

## Protocole d'information pour césarienne

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

Les explications suivantes ont pour but de vous informer et non de vous inquiéter. Elles ne constituent qu'une partie de l'information. L'intervention prévue fera l'objet d'un entretien personnel avec vous. N'hésitez donc pas à noter et à nous poser des questions sur tout ce qui vous paraît peu clair ou important. Si, au contraire, vous ne souhaitez pas en savoir trop sur l'intervention prévue, dites-le-nous aussi.

Voici quelques exemples d'indications à une naissance par césarienne :

- présentation anormale de l'enfant (par le siège ou transverse) ;
- insertion anormale du placenta ;
- grossesse multiple, accouchement prématuré, antécédents de césarienne, enfant macrosome ;
- maladies sous-jacentes de la mère (certaines malformations cardiaques congénitales, maladies vasculaires, anévrisme aortique, certaines malformations cardiaques opérées, affections du tissu conjonctif, syndrome d'Ehlers-Danlos, etc.) ;
- problèmes pendant la grossesse (p. ex. pré-éclampsie sévère ou retard de croissance de l'enfant) ;
- problèmes durant l'accouchement (p. ex. non progression lors de la dilatation du col de l'utérus ou du passage de l'enfant, échec de la provocation, signes de détresse fœtale) ;
- anxiété maternelle pour des raisons physiques ou psychiques pendant l'accouchement, douleurs liées aux contractions ou à l'accouchement, risque de lésion de l'enfant, risque de lésion du plancher pelvien avec atteinte des sphincters de l'urètre et de l'anus ou des sensations sexuelles, etc. La médecine dispose de moyens pour prévenir ou soigner tous ces problèmes. Lors d'un entretien personnalisé, on vous expliquera votre accompagnement, les moyens antalgiques employés (y compris la péridurale), les différents traitements des lésions du plancher pelvien, ainsi que la surveillance et le soutien au développement de l'enfant. Après une césarienne, ne pas avoir vécu un accouchement par voie basse peut également être source de frustrations.
- autres motifs personnels

**Méthode opératoire :** l'accès à la matrice nécessite une incision transverse de la paroi abdominale au-dessus des poils pubiens. Une incision verticale n'est pratiquée que dans des cas exceptionnels. Une fois la cavité abdominale ouverte, on pratique une incision sur la matrice afin d'extraire l'enfant et le placenta. L'utérus, la paroi abdominale et la peau sont ensuite refermés par des points de suture. Cette intervention se pratique le plus souvent sous anesthésie péridurale (« loco-régionale »), mais il est parfois nécessaire d'avoir recours à une anesthésie générale.

**Risques et complications pour la parturiente :** même si l'opération est faite consciencieusement, le-la médecin ne peut garantir l'absence de complication. Ainsi, des infections (p. ex. une inflammation de la muqueuse utérine), des troubles de la cicatrisation (cicatrice hypertrophique ou chéloïdes) ou une obstruction des veines par des caillots sanguins (thromboses ou thromboembolies) ne peuvent pas toujours être évités malgré les progrès de la médecine et les mesures de prévention employées (antibiotiques, anticoagulants). On est souvent obligé de mettre en place un cathéter dans la vessie pour la vider en cours d'opération. Cela peut parfois entraîner des irritations ou inflammations de la vessie faciles à traiter dans les jours suivant l'opération. Des sensations de gonflement et de légères crampes abdominales ne sont pas des complications en soi, car il s'agit de troubles passagers typiques de la fonction intestinale après une intervention abdominale. Même une technique opératoire des plus minutieuses ne permet pas toujours d'éviter des lésions d'organes voisins tels que la vessie, les uretères ou l'intestin, en particulier en cas de situation difficile, ou d'opération abdominale antérieure. Si une telle lésion est constatée durant l'opération, elle est traitée chirurgicalement. Il se peut toutefois que la lésion ne se produise que quelques jours après la césarienne, et qu'elle nécessite une nouvelle intervention. Dans de très rares cas, des tissus placentaires peuvent rester dans l'utérus et nécessiter une ablation chirurgicale. Après chaque accouchement (par césarienne ou par voie naturelle), il peut arriver que l'utérus ne se rétracte pas, ou pas suffisamment, directement après la naissance de l'enfant et le retrait ou l'expulsion du placenta (atonie utérine). Cela peut entraîner une hémorragie massive et doit être traité par des médicaments spécifiques ou une intervention chirurgicale. Ces risques doivent être comparés à ceux d'un accouchement par voie basse : cicatrice douloureuse après épisiotomie ou déchirure du périnée, ou encore pertes d'urine ou de selles pouvant survenir à la suite de lésions du plancher pelvien (le tissu qui soutient les organes situés dans le petit bassin) et persister sur le long terme. Malgré un positionnement approprié et un branchement correct des appareils, une compression ainsi que d'autres lésions des nerfs et des parties molles peuvent se produire durant l'opération. Ce sont des complications très rares. Elles n'occasionnent que très rarement des troubles permanents (p. ex. engourdissement, sensations anormales et douloureuses) ou des cicatrices. Des complications graves entraînant la mort sont extrêmement rares.

