

VII. ANESTHESIE POUR LA CESARIENNE (1)(2)(6)(9)

Voici un tableau comparatif des différentes techniques

Tableau n°1 : les différentes techniques anesthésiques pour la césarienne

	Anesthésie péridurale	rachianesthésie	Anesthésie générale
Avantages	- Maîtrise du niveau supérieur du bloc	- Rapidité d'installation du bloc - Faible dose d'anesthésique	- Rapide - Trouble hémodynamique plus faible - reproductible
Inconvénients	- Délai variable d'installation du bloc - risque de toxicité grave en cas d'injection intraveineuse accidentelle - plus difficile	- Hypotension artérielle - risque de détresse respiratoire - céphalées	- risque majeur d'hypoxie - risque d'inhalation du liquide gastrique
Indications	Césarienne pendant le travail	Césarienne programmée	- Urgence - Contre-indication à l'anesthésie locorégionale - Refus de la patiente
Contre indications	<ul style="list-style-type: none"> - refus de la patiente - trouble de la coagulation - prise d'aspirine ou d'anticoagulant récent - infection systémique ou locale - pathologie neurologique évolutive - état hémodynamique instable - Hémorragie maternelle sévère - anomalie de la colonne vertébrale - valvulopathie sévère 		Selon les produits utilisés
Techniques	Injection d'anesthésique local plus ou moins des morphiniques dans l'espace péridural	Injection de ces produits intrarachidienne	Administration intra veineuse de produits anesthésiques généraux
<p>La périrachianesthésie consiste à injecter une petite quantité de produit anesthésique local intrarachidienne puis de poser un cathéter dans l'espace péridural. Cette technique combine les avantages de ces deux techniques sans en additionner les inconvénients</p>			

VIII. LA TECHNIQUE DE LA CESARIENNE

VIII.1 PREPARATION DE L'INTERVENTION (1)(2)

Elle doit se faire dès que l'indication est posée.

1. Préparation du couple : elle doit être faite en consultation prénatale et refaite à l'entrée en salle d'opération. Elle concerne l'indication, les modalités anesthésiques, les éventuelles complications.
2. Bilan pré anesthésique: il est fait 8 jours avant l'intervention programmée (2) ou en urgence selon l'indication.
3. Bilan obstétrical : consiste en une évaluation rapide de l'avancement du travail et de l'état fœtal.
4. Appel du pédiatre : elle n'est pas systématique (2).
5. Préparation de la patiente :
 - Préparation psychologique, lavement évacuateur, toilette vaginale dès la veille
 - Prévention des maladies thromboemboliques : héparine à dose iso-coagulant en préopératoire, bas de contention veineuse (1)(2).
 - Sondage vésical sous asepsie stricte.
 - Mise en place de la voie d'abord veineux.
 - Installation de la patiente : décubitus dorsal avec légère inclinaison latérale gauche de l'ordre de 10 à 15% (1).
6. Préparation du site opératoire :
 - Rasage soigneux abdominopubien
 - Lavage soigneux à l'eau et au savon
 - Badigeonnage à la betadine scrub la veille et le matin
 - Application d'une solution antiseptique (premier passage par l'infirmière, deuxième passage par le chirurgien).
 - Application d'un champ plastique adhésif sur la peau : c'est une mesure inconstamment utilisée (1).

VIII.2 L'ACTE OPERATOIRE (1)(2)

Il comprend cinq étapes bien distinctes : l'ouverture pariétale, l'hystérotomie, l'extraction foétale, la suture utérine, et la fermeture pariétale.

Nous allons décrire surtout les techniques les plus utilisées.

VIII .2.1 LA CESARIENE ABDOMINALE TRANSPERITONEALE

a) Ouverture pariétale

i. Incision de Pfannenstiel

Elle reste encore la technique la plus utilisée.

Incision cutanée de 12 à 14cm à environ 3cm au-dessus du rebord supérieur du pubis.

Elle est tracée horizontalement ou suivant un tracé arciforme à légère concavité supérieure (Photos n°1).

Les tissus cellulaires sous-cutanés sont incisés obliquement vers le haut au bistouri électrique jusqu'à l'aponévrose (Photos n°2).

On réalise ensuite une boutonnière centrale transversale sur l'aponévrose 2cm au-dessus du niveau d'incision de la peau sur environ 3cm de chaque côté.

La section de l'aponévrose est poursuivie latéralement après décollement selon un trajet oblique en haut et en dehors, réalisant une incision plus arciforme que celle de la peau. La longueur totale est de 16cm.

Puis on pratique un décollement de celle-ci vers le haut jusqu'à l'ombilic par clivage digital ou au bistouri électrique. Le décollement vers le bas est commencé latéralement grâce au ciseau.

