

Une brève histoire de la césarienne

A brief history of caesarean section

●● J. Delotte, O. Mialon, L. d'Angello, O. Toullalan, A. Bongain*

La césarienne est une des interventions les plus anciennes réalisées par l'homme. Son histoire est à l'image des soubresauts intellectuels des différentes époques traversées. Sa fréquence, sa morbidité et sa technique ont ainsi évolué au gré des découvertes médicales. Se plonger dans l'histoire de la césarienne revient à s'intéresser aux rapports entre l'homme et la médecine.

HISTOIRE D'UN MOT

L'histoire du mot "césarienne" lui-même est imprécise. Trois principales hypothèses sont retenues par les historiens.

► La première hypothèse fait naître le mot "césarienne" d'une dérivation du mot latin *caedere*, qui veut dire couper (1).

► La seconde hypothèse fait référence au texte romain qui légalisait l'opération, la *lex regia*. Après la chute de la royauté et l'avènement des Césars, cette loi fut nommée *lex caesarea*. C'est donc le nom de cette loi qui, pour certains, est à l'origine du nom de l'intervention (2).

► Enfin, une troisième hypothèse fait naître ce mot d'un mythe historique. Au cours du Moyen Âge, la traduction d'un texte de Pline l'ancien a fait penser que Jules César était né par voie abdominale. C'est en souvenir de cette naissance que l'on aurait attribué son nom à cette intervention.

Si l'on ne peut savoir si le terme "césarienne" provient de la naissance de Jules César, deux éléments essentiels vont à l'encontre d'une naissance de César par voie abdominale.

Tout d'abord, la mère de Jules César survécut des années après son accouchement. Or, à cette époque, la survie après cette intervention est inenvisageable.

Ensuite, parce que Pline l'Ancien avait en fait écrit que le premier des Césars était né par césarienne. Les historiens font remarquer que le premier des Césars n'était probablement pas pour lui Jules César mais Scipion l'Africain, à qui fut décerné le titre de César après sa victoire sur Carthage à Zama (3).

Nous ne saurons très probablement jamais avec certitude quelle est l'origine exacte du mot "césarienne". Quoiqu'il en soit, ce terme a été utilisé pour la première fois par François Rousset en 1581 dans un livre intitulé *Traité nouveau de l'hystérotomotokie ou Enfancement caesarien*.

* Service de gynécologie obstétrique, reproduction et de médecine fœtale, hôpital de l'Archet 2, CHU, 151, route de Saint-Antoine-de-Ginestière, BP 3079, 06202 Nice Cedex 3.

HISTOIRE D'UN CONCEPT

Période préhistorique

Aucun élément ne permet de déterminer si le concept de césarienne a pu voir le jour pendant la période préhistorique. Si la grossesse et l'accouchement ont fréquemment été représentés dans l'art préhistorique (peintures rupestres, sculptures), aucune représentation n'évoque une naissance par voie abdominale (3).

Période antique

Quelques éléments font penser que les Égyptiens connaissaient et pratiquaient cette intervention.

On a retrouvé une tablette cunéiforme évoquant l'adoption d'un garçon né par voie abdominale par le roi Hammourabi de Babylone (1792-1750 avant J.-C.) (4).

Aux alentours de 1500 avant J.-C., on commence à retrouver, dans plusieurs récits mythiques et folklores de cultures différentes, diverses allusions à une naissance par voie abdominale. De nombreuses légendes indiennes évoquent la naissance de dieux sortant du flanc de leurs mères. Sushruta, médecin indien célèbre (qui a probablement vécu au V^e siècle avant J.-C.), conseille la césarienne post mortem dans l'un de ses traités médicaux.

Dans la mythologie grecque, également, on retrouve trace de naissances par voie abdominale. Ainsi Zeus, ayant tué Sémélé, enceinte de 6 mois, retira Dionysos du corps sans vie de sa mère et le réimplanta dans sa cuisse jusqu'à maturité (5). Néanmoins, aucun traité de médecine grecque de l'époque antique ne décrit la technique de césarienne. Cela pourrait s'expliquer car les cas de césariennes, post mortem à cette époque, ont été confiés aux esclaves.

