

# OBSTETRIQUE GYNECOLOGIE

Ph. BARNAUD - J.-M. VEILLARD

## EXTRACTION INSTRUMENTALE PAR LE FORCEPS

**BUT** : Le forceps est un instrument de préhension, de direction, de traction destiné à saisir la tête du fœtus pendant le travail et à l'extraire de la cavité vaginale.

**DESCRIPTION**. Le forceps habituellement utilisé dans les différents postes outre-mer est le forceps à branches croisées de TARNIER. Il comporte trois pièces : une branche droite, une branche gauche et un tracteur.

**Branches** : Chacune d'elles comprend :

a) **une cuillère** fenêtrée à double courbure, l'une sur le plat destinée à épouser la convexité de la tête fœtale : c'est la courbure céphalique ; l'autre sur le champ par rapport au manche : c'est la courbure pelvienne. La prolongation virtuelle de cette courbure pelvienne par une droite forme avec le manche un angle dit : angle de traction. A l'extrémité proximale de la cuillère s'adapte une tige qui avec celle de l'autre branche sert à l'utilisation du tracteur.

b) **un manche** terminé par un crochet à un angle droit.

La branche gauche se différencie de la branche droite par la présence 1<sup>o</sup> du pivot à vis s'emboîtant dans une encoche sur la branche droite permettant de solidariser les deux branches du forceps, 2<sup>o</sup> de la vis de pression dont l'ailette s'emboîte dans une mortaise de la branche droite ; son rôle est d'assurer un contact plus étroit entre les cuillères et la tête fœtale aussi ne faut-il la serrer que très modérément.

Le tracteur comporte deux tiges articulées à angle droit. La tige horizontale est terminée par une douille et munie d'un curseur servant à l'articulation des tiges. La tige verticale se termine en s'articulant avec un cylindre métallique sur lequel les mains de l'opérateur exerceront la traction.

**CONDITIONS DU FORCEPS**. Elles sont impératives. La présentation doit être céphalique, la dilatation doit être complète sinon risque de déchirure du col, les membranes rompues, la tête doit être engagée c'est-à-dire avoir franchi le détroit supérieur. Reconnaître l'engagement par la palpation abdominale : immédiatement au-dessus du pubis on palpe un vide auquel fait suite la saillie de l'épaule et par le toucher vaginal : l'index et le majeur ne peuvent plus atteindre le promontoire.

## INDICATIONS

**Liées à la mère**. État général déficient, carence, anémie, femme petite ; insuffisance de la poussée par manque de psychoprophylaxie par inertie utérine chez la multipare ; éclampsie ; causes locales : périnée résistant chez une primipare, utérus cicatriciel déjà césarisé, risque de rupture.

**Liées à l'enfant** : souffrance fœtale traduite par la présence de méconium à la rupture des membranes et modifications des bruits de cœur ; enfant prématuré : petite tête qui s'accommode mal dans le détroit inférieur.

**N.B.** En Europe la césarienne a une place prépondérante parmi ces indications car elle peut être prévue à l'avance. Ce qui n'est pas le cas en Afrique par l'absence souvent des consultations prénatales.

## TECHNIQUE DU FORCEPS

**Véritable intervention chirurgicale.** Disposer d'une salle propre et d'une table suffisamment haute à défaut d'une véritable salle d'opération.

**Asepsie soigneuse :** femme rasée, sondée, badigeonnage au mercryl, champs stériles bien accroché, pour éviter qu'ils tombent lors de la manœuvre instrumentale.

### Anesthésie

. **Générale.** Chaque fois que possible. Savoir que les barbituriques type Nesdonal ont un effet dépresseur sur l'enfant d'où nécessité de le sortir en 5 à 6 minutes.

. **Régionale :** rachianesthésie.

. **Locorégionale :** blocage des nerfs honteux internes. Prendre les 2 repères anus et tubérosité ischiatique ; piquer à mi-chemin avec une seringue contenant 15 cc de xylocaïne à 2 % et une longue aiguille intra-musculaire. Viser d'abord la face endopelvienne de l'ischion et dès qu'on a le contact pousser 5 cc de xylo (de façon à infiltrer le canal d'Alcock qui contient le paquet vasculo-nerveux honteux interne). Puis un doigt placé dans le vagin repère l'épine sciatique où l'on dirige l'aiguille déjà enfoncée : on termine l'injection de la xylocaïne (ceci infiltre l'émergence du nerf honteux au-dessous de l'épine avant de s'engager dans le canal d'Alcock. Même chose de l'autre côté. Attendre 5 minutes puis opérer en sachant que l'anesthésie vulve et 1/3 inférieur du vagin va durer 20 minutes. Si insuffisant repiquer.

**Épisiotomie systématique.** Pour éviter les déchirures périnéales, l'incision doit être médio-latérale et non latérale (cicatrice dyspareunIQUE) effectuée par un coup de ciseaux droits sur 3 à 4 cm. La réparation de l'épisiotomie après application du forceps doit être soignée effectuée par le médecin lui-même avec beaucoup d'asepsie pour éviter l'infection secondaire. Elle doit être étanche pour éviter la pénétration des lochies : faire des points en un plan passés profondément et rapprochés (nylon ou catgut chromé) qu'on enlèvera secondairement au dixième jour. Elle doit être anatomique : le point au niveau de la vulve qui sépare la partie muqueuse vaginale de la partie cutanée du périnée doit affronter les deux parties vulvaires sans décalage : le nouer seulement après avoir fermé la muqueuse vaginale.

**Principe d'application.** Le forceps doit faire exécuter à la tête ce qu'elle doit exécuter sous l'effet des contractions.

**Rappel de l'engagement :** la tête en place obliquement dans le sens le plus large habituellement en position antérieure occipito-iliaque gauche OIGA. La tête descend, rencontre les releveurs qui vont amener l'occiput en avant c'est-à-dire en position occipito-pubienne d'où rotation de 45°. La tête à la vulve est ainsi en situation antéro-postérieure.

. **en position haute** lorsque la tête engagée a encore une rotation de 45°. Le forceps à un double rôle de traction et de rotation. La traction doit se faire vers le bas d'où nécessité d'une table assez haute selon l'axe oblique ombilico-coccygien d'engagement en respectant un espace de trois travers de doigt entre la tige horizontale du tracteur et les branches ce qui répond à l'angle de traction ci-dessus défini. La rotation s'effectuant pratiquement spontanément au cours de cette traction en l'aidant légèrement avec le tracteur.

. **en position basse** lorsque la tête est à la vulve, la rotation étant effectuée, le forceps aura uniquement un rôle de traction dans un axe horizontal ou légèrement vers le bas, axe de dégagement de la tête.

