



Évolutions techniques de la césarienne

Technical advances in the delivery by caesarean section

L. Dessolle (Praticien hospitalier, ancien chef de clinique-assistant des hôpitaux de Paris)^a, E. Daraï (Professeur des Universités, praticien hospitalier)^{b,*}

^a Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier intercommunal de Montreuil, 56, boulevard de la Boissière, 93105 Montreuil-sous-bois cedex, France

^b Service de gynécologie-obstétrique, UFR Saint-Antoine, université Paris-VI, hôpital Tenon, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

MOTS CLÉS

Césarienne ;
Grossesse ;
Misgav ;
Technique de Ladach ;
Technique de Stark ;
Technique de
Joël-Cohen

KEYWORDS

Caesarean section,
Misgav;
Ladach technique;
Stark technique;
Joel-Cohen technique

Résumé La césarienne est l'une des interventions les plus fréquentes et sa technique a été standardisée par de nombreuses générations de chirurgiens gynécologues obstétriciens. Elle a bénéficié d'évolutions au cours des deux dernières décennies. Ces évolutions techniques ont pour but de diminuer à la fois la morbidité et la mortalité.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract The Caesarean section is one of the most frequently undertaken surgeries. Although the technique has been standardised by several generations of surgeons, gynaecologists and obstetricians, many improvements have been observed during the last two decades. These modifications aim to decrease the incidence of both mortality and morbidity.

© 2004 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Introduction

La césarienne est l'intervention obstétricale la plus fréquente. Elle consiste en un accouchement par ouverture chirurgicale de l'utérus, le plus souvent après laparotomie. La fréquence de la césarienne n'a cessé d'augmenter depuis 25 ans dans les pays industrialisés.^{13,63,64,67} En France aujourd'hui, environ 19 % des enfants naissent par césarienne

(Tableau 1).⁸ L'anesthésie et la chirurgie sont devenues plus sûres mais le risque de mortalité associé à la césarienne reste sept fois plus élevé que lors d'un accouchement normal.^{3,19,31,46,47,85,86} De même, la morbidité maternelle est aussi plus élevée après césarienne que lors d'un accouchement normal.^{3,19,31,46,47,86} De ce fait, les avantages et les inconvénients de ce mode d'accouchement doivent être explicités à la patiente par le biais d'une information « loyale, claire et appropriée » (article 35 du Code de déontologie). La technique chirurgicale a, quant à elle, évolué ces dernières années vers une simplification des gestes permettant de

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emile.darai@tnn.ap-hop-paris.fr (E. Daraï).

Tableau 1 Évolution du taux de césariennes en France entre 1970 et 2003 (Données Inserm⁶⁴ et réseau sentinelle Audipop⁸).

Année	1972	1981	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
TC (%)	6,1	10,9	13,97	14,43	14,36	15,55	16,1	16,27	16,37	17,83	17,62	18,74
Avant travail			6,47	7,23	7,22	8,2	7,83	8,23	7,76	8,98	9,82	9,26
Pendant travail			7,5	7,2	7,14	7,35	8,27	8,04	8,61	8,85	7,8	9,48

TC : taux de césariennes pour 100 naissances. 1972, 1981 : données des enquêtes nationales de la Direction générale de la santé (DGS) et de l'Inserm.

contribuer à la réduction à la fois de la morbidité et de la mortalité.

Rappels anatomiques

Les modifications anatomiques associées à la grossesse doivent rester à l'esprit car elles imposent des précautions lors de l'abord de l'utérus et de la conduite opératoire pour la césarienne.

Le débit utérin total, de l'ordre de 500 à 800 ml min⁻¹, est 10 fois plus important à terme qu'en dehors de la grossesse.⁵⁹ Un important réseau variqueux pelvien est parfois présent au niveau des annexes, des ligaments larges, voire de la paroi utérine. L'utérus présente une dextrorotation variable parfois importante qui expose le pédicule utérin gauche.⁵⁷ Les hémorragies obstétricales sont la première cause de mortalité maternelle en France.¹⁵

Au 3^e trimestre de la grossesse, le segment inférieur se développe dans la région isthmique, entre le corps et le col utérins. Il s'agit d'une portion musculaire amincie, peu vascularisée, au sein de laquelle les vaisseaux, issus essentiellement de collatérales de l'artère vaginale, ont une direction transversale prédominante. C'est le siège privilégié où l'hystérotomie doit être réalisée. Le segment inférieur comprend trois couches anatomiques de la superficie à la profondeur :

- une séreuse lâche sous laquelle on trouve facilement le plan de décollement vésico-utérin ;
- un fascia blanc nacré qui fait la solidité de la cicatrice utérine ;
- le myomètre, en double couche entre lesquelles passent les vaisseaux. En superficie, la majorité des fibres musculaires ont une direction longitudinale. Au contact de la muqueuse utérine, la couche musculaire est plus épaisse et présente une orientation transversale prédominante.⁵⁷

Les anses intestinales étant refoulées latéralement du fait du volume utérin, la vessie est le principal rapport dangereux lors de l'abord pour la césarienne. Elle s'étale sur la partie basse de la face antérieure de l'utérus où sa situation est variable au cours de la grossesse et présente de nombreuses variations interindividuelles. Son anatomie

est parfois très modifiée chez les patientes déjà opérées.

Les rapports latéraux de l'utérus comprennent l'uretère pelvien, l'artère utérine et ses collatérales. L'anatomie est modifiée par la gestation et variable en fonction du terme. À son entrée dans le pelvis, l'uretère surcroise à droite les vaisseaux iliaques externes et à gauche les vaisseaux iliaques primitifs. Il chemine donc en avant de l'artère utérine à droite et en arrière de celle-ci à gauche. Dans sa partie sous-ligamentaire, l'uretère se dirige en dedans et en avant vers la vessie. À cet endroit, en dehors de la grossesse, il est surcroisé de dehors en dedans par l'artère utérine à environ 15 mm au-dessus et en dehors du dôme vaginal. Lors de la grossesse, l'artère utérine suit l'ascension de l'utérus, sa boucle est attirée vers le haut et tend à se libérer de l'uretère et à s'éloigner du cul-de-sac vaginal. L'artère cervicovaginale voit sa naissance déportée latéralement et c'est elle qui vient surcroiser l'uretère en fin de grossesse. La distension du dôme vaginal le rapproche de l'uretère mais ces deux éléments restent séparés par du tissu cellulaire facilement clivable. À gauche, l'uretère est également menacé par la dextrorotation de l'utérus. Immédiatement après l'accouchement, la distance entre l'uretère et l'artère utérine se réduit.⁵⁷

Indication de la césarienne

L'indication de la césarienne est complexe et multifactorielle. Sa discussion dépasse le cadre de cet article. Elle doit prendre en compte la probabilité de succès d'un accouchement normal, les risques immédiats et à long terme pour la mère et l'enfant dans les deux éventualités, l'urgence à extraire l'enfant et, si possible, la préférence de la patiente. Elle met en jeu une double balance de bénéfices et de risques avec parfois un conflit d'intérêt maternofœtal. Elle a un impact indéniable sur le vécu de la naissance par la mère. Elle a des conséquences socioéconomiques et de santé publique. Elle met en jeu la responsabilité juridique de l'obstétricien.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9319309>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9319309>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)