
- Une couche muqueuse : *l'endomètre.*

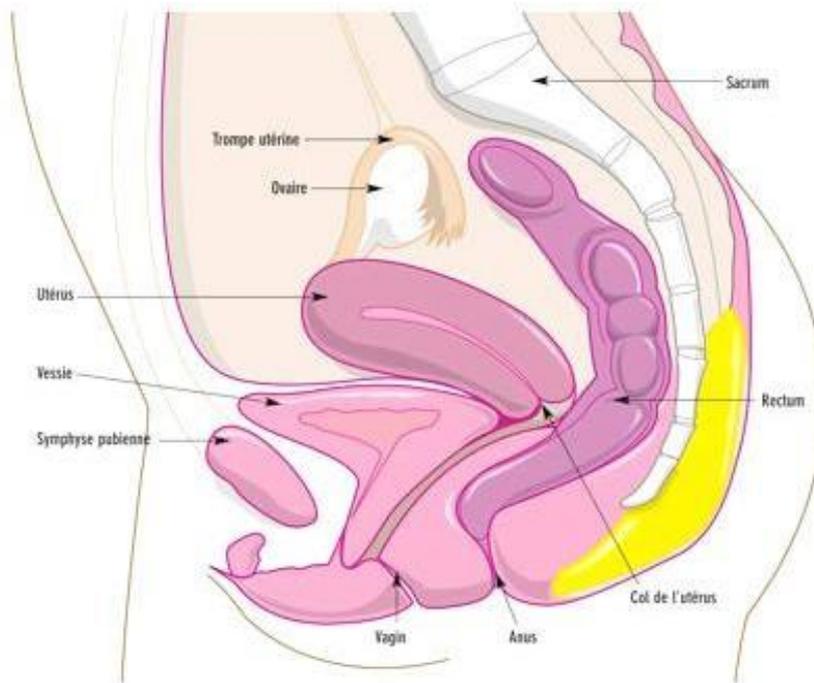


5- Rapports :

En avant de l'utérus, on trouve la vessie et le pubis ; en arrière, le rectum ; latéralement, les ovaires ; en haut, le péritoine.

L'utérus est normalement antéfléchi et antéversé, il se redresse progressivement lorsque la vessie se remplit.

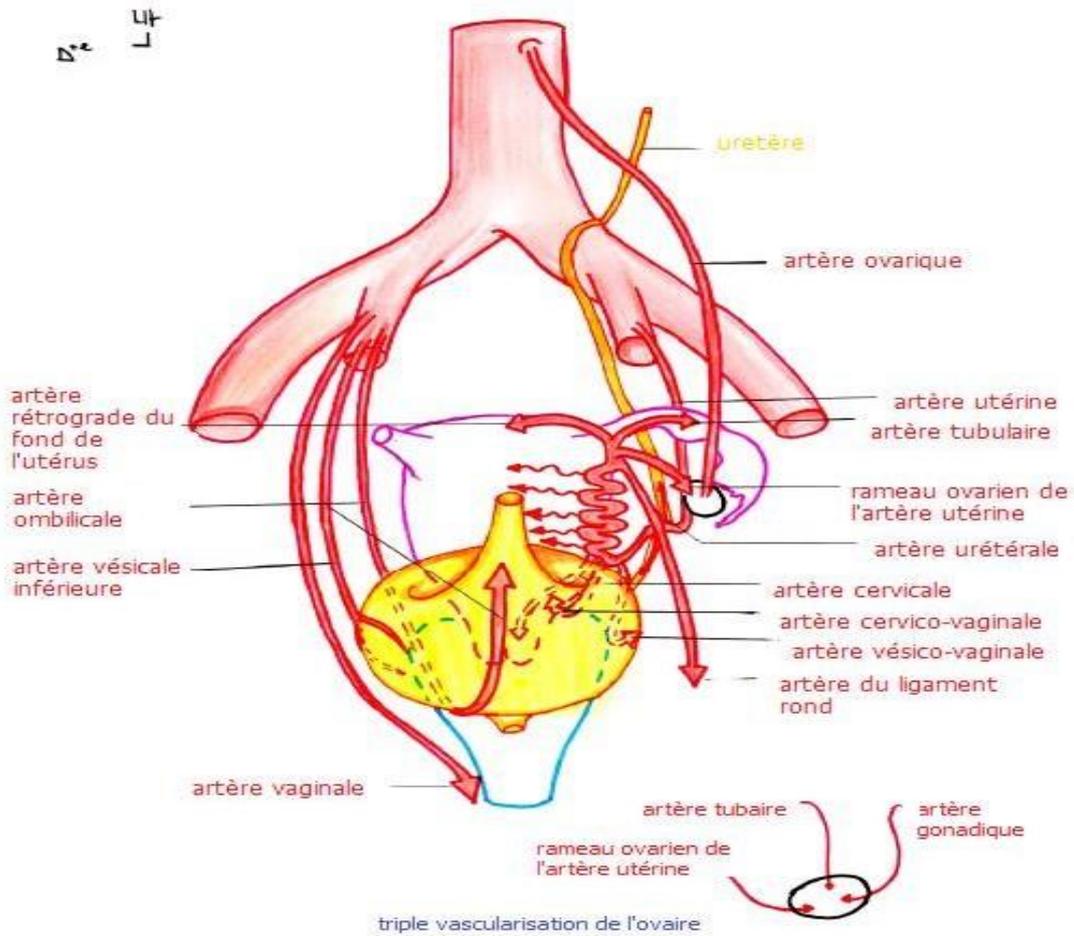
Les variations de position de l'utérus ne sont pas rares : il peut être aligné avec la cavité vaginale, voire fléchi en arrière (utérus rétroversé). Ces dispositions exposent à la descente d'organes et à la dyspareunie.



Coupe sagittale du bassin de la femme

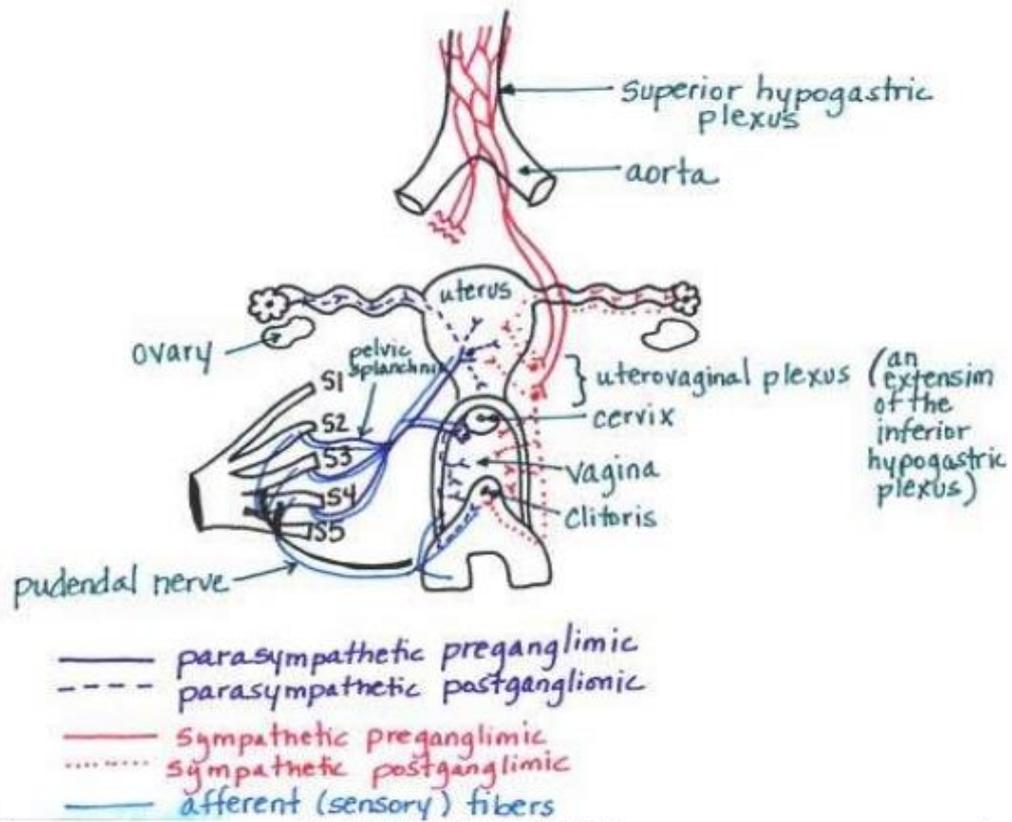
6- Vascularisation de l'utérus :

L'artère utérine assure les apports en nutriments et en oxygène de l'utérus, elle provient de la division antérieure de l'artère iliaque interne



7-INNervation :

Il est innervé somatiquement par les branches L5-S1-S2, sympathiquement par T12-L1-L2 et para-sympathiquement par le plexus sacral.

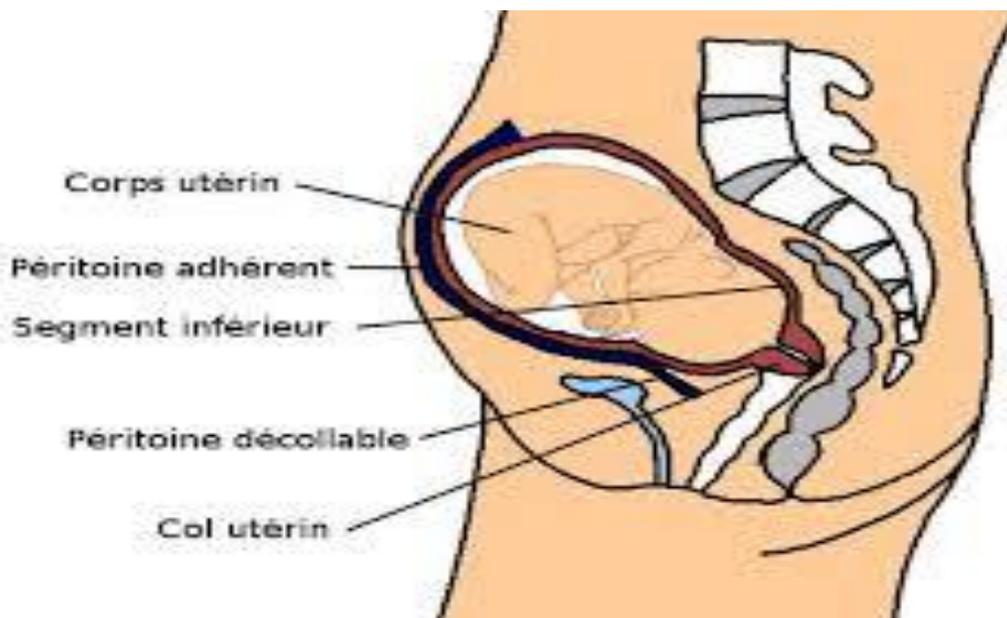


29-09-2014

Indraprastha Apollo Hospital, New Delhi

6

b. utérus gravide :



L'utérus gravide est un organe génital féminin destiné à recevoir l'ovule fécondé, à permettre son développement et à l'expulser à la fin de la grossesse. Composé de 3 segments : *Le corps, le segment inférieur et le col utérin* ainsi que ses annexes (*trompes, ovaires*).

L'organisme maternel se modifie au cours de la grossesse et la plus grande transformation concerne l'utérus. Cette modification se fait sous l'influence des hormones stéroïdiennes et non stéroïdiennes. L'utérus gravide est dénommé ainsi lorsqu'il contient *le conceptus* (le mobile fœtal).

L'utérus est situé entre le rectum en arrière et la vessie en avant dans le pelvis, avant d'atteindre la cavité abdominale lorsqu'il y a mobile fœtal.

À terme, l'utérus gravide, seul pèse en moyenne 1000 grammes et a une capacité de 4-5 litres pour une grossesse mono-fœtale et mesure 32 cm en son fond utérin au niveau abdominal.

Mois de grossesse	Semaines d'aménorrhée	Valeur moy.de la hauteur utérine en cm
4 mois	20	16
4 mois et demi	22	A l'ombilic
5 mois	24	20
6 mois	28	24
7 mois	32	28
8 mois	36	30
9 mois	40	32

1- Segment inférieur :

Le Segment Inférieur (**SI**) est la partie basse, amincie de l'utérus gravide à terme. Il est situé entre le corps et le col de l'utérus. C'est une entité anatomique et physiologique créée par la grossesse ; il disparaît avec elle.

Remarque : L'ampliation du segment inférieur dépend de l'appui de la présentation fœtale. Sa minceur, sa faible vascularisation, en font un lieu de choix pour l'hystérotomie des césariennes

1.1 - Sa forme :

Le SI est une calotte évasée ouverte en haut. La paroi antérieure est plus longue et plus bombée.

1.2 - Ses limites :

- La limite inférieure correspond, avant le travail, à l'orifice interne du col.
- La limite supérieure, moins nette, correspond au changement d'épaisseur de la paroi utérine et siège à environ 2 cm au-dessous de la zone d'adhérence intime du péritoine. Elle est parfois marquée par l'existence d'une grosse veine transversale, la veine coronaire de l'utérus.

1.3 - Ses dimensions :

Il mesure environ 7 à 10 cm de hauteur, 9 à 12 cm de largeur et 3 mm d'épaisseur. Les dimensions varient selon la présentation, et le degré d'engagement de celle-ci.

Sa minceur permet parfois de percevoir la présentation fœtale lors de la réalisation du toucher vaginal, au troisième trimestre de la grossesse.