## APPLICATIONS DU FORCEPS SELON LA VARIÉTÉ DE LA PRÉSENTATION

**Prise en occipito-pubienne.** Cas le plus simple, le plus habituel, la tête est à la vulve mais la progression est arrêtée. Placer la branche gauche d'abord. « En matière d'extraction tout doit être gauche pour l'opérateur ». Se mettre à droite de la parturiente avec la branche gauche dans la main gauche tenue verticalement, appliquée dans le vagin à la partie postérieure de la vulve. Progressivement on abaisse le manche : la cuillère sans effort doit glisser le long de la paroi vaginale gauche sans toucher la tête du fœtus. Lorsque la branche est horizontale la cuillère est en bonne position sur la tête fœtale. Placer ensuite la branche droite. En plaçant à la gauche de la parturiente, avec la branche droite dans la main droite, la manœuvre identique. La branche droite vient s'appliquer spontanément sur la branche gauche. Il ne re

plus qu'à les solidariser avec le pivot à vis et la vis de pression modérément serrée. Mise en place du tracteur de Tarnier après avoir libéré les tiges.

**Extraction :**

Le médecin, maintenu par un aide en arrière de lui, doit tirer assez fortement vers le bas en respectant l'angle de traction, le tracteur doit être à une distance de trois travers de doigt par rapport aux branches, de façon à bien amener le sous occiput sous la symphyse. Puis traction à l'horizontale de façon à défléchir la tête sur le toboggan que forment les releveurs. Le dégagement du front puis de la face va alors s'effectuer (aidé par un autre aide pressant sur l'abdomen). Le médecin doit alors enlever le tracteur, comprimer la région périnéale pour éviter une déchirure malgré l'épisiotomie en tenant les branches à la verticale. Dès que la tête est dégagée complètement, il enlève les branches et termine l'accouchement manuellement par le dégagement d'une épaule puis de l'autre.

**Prise en oblique iliaque gauche antérieure : OIGA.** L'engagement dans le détroit supérieur est fait mais la rotation n'est pas achevée. La tête doit parcourir une rotation de  $45^{\circ}$  pour se trouver en position de dégagement occipito-pubien. On reconnaît la présentation par un doigt intra-vaginal qui suit la suture sagittale jusqu'à repérer la petite fontanelle ou fontanelle postérieure dont la situation est ici à gauche et en avant : elle se poursuit latéralement par les sutures occipitales. Introduire la cuillère gauche qui reste oblique, ensuite la droite qui va parcourir un trajet plus long pour se placer symétriquement par rapport à la gauche. Vérifier avec un doigt que la prise est correcte et fixer le forceps.

Tirer selon l'angle de traction vers le bas en aidant légèrement la rotation à l'aide du tracteur. Tirer progressivement sans manœuvre de force de façon à amener la tête en occipito-pubien puis agir comme précédemment.

**Prise en oblique iliaque droite antérieure : OIDA.** Ici la petite fontanelle est située à droite et en haut, la mise en place du forceps est identique, à part la branche gauche qui ici va parcourir le plus long trajet.

**Prise en occipito-iliaque droite postérieure : OIDP.** La petite fontanelle est située en bas et à droite, à l'extrémité opposée on peut sentir la grande fontanelle car dans la variété postérieure la tête est moins fléchie. Lors de la descente, la tête peut effectuer deux sortes de rotations sous l'action du forceps :

- soit de  $45^{\circ}$  en arrière, la présentation de dégagement se fera alors en occipito-sacrée situation plus délicate qu'en occipito-pubienne,
- soit à  $135^{\circ}$  vers l'avant pour se présenter en occipito-pubienne mais dans ce cas, force est de faire deux applications du forceps.

1ère application pour faire la descente et la rotation de  $135^{\circ}$ , les cuillères se trouvent alors à l'envers avec le tracteur, le forceps est alors enlevé, 2ème application comme pour la présentation occipito-pubienne déjà envisagée.

Mettre la branche gauche d'abord qui sera oblique, puis la branche droite qui va parcourir le plus long trajet. Tirer fortement en aidant la rotation par action sur le tracteur vers le haut et la gauche en respectant l'angle de traction. Lorsque les cuillères sont à l'horizontale mais à l'envers, les enlever et les replacer à l'endroit pour effectuer le dégagement.

**Prise en occipito-iliaque gauche postérieure : OIGP.** Comme précédemment mais dans le sens inverse.

**Prise en occipito-sacrée.** La petite fontanelle est située en position médiane mais en arrière, la grande fontanelle en avant. Pour que le dégagement puisse se faire, il faut, dans un premier temps, que la racine du nez ou glabelle se fixe sous le pubis. Dans un deuxième temps par hyperflexion de la tête l'occiput va se dégager, dans un troisième temps le sous occiput s'appuie sur la fourchette et la face va pouvoir aussi se dégager. Au total le dégagement se fait en S : la même manœuvre est à faire avec le forceps. Mettre en place les cuillères comme pour une occipito-pubienne. Tirer vers le bas pour terminer la descente et bien mettre la glabelle sous le pubis, tirer ensuite vers le haut en relevant les manches du forceps de façon à dégager l'occiput sur la commissure postérieure de la vulve. Tirer enfin sur le bas de façon à dégager la face en s'appuyant sur la commissure postérieure.

## CAS PARTICULIERS : FORCEPS SUR TETE DERNIERE

Pour éviter de trop puissantes tractions sur le cou du fœtus lors d'une manœuvre de MAURICEAU ce qui risque des lésions du plexus brachial. Le forceps peut avoir son intérêt. Le fœtus est saisi par les pieds et relève devant le pubis. Un aide le maintient dans cette position. Les cuillères sont introduites selon la technique habituelle mais au-dessous du fœtus. Vérification de la prise. Extraction : tirer d'abord vers le bas pour amener le sous occiput sous la symphyse. Tirer ensuite progressivement vers le haut pour fléchir la tête. Le menton se dégage de la commissure postérieure et la bouche apparaît.

On termine alors lentement le dégagement sans retirer le forceps avant extraction complète de la tête.

## ACCIDENTS DU FORCEPS

Aux conditions bien remplies et bien appliquées ; ils sont rares, ce sont surtout des incidents.

. Côté maternel : une déchirure qui dépasse les limites de l'épisiotomie. Il suffit de faire une bonne réparation après avoir bien reconnu les différents éléments anatomiques.

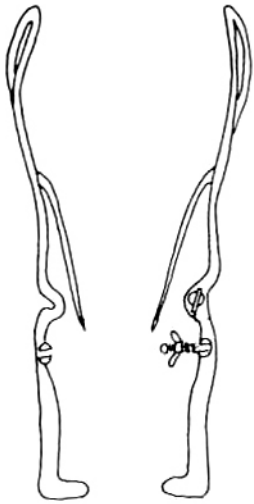
Parfois on peut observer dans les suites une fistule vésico-vaginale, en fait elle est le plus souvent en rapport à l'ischémie d'une tête fœtale restée trop longtemps bloquée dans le vagin.

. Côté fœtal : le plus souvent les marques des cuillères sur les joues qui disparaissent en peu de temps. Plus rarement des blessures vraies.

