

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Hédon*

Quatrième partie
**Gynécologie-obstétrique
du monde**



*38^{es} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2014*

La césarienne à l'hôpital Tu Du (Hô-Chi-Minh-Ville, Vietnam) : années 2011-2013

N. BA MY NHI
(Hô-Chi-Minh-Ville, Vietnam)

Mots clés : césarienne, complications, Vietnam, épidémiologie

Déclaration publique d'intérêt

L'auteur n'a pas déclaré de conflit d'intérêt.

I. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Dans les trente dernières années, le taux de césarienne augmente de façon significative dans le monde [1, 2]. En Grande-Bretagne, le taux de césarienne était de 2 % en 1953, 18 % en 1997, 21 % en 2001 [3] et 24,8 % en 2010 [4]. En Australie et aux États-Unis, une femme sur trois a eu une césarienne en 2010/2011 [5, 6]. En Chine, dans les années 2007-2008, 46,2 % d'enfants était nés par césarienne dont 40 %

Hôpital Tu Du - Hô-Chi-Minh-Ville - Vietnam

Correspondance : thuky.bgd@tudu.com.vn

n'avaient pas d'indication médicale précise [7], actuellement dans ce pays le taux est de 40 % [8]. Actuellement, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) conseille le taux de 15 % [9].

Au Vietnam, en 2008, la césarienne était pratiquée dans le grand service de gynécologie-obstétrique de Hanoi, la maternité centrale du Nord (Hanoi), l'hôpital Hung Vuong (Hô-Chi-Minh-Ville) et l'hôpital Tu Du (Hô-Chi-Minh-Ville) respectivement dans les proportions de 43 %, 40 %, 30 % et 47 %.

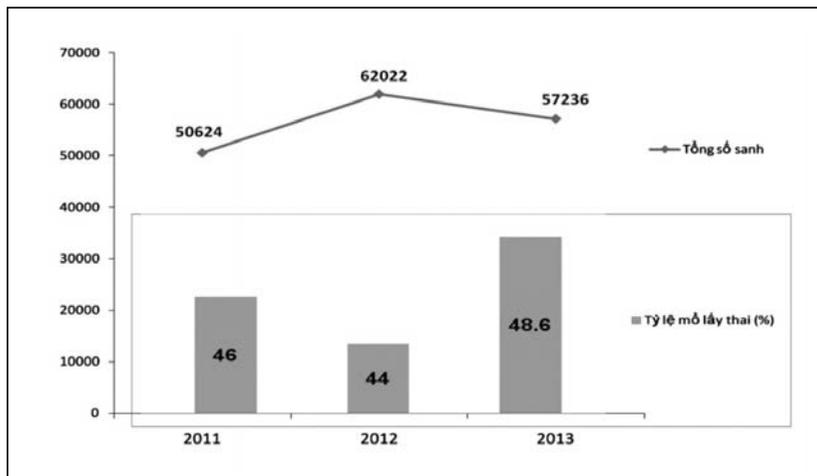
La césarienne peut entraîner des complications per-opératoires pour la mère et l'enfant :

- complications liées à l'anesthésie (allergie médicamenteuse, hypotension, syndrome de Mendelson, céphalées... ;
- complications hémorragiques liées aux anomalies du placenta ou à la blessure de l'utérus ;
- les déchirures de l'utérus (réparables aisément) peuvent s'étendre jusqu'au vagin et à la vessie. L'incision de Pfannenstiel mal faite peut blesser la vessie, surtout en cas de césarienne itérative ;
- la blessure intestinale est possible en cas d'adhérences liées à une intervention antérieure : césarienne antérieure, myomectomie, péritonite appendiculaire... ;
- les complications postopératoires existent dans 2 à 16 % : troubles respiratoires, infections, troubles du transit intestinal, infections urinaires ;
- la thrombose veineuse est rare mais parfois mortelle. L'embolie pulmonaire est mortelle dans la proportion de 1,94/100 000 naissances aux États-Unis ;
- l'endométrite existe dans 10 % des cas avec risque d'abcès et de choc infectieux, l'abcès de paroi existe dans 2,5-16,1 % des cas ;
- lors des césariennes suivantes il peut exister des risques de placenta praevia, de placenta accreta, de grossesse sur la cicatrice. Le placenta accreta peut avoir de graves conséquences : prématurité, mort fœtale, hémorragies pouvant entraîner des grandes transfusions sanguines et des risques ;
- la rupture utérine est possible lors de la grossesse suivante.

