

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^e 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.

- confère un bon silence abdominal,
- diminue le saignement au niveau utérin,
- durée 1 h à 1 h 30.

Attention : Risque d'hypotension artérielle à compenser (cf anesthésie).

POSITION

- . Décubitus dorsal.
- . Membres inférieurs libres pour ménager un éventuel accès au vagin.
- . Opérateur en règle à gauche. Un à deux aides en face.

MATÉRIEL

- . Boîte de chirurgie abdominale.
- . Aspiration.
- . Pas de petites compresses à ventre ouvert.
- . Sage femme en attente avec un plateau recouvert d'un champ stérile.

CÉSARIENNE CORPORÉALE

Sa place en obstétrique moderne est certes très limitée (segment inférieur non formé) car la suture y est moins solide qu'au niveau du segment inférieur : dans l'immédiat mais surtout secondairement. En effet, la césarienne corporéale expose à un risque majeur la rupture utérine ultérieure au cours d'une nouvelle grossesse ou lors d'un accouchement ; d'où la nécessité chez ces femmes d'une surveillance obstétricale redoublée. Cependant, l'avènement de l'antibiothérapie en a limité le risque infectieux péritonéal et cicatriciel. Son avantage : elle nécessite une expérience chirurgicale moindre que la césarienne sémentaire.

TECHNIQUE

A – Pénétration. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale contournant l'ombilic qu'elle laisse à l'union du 1/3 supérieur et des 2/3 inférieurs. Cette paroi amincie est très facilement traversée : méfier. Après traversée de la peau et du cellulo-graisseux, soulever aponévrose et péritoine, y faire un boutonnière à proximité de l'ombilic. Puis sous couvert d'un doigt introduit dans l'abdomen, poursuivre la laparotomie plan par plan du haut jusqu'en bas.

Extérioriser l'utérus. Protéger et isoler la cavité péritonéale par deux grands champs humides.

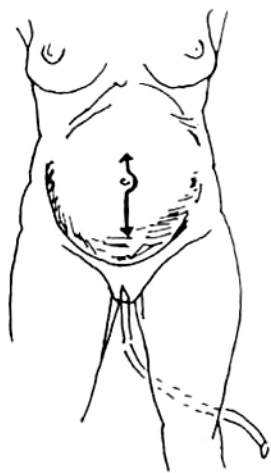
B – Hystérotomie : Elle doit rester strictement médiane. Ponction au bistouri d'une profondeur 2 cm environ commencée au bas de l'incision et ne devant pas intéresser le segment inférieur. Négliger l'hémorragie. Introduire l'index gauche dans la cavité ovulaire et sous contrôle du doigt, introduire une branche d'un ciseau mousse et poursuivre l'hystérotomie de bas en haut presque jusqu'au fond soit 16 à 20 cm environ.

C – Extraction du fœtus : Au milieu du flot du liquide amniotique et du sang qui s'écoule, la main droite va saisir le ou les pieds du fœtus, extrait le tronc puis dégage la tête. Masser le cordon pour exprimer le sang vers le fœtus. Sectionner le cordon entre deux pinces de Kocher. Confier l'enfant à la sage femme.

D – Extraction du délivre : Du tranchant de la main, cliver le placenta de ses insertions puis décoller les membranes à la compresse. Vérifier au doigt l'absence de rétention cotylédonaire. Injecter dans l'épaisseur du myomètre une ampoule de Méthergin. L'utérus se rétracte.

E – Suture utérine. Toujours sans soucis d'hémostase suturer l'utérus en 2 plans. Un plan profond est confectionné à points séparés en X de catgut simple ou chromé n° 2 espacés d'un centimètre pratiquement le muscle en évitant de traverser la muqueuse. Le plan superficiel est fait de points séparés de fil non résorbable espacés de 15 mm chargeant le muscle sur une épaisseur de 5 mm et serrés. Le péritoine viscéral qui adhère à l'utérus.

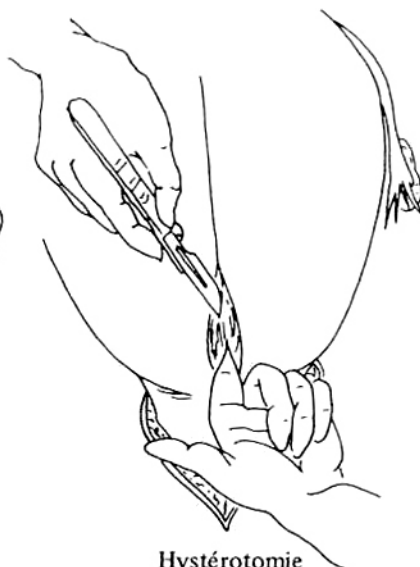
CÉSARIENNE CORPORÉALE



Voie d'abord



utérus extériorisé
champs péritonéaux en place



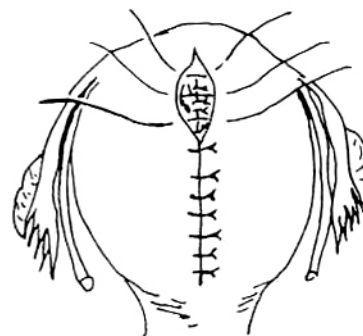
Hystérotomie



extraction du fœtus
en présentation céphalique



réfection du plan profond



plan superficiel

F – **Fermeture.** Elle se fera plan par plan et sans drainage du péritoine. La contention abdominale est assurée par un bandage du corps modérément serré.

CÉSARIENNE SEGMENTAIRE

La césarienne segmentaire, qui se propose d'extraire de l'utérus maternel un fœtus viable par hystérotomie au niveau du segment inférieur, présente sur la césarienne corporéale l'avantage d'une réparation solide n'exposant pas aux ruptures utérines lors de grossesses ultérieures.

PRINCIPE : Au cours du 7^e mois de la gestation, le segment inférieur s'est individualisé à partir de la région isthmique de l'utérus gravide. Mince, mais de texture solide, le segment inférieur présente un excellent tissu à la cicatrisation. Limité dans son expansion par les parois du pelvis, il est peu sollicité au cours de la grossesse et du travail. Il se présente donc comme le niveau de choix des hystérotomies pour césariennes. Cependant, l'existence à son niveau de rapports dangereux viscéraux et vasculaires implique que la césarienne segmentaire ne doit être pratiquée que par un chirurgien expérimenté, parfaitement instruit des écueils anatomiques de la région.

RAPPEL ANATOMIQUE : Le segment inférieur constitué entre le col et le corps de l'utérus est largement recouvert de péritoine sur ces faces antérieure et postérieure. Le péritoine de la face antérieure, qui se poursuit avec celui du dôme vésical au niveau de la fossette vésico-utérine de Waldeyer, n'adhère pas intimement au segment inférieur dont il peut être chirurgicalement décollé. C'est donc un plan à franchir puis à réparer qui protège la cicatrice utérine.