## EN CONCLUSION

Le forceps bien appliqué, dans les conditions précisées que nous avons décrites est peu dangereux. Il rend de grands services outre-mer où la césarienne n'est pas toujours anodine si elle n'est pas effectuée dans de bonnes conditions.

**FORCEPS**



Branche droite

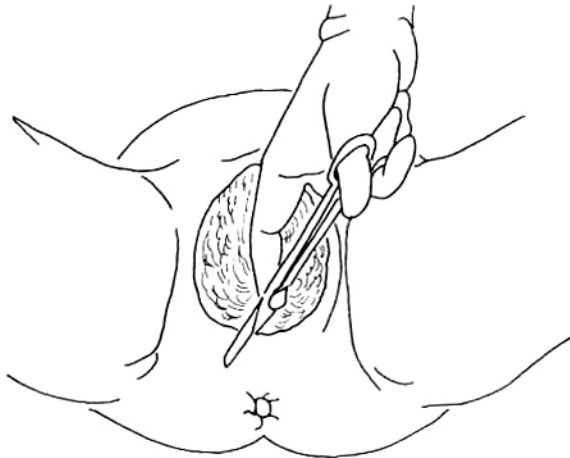
branche gauche



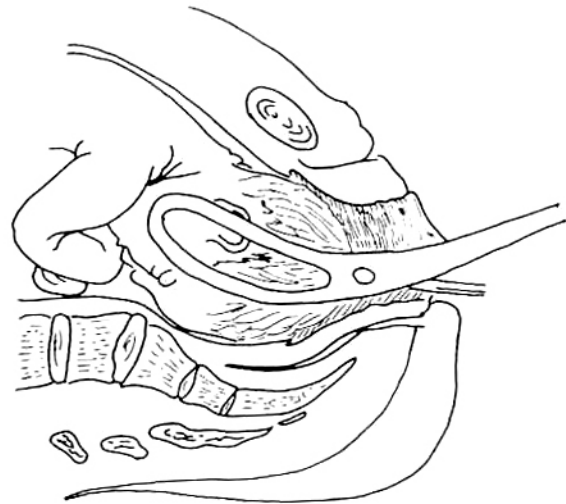
Le forceps monté



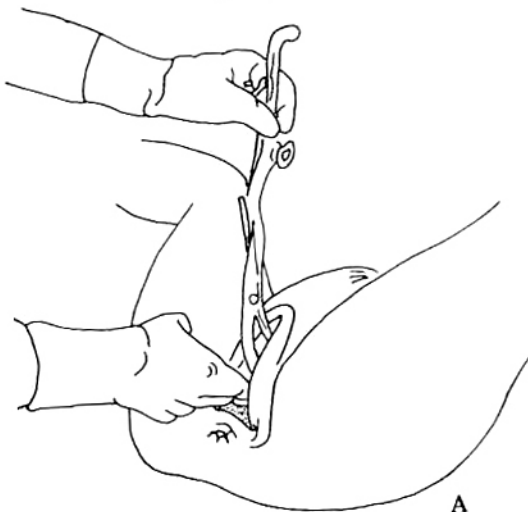
prise asymétrique  
dangereuse



Épisiotomie

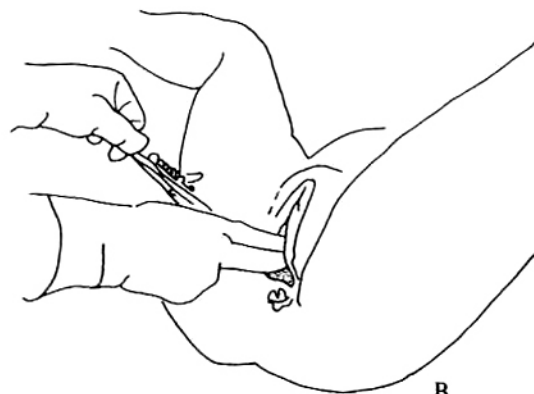


bonne prise



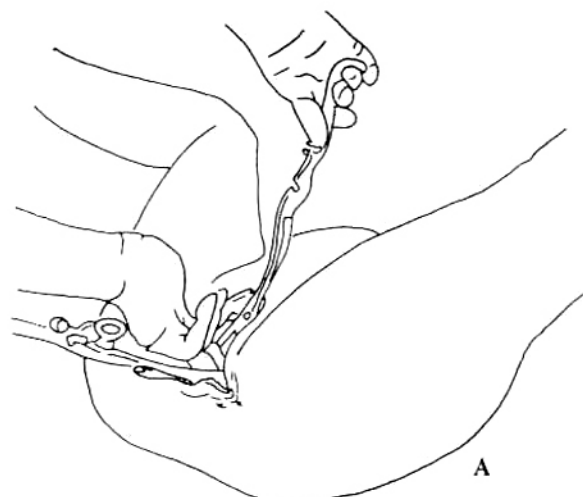
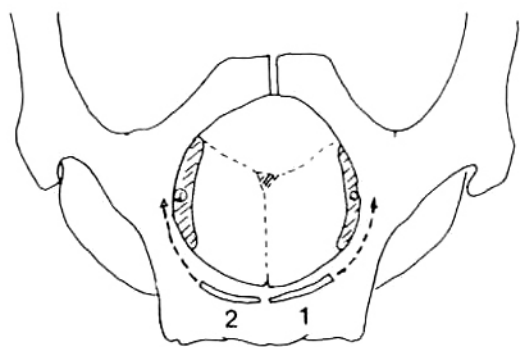
A

