



UNIVERSITE ABOU-BEKR BELKAID – TLEMCEN
FACULTE DE MEDECINE
ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER BOUIRA

THEME :

Les indications de la césarienne



Présenté par
Dr Hacini Sarah

Année Universitaire
2009-2010

SOMMAIRE

Etude théorique : Accoucher par césarienne

I. Introduction

II. Qu'est-ce qu'une césarienne ?

III. Les Indications de la Césarienne

III.1. La césarienne en urgence

- A. Les césariennes en urgence pour le bébé
- B. Les césariennes en urgence pour le bébé et la maman
- C. Les césariennes car le travail n'aboutira pas.

III.2. La césarienne programmée

- A. Antécédent de césarienne (césarienne itérative)
- B. Présentation non céphalique
- C. Bassin "limite", macrosomie foetale
- D. Grossesse multiple
- E. Pathologies nécessitant d'abrégé la grossesse
- F. Autres pathologies de la grossesse
- G. Risques de contamination du bébé
- H. Autres cas
- VI. Quel type d'anesthésie nécessite-t-elle ?

V. Des suites de couche particulières

Etude pratique : Accoucher par césarienne

I. Introduction

II. Objectifs

III. Matériels et méthodes

IV. Etude épidémiologique

1. Répartition en fonction des indications
2. Répartition en fonction de l'âge des femmes césarisées
3. Répartition en fonction de la parité
4. Répartition en fonction du groupage sanguin
5. Répartition en fonction du sexe
6. Répartition en fonction de l' APGAR

V- discussion

Etude théorique : Accoucher par césarienne

I. INTRODUCTION

Aujourd'hui, une femme sur cinq accouche par césarienne. Cette intervention, qu'elle soit pratiquée en urgence ou programmée (dans 12 % des cas), permet d'éviter, au moment de la naissance, de mettre en danger la maman ou son bébé.

II. QU'EST-CE QU'UNE CÉSARIENNE ?

Sous anesthésie, l'obstétricien incise, à l'horizontale, entre 9 et 10 centimètres, de l'abdomen au niveau du pubis. Il écarte ensuite les couches musculaires pour atteindre l'utérus et en extraire le bébé. Après l'aspiration du liquide amniotique, on retire le placenta, puis le médecin recoud les tissus. La césarienne permet de mettre son enfant au monde en à peine une heure.

III. LES INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE

Il n'y a pas de liste exhaustive des indications pour une césarienne. La décision d'un accouchement par césarienne est une indication personnalisée, après concertation entre l'obstétricien et la future mère, et après avoir analysé les avantages et les inconvénients des 2 options: accouchement par voie basse ou césarienne.

III.1. On la pratique en urgence quand :

La césarienne en urgence compte environ pour la moitié des césariennes (ce taux étant variable en fonction de la structure où la maman accouche et des facteurs de risque qu'elle présente au moment de l'accouchement). Environ 2/3 des ces césariennes sont effectuées avant même que le travail ne commence et 1/3 sont décidées en cours d'accouchement.

Le terme "césarienne en urgence" regroupe de nombreuses réalités : 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).

A. Les césariennes en urgence pour le bébé

La césarienne en cours de travail peut être décidée car on estime que le bébé ne va pas bien, et qu'il faut le faire naître le plus rapidement possible.

1. La souffrance fœtale.

Elle se traduit par une anomalie du rythme cardiaque du bébé et par la présence de méconium épais dans le liquide amniotique.

La souffrance fœtale peut notamment être provoquée par :

- la prolongation du travail ;
- des contractions utérines trop intenses ou trop nombreuses ;
- une procidence ou latérocidence du cordon (cordon coincé entre le dos du bébé et la paroi de l'utérus), une circulaire du cordon (cordon autour du cou ou du torse), une brièveté du cordon ;
- une déchirure des vaisseaux ombilicaux (l'hémorragie de Benckiser, cause très rare) ;
- une particulière fragilité du fœtus due à une prématurité, à une tare héréditaire ou à une malformation fœtale ;
- une affection de la mère : cardiopathie, éclampsie, infection grave ou intoxication, fièvre ;
- une rupture utérine.