Latéralement, le segment inférieur donne insertion aux ligaments larges contenant les vaisseaux utérins fortement dilatés au cours de la grossesse. L'état de gravidité confère aux artères et surtout aux veines une fragilité toute particulière qui les expose à la rupture lors des déchirures du segment inférieur survenant à la faveur d'extractions fœtales laborieuses.

En avant, la contiguïté de la face postérieure de la vessie expose cette dernière à des lésions péro-opératoires qui, lorsqu'elles sont méconnues, peuvent constituer le point de départ de fistules vésico-utérines post-opératoires.

PRÉPARATION : Les soins pré-opératoires, l'installation de l'opérée, l'anesthésie et le matériel utilisé ne diffèrent pas de la césarienne corporéale (cf. supra).

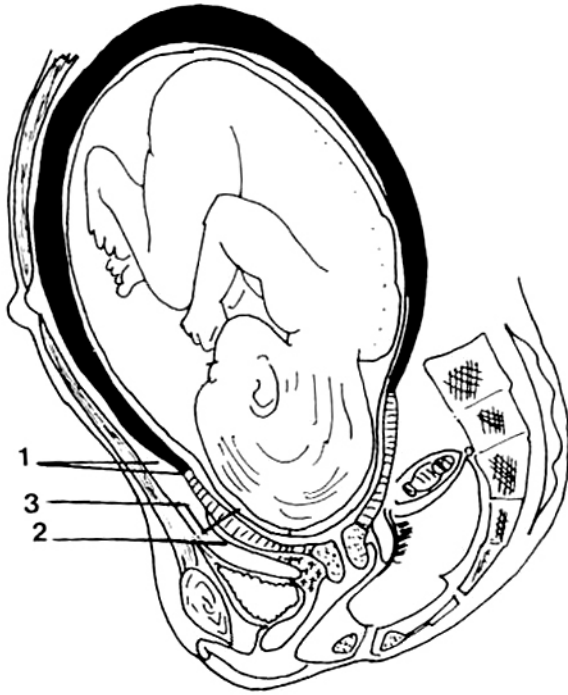
TECHNIQUE :

A – **Pénétration :** La voie d'abord de Pfannenstiel, voie de choix en Europe, est peu recommandable en poste isolé ou sous équipé, lorsque l'anesthésie utilisée nécessite une extraction rapide du fœtus. La présence quasi constante Outre-Mer de larges vergetures abdominales chez la femme enceinte rend, par ailleurs, illusoire une complication du geste opératoire dans un but esthétique. Une incision médiane sous-ombilicale est donc habituellement utilisée avec décrochement péri-ombilical. Pour permettre une meilleure exposition du pelvis, la ligne blanche est ouverte jusqu'au pubis.

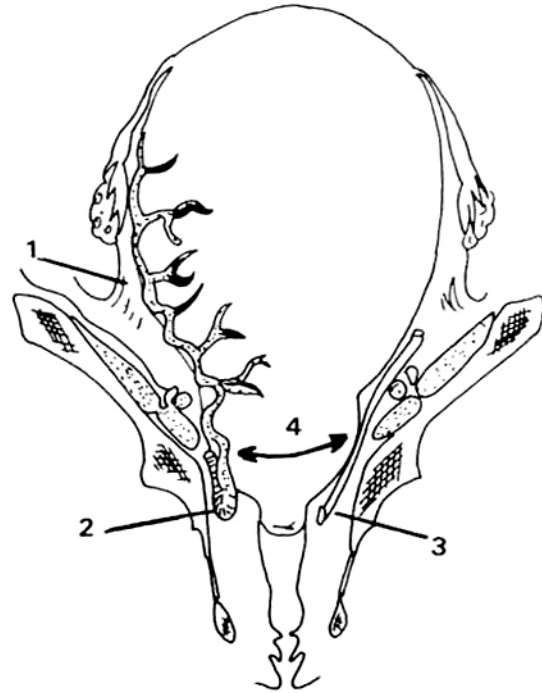
B – **Exposition :** L'utérus, non extériorisé, est exposé au niveau de son pôle inférieur par mise en place d'une valve sus-pubienne de Rochard. La traction exercée sur la valve est maintenue grâce à une chaîne dont les extrémités sont accrochées aux fixations de cuisses. Le champ opératoire est alors isolé de la cavité péritonéale par mise en place de champs abdominaux imbibés de sérum chaud. Ces champs doivent être soigneusement repérés et comptés. Le péritoine pré-segmentaire est incisé transversalement, 1 cm au-dessus du cul-de-sac de réflexion vésico-utérin sur toute la largeur du segment inférieur. Le péritoine, qui se laisse facilement décoller de la pointe des ciseaux, est ensuite refoulé vers le bas au tampon monté sur 2 cm environ, ce qui a pour effet d'éloigner la vessie de la zone d'incision.

C – **L'hystérotomie segmentaire transversale** est tracée en surface, d'un bord à l'autre de l'utérus, d'un bistouri léger, entamant le myomètre sur 2 ou 3 mm. A la partie moyenne du sillon ainsi tracé, on ponctionne au bistouri sur toute l'épaisseur du segment inférieur (soit 5 à 6 mm environ) de façon à permettre l'introduction des deux index dans la cavité ovulaire au contact même de la tête fœtale. Le liquide amniotique et le méconium sont soigneusement aspirés. Puis, le chirurgien, ayant introduit dans la boutonnière ainsi créée ses deux index opposés par leur face dorsale, va agrandir l'hystérotomie en dissociant latéralement les fibres du segment inférieur jusqu'à proximité des pédicules. Attention ! cette

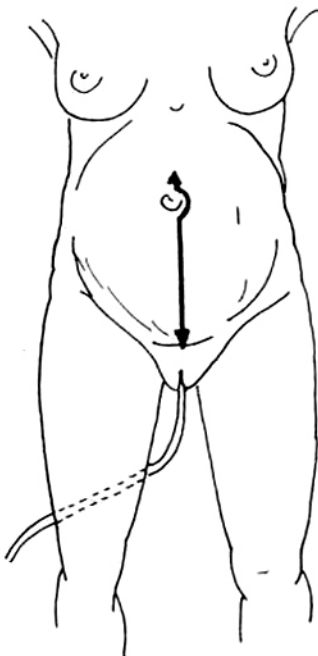
CÉSARIENNE SEGMENTAIRE



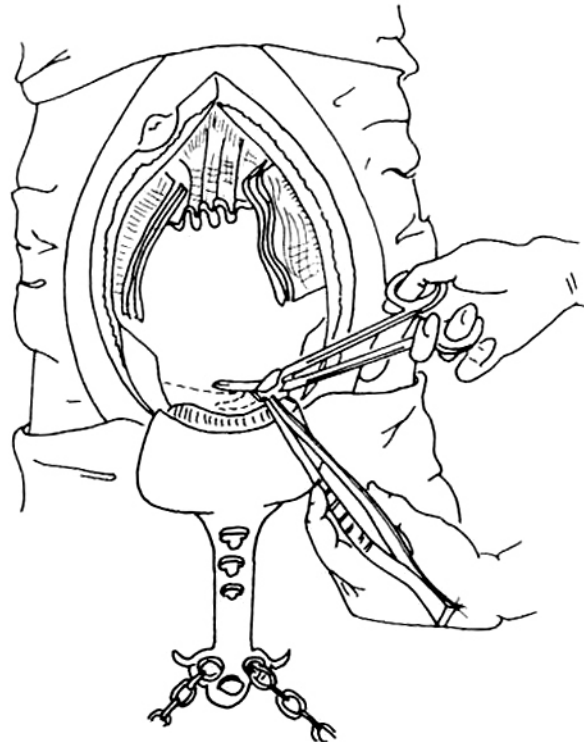
1. Segment inférieur constitué
2. Plan de décollement du péritoine pré-segmentaire.
3. Voie de pénétration