1.4 - La formation :

Le segment inférieur se constitue aux dépens de l'isthme utérin et de la partie supra-vaginale du col. Le début de sa formation est variable et sa formation progressive au cours du 3^{ème} trimestre. Il acquiert une définition nette vers la 28^{ème} SA chez la primipare ; chez la multipare, son développement est plus tardif car l'utérus est plus vaste. Il y a moins de conflit entre le contenu (le fœtus qui grandit) et le contenant déjà vaste. Sa formation relève de deux phénomènes : la pression intra-ovulaire et la contraction utérine.

1.5 - Les rapports

1.5.1 - En avant

La vessie est le rapport essentiel. Elle ascensionne généralement en fin de gestation, lorsque la présentation est engagée et devient supra pubienne. Suivant son degré de réplétion, elle masque plus ou moins le segment inférieur. Les adhérences vésicales après césarienne favorisent ou non l'ascension de la vessie.

- La partie supérieure du SI est recouverte par le péritoine viscéral peu adhérent et facilement décollable en raison de l'imbibition gravidique du tissu cellulaire sous-péritonéal. Elle répond à la vessie dont elle est séparée par le cul-de-sac vésico-utérin, et sa profondeur dépend de la situation abdominale ou pelvienne de la vessie.
- La partie inférieure répond au septum vésico-utérin qui la sépare de la base vésicale. Ce septum constitue un plan de clivage exsangue.

1. 5. 2 - En arrière :

La face postérieure est recouverte du péritoine, elle répond au rectum, par l'intermédiaire du cul-de-sac recto-utérin devenu plus profond.

1. 5. 3 - Latéralement :

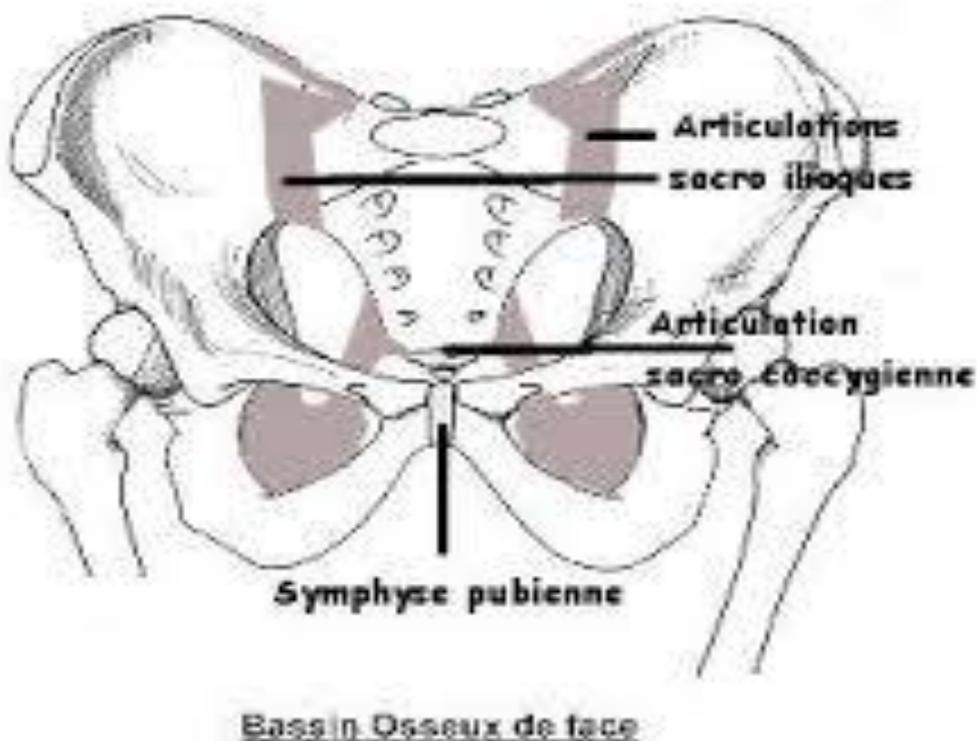
Elles sont en rapport avec les paramètres élargis contenant les vaisseaux utérins et l'uretère pelvien. L'uretère est appliqué sur les faces latérales du segment inférieur immédiatement au-dessus du fornix. La direction des uretères est déterminée à terme par une ligne allant de la bifurcation iliaque à l'épine du pubis. Par ailleurs, du fait de la dextrotorsion de l'utérus, l'uretère gauche chemine pendant un cours trajet sur la face antérolatérale gauche du segment inférieur. C'est à ce niveau qu'il a pu parfois être lésé au cours de césariennes segmentaires transversales.

B- BASSIN OSSEUX :

Le bassin est divisé en deux parties : le grand bassin et le petit bassin. Le grand bassin, sans intérêt obstétrical, fait partie de la cavité abdominale. Il est constitué latéralement par les fosses iliaques des os coxaux et, en arrière, par les ailes du sacrum.

Quant au petit bassin, il correspond au bassin obstétrical. Ce canal osseux est composé de deux ouvertures : le détroit supérieur et le détroit inférieur et d'une excavation : l'excavation pelvienne.

Il a un rôle majeur en obstétrique.



a. Le bassin :

1-Le détroit supérieur :

1.1. Les limites :

D'avant en arrière :

le bord supérieur de la symphyse pubienne, les crêtes pectinéales et les éminences ilio-pectinées,

Les lignes arquées (ancienne appellation : les lignes innominées),

le promontoire.

1.2. La forme :

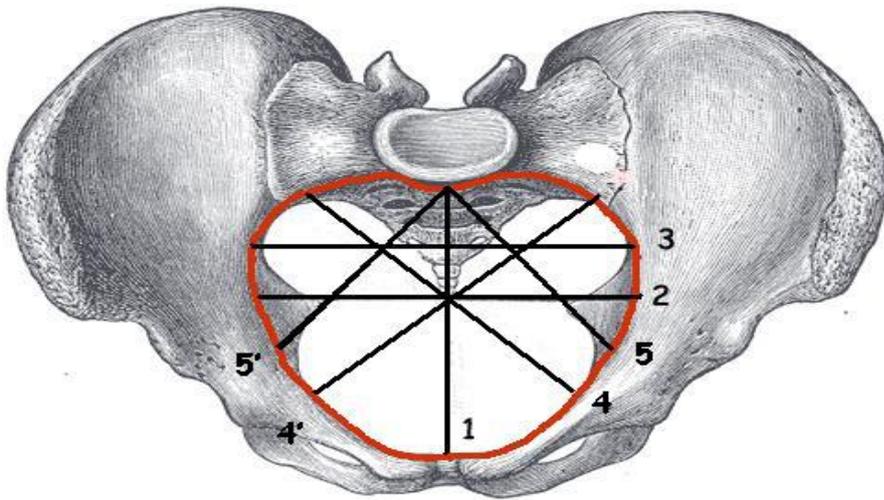
Classiquement le bassin féminin est de forme gynécoïde. Sa forme ressemble alors à un cœur de carte à jouer. Le détroit supérieur (DS) présente : un arc antérieur régulier de 6 cm de rayon environ, deux arcs postérieurs ou incisures (sinus) sacro-iliaques, séparés par le promontoire.

Lorsque la tête fœtale s'engage en variété antérieure, l'occiput bute sur l'arc antérieur, ce qui entraîne la flexion. Lorsque la variété est postérieure, l'occiput est en regard d'un des sinus sacro-iliaques. La forme plus large de cette partie du bassin osseux favorise moins la flexion. Ceci explique le nombre de présentations défléchies plus important, lorsque l'engagement de la tête fœtale a lieu en variété postérieure.

1.3. Les principaux diamètres :

La présentation fœtale, gênée par le promontoire est obligée de s'engager dans un diamètre oblique droit ou gauche. Les diamètres obliques relient l'éminence ilio-pectinée à l'articulation sacro-iliaque opposée.

Le repère étant l'éminence ilio-pectinée, le diamètre oblique gauche relie l'éminence iliopectinée gauche à l'articulation sacro-iliaque opposée. Il est le plus fréquemment emprunté par la présentation. Le diamètre transverse maximal est trop postérieur pour être fondamental dans l'accouchement.



1 = Promonto-Rétro-Pubien (PRP) = 10,5 à 11 cm; 2 = Transverse médian (TM) ou utile = 12 cm à 12,5 cm; 3 = Transverse maximal = 13,5 cm; 4 et 4' = Diamètres obliques gauche et droit = 12,5 cm à 13 cm; 5 et 5' = diamètre sacro-cotyloïdien gauche et droit = 9 cm

1.4. Les différents types de bassin :

Même si classiquement le bassin féminin est de forme gynécoïde, la forme du détroit supérieur peut être très variable et il est possible de décrire d'autres morphotypes :

-Le bassin platypelloïde ou plat II : est souvent rencontré dans les populations de morphotype asiatique. La petite dimension des axes obliques et l'effacement des arcs sacro-iliaques entraîne une plus grande fréquence des engagements en transverse.

-Le bassin anthropoïde ou ovale : Il est plus fréquemment rencontré dans les populations africaines. Il est transversalement rétréci. La quasi-absence des arcs sacro-iliaques, l'allongement du Promonto-Rétro-Pubien et la diminution du Transverse Médian entraîne plus souvent un engagement selon un axe antéro-postérieur.

-Le bassin androïde ou triangulaire : Il se rapproche de la configuration du bassin masculin.

Il se caractérise lui aussi par un allongement du Promonto-Rétro-Pubien et une

diminution du Transverse Médian, mais l'arc antérieur étant fermé, l'engagement de la présentation est très difficile.

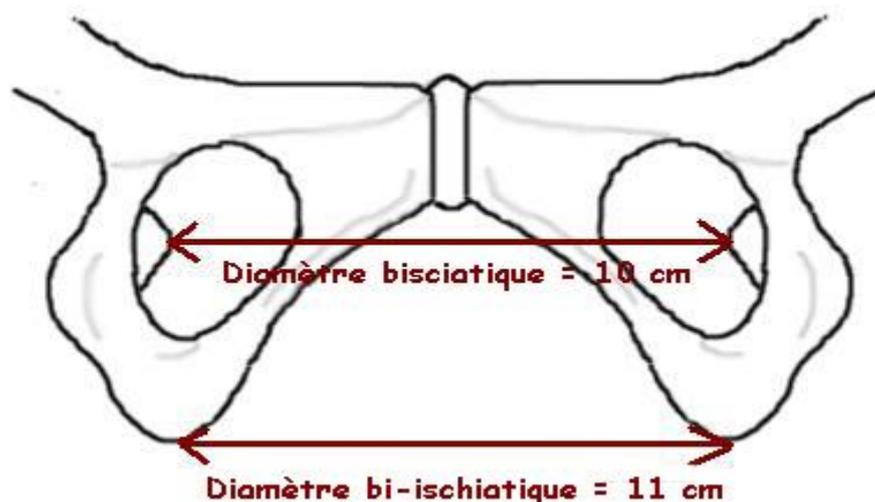
1.5. Le plan du détroit supérieur:

Il fait un angle de 60° en bas et en avant avec l'horizontale chez une femme debout et 45° chez une femme en position allongée

L'axe du détroit supérieur ou axe ombilico-coccygien est perpendiculaire au plan du détroit supérieur. C'est l'axe d'engagement et de descente de la présentation fœtale. L'axe du détroit inférieur étant l'axe de dégagement du fœtus

2- Le détroit inférieur :

Le détroit inférieur forme l'orifice inférieur du bassin et se définit comme le plan de dégagement de la présentation. C'est la zone d'insertion des muscles superficiels du périnée.



2.1. La forme du détroit inférieur :

Il ressemble à un losange à grand axe antéro-postérieur. C'est un orifice ostéo-fibreux non régulier constitué par :

-en avant : le bord inférieur de la symphyse pubienne,

-latéralement, d'avant en arrière : le bord inférieur des branches ischio-pubiennes, le bord inférieur des tubérosités ischiatiques, les grands ligaments sacro-sciatiques,

-en arrière : la pointe du coccyx.

2.2. Les diamètres:

Le diamètre sous coccy-sous-pubien mesure 9,5 cm. Le diamètre bi-ischiatique (ne pas confondre avec le diamètre bisciatique) ou inter tubérositaire mesure 11 à 12 cm.

La rétropulsion du coccyx peut amener le diamètre sous coccy-sous-pubien à 12,5 cm.

3-L'excavation pelvienne :

L'excavation pelvienne est la région du petit bassin située entre le détroit supérieur et le détroit inférieur, dans laquelle s'effectuent la descente et la rotation de la présentation.

3.1. La forme de l'excavation pelvienne :

Elle représente un segment de cylindre courbe, dont le diamètre interne est de 12 cm. Cette disposition est différente de celle de tous les autres mammifères.

3.2. Les limites :

L'excavation pelvienne est limitée :

- en avant par la face postérieure de la symphyse pubienne,
- latéralement par les surfaces quadrilatères encadrées par le trou obturateur en avant et les échancrures sacro-sciatiques en arrière
- en arrière par la face antérieure du sacrum à concavité antéro-inférieur

3. Revue de la littérature :

A- Terminologie :

Contrairement à la légende, le terme (Césarienne) ne vient pas de Jules César mais plutôt du verbe latin CAEDERE qui signifie couper. L'opération chirurgicale que nous connaissons aujourd'hui puise notamment ses racines dans les mythologies indo - européennes. Avant d'être un acte technique, elle est premièrement :

- **L'enjeu de réflexion sociétale :**

Par exemple la lex regia édictée par NUMA POMPILIUS (715 - 673 Avant Jésus - Christ) qui ordonnait que toute femme enceinte mourra subitement (en couches ou juste avant le terme) devait être césarisée dans l'espoir de sauver l'enfant s'il était encore en vie. Cette loi, selon PLINE L'ANCIEN a permis la survie de SCIPION L'AFRICAIN, général et homme d'état romain.

