



A. DÉFINITION

Cette intervention chirurgicale permet d'extraire le fœtus de la cavité utérine par voie abdominale après incision de l'utérus.

Synonyme : Accouchement par voie haute.

B. LES ANESTHÉSIES

Actuellement pour faire une césarienne il existe plusieurs types d'anesthésie :

- Anesthésie générale ;
- *Anesthésie locorégionale* : la femme reste consciente au cours de l'opération et seulement le site opératoire et la moitié inférieure du corps sont anesthésiés. Il existe deux types d'anesthésie locorégionale :
 - Anesthésie péridurale : les anesthésiants à action locale sont injectés dans l'espace qui entoure la dure mère au niveau du canal rachidien lombaire.
 - Rachianesthésie : les anesthésiants à action locale sont injectés directement dans l'espace contenant le LCR, au niveau du canal rachidien de la région lombaire.

Actuellement, c'est le type d'anesthésie que les anesthésistes et les chirurgiens préfèrent pour la réalisation des césariennes.

C. LA LAPAROTOMIE

Pour accéder à l'utérus et extraire le fœtus, le chirurgien doit ouvrir la paroi abdominale par une incision appelée **laparotomie**, cette laparotomie peut être :

- *Une laparotomie transversale sus-pubienne* (incision de Pfannenstiel) : il s'agit d'une incision horizontale et esthétique de l'abdomen juste au-dessus du pubis, de nos jours, c'est la laparotomie la plus fréquemment pratiquée.
- *Une laparotomie médiane sous ombilicale* : il s'agit d'une incision verticale s'étendant entre le pubis et le nombril. Actuellement elle est rarement pratiquée, dans certains cas nécessitant une extraction ultra rapide du fœtus.

D. DIFFÉRENTES FORMES DE CÉSARIENNES

Selon le type de l'incision (l'hystérotomie) pratiquée sur l'utérus, on peut distinguer plusieurs formes de césarienne :

1. La césarienne segmentaire transversale

Lorsque l'hystérotomie a été effectuée transversalement sur le segment inférieur (une zone mince qui apparaît à la jonction du corps de l'utérus et du col utérin à partir du début du 7ème mois de grossesse sous l'effet de la distension de l'utérus et les contractions utérines). Ce type de césarienne préserve la possibilité ultérieure d'accoucher par voie naturelle s'il s'agit :

- De la première césarienne ;
- Et qu'il n'y a pas de contre-indication à l'accouchement par voie naturelle sur utérus cicatriciel, comme par exemple le bassin rétréci, la présentation vicieuse du fœtus, la grossesse gémellaire.

L'accès chirurgical au segment inférieur peut se faire soit :

- Par voie transpéritonéale lorsque le chirurgien ouvre la cavité abdominale puis, il ouvre le péritoine pelvien
- Par voie extrapéritonéale, lorsque le chirurgien n'ouvre pas la cavité abdominale et atteint le segment inférieur en la séparant de la vessie à partir de la paroi abdominale.

2. La césarienne corporéale

Lorsque l'hystérotomie a été effectuée verticalement sur le corps de l'utérus. Ce type de césarienne impose l'accouchement par césarienne pour les grossesses ultérieures car, il existe un risque de la rupture utérine au cours du travail.

3. La césarienne en « T » (T inversé)

Lorsque l'hystérotomie a été effectué transversalement sur le segment inférieur puis devant la nécessité technique chirurgicale, cette incision a été élargi verticalement par une incision sur le corps de l'utérus. Ce type d'incision fait partie des indications de césarienne sur utérus cicatriciel pour les futures grossesses car le risque de rupture utérine au cours du travail n'est pas négligeable.

