

Césarienne sur ventre multi-opéré

L. MARPEAU *
(Rouen)

Résumé

Il devient assez habituel de devoir faire une césarienne à une patiente aux multiples antécédents de laparotomie. L'utérus gravide, fort heureusement, repousse vers le haut les structures digestives. Les difficultés chirurgicales qui se posent sont donc surtout d'ordre pariétales et/ou vésicales.

Les chiffres publiés montrent que les accidents restent rares pour l'instant. Il faut rester extrêmement vigilant sur la qualité de la formation chirurgicale de nos internes pour que la césarienne, en France, reste une intervention à faible risque.

Mots clés : césarienne, adhérences, éventration

* Clinique gynécologique et obstétricale - 1 rue de Germont - 76000 Rouen

Correspondance : loic.marpeau@chu-rouen.fr

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Loïc Marpeau, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

Il n'est pas exceptionnel de devoir faire une césarienne, en urgence ou non, à une femme enceinte ayant déjà subi plusieurs laparotomies. Ce phénomène est en croissance exponentielle pour quatre raisons.

- La première est liée à l'inflation du taux des premières et deuxièmes césariennes, inflation qui influence directement celui des césariennes sur abdomen multi-cicatriciel.
- La seconde est en corrélation étroite avec les progrès des techniques de procréation assistée. Par exemple, les infertilités par séquelles adhérentielles sont prises en charge avec efficacité en fécondation *in vitro*.
- Les progrès médicaux en général sont la troisième raison qui explique ce plus grand nombre de césariennes chez des patientes déjà multi-opérées. La grossesse devient en effet maintenant possible chez des femmes guéries (ou stabilisées) de pathologies graves, digestives ou rénales notamment.
- La dernière raison relève des évolutions sociologiques bien connues de ces 20 dernières années qui conduisent des femmes d'un certain âge à désirer être enceintes. Ces femmes, du fait de leur âge, ont plus souvent eu besoin de la chirurgie (myomectomie, endométriose).

1. QUELQUES CONSEILS GÉNÉRAUX

La qualité chirurgicale de l'équipe obstétricale doit être confirmée. Si ce n'est pas le cas, un transfert en service spécialisé s'impose. Le compte rendu opératoire de la dernière laparotomie est connu. Il faut,

si possible, éviter de se mettre dans une situation d'extraction en urgence. L'intervention peut être longue, ce qui fait de l'association rachianesthésie-analgésie péridurale une bonne alternative. Enfin, il est inutile pour le fœtus et dangereux pour la mère de vouloir extraire l'enfant le plus vite possible, avec fièvre.

2. CÉSARIENNES APRÈS DE MULTIPLES CÉSARIENNES

Cette situation devient habituelle. Les risques en sont connus [1]. Les scores d'Apgar à 5 minutes, les adhérences digestives, les adhérences péritonéales, les hystérectomies d'hémostase, les transfusions et les durées d'hospitalisation sont en nombre très significativement augmentés quand on compare les quatrièmes et cinquièmes césariennes aux secondes et troisièmes césariennes.

Quelques points techniques méritent d'être signalés. La cicatrice cutanée est le plus souvent celle d'un Pfannenstiel qui progressivement, au fil des interventions, s'est rapprochée du mont de Vénus. Il faut exciser largement cette cicatrice puis aborder l'aponévrose à trois centimètres au-dessus de la symphyse pubienne après être remonté dans la graisse. L'incision de l'aponévrose est faite haute, l'absence de muscle grand droit ou bien l'absence de plan de dissection sous-aponévrotique imposant parfois la pratique d'un abord transrectal. La vessie est souvent haute, incarcérée même dans la paroi. L'utérus lui-même peut être ventrofixé. Pour trouver le décollement, il faut passer par les côtés et « savoir tailler dans le vif ». Il est inutile de vouloir libérer la totalité de la face antérieure ; mieux vaut se contenter d'un espace réduit mais suffisant. Les techniques de digito-dilacération n'ont pas leur place dans cette situation.

L'hystérotomie est souvent haute, en myomètre épais résistant au doigt ; les ciseaux peuvent être indispensables pour offrir une ouverture suffisante. Le placenta, lorsqu'il est antérieur peut être accreta, ce qui vient compliquer le geste chirurgical.