- **l'enjeu de réflexions religieuses et philosophiques :**

Ce n'est qu'à la période de renaissance que paraît le premier traité médical entièrement dédié à la césarienne et où l'on trouve la première description de la technique de la césarienne sur une femme vivante. En France, le premier traité sur la césarienne est l'œuvre de FRANCOIS ROUSSET publié à Paris en 1581.

Ce livre a des conséquences désastreuses pour les femmes qui subissent une césarienne par la suite, puisque son auteur affirme notamment : « remettre la matrice doucement dans son lieu, sans rien ni coudre, sa rétraction vaut mieux que couture »

Cette indication est restée longtemps suivie, entraînant de nombreux décès par hémorragie

B- Histoire de la césarienne :

La césarienne est une opération qui remonte à la nuit des temps. Depuis que l'art médical existe elle hante les accoucheurs.

Sa fréquence, sa morbidité et sa technique ont évolué au gré des découvertes médicales et des évolutions des sociétés.

L'histoire de l'opération césarienne peut être divisée en quatre périodes :

- De l'antiquité au moyen âge : césariennes post-mortem
- Du XVIe siècle au XIXe siècle : césariennes sur femmes vivantes
- XIXe siècle et début du XXe siècle : avènement de l'asepsie chirurgicale
- Période moderne

- De l'antiquité au moyen âge : césarienne post mortem

- Pompilius, roi légendaire de Rome (715-673 avant J.C.) avait codifié la césarienne post mortem dans la " lex régia " (loi royale), interdisant l'inhumation d'une femme enceinte avant que l'enfant n'eut été extrait.

- Du XVIe siècle au XIXe siècle : césarienne sur femmes vivantes

- En 1500 Jacob NUFER, après consentement des autorités cantonales, effectue et réussit la première césarienne sur femme vivante, sa propre femme.

- En 1581 : François ROUSSET publia le premier traité de la césarienne en France qu'il a intitulé « Enfancement césarien »

- 1721 : MAURICEAU, comme AMBROISE PARE condamne la césarienne en ces termes « cette pernicieuse pratique empreinte d'inhumanité, de cruauté et de barbarie » à cause de la mort quasi fatale de la femme.

- La première suture utérine au fil de soie fut réalisée par LEBAS en 1769

- PFANNENSTIEL proposa l'incision pariétale transversale qui avait été évoquée par certains anciens

- XIXe siècle et début du XXe siècle : avènement de l'asepsie chirurgicale

La notion d'asepsie est apparue à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle à partir de l'école de Vienne et de l'école Pasteurienne. L'infection peut être d'origine :

- exogène d'où l'utilité de l'asepsie opératoire
- ou endogène d'où l'intérêt de la prévention de l'infection ovulaire

- Période moderne :

Marquée par l'avènement de l'antibiothérapie, la pénicilline en 1940 puis les autres antibiotiques.

Ensuite, les progrès remarquables dans le domaine de l'anesthésie réanimation mais aussi de la transfusion. Puis, la découverte des ocytociques.

Enfin, les connaissances sur la vitalité du fœtus in utero se sont beaucoup développées.

Tous ces facteurs ont conduit à une augmentation parfois considérable du nombre de césariennes

C- Définition :

La césarienne est une intervention chirurgicale qui permet d'extraire le fœtus par incision de l'abdomen (laparotomie) et de l'utérus (hystérotomie) et dont l'objectif principal est de sauver la mère ou l'enfant quand l'accouchement par voie basse est d'emblée difficile ou le devient par suite.

D- Epidémiologie :

Dans tous les pays en voie de développement, il existe une augmentation de la pratique des césariennes. En France, près d'une naissance sur cinq a lieu par césarienne. Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2010, le taux de césariennes en France est passé de 20,2% en 2003 à 21% en 2010.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise dans ses « lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux » un taux supérieur maximum de césariennes de l'ordre de 15%.

Or, beaucoup de pays européens, comme la France, dépassent ce taux

Certains facteurs ont contribué à l'augmentation du nombre de césariennes :

- C'est le seul moyen non dangereux de faire naître l'enfant avant 36 semaines.
- Elle réalise la suppression du traumatisme mécanique.
- Elle n'a pas d'incidence évidente sur le nouveau-né.

D'autres freinent les indications, ce qui a permis une certaine stabilisation :

- La morbidité maternelle est plus élevée que dans l'accouchement normal
- Elle entraîne une certaine limitation des naissances, facteur non négligeable dans certains pays
- Elle grève l'avenir obstétrical

Les statistiques indiquent que les césariennes premières sont plus nombreuses (61%) que les césariennes itératives (39%). Par ailleurs, la présence d'une cicatrice influence de manière très nette le comportement obstétrical et transforme dans certains cas une indication relative en indication absolue.

Et ce qui frappe dans les indications actuelles, c'est l'association et l'intrication de facteurs multiples comme fréquemment une souffrance fœtale et une anomalie mécanique.

4. Indications :

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

D'un point de vue tout à fait pratique, la césarienne est indiquée chaque fois que l'accouchement par voie basse se révèle mécaniquement impossible et chaque fois qu'un accouchement mécaniquement possible comporte des risques graves pour le fœtus ou pour la mère. Donc ménager au mieux les intérêts de la mère et de l'enfant conduit à faire plus de césariennes.

En effet, la fréquence n'a cessé d'augmenter dans toutes les maternités, atteignant des taux assez élevés, qui semblent se stabiliser actuellement.

A- Les césariennes d'urgence :

La césarienne en urgence peut être indiquée soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail.

Le terme "césarienne en urgence" regroupe de nombreuses entités: de la constatation de l'inefficacité du travail dont on estime qu'il n'a plus de chance de se terminer normalement (par exemple présentation par le front du bébé), à l'urgence réelle et vitale (par exemple la procidence du cordon).

Ainsi, nous distinguerons les urgences absolues des urgences relatives

a. urgences absolues :

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

1- Urgence fœtale :

1.1. La souffrance fœtale aigue :

Elle est appréciée par la clinique sur la présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (le plus souvent une bradycardie extrême) et du virage du liquide amniotique (LA teinté).

La souffrance fœtale aigue est l'aboutissement de plusieurs anomalies en cours du travail ; à savoir :

- **Pathologie funiculaire :** procidence du cordon, circulaire du cordon, une brièveté du cordon, l'hémorragie de Benckiser...

- **Pathologie maternelle :** cardiopathie ; éclampsie ; intoxications à l'origine d'une hypo-perfusion fœto-placentaire,

-**Causes utérines:** hypertonie utérine, des contractions utérines trop intenses ou trop nombreuses, rupture utérine

- **Pathologies fœtales:** pourvoyeuses d'une particulière fragilité du fœtus ; c'est surtout : RCIU, prématurité, une malformation fœtale (anencéphalie)

Devant ce tableau, la surveillance électronique du travail, la saturométrie et la PH-métrie s'impose, et bien sur une indication de la césarienne, en dehors d'une possibilité immédiate d'extraction par voie basse.

1.2. Procidence du cordon :

Si la présentation n'est pas bien appliquée contre le col de l'utérus parce que le bébé est encore très haut, et que la poche des eaux a été rompue, il se peut, si la maman se tient debout, que le cordon ombilical tombe dans le vagin. Ce problème se produit surtout lorsque la présentation n'est pas céphalique ou en cas de rupture prématurée des membranes alors que le bébé est encore très haut.

La procidence du cordon reste une indication indiscutable car elle est le plus souvent associée à une souffrance fœtale aigue. C'est une indication de césarienne d'extrême urgence, sauf si l'enfant est mort.

2-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
- ♣ Hématome rétro-placentaire
- ♣ Hémorragie utérine (DPPNI, placenta prævia, ...)
- ♣ Suspicion de rupture utérine.

b. urgences relatives :

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** (échec du 2ème déclenchement)
- **Dystocie dynamique**: arrêt de la dilatation rebelle à toute thérapeutique, est la cause de 6 à 15% des césariennes. La fréquence de cette indication tend à baisser du fait de l'utilisation judicieuse des ocytociques et de la péridurale. Si les contractions utérines sont de bonne qualité, bien évaluées (tocographie interne) et l'analgésie est correcte, il faut se poser la question d'une disproportion fœto-pelvienne mal évaluée.
- **Souffrance fœtale compensée entre les contractions utérines.**
- **Présentation dystocique en cours de travail.**

B- La césarienne prophylactique ou césarienne programmée :

Est une césarienne planifiée à l'avance en fin de grossesse quand l'accouchement par voie naturelle est contre - indiqué. Les indications de la césarienne doivent être évaluées à partir des données cliniques et para cliniques recueillies, et peuvent être posées en fin de grossesse ou au début du travail.

Les principales indications retenues par l'HAS et les différents auteurs sont :

- Antécédent de césarienne (césarienne itérative) :

L'utérus cicatriciel lorsqu'il est combiné à d'autres facteurs représente de nos jours la principale indication parmi celles des césariennes prophylactiques.

- La dystocie osseuse : bassins très rétrécis

- Les causes annexielles : Le placenta prævia de stade III ou IV.

- Présentation dystocique :

- **Le siège** : est une présentation potentiellement dystocique, surtout dans sa variété du siège complet. Les indications de la césarienne prophylactique en présentation du siège sont : (1) une anomalie de volume fœtal : poids > 4kg , diamètre bipariétal > 100mm ; (2) une anomalie modérée du bassin ; (3) une déflexion primitive de la tête.

Dans ce type de présentation, on tiendra compte des facteurs associés : âge maternel, prématurité, hypotrophie, pathologie maternelle. L'utilisation d'un score (comme le score de Westin) aidera à la prise de décision.

- **La présentation transverse ou de l'épaule** : impose la césarienne. Le front est aussi une indication formelle, mais son diagnostic ne peut être posé que membranes rompues, présentation fixée.
- **La présentation de la face** : la césarienne est obligatoire si la rotation du menton se fait vers l'arrière.

- **Grossesses multiples** : La césarienne est indiquée dans les grossesses multiples de trois fœtus et plus et dans les gémellaires si le premier jumeau est en siège ou s'il existe une cause de dystocie surajoutée. En cas de présentation du siège de J2, les données de la littérature ne permettant pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre, mais il est souvent fait une césarienne.

- Pathologie nécessitant une interruption médicale de la grossesse :

- **La pré-éclampsie, Eclampsie** :

Autrefois appelée La toxémie gravidique ou l'hypertension gravidique.

Lorsque cette hypertension revêt un aspect grave une interruption médicale se révèle nécessaire. Ainsi il faudra discuter la possibilité d'un déclenchement ou la nécessité d'une césarienne impérative.

- **Souffrance fœtale chronique** :

Si les échanges sanguins materno-fœtaux ne se font pas correctement on peut voir s'installer une souffrance fœtale chronique qui se traduit par un retard de croissance intra-utérin.

Or il peut être nécessaire d'interrompre la grossesse, si l'on estime que le bébé aura de meilleures chances de survie à l'extérieur du ventre de sa mère. En général, cette décision est prise pour des fœtus de faible poids (<1500 g), grands

prématurés (< 32 SA) sachant que le déclenchement ne pourra pas être tenté : il faudra alors pratiquer une césarienne.

- Autres problèmes pathologiques :

Plusieurs pathologies préexistantes ou propres à la gestation peuvent compliquer le déroulement de la grossesse, et rendent parfois l'interruption nécessaire soit par déclenchement ou césarienne. Parmi ces pathologies on cite :

- L'hypertension artérielle, cardiopathie ou un diabète mal contrôlés par le traitement médical, ou encore d'une anémie ou d'un ictère
- Infections génitales maternelles : lorsque la maman est infectée par certains virus, la césarienne permet de prévenir la contamination du bébé qui se produirait lors de son passage dans la filière génitale. C'est le cas des :
 - (1) Vulvo-vaginites herpétiques : imposent la césarienne si l'éruption a eu lieu dans le dernier mois de la grossesse, si les prélèvements sont positifs à cette date, si les membranes sont intactes ou la rupture est supérieure à 4 heures.
 - (2) Si la maman est infectée par le virus du SIDA : dans ce cas le risque de transmission est fonction de la charge virale présente dans le sang maternel

- ATCD de dystocie des épaules compliquées.

- ATCD de rupture utérine.

- Les causes fœtales : macrosomie > 4500g et 4250g en cas de diabète associé, souffrance fœtale chronique dans le cadre d'une hypertension artérielle, d'une allo-immunisation, d'un diabète, d'une grossesse multiple, ou d'une malformation fœtale viable.

Avant de décider de l'intervention, il convient dans ce cas de s'assurer de l'absence de malformations fœtales non viables par l'échographie, voire le caryotype obtenu par ponction du sang du cordon.

L'intervention programmée est faite dans le courant de la 39^e semaine, lorsque la maturité pulmonaire fœtale est assurée et en évitant de faire la césarienne dans un contexte d'urgence chez une femme en début de travail, dont on sait qu'elle ne peut accoucher par voie basse.

C- Césarienne de "convenance ":

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 analyse concertée avec la patiente de ses motivations. Le résultat et la décision sont consignés dans le dossier.

D- La césarienne post mortem :

C'est la plus ancienne des interventions que l'homme ait pu pratiquée sur des femmes décédées, pour que la mère et l'enfant ait une sépulture, « loi césarienne », et que l'enfant soit baptisé pour le repos de son âme comme le préconisait l'église chrétienne.