Il existe différents outils de diagnostic de la souffrance fœtale :

- Le monitoring (externe ou interne) : un capteur enregistre les battements du cœur du bébé, et toute anomalie prolongée du rythme cardiaque mènera à une suspicion de souffrance fœtale.

En effet, il arrive qu'un rythme cardiaque fœtal normal ralentisse pendant une contraction mais il redevient habituellement normal dès que l'utérus se relâche, on ne parle pas alors de souffrance fœtale.

En revanche, si le rythme cardiaque fœtal devient très lent en l'absence de contractions ou s'il reste très lent après les contractions, c'est un signe évocateur d'une souffrance fœtale. Si cette anomalie du rythme cardiaque est en plus accompagnée d'autres signes de souffrance fœtale, la naissance devra se faire dans les plus brefs délais et donc par césarienne si la naissance par voie basse n'est pas possible ou imminente.

Il faut toutefois noter que si un rythme cardiaque régulier est indicateur de bonne santé fœtale, un rythme cardiaque irrégulier n'est pas forcément indicateur de souffrance fœtale.

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. Il s'agit alors d'une urgence obstétricale, car lorsque la tête du bébé appuiera sur le cordon, il ne pourra plus laisser passer le sang et l'oxygène.

Ce problème se produit surtout lorsque la présentation n'est pas céphalique (par exemple, si le bébé a les pieds en bas, les pieds ne peuvent pas faire bouchon aussi bien que la tête) ou en cas de rupture prématurée des membranes alors que le bébé est encore très haut (on perd alors "franchement" les eaux, à la différence d'une perte des eaux avec une tête plus basse, qui se fait par plus petites quantités, au fil des mouvements du bébé).

3. En dehors du travail

En dehors du travail, une césarienne en urgence peut être motivée par une brusque aggravation de l'état du fœtus, ou encore, dans le cas d'un placenta prævia, par une hémorragie en fin de grossesse.

B. Les césariennes en urgence pour le bébé et la maman

1. La rupture utérine

2. L'hématome rétro placentaire

Il existe différents degrés de gravité, du décollement partiel au décollement total. Dans les formes les plus sévères, il s'agit d'une complication grave de la grossesse, qui nécessite de faire naître l'enfant immédiatement, le plus souvent par césarienne.

C. Les césariennes car le travail n'aboutira pas

La césarienne peut être décidée en cours de travail lorsque l'accouchement, pour diverses raisons, ne peut se faire par voie basse.

La dystocie, qui est la difficulté ou l'impossibilité d'accoucher ou l'absence de progression du travail, est impliquée dans presque 40% des césariennes.

1. Dystocies d'origine maternelle

Les dystocies d'origine maternelle peuvent être causées par :

- des contractions insuffisantes ou au contraire trop nombreuses ou irrégulières ;
- une anomalie pelvienne telle qu'une malformation du bassin ;
- des parties molles trop rigides (vulve), résistance du périnée ;
- un obstacle "prævia" mais permettant une tentative préalable d'accouchement par voie basse : malposition du placenta, kyste de l'ovaire, fibrome ;
- une position de la mère qui ne favorise pas l'engagement du bébé (la fameuse position gynécologique, à plat dos et les pieds dans des étriers) ;
- la stagnation de la dilatation (aujourd'hui, ce sont les protocoles hospitaliers qui déterminent les délais considérés comme "raisonnables" au terme desquels une césarienne s'impose. En général, le délai de stagnation accordé est de deux heures. Mais les recommandations du CNGOF et de l'OMS indiquent qu'il est souhaitable d'attendre plus longtemps que ces deux heures avant de pratiquer une césarienne).

1. Dystocies d'origine fœtale

Les dystocies d'origine fœtale peuvent être en rapport :

- avec une mauvaise présentation du bébé : présentation par le front ou par la face ;
- avec un bébé trop gros, aux épaules trop larges (à noter que ce problème est amplifié si la mère est en position allongée sur le dos) ;
- avec une certaine procidence des membres, par exemple le bébé a une main sur sa tête ;
- avec un cordon trop court ou encore enroulé autour du bébé.