Les Hébreux évoquent aussi la possibilité d'une césarienne post mortem dans le Talmud : "Si une femme meurt pendant qu'elle est en travail, il faut prendre un couteau et lui ouvrir le ventre pour extraire l'enfant. En général, l'enfant meurt déjà avant la mère... mais il est arrivé que l'enfant ait encore bougé trois fois après la mort de sa mère" (3).

On retrouve également trace d'un texte légiférant sur cette intervention. La *lex regia* promulguée par Numa Pompilius (715-672 avant J.-C.) précise : "La loi royale interdit l'enterrement d'une femme enceinte avant que l'enfant n'en ait été excisé. Celui qui agit autrement est considéré avoir fait périr la promesse de vie avec la mère". Comme chez les Grecs, les césariennes étaient confiées aux esclaves et on ne retrouve pas de traités techniques de cette intervention.

Au Moyen Âge

En Europe, les dogmes religieux de l'époque ont clairement empêché le développement de cette technique de naissance par voie abdominale. Cependant, ce sont ces mêmes aspects religieux liés à la procréation qui nous permettent de retrouver des traces écrites de cette intervention. Néanmoins, le but recherché n'est pas l'amélioration du pronostic fœtal ni maternel. En fait, il s'agit d'avis sur les possibilités et l'intérêt de pouvoir baptiser les embryons et les fœtus.

Le concile de Trèves, en 1310, note ainsi que "lorsqu'une femme meurt en couches, il faut tenter sur le champ l'opération césarienne et baptiser l'enfant s'il vit encore. S'il est mort, il faudra l'enterrer hors du cimetière. Si on peut présumer que l'enfant est mort dans le sein de la mère, il n'y a pas lieu de faire l'opération et on ensevelira la mère et l'enfant dans le cimetière" (3).

Dans le monde arabe, à la même époque, la culture était plus ouverte au développement et aux recherches médicales. Ainsi on retrouve des écrits de techniques chirurgicales ou des textes juridiques qui font allusion aux naissances par césarienne (figure 1).

À la Renaissance

On ne sait pas si c'est l'émulation intellectuelle de l'époque, la volonté, la folie ou le hasard, mais c'est à ce moment qu'apparaît un concept totalement novateur : la notion de césarienne sur une femme vivante avec, pour ambition, la survie de la mère et de l'enfant (figure 2). C'est François Rousset, en 1581, qui publia le premier recueil de cas de césariennes sur des femmes vivantes et qui expliqua les différentes modalités techniques d'une "bonne" césarienne. Son ouvrage *Traité nouveau de l'hystérotomotokie ou Enfancement caesarien* définit la césarienne ainsi : "Qui est extraction du ventre et matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher. Et ce, sans préjudicier à la vie de l'un ny de l'autre ; ny empêcher la foecundité maternelle par après." Il fit grand bruit dans le monde obstétrical de l'époque. Sur la base de ce livre, quelques praticiens commencèrent à réaliser des césariennes sur des femmes vivantes. En réalité, Rousset n'avait jamais pratiqué, ni probablement vu de césarienne. Son ouvrage était un recueil de faits rapportés par d'autres. On suppose d'ailleurs que certaines des extractions rapportées étaient issues de grossesses abdominales avancées. L'issue des césariennes, quasi constamment fatale pour les parturientes, a par la suite fait modérer l'optimisme suscité par l'ouvrage de Rousset. Il s'ensuivit une période de polémiques entre partisans et opposants de cette technique.

Période moderne

La période moderne de la césarienne débute aux alentours de 1850. Auparavant, quelques cas véridiques de césarienne avec survie maternelle ont été rapportés mais désormais, les esprits cherchent à améliorer les pronostics maternels et fœtaux. On commence à considérer que la survie maternelle ne devrait plus être laissée à la chance, mais être issue de l'application



Figure 1. Représentation d'une opération "césarienne" dans un manuscrit arabe.