La césarienne post mortem doit répondre à certains principes édictés par DUMONT :

- L'opération doit être effectuée dans les minutes qui suivent la mort de la mère : il semble que 10 min serait la période d'anoxie capable de supporter le fœtus in utero sans être atteint de lésions cérébrales ou neuromusculaires. D'un point de vue pratique, on considère que les chances de survie de l'enfant ne sont véritablement très bonnes que si sa délivrance se produit dans les 5 min qui suivent le décès de la mère, raisonnables entre 5 et 10 min, bien minces entre 10 et 15min, médiocres entre 15 et 2min, franchement nulles après ce délai.
- Le terme de la grossesse d'au moins 28 semaines
- Les bruits cardiaques fœtaux doivent être présents avant l'intervention
- Du point de vue technique opératoire, elle est dictée par l'extrême urgence. En l'absence de bistouri, n'importe quel objet tranchant peut et doit faire l'affaire. Il faut délivrer le fœtus le plus rapidement possible par une incision médiane avec clampage immédiat du cordon.
- Le massage cardiaque et une ventilation artificielle sont immédiatement pratiqués après la mort de la mère et poursuivis pendant toute la durée de l'intervention.

Les résultats des césariennes post mortem sont tout à fait inconstants quant aux chances d'un développement physique et psychique normal des enfants sauvés.

5. Contre-indications :

Plusieurs auteurs s'accordent pour dire qu'il n'existe pas de contre-indication absolue de la césarienne mais seulement des contre-indications relatives:

- Malformation foétale majeure (anencéphalie, hydrocéphalie)
- Mort in utero
- Défaut de maturité foétale.

6. L'intervention césarienne :

A- PRÉPARATION À L'INTERVENTION :

a. préparation du chirurgien :

Le premier lavage des mains de la journée doit durer 5 minutes, alors que les suivants peuvent se contenter de 2 minutes, délai suffisant pour éradiquer 98% de la flore manu portée. En revanche, le lavage post opératoire, trop souvent négligé, devrait devenir une pratique routinière, car 30% des gants des chirurgiens sont perforés en fin d'intervention. Le port de lunettes et deux paires de gants est fortement recommandé pour éviter d'éventuelles contaminations septiques du chirurgien.

b. préparation de la patiente:

- Installation de la patiente : La patiente est placée en décubitus dorsal avec une légère inclinaison latérale gauche de l'ordre de 10° à 15° (obtenue par un drap roulé et placé sous le flanc droit ou par un roulis de la table d'opération) . Cette recommandation repose sur le risque de compression de la veine cave inférieure par l'utérus gravide, induisant une baisse du débit cardiaque par diminution du retour veineux et une hypoxie foétale potentielle.
- Prévention de la maladie thromboembolique : Certaines disciplines chirurgicales ont conduit des essais prouvant la réduction de ce risque par l'administration pré opératoire de dose iso coagulante d'héparine. La mise en place de bas de contention veineuse lors de l'installation sur table est une mesure prophylactique actuellement adoptée très largement .

- Sondage vésical : Il doit être réalisé après la mise en route de l'anesthésie (sauf en cas d'anesthésie générale). Son but est de maintenir la vacuité vésicale pendant le temps opératoire, car à vessie pleine, le dôme vésical est pré segmentaire.
- Préparation du site opératoire : Une douche avec un antiseptique est réalisée avant toute césarienne programmée la veille ou le matin de l'intervention. On ne doit pas pratiquer le rasage des poils pubiens car il a été démontré que le taux d'infection du site est plus important après rasage qu'en l'absence de celui-ci. En fin, on doit appliquer une solution antiseptique (premier passage par l'infirmière, deuxième passage par le chirurgien)

a. Présence du pédiatre :

Les éléments de la littérature ne permettent pas de définir les situations où le pédiatre doit être présent en anténatal en cas de naissance par césarienne. Il semble qu'elles doivent être définies localement au sein de chaque établissement.

b. Préparation du matériel:

Il n'y a pas eu d'innovation technique récente sur ce chapitre. L'utilisation de champs opératoires spécifiques, à usage unique, tend à se généraliser. Le caractère imprévisible des complications opératoires impose la prudence : une boîte d'hystérectomie doit être disponible, de même un petit forceps ou une ventouse doivent toujours être disponibles en salle d'opération en cas de difficulté d'extraction

Photo du livre

B- Techniques d'anesthésie utilisée :

a. anesthésie générale :

La technique de référence pour l'anesthésie générale de la césarienne est celle associant, pour l'induction, thiopental (4-5mg/kg) et célocurine (1mg/kg) avant une intubation en séquence rapide sous couvert d'une manœuvre de Sellick visant à fermer l'œsophage par compression du cartilage cricoïde. Une

préoxygénation est réalisée en oxygène pur avant l'induction soit pendant 4min soit par 4 inspirations profondes.

Jusqu'à la naissance l'entretien de l'anesthésie se fait à l'aide d'un halogéné à 0.5CAM, associé ou non à du N₂O.

Après la naissance l'anesthésie est approfondie par l'administration du narcotique choisi pour l'induction et de morphiniques liposolubles. Ses inconvénients sont:

- en premier lieu la difficulté potentielle d'intubation et ses conséquences,
- le risque d'inhalation du liquide gastrique chez la mère,
- le risque de détresse respiratoire chez le nouveau-né
- la relation mère bébé qui se fait trop tard.

b. anesthésie loco régionale :

1- L'anesthésie péridurale :

Elle est obtenue par blocage des racines nerveuses à leurs émergences du sac durmerien, l'injection se fait dans l'espace péridural les produits les plus utilisés sont : la lidocaïne 2% et la bupivacaïne 0.5 % adrénalinées ou non, l'adjonction d'une morphine liposoluble améliore le confort des patientes pendant l'intervention, ainsi que la durée de l'analgésie. L'inconvénient de cette technique réside dans :

- le délai variable d'installation 8 à 12min.
- le risque gravissime de toxicité systémique en cas d'injection intra vasculaire accidentelle.

2- La rachianesthésie :

C'est une section pharmacologique de la moelle. On fait une ponction de l'espace sous arachnoïdien au niveau de L₂-L₃ ou L₃-L₄ 9), l'anesthésique utilisé est la bupivacaïne 0.5% hyperbare. Les morphiniques liposolubles sont recommandés en association pour les mêmes raisons que dans l'anesthésie péridurale. Elle réalise un bloc en moins de 5min. L'inconvénient essentiel de cette technique est :

- l'hypotension artérielle maternelle profonde préjudiciable pour l'enfant (le remplissage, les vasoconstricteurs, le décubitus latéral préviennent en général les effets secondaires de ce type d'anesthésie)

3- La rachi-péri combinée:

Il s'agit de réaliser par la même aiguille, d'une part la rachianesthésie avec une petite dose d'anesthésie locale et, d'autre part, la pose de cathéter dans l'espace péri-dural afin de compléter le niveau supérieur de l'anesthésie.

Les avantages de cette technique sont :

- le meilleur contrôle de la limite supérieure avec ainsi moins d'effets hémodynamiques et réduction des doses d'anesthésiques locaux dans l'espace péri-dural avec diminution du risque de toxicité.

L'inconvénient réside dans :

- l'impossibilité de vérifier le bon positionnement du cathéter dans l'espace péri-dural pendant la durée de la rachianesthésie et de perdre l'intérêt de la rapidité d'installation de l'anesthésie .

c. le choix du type d'anesthésie :

En pratique, les deux critères principaux de choix sont, d'une part les risques maternels et fœtaux de la technique envisagée, et d'autre part, le degré d'urgence de la césarienne. Si celui-ci est inférieur à 5min, le seul choix possible est l'anesthésie générale. S'il est supérieur à 10 min, on peut réaliser une anesthésie locorégionale.

C-La technique opératoire de la césarienne :

a. césarienne trans-péritonéale :

Technique de Misgav Ladach pour la césarienne :

- Incision cutanée transversale à 3cm sous la ligne inter épineuse,
- Ouverture pariétale par écartement digital,
- Ouverture transversale aux doigts du péritoine pariétal,
- Incision du péritoine vésico utérin et décollement au doigt,
- Hystérotomie segmentaire transversale,
- Délivrance manuelle immédiate,
- Extériorisation utérine après la délivrance,
- Massage utérin,
- Hystérorraphie par surjet continu non passé,
- Pas de péritonisation,
- Fermeture aponévrotique par surjet continu non passé,
- Pas de rapprochement sous cutané,
- Pas de drainage,

- Fermeture cutanée par quelques points espacés.

1- L'ouverture pariétale : Le type d'incision abdominale est dicté par plusieurs facteurs :

Antécédents chirurgicaux, adiposité pariétale, degré d'urgence, accessoirement les préférences de la patiente et/ou du chirurgien. Certains objectifs doivent être respectés : exposition adéquate de l'utérus, accès facile au fœtus, minimisation des risques d'infection et de déhiscence post opératoire

1.1. Les incisions transversales :

Elles sont plus esthétiques et certainement plus solides que la médiane, cependant elles nécessitent l'ouverture de plus de structures anatomiques et leur temps opératoire est, selon les cas, sensiblement plus long que celui d'une incision médiane

- L'incision Pfannenstielle :

Elle se situe à environ 3cm au dessus du rebord supérieur du pubis, elle est tracée soit horizontalement soit de façon arciforme à légère concavité supérieure. Le tissu sous cutané est incisé obliquement vers le haut au bistouri électrique .Sur l'aponévrose sous jacente, on réalise une boutonnière centrale, soit au bistouri électrique, soit au bistouri à lame, 2cm au dessus du niveau de l'incision cutanée sur environ 3cm de chaque côté, permettant d'avoir accès aux muscles droits. La section aponévrotique est poursuivie latéralement à l'aide des ciseaux de - 36 - Mayo ou le bistouri électrique réalisant une longueur d'environ 16cm, il faut faire l'hémostase des vaisseaux latéraux. Après ouverture de l'aponévrose, on pratique ensuite le décollement de celle-ci vers le haut .Le clivage est digital de part et d'autre de la ligne blanche unissant l'aponévrose sur la ligne médiane à l'espace fibreux entre les muscles grands droits. On sectionne ces attaches progressivement vers le haut, soit aux ciseaux, soit au bistouri électrique. Vers le bas, le décollement est commencé latéralement grâce aux ciseaux et cela permet de bien repérer l'insertion des pyramidaux qui doivent être laissés de préférence accolés aux muscles droits. Ensuite, ceux-là sont totalement séparés aux ciseaux jusqu'à leur insertion pubienne .L'ouverture du péritoine pariétal s'effectue le plus haut possible, on fait des incisions prudentes par les ciseaux après s'être assuré, par contrôle digital, qu'il ne contient aucun élément dangereux .. Certains chirurgiens

protègent la paroi par des champs, après on met en place le grand écarteur de Gosset. Quand le champ est enlevé, certains chirurgiens préfèrent introduire dans les gouttières pariéto-coliques de grandes compresses imbibées de sérum physiologique .

- L'incision Joël Cohen :

Dans cette technique, le chirurgien droitier se place à droite de la patiente. Une incision cutanée transversale est réalisée à 3cm environ sous la ligne joignant les épines iliaques antéro supérieures. Seule la peau est ouverte sur toute la longueur, en respectant le tissu sous cutané. L'incision est approfondie au centre sur 2 à 3cm jusqu'à l'aponévrose des muscles droits, ouverte également sur 2cm. À l'aide des index, l'opérateur écarte les berges aponévrotiques vers le haut et le bas pour exposer la ligne blanche. En miroir, l'opérateur et son aide introduisent l'index et le majeur d'une main entre les muscles droits et écartent ensemble muscles, aponévrose et tissu sous cutané jusqu'à obtenir l'ouverture souhaitée. Le péritoine pariétal est alors accessible. Un orifice y est réalisé le plus haut possible par dilacération digitale puis il est agrandi transversalement en exerçant une traction divergente dans l'axe craniocaudal

- Comparaison entre les deux incisions : L'incision Joël Cohen est plus rapide et peu hémorragique, les infections de la paroi sont nettement moins fréquentes que dans l'incision Pfannenstiel. Cependant, le jour obtenu est quelque fois insuffisant pour l'extraction aisée et atraumatique du fœtus et peut nécessiter une incision musculaire complémentaire .
- Les autres types d'incisions transversales sont: l'incision de Mouchel, incision de Bastien

- **L'incision Mouchel**: Elle comporte une incision totalement transversale de tous les plans. Après l'ouverture cutanée, sous cutanée et aponévrotique identique à celle de l'incision de Pfannenstiel, les muscles grands droits sont sectionnés de dedans en dehors sur une courte distance, au dessus de la naissance des pyramidaux. Le péritoine est alors ouvert, et sous contrôle digital, l'ouverture musculaire est complétée à la demande après localisation des vaisseaux épigastriques qu'on respecte. Cette incision offre l'avantage d'un jour plus important par rapport à l'incision Pfannenstiel.

- **L'incision de Bastien** : elle comporte une ouverture transversale de tous les plans pariétaux superficiels avec désinsertion sus pubienne des muscles droits. Il n'y a aucun point particulier concernant l'incision cutanée et sous cutanée. L'incision aponévrotique doit se situer à l'aplomb des incisions précédentes. La désinsertion des droits se fait par section aux ciseaux courbes ou au bistouri électrique, les chefs - 38 - des muscles sont réclinés vers le haut permettant d'accéder facilement sur le péritoine qui est également incisé transversalement. ·

1.2. Les incisions verticales :

Elles sont indiquées lorsqu'une exploration de la cavité abdominale est nécessitée par un état pathologique associé à la grossesse, ou qu'il existe une tumeur dont le diagnostic étiologique est incertain. Elles peuvent être médianes ou paramédianes

Péritoine viscéral : Après avoir saisi le péritoine viscéral à environ 2cm sous la zone de réflexion, on l'ouvre transversalement. Les ciseaux sont glissés de chaque côté sous le péritoine pour le décoller avant de l'inciser sur 5 à 6cm. On tend la berge péritonéale inférieure, ce qui permet de lever les fines adhérences vésico-utérines. Ce clivage, amorcé aux ciseaux, est complété latéralement au doigt, avec douceur.