2. Les échecs de déclenchement

III.2. On peut la programmer si :

A. Antécédent de césarienne (césarienne itérative)

La majorité des césariennes programmées aujourd'hui le sont pour "utérus cicatriciel" combiné à un autre facteur. Par exemple, si pour votre premier accouchement vous avez eu une césarienne pour non engagement du bébé, si par ailleurs votre pelvimétrie est jugée "limite.

A. Présentation non céphalique

Présentation en siège

Présentation du front, présentation en transverse.

B. Bassin "limite", macrosomie fœtale

C. Grossesse multiple

1. Jumeaux

Selon la position (siège ou céphalique) de chacun des jumeaux, une césarienne peut être décidée. Cependant, dans le cas de faux jumeaux, le **CNGOF** semble indiquer que la voie basse serait possible dans tous les cas (J1 en céphalique : pas d'indication à réaliser une césarienne ; J1 en siège : pas de données permettant de conclure).

2. Triplés ou plus

Pour les grossesses de triplés ou plus, la césarienne est souvent programmée. Des raisons pratiques le justifient.

D. Pathologies nécessitant d'abrèger la grossesse

1. Pré-éclampsie, Eclampsie

Ou toxémie gravidique chez la maman. On parle aussi d'hypertension gravidique. Pour plus d'informations à ce sujet, Lorsque cette hypertension revêt l'aspect d'une pathologie grave (chez 2 à 3 % des femmes enceintes, surtout lors de leur première grossesse), il devient nécessaire de faire naître le bébé. Dans certains cas, un déclenchement peut suffire, dans d'autres, une césarienne sera nécessaire.

2. Retard de croissance intra-utérin (RCIU), souffrance fœtale chronique

Le fœtus ne prend pas assez de poids, en général, parce que les échanges sanguins avec la mère se passent mal (problème de cordon ombilical, de placenta, etc.) Il peut être nécessaire d'interrompre la grossesse, s'il est estimé que le bébé aura de meilleures chances à l'extérieur du ventre. En général cette décision est prise pour des foetus de faible poids, la grossesse est encore assez loin du terme, et le déclenchement ne sera pas tenté : il faudra alors pratiquer une césarienne.

A. Autres pathologies de la grossesse

D'autres pathologies peuvent se produire, nécessitant l'interruption de la grossesse, sous forme de déclenchement ou de césarienne : par exemple, la **cholestase gravidique**.

1. Diabète Gestationnel

En quelques mots : le diabète peut entraîner une macrosomie fœtale, et dans ce cas, selon la pelvimétrie, une césarienne peut être indiquée.

Le mode d'accouchement est fonction du degré de macrosomie fœtale : la césarienne de principe n'est indiquée que si le fœtus a un poids estimé à plus de 4,500 Kg. Un diagnostic de diabète gestationnel n'implique donc pas systématiquement une césarienne.

2. Placenta Prævia

Il s'agit d'un défaut de localisation du placenta, qui s'est implanté à proximité du col de l'utérus ou sur celui-ci. Le bébé ne peut alors passer par le col.

Le placenta prævia se détecte à l'échographie. Un placenta un peu bas à la première échographie a le temps de remonter, on ne doit s'inquiéter que s'il reste bas à la dernière échographie.

D'autres obstacles, tels qu'un kyste ovarien ou un fibrome, proche du col ou sur le col, peuvent empêcher le bébé de passer.

Dans ces cas-là, le gynécologue proposera une césarienne programmée en avance afin de ne pas laisser le travail se déclencher.

B. Risques de contamination du bébé

Lorsque la maman est infectée par certains virus, la césarienne permet de prévenir la contamination du bébé qui se produirait si le bébé passait par les voies génitales.

C'est par exemple le cas si :

- La maman présente un herpès génital en fin de grossesse (virus présent localement dans le vagin) ;

La maman est infectée par le virus du SIDA (risque de transmission par contact sanguin) - cette affirmation est à **nuancer en fonction du taux de virus présent dans le sang de la maman**

A. Autres cas

Il existe d'autres cas où la naissance par les voies naturelles est contre-indiquée, par exemple en cas de problème présent chez la mère, tels que : maladie cardiovasculaire, accident, hémorragie, fatigue extrême, antécédent de chirurgie sur l'utérus tel que l'ablation d'un fibrome, décollement de rétine sur lequel il faut éviter les efforts de poussée, etc...

