



Cas clinique

Césarienne vaginale pour sauvetage fœtal au pronostic incertain

Vaginal cesarean section for fetal rescue with uncertain prognosis

F Kane*¹, S Diallo¹, A Sidibe⁴, B Bah¹, S Camara¹, MA Diarra¹, S Kane¹, L Ibringo¹, B Dembele¹, S Boire⁵, M Diassana³, T Traore².

Résumé

L'objectif est de rapporter un cas clinique de césarienne vaginale pour sauvetage fœtal dont le pronostic était incertain. Cette indication de la césarienne constitue souvent une impasse obstétricale qui peut être contournée par une césarienne vaginale en préservant l'avenir obstétrical de la patiente. Mais, cette technique chirurgicale décrite depuis le 19ème siècle reste encore méconnue de beaucoup de praticiens et peu de publications existent sur le sujet à travers le monde. Nous rapportons ce cas de sauvetage fœtal réalisé par césarienne vaginale au Centre de Santé de Référence du District sanitaire (Hôpital du district) de Bla au Mali chez une patiente de 30 ans, admise pour paludisme grave sur grossesse non à terme ayant présenté une procidence du cordon battant avec bradycardie fœtale.

Mots-clés : Césarienne vaginale, procidence du cordon battant, prématurité.

Abstract

The objective is to report a clinical case of vaginal caesarean section for fetal rescue whose prognosis

was uncertain. This indication for caesarean section often constitutes an obstetric impasse which can be circumvented by a vaginal caesarean section while preserving the obstetrical future of the patient. However, this surgical technique described since the 19th century is still unknown to many practitioners and few publications exist on the subject throughout the world. We report this case of fetal rescue performed by vaginal caesarean section at the Reference Health Center of the Sanitary District (District Hospital) of Bla in Mali in a 30-year-old patient, admitted for severe malaria in a non-term pregnancy who presented with prolapse of the beating cord with fetal bradycardia.

Key words: Vaginal cesarean, beating cord prolapse, prematurity.

Introduction

La césarienne vaginale, définie comme une extraction du fœtus via une hystérotomie vaginale et décrite depuis 1896 par Dührssen(1) reste méconnue par

beaucoup de praticiens. Malgré ses spécificités, cette intervention a été opposée aux dilatateurs comme une alternative alors que chacune des 2 méthodes avait ses avantages et ses limites propres(2). C'est pour cette raison que la bibliographie sur le sujet est rare et la majorité des articles sont anciens. Il s'agit d'une technique chirurgicale peu utilisée et donc peu enseignée aux plus jeunes. Sa pratique nécessite une expérience de la chirurgie vaginale(3). Elle a été diffusée en France par Malinas. C'est à partir de 1987 que la pratique de l'intervention connaît un certain essor en France. Plusieurs publications récentes reconnaissent les avantages de césarienne vaginale, non pas comme alternative aux dilatateurs du col de l'utérus, ni à la césarienne par voie abdominale, mais comme intervention complémentaire qui garde toute sa place dans la pratique de l'obstétrique moderne. Une des expériences récentes est rapportée en Afrique par de GUEYE et all au Sénégal (4). Nous rapportons ici un de sauvetage fœtal par césarienne vaginale.

Cas clinique

Patiente de 30 ans, 3ème grossesse, 2 accouchements précédents dont le premier par césarienne pour présentation de siège chez une primipare et 2ème accouchement par voie vaginale après la césarienne, 2 enfants vivants, a été admise le 10 Août 2017 à 08H45mn à la maternité du Centre de Santé de Référence de Bla pour paludisme grave avec menace d'accouchement prématuré légère avec un score de BAUMGARTEN à 2 sur grossesse estimée à 33 SA selon une échographie réalisée au 1er trimestre.

L'examen d'admission confirme la menace d'accouchement avec la présence des contractions utérines irrégulières, le col court ouvert et admet largement un doigt, présentation de siège, membranes accessibles et intactes. Le bilan réalisé note un taux d'hémoglobine limite de 9,5 g/dl, et une forte parasitémie à l'examen du frottis sanguin au microscope. L'échographie réalisée a conclu à une grossesse mono-fœtale évolutive de 33 SA+5 jours, absence d'anomalie morphologique, poids

fœtal 2100g présentation de siège.