mise en place branche gauche

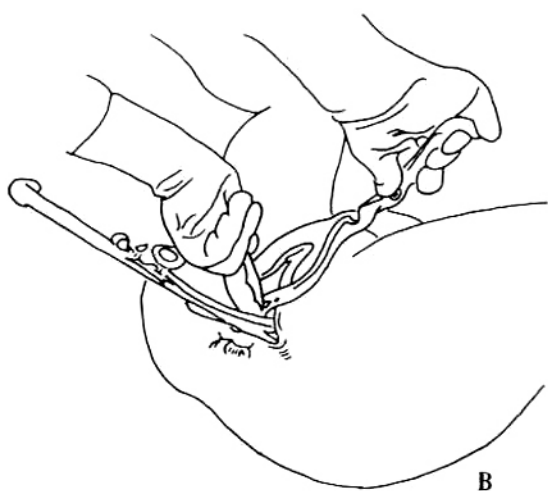


B

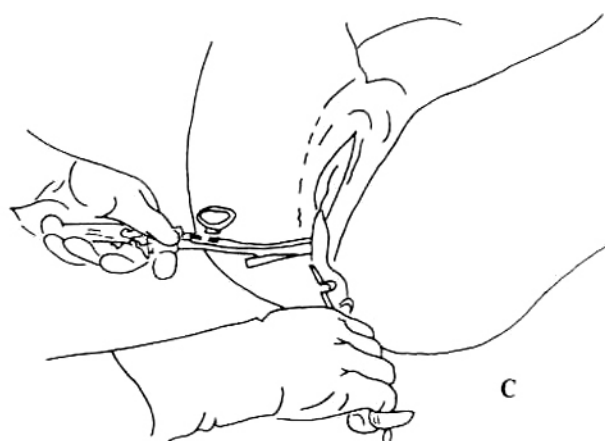
– prise occipito-pubienne



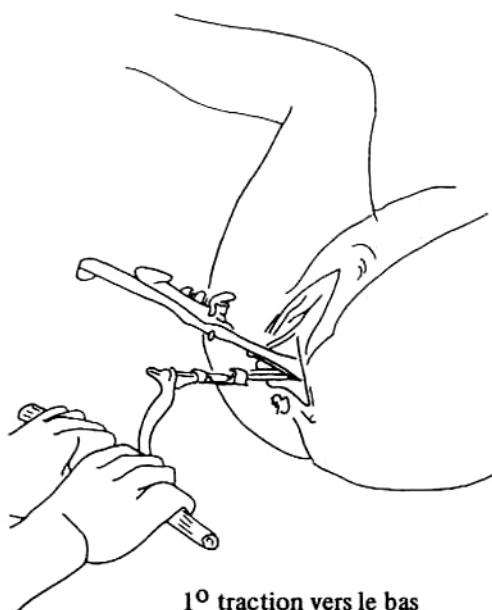
mise en place branche droite



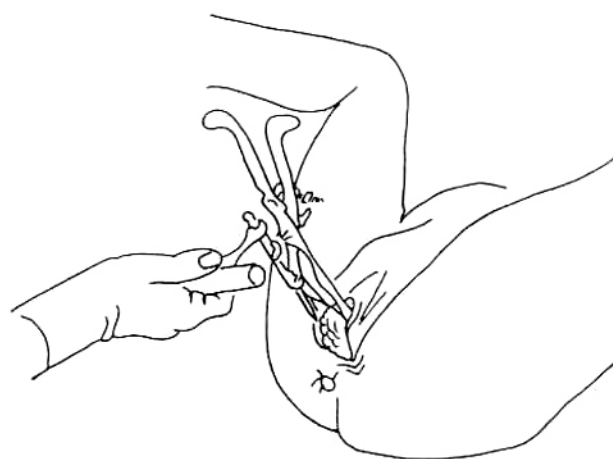
mise en place branche droite



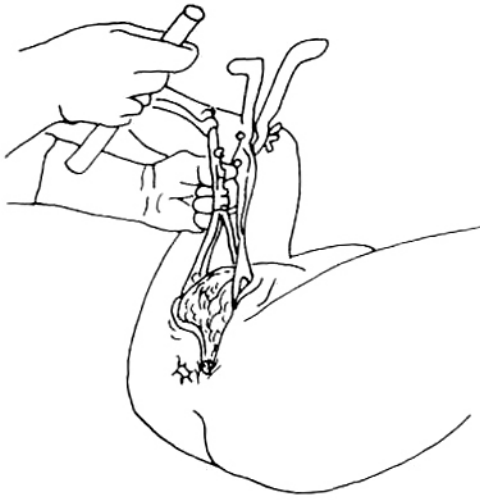
fixation des branches



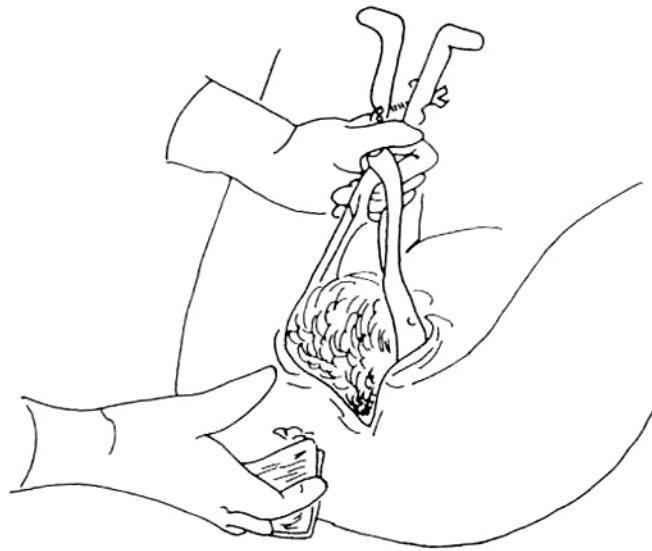
1° traction vers le bas  
après mise en place du tracteur



2° traction vers le haut

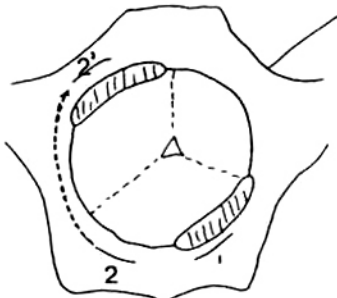


30. début du dégagement



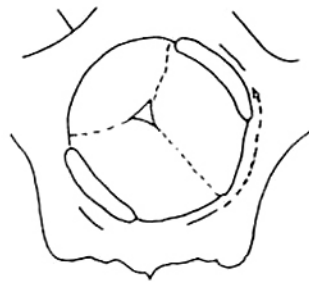
40. fin du dégagement

- prise oblique antérieure



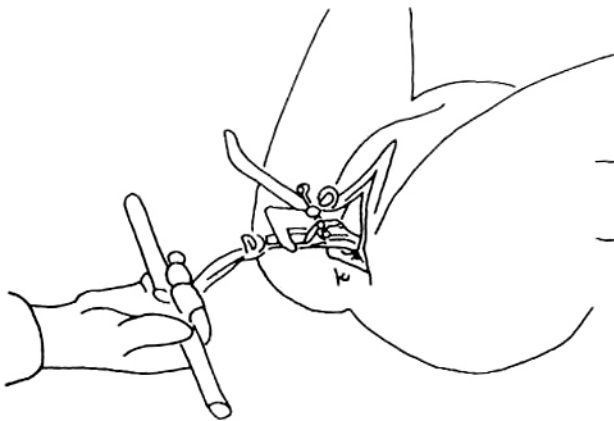
OIGA

10.

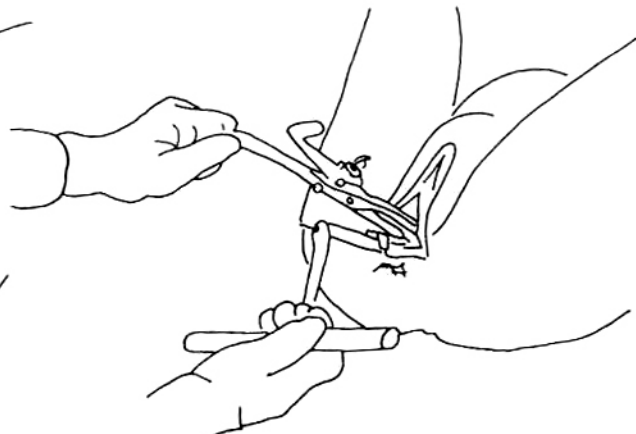


OIGA

20.