Notre objectif vise à comprendre les raisons de l'augmentation du taux de césarienne et les moyens d'arrêter cette progression, à propos de notre série de césariennes dans les années 2011-2013. L'hôpital Tu Du est le plus grand service de gynécologie-obstétrique du sud du Vietnam : plus de 50 000 accouchements environ par an.

II. RÉSULTATS

Diagramme 1 - Nombre d'accouchements par an et le taux de césarienne entre 2011 et 2013



Les indications de césarienne peuvent être rangées en 4 groupes : (1) non-progression du fœtus, (2) suspicion de souffrance fœtale, (3) présentation anormale, (4) utérus cicatriciel.

III. COMMENTAIRES

III.1. Pourquoi le taux de césarienne augmente-t-il ?

Entre 2011 et 2013, le taux de césarienne à l'hôpital Tu Du a augmenté de 44 à 48,6 %, 3 fois plus que le taux recommandé par l'Organisation mondiale de la santé, et il est comparable à la progression en Chine. Il y a à cela plusieurs raisons : les progrès de l'anesthésie, de la technique chirurgicale, de gestion postopératoire ont rendu l'intervention plus rapide et plus sûre. Les progrès de l'échographie, de la surveillance électronique du travail ont permis la détection précoce des anomalies du travail. Les procréations médicales

assistées ont augmenté le nombre des « enfants précieux ». La tendance actuelle vise à réduire le nombre de manœuvres plus dangereuses pour le fœtus et le périnée de la mère : forceps, ventouse... L'augmentation du nombre de naissances (par exemple 62 022 en 2012) rend très lourde la surveillance de l'accouchement pour les médecins et les sages-femmes. La pression de l'opinion publique est en faveur de la césarienne qui est plus sûre, qui entraîne moins de complications périnéales, surtout que le nombre d'enfants est limité et que les femmes font des grossesses plus tardivement dans leur vie. Dans le privé, le choix de la césarienne est encore plus libre que dans le secteur public qui respecte les indications médicales.

III.2. Indications de césarienne dans les cas d'utérus cicatriciel

Évidemment, comme le taux de césarienne augmente, le taux d'utérus cicatriciel augmente et la surveillance des grossesses sur utérus cicatriciel est devenue de plus en plus fréquente. En 1916, Cargin a dit qu'une césarienne allait entraîner d'autres césariennes [10]. Cette notion est devenue banale aux États-Unis et en Europe. Les études ultérieures ont démontré que les accouchements par voie naturelle avaient augmenté de 5 % en 1980 à 28,3 % en 1996. Cependant, cette tendance s'est arrêtée en 2006 (il ne reste que 8,5 %), ceci à cause du risque de rupture utérine et des complications de la voie basse [11], surtout que les procès liés à ces faits se sont multipliés.

À l'hôpital Tu Du, le taux de césarienne était de 47 % en 2008 et 34 % étaient dues à l'utérus cicatriciel (3 670/17 243). Entre 2011 et 2013, la césarienne pour l'utérus cicatriciel était de 30 %, 32 % et 28,2 %. Ceci est dû aux efforts de la surveillance médicale pendant la grossesse sur utérus cicatriciel.

III.3. Complications de la césarienne

III.3.a. Complications précoces (dans les 6 semaines postopératoires) (Tableau I)

Ces complications sont dues le plus souvent à la pathologie antérieure et aux cas des patientes suivies en province antérieurement et transférées à l'hôpital Tu Du seulement en cas d'aggravation.