- C'est votre première grossesse et vous avez plus de 40 ans : parfois, avec l'âge, les contractions sont moins efficaces.
- Vous demandez une césarienne pour convenance personnelle parce que vous ne voulez pas mettre votre enfant au monde par voie basse. Dans tous les cas, la décision est prise d'un commun accord entre le médecin et la maman.



VI. QUEL TYPE D'ANESTHÉSIE NÉCESSITE-T-ELLE ?

La rachianesthésie : 95 % des césariennes programmées se font sous rachianesthésie. Cette anesthésie locale permet de rester parfaitement consciente. Le produit est directement injecté, en une seule fois, dans la colonne vertébrale. Elle agit en quelques minutes et supprime toute sensation douloureuse.

La péridurale : La péridurale est plus fréquemment utilisée en cas de césarienne décidée en cours de travail. Tout simplement parce que la plupart du temps, les femmes sont déjà sous péridurale. De plus, elle est toujours préférable à une anesthésie générale qui comporte plus de risques (étouffement, difficultés de réveil) que la péridurale. Les suites opératoires sont également plus simples. Le médecin endort d'abord localement une partie de votre région

lombaire avant d'y piquer un très fin tuyau en plastique (un cathéter) qui diffuse pour quatre heures (renouvelables) l'anesthésique entre deux vertèbres. Le produit se répand alors autour des enveloppes de la moelle épinière et agit en quinze à vingt minutes.

L'anesthésie générale : L'anesthésie générale s'impose en cas d'extrême urgence : administrée par voie intraveineuse, elle agit en une ou deux minutes.



V. DES SUITES DE COUCHE PARTICULIÈRES

Votre temps de séjour en maternité (5 à 8 jours au lieu de 3 à 6), les douleurs ou la cicatrisation, tout est un peu différent par rapport à une naissance classique.

Les douleurs :

- Est-ce que ça fait mal ? Votre cicatrice vous fera souffrir quelques jours. La position assise est souvent douloureuse, ainsi que les premiers pas, le lendemain de l'intervention. Il est recommandé de se lever rapidement (dès la 12e heure après l'accouchement), de marcher avec l'aide d'une infirmière, ou au moins de bouger les jambes dans votre lit, pour stimuler la circulation sanguine et limiter les risques de phlébites et de thromboses. Même chose lorsque votre transit intestinal se remettra en route (environ 48 heures après la naissance) ou lorsque pour revenir à sa taille initiale, votre utérus provoquera quelques dernières contractions. Mais quoi qu'il en soit, vous pourrez dès le deuxième ou le troisième jour vous déplacer et vous occuper de votre bébé.

- Comment traite-t-on la douleur ? On dispose aujourd'hui d'antalgiques efficaces. Ils sont injectés par transfusion dès la fin de l'intervention et généralement pour 24 heures. On vous

donne ensuite des comprimés. Un régime riche en fibres, avec beaucoup de fruits et de légumes, peut aussi être conseillé contre les douleurs liées à la reprise du transit.

La cicatrisation :

- Quels soins ? Les fils ou les agrafes utilisés par votre chirurgien doivent rester en place entre cinq et huit jours. S'ils ne sont pas résorbables, soit le moment venu vous êtes encore à l'hôpital, et c'est une infirmière du service qui les retire. Soit vous êtes déjà rentrée et il est inutile, dans ce cas, de retourner sur place. Adressez-vous plutôt à votre généraliste. Côté pansements, deux solutions : la compresse classique à changer quotidiennement durant la semaine qui suit l'accouchement, ou si on vous le propose, le film à pulvériser en une seule fois, qui forme une barrière antiseptique et se décompose après quelques jours.
- Quelles précautions prendre ? De manière générale, évitez les bains pendant quelques semaines (l'humidité ralentissant la cicatrisation), ainsi que les UV qui, en l'absence de protection solaire peuvent pigmenter définitivement les tissus cicatriciels (surtout si pour des raisons d'extrême urgence, on vous a incisée à la verticale). Evitez également de porter des objets lourds pendant un mois. Vous pouvez dès que vous le désirez reprendre en douceur une activité sexuelle. Quant au sport, tout dépend de votre forme physique. Il est conseillé d'attendre au moins six à huit semaines. Demandez conseil lors de la visite post-natale (à la fin du deuxième mois).