2- L'hystérotomie :

L'incision doit être segmentaire transversale. Son niveau est adapté au pôle fœtal, mais pas trop bas. Après avoir repéré le degré de bascule latérale droite de l'utérus pour centrer le geste, on incise sur 2cm, bistouri tenu à l'horizontal, jusqu'à l'apparition des membranes ou l'irruption de liquide amniotique. On complète l'ouverture utérine à l'aide des deux index opposés écartant latéralement les berges.

3- Extraction fœtale :

3.1. En cas de présentation céphalique :

L'opérateur glisse sa main sous la tête fœtale. Après avoir repéré son orientation, on amène la présentation, occiput en haut et en avant au niveau de l'ouverture utérine, sans faire levier sur la berge inférieure de l'hystérotomie pour ne pas provoquer de déchirure. La tête est propulsée par pression sur le fond utérin.

3.2. En cas de siège :

On extériorise les membres inférieurs l'un après l'autre, puis le reste du corps, à l'aide de mouvements alternés de rotation .

3.3. En cas de présentation transverse :

Une version avec extraction podalique est réalisée. On se saisit du membre inférieur le plus accessible pour amener l'enfant en siège Le cordon est clampé et sectionné et le nouveau né est remis à la personne chargée du recueil.

4- La délivrance:

C'est une délivrance dirigée (5 à 10 unités de Syntocinon® en intraveineuse directe). Cette technique, par rapport à une délivrance manuelle immédiate, permet de réduire le risque d'endométrite et pourrait minimiser les pertes sanguines peropératoires.

En cas de délivrance utérine incomplète, une révision utérine est faite. Il est déconseillé de la pratiquer à l'aide d'une compresse, car risque de synéchies.

b. l'antibioprophylaxie :

Après clampage du cordon, l'injection d'une dose d'antibiotique diminue le risque de complications maternelles infectieuses postopératoires, pour cela, ampicilline et céphalosporine de première génération sont aussi efficaces.

c. hystérorraphie :

La suture utérine est un temps opératoire très important de la césarienne pour garantir la solidité de la cicatrice utérine. Un affrontement parfait des berges est nécessaire sans interposition muqueuse ou musculaire. Il n'y a pas d'avantage ni d'inconvénient démontré à extérioriser l'utérus pour sa fermeture

d. exploration de la cavité abdominale :

Contrôle de l'hémostase et toilette péritonéale : L'exploration de la cavité abdominale est systématique, après on vérifie la qualité de la rétraction utérine, ensuite on élimine les caillots par aspiration de la cavité péritonéale, mais selon Stark et Holmgren, il n'est pas utile d'assécher celle-ci par des champs car le liquide amniotique a un effet bactériostatique. En outre, une agression minimale du péritoine favorise une reprise plus précoce du transit et diminuerait le risque d'adhérences postopératoires.

D- Compte rendu opératoire (CROP)

Le compte rendu opératoire sera systématique, il 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.

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

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

PHOTO

7. Complications liées à la césarienne :

A- Les complications per opératoires :

1-L'hémorragie: les complications hémorragiques représentent une cause importante de mortalité et morbidité maternelle.

Elle peut être d'origine utérine: par rupture ou inertie ; d'origine placentaire : placenta prævia ou placenta accreta ;d'origine traumatique ou en rapport avec des facteurs généraux tels que les troubles de l'hémostase.

2-Les lésions intestinales : Elles sont le plus souvent iatrogènes (césariennes itératives). Elles sont rares, survenant en cas d'adhérences à la paroi plus rarement à l'utérus. Il s'agit des lésions traumatiques gréliques ou coliques qui doivent être suturées.

Le caractère urgent de l'intervention est également un facteur favorisant la survenue de ce type de complications.

3-Les lésions urinaires : Ce sont essentiellement les lésions vésicales, les lésions urétérales sont rares voire exceptionnelles.

4- La mort maternelle : Au cours de l'intervention.

5- Les complications anesthésiologiques : les complications d'anesthésie dépendent directement du type de celle-ci : Hypoxie, asphyxie, arrêt cardiaque à l'induction

B- Les complications postopératoires :

1- Les complications infectieuses : l'infection du post-partum constitue avec la pré éclampsie et l'hémorragie des causes fréquents de décès maternel, prolonge la durée d'hospitalisation et majore significativement le cout financier.

Les principales étiologies infectieuses sont :

- La fièvre post opératoire inexpliquée d'origine indéterminée
- Les infections urinaires : trouvent sa gravité d'une éventuelle endométrite quelle peut faire courir à la patiente,

- L'infection de la cicatrice: contamination de la cicatrice par des bactéries d'origine cutanée ou vaginale
- L'endométrite du post-partum qui est définie par une infection bactérienne des voies vaginales le germe en cause n'est pas souvent identifié en raison de nombreuses contaminations par la flore vaginale néanmoins le streptocoque B reste l'agent pathogène le plus incriminé

Les principaux facteurs de risque :

- le caractère urgent de césarienne
- La rupture de la poche des eaux ≥ 6 h
- La chorioamniotite
- Le nombre élevé de touchers pelviens
- L'obésité
- Le bas niveau socioéconomique

2- L'hémorragie postopératoire : plusieurs sources existent :

- L'hématome de paroi : justiciable de drainage, type Redon
- Le saignement des berges utérines par hémostase insuffisante,
- Exceptionnellement, l'hémorragie vers J10 - J15 post opératoire après lâchage secondaire de la suture et nécrose du myomètre.

3- Les complications digestives : Iléus paralytique post-opératoire fonctionnel, vomissement, diarrhée, sub-occlusion, voire occlusion.

4- La maladie thromboembolique: Est prévenue par le lever précoce, voire l'héparinothérapie dans les cas à risque (phlébites) antécédent des maladies thromboemboliques.

5- Les complications diverses : Ce sont les troubles psychiatriques (psychoses puerpérales), la fistule vésico-vaginales, l'embolie gazeuse, l'embolie amniotique

7. Surveillance :

La surveillance de l'opérée comporte la prise biquotidienne:

- du pouls.
- la tension artérielle.
- la température.
- La mesure de la diurèse horaire.
- l'examen de l'involution utérine. >
- Examen des mollets.

Les soins locaux consistent :

- une toilette périnéale à l'eau tiède faite au moins deux fois par jour.
- la mise en place d'une garniture stérile sur la vulve, changer dès qu'elle est souillée.
- La prévention de l'infection par les médicaments consiste à une antibiothérapie avec de l'Amoxicilline 2g par jour pendant 5 jours,
- la supplémentation en fer plus l'acide folique 1 comprimé par jour.

8. Le pronostic materno-fœtal:

a. La mortalité maternelle :

La mortalité maternelle est le phénomène faisant référence implicite à la fréquence des décès féminins liés à la grossesse, l'accouchement et ses suites. L'organisation mondiale de la santé OMS a défini la mortalité maternelle comme étant le décès d'une femme au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou les soins qu'elle a motivé, mais ni accidentelle, ni fortuite .

Malgré les progrès de l'anesthésie et de l'obstétrique (antibio- et thromboprophylaxie), la césarienne semble avoir un risque propre de mortalité compris entre 1,5 et 3 environ.

Cette augmentation est nettement plus importante pour les césariennes en cours de travail (risque multiplié par 9 environ), que pour les césariennes avant travail (risque multiplié par 3 environ).

La mortalité maternelle liée directement à la césarienne a été estimée en France à 50 pour 100000 césariennes, ce qui entraîne un odds-ratio de 2,7 en défaveur de la césarienne par rapport à la voie basse, si l'on admet un taux de

césarienne de 15%, ce la signifie que 20% des décès maternels sont directement dus à la césarienne.

Ce risque est en grande partie la conséquence directe de l'intervention, mais également de la pathologie ayant conduit à la césarienne : les causes les plus fréquentes sont les complications hémorragiques, les états infectieux, les complications thromboemboliques les accidents anesthésiques et la décompensation des pathologies préexistantes.

b. La mortalité fœtale :

La mortalité périnatale représente un indicateur de santé facilement disponible et largement utilisé pour identifier les besoins sanitaires et évaluer les prises en charge médicale, elle a nettement diminuée parallèlement à la hausse des taux de césarienne, mais aujourd'hui cette mortalité apparaît supérieure à celle des enfants nés par voie basse, car la césarienne sélectionne à l'évidence des grossesses à risque.

La mortalité périnatale après césarienne est donc à mettre sur le compte de la pathologie materno-fœtale et l'indication de la césarienne que sur l'acte lui-même.

Certains travaux ont montré qu'il n'existe pas de corrélation évidente entre l'augmentation du taux de césariennes et la baisse de la mortalité périnatale.

10. La Prévention de complications :

1- Prévention de l'hémorragie :

Des mesures médicales qui sont du domaine de l'anesthésiste réanimateur dont le rôle est de corriger les désordres de la coagulation connus avant l'intervention, de maintenir une hémodynamique correcte et de prévenir l'apparition d'une coagulopathie qui, une fois installée, est difficile à traiter.

Des procédés conservateurs avec :

- Révision utérine associée à un massage utérin bimanuel notamment en cas d'atonie utérine ; -
- Injection de produits ocytotiques par voie veineuse (Syntocinon®, Nalador®) Compression de l'aorte.
- Si l'hémorragie persiste malgré ces moyens, on peut procéder à :
 - Des ligatures artérielles : technique de Tsurunikow, ligatures étagées ou stepwise, voire une ligature des artères iliaques

internes ou hypogastriques (qui peut même être réalisée d'emblée) ;

- Une embolisation artérielle sélective si le plateau technique et l'hémodynamique de la patiente le permet ;
- Une hystérectomie d'hémostase, dernier recours thérapeutique après échec des thérapeutiques classiques.
- L'examen des voies génitales basses avec deux valves vaginales doit être effectué en cas d'hémorragie persistante postopératoire, surtout si la césarienne a succédé à des tentatives infructueuses d'extraction fœtale par voie basse.

2- Prévention de complications infectieuses :

- Toilette péritonéale rigoureuse en per opératoire ;
- Emploi d'une boîte à « fermeture de paroi » après suture du péritoine pariétal
- Nettoyage des plans superficiels avec des antiseptiques concentrés
- Drainage par Redon-Jost 123
- Antibiothérapie prophylactique, dont l'efficacité est presque unanimement confirmée suivant des protocoles variés dont les objectifs doivent être l'obtention d'un large spectre antibactérien, d'une diffusion rapide dans le site opératoire, d'une faible toxicité materno-fœtale, et d'un coût modéré.

3- Prévention de complications trombo-embolique :

- l'administration en postopératoire immédiat d'une prophylaxie active par mobilisation précoce et héparinothérapie de bas poids moléculaire

4- Prévention des troubles psychiatrique :

Une fois établie, la dépression du post-partum requiert un conseil psychologique et un soutien pratique. En règle générale :

- Apporter à la patiente un soutien psychologique et une aide sur le plan pratique (prise en charge du bébé et soins à domicile) ;
- L'écouter et lui offrir soutien et encouragement

- L'assurer qu'il s'agit d'un phénomène assez fréquent et que beaucoup de femmes souffrent de la même chose
- Si elle souffre de dépression grave, envisager de lui administrer des antidépresseurs si l'établissement en dispose et garder à l'esprit que les médicaments peuvent passer dans le lait maternel de sorte qu'il convient alors de reconsidérer la question de l'allaitement.

11.L'avenir gynéco-obstétrical des patientes césarisées :

A- L'accouchement par les voies naturelles chez les femmes césarisées :

L'accouchement par voie basse peut être autorisé sous surveillance cardiotocographique, en respectant les délais de la dilatation, car tout retard fait suspecter la rupture. Au moindre doute, on pratiquera une césarienne itérative.

L'accouchement peut cependant se faire par voie basse dans près de 50% des cas, même après deux césariennes ; le taux d'accouchement par voie basse après césarienne est en augmentation dans tous les pays.

B- La césarienne itérative : une césarienne itérative n'est obligatoire que si :

- La cicatrice est corporéale ou en T ;
- Le placenta est inséré bas au niveau de la cicatrice
- Les conditions mécanique de l'accouchement par voie basse persistent : bassin chirurgical, disproportion foëto-pelvienne, obstacle prævia

La technique est superposable à celle de la césarienne première. On doit reprendre la même incision cutanée. Il faut ré-inciser le segment inférieur dans le même sens et réséquer l'ancienne cicatrice utérine.

C-Les autres problèmes obstétricaux :

- Bien que la béance isthmique soit relativement fréquente sur les clichés hystérogaphiques, le taux d'avortements ou d'accouchements prématurés n'est guère différent.
- Cependant l'incidence du placenta accreta inséré sur la cicatrice utérine est plus élevée, passée en 30 ans de 1/20 000 accouchement à 1 500 aux Etats-Unis. Il faudra s'en méfier lorsqu'on repère par échographie l'insertion du placenta sur la face antérieure du segment inférieur.