III.3.b. Complications à distance (Tableau II)

– Placenta praevia et utérus cicatriciel : la raison précise n'est pas connue. Il est classique de trouver des raisons de cette insertion anormale du placenta : multipare, âge de la mère, utérus cicatriciel, antécédents de curetage pour avortements. L'étude de Lala *et al.*, en 2002, est en faveur de l'augmentation du risque en fonction du nombre d'interventions antérieures : 2 % après la première césarienne, 4,1 % après, 2,22 % après 3 interventions [12]. Dans une série de 399 674 accouchements, Gurol-Urganci *et al.* ont trouvé 4,4/1 000 en cas d'accouchement par voie basse et 8,7/1 000 en cas de césarienne antérieure. À l'hôpital Tu Du, il y avait 7,9/1 000 placentas praevia en 2008 ; 8,7/1 000 en 2010 ; 15,3/1 000 en 2011 ; 17,3/1 000 en 2012 et 16,5/1 000 en 2013. Dans un travail de Le Thi Thu Ha *et al.* en 2011, 97 % des cas de placenta praevia ont des antécédents de césarienne, et le taux de césarienne pour placenta praevia est de 3,8 % en 2011 ; 3,8 % en 2012 et 2,9 % en 2013.

Tableau I - Complications précoces

Complications précoces	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)
Infection et hématome de la paroi	2,9	2,5	2,3
Infection de la cicatrice utérine	0,08	0,3	0,2
Endométrite	8	5	6
Péritonite pelvienne	0,02	0,03	0,05
Hémorragie post-partum	4	3,2	3,5
Plaie vésicale	0,01	0,03	0,01

Tableau II - Complications à distance

Complications à distance	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)
Placenta praevia	0,015	0,017	0,016
Placenta accreta	0,009	0,011	0,013
Grossesse sur la cicatrice	0,006	0,005	0,006

- Placenta accreta et antécédents de césarienne : le taux augmente avec l'augmentation du taux de césarienne : 1/2 500 en 1980 ; 1/535 en 2002 ; 1/210 en 2006. Aux États-Unis, l'augmentation va de 1/2 500 en 1980 à 1/533 en 1990 [14]. À Tu Du en 1977 il y avait 1/7 000 ; en 1980 1/2 500 ; 1/1 900 en 1990 ; 1/1 489 en 2010 et 1/1 100 en 2011. Quatre-vingt-cinq pour cent des placentas accreta ont des antécédents de césarienne, et le taux de césarienne pour placenta accreta est de 0,2 % en 2011 et 0,4 % en 2013 (Tableau III).
- Risque de grossesse fixée sur la cicatrice (donc grossesse extra-utérine) : les complications principales sont graves avec hémorragies extériorisées par le vagin, rupture utérine et anémie aiguë grave. Timor-Tritsch *et al.* (2012) ont recensé 19 cas de 1990 à 1999, 48 entre 2000 et 2005, 104 entre 2006 et 2011 [15]. À l'hôpital Tu Du, nous avons recensé 183 cas en 2010, 297 en 2011, 289 en 2012 et 341 en 2013.

Tableau III - Indications de la césarienne

Indications	2011 (%)	2012 (%)	2013 (%)
Utérus cicatriciel	30	32	28,2
Disproportion fœto-maternelle (gros fœtus, bassin étroit, anomalie de la présentation)	22,1	20,7	23,3
Échec de déclenchement du travail	10,3	10,5	9,2
Insuffrance fœtale aiguë	8,5	8,5	7,7
Enfant précieux (primipare âgée, FIV, multipare)	8,3	6,7	7,5
Hypertension au cours de la grossesse	6,4	5,5	5,5
Oligoamnios	4,5	5,1	6,4
Présentation anormale	3,9	5,1	6,2
Placenta praevia	3,8	3,8	2,9
Placenta accreta	0,2	0,3	0,4
Pathologie gravidique, diabète mal équilibré, hypothyroïdes...	1,7	1,4	2,5
Placenta abruptio	0,3	0,4	0,2
Total des césariennes	23 301 cas	27 422 cas	27 840 cas

IV. TENDANCES ACTUELLES

Il est indéniable que le taux de césarienne augmente dans le monde et au Vietnam. Cependant, au cours de ces dernières années, la direction médicale et les gynécologues de l'hôpital s'efforcent de respecter les indications médicales de la césarienne afin d'en réduire le taux et ainsi les risques, malgré les pressions de l'opinion publique.