On réalise une boutonnière le plus haut possible sur le péritoine et sous contrôle digital, on complète l'ouverture suivant un trajet vertical. L'incision vers le bas doit s'arrêter à 1cm de la vessie.

ii. Les autres techniques d'ouverture pariétale

- Les autres incisions transversales

➤ Incision de Joël Cohen ou de Stark

Sa différence avec celle de Pfannenstiel est l'incision des tissus cellulaires sous cutanés et de l'aponévrose qui n'est faite qu'au niveau de la partie médiane.

L'ouverture de l'aponévrose, l'écartement des muscles grands droits de l'abdomen, l'ouverture du péritoine ainsi que l'agrandissement de l'hystérotomie se fait par dilacération et traction digitale divergente (Photos n°3, n°4, n°5).

Elle est rapide, peu hémorragique, par rapport à l'incision de Pfannenstiel sans augmenter les complications.

➤ Incision de Mouchel

C'est l'adaptation gynéco-obstétricale d l'incision transrectale de Mayard.

Les muscles droits sont sectionnés de dedans en dehors sur une courte distance au-dessus de la naissance des pyramidaux. Elle donne un jour beaucoup plus important à l'utérus.

➤ Incision de Bastien

Elle est rarement pratiquée. La particularité de cette technique est la désinsertion suspubienne des muscles droits. Le jour obtenu est très important.

➤ Incision de Rapin Küstner

L'incision cutanée est pareille à celle de Pfannenstiel, puis il s'agit d'une laparotomie médiane.

- Laparotomie médiane : tous les plans sont ouverts verticalement suivant la ligne médiane. Elle est facile, rapide, peu hémorragique.

Elle est utilisée dans les urgences extrêmes, en cas d'obésité maternelle, de difficulté prévisible dans l'extraction fœtale, et de ventre cicatriciel.

b) Hystérotomie

Elle sera faite après quelques gestes de prudence :

- ✓ Evaluation du degré de dextrorotation de l'utérus
- ✓ Décollement du péritoine viscéral et protection de la vessie
- ✓ Repérage du segment inférieur et évaluation de son ampliation

i. Hystérotomie segmentaire transversale basse de KERR (Photos n°8)

Elle est réalisée dans plus de 90% des césariennes.

On fait une moucheture médiane transversale de 3 à 4cm au bistouri froid.

Elle est faite le plus souvent à 3 à 4cm au-dessous de la ligne de solide attache du péritoine ou à l'aplomb du plus grand diamètre du pôle fœtal qui se présente tout en restant segmentaire.

Sous contrôle digital, on réalise aux ciseaux une section arciforme à concavité supérieure de 15cm de large. L'agrandissement par écartement digital prôné par Stark est de plus en plus utilisé.

ii. Incision verticale basse de Krönig

Elle est préférée lorsque le segment inférieur n'est pas développé transversalement ou lorsqu'il existe un placenta prævia antérieur recouvrant.

iii. Incision classique ou corporéale

Elle est rarement pratiquée. Essentiellement en cas d'hystérectomie programmée ou en cas de difficulté majeure de l'abord du segment inférieur.

REMARQUE :

- Hystérotomie par matériel mécanique : Elle relise une agrafe simultanée des berges.

- Agrandissement de l'hystérotomie : il s'agit de prolonger en haut et en dehors les extrémités de l'hystérotomie transversale et de prolonger vers le bas les hystérotomies verticales.

c) Extraction du fœtus

i. Présentation céphalique

La main de l'opérateur empaume la tête pour l'aider à franchir l'incision utérine en jouant le rôle d'un levier manuel (Photos n°10).

L'aide exerce une expression bimanuelle au niveau du fond utérin.

L'application de forceps (type PAJOT) ou de ventouse obstétrical peut être utile en cas de difficulté (Photos n°11, n°12).

ii. Présentation non céphalique

- ❖ Présentation du siège : dégagement spontané par expression fundique ou par extraction inguinale en cas de siège décomplété et par abaissement des deux pieds en cas de siège complet.

❖ Présentation transversale

Il faut recourir à une version podalique suivie d'une grande extraction (Photos n°13).

d) La délivrance

Il s'agit le plus souvent d'une délivrance dirigée par une injection d'oxytocine 10UI au cours du dégagement de l'épaule. Il est rapide et peu hémorragique que la délivrance manuelle.

Une révision utérine est systématique à la recherche d'anomalie de la cavité surtout si il existe une anomalie de la présentation.

e) La suture utérine

Une hystérotomie en un plan par un surjet au vicryl décimal 3 ou 3,5(ancien 0 ou 00) est recommandée par le CNGOF (2). (Photos n°15)

L'utilité d'une suture extra muqueuse n'est pas démontrée. La péritonisation fait classiquement par un surjet passé au vicryl résorbable décimal N°2 ne pose aucun problème si la prise est fine (2).

f) Fermeture pariétale

Elle sera faite après contrôle de la cavité péritonéale (vérification de l'état des annexes et de l'utérus, nettoyage, compte des champs)

La péritonisation pariétale n'est pas obligatoire.(1)

Le rapprochement musculaire est nécessaire dans l'incision de Pfannenstiel et l'incision médiane. Par contre il n'est pas utile dans l'incision de Mouchel et celle de Joel Cohen .