D-Les problèmes gynécologiques de la césarienne :

- En dehors du problème particulier de l'endométriose, la césarienne ne semble pas avoir d'incidence sur la fertilité ultérieure. La simple endométriose de la cicatrice sera traitée par des progestatifs.

En effet les séquelles gynécologiques sont rares:

- Le taux de fécondité est variablement apprécié de manière objective, car il y a intrication de plusieurs facteurs, notamment celui d'un désir volontaire de limiter les naissances ;
- Les ménorragies sont plus fréquentes après césarienne en cas de mauvaise cicatrice. Elles sont dues le plus souvent à de l'endométriose.
- La triade de Granjon, associant ménorragie, dysménorrhée tardive et hernie de l'isthme, peut réclamer une réparation chirurgicale en cas d'échec du traitement médical.

12. Les interventions associées à la césarienne :

- **Kystectomie** : en fin de césarienne, il faut toujours examiner les annexes. La découverte d'une tumeur de l'ovaire doit obligatoirement entraîner son exérèse. Le plus souvent, la lésion est parfaitement bénigne et l'on fait une kystectomie qui n'a aucune particularité technique. En cas de doute sur sa bénignité, une ovariectomie peut se révéler nécessaire, ainsi qu'un examen extemporané des tissus.
- **Les myomes utérins** : la myomectomie pratiquée au cours d'une césarienne n'aggrave pas son pronostic si les myomes sont peu nombreux. Malheureusement, elle n'est pas toujours réalisable.
- **Les malformations utérines** : ne doivent pas être réparées chirurgicalement à l'occasion de la césarienne.
- **L'appendicectomie prophylactique** : ne doit pas être systématique mais elle est possible si l'appendice semble pathologique (inflammatoire, tumorale). La pratique de l'appendicectomie ne semble pas augmenter la morbidité de la césarienne (Parsons 1986)
- **L'hystérectomie** : ne peut être envisagée à la suite d'une césarienne que lorsqu'on est dans l'impossibilité de conserver l'utérus :
 - Dans le cas d'hémorragie incoercible
 - De ruptures étendues ne relevant pas de la simple suture
 - De placenta accréta
 - D'utérus infarcis
 - De myomes multiples.

- **La stérilisation tubaire :** les stérilisations d'indication médicale (pathologie maternelle, rupture utérine, cicatrice de très mauvaise qualité) sont prévues avec le couple dans la mesure du possible. On évite, en revanche, de prendre la décision de stérilisation en urgence au cours du travail ou de stériliser de principe à la troisième césarienne car si le segment inférieur est de qualité, d'autres césariennes sont possibles. Le problème de la stérilisation volontaire doit être différé la plupart du temps et la décision prise à froid après discussion approfondie avec le couple.

-

DEUXIEME PARTIE :

PARTIE PRATIQUE

I. Introduction :

La césarienne est une intervention chirurgicale pratiquée sous anesthésie générale ou locale au cours de laquelle le bébé naît à l'aide d'une incision effectuée dans l'utérus.

Elle peut être pratiquée en urgence, au cours de l'accouchement, ou programmée à l'avance.

- Le praticien effectue une incision dans l'abdomen
- Ensuite rompt la poche des eaux et fait sortir le liquide amniotique.
- Puis extrait le bébé.
- Les suites de l'accouchement sont pratiquement identiques à celles d'un accouchement par voie basse.
- Une suture de l'incision est effectuée : les points de suture sont retirés au 12^{ème} jours.

II. Matériels et méthodes d'étude :

Notre étude est rétrospective portant sur 8299 césariennes réalisées dans le service de gynécologie-obstétrique EHS Tlemcen, durant la période du 01/03/2017 au 31/02/2019.

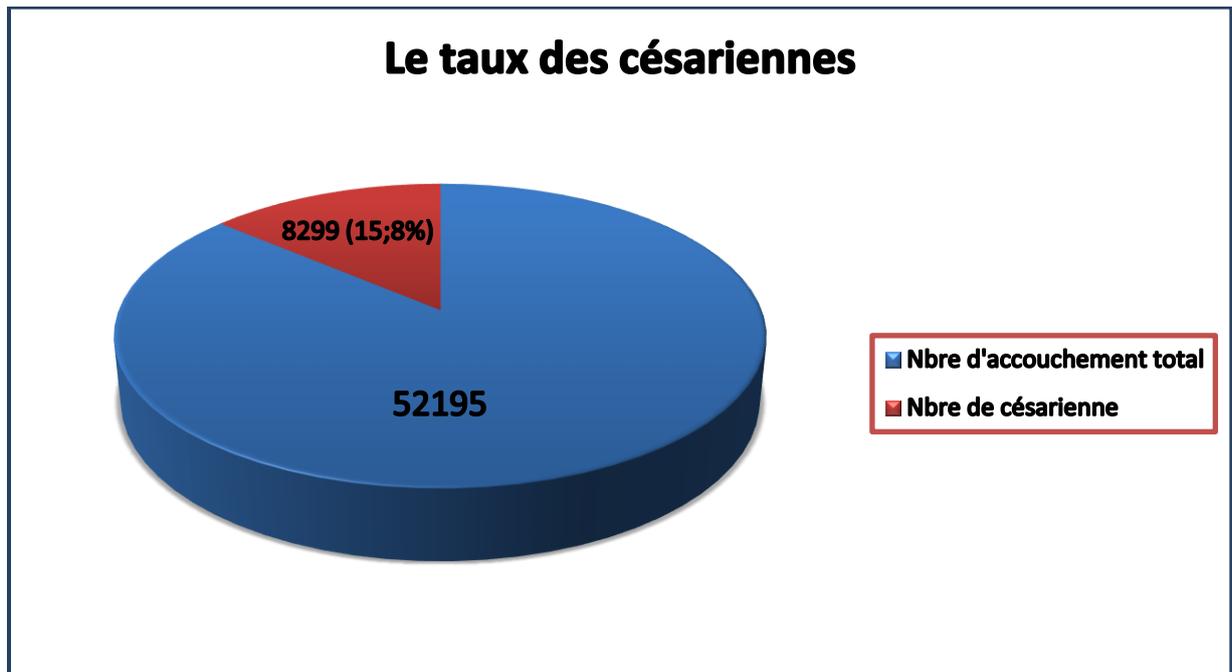
La récolte des données a été réalisée grâce à une fiche préétablie (voire annexes), à partir des dossiers des hospitalisées du service de gynécologie-obstétrique gardés aux archives, comportant les paramètres d'étude suivants :

- Age de la gestante
- Parité
- Terme de la grossesse

III. RESULTATS :

1- Le taux des césariennes :

Parmi 52195 accouchements pratiqués pendant la période de notre étude, l'accouchement par voie haute (césariennes) représente 15.8% soit 8299 cas, représenté par le secteur ci-dessous :

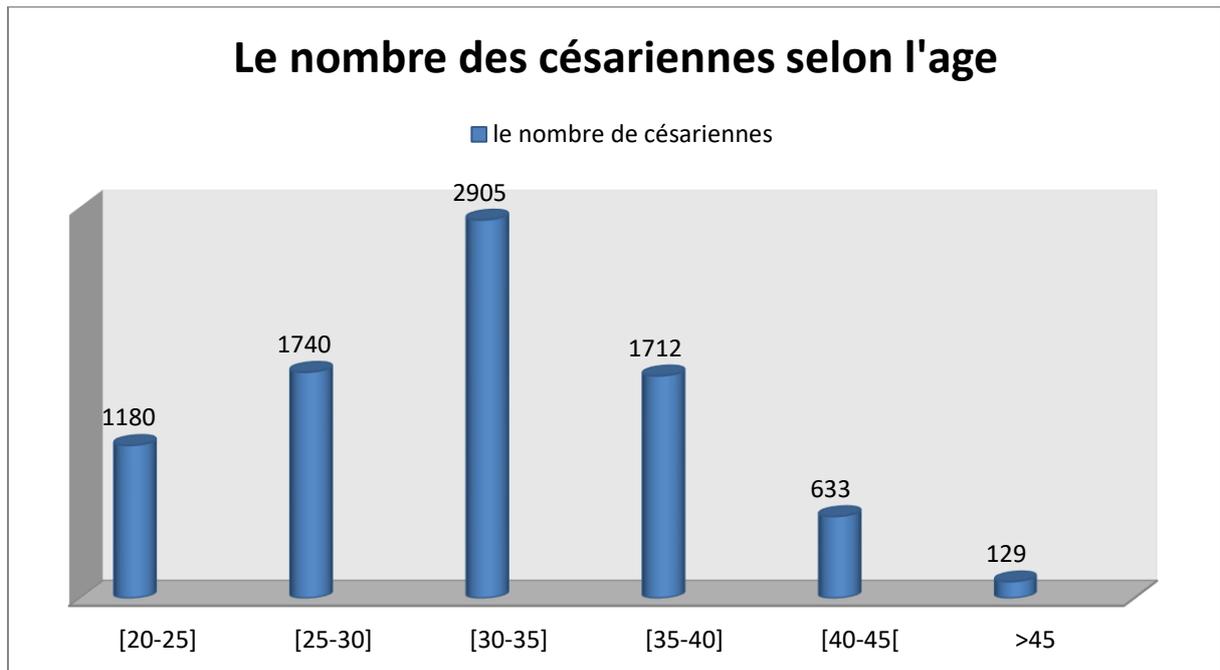


2-Profil épidémiologique :

- L'âge :

L'âge moyen des patientes est aux alentours de 32ans (extrêmes :20-45ans)

Sur ce graphique représentatif du nombre de césariennes en fonction de l'âge, on constate que la fréquence la plus élevée des césariennes correspond à la tranche d'âge entre 25 et 30 ans avec un taux de 35% soit 2905



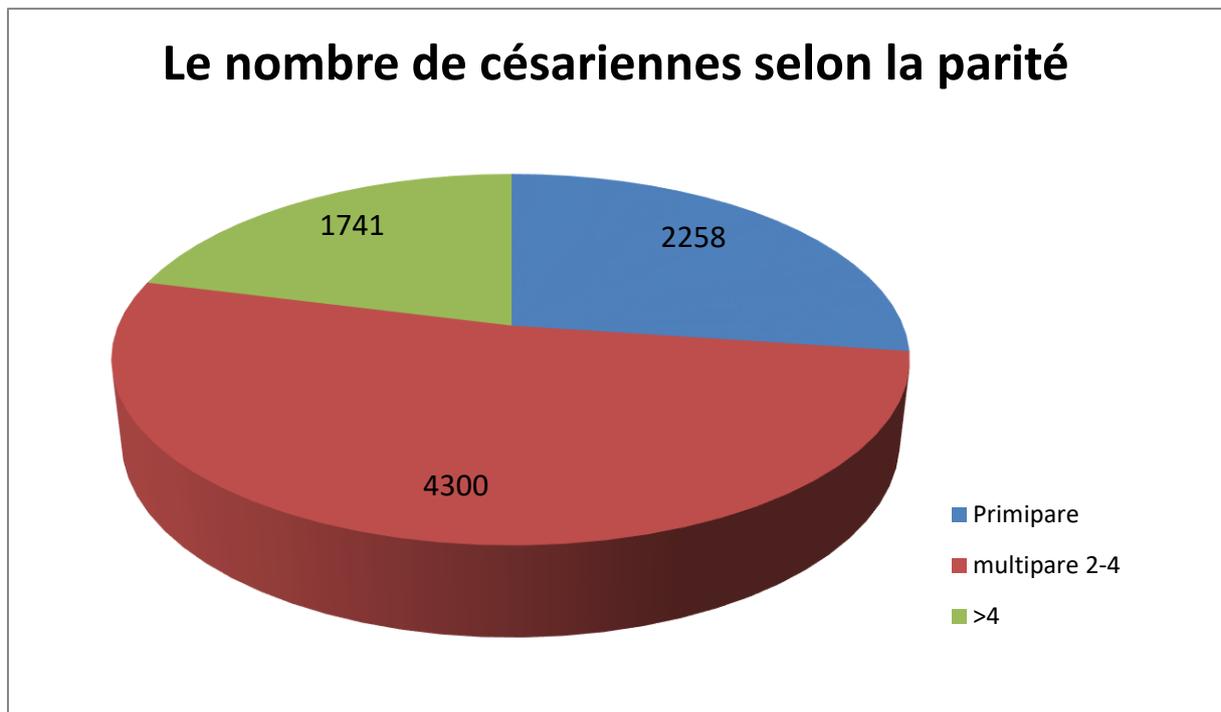
▪ **La parité :**

La parité moyenne de notre série d'étude est de 3 enfants (extrêmes: 2-4 ans)

La grande majorité de nos patientes étaient multipares avec un taux de 72.8% soit 6041

Le tableau ci-dessous illustre ces résultats :