Traitement

A l'admission, elle a reçu comme traitement jusqu'au 2ème jour d'hospitalisation

Arténusate contre le paludisme en dose de 160mg en intraveineuse directe (IVD) toutes les 12 heures

Nifédipine pour la tocolyse à la dose de 20 mg par voie orale, toutes les 8 heures pendant 24 heures

Fer 120 mg matin et soir par voie orale pour le traitement de l'anémie

BETAMETHASONE pour la maturation pulmonaire : 12 mg en IM en 2 doses avec un intervalle de 24 heures entre la 1ère et la 2ème dose.

Le 11 Août soit le 3ème jour d'hospitalisation à 09 heures temps universel, malgré la tocolyse, on note des contractions utérines irrégulières, col ouvert à 2cm.

A 11 heures soit 02 heures après, elle a présenté une rupture prématurée des membranes avec procidence du cordon battant à 100 battements à la minute, col effacé dilaté à 3cm, présentation de siège. La nécessité d'un accouchement immédiat pour sauvetage du fœtus a été posée dans le contexte clinique suivant :

- Prématurité et hypoxie fœtale brutale (procidence du cordon)
- Anémie modérée chez la mère
- Utérus cicatriciel avec risque de rupture utérine au cours du travail

Nous avons donc posé l'indication de césarienne vaginale en raison de la rapidité d'intervention et la possibilité de perte sang minime. La césarienne réalisée par voie vaginale sous rachianesthésie avec une perte de sang minime. Elle a permis l'extraction podalique d'un nouveau-né en 4 mn de sexe féminin pesant 2200g réanimé. Le score d'Apgar a été estimé à 5/10 à la 1ère minute et 8/10 à la 10ème minute après la naissance. La césarienne a duré 28 minutes. La mobilisation et l'alimentation de la patiente ont été autorisées 6 heures après l'intervention. Le nouveau-né a été mis immédiatement au sein.

Suivi post-opératoire

Les soins vulvo-vaginaux ont été assurés par le personnel au service en raison d'une toilette vulvo-vaginale 3 fois par jour avec du polyvidone iodé

dilué à 10% avec du sérum physiologique. Aucune antibiothérapie n'a été administrée. La sortie de la mère et du nouveau-né a été autorisée au 3ème jour après la césarienne avec poursuite soins kangourou à domicile. Elle a été reçue en consultation postpartum au 45ème jour après la césarienne. On a noté une cicatrisation normale du col. Elle a opté pour une contraception orale progestative.

Grossesse ultérieure

Après 2 années sous contraception par voie orale elle a contracté une nouvelle grossesse en 2021 et suivie au service jusqu'à terme. Pour le pronostic d'accouchement, nous avons fait l'option du travail spontané et naturel par voie vaginale sous surveillance. Elle a accouché 17 Juin 2022 à 06H45 mn par voie basse de façon naturelle sans dystocie cervicale d'un nouveau-né de sexe masculin pesant 3050 g non réanimé. La sortie a été autorisée 24heures après l'accouchement.

Discussion

Les indications de la césarienne avaient été décrites de façon très large par Dürhssen (1). Elle a été longtemps utilisée comme technique pour les avortements tardifs légalisés ; puis abandonnée au profit des dilateurs obstétricaux(5). Les principales indications dans la littérature étaient réduites à des indications d'évacuation du contenu utérin avec mort fœtale pour hématome retro-placentaire (6), les accidents vasculo-cérébraux et l'éclampsie (7), (8). Certaines sociétés savantes de praticiens avaient réalisé des journées de consensus et de mise à jour sur le sujet(9). Dans la littérature récente sur le sujet, on note des cas de nouveau-nés vivants et des indications pour sauvetage fœtale. Dans une série de 7 cas au Sénégal, Gueye et ses collaborateurs (4) avaient rapporté 3 nouveau-nés vivants avec un score d'Apgar moyen de 5 sur 10 à la naissance. Verma et ses collaborateurs(10) ont apporté en Inde un cas de césarienne souffrance fœtale par dystocie cervicale sur un prolapsus utérin qui a permis de sauver un nouveau-né de 2500g. La procidence du cordon battant est une urgence obstétricale imposant