Etude pratique : Accoucher par césarienne

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 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.
- Le praticien effectue une incision dans l'abdomen.
- Celui-ci rompt ensuite la poche des eaux et fait sortir le liquide amniotique
- Puis il extrait le bébé
- Les suites de l'accouchement par césarienne sont identiques à celles d'un accouchement par voie basse.
- Une suture de l'incision est effectuée : les points de suture sont retirés aux environs de 10 jours après.

II. OBJECTIFS :

Les objectifs assignés à ce travail consistent en :

- Déterminer la fréquence des césariennes au niveau de la maternité de l'EPH BOUIRA
- connaître les indications de la césarienne

III. MATÉRIELS ET MÉTHODES

Cette étude est une approche rétrospective menée depuis le 1^{er} janvier 2009 au 31 mars 2010 à partir des registres et des dossiers des patientes hospitalisées pour césariennes durant cette période

Les variables qu'on a étudiées sont les suivantes

- 1 - les indications de la césarienne
- 2 - l'âge des femmes césarisées
- 3 - la parité
- 4 - groupage sanguin
- 5 - le sexe

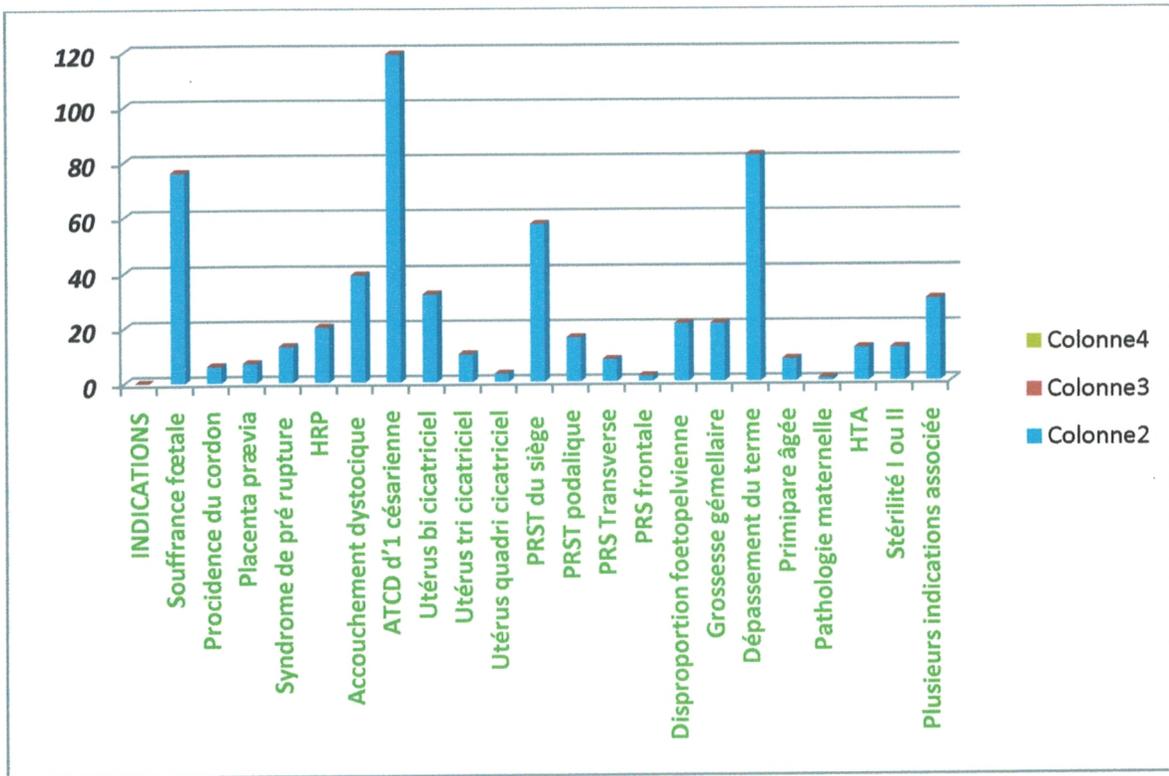
VI. ÉTUDE ÉPIDÉMIOLOGIQUE :