**Répercussions à long terme sur les grossesses suivantes :** (voir aussi la feuille d'information « Comment allez-vous mettre votre enfant au monde ? » et la feuille d'information pour les femmes enceintes avec antécédent de césarienne de la SSGO) : une césarienne ne vous oblige pas nécessairement à accoucher de la même manière lors d'une grossesse ultérieure. Néanmoins, un risque très faible de rupture de la cicatrice lors d'un accouchement par voie basse ultérieur, nécessitant alors une césarienne en urgence, perdure. Dans de très rares cas, l'incision pratiquée dans l'utérus peut ne pas cicatriser complètement (cicatrice ouverte), ce qui peut entraîner des troubles hémorragiques par la suite. Lors des grossesses suivantes,

le placenta peut alors s'implanter devant le col (placenta prævia), dans la cicatrice, ou parfois même en profondeur, dans le muscle utérin. Dans de rares cas, cela peut entraîner d'importants saignements lors de l'accouchement et nécessiter une transfusion sanguine, voire l'ablation chirurgicale de la matrice. Une grossesse ectopique implantée dans la cicatrice de la césarienne est très rare. Ces grossesses ne sont pas viables. Elles exposent la mère à un risque élevé d'hémorragie et de déchirure de la paroi utérine nécessitant un traitement chirurgical ou médicamenteux.

**Risques et complications pour l'enfant :** la césarienne programmée est une méthode d'accouchement sûre pour l'enfant ; le risque de complications graves à la naissance est moindre que par voie naturelle ou lors d'une césarienne d'urgence. L'enfant peut être blessé par un instrument chirurgical ou en cas de trouble sévère du développement. Cela se produit rarement. Une césarienne programmée a généralement lieu au plus tôt 7 à 10 jours avant le terme. Avant cela, les troubles respiratoires nécessitant un transfert aux soins intensifs néonataux, un traitement en couveuse voire, dans de rares cas, une aide respiratoire, sont plus fréquents.

**Après l'intervention :** des analgésiques vous sont donnés dans les premiers jours qui suivent la césarienne. Il faut s'attendre à des saignements, comme après un accouchement par voie basse. L'allaitement peut se faire comme après un accouchement normal.

**Coûts :** cette intervention est une prestation obligatoirement à la charge des caisses-maladie. Si vous avez une assurance complémentaire, réglez la question des frais couverts avant votre hospitalisation.

**Vos questions :**

---

---

**Entretien d'information**

Interprète : \_\_\_\_\_

La parturiente et le/la médecin ont décidé de commun accord de pratiquer une césarienne pour la raison suivante :

---

**Croquis de l'intervention**

**Notes du/de la médecin à propos de l'entretien d'information**

---

---

**Consentement de la parturiente et mandat de traitement**

Je déclare :

- avoir pris la décision de commun accord avec mon/ma médecin de pratiquer une césarienne ;
- (en cas de césarienne programmée) avoir eu un délai de réflexion suffisant pour prendre ma décision ;
- (en cas de césarienne sans motif obstétrical impératif) avoir été informée des avantages et inconvénients de la césarienne et de l'accouchement par voie basse, ainsi que des moyens antalgiques disponibles.

Je charge le/la médecin responsable d'effectuer l'intervention.

Lieu, date \_\_\_\_\_ Durée de l'entretien d'information \_\_\_\_\_

Patiente \_\_\_\_\_ Médecin \_\_\_\_\_