

LA CESARIENNE

→ 15 à 20 % des naissances / 40 % en urgence.

I) Définition.

C'est une intervention chirurgicale (programmée ou en urgence) qui consiste à inciser l'abdomen et l'utérus, qui va permettre une extraction foetale, lorsque les conditions chez la mère ou l'enfant ne permettent pas un accouchement par voie basse.

II) Indications.

~ Par rapport au foetus :

anomalie du RCF (signale une souffrance foetale); fragilité foetale (grande prématurité) ; mauvaise position de l'enfant ; cordon ombilical autour du cou ; grossesse multiple.

~ Par rapport à la mère :

bassin rétréci ; bassin à l'épreuve ; utérus cicatriciel (césarienne, fibrome, ...) ; col qui se dilate mal malgré des contractions de bonne qualité ; placenta praevia ; placenta bas inséré ; hématome rétro-placentaire ; découverte d'un cancer du col de l'utérus au cours de la grossesse ; demande de la patiente.

III) Réalisation.

Intervention de 30 minutes à 1h30 ; antibiotiques en IV pour éviter une infection ; délivrance artificielle.

~ Installation :

en décubitus dorsal ; la table d'opération étant légèrement incliné vers la gauche pour libérer la veine cave inférieure.

~ Anesthésie :

péridurale ou rachi-anesthésie (= loco-régionale ; plus grande efficacité ; action rapide) / quelque fois anesthésie

générale.

~ Incision et suture :

incision, au ras de la pilosité pubienne, transversale = **Plannenfield** (incision transversale de la peau) ; puis incision verticale du muscle pour atteindre l'utérus.

Parfois : incision verticale de l'ombilic jusqu'au pubis.

La suture est faite avec des agrafes ou des fils ; retirés à J5-J7 ; parfois présence de petit redon retiré à J2-J3.

IV) Risques et complications.

~ immédiates =

Hémorragie extériorisée (par le pansement ou la voie vaginale) due à une mauvaise contraction utérine : traitement = SYNTOCINON, prostaglandines (pour favoriser les contractions utérines).

Quelques fois : plaie vésicale, digestive, vasculaire.

~ tardives =

Risque de **thrombose veineuse** qui peut se compliquer d'une **embolie pulmonaire** (donc traitement préventif = HBPM pendant 10 à 12 jours).

Infection de la plaie.

Endométrite.

Infection urinaire (car pose de sonde urinaire durant l'intervention).

~ pour les grossesses à venir :

Risque de **rupture utérine** pour un accouchement par voie basse (car utérus cicatriciel).

Risque de **placenta praevia**.

V) Prise en charge infirmière.

~ Préparation :

Pas de bijoux, piercings, vernis, maquillage, ...

Pour une césarienne programmée la femme peut arriver le matin même.

Douche + shampoing antiseptique à J-1 au soir et J0 au matin.

Parfois : rasage et tonte du pubis.

La femme revêt une chemise fendue de la maternité et part en salle d'accouchement où elle portera une charlotte sur ses

cheveux.

Pose d'un monitoring pour le RCF ; pose d'une sonde urinaire (pour 24h) ; pose d'une VVP.

Selon l'anesthésie : réalisation d'un champ opératoire rond, en partant du nombril ; antiseptie cutanée (qui peut-être répétée 3 fois).

~ Soins post-opératoire :

La femme césarisée est surveillée pendant **24h** en salle de soins continu.

L'alimentation est reprise 6h après l'intervention.

Le *premier pansement* est fait 24h après l'opération (évaluation de l'état de la plaie, ...) ; si pas de problème le pansement est refait toutes les 48 à 72h.

Surveillance des pertes vaginales : quantité, aspect, odeur (bonne contraction utérine? infection? endométrite?).

Lever précoce à J1 ; apprendre à la femme à se lever sans contracter les muscles abdominaux (car risques de lachâge des sutures).

L'hospitalisation dure environ 10 à 15 jours.

Si pas de problèmes, la femme peut allaiter normalement.