



Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



LETTRÉ À LA RÉDACTION

Les pièges de la césarienne à dilatation complète

Traps of cesarean section at full cervical dilatation

La césarienne est une intervention relativement simple et bien standardisée dans les cas habituels. Dans certains services, elle est enseignée aux internes en début de formation. Pourtant, la césarienne est parfois de réalisation technique difficile et nécessite un opérateur averti et expérimenté. En effet, les patientes présentant un utérus polomyomateux, une obésité morbide, les hystérotomies transplacentaires en cas de placenta antérieur recouvrant, ou les termes très prématurés où le segment inférieur n'est pas amplifié, sont des situations à risque. En cas d'utérus cicatriciels ou d'antécédents chirurgicaux, fibrose et adhérences peuvent compliquer le geste [1,2]. D'ailleurs, la vessie est classiquement accolée à l'utérus et les obstétriciens sont alors plus vigilants. Un décollement vésico-utérin peut alors parfois permettre d'éviter une plaie vésicale sur utérus cicatriciel.

Nous avons répertorié trois cas de plaies de vessie sur 2313 césariennes (0,13%) dans notre service, du 1^{er} janvier 2006 au 31 mars 2010. Dans les trois cas, il s'agissait de césariennes à dilatation complète sur utérus non cicatriciel. Dans les trois cas, le chef de garde était chef-de-clinique avec respectivement 17 mois, deux mois et 16 mois de clinicat.

Les indications étaient respectivement :

- non engagement de la présentation malgré les efforts expulsifs ;
- siège à 32 semaines d'aménorrhée admis à dilatation complète ;
- échec de spatules sur une présentation engagée à partie haute et asynclite.

Dans les deux premiers cas, l'ouverture s'est faite au niveau du cul-de-sac vaginal antérieur, avec une extraction au travers de la vessie. La fermeture vésicale s'est alors faite avec l'aide d'un urologue.

La césarienne à dilatation complète est une césarienne qui peut s'avérer difficile, notamment pour les jeunes obstétriciens avec peu d'expérience et dans un contexte d'urgence [2,3]. Étant donné que le col est effacé, il y a un continuum entre le segment inférieur, le col utérin et le vagin.

En gardant pour l'incision des repères par rapport à la présentation (Fig. 1a), l'hystérotomie sera trop basse, d'autant plus que le fœtus est engagé. L'hystérotomie se localisera au niveau du col utérin ou de la partie haute du vagin. L'incision peut filer vers le ligament large, les pédicules utérins (avec des problèmes d'hémostase), le vagin, ou le bas appareil urinaire [4]. En cas de non décollement vésico-utérin, (qui n'est pas systématique, notamment en cas d'utérus non cicatriciel), une incision trop basse intéressera le dôme vésical, avec parfois une extraction fœtale transvésicale [5,6]. Le risque, si le diagnostic de plaie vésicale n'est pas fait, est la fistule vésico-vaginale. Comme les tissus sont souvent œdématisés, et parfois difficiles à reconnaître, la suture peut intéresser la berge antérieure du dôme vésical et la berge supérieure de l'hystérotomie (ou colpo-tomie), laissant communiquer la vessie avec le vagin. Des urines hématuriques et parfois la perception du ballonnet peuvent faire le diagnostic.

En gardant des repères par rapport à l'utérus (Fig. 1b), l'incision sera plus haute que précédemment, au niveau du segment inférieur, au-dessus du repli vésico-utérin. Le risque est alors de se retrouver au niveau de l'épaule et du thorax, notamment en cas de présentation céphalique engagée. Dans ce cas, il peut y avoir une procidence du bras à travers l'hystérotomie, avec un bras souvent difficile à réintégrer, un engagement de la tête dans le bassin et une extraction qui sera très difficile.

En cas de césarienne à dilatation complète, et notamment lorsque la tête est engagée et impactée dans le bassin, il ne faut pas hésiter à demander à un aide de remonter la présentation par voie vaginale sous les champs. Parfois, une version en siège, en allant chercher les pieds par l'hystérotomie permet de faciliter l'extraction [4]. L'utérus ne doit pas être trop tonique. Il est préférable de décoller la vessie, pour éviter les plaies vésicales en cas d'incision en dessous du segment inférieur, en essayant de ne pas inciser trop bas. Parfois un trait de refend vertical de l'hystérotomie est nécessaire.