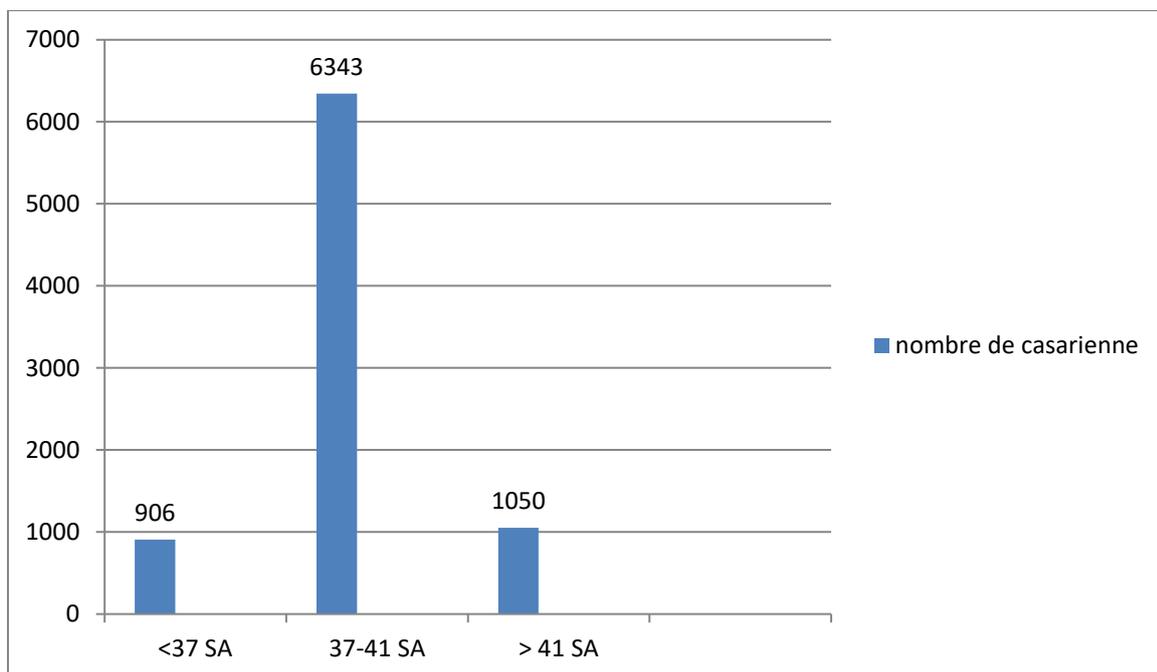
Parité	Nombre de patientes césarisées	pourcentage
1	2258	27.2%
2-4	4300	51.8%
>4	1741	21%



▪ **Le terme :**

La plupart des indications de césariennes ont été posées sur des grossesses à terme c'est-à-dire entre 37 SA et 41 semaines d'aménorrhée avec un taux de 76.42% soit 6343. Suivi des grossesses dépassant le terme (avant 41 SA) et celles n'ayant pas atteint le terme (avant 37 SA)

Le graphe suivant représente le nombre de césariennes selon l'Age gestationnel :

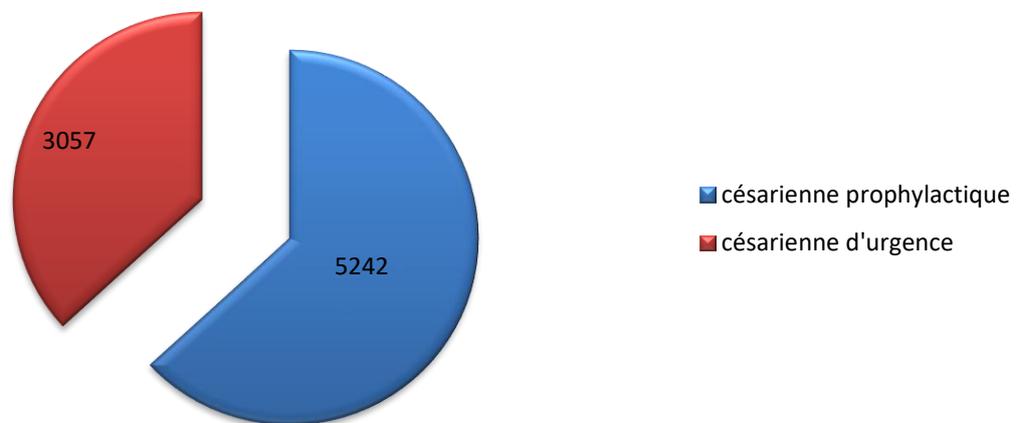


3- Les indications de la césarienne :

Dans notre série d'étude on distingue 2 types de césariennes ; l'une prophylactique ou la césarienne programmée qui a dominé avec un taux de 63.22% ; et l'autre d'urgence c'est-à-dire décidée en salle de travail avec un pourcentage de 36.78% ; sachant que chaque type regroupe un ensemble d'indications.

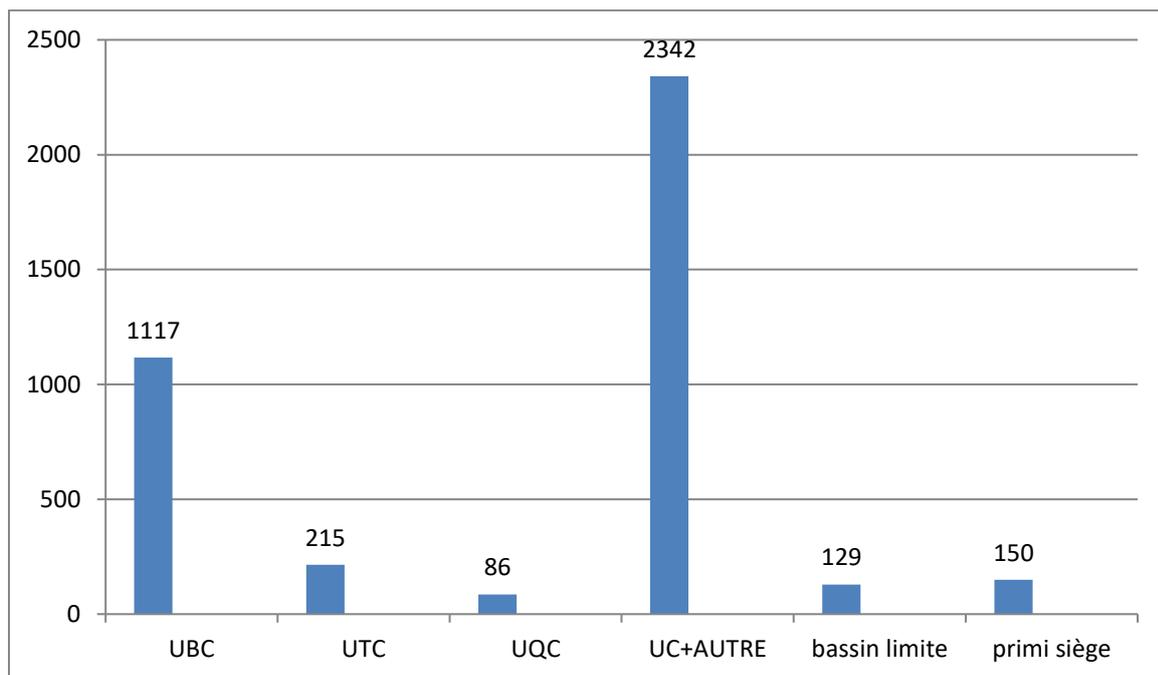
Les césariennes	Le nombre	Le pourcentage
Césarienne prophylactique	5242	63.16%
Césarienne d'urgence	3057	36.84%

La répartition des césariennes



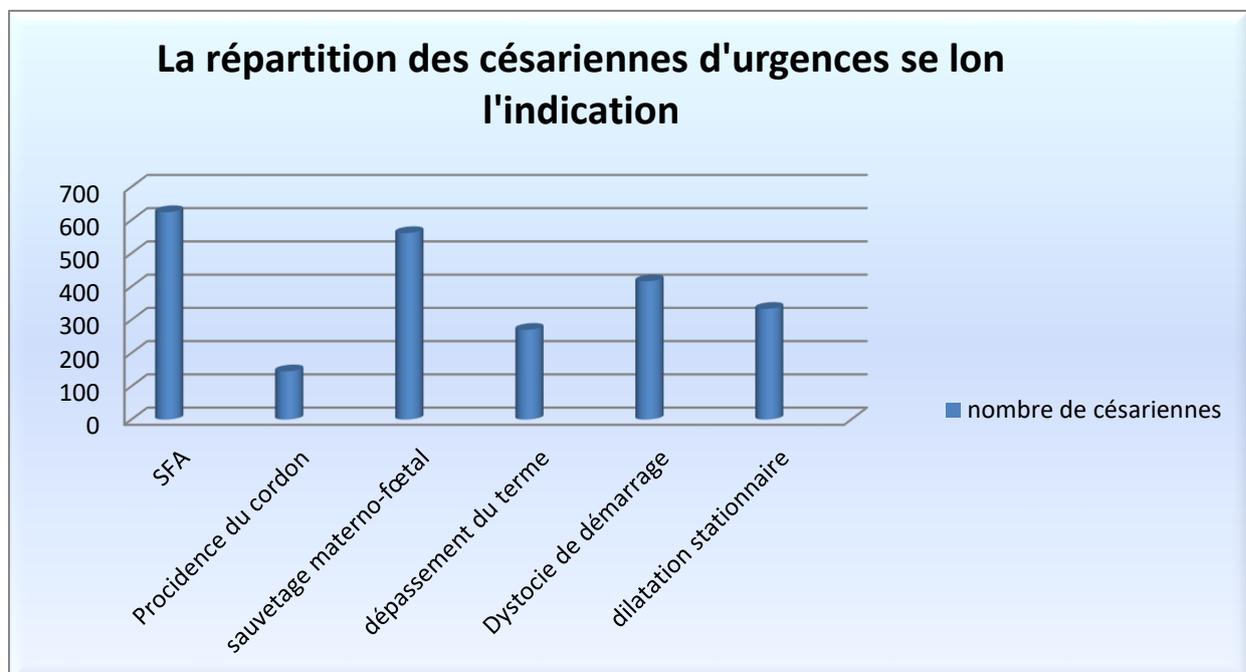
▪ **Les césariennes prophylactiques :**

indication	Nombre	Pourcentage
UBC	1117	21,30 %
UTC	215	4,10 %
UQC	86	1,64 %
UC+autre	2342	44,67 %
Bassin limite	129	2,46 %
Primi siège	150	2,86 %
Présentation vicieuse	645	12,30 %
Infertilité	408	7,78 %
Grossesse Multiple	150	2,86 %
Total	5242	100 %



▪ **Les césariennes d'urgence :**

Indication	Le nombre	Le pourcentage
SFA	624	20.40%
Procidence du cordon	145	4.76%
Sauvetage materno-foetale	561	18.36%
Dépassement du terme	270	8.84%
Dystocie de démarrage	416	13.60%
Dilatation stationnaire	333	10.88%
Défaut d'engagement	436	14.28%
Echec au 2ème déclenchement	272	8.88%



IV. Discussion :

1- Taux de césarienne :

L'organisation mondiale de la santé a proposé un taux national de césarienne situé entre 10 et 15% .

Pays	Taux%
Notre série	15.8%
France	19.6%
Suède	13.6%

On remarque que notre taux est nettement plus élevé que le taux national, il est notamment plus élevé que celui de la Suède, par contre il est plus bas que celui de la France. Ceci dit il faut savoir que nous sommes par notre statut de centre hospitalier universitaire un centre de référence qui draine toute la ville de Tlemcen ainsi que la région avoisinante, d'ailleurs on avait noté que 30% des patientes césarisées dans notre série étaient référées, celles-ci avec les mauvaises conditions de transfert nous arrivaient dans un stade tardive où la césarienne s'imposait d'urgence. D'autre part, pour expliquer notre taux élevé, on avait noté que le un tiers des grossesses dans notre série n'étaient pas suivies, ce qui explique l'état de précarité dont nous recevons nos patientes et qui impose parfois la césarienne. Mais aussi, il ne faut pas oublier le manque de moyens soit pour la surveillance du travail, soit pour détecter certaines pathologies obstétricales ce qui nous amenait parfois à faire des césariennes de prudence. Enfin, notre statut de centre de formation peut être mis en cause puisque certaines indications de césariennes paraissent abusives et peuvent être mises sur le compte de l'inexpérience de l'obstétricien de garde.

- **TAUX DE CÉSARIENNES EN FONCTION DE L'ÂGE MATERNEL :**

Pays	L'AGE EN AN
Notre série	30-35
France	≥40
Congo	16-25

Plus on va vers les pays développés, plus l'âge le plus intéressé par la césarienne augmente, ceci est dû à l'âge des primipares qui est plus élevé chez eux. Par contre dans les pays pauvres les adolescentes restent les plus concernées à cause du mariage précoce et la non planification familiale. Dans notre série l'âge le plus intéressé est celui entre 30 et 35 ans ceci est grâce au fait que l'âge du mariage avance de plus en plus ces dernières années, de plus les efforts et les moyens employés par le ministère de la santé public dans la planification familial.

2-La parité :

La parité moyenne dans notre série est de 03 enfants, dans notre étude on a trouvé que les femmes multipares (2-4 enfants) occupant le pourcentage le plus élevé (51.8%) suivie par celui de la primipare avec un taux 27.2%. Cependant, les multipares (>4 enfants) a marqué avec un pourcentage de 21% ce qui est expliqué par les antécédents maternel d'un utérus cicatriciel.

3-Le terme :

Notre taux de césariennes pour grossesse à terme est 76%. A cause de l'amélioration des moyens de déclenchement et de surveillance.

4-Les Indications de césarienne :

- *Souffrance fœtale aigue :*

Notre taux de césariennes pour souffrance fœtale aigue reste élevé vu que pour la plus part des cas l'indication est une juste une suspicion de SFA, soit sur RCF pathologique en l'absence des autres moyens de confirmation, soit aussi sur irrégularité des BCF au pinard et/ou liquide purée de poids à l'admission, dans quelques cas uniquement l'indication était basée sur le virage du liquide amniotique qui est très significatif de la souffrance fœtale aigue. Ceci dit, un pourcentage non négligeable de ces césariennes pour SFA ont permis de donner naissance à des nouveaux nés avec Apgar normal, cependant on ne peut pas juger du bien fondé d'une indication de césarienne pour SFA, car si l'enfant naît en bon état cela peut traduire un diagnostic porté par excès ou au contraire une intervention faite en temps opportun.