Remarque :

Il ne faut pas confondre, entre la localisation de la laparotomie et la localisation de l'hystérotomie parce que, une fois que le chirurgien a ouvert le ventre en effectuant une de ces deux types de laparotomie (transversale sus pubienne ou médiane sous ombilicale), il peut choisir pour extraire le fœtus de la cavité utérine de réaliser soit une incision segmentaire transversale (césarienne segmentaire) soit une incision corporéale verticale (césarienne corporéale) soit les deux types d'incision (césarienne et T inversé). Donc le type de l'incision que l'on constate sur la peau n'a rien avoir avec le type de césarienne que le chirurgien a pratiqué sur l'utérus.

4. La césarienne par voie vaginale

Exceptionnelle de nos jours. Au cours du travail et avant que la dilatation du col utérin soit complète, le chirurgien réalise plusieurs incisions sur le col utérin pour faciliter l'extraction du fœtus par le vagin. Ce type de césarienne comporte d'importantes difficultés techniques lors de sa réalisation et lors de la réparation chirurgicale du col après l'extraction fœtale avec des risques de complications immédiates et tardives, pour cela cette voie est exceptionnelle dans la pratique de l'Obstétrique moderne.

E. INDICATIONS

La césarienne peut être pratiquée :

- Soit au cours du travail pour des raisons multiples décidées par l'obstétricien au cours du travail : souffrance fœtale, stagnation de la dilatation.
- Soit en dehors du travail, c'est-à-dire une césarienne programmée par le l'obstétricien avant la mise en travail parce que l'accouchement par voie naturelle n'est pas souhaité ou impossible (utérus multi cicatriciel, antécédent de césarienne corporéale ou en T, présentation vicieuse du fœtus, une disproportion foeto-pelvienne, un placenta prævia ou un obstacle prævia, une souffrance fœtale en dehors de travail...)

F. POSITIONNEMENT DU PLACENTA

1. Placenta prævia

C'est-à-dire le placenta qui précède le fœtus. On parle du placenta prævia, quand ce placenta est inséré sur le segment inférieur, c'est-à-dire la zone de l'utérus qui est situé entre le corps de l'utérus et le col de l'utérus et qui mesure quelques millimètres de longueur en dehors de la grossesse et que l'on nomme *l'isthme utérin* : cette zone s'allonge au cours de la grossesse pour atteindre, à la fin de la grossesse, une longueur de 7 cm en avant et 4 cm en arrière et que l'on appelé *le segment inférieur*.

Le placenta prævia à l'examen échographique est inséré sur la paroi antérieure ou les bords latéraux de la cavité utérine et une distance inférieure de 7 cm du col quand il est inséré sur la paroi postérieure de la cavité utérine et la distance entre le bord inférieur du placenta est l'orifice interne du col utérin est de moins de 4 cm.

2. Le placenta recouvrant

Si le placenta est trop bas inséré de manière à recouvrir l'orifice interne du col utérin. Cette anomalie d'insertion placentaire peut être à l'origine des hémorragies au cours de la grossesse et en particulier dans les trois derniers mois ; elle peut être aussi à l'origine :

- Des anomalies de la position fœtale dans la cavité utérine.
- Des accouchements prématurés :
 - Soit par rupture prématurée des membranes (chorioamniotites) (la poche des eaux).
 - Soit en raison des hémorragies graves nécessitant une césarienne avant terme pour sauvetage maternel et fœtal. Dans les cas où le placenta est recouvrant, il devient un obstacle empêchant l'expulsion du bébé par les voies naturelles et l'accouchement ne peut se faire *que par césarienne*.

G. CONCLUSION

Grâce aux progrès : de la technique opératoire, de l'anesthésie et de la réanimation, de la biochimie, de la pharmacologie (les médicaments et en particulier les médicaments utilisés pour contrôler les saignements, les antibiotiques et les médicaments utiliser pour diminuer le risque thromboembolique). Les risques de l'accouchement par césarienne ont été considérablement réduits mais ils ne sont jamais nuls, donc il subsiste toujours des risques maternels et fœtaux dus à la césarienne : risques anesthésiques, traumatiques, infections, hémorragies, risques thromboemboliques.