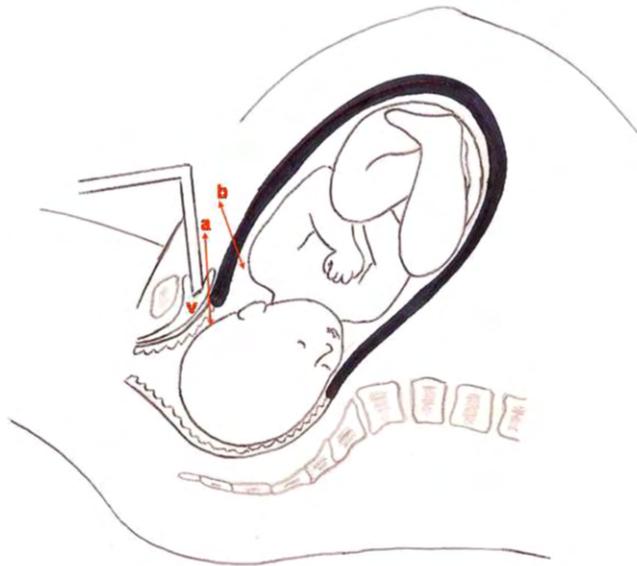


Figure 1 Césarienne à dilatation complète avec une présentation céphalique engagée. a : incision avec des repères par rapport à la présentation, sous le segment inférieur, voire au niveau du col ou du vagin, pouvant intéresser le dôme vésical (v); b : incision avec des repères par rapport à l'utérus, au niveau du segment inférieur, mais au niveau du thorax de l'enfant avec des risques d'extraction difficile.

Cesarean section at full cervical dilatation with impacted fetal head. a: section with marks in relation to the presentation, under the lower segment sometimes at the level of the cervix or the vagina, may interest the vesical dome (v); b: section with marks in relation to the uterus, at the level of the lower segment of the uterus, but at the level of the thorax of the child with risks of difficult extraction.

Si la présentation reste basse, et que l'on incise plus haut, vraiment au niveau du segment inférieur, garder une main en regard de l'hystérotomie permet de retenir et d'éviter une procidence du bras. Il faudra tenter de remonter l'épaule d'une main, et glisser l'autre main délicatement vers le bas pour remonter la tête et réaliser l'extraction.

En cas de césarienne à dilatation complète, l'urgence et le manque d'expérience font qu'une incision trop basse entraîne un risque de plaie vésicale, vaginale ou vasculaire et une incision trop haute rendra l'extraction plus difficile. Le choix de la hauteur de l'incision doit se faire rapidement mais de façon raisonnée, si bien qu'il est important de connaître les pièges de cette situation pour rester vigilant.

Conflit d'intérêt

Néant.

Références

- [1] Rahman MS, Gasem T, Al Suleiman SA, Al Jama FE, Burshaid S, Rahman J. Bladder injuries during cesarean section in a University Hospital: a 25-year review. *Arch Gynecol Obstet* 2009;279:349–52.
- [2] Phipps MG, Watabe B, Clemons JL, Weitzen S, Myers DL. Risk factors for bladder injury during cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2005;105:156–60.
- [3] Allen VM, O'Connell CM, Baskett TF. Maternal and perinatal morbidity of caesarean delivery at full cervical dilatation compared with caesarean delivery in the first stage of labour. *BJOG* 2005;112:986–90.
- [4] Blickstein I. Difficult delivery of the impacted fetal head during cesarean section: intraoperative disengagement dystocia. *J Perinat Med* 2004;32:465–9.
- [5] Franzini M. Delivery through the bladder during cesarean section. *J Urol* 1981;125:422–3.
- [6] Schroeder T, Kristensen JK. A case of vesicouterine fistula after cesarean section with delivery through the bladder. *J Urol* 1983;129:371.

C. Trastour*

A. Bongain

Service de gynécologie, obstétrique, reproduction et médecine fœtale, hôpital Archet-II, centre hospitalier universitaire de Nice, 151, route de Saint-Antoine-de-Ginestière, 06202 Nice cedex 3, France

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ctrastour@hotmail.com (C. Trastour).

Disponible sur Internet le 4 juin 2010