A- Répartition en fonction des indications

****Tableau 1**

<i>INDICATIONS</i>	<i>EFFECTIF</i>	<i>POURCENTAGE</i>
Souffrance fœtale	76	12.%
Procidence du cordon	6	1%
Placenta prævia	7	1.2%
Syndrome de pré rupture	13	2.2%
HRP	20	3.4%
Accouchement dystocique	39	6.6%
ATCD d'1 césarienne	119	20.6%
Utérus bi cicatriciel	32	5.4%
Utérus tri cicatriciel	10	1.6%
Utérus quadri cicatriciel	3	0.6%
PRST du siège	57	9.6%
PRST podalique	16	2.7%
PRS Transverse	8	1.05%
PRS frontale	2	0.42%
Disproportion foetopelvienne	21	3.6%
Grossesse gémellaire	21	3.6%
Dépassement du terme	82	13.8%
Primipare âgée	8	1.05%
Pathologie maternelle	1	0.2%
HTA	12	2%
Stérilité I ou II	12	2%
Plusieurs indications associée	30	5%
TOTALE	595	100%

****Tableau 2**



****Commentaire :**

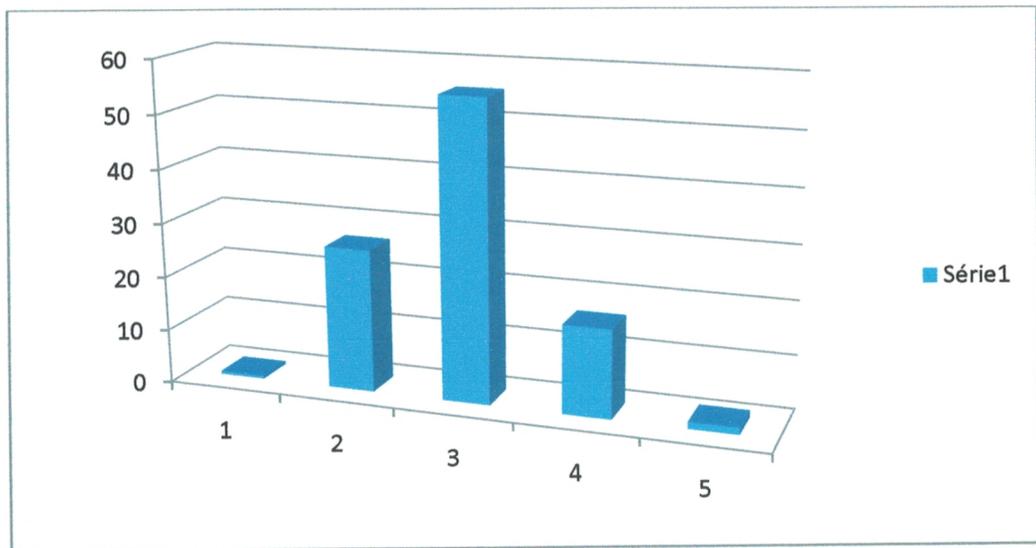
Les ATCD d'un utérus cicatriciel combiné à un autre facteur est l'indication la plus fréquente des césariennes

B-Répartition en fonction de l'âge

****Tableau 1 :**

âge	Effectif	Pourcentage
<20ans	5	0.8%
[20 -25ans]	158	26.5%
[26-36ans]	329	55.3%
>36ans	97	16.4%
Non mentionné sur le dossier	6	1%
Le total	595	100%