Figure 2. Étude d'un fœtus dans l'utérus exécutée par Vinci vers 1512.

de principes médicaux et scientifiques. Cette diminution de la morbidité et de la mortalité passa par plusieurs révolutions qui concernèrent à la fois le matériel, la technique, les études anatomiques, l'apparition de l'asepsie et l'anesthésie. C'est le point de départ des évolutions qui ont abouti à notre pratique actuelle de la césarienne. Cette quête de l'amélioration de la morbi-mortalité, maternelle ou fœtale, se poursuit de nos jours.

HISTOIRE D'UNE TECHNIQUE

Césarienne post mortem

Comme nous l'avons vu précédemment, l'intervention se pratiquait à ses débuts, exclusivement en période post-mortem. Malheureusement, peu d'écrits techniques sont retrouvés pendant la période antique, la césarienne étant fréquemment



Figure 3. Représentation d'une opération "césarienne" au Moyen Âge.

confiée aux esclaves. Quelques précisions techniques nous parviennent cependant à partir du Moyen Âge (figure 3). Guy de Chauliac en fait une description en 1363 dans *Chirurgia magna* : "La femme soit ouverte avec un rasoir de long à costé gauche, d'autant que cette partie-là est plus libre que la dextre à cause du foye, et en y mettant les doigts, l'enfant en soit retiré". Un manuscrit arabe du XIV^e siècle de Al Berani contient notamment un croquis de césarienne par incision transversale.

Césarienne sur une femme vivante

Il est difficile d'affirmer qui est le premier à avoir tenté et réussi une césarienne sur une femme vivante (6). Pour certains, ce serait Jacques Nüfer, un éleveur de porcs suisse, qui aurait réalisé cette intervention en l'an 1500 sur sa femme. Cette dernière était restée en travail de longues heures et une bonne douzaine de sages-femmes s'étaient succédé sans permettre l'accouchement. Après avoir demandé la permission aux autorités de l'époque, il pratiqua lui-même l'intervention. L'enfant vécut, la femme également. Elle donna naissance par la suite à cinq enfants par voie basse. Si la paternité de la première césarienne lui est contestée, c'est que le récit évoque très probablement un cas de grossesse abdominale à terme. D'autres praticiens peuvent être les pères de la première césarienne réussie sur une femme vivante, mais il est parfois difficile d'authentifier les récits de l'époque. On citera néanmoins les cas de Cristophores Bainus en 1540 ou de Trautmann et Seest en 1610. Dans le dernier cas, Trautmann reçut une patiente enceinte dans les suites d'un traumatisme. Il constata la présence de l'utérus sous la peau. Il put extraire l'enfant par voie abdominale et laissa l'utérus marsupialisé à la peau. L'utérus involua. L'enfant survécut mais la patiente mourut brutalement quinze jours après l'intervention dans un tableau clinique évocateur d'une embolie pulmonaire.

Qui est le premier à avoir réalisé et réussi une césarienne sur une femme vivante ? Là encore, nous ne le saurons probablement jamais avec certitude.

C'est à partir du XIX^e siècle que les progrès médicaux permi-

rent de nouveau le développement des techniques de césarienne. La suture de l'hystérotomie étant, à l'époque, considérée comme dangereuse car se compliquant d'infection et empêchant un bon drainage, Porro eut l'idée de pratiquer dans les suites immédiates de la césarienne une hystérectomie subtotale. Il mettait également en place un garrot hémostatique sur le segment inférieur. La première intervention qu'il pratiqua le 21 mai 1878 sur une patiente naine rachitique, dont la disproportion fœto-maternelle rendait impossible un accouchement par voie basse, fut un succès, avec survie de l'enfant et de la mère. Si l'hystérectomie était le prix à payer, la diminution de la mortalité rendait pour la première fois cette intervention acceptable. En 1907, Truzzi recense 1097 interventions de Porro avec une survie maternelle de 75,2% et une survie fœtale de 78%.