CONCLUSION

Le nombre de césariennes est élevé à l'hôpital Tu Du non pas à cause de l'augmentation de l'intervention pour convenance personnelle, mais parce que l'hôpital Tu Du est la maternité de référence et reçoit la majorité des grossesses pathologiques des provinces du sud du Vietnam. Il faut remarquer que le nombre d'incidents et d'accidents per- et postopératoires reste très raisonnable.

Bibliographie

- [1] Roberts CL, Algert CS, Ford JB, Todd AL, Morris JM. Pathways to a rising caesarean section rate: a population-based cohort study. *BMJ Open* 2012;2(5). doi: 10.1136/bmjopen-2012-001725.
- [2] Orfali K. Beyond Numbers. The Multiple Cultural Meanings of Rising Cesarean Rates Worldwide. *Am J Bioeth* 2012;12(7):54-56.
- [3] Lavender T, Hofmeyr G, Neilson J, Kingdon C, Gyte G. Caesarean section for non-medical reasons at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Jul 19(3):CD004660
- [4] ICHSC - The Information Centre for Health and Social Care. England. *Maternity Statistics 2009-10* Publication date: 2010 November 18th.
- [5] Hamilton BE, Hoyert DL, Martin JA, Strubino DM, Guyer B. Annual Summary of Vital Statistics: 2010-2011. *Pediatr* 2013;131(3):548-558.
- [6] Chen MM, Hancock H. Women's knowledge of options for birth after Caesarean Section. *Women Birth* 2012;25(3):e19-e26.
- [7] Lumbiganon P, Laopaiboon M, Gülmezoglu AM *et al.* World Health Organization Global Survey on Maternal and Perinatal Health Research Group. Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-2008. *Lancet* 2010;375(9713):490-499.
- [8] Feng XL, Wang Y, An L, Ronsmans C. Caesarean section in the People's Republic of China: current perspectives. *Int J Womens Health* 2014 Jan 9;6:59-74.
- [9] Cavallaro FL, Cresswell JA, França GV, Victora CG, Barros AJ, Ronsmans C. Trends in caesarean delivery by country and wealth quintile: cross-sectional surveys in southern Asia and sub-Saharan Africa. *Bulletin of the World Health Organization* 2013 Dec 1;91(12):914-922D.
- [10] Cragin EB. Conservatism in obstetrics. *NY Med J* 1916;104:1-3.
- [11] National Institutes of Health. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. *Obstetrics & Gynecology* ("The Green Journal") 2010 June;115(6):1279-1295.
- [12] Lala ABH, Rutherford JM. Massive or recurrent antepartum haemorrhage. *Churchill Livingstone. Current Obstetrics and Gynaecology* 2002;12:226-230.
- [13] GuroI-Urganci I, Cromwell DA, Edozien LC, Smith GC, Onwere C, Mahmood TA, Templeton A, van der Meulen JH. Risk of placenta previa in second birth after first birth caesarean section: a population-based study and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2011 Nov 21;11:95.
- [14] Wu S, Kocherginsky M, Hibbard JU. Abnormal placentation: twenty-year analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2005 May;192(5):1458-61.
- [15] Timor-Tritsch IE, Monteagudo A. Unforeseen consequences of the increasing rate of caesarean deliveries: early placenta accreta and caesarean scar pregnancy: a review. *Am J Obstet Gynecol* 2012 Jul;207(1):14-29.