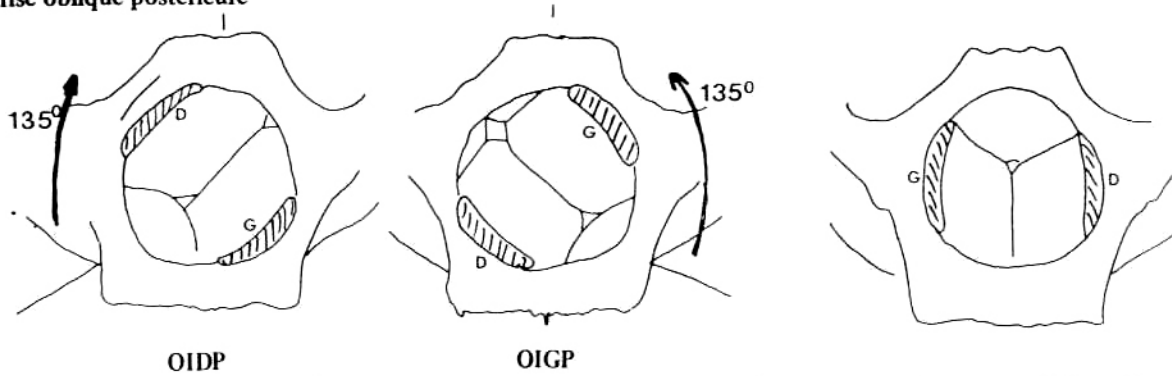


traction + rotation



dégagement en occipito-pubien

– prise oblique postérieure



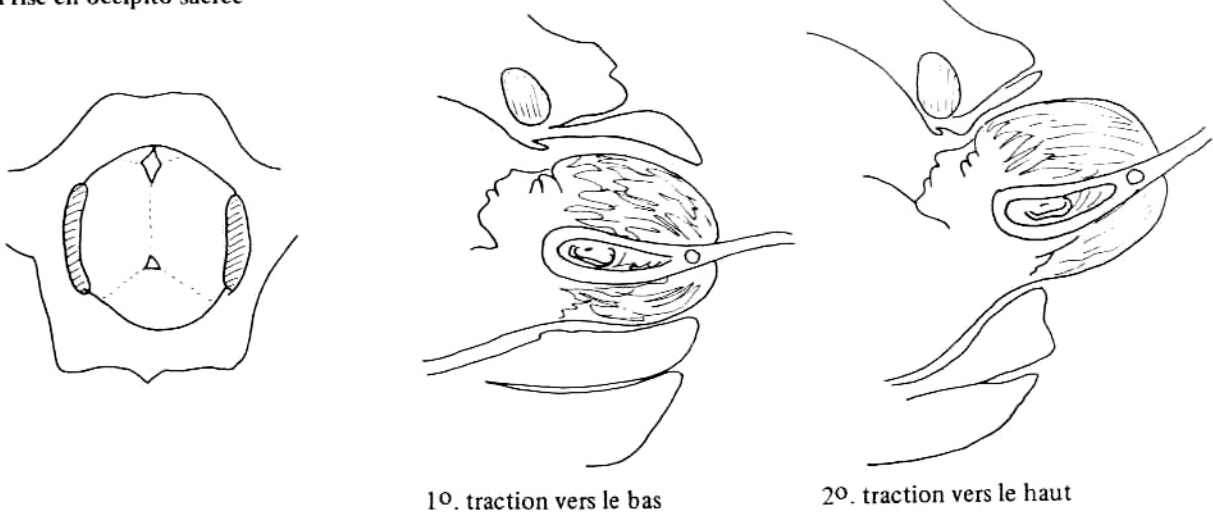
OIDP

OIGP

Effectuer une rotation de 135° à droite ou à gauche.

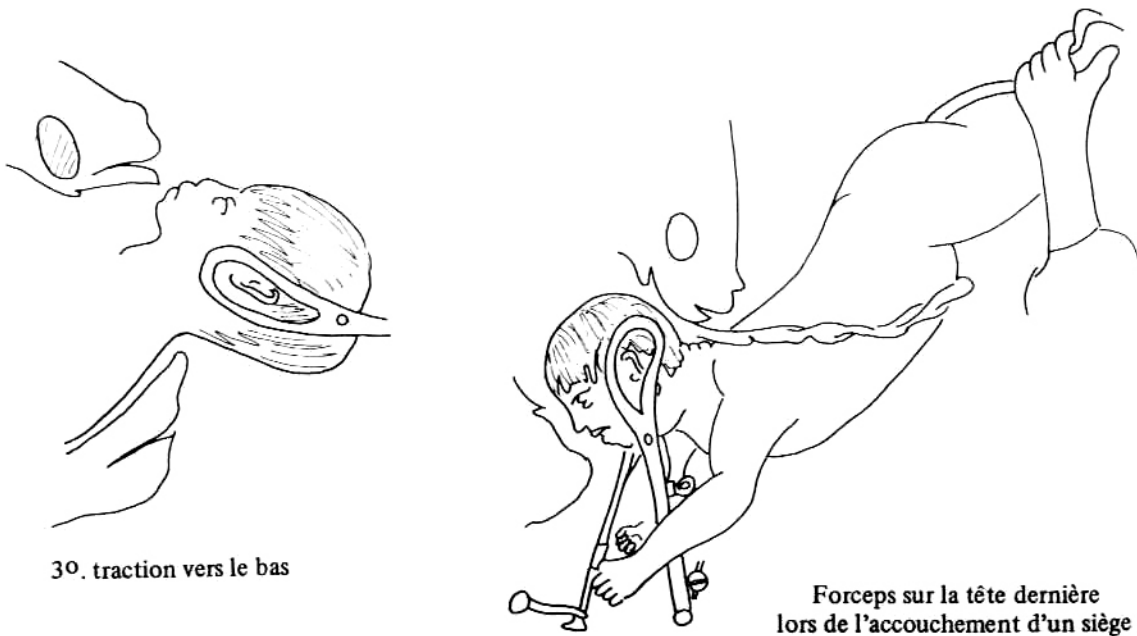
La position de la tête est alors en occipito-pubienne. Forceps à l'envers, l'enlever et le replacer à l'endroit pour effectuer le dégagement.

Prise en occipito-sacrée



1°. traction vers le bas

2°. traction vers le haut



3°. traction vers le bas

Forceps sur la tête dernière  
lors de l'accouchement d'un siège



## RÉPARATION DES DÉCHIRURES DU PÉRINÉE

Les déchirures du périnée sont fréquentes surtout en Afrique au cours d'un accouchement effectué en brousse. Leur prévention en est l'épisiotomie : plaie dirigée du périnée. Ces déchirures intéressent la paroi postérieure du vagin, la commissure vulvaire et le périnée proprement dit, notamment le périnée superficiel.

**BUT**

Réparation anatomique des tissus lésés pour prévenir les séquelles sexuelles, génitales et sphinctériennes inhérentes aux plaies négligées.