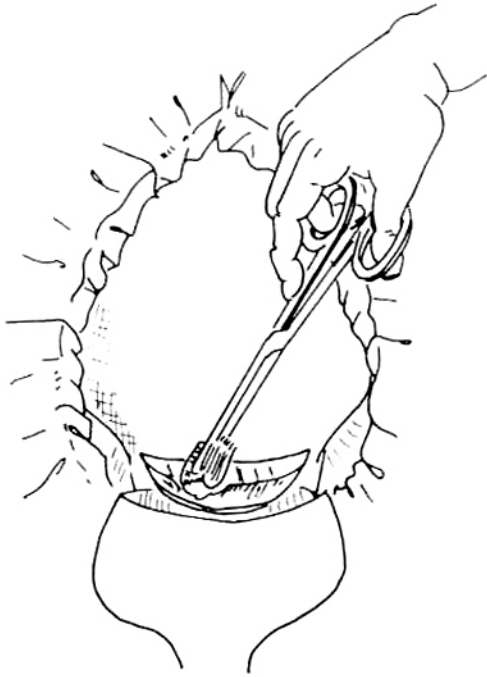
1. Ligament large
2. Artère utérine dilatée
3. Urètre
4. Tracé de l'hystérotomie segmentaire transversale basse.



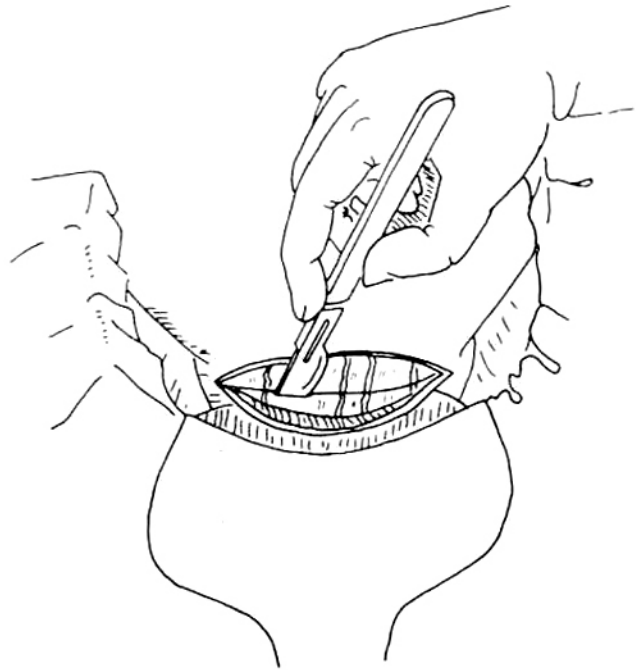
Incision pariétale



Exposition du segment inférieur et ouverture du péritoine pré-segmentaire



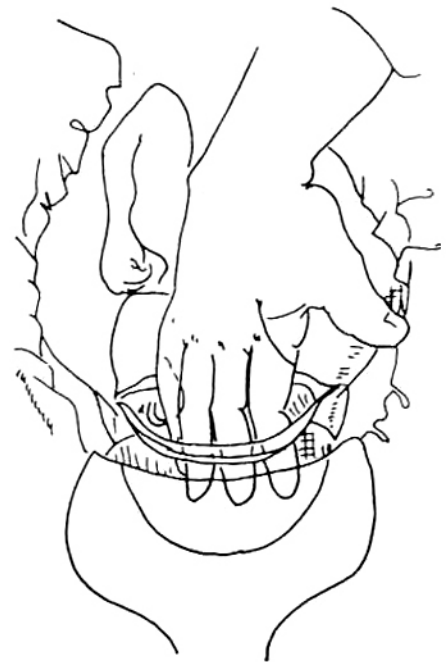
Refoulement de la vessie
au tampon monté



Ponction du segment inférieur
au bistouri



Désenclavement de la tête



Agrandissement de l'hystérotomie
par dissociation digitale

manœuvre doit être effectuée avec douceur car les échappées risquent de déchirer les vaisseaux pédiculaires.

D – Extraction du fœtus : Ce temps peut être délicat, spécialement en cas de présentation engagée et fixée. On peut distinguer essentiellement trois éventualités :

1^o) l'occiput est en avant : la main gauche de l'opérateur, introduite entre la paroi utérine et la tête, contourne le vertex pour s'appliquer au pôle inférieur de la présentation sur laquelle adhère la partie distale du segment inférieur qui « fait ventouse ». On supprime l'effet de succion par un mouvement de levier de la main qui fait pénétrer un peu d'air. On peut alors refouler la tête vers le haut et la surface pour l'amener dans l'incision. La tête extraite, le tronc et les membres inférieurs suivent sans difficulté.

2^o) la face se présente dans l'incision : l'opérateur se saisit du fœtus par le menton en introduisant son pouce dans la bouche. La tête sera désenclavée par des petits mouvements de flexion-extension, puis extraite.

3^o) dans les présentations du siège, on saisira les pieds en premier en commençant par le pied antérieur. On dégage ensuite le tronc puis les bras. Un début précoce de rétraction utérine peut gêner l'extraction de la tête que l'on extériorisera alors par la manœuvre de Moriceau.

Toutes ces manipulations devront être effectuées avec beaucoup de douceur pour éviter les déchirures du segment inférieures et les arrachements pédiculaires.

E – Délivrance manuelle : Comme dans la césarienne corporéale, après que l'on ait sectionné le cordon ombilical entre deux pinces de Kocher et confié l'enfant à la sage-femme (cf. supra).

F – Fermeture de l'hystérotomie : Elle peut être entreprise après un temps d'hémostase : au niveau de la tranche utérine (qui saigne souvent abondamment dès l'extraction du fœtus), par mise en place le long des bords de pinces en cœur modérément serrées, ou mieux, ligatures électives à points appuyés. Au niveau des insertions du placenta, l'hémostase est assurée par une bonne rétraction utérine qu'autorise l'absence de rétention cotylédonaires et que favorise l'injection de méthylergométrine (Méthergin (R)) dans la tubulure de perfusion et directement dans l'épaisseur du myomètre.