Incisions et sutures

► Du point de vue de l'incision abdominale, toutes les portions de l'abdomen furent considérées en leur temps. On retrouve donc la trace de documents prônant l'incision des flancs, une incision médiane ou même médiane haute selon Blundell (1790-1878) afin d'éviter la vessie. La description de Rousset, en 1581, est celle d'une incision paramédiane gauche, afin d'éviter le foie. C'est Pfannenstiel qui, en 1906, décrivit une voie d'abord transversale.

► Du point de vue de l'incision utérine, la plupart des chirurgiens qui pratiquaient la césarienne à ses débuts réalisèrent des incisions longitudinales. Les croyances de l'époque étaient d'éviter ainsi les dissections latérales réputées pourvoyeuses de saignements, et de pouvoir élargir l'incision rapidement afin d'extraire un fœtus. Les conséquences étaient en réalité un saignement important, des risques d'extension de l'incision vers la vessie et le vagin et des risques augmentés de rupture utérine lors de grossesses suivantes (7). Si certains chirurgiens avaient déjà tenté des incisions segmentaires, c'est Kerr, en 1926, qui participa à l'extension de la pratique de cette technique (8).

► Du point de vue de la suture utérine, jusqu'au XIX^e siècle, il était établi qu'il ne fallait pas suturer l'hystérotomie. Il fallait remettre l'utérus en place sans recoudre. André Levret (1703-1780) écrivit ainsi que la suture utérine "est non seulement préjudiciable, mais en plus totalement inutile du fait des prodigieuses contractions du muscle utérin qui suivent la délivrance" (4). Porro, nous l'avons vu, prônait une hystérectomie subtotale afin de limiter les risques infectieux. En 1882, des chirurgiens allemands, notamment Max Sänger, travaillèrent sur la diminution du taux d'hystérectomie lors de la césarienne. Ils insistèrent et développèrent à travers l'Europe la suture de l'hystérotomie.

Depuis la naissance de l'incision abdominale transverse, de l'hystérotomie segmentaire et de la suture utérine systématique, nous n'assistons plus qu'à une amélioration des principes précédents. Les antibiotiques, les progrès de l'anesthésie-réanimation, l'asepsie et la rapidité de l'intervention (technique de Starck ou de Misgav-Ladach) permettent de rendre la mortalité materno-fœtale minimale.

CONCLUSION

L'origine de la césarienne se perd dans la nuit des temps. Son évolution est toujours allée de pair avec les époques traversées. Post mortem, elle était réalisée par désespoir, par curiosité ou pour des motifs religieux. Sur une femme vivante, elle est d'abord réalisée pour une envie de progression médicale puis, enfin, pour améliorer le pronostic fœtal ou maternel.

Quoi qu'il en soit, jusqu'à la fin du XIX^e siècle, la césarienne est restée une opération d'exception. Mais l'évolution de la société ne s'est pas arrêtée là. De nos jours, cette intervention qui envoya à la mort d'innombrables femmes dans des souffrances difficilement imaginables est parfois réclamée pour convenance personnelle. Il s'agit d'une nouvelle étape de société où une intervention chirurgicale peut être demandée et réalisée sans aucun motif médical. Ainsi, si la césarienne a accompagné les hommes depuis la naissance de la médecine, elle se trouve encore au centre des débats de sociétés les plus actuelles.

Mais après tout, l'histoire de la médecine n'a-t-elle pas commencée par une césarienne ?

En effet, Esculape, dieu de la médecine, a été arraché du ven-

tre de sa mère Coronis, l'infidèle, par son père Apollon sur le bûcher...