**INDICATIONS**

**Type de la lésion**

- a) **Les déchirures incomplètes**, dans lesquelles la plaie périnéale respecte le sphincter anal. De gravité variable elles intéressent le muscle bulbo-caverneux, une partie ou la totalité du noyau fibreux central du périnée.
- b) **Déchirures complètes** avec rupture du sphincter anal.
- c) **Déchirures compliquées** avec, outre le sphincter anal, une déchirure de la muqueuse du canal anal.

**Moment de la réparation**

- . **Immédiat**. Tout de suite après accouchement et expulsion du placenta, c'est l'idéal.
- . **Différé**. En cas d'infection au 10<sup>e</sup> jour mais le mieux est d'attendre trois mois pour reprendre la cicatrice de la plaie et effectuer une colpo-périnéorrhaphie postérieure comme lors d'une cure de prolapus génital.

**TECHNIQUE**

- . **Anesthésie**. Générale chaque fois que possible, sinon locale en infiltrant bien les différents plans à la xylocaïne.
- . **Installation**. Malade en position gynécologique. Asepsie soignée après rasage de la région vulvaire et périnéale. Sonde urinaire à ballonnet. Mise en place de compresse abdominale repérée par un fil au fond de la cavité vaginale pour éviter que des lochies ne viennent sur la plaie en cours de réparation. Chirurgien habillé et ganté assis entre les jambes de la malade, un aide à côté de lui. Bon éclairage.
- . **Instruments**. Boîte à partie molle. Aiguilles courbes serties de catgut chromé de large courbure 22 mm, crinercé et valves vaginales.

**INTERVENTION**

**Temps d'exploration et bilan des lésions.**

- a) A l'aide des deux valves introduites dans le vagin et écartant latéralement ses parois, on apprécie la profondeur de la déchirure vaginale postérieure.
- b) Toucher rectal permettant de juger de la profondeur de la plaie périnéale proprement dite et surtout de l'intégrité ou non du sphincter anal. Changement de gants. Nouvelle asepsie de la région anale.

**Temps de réparation.**

**Déchirure incomplète :**

Repérage de chaque berge de la commissure vulvaire par 1 catgut 0 passé à l'aiguille serties. Les deux chefs ne sont pas noués mais pris dans une pince tenue par l'aide ce qui permet de tendre la plaie vaginale. Fermeture de la plaie vaginale au catgut chromé 00 en 1 plan en prenant largement chaque berge. Mettre en place les fils de la profondeur vers la commissure en nouant et coupant les chefs à 1 cm du nœud, au fur et à mesure. Lorsqu'on arrive à la commissure il reste à nouer les fils repères en s'as-

surant qu'il n'y a pas de décalage en réunissant les berges de la plaie commissurale. Fermeture de la plaie périnéale proprement dite. Il est préférable de faire 2 plans : – un plan profond pour rassembler les muscles du périnée superficiel déchiré au catgut chromé, – un plan cutané et sous-cutané au crinercé points séparés espacés d'un demi centimètre.

**Déchirure complète.** La tactique est de réparer en premier le sphincter anal. La reconstitution de l'anneau musculaire autour de l'anus n'est pas toujours facile car les 2 berges à rapprocher sont rétractées. Avec une aiguille sertie montée sur un porte-aiguille on va chercher latéralement une des berges musculaires en s'aidant d'un doigt intra-rectal (index de la main gauche), puis on fait de même pour l'autre berge. On fait un nœud en rapprochant progressivement les 2 berges, ensuite on renforce la suture par 1 à 2 points en U ou en X de façon que le doigt intra-rectal soit enserré par le manchon musculaire du sphincter. Ensuite on procède comme dans le cas précédent à la réparation vaginale puis périnéale.

**Déchirure compliquée.** La tactique est de réparer en premier la muqueuse anale, puis le sphincter puis la plaie vulvo-périnéale. Réparation de la muqueuse anale : deux écarteurs de Farabeuf réclinent latéralement les parois du canal anal et permettent de bien repérer la limite profonde de la plaie muqueuse. La suture est faite au catgut chromé 00 en partant de cette limite profonde jusqu'à arriver à l'orifice anal. Les fils sont passés de telle façon que les nœuds noués à l'intérieur, on coupe les chefs après avoir passé le fil du point suivant. Ensuite temps de réparation du sphincter anal puis réparation vulvo-périnéale.

**Pansement.** Ablation de la compresse intra-vaginale, nettoyage de la cavité vaginale, un peu d'iode sur la plaie périnéale, mise en place d'une garniture stérile.

**Suites opératoires.** La sonde est gardée 2 à 3 jours pour permettre une meilleure protection de la plaie opératoire. La garniture stérile est changée tous les jours. Les points périnéaux sont enlevés au 10<sup>e</sup> jour. La malade est levée le lendemain. Alimentation semi-liquide puis sans résidu pendant 12 jours associée à des lubrifiants intestinaux ; huile de paraffine, pour permettre le passage de selles molles non traumatisantes pour la plaie. Ne pas constiper les malades.

## ÉPISIOTOMIE

Opération qui consiste à inciser le périnée en partant de la commissure vulvaire postérieure. Elle représente le traitement préventif des déchirures périnéales.

### INDICATIONS

- . **Fœtales** : souffrance fœtale. Prématurité surtout chez la primipare.
- . **Maternelles** : étroitesse de la vulve, présentation occipito-sacrée, face, front, application du forceps, grande extraction du siège, manœuvres internes.

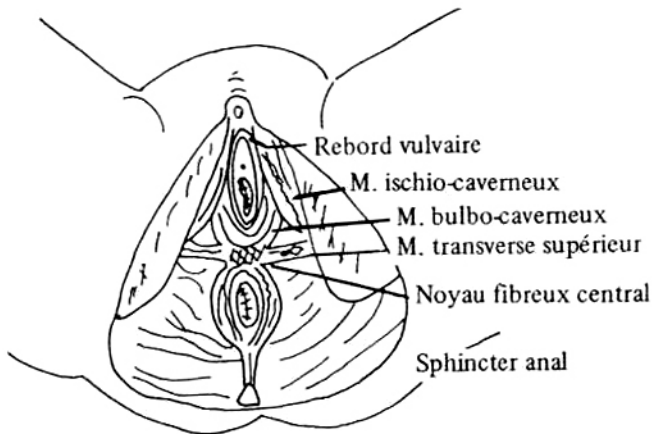
### TECHNIQUE

. **Position gynécologique.** Asepsie. Une des branches de ciseaux bien affûtés est introduite entre la présentation et la partie postéro-latérale de la vulve, l'autre branche étant dehors. Une incision de 4 à 5 cm est faite au moment d'une contraction ou d'un effort.

