

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

Septième partie

# **Audipog**



*38<sup>es</sup> JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2014*

# Rappel des référentiels sur la césarienne et leur impact

D. GALLOT  
(Clermont-Ferrand)

## Résumé

*Les cliniciens disposent de référentiels à l'égard de la césarienne destinés à harmoniser la pratique clinique. Tous s'accordent à considérer que l'accouchement par voie basse est associé à une mortalité et à une morbidité maternelle plus faibles que l'accouchement par césarienne même avant travail. Peu de situations relèvent formellement d'une césarienne programmée. La technique opératoire repose principalement sur des incisions transversales et l'analgésie locorégionale est à privilégier. L'appréciation objective de l'impact de ces référentiels sur la pratique n'est pas aisée et le suivi d'indicateurs « macroscopiques » tels que le taux global de césarienne n'a pas montré d'évolution significative notamment après les recommandations de 2000. Ceci ne remet pas en cause l'utilité de ces recommandations mais illustre la complexité de l'encadrement des pratiques cliniques qui ne sont pas uniquement influencées par le contenu des recommandations.*

CHU Clermont-Ferrand - CHU Estaing - Pôle gynécologie-obstétrique- reproduction humaine - 1 place Lucie et Raymond Aubrac - 63003 Clermont-Ferrand cedex 1  
Université d'Auvergne - Faculté de médecine - R2D2-EA7281 - Place Henri Dunant - 63000 Clermont-Ferrand

Correspondance : dgallot@chu-clermontferrand.fr

*Mots clés : césarienne, recommandations pour la pratique clinique, évaluation des pratiques*

### **Déclaration publique d'intérêt**

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

Il existe en France deux référentiels sur la césarienne : l'un émanant du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) publié en 2000 intitulé « Césarienne : conséquences et indications », et l'autre publié par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2012 intitulé « Indications de la césarienne programmée à terme » [1, 2]. Les objectifs des recommandations du CNGOF étaient de « faire le point » sur les risques et les bénéfices de chacune des voies d'accouchement, sur la technique de la césarienne et sur les données disponibles concernant certaines indications ainsi que la réalisation d'une césarienne « de convenance » [1]. Les objectifs des recommandations de la HAS étaient de préciser quelles étaient les indications de la césarienne programmée et quelles étaient les informations à dispenser à la patiente dans ce contexte [2].

Les deux textes s'accordent pour considérer que l'accouchement par voie basse est associé à une mortalité et à une morbidité maternelle plus faibles que l'accouchement par césarienne avant travail (NP2). Par rapport à la voie haute et à l'âge gestationnel égal, il diminue le risque de détresse respiratoire néonatale (NP3). La césarienne en cours de travail est associée à un risque de mortalité et de morbidité maternelles nettement plus élevées que la césarienne avant travail. Dans ces conditions, l'accouchement par voie basse doit être préféré a priori à la réalisation d'une césarienne avant travail, mais son bien-fondé doit être reconsidéré dans toutes les situations où le risque de césarienne en cours de travail peut être affirmé comme très élevé a priori (NP4). Cependant, le taux de césariennes pendant le travail à partir duquel une césarienne avant travail devrait être préférée à la tentative d'accouchement par voie basse n'est pas connu (NP4) [1].

Il n'y a pas de preuve que la direction systématique du travail par rupture artificielle des membranes et/ou perfusion d'ocytocine diminue

le taux de césariennes pour dystocie (NP1). En revanche, cette direction active est indiquée dans les situations d'anomalie de la dilatation cervicale ou de progression de la présentation (NP4). Au cours du travail (y compris à dilatation complète), la réalisation systématique d'une césarienne après deux heures de stagnation de la dilatation doit être reconsidérée, du fait d'une diminution des césariennes en cas d'expectative prolongée (NP2), sans augmentation significative de la morbidité maternelle. L'analgésie péridurale permet de rendre cette expectative plus tolérable (NP2).

Concernant les lésions sphinctériennes, le CNGOF évoque pour l'accouchement voie basse une augmentation du risque de lésions urinaