

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur M. Bruhat*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—

**Tome XIX
publié le 1^{er}.12.1995**



*DIX-NEUVIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 1995*

COMMENT RÉDUIRE LE TAUX DE CÉSARIENNES ?

Ph. BLOT*

Paris

La pratique contemporaine de la césarienne atteint dans certaines contrées des taux qui semblent extravagants, 30 % voire beaucoup plus ! (Brésil, États-Unis).

Certes en Europe, actuellement, ces chiffres paraissent déraisonnables.

Néanmoins, des observateurs (travailleurs de Santé Publique, bailleurs de fonds...) s'étonnent d'enregistrer, dans les MATERNITÉS HOSPITALIÈRES PARISIENNES, que l'extraction césarienne soit nécessaire, selon les sites, pour 10 à 25 % des accouchements.

Cette large fourchette ne peut être expliquée de manière satisfaisante par les biais de recrutement.

Au demeurant, ces chiffres bruts n'ont de signification obstétricale que corrélés aux résultats pédiatriques post-nataux...

Avant de répondre à la question « **Comment réduire le taux de césariennes ?** », il nous semble pertinent d'envisager quelques questions préalables :

– Comment le taux de césariennes a-t-il augmenté au cours de ce siècle ?

* Service de Gynécologie-Obstétrique.
Hôpital Robert Debré - 75020 PARIS

- Pourquoi a-t-il connu une inflation souhaitable pour certains, excessive pour d'autres, durant les décennies 70-80 ?
- Pourquoi le réduire ?
- Et alors, éventuellement, comment ?

COMMENT LE TAUX DE CÉSARIENNES A-T-IL AUGMENTÉ AU COURS DE CE SIÈCLE ?

À la fin du XIX^e siècle, connaissances anatomiques et progrès chirurgicaux, découverte de l'asepsie et de l'antisepsie, avènement de l'anesthésie, puis vers le milieu de ce siècle, TRANSFUSIONS et ANTIBIOTIQUES ont permis à l'accouchement chirurgical de voir ses indications plus confortablement élargies...

D'intervention de SAUVETAGE MATERNEL hasardeuse et meurtrière, la CÉSARIENNE a pu très progressivement être exécutée dans des conditions acceptables pour traiter puis prévenir des pathologies gravidiques ou obstétricales maternelles.

Secondairement, une évolution semblable a pu être observée pour l'enfant : sauvetage, extraction de nécessité puis de sécurité, enfin préventive... très préventive.

L'obstétrique, de même que la médecine, n'est pas une science mais une pratique, dès lors le concept de « prévention » expose, cela va de soi, à de larges variations d'indications...

POURQUOI L'INFLATION DES DÉCENNIES 70-80 ?

L'évolution des indications de l'EXTRACTION CÉSARIENNE se discerne assez bien, successivement GESTE DE SAUVETAGE, ensuite INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE puis PRÉVENTIVE, enfin PRATIQUE DE SÉCURITÉ...

Certains commentateurs, quelques publications retentissantes, ont incriminé récemment ENREGISTREMENTS DU RYTHME CARDIAQUE FŒTAL, MESURES du pH FŒTAL PER PARTUM, pratique extensive de la PÉRIDURALE.

Il nous semble stérile et inopportun de polémiquer sur ces observations pseudoscientifiques, qui constatent et reflètent plus, à notre avis, les résultats de mauvaises pratiques que ceux de pratiques inappropriées... Et surtout, plus pertinent d'observer que la péridurale donne du TEMPS, et

COMMENT RÉDUIRE LE TAUX DE CÉSARIENNES ?

l'enregistrement du rythme cardiaque, correctement interprété, de la SÉRÉNITÉ, favorisant ainsi, même dans la perspective d'une obstétrique sécuritaire, à cet événement physiologique qu'est l'accouchement, plus de chances d'aboutir naturellement.

Plus probablement, en FRANCE notamment, la pratique de la CÉSARIENNE s'est largement amplifiée sous trois types de contraintes :

– *PÉDIATRIQUES* : la césarienne réalise L'ACCOUCHEMENT IDÉAL, ATRAUMATIQUE.

L'enfant ÉCHAPPE aux « mauvaises façons » des accoucheurs...

– *GYNÉCOLOGIQUES* : La patiente et surtout son chirurgien gynécologue ÉCHAPPENT aux contraintes de temps...

– *MÉDICO-LÉGALES* : L'accoucheur ÉCHAPPE aux tribunaux !

POURQUOI RÉDUIRE LE TAUX DE CÉSARIENNES ?

Cette question ambiguë risque d'induire une réponse confuse.

D'emblée, on peut affirmer que l'extension des indications de la CÉSARIENNE a entraîné une incontestable diminution de la mortalité et de la morbidité périnatales.

Toutefois, cette intervention n'est pas dénuée de risques propres, intrinsèques, *mortalité* (× 2), *morbidité* (× 5) maternelles restent non pas négligeables mais faibles en valeurs absolues, légèrement supérieures à celles de l'accouchement par les voies naturelles. Cette constatation doit inciter non pas à RÉDUIRE le taux de césariennes mais à une rigueur soutenue dans le discernement des indications.

La césarienne doit être (lorsque les conditions de sécurité chirurgicale et anesthésique sont suffisantes) réalisée sans hésitation devant un risque maternel et/ou fœtal, correctement défini.

L'enseignement se fait, hélas, plus aisément sur la base de «CERTITUDES» devenant facilement «PONCIFS» dans la pratique quotidienne, que par compagnonnage persévérant et attentif. Les indications de l'extraction par VOIE HAUTE doivent être pour certaines d'entre elles régulièrement et périodiquement rediscutées, certes sur l'examen critique des publications internationales, surtout sur l'évaluation des résultats périnataux.

La problématique n'est pas de RÉDUIRE le TAUX de CÉSARIENNES mais d'analyser avec esprit critique et rigueur le registre des indications. Il n'est pas convenable de juger excessif le taux de césariennes de telle ou telle équipe. Celui-ci doit être interprété en fonction des conditions d'exercice,

des populations concernées et surtout des évaluations pédiatriques néonatales. Seule l'auto-évaluation nous paraît, sur ce sujet, saine :

– Taux inférieurs à la moyenne régionale : les résultats périnataux sont-ils acceptables et comparables à ceux de sites semblables ?

– Taux supérieurs à la moyenne régionale : les résultats périnataux sont-ils spectaculairement meilleurs ? Les indications sont-elles rigoureusement posées au cas par cas ou décidées selon de pseudo-protocoles ou des coutumes établies au fil du temps, dans la crainte de risques obstétricaux non réévalués, plus ou moins figées par les experts judiciaires.

COMMENT RÉDUIRE LE TAUX DE CÉSARIENNES ?

Éventuellement, si elle le juge opportun, chaque équipe universitaire peut réexaminer les bases empiriques des indications les plus fréquentes qui, actuellement, outre de vaines polémiques, sont l'objet de publications médicales multiples, discordantes voire contradictoires.

Contrairement à une appréciation largement répandue, à notre avis, de larges variations ne s'observent guère sur les indications posées pendant le travail, qu'elles soient fœtales ou obstétricales.

Par contre, les indications posées AVANT l'entrée en travail, pour les CÉSARIENNES dites DE PRINCIPE ou SYSTÉMATIQUES méritent de retenir l'attention.

L'âge maternel, le prétendu TERME DÉPASSÉ — même après échec de pseudo-déclenchement — le BASSIN soi-disant RÉTRÉCI, le MACROSOME ÉCHOGRAPHIQUE, sont à l'origine d'indications « systématiques » souvent abusives. Ces arguments ne méritent d'être parfois retenus que dans un contexte obstétrical évolutif, au cours de la surveillance de toute grossesse prolongée ou pendant le travail. La prématurité ou le faible poids induisent des indications d'extraction chirurgicale DE PRINCIPE, insuffisamment évaluées et toujours discutées.

Trois CONTEXTES OBSTÉTRICAUX justifiant pour nombre de praticiens des CÉSARIENNES SYSTÉMATIQUES D'EMBLÉE sont probablement la cause principale des grandes variations observées : les UTÉRUS CICATRICIELS, les PRÉSENTATIONS DU SIEGE, les GROSSESSES MULTIPLES...

Une cicatrice d'hystérotomie segmentaire basse n'impose plus à elle seule l'indication d'une césarienne itérative. Après une évaluation radiologique du bassin, échographique de l'enfant, clinique des conditions obstétricales, l'accouchement par voie basse peut être attendu dans 50 à 60 % des cas.

COMMENT RÉDUIRE LE TAUX DE CÉSARIENNES ?

De nombreuses publications permettent d'ailleurs maintenant l'utilisation raisonnée des ocytociques et de la péridurale.

Certes des RUPTURES ou plus précisément des DÉUNIONS peuvent s'observer (< 1 %) et impliquent une surveillance attentive du travail, une possibilité immédiate d'extraction chirurgicale ou de suture utérine.

L'accouchement à terme, par les voies naturelles, d'un enfant en présentation du SIEGE reste ou redevient de bonne pratique pour de nombreuses équipes européennes dans la mesure où appréciations du bassin maternel et du poids de l'enfant ont été soigneusement établies.

Primiparité, prématurité, cicatrice utérine sont des contre-indications relatives toujours discutables et probablement excessives... La version par manœuvres externes doit se tenter en temps utile devant un bassin de dimensions réduites. De même que pour les utérus cicatriciels, l'accouchement par les voies naturelles d'une présentation de siège ne doit s'envisager avec sérénité qu'après un examen obstétrical particulièrement soigneux en début de travail et avec une disponibilité immédiate durant celui-ci, pour une extraction chirurgicale sans retard devant toute anomalie dynamique ou mécanique.

La fécondation in vitro, ses difficultés, ses résultats modestes ont entraîné la pratique extensive de la CÉSARIENNE SYSTÉMATIQUE pour les GROSSESSES MULTIPLES.

D'évidence, les présentations dystociques du premier enfant, les anomalies du rythme cardiaque fœtal sont des indications indiscutables... ainsi d'ailleurs que l'inaptitude du praticien aux manœuvres internes.

Refuser l'accouchement par voie basse des grossesses triples, c'est pour éviter tout paradoxe, être contraint à césariser de principe toutes les grossesses gémellaires ou pour le moins de nombreux seconds jumeaux. En effet, l'accouchement de ceux-ci nous semble présenter plus de risques que celui des deuxièmes ou troisièmes triplés.

Là encore, chaque équipe ne peut justifier ses pratiques qu'en les évaluant périodiquement.

En résumé, à notre avis, la RÉDUCTION DU TAUX DE CÉSARIENNES, ne peut, au risque d'être dangereuse, constituer un objectif en soi, encore moins une exigence de santé publique.

Elle peut répondre éventuellement, au souci individuel de la pratique la plus convenable.

Elle nécessite alors une très grande disponibilité de l'équipe obstétricale qui n'aura, au préalable, posé qu'avec parcimonie les indications d'EXTRACTION CÉSARIENNE avant l'entrée en travail d'accouchement.

Notre pratique s'appuie sur ces concepts.

Nous présenterons lors des journées du collège de DÉCEMBRE 95 nos résultats obstétricaux et leur évaluation pédiatrique.

ROBERT DEBRE 92 - 93 - 94		(MIU - IMG) EXCLUES	
CESARIENNES			
	n G	VOIES HAUTES	%
G Y	7699	814	10.5 %
G YY	174	26	15 %
G YYY	18	4	22 %
	7891	844	10.7 %

ROBERT DEBRE 92 - 93 - 94		G Y = 7699 MIU - IMG EXCLUES		
CESARIENNES				
	31 (n = 80)	32 - 37 (n = 942)	> 37 (n = 6676)	
C.S. *	31 (86 %)	96 (70 %)	263 (41 %)	390 (48 %)
C.W. *	5 (14 %)	40 (30 %)	379 (59 %)	424 (52 %)
	36	136	642	814
UTER. CICAT	3 (8 %)	29 (21 %)	261 (40 %)	293 (36 %)

* CS = AVT TRAVAIL / CW = PDT TRAVAIL

COMMENT RÉDUIRE LE TAUX DE CÉSARIENNES ?

ROBERT DEBRE
92 - 93 - 94

G Y = 7699
MIU - IMG
EXCLUES

UTERUS CICAT // MODE ACCT

n = 597 (8 %)

	VOIE BASSE	VOIE HAUTE			
		C.S.	C.W.		
CIC. EXT. 81 %	249 (51.5 %)	171	63	234	483
CIC. RD	55 (48.5 %)	45	14	59	114
	304 (51 %)	216 (36 % +	77 13 %) =	293 (49 %)	597

ROBERT DEBRE
92 - 93 - 94

G Y

CESARIENNES
N = 814
COMPLICATIONS POST-PARTUM

PHLEBITES		3	
HEMORRAGIE		1	SOUS APONEVROTIQUE H 8
PAROIS (REPRISES)	· ABCES	1	CIC
	· HEMATOMES	3	CIC BICIC
COMPLICATION ANESTH.		1	CHOC ALLERGIQUE CURARE ?
TRANSFERTS REA		4	PRE ECLAMP / ECLAMPSIES

ROBERT DEBRE
92 - 93 - 94

SIEGES
n = 292 (4 %)

G Y = 7568
MIU - IMG - MALF
EXCLUES

CESARIENNES = 90 (31%)

INDICATIONS	C.S	C.W	
FOET.	1	3	4
MATER.	3	-	3
OBST. CICATR. / BASSIN / PRAEVIA...	37	40	77
FOET + M. O.	4	2	6
	45	45	90

Bibliographie

1. Baker E.R., D'Alton M.E. Cesarean section birth and cesarean hysterectomy. Clinical Obstet. and Gynecol. 1994, vol. 37, 4 : 806-815.
2. Bavers S.K., Mac Donald H.M., Shapira E.D. Prevention of iatrogenic neonatal respiratory distress syndrom : elective repeat cesarean section and spontaneous labor. Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, 143 : 186.
3. Brown L., Karison Th. Cibits L.A. Mode of delivery and perinatal results in breech presentation. Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, vol. 171, 1 : 29-33.
4. Cibils L.A. & coll. Factors influencing neonatal outcome in the very low birth weight under 1500 g with breech presentation. Am. J. Obstet. Gynecol., july 1994, Vol. 171, 1 : 35-42.
5. Clarke J.P., Roman J.D. A review of 19 sets of triplets. The positive results of vaginal delivery. J. Obstet. and Gynecol., feb. 1994, vol. 34, 1 : 50-53.
6. Dommergues M., Mahieu Caputo D., Mandelbrot L., Huon C, Moniette G., Dumez Y. Delivery of uncomplicated triplet pregnancies : is the vaginal route safer? a case control study. Am. J. Obstet. Gynecol., 1995, vol. 172 : 513-517.
7. Erikssone N.H. Pelvimetry in norwegian maternity department. Tidsshr norlaegeforen 1994, an 30, 44 (11) : 1290-1292.
8. Figo News. Int. J. Gynecol. Obstet., 1994, vol. 44, 297-300.
9. Flamm and Goings. Vaginal birth after cesarean section in suspected fetal macrosomia a contre-indication. Obstet.

COMMENT RÉDUIRE LE TAUX DE CÉSARIENNES ?

- Gynecol., 1989, vol. 74 : 694-697.
10. Flamm B.L., Goings J.R., Lim Y., Wolde-Tsadiq. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor : a prospective multicenter study. *Obstet. Gynecol.*, 1994, vol. 83 : 927-932.
 11. Flamm B.L., Goings J.R., Fugelbarth N.J., Fischermanne, Jonix, Hersh E.. Oxytocin during labor after previous cesarean section : results of a multicenter study. *Obstet. Gynecol.*, 1987, vol. 70 : 709-712.
 12. Flamm B.L., Lim O.W., Jonix, Fallon D., Newman L.A., Mantis J.K.. Vaginal birth after cesarean section : results of a multicenter study . *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1988, vol. 158 : 1079-1084.
 13. Ginovsky M.L., O'Grady J.P., Morris B.. Assessment of computed tomographic pelvimetry within a selective breech presentation management protocol. *J. Reprod. Med.*, july 1994, vol. 39 (7) : 489-491.
 14. Grandjean H. Place actuelle de la radiopelvimétrie. *Mises à jour en Gynéco. Obst.* 1989.
 15. Grant A. & coll. Cerebral palsy among children born during the Dublin randomised trial on intra partum monitoring. *Lancet*, nov. 1989, 1233-1235.
 16. Guillemette J., Faser W.D.. Differences between obstetricians in cesarean section rates and the managements labor. *British Journal of Obstet. and Gynecol.*, feb. 1992, vol. 99 : 105-108.
 17. Henrichsen T.B., Sperling L., Hedegard M., Ulrichsen I.T., Ovlisen B., Decher N.J. Cesarean section in twin pregnancies in two danish countries with different cesarean section rates. *Acta Obstet. and Scand.*, feb. 1994, vol. 73 (2), 123-128.
 18. Herbs A., Ingemarsson I. Intermittent versus continuous electronic monitoring in labor : a randomised study. *B. Journal of Obstet. and Gyn.*, 1994, vol. 101 : 663-668.
 19. Jakobi P., Weissman A., Bezael A., Peretz, Hocherman. Evaluation of pronostic factors for vaginal delivery after cesarean section. *J. of Reprod. Med.*, sept. 1993, 729-733.
 20. Joffre M., Chappler J., Patterson C., Beard R.W. What is the optimal cesarean section rate? an outcome based study of existing variation. *J. Epidemiol. Community Health*, Aug. 1994, vol. 48 (4), 406-411.
 21. Jones R.O., Nagashima A., Hartnett Goodman W., Goodlin R.C. Rupture of low transverse cesarean scars during trial of labor. *Obstet. Gynecol.*, 1991, vol. 77 : 815-817.