Si le myomètre est épais, il faut le refermer en deux plans, comme la transrectale et s'il y a un doute sur la vessie, faire une épreuve au bleu. Une plaie vésicale se répare en deux plans extra-muqueux dont on vérifie l'étanchéité par un test au bleu. La sonde vésicale est laissée en place une semaine et retirée après cystographie.

Enfin, un vaste décollement sous-cutané et un rapprochement de la sous-peau permettent d'obtenir un résultat esthétique.

3. CÉSARIENNE APRÈS CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

3.a. Attention aux antécédents de laparoscopies !

Absence de cicatrice cutanée ne signifie pas automatiquement absence d'adhérences. Là encore, le dernier compte rendu opératoire peut être précieux.

3.b. Antécédents de myomectomies

L'abord de l'utérus peut être gêné par des adhérences étroites entre tube digestif et myomètre. Il vaut mieux alors préférer la séreuse utérine à celles du colon ou du grêle. L'hystérotomie doit éviter par ailleurs les myomes résiduels ; elle peut être verticale.

3.c. Antécédents d'endométriose

Il est rare que l'abord utérin soit gêné. En revanche, s'il y a eu un geste postérieur dans la cloison rectovaginale ou bien sur un ligament utérosacré, l'extériorisation de l'utérus est à proscrire car celui-ci peut adhérer étroitement au plan postérieur.

4. CÉSARIENNE APRÈS CHIRURGIE DIGESTIVE

Il s'agit en général d'antécédents de maladie inflammatoire intestinale ; la césarienne est rarement difficile. On reprend l'incision médiane en pénétrant prudemment dans la grande cavité. S'il y a eu une anastomose colo-anale, là encore il faut se garder d'extérioriser l'utérus. Avant de fermer, on s'assure qu'il n'y a pas de brides péritonéales.

La fermeture de l'incision médiane impose de bien retrouver l'aponévrose et de prendre soin des deux angles de l'incision, supérieur et inférieur ; le risque ultérieur est l'éventration.

5. CÉSARIENNE APRÈS CHIRURGIE UROLOGIQUE

Ce peut être un antécédent de cure de reflux vésico-urétéral, de greffe rénale, d'entérocystoplastie pour extrophie vésicale [2-3].

Si le segment inférieur de l'utérus est difficile à dégager sur les côtés, il faut se tenir à distance des uretères en pratiquant une hystérotomie verticale. S'il y a un greffon, il ne faut pas le traumatiser lors d'une extraction laborieuse, une délivrance artificielle brutale ou une toilette péritonéale maladroite.

Les antécédents de cure chirurgicale d'extrophie vésicale sont certainement les plus problématiques si on doit pratiquer une césarienne. On peut travailler avec un urologue. L'accès au fond utérin peut être le seul possible (comme lors des placentas accreta antérieurs). C'est suffisant pour faire l'hystérotomie entre les cornes et pratiquer une grande extraction.

On a même vu des hystérotomies postérieures fortuites quand les conditions opératoires étaient impossibles en avant !

6. CÉSARIENNE APRÈS CURE D'ÉVENTRATION PAR PLAQUES NON RÉSORBABLES

La plaque doit être incisée comme une aponévrose, puis suturée comme une aponévrose.

CONCLUSION

Il faut être formé à faire des césariennes difficiles. Celles-ci deviennent le pain quotidien des gynécologues obstétriciens qui doivent donc avoir une formation chirurgicale de qualité. La connaissance du dernier compte rendu opératoire est souvent utile. En fonction de celui-ci, on saura choisir sa voie d'abord et prendre son temps. Le fœtus n'a rien à craindre d'une extraction un peu longue ; en revanche, la vessie, les uretères, le colon, le grêle de la patiente sont en grand danger si l'opérateur est inquiet, pressé et malhabile.

Une césarienne n'est pas terminée quand l'utérus est refermé. Il reste la paroi à fermer avec application... en pensant au collègue suivant qui aura un jour à réintervenir.

Bibliographie

- [1] Gedikbasi A, Akyol A, Bingol B. Multiple repeated cesarean deliveries: operative complications in the fourth and fifth surgeries in urgent and elective cases. *J Obstet Gynecol* 2010;49:425-431.
- [2] Deshpande NA, James NT, Kucirka LM. Pregnancy outcomes in kidney transplant recipients: a systematic review and meta-analysis. *Am J Transplant* 2011.
- [3] Creach TA, Mc Inerney PD, Thomas PJ. Pregnancy after lower urinary tract reconstruction in women. *BJU* 2003;92:773-777.