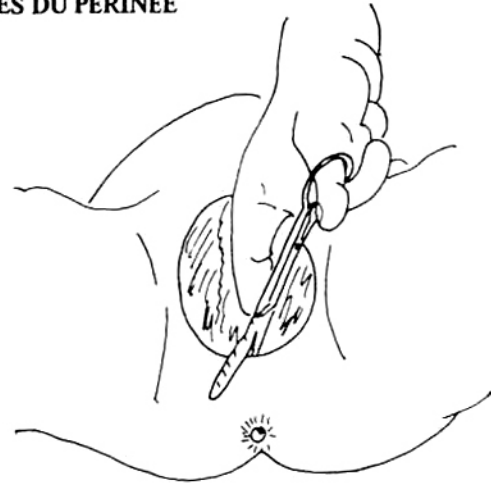
N.B. Ne pas faire l'incision trop haute car elle lèse les corps spongieux et devient hémorragique.

**Réparation.** Comme pour une déchirure périnéale incomplète avec le souci d'une bonne reconstitution anatomique.

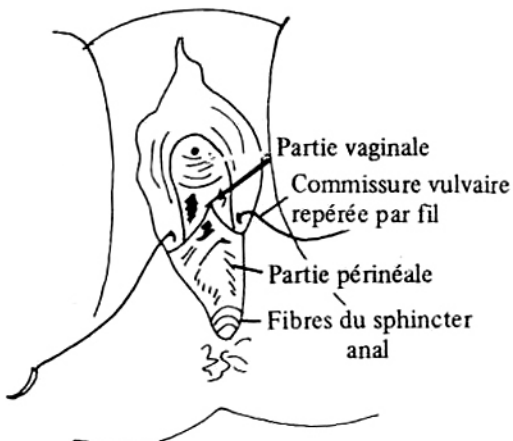
**ÉPISIOTOMIE – DÉCHIRURES DU PÉRINÉE**



Périnée superficiel



Épisiotomie



Déchirure incomplète



Suture de la partie vaginale  
1er plan de la partie périnéale



Suture cutanée  
du périnée 2e plan



Déchirure complète  
Réparation du sphincter

## CURETAGE UTÉRIN

### BUTS

Le curetage est une révision instrumentale qui se propose d'obtenir la vacuité complète de la cavité utérine sans traumatiser l'endomètre ni le myomètre.

### INDICATIONS

**Rétention fœto-placentaire** au cours des avortements spontanés ou provoqués avant le 3<sup>e</sup> mois. Ces rétentions sont volontiers hémorragiques et surinfectées.

Interruption de grossesse molaire.

Interruption volontaire ou thérapeutique de grossesse.

### SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

- . Réanimation avec éventuellement transfusion de sang frais.
- . Sérothérapie et vaccination antitétanique.
- . Antibiothérapie par voie générale : (Péni G en injections directes lentes dans la tubulure de perfusion à la dose moyenne de 2 millions toutes les deux heures) en cas de surinfection patente (c'est fréquemment le cas en poste isolé).
- . Évacuation vésicale.
- . Toilette vaginale.

### ANESTHÉSIE

- . Une anesthésie générale est souhaitable.
- . La rachianesthésie constitue une excellente méthode en poste isolé.
- . A défaut, le curetage pourra être effectué sous simple prémédication avec analgésie parentérale (Valium + Palfium, cf anesthésie).

### INSTALLATION

- . Malade en position gynécologique, pieds sanglés dans les étriers, le siège débordant légèrement l'extrémité cassée de la table d'opération.
- . Opérateur assis en bout de table face à la région vulvaire.
- . Règles d'asepsie usuelles en chirurgie : badigeonnage large au Merfène de la région vulvo-périnéale et de la racine des cuisses.
- . Mise en place des champs ne laissant que la vulve à découvert et autorisant la palpation de l'utérus dans la région sus-pubienne.

### MATÉRIEL

- . Valve vaginale à poids.
- . Pincettes à pansements et à faux germe.
- . Pince de MUSEUX ou de POZZI.
- . Hystéromètre à curseur.
- . Boîte de bougies de HEGAR.
- . 2 ou 3 curettes mousses de SIMON ou de CUZZI à longs manches.

**Doivent être exclues** : – les curettes tranchantes (en particulier fenêtrées) trop agressives pour la muqueuse, les curettes trop petites, agents possibles de perforations utérine surtout sur des utérus mous et rétroversés.

### TECHNIQUE

**Exposition du col** : elle est réalisée par la mise en place de la valve à poids. La lèvre antérieure (parfois la lèvre postérieure sur un utérus rétroversé) est saisie par une pince de Museux et, par traction

douce dans l'axe du vagin, l'orifice cervical est exposé. Le col peut contenir des débris placentaires. Le degré de la dilatation est apprécié ; elle est souvent suffisante pour permettre d'emblée le curetage. Une hémorragie distillante, une suppuration en cours seront objectivées.

**Dilatation instrumentale** : Elle est nécessaire lorsque la béance cervicale est insuffisante. La dilatation lente par lamineaires est à rejeter chez ces femmes exposées à l'infection ou déjà en cours de rétention septique. Cette dilatation devra être très douce et progressive en commençant par une bougie de petite taille correspondant au canal cervical et en utilisant successivement les calibres supérieurs sans jamais sauter un numéro. Les bougies sont poussées doucement dans l'axe du col. Un léger ressaut est perçu au moment de franchir l'orifice interne. Les dernières bougies sont introduites à frottement dur. La dilatation est poursuivie jusqu'à ce que le canal cervical admette sans difficulté la curette choisie.

**Révision instrumentale.** Sous contrôle de la vue, les importants débris placentaires perçus à travers l'orifice cervical dilaté peuvent être évacués à la pince à faux germe. Puis l'évacuation est poursuivie à la curette après que l'hystéromètre poussé jusqu'au fond de l'utérus ait apprécié sa profondeur. La curette explore méthodiquement le fond, les deux faces l'une après l'autre et les deux cornes. Elle « travaille » en ramenant vers le col, puis les rejetant à l'extérieur, les fragments placentaires adhérents qu'elle a décollé de la paroi utérine. Ces fragments donnent à la curette un contact différent de celui de la paroi utérine, une sensation qui s'acquiert avec l'expérience, de mollesse tout particulière. C'est dire avec quelle douceur devra être manipulée la curette, non pas saisie mais juste maintenue entre le pouce et les doigts de façon à ne pas gratter la muqueuse utérine. Le classique cri utérin ne doit être ni recherché ni perçu.