****Tableau 2**



****Commentaire :**

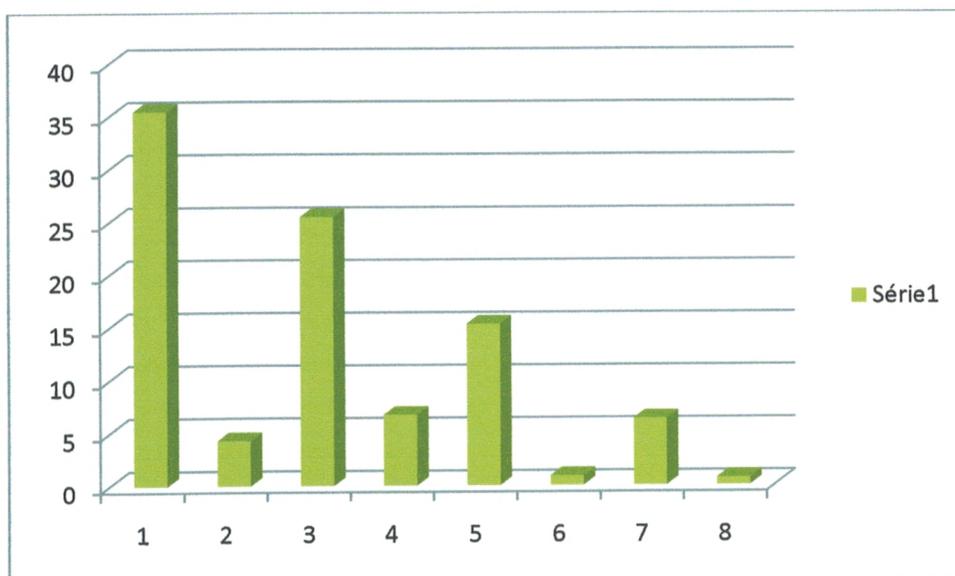
Les âges extrêmes étaient 18ans et 45ans avec un pic entre 26 et 36ans

C - Répartition en fonction du groupage sanguin

****Tableau 1**

Groupage sanguin	Effectif	Pourcentage
O+	211	35.5%
O-	41	6.8%
A+	151	25.5%
A-	39	6.7%
B+	91	15.3%
B-	8	0.9%
AB+	37	6.3%
AB-	3	0.5%
Non mentionné sur le dossier	14	1.6%
Totale	595	100%

****Tableau 2**



****Commentaire**

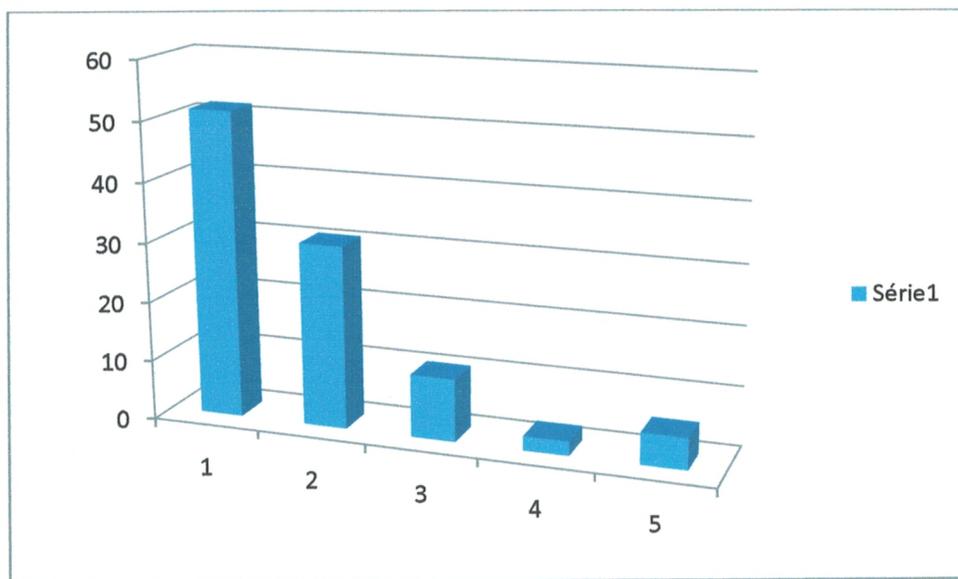
Les femmes du groupe sanguin O sont les plus touchées avec une prédominance de rhésus positive