la césarienne pour sauvetage fœtale. Le contexte de la survenue de cette complication et l'état d'asphyxie fœtale peuvent constituer souvent une impasse décisionnelle pour le pronostic fœtal et pour l'avenir obstétrical futur de la mère. Il n'est pas rare surtout dans les pays à faible ressources, de réaliser une césarienne pour procidence de cordon battant avec échec de la réanimation nouveau-né compromettant aussi toute chance d'accouchement par voie basse pour les futures grossesses. Le cas que nous rapportons a été réalisé dans un contexte en plus de l'asphyxie fœtale, de prématurité et d'anémie modérée maternelle pouvant être aggravé par une perte sanguine même modérée lors d'une césarienne par voie abdominale et qui fragiliserait davantage l'utérus déjà cicatriciel et compromettre toute chance d'accouchement naturel par les voies naturelles. L'expérience de la pratique de la césarienne vaginale et la chirurgie vaginale de l'équipe a permis de sauver le nouveau-né et de sauvegarder les chances d'accouchement par voie basse de la mère.

Conclusion

La césarienne vaginale est une technique chirurgicale dont l'indication bien posée permet de contourner certaines impasses obstétricales sans compromettre le futur obstétrical de la patiente. Par ses avantages, sans être une alternative chirurgicale à la césarienne classique, elle garde toute sa place dans pratique de l'obstétrique moderne. Sa pratique nécessite une formation à la chirurgie vaginale.

***Correspondance**

Famakan KANE:

kanef12@yahoo.fr

Disponible en ligne : 31 juillet 2023

1 : Centre de Santé de Référence de Bla, Mali

- 2 : Hôpital NIANKORO FOMBA de Ségou, Mali
- 3 : Hôpital Fousseyni Daou de Kayes, Mali
- 4 : Centre de Santé de référence de Kayes, Mali
- 5 : Centre de Santé de référence de Niono, Mali

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2023

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Dührssen DA. Ueber den Werth tier tiefen Cervix- und Scheiden- Damm-Einschnitte in der Geburtshilfe.
- [2] Malinas Y. [Fetal prognosis in vaginal cesarean section (apropos of 70 births in continuous series)]. *Bull Fed Soc Gynecol Obstetrique Lang Francaise*. 1962;14:416-9.
- [3] Zino JM, Doumbia O, KANE F, Ouattara K. FISTULES VESICO-VAGINALES OBSTETRIQUES : BILAN D'ACTIVITE DE 1993 à 2004 à L'HOPITAL REGIONAL SOMINE DOLO DE MOPTI. [Bamako]: Université de Bamako; 1993.
- [4] Gueye M, Diallo M, Gueye MDN, Thiam O, Moreau JC. Place de la césarienne vaginale dans l'obstétrique moderne. *Médecine Santé Trop*. 1 janv 2016;26(1):101-3.
- [5] Le Thai N, Darbois Y, Lefebvre G, Soudre G, Vauthier-Brouzes D, Fitoussi A, et al. [The vaginal cesarean, a necessary review]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1993;22(2):197-201.
- [6] Dumont A, De Bernis L, Wade F, Uzan S, Darbois Y. [Vaginal cesarean for fetal deaths in utero]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 1996;25(6):623-8.
- [7] Karakida S, Sasaki T, Kai K, Harada K, Yoshimura S, Kono M, et al. Vaginal cesarean section for second-trimester therapeutic abortion. *Taiwan J Obstet Gynecol*. déc 2013;52(4):564-7.
- [8] Markou GA, Nikpayam M, Muray JM, Poncelet

C. Vaginal caesarian section for emergency delivery, short and long term complications: a retrospective study over 15 years. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. nov 2016;206:249-50.

- [9] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod*. sept 2005;34(5):513.
- [10] Verma ML, Tripathi V, Singh U, Rahman Z. Salvage from cervical dystocia in third degree uterovaginal prolapse: Dührssen's incision. *BMJ Case Rep*. 14 févr 2018;2018:bcr2017223821, bcr-2017-223821.

Pour citer cet article :

F Kane, S Diallo, A Sidibe, B Bah, S Camara, MA Diarra, S Kane, L Ibringo, B Dembele, S Boire, M Diassana, T Traore et al. Césarienne vaginale pour sauvetage foetal au pronostic incertain. *Jaccr Africa* 2023; 7(3): 107-110