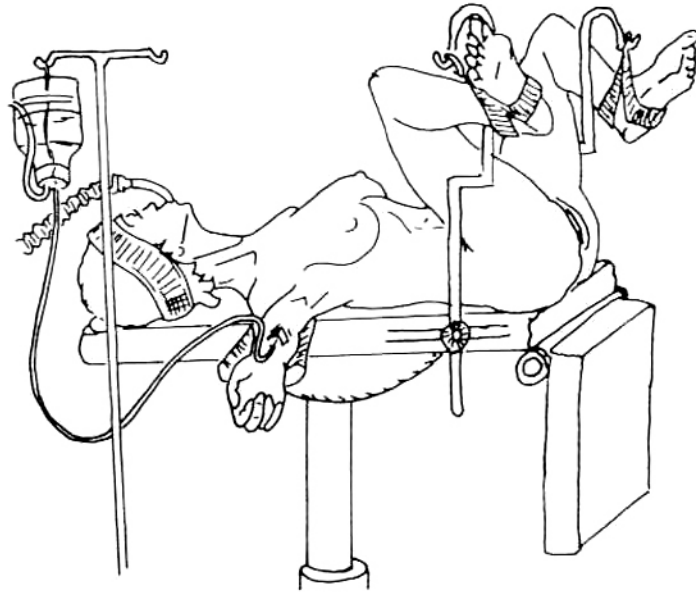
En fin d'intervention la totalité de la cavité utérine doit être vide. L'hémorragie aura cessé et il ne persistera par le col qu'un faible suintement de sang bien rouge et aéré. Écouvillonnage, drainage, tamponnement ou méchage sont généralement inutiles. Une injection intra-veineuse de Méthergin pourra parfaire l'hémostase en activant la rétraction d'un utérus inerte.

#### SOINS POST-OPÉRATOIRES

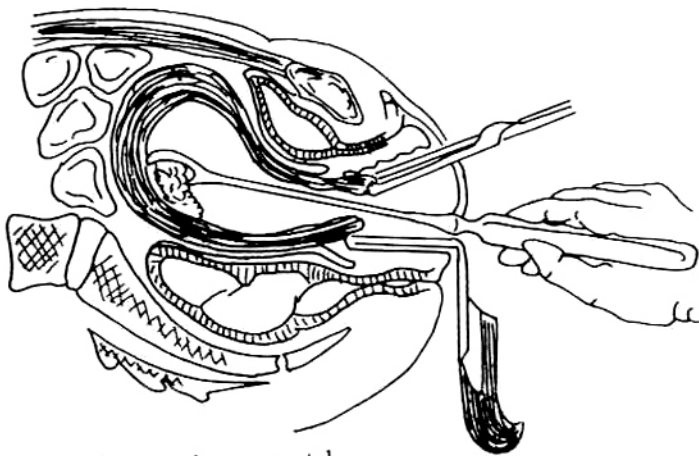
- . Lever précoce le jour même ou le lendemain.
- . Surveillance : pouls, température, diurèse, transit digestif.
- . Surveillance des garnitures (pertes putrides).
- . Poursuite de l'antibiothérapie large (Péni G 12 à 20 millions d'unités par jour en I.V. pendant 10 jours) en cas de curetage sur rétention purulente.
- . Antipaludéens.

N.B. Les gros utérus mous (avortement molaire) et rétroversés sont spécialement exposés aux perforations traumatiques par échappées de la curette. La main abdominale la palpe parfois à travers la paroi abdominale hypogastrique. Dans ces cas, l'abstention opératoire est habituellement de règle sous couvert d'une surveillance clinique rigoureuse, d'une antibiothérapie par voie veineuse et de l'application de vessies de glace sur la région hypogastrique.

## CURETAGE UTÉRIN ET RÉVISION UTÉRINE

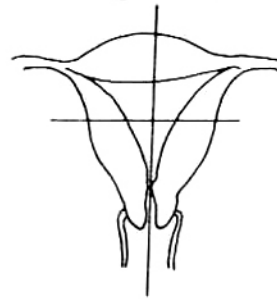


Position opératoire

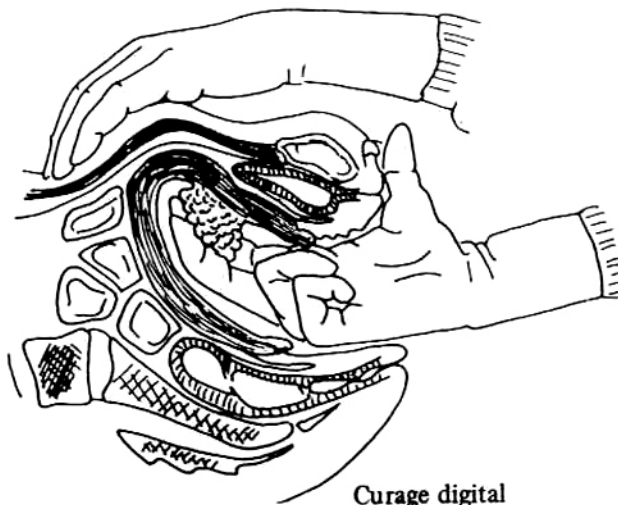


Curetage instrumental

4 quadrants



2 faces



Curage digital

# CÉSARIENNE

## BUT

Intervention permettant l'extraction hors de l'utérus par voie abdominale transpéritonéale d'un enfant vivant, la césarienne peut être **corporéale** ou **segmentaire**.

## INDICATIONS

I – Générales : maladie gravidique, syndromes vasculo-rénaux (à partir du 7<sup>e</sup> mois), éclampsisme, toxémie, hématome rétro-placentaire.

II – Dystocies. De cause maternelle.

a) Osseuses : bassin généralement rétréci (diamètre promonto-rétro-pubien inférieur à 8,5 cm) – bassin aplati – bassin transversalement rétréci – bassin asymétrique (post-traumatique, scoliotique, sur coxopathie, poliomyélitique).

b) Utéro-annexielles : antécédents de césarienne corporéale – obstacle praevia par tumeur enclavée dans le pelvis (kyste de l'ovaire, fibrome) sténoses et tumeurs cervicales.

c) Fonctionnelles : inertie utérine réfractaire, anneau de Bandl.

De cause ovulaire.

- . Placenta praevia (central ou marginal),
- . procidence du cordon,
- . brièveté du cordon.

III – Dystocies. De cause fœtale.

a) Excès de volume fœtal :

Global : anasarque fœto-placentaire des maladies hémolytiques – gros enfant chez la diabétique (5 kg) et chez l'obèse.

Localisé : hydrocéphalie congénitale.

b) Présentations dystociques : – épaule – front – face en occipito-pubienne.

En conclusion : la césarienne devra être pratiquée lorsqu'une des causes ci-dessus énumérées a pu être diagnostiquée et chaque fois que se trouvent réunies les trois conditions suivantes :

- . épreuve du travail inefficace ou progression fœtale bloquée,
- . présentation haute fixée interdisant les manœuvres instrumentales (forceps, vacuum extractor),
- . souffrance fœtale exprimée par – bradycardie,  
– émission de méconium.

## SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

. Une ou deux bonnes voies veineuses aux membres supérieurs avec perfusions de macromolécules. Prévoir éventuellement du sang iso-groupe iso-rhésus.

- . Sondage vésical.
- . Rasage large abdominal et pubien. Toilette vaginale.
- . Champs opératoire largement badigeonné au Merfène ou à l'alcool iodé.

## ANESTHÉSIE

- . Soit anesthésie générale avec intubation trachéale.
- . Le plus souvent en poste isolé, rachianesthésie par PL au niveau de L4 – L5.