D - Répartition en fonction de la parité

****Tableau 1 :**

Parité	Effectif	Pourcentage
G1 p0	304	51%
Gn p0/n>1	183	30.7%
Multi pare	62	10.5%
Grandes multi pare/n>6	14	2.4%
Non mentionnée sur le dossier	32	5.3%
Totale	595	100%

****Tableau 2**



****Commentaire**

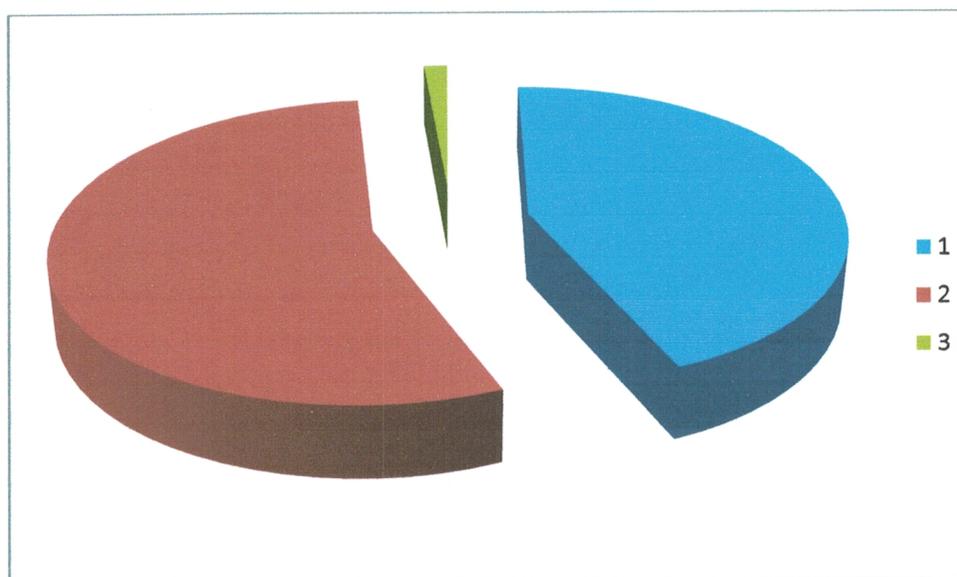
La césarienne est plus fréquente chez les primipares

E - Répartition en fonction du sexe

****Tableau 1**

Le sexe	effectif	Totale
Masculin	373	44.6%
Féminin	252	56%
Mort in utero	14	1.4%
totale	603	100%

****Tableau 2**



****Commentaire**

Une légère Prédominance du sexe masculin

V. DISCUSSION :

A la fin de mon étude j'ai conclu que l'incidence des césariennes au niveau du service de gynécologie de l'EPH BOUIRA reste relativement élevée : 595 cas de césarienne, ce qui représente un pourcentage de % sur un nombre totale de accouchements durant la période allant 01 janvier 2009 jusqu'au 31 mars 2010.

Les ATCD d'un utérus cicatriciel combiné à un autre facteur est l'indication la plus fréquente des césariennes ainsi que le dépassement du terme, la Souffrance fœtale et la PRST du siège.

L'indication de la césarienne pour une présentation non céphalique est plus fréquente pour la PRST du siège surtout chez la primipare. L'indication pour les autres présentations est beaucoup moins fréquente.

Les césariennes pour ATCD d'un utérus cicatriciel combiné à une macrosomie fœtale ainsi à une présentation non céphalique sont les indications les plus fréquentes. Le bassin limite, l'hydramnios, la grossesse gémellaire et les ATCD d'une césarienne récente sont des facteurs qu'ils ont aussi leur grande part dans l'indication de la césarienne.

On note aussi une légère augmentation de l'indication de la césarienne pour un utérus bi cicatriciel.

Environ 70% des césariennes sont programmées le reste sont pratiqués en urgence par le gynécologue de garde.

La plus part des patientes sont du groupe sanguin O+, primipares entre 26ans et 36ans.

On note un taux de césarienne élevé chez la primipare avec ATCD de césarienne et mort in utéro, même chose que pour les ATCD d'avortement précoce ou tardif.