Un drain aspiratif sous-aponévrotique est mis en place si l'hémostase musculaire n'est pas satisfaisante.

Le rapprochement des tissus sous cutanées sera fait par des points simples au fil résorbable (Photos n°18).

La peau est fermée soit par agrafes soit par surjet intradermique (Photos n°19).

VIII.2.2 ICONOGRAPHIE (10)(11)(2): Annexe 1

VIII.2.3 LES VARIANTES OPERATOIRES DE LA CESARIENNE

a) La césarienne extrapéritoneale

Elle est indiquée dans les infections amniotiques patentes pour éviter la dissémination intra péritonéale du produit infecté d'origine endo-utérine.

La technique utilise l'incision de Pfannenstiel jusqu'au péritoine puis on réalise un clivage digital du tissu conjonctif laterovésical gauche, la vessie étant gonflée. Le clivage progresse vers le haut et la droite et atteint la face antérolatérale gauche du segment inférieure. On fera par la suite une hystérotomie segmentaire sans avoir ouvert le péritoine.

b) La césarienne vaginale

Il s'agit d'une césarienne segmentaire totalement extra péritonéale pratiquée par voie vaginale dont les suites maternelles sont comparables à celles de l'accouchement naturel.

Elle permet d'extraire dans un bref délai avec un minimum de traumatisme un fœtus dont l'extraction par voie basse est mécaniquement possible. De cet intérêt découle ses indications.

L'intervention se déroule en plusieurs temps :

- Exposition du segment inférieure
- Ouverture cervicosegmentaire
- Extraction fœtale
- Suture segmentocervicale.

c) Les césariennes associées à d'autres gestes chirurgicaux

Hystérectomie, stérilisation tubaire, myomectomie, kystectomie ovarienne, ligature vasculaire.

IX. COMPLICATIONS

IX.1 COMPLICATIONS MATERNELLES (2)(6)

- a) Mortalité maternelle : elle est de 1 à 3 pour 1000 césarienne. Ce risque est six fois plus élevé qu'au cours de l'accouchement par voie naturelle (2).

Les causes de décès sont : infection, hémorragie, accident anesthésique, pathologies maternelles préexistant.

- b) Morbidité maternelle

Elle survient dans 10 à 40 % des cas.

La patiente césarisée cumule les risques de l'opérée de l'abdomen et de l'accouchée.

i. Complications peropératoires

- Complication anesthésique : syndrome de Mendelson
- Hémorragie peropératoire : complique 10% des césariennes
- Déchirure du segment inférieur
- Plaie vésicale
- Plaie intestinale

ii. Complications post opératoires

- Complications infectieuses : elles constituent 20% des complications de la césarienne. Il peut s'agir d'une endométrite, d'une infection urinaire, d'une suppuration pariétale.
- Complications thromboemboliques : elles surviennent dans 5 à 10% des césariennes, risques 4 fois plus élevés qu'au cours de l'accouchement par voie basse.
- Anémie
- Trouble du transit
- Hémorragie postopératoire : elle se rencontre dans 1% des césariennes.

Il s'agit soit d'un hématome pariétal, soit d'un lâchage secondaire de l'hystérorraphie avec nécrose du myomètre.

Autres : syndrome dépressif, embolie gazeuse, douleur postopératoire.

IX.2 COMPLICATIONS FŒTALES (2)

- a) Mortalité néonatale : elle n'est pas augmentée par la césarienne.
- b) Morbidité néonatale : il existe une morbidité directement liée à l'indication de la césarienne.
- Traumatisme fœtal : paralysie du plexus brachial
 - Fracture de l'humérus
 - Plaie fœtale
 - Retard de résorption du liquide pulmonaire (détresse respiratoire transitoire)
 - Dépression respiratoire due à certaines drogues anesthésiques si on a fait une anesthésie générale.

REMARQUE : Indice d'APGAR (12)

Tableau n°2 : Indice d'APGAR

Paramètres\ Score	0	1	2
Battements cardiaques	Absents	<100bpm	>100bpm
Tonus musculaire	Nul	Faible : légère flexion des extrémités	Fort : quadriflexion des mouvements actifs
Mouvements respiratoires	Absents	Lents, Irréguliers	Vigoureux, avec cri
Réactivité à la stimulation	Nulle	Faible : grimace	Vive : cri, toux
Couleur de la peau	Globalement bleu ou pâle	Corps rose, extrémités bleues	Totalement rose