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Racinet C, Favier M. *La césarienne : indications, techniques, complications*. Paris : Masson, 1984:1-184.
2. Boley JP. *The history of caesarean section*. 1935. *Can Med Assoc J* 1991;145:319-2.
3. Aubard Y, Le Meur Y, Grandjean MH, Baudet JH. *Histoire de l'opération césarienne*. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1995;90:5-11.
4. Lurie S, Glezerman M. *The history of cesarean technique*. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:1803-6.
5. Weber VE. *Post-mortem cesarean section: review of the literature and case reports*. *Am J Obstet Gynecol* 1971;110:158-65.
6. Barrat J. *Histoire de la césarienne, son implication dans la conduite obstétricale actuelle*. *Rev Fr Gynecol Obstet* 1988;83:225-30.
7. Field CS. *Surgical techniques for cesarean section*. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1988;15:657-72.
8. Galbert HA, Bey M. *History and development of cesarean operation*. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1988;15:591-605.

RHOPHYLAC 200 microgrammes/2 ml, RHOPHYLAC 300 microgrammes/2 ml

Composition : Immunoglobuline humaine anti-D (Rh), solution injectable en seringue préremplie, 2 ml : • Ig anti-D 200 µg (1000 UI) soit 100 µg/ml. Protéines plasmatiques humaines ≤ 25 mg/ml* • Ig anti-D 300 µg (1500 UI) soit 150 µg/ml. Protéines plasmatiques humaines ≤ 30 mg/ml*.

* dont 10 mg/ml d'albumine (stabilisant) et ≥ 95 % d'IgG. IgA ≤ 5 µg/ml.

Excipients : albumine humaine, glycine, chlorure de sodium, eau ppi.

Indications : Prévention de l'allo-immunisation fœtomaternelle Rh(D) chez les femmes Rh(D)-négatif : grossesse / accouchement d'un enfant Rh(D)-positif, fausse couche / menace de fausse couche / grossesse ectopique ou môle hydatiforme, hémorragie transplacentaire secondaire à une hémorragie pré-partum, amniocentèse, biopsie de villosité choriale ou manœuvres obstétricales, telles que version céphalique externe ou traumatisme abdominal.

Traitement des sujets Rh(D)-négatif après transfusions incompatibles de sang Rh(D)-positif ou d'autres produits contenant des hématies Rh(D)-positif. • Posologie* : Respecter les directives professionnelles en vigueur. Schémas recommandés : Prévention de l'allo-immunisation fœtomaternelle Rh(D) chez les femmes Rh(D)-négatif. • Prophylaxie avant l'accouchement : dose unique de 300 µg (1500 UI) IV ou IM à 28-30 semaines de grossesse. • Prophylaxie après l'accouchement : 200 µg (1000 UI) IV ou de 200 µg (1000 UI) à 300 µg (1500 UI) IM. Administrer RHOPHYLAC le plus tôt possible dans les 72 heures qui suivent l'accouchement. Administrer également la dose postpartum si une prophylaxie antepartum a été administrée. Si hémorragie fœtomaternelle importante (> 4 ml (0,7 % - 0,8 % des femmes) soupçonnée (ex. : anémie fœtale, mort fœtale intra-utérine), estimer son intensité par un test de Kleihauer-Betke : administrer des doses complémentaires d'Ig anti-D à raison de 20 µg/100 UI par ml d'hématies fœtales. • Prophylaxie après une complication de la grossesse : - Interventions et incidents ≤ 12 semaines de grossesse : 200 µg (1000 UI) IV ou IM. - Interventions et incidents > 12 semaines de grossesse : au moins 200 µg (1000 UI) IV ou IM. - Prélèvement de villosités choriales : 200 µg (1000 UI) IV ou IM. Administrer RHOPHYLAC dès que possible, sans dépasser 72 heures après l'événement à risque.

Transfusions incompatibles : Dose recommandée : 20 µg (100 UI) d'Ig anti-D pour 2 ml de sang Rh(D)-positif transfusés ou par ml de concentré érythrocytaire. Injection IV recommandée. En cas d'injection IM : si les doses sont importantes, les administrer sur plusieurs jours. Dose maximale de 3000 µg suffisante dans le cas d'importantes transfusions incompatibles, indépendamment du fait que le volume de transfusion soit > à 300 ml de sang Rh(D)-positif. **Mode d'administration** : RHOPHYLAC peut être administré par injection IV ou IM. En cas de troubles hémorragiques contre-indiquant les injections IM, administrer par voie IV. Si dose importante (> 5 ml) et voie IM, fractionner la dose et administrer en des sites différents. **Contre-indications** : Hypersensibilité à l'un des composants. IM contre-indiquée en cas de thrombocytopénie sévère ou d'autres troubles de

l'hémostase. Mises en garde spéciales et précautions particulières d'emploi* : Après l'accouchement, l'Ig anti-D est destinée à la mère. Ne pas administrer au nouveau-né. Ne pas utiliser chez les sujets Rh(D)-positif. Maintenir les patients en observation pendant 20 mn au moins après l'administration. En cas de réaction allergique ou anaphylactique, interrompre immédiatement l'administration. Informer les patients des premiers signes d'une réaction d'hypersensibilité. En cas de choc, instaurer un traitement symptomatique. Le risque de maladies infectieuses dû à la transmission d'agents infectieux, y compris des agents pathogènes de nature encore inconnue, ne peut pas être totalement exclu lors de l'administration de médicaments préparés à partir de sang ou de plasma humain. Ce risque est cependant réduit par : • l'entretien médical avec les donneurs et les contrôles et tests effectués sur chaque don, • la recherche du matériel génomique sur les mélanges de plasma, • les étapes d'inactivation/élimination virale du procédé dûment validées. L'efficacité peut être limitée vis-à-vis des virus non enveloppés (VHA, parvovirus B19). **Interactions*** : Reporter l'immunisation active avec des vaccins à virus vivant atténué 3 mois après la dernière administration de l'Ig anti-D car l'efficacité du vaccin peut être altérée. Si Ig anti-D administrée dans les 2 à 4 semaines qui suivent cette vaccination, son efficacité peut être altérée. Augmentation transitoire des anticorps transférés passivement (p. ex. test de Coombs positif). RHOPHYLAC peut renfermer des anticorps dirigés contre d'autres antigènes Rh, p. ex. anti-Rh(C), qui peuvent être détectés après administration. **Grossesse et allaitement*** : Médicament destiné à une utilisation pendant la grossesse. Aucun événement indésirable imputable au médicament n'a été rapporté chez les enfants.

Effets indésirables* : Douleur et sensibilité locales au point d'injection. Hyperthermie, malaise, céphalées, réactions cutanées et frissons occasionnels. Rares cas de nausées, vomissements, hypotension artérielle, tachycardie et réactions de type allergique ou anaphylactique (dyspnée, choc), même en l'absence d'hypersensibilité du patient lors d'une administration précédente. **Surdosage*** : Aucune donnée disponible. Surveillance clinique et biologique en raison du risque de réaction hémolytique. **Incompatibilités** : Ne pas mélanger avec d'autres médicaments. **Conservation** : 3 ans, au réfrigérateur (entre + 2°C et + 8°C), à l'abri de la lumière. Ne pas congeler. **Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché** : LFB BIOMÉDICAMENTS - 3, avenue des Tropiques - B.P. 305 - LES ULIS - 91958 Courtabœuf Cedex. **AMM n°** : 363 970-2 : 2 ml (200 microgrammes) - 363 971-9 : 2 ml (300 microgrammes). JUIN 2004. Liste I. Agréé Collectivités. Remboursé Sécurité Sociale à 100 %. - Prix public TTC : • RHOPHYLAC 200 µg/2 ml : 61,57 €, • RHOPHYLAC 300 µg/2 ml : 85,16 €.

* Pour une information complète, se reporter au RCP ou au dictionnaire des spécialités pharmaceutiques.

06G0486/2.0 - OCTOBRE 2006