➤ **LA DISPROPORTION FCETO PELVIENNE :**

Dans notre série, la DFP est surtout d'origine maternelle due au bassin, révélée par échec d'épreuve de travail mais surtout par stagnation de la dilatation avec bonne dynamique utérine. Ce taux important s'explique d'une part par l'absence de moyens de surveillance adéquate de l'accouchement (un seul RCF, pas de tocographe) qui fait que la plus part du temps on ne tolère pas plus de 2heures de stagnation avec bonne dynamique utérine pour indiquer la césarienne. D'autre part vu l'absence du suivi adéquat de la grossesse, l'appréciation du bassin reste souvent uniquement clinique ce qui est très subjective. Sans oublier par ailleurs le nombre important des patientes qui sont césarisées pour DFP 2^e main suite à un retard d'indication ou même une DFP iatrogène par l'utilisation incontrôlée des ocytociques, l'application précoce ou inappropriée de la ventouse. La DFP d'origine foétale est surtout secondaire à la macrosomie, mais aussi au défaut de déflexion de la présentation.

➤ **Dépassement du terme :**

Pays	Taux
Notre série	8.84
France	21.1

Notre taux de césariennes pour grossesse prolongée est beaucoup moins que celui de la France. Cependant ces taux différents étaient notés dans deux périodes éloignées 2017-2018 dans notre série et 2013 en France. C'est-à-dire que durant cette période 2013-2017 l'amélioration des moyens de déclenchement et de surveillance ont sûrement fait baisser ce taux en France ; mais malheureusement on n'a pas de série le confirmant.

➤ **Procidence du cordon :**

Pays	Taux
Notre série	4.76%
France	0.2%

Nous avons un taux plus élevé que la France mais plus faible que celui de Dakar. C'est du au fait que nous recevons nos patientes par voie de référence tardivement et dans de mauvaises conditions, ou alors après qu'elles aient commencé l'accouchement à domicile

V. Conclusion :

Incontestablement, la césarienne représente un des importants progrès de l'obstétrique moderne.

Pour faire le point sur cette innovation dans le monde de la chirurgie obstétricale ; on a lancé une étude réalisée sur un échantillon de 8299 femmes césarisées durant une période de 24 mois (Du 01-03-2017 au 31-02-2019).

Notre étude nous donne un aperçu de la pratique médicale au sein de la maternité du centre hospitalier de la Wilaya de Tlemcen (Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère-Enfant de Tlemcen).

A l'issue de notre travail, on conclue que les opérations césariennes sont en perpétuelle augmentation avec un taux qui atteint 15.80% avec une nette prédilection des césariennes programmées ou prophylactiques pratiquées à un taux de 63.16%.

En ce qui est des indications, on peut constater que, dans le cadre de l'urgence, les souffrances fœtales aiguës occupent la 1^{ère} place. En revanche, les indications des césariennes prophylactiques sont dominées par les utérus cicatriciels. Ces constatations sont superposables aux données de la littérature.

Or, devant cette augmentation inquiétante du nombre de césariennes et la demande accrue des patientes de césarienne élective surjet un vrai débat sur la place réelle et raisonnable de cet acte dans la pratique obstétricale.

Cette intervention chirurgicale simple permet de ménager les intérêts de la mère et de son enfant. Cependant, elle a sa mortalité et morbidité propres d'où la nécessité de garder de bonnes indications pour cette intervention.

Le but de l'obstétricien serait donc d'avoir un taux aussi bas que possible sans augmenter la mortalité néonatale en utilisant tous les moyens mis à sa disposition.

La réduction de l'inflation du taux de césariennes repose sur :

- La lutte contre la dystocie dynamique par l'utilisation adéquate des ocytociques et de l'analgésie péridurale ;

- Une évaluation précise de la sémiologie électro-cardiographique et une évaluation de la souffrance fœtale en s'aidant éventuellement du PH et de la saturométrie ;
- L'utilisation, chaque fois que c'est possible , de la voie basse dans les utérus cicatriciels ;
- L'utilisation de la version par manœuvre externe dans les présentations de siège.

VI. Résumé :

La césarienne est l'intervention chirurgicale la plus pratiquée en obstétrique mais aussi dans le monde sur les femmes.

Une césarienne est une intervention chirurgicale visant à extraire un enfant de l'utérus maternel par incision de la paroi utérine. Elle peut être effectuée en urgence au cours de l'accouchement, ou programmée à l'avance : environ 2/3 des césariennes sont programmées avant le travail et 1/3 sont décidées en cours d'accouchement.

Depuis 1985, l'OMS considère que le taux de césarienne idéal se situe entre 10 % et 15 %.

Notre travail consiste en une étude rétrospective de 8299 dossiers de césariennes colligés au service de gynécologie obstétrique de l'EHS Tlemcen du 01/03/2017 au 31/02/2019.

- le taux des césariennes: 16.80%

Le profil de notre série est le suivant :

- L'âge moyen de nos patientes est de 32ans (extrêmes:20-45 ans).
- La parité moyenne est de 3enfants (extrêmes : 2 – 4enfants).
- Le terme: la plus part de nos patientes ont été opérées dans le terme gestationnel.
- Les principales indications concernant les césariennes programmées sont dominées par l'utérus cicatriciel, et la souffrance fœtale aigue pour celles d'urgences. Sur le plan pratique, le choix entre les différentes modalités techniques de la césarienne dépend de conditions propres à chaque patiente, à chaque chirurgien et à chaque condition d'exercice qu'il faut savoir prendre en compte.

Actuellement, l'incision transversale est plus fréquemment pratiquée que la laparotomie médiane sous-ombilicale en raison de sa qualité esthétique chez des femmes jeunes généralement en bonne santé.

Les complications de la césarienne existent certes mais l'évolution poussant et imposante des mesures d'asepsie ainsi que l'antibiothérapie tend à régresser d'une manière si considérable la survenue des complications de l'intervention césarienne.

L'exercice obstétrical est très difficile : chaque parturiente est un cas particulier, et la nécessité de garder de bonnes indications pour cette intervention.

Summery

Cesarean section (C-section) is an obstetric surgical procedure involves also on women who gave birth.

C-section is the delivery of the baby from the mother's abdomen through incisions made in the wall of the uterus. It can be effected in urgency during labor or programmed in advance: Approximately 2/3 for the C-section before the childbirth, 1/3 for C-section in the course of labor.

In 1985, WHO (The World Health Organization) considered that the ideal cesarean delivery rate is fluctuating between 10% and 15%.

Our work consists a retrospective study of 8299 Cesareans files collected in Obstetrician and Gynecologist service of Tlemcen Hospital (EHS) from 3/1/2017 to 2/31/2019.

-The frequence of cesarean is:16.80%

Our profile series is the following:

The middle age of our patients is 32 years old (extremes of 20-45 years old)

The average parity is 3 children (extreme of 2 – 4 children).

The term: the most of our patients were operated in gestational term.

The principal indications which relate to the Cesareans programmed are dominated by the uterus scar, and the acute fetal suffering for those urgencies.

In practice, choosing between different technical methods of the Cesarean depends on specific conditions to each patient, each surgeon and to each condition of exercise which should be taken into consideration.

Currently, the transverse incision is more frequently practiced than the midline laparotomy under-umbilical due to its esthetic quality generally for young and healthy women.

The complications of the Cesarean section exist, but the pushed and imposing evolution of aseptic measures and antibiotics tends to regress in so considerable way the occurrence of the intervention Cesarean complications.

Obstetric exercise is very difficult: each parturient woman is a special case and need to keep good indications for this intervention.

الملخص:

تعتبر الولادة القيصرية من أكثر العمليات الجراحية انتشارا في العالم سواء في مجال الجراحة بشكل عام أو في مجال طب النساء والتوليد بشكل خاص بحيث يتم من خلالها إخراج الجنين من الرحم عن طريق فتح بطن الأم.

تنقسم العمليات القيصرية إلى عمليات مبرمجة فيما يقارب الثلثين، بينما يتمثل الثلث الآخر في الحالات الاستعجالية.

منذ 1985 المنظمة العالمية للصحة تقدر أن النسبة العادية للولادة القيصرية يجب أن تتراوح بين 10% إلى 15% من نسبة الولادات.

يتمثل عملنا في دراسة استعجالية لـ 8299 مفا للولادة القيصرية سجلت في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم والطفل بتلمسان من الفاتح مارس 2017 إلى 31 فبراير 2019.

- نسبة العمليات القيصرية : 16,80%

مميزات سلسلتنا هو كالاتي:

- متوسط العمر للمريضات هو 32 سنة.

- متوسط عدد الأطفال هو 3.

- مدة الحمل ما بين 37 أسبوع و 41 أسبوع.

من بين الأسباب المتعددة للقيام بهذه العملية، نجد أن السبب الأكثر تداولاً في العمليات المبرمجة يتمثل في وجود سوابق لعمليات قيصرية، أي أن الرحم خضع لعملية قيصرية من قبل، ومن جهة أخرى نجد أن معاناة الجنين داخل الرحم كانت على رأس الأسباب التي تتطلب عملية استعجالية لإنقاذه. في الجانب العملي يوجد الكثير من التقنيات المتعارف عليها لإجراء هذه العملية، بحيث يتم اختيار التقنية المناسبة بحسب طبيعة المرأة و خبرة الجراح، كما و تعرف هذه العملية الكثير من المضاعفات على غرار أي عملية.

أخيرا نخلص إلى أن عمل الطبيب المختص في التوليد صعب للغاية، لأن كل حالة هي عبارة عن حالة منفردة بذاتها، وفي ظل الارتفاع المتزايد لهذه العملية يجب التشديد على ضرورة اقتصارها على أسباب خاصة وليس مجرد حل للتخلص من ألم الولادة.

Annexes :

Fiche d'exploitation :

Age :

[20ans-25ans [

[25ans-30ans [

[30ans-35ans [

[40ans-45ans [

>45ans

Parité :

Primipare

Paucipare

Multipare

Terme :

<37 SA

[37 – 41[SA

>41 SA

Indication :

➤ Césarienne prophylactique :

UBC

UTC

UQC

UC+autre

Présentation vicieuse

Bassin limite

Primi siège

Infertilité

Grossesse multiple

➤ Césarienne d'urgence :

Dystocie de démarrage

Echec au 2^{ème} déclenchement

Dilatation stationnaire

Défaut d'engagement

SFA

Sauvetage materno-foetal

Procidence du cordon

Dépassement du terme

BIBLIOGRAPHIE :

MERGER R. et all. *Précis d'obstétrique*, Masson 6^{ème} Edition, Paris, 2001, pp.533-543.

www.santé-médecine.com/Indications_cesarienne_elective_has.html consulté le 2.4.2016.

Daniel Surnek, *Gynécologie et Obstétrique: Césarienne: en faisons-nous trop?*
In Forum Med Suisse 2014;14 (51-52):970-972.

KAYEMBE P. et all., *Rapport d'enquête sur l'évaluation des besoins des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence dans 3 provinces en RDC en 2010*, publié en 2012, pp.72-75.

Drake Richard L., A. Wayne Vogel et all., *Anatomie pour les étudiants*, 3^{ème} Edition, Masson, 2015, pp.230-243.

KAMINA P., *Petit bassin et périnée : Organes génitaux - Tome 2*. Paris : Maloine ; 1995, p.156.

Quevauilliers Jacques, *Dictionnaire Médical de poche*, 2^{ème} Edition Masson, Paris, 2007.

LUSANGA N., MBANZULU et all., *Syllabus d'obstétrique*, Kinshasa, 2011, pp.51-57.

Mogan Michel V., *Césarienne post mortem mythologie, croyance et tradition*, Suisse-Genève, 1962.

Mohamed El Bechir : *La prévalence de la césarienne à l'hôpital régional de Zouerate*, Mémoire de master en santé publique, 2011.

www.memoireonline.com/La-cesarienne-frequence-indications-et-complications.html consulté le 2.4.2016.

Boittin, Lantz et all., « *Virginia Henderson : 1897-1996 : Biographie et analyse de son oeuvre* », Recherche en soins infirmiers n°68, sur la banque de données de santé publique, ARSI, Mars 2002, p.12. www.arsi.fr Consulté le 23.5.2016

Le livre : la césarienne Dr Elhassar

Cisse Ct, Faye Eo, De Bernis L, Diadhiou F – Rupture utérine au Sénégal. Epidémiologie et qualité de la prise en charge ; med trop 2002 ; 62 : 619-622.

Bellier G – 390 césariennes en deux ans à la maternité de Ndjaména. Med Trop 1975 ; 35 : 301-304.

Ekoundzola Jr, Buambo S, Nkihouabonga G, Mayanda Hf – enfants nés par césarienne au centre hospitalier universitaire de Brazaville. Arch Pediatr 2001 ; 8 : 1265-1273.

Saissy Jm – l'hématome rétro placentaire – In « SAISSY JM – Réanimation tropicale ». arnette ed, paris, 1997, pp 267-282.

Ayivi B, Badirou F, Alihonou E – Prise en charge du nouveau-né à Cotonou. Etat actuel et difficultés. Arch Pediatr 1999 ; 6 Suppl 2 : 272S-274S.

Greenwood Am, Greenwood BM, Bradley AK et Coll – A prospective survey of the outcome of pregnancy in a rural area of the Gambia. Bull World Health Organ 1987 ; 65 : 95-104.

Mcdermott J, Steketee R, Wirima R – perinatal morbidity in rural Malawi. Bull World Health Organ 1996 ; 74 : 165-171.