L'utérus est fermé en un plan à points séparés extra-muqueux de catgut chromé ou de fil synthétique à résorption lente n° 4. Il est bon de commencer par les points d'angles qui sont les plus délicats. Les points ne doivent pas être éversants et la muqueuse doit rester invaginée. La suture doit être bien étanche, prenant toute l'épaisseur du muscle. On péritonise enfin par un surjet de catgut 00.

G – Fermeture de la paroi : Après ablation des champs abdominaux, (qui seront recomptés) et toilette péritonéale minutieuse au sérum chaud, la paroi sera fermée plan par plan sans drainage.

ACCIDENTS PER-OPÉRATOIRES

Plaie vésicale : elle est généralement évitée par une saine exposition du segment inférieur refoulant largement la vessie. Lorsqu'il s'en produit (notamment en cas de césarienne itérative avec remaniements cicatriciels), il faut savoir la déceler par une révision minutieuse, sous un bon éclairage, au besoin en demandant à un infirmier de gonfler la vessie d'air par la sonde. Le traitement d'une telle plaie comporte un temps de parage-régularisation et une suture de la vessie en un plan extra-muqueux étanche. La suture sera extrapéritonisée et un drainage vésical devra être maintenu en place pendant 10 à 12 jours.

Rupture d'un pédicule utérin : c'est un accident grave par l'abondance de l'hémorragie et les difficultés d'hémostase qui tiennent : à la fragilité des veines, à la rétraction importante de l'artère utérine et à l'infiltration hématique rapide du ligament large qui va gêner la recherche des vaisseaux à ligaturer. Il faut garder son sang froid et surtout proscrire les prises de pinces à l'aveugle qui peuvent blesser l'uretère voisin. Une hémostase temporaire par deux doigts pinçant le ligament large peut permettre de disséquer, d'isoler et de lier électivement ces vaisseaux. Le contrôle de l'artère hypogastrique à son origine après repérage de l'uretère, voire même la ligature de l'hypogastrique peuvent constituer un dernier recours. Une plaie de l'artère utérine qui s'est asséchée par rétraction et spasme, ne doit jamais être

négligée ; le risque de reprise hémorragique post-opératoire doit toujours conduire à rechercher, isoler et lier le vaisseau.

La ligature d'un seul pédicule utérin ne compromet pas la vitalité de l'utérus.

VARIANTES TECHNIQUES

Hystérotomie segmentaire longitudinale : elle évite les dangers pédiculaires ; mais lors des manœuvres d'extraction du fœtus, le risque de déchirures est grand, vers le bas et la vessie, vers le haut et le corps de l'utérus qui présentera alors une cicatrice fragile comme après une césarienne corporéale.

Césariennes itératives : il existe un risque de rupture d'utérus gravide après la 3^e intervention. Une ligature des trompes est donc indiquée au cours d'une troisième césarienne. Il conviendra donc, avant l'intervention, de convaincre la parturiente de l'utilité d'une stérilisation qui devra également recueillir l'assentiment du mari.

Ainsi la césarienne segmentaire apparaît comme une intervention certes plus complexe à réaliser que la césarienne corporéale, mais cependant beaucoup plus fiable dans la mesure où elle ménage l'avenir obstétrical des femmes. Ceci se révèle particulièrement vrai Outre-Mer où les conditions de l'exercice médical rendent particulièrement aléatoire la surveillance des grossesses.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

- . Réanimation et rééquilibration hydro-électrolytique jusqu'à reprise du transit.
- . **Antipaludéens.**
- . Antibiothérapie uniquement si la poche des eaux était déjà rompue.
- . Mobilisation au lit.
- . Lever précoce.
- . Ablation des fils au 12^e jour.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA RUPTURE UTÉRINE

La rupture utérine est une complication redoutable d'un accouchement mal conduit survenant le plus souvent sur un utérus fragilisé.

BUT

Réparer ou supprimer l'utérus pour sauver la malade de l'hémorragie et de l'infection.

INDICATIONS

Toute rupture reconnue ou soupçonnée doit être opérée : soit rupture survenant au cours du travail où l'enfant est mort, soit rupture dépistée après l'accouchement où l'enfant peut être vivant.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

Traiter le choc : perfusion de sang, de macromolécules, de plasma. Traiter l'infection : Pénicilline 10 millions, Gentamycine 2 fois 80 mg I.M., mise en place d'une sonde gastrique et d'une sonde urinaire, en surveillant l'aspect des urines ; si rouge suspecter une rupture vésicale associée, la malade est amenée avec précaution sur la table de la salle d'opération.

ANESTHÉSIE

Générale avec intubation. Rachianesthésie ou péridurale si contre-indication.

POSITION

Malade en décubitus dorsal. Chirurgien à gauche, 2 aides en face. Badigeonnage de l'abdomen et de la cavité vaginale. Champs.

INSTRUMENTS

Boîte à césarienne ou hystérectomie. Sérum tiède, 4 flacons, tuyaux et lames de drainage. Fils de suture : catgut chromé n° 1 ou ercédex, nylon. Aspiration éventuelle.

INTERVENTION

A – **Incision.** Médiane sous-ombilicale que l'on peut agrandir à la demande en sus-ombilicale. Incision : peau, sous-cutané, aponévrose, péritoine, en se méfiant de ne pas blesser une anse intestinale.

B – **Évacuation du fœtus et de son placenta** lorsque la rupture est survenue au moment du travail.

C – **Exploration de la lésion.** Nettoyage du sang intra-péritonéal. Prélèvement éventuel de liquide louche pour examen bactériologique. Refouler les anses intestinales à l'aide de champs humides. Mise en place de l'écarteur et des valves. Attirer l'utérus vers le haut.

D – **Bilan lésionnel.** Rupture **complète** intéressant toutes les tuniques et ouvrant la cavité utérine dans la cavité péritonéale. Rupture **incomplète** : c'est-à-dire sous-péritonéale. Le péritoine est soulevé par un hématome plus ou moins important. La rupture est reconnue par la palpation et l'ouverture du péritoine. Rupture **compliquée** : d'une rupture vésicale évidente ou mise en évidence en faisant introduire un peu de sérum par la sonde urinaire.

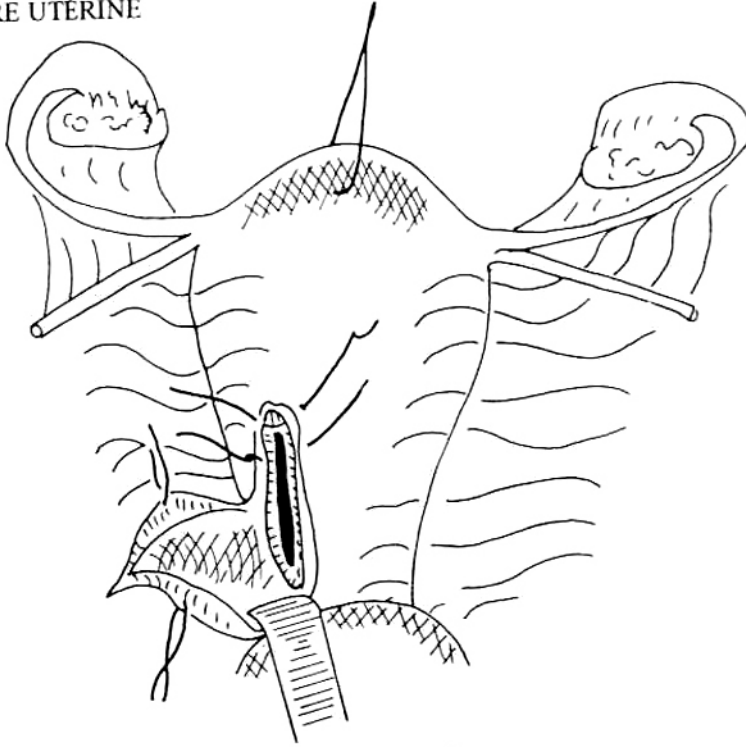
E – **Décision de la tactique à adopter : réparer ou hystérectomiser.**

En faveur de la **réparation** : Rupture récente se produisant au cours d'hospitalisation au moment du travail ou dépistée en post partum immédiat. Rupture **franche** longitudinale ou transversale sans contusion péri-lésionnelle importante. Rupture **sans infection patente** : ceci est primordial. **Primipare** ou désir de grossesse ultérieure.

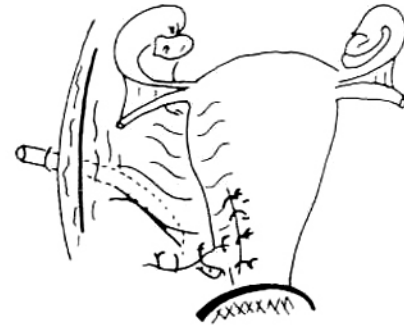
En faveur de l'**hystérectomie** : Rupture remontant à plusieurs heures, malade qui vient de brousse.

RUPTURES UTÉRINES

SUTURE UTÉRINE

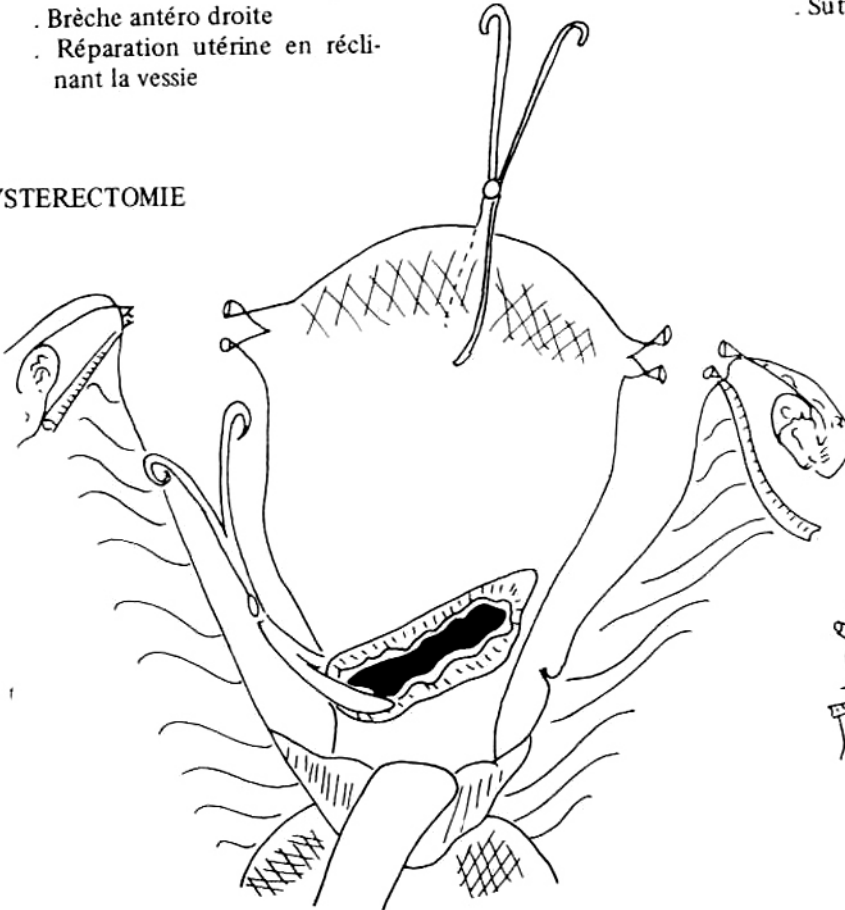


- . Brèche antéro droite
- . Réparation utérine en réclinant la vessie

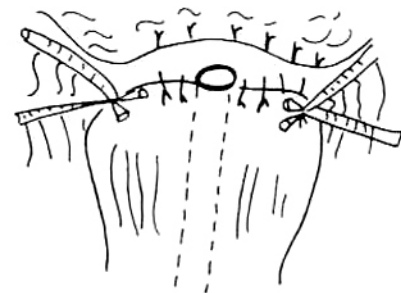


- . Suture utérine et péritonéale sur drain de Redon

HYSTERECTOMIE



Hystérectomie pour rupture utérine



- . Fermeture de la tranche segmentaire sur un tuyau de drainage intra-vaginal
- . Répéritonisation au-dessus

Rupture étoilée ou l'utérus est presque éclaté. Infection patente du fait de la mort du fœtus, de l'infection amniotique. **Multipare.**

1^o) **Réparation** : La brèche à réparer est le plus souvent en situation segmentaire basse antérieure, postérieure ou latérale. Bien disséquer le péritoine de part et d'autre de la berge, refouler la vessie en avant. Hémostase d'un éventuel pédicule utérin à la pince de Bengoléa en ne prenant pas trop de tissu adjacent : attention à l'uretère. Parage aux ciseaux assez forts des berges de la plaie si celles-ci sont irrégulières et coutuses. Suture en 1 plan au catgut chromé points en X assez rapprochés pour l'étanchéité. Mise en place d'un drainage aspiratif à la redon en sous-péritonéal. Fermeture péritonéale au catgut fin.

2^o) **Hystérectomie avec conservation des annexes** : Elle consiste à compléter la rupture dont la réparation compromettrait la vie de la malade du fait d'un risque de lâchage de suture ou de l'infection secondaire. Le fond utérin est attiré vers le haut par l'intermédiaire d'une pince de Museux ou de deux pinces de Kocher placées latéralement au ras de l'utérus prenant la trompe et les ligaments ronds. Ligature de ces éléments au fil de lin au ras de la pince et section. Libération de l'utérus latéralement jusqu'à la rupture et l'hémostase au ras de l'utérus graine des grosses veines. Clivage utéro-vésical en incisant et refoulant le péritoine pré-utérin. Ablation de l'utérus à partir de la rupture en sectionnant ce qui reste du segment inférieur aux ciseaux en pratiquant l'hémostase au fur et à mesure par des points en X de catgut chromé à l'aiguille sertie n^o 1. Fermeture du segment inférieur après régularisation des berges sur un gros tuyau de drainage que l'on fait sortir par le vagin, au catgut chromé n^o 1. Fixation de la partie proximale des annexes aux bords de la tranche de segment inférieur suturé. Répéritonisation de façon à isoler la tranche de la cavité péritonéale, l'espace sous-péritonéal se drainant par le tuyau intra-vaginal. Toilette péritonéale. Fermeture de la paroi.

SUITES OPÉRATOIRES

Réanimation par voie veineuse et sonde gastrique jusqu'à la reprise du transit.

Antibiothérapie par voie générale poursuivie 8 jours.

Antipaludéens et Flagyl si diarrhée post-opératoire.

COMPLICATIONS

Per-opératoire : la plaie vésicale associée sera refermée au catgut chromé à points séparés en 2 plans. La sonde sera gardée une dizaine de jours.

Post-opératoire : péritonite par lâchage de suture en cas de réparation, réintervenir rapidement pour faire hystérectomie. Très grave.

PRÉVENTION

Éviter la récurrence en préconisant si possible une contraception de deux ans, un accouchement en milieu chirurgical et surtout une césarienne à la grossesse suivante. Faire des césariennes itératives et une ligature des trompes à la troisième. Avoir la « césarienne facile » pour tout accouchement dystocique. Ne pas la méconnaître après un accouchement difficile, en particulier ayant nécessité des manœuvres internes, un forceps, etc ... d'où la règle de toujours faire une révision utérine dans ces cas.

PONCTION DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS

BUTS

La Ponction du Douglas permet d'affirmer la présence de sang ou de pus collecté dans le cul-de-sac de Douglas, éventuellement d'évacuer cette collection et de la drainer par colpotomie.

INDICATIONS

- . Diagnostic des inondations péritonéales dans les ruptures utérines et les ruptures de G.E.U.
- . Ponction et drainage des hématoécèles enkystées et des abcès de Douglas.

SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

- . Réanimation appropriée : transfusion de sang en cas de choc hémorragique, rééquilibration hydro-électrolytique et antibiothérapie devant un tableau de suppuration profonde.
- . Préparation de la paroi abdominale en vue d'une éventuelle poursuite de l'intervention par voie haute. Sonde d'aspiration naso-gastrique.
- . Sondage vésical.
- . Toilette vaginale.

ANESTHÉSIE

La Ponction du Douglas peut être effectuée sous simple prémédication ou sous A.G. lorsqu'elle constitue le temps préalable à une intervention par voie haute.

Le rachianesthésie est également très efficace.

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.

Badigeonnage large au Mercryl de la région vulvo-périnéale et de la racine des cuisses. Champ fendu découvrant la vulve.

MATÉRIEL

- . Valve vaginale à poids.
- . Pincettes longuettes.
- . Pincettes de Museux ou de Pozzi.
- . Grosse seringue de 30 cc avec aiguille de 15 à 20/10.

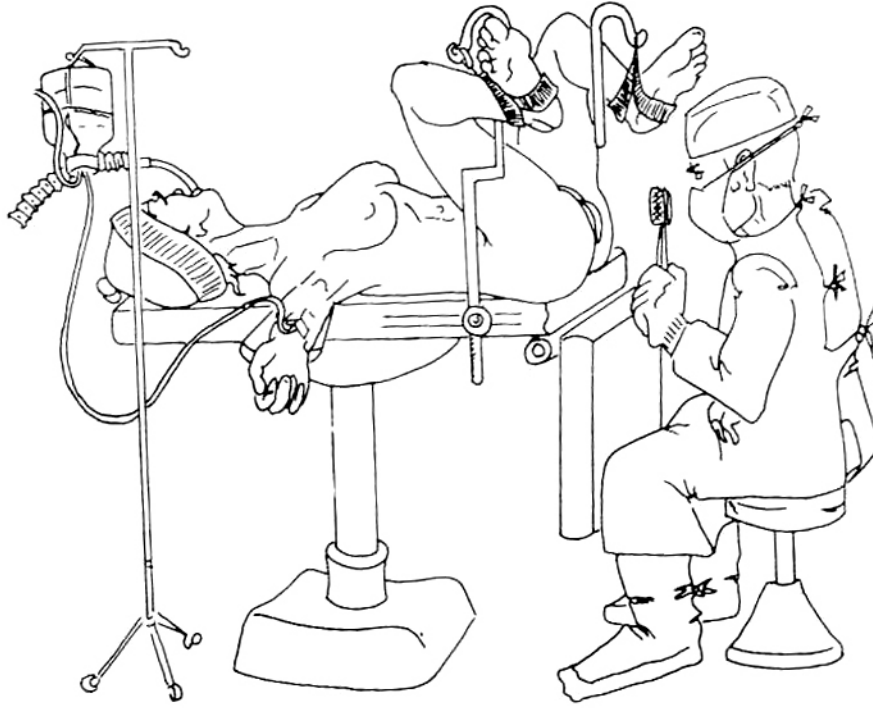
TECHNIQUE

Exposition du col par mise en place de la valve vaginale à poids. Une pince longuette munie d'un tampon de gaze, déprimant le cul-de-sac vaginal antérieur en haut et en avant, dégage le col dont la lèvre postérieure peut être saisie entre les mors d'une pince de Museux et attirée de façon à exposer le cul-de-sac vaginal postérieur au niveau duquel bombe le Douglas.

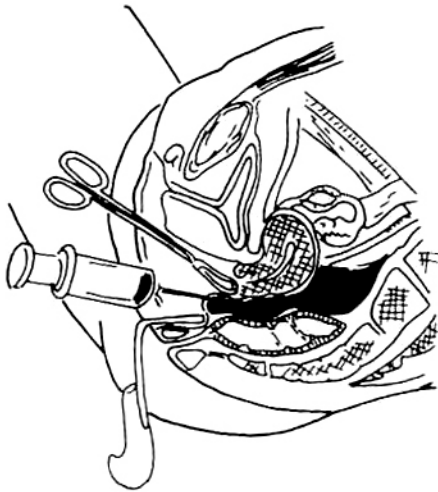
Ponction : L'aiguille de 15 ou 20/10 est montée sur la seringue, et le vide à la main, le cul-de-sac vaginal postérieur est ponctionné sur la ligne médiane, à 1 cm environ en arrière du col et selon une direction parallèle à son grand axe. L'aspiration par la seringue d'un sang incoagulable abondant signe l'inondation péritonéale et indique la laparotomie en urgence. L'aspiration du pus signe l'abcès du Douglas.

Colpotomie de drainage : Elle peut venir compléter la Ponction du Douglas. Sur le relief de l'ai-

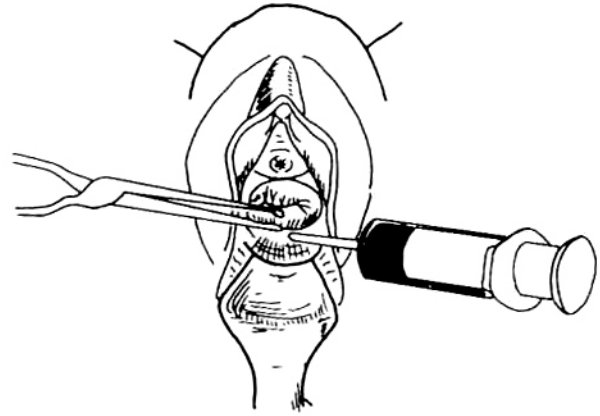
PONCTION DU CUL-DE-SAC DE DOUGLAS



Position opératoire



Hématome collecté dans le Douglas



Ponction à l'aiguille

COLPOTOMIE



Colpotomie sur l'aiguille en place



Drain en place

guille-guide laissée en place, le cul-de-sac postérieur est incisé à l'aide d'un bistouri long et fin pratiquant une boutonnière d'au moins 10 mm de largeur. Se souvenir qu'à ce niveau, la traversée du dôme vaginal épaissi par l'inflammation est profonde (5 mm). Dans la boutonnière transversale ainsi réalisée, introduire l'extrémité des pinces longuettes dont on écarte les mors pour tunnéliser la boutonnière et préparer l'emplacement du drain.

Mettre en place dans le Douglas un drain tubulé multiperforé à son extrémité sur 3 à 4 cm et ressortant à l'extérieur de la vulve. Le drain est fixé latéralement aux coins de la boutonnière vaginale par deux points de catgut.

SOINS POST-OPÉRATOIRES

- . L'efficacité de la colpotomie de drainage est appréciée par l'amendement des signes généraux et locaux de l'abcès du Douglas.
- . L'antibiothérapie instituée devra être guidée par les données de l'antibiogramme.
- . Anti-inflammatoires et vessie de glace sont de précieux adjuvants.
- . Antipaludéens.
- . Le traitement radical de la lésion causale devra être envisagé ultérieurement à froid par cœliotomie et consistera le plus souvent en une annexectomie.

RUPTURE DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

La grossesse extra-utérine développée le plus souvent dans la portion ampullaire de la trompe est à l'origine d'accidents hémorragiques relevant toujours d'un traitement chirurgical.

BUT

Réalisation d'une hémostase le plus souvent d'urgence en pratiquant une salpingectomie. Drainage parfois d'une collection sanguine dans le Douglas par une colpotomie.

INDICATIONS

De par son évolution anatomo-pathologique le traitement chirurgical va s'effectuer selon des circonstances différentes : – Laparotomie d'urgence pour hémopéritoine aigu ; – Laparotomie secondaire à un acte diagnostique : ponction lavage ou colpotomie ; cœlioscopie ; colpotomie du drainage.

TECHNIQUE

I – LAPAROTOMIE POUR HÉMOPÉRITOINE AIGU

Préparation à l'intervention. Précautions vis-à-vis d'une malade en collapsus ou pré collapsus : déshabillage atraumatique et installation rapide sur la table d'opération.

o Mise en place de deux cathéters veineux à chaque bras ou mieux l'un à un bras l'autre par voie jugulaire. Dénudation parfois avec beaucoup d'aseptie. Prendre du sang pour le groupage et bilan standard. Faire passer des macromolécules. Plasma en attendant le sang iso-groupe.

o Sonde urinaire. Rasage des poils du pubis.

. Ponction lavage éventuelle : le plus souvent inutile car de toute évidence il s'agit d'un ventre chirurgical.

Anesthésie générale. Sous intubation. A effectuer si possible dès que la réanimation fait remonter la T.A. si non l'entreprendre quand même.

Instruments. Boîte abdominale. Si possible aspiration et bistouri électrique, – Compresse abdominales comptées et champs abdominaux, – Sérum tiède ou abondance, – 4 flacons de sang en moyenne. Intérêt de l'appareillage à auto-transfusion.

Installation. Mise en place des champs. Le chirurgien se place à gauche de la malade, un à deux aides en face.

A – Intervention : Incision médiane sous-ombilicale, de l'ombilic à la symphyse pubienne, peau, tissu cellulaire sous-cutané ligne blanche sont successivement ouverts. L'hémostase des différents plans est faite par ligature sur pince au catgut.

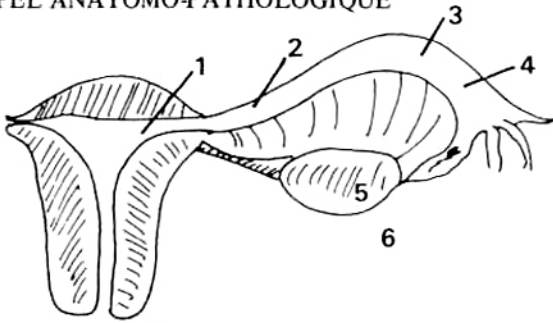
B – Ouverture du péritoine. On le reconnaît à son aspect bleuâtre. Il est saisi très superficiellement par deux pinces entre lesquelles on pratique aux ciseaux une boutonnière. On agrandit l'orifice avec un doigt puis on termine son incision en refoulant bien les anses grêles. Dès l'ouverture, éruption du sang rouge. On aspire ce que l'on peut et on met en place un écarteur type Gosset en vérifiant bien à la main que les branches ne prennent pas une anse grêle. (Un prélèvement pour auto-transfusion est possible).

C – Extériorisation de la trompe rompue. La recherche de la trompe rompue s'effectue à l'aide de la main droite de l'opérateur, qui après avoir refoulé les anses grêles vers le haut, plonge au milieu du sang au fond du petit bassin pour saisir le corps utérin, placé juste en arrière de la vessie que l'on reconnaît par la présence de la sonde à son intérieur. L'utérus est alors tiré vers le haut de façon à tendre les annexes puis à partir du fond utérin la main se dirige latéralement d'un côté puis de l'autre en suivant la trompe jusqu'à l'ovaire. Dès que l'on sent au cours de ce trajet la masse boursoufflée de l'œuf rompu, on extériorise alors la trompe malade qui apparaît ainsi sous la vue, l'aide refoulant les anses intestinales.

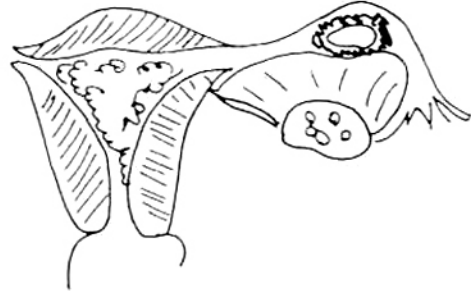
D – Préparation à la salpingectomie. Hémostase provisoire par deux pinces placées sur la trompe de part et d'autre de la masse sanguinolente. Le problème hémorragique étant réglé, la précipitation n'a

RUPTURE DE GROSSESSE EXTRA UTÉRINE

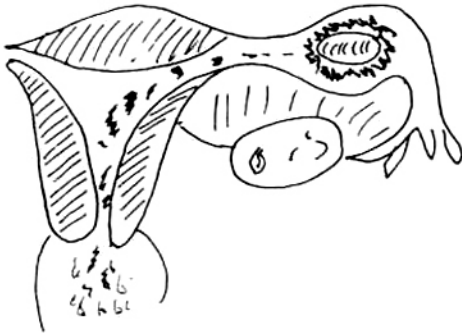
RAPPEL ANATOMO-PATHOLOGIQUE



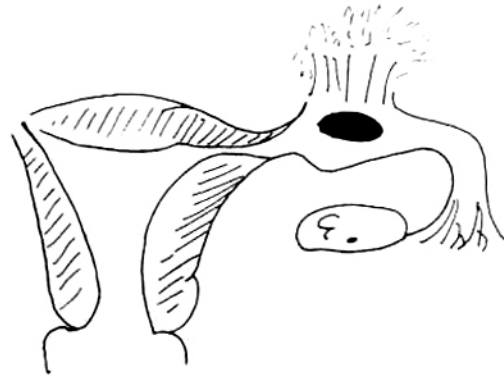
1. Intersticielle
2. Isthmique
3. Ampullaire
4. Infundibulaire
5. Ovarienne
6. Abdominale



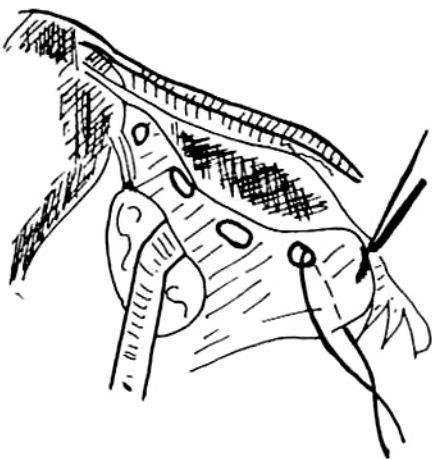
Hématosalpinx
Métrorragie
Pertes sépia



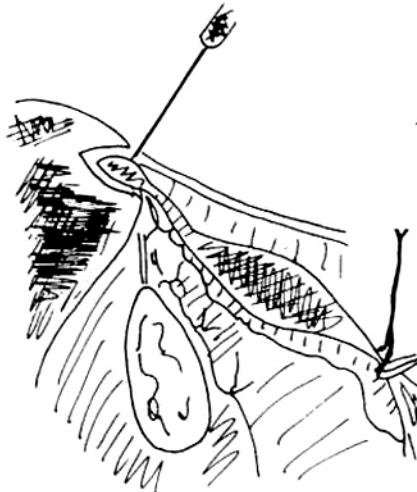
Développement œuf dans la trompe
Corps jaune gravidique
Fausse caduque endométriale



Rupture tubaire
hémopéritoine



Ovaire incliné.
Les nœuds sont au ras de la trompe au travers de fenêtres pratiquées dans le méso-salpinx



Ablation de la trompe avec la corne utérine



Suture de la corne utérine recouverte par le ligament rond

plus de court, attendre que la tension artérielle soit remontée à un niveau correct. Isoler la trompe à réséquer par des champs abdominaux, l'aide tenant l'utérus en traction. Aspirer la région pour être le plus au sec possible.

E – Salpingectomie proprement dite. Éléments importants à respecter : l'ovaire et sa vascularisation. La libération de la trompe se fera du pavillon pour se terminer sur son insertion utérine. Ligature du mésosalpinx centimètre par centimètre sur une pince en restant bien au ras de la trompe. Libération totale de la trompe de la corne utérine : la plus simple ligature de la trompe au ras de celle-ci avec un fil de lin et section ; la plus indiquée : ablation en découpant un « quartier d'orange » sur la corne utérine au bistouri de façon à enlever le segment de trompe intra-utérine (pour éviter une récurrence de nidation ectopique à ce niveau). La corne utérine est alors refermée par un ou deux points en X au fil de lin. La trompe détachée est mise sur un plateau pour y être ultérieurement examinée par l'opérateur.

F – Toilette de la cavité péritonéale. Il est important d'éliminer le plus possible le sang épanché dans tous les recoins de la cavité péritonéale pour assurer de meilleures suites opératoires et éviter des adhérences secondaires. 500 cc de sérum tiède sont répandus dans l'abdomen bien mêlés aux anses intestinales après avoir mis la malade en léger Trendelenburg pour permettre un bon lavage des coupes. Le liquide sanglant est alors réaspiré d'abord au niveau de la gouttière pariéto-colique droite jusqu'à la coupole droite et puis dans la gouttière pariéto-colique gauche jusqu'à la coupole gauche, enfin dans le Douglas après avoir remi la malade en position proclive. La manœuvre est recommencée jusqu'à ce que l'eau de lavage soit rosée. Le drainage est inutile.

G – Fermeture. Après avoir vérifié la cavité abdominale et compté les compresses. Surjet de catgut sur le péritoine, fil de nylon sur l'aponévrose crinière sur la peau.

SUITES OPÉRATOIRES

Avant de déplacer la malade s'assurer que sa T.A. est stable au besoin poursuivre la respiration assistée. Réanimation de 48 h jusqu'à la reprise des gaz. Réalimentation progressive. Antipaludéens. Ablation des points au 12^e jour.

CAS PARTICULIER

Un piège diagnostique : l'hémorragie du corps jaune. En ouvrant l'abdomen on trouve du sang mais les trompes sont normales. Par contre un ovaire est tuméfié et hémorragique. Surtout ne pas l'enlever : faire simplement une toilette péritonéale et fermer sans drainer.

II -- LAPAROTOMIE SECONDAIRE A UN ACTE DIAGNOSTIC

Soit dans la foulée d'un curetage qui ne fait pas sa preuve et où la ponction du Douglas est positive, soit dans la foulée d'une cœlioscopie après avoir averti la malade d'une possible intervention. Technique identique.

III – COLPOTOMIE DE DRAINAGE POUR HÉMATOCELE

L'ouverture du cul-de-sac vaginal postérieur faite en pleine masse ramène du vieux sang parfois infecté ; un drain suffisamment gros est mis en place et fixé soigneusement au vagin à l'aide du catgut et on attendra que le drain tombe tout seul. Surtout ne pas intervenir par en haut car ici l'hémostase est faite, il n'y a pas d'urgence hémorragique, et on rencontrerait d'énormes difficultés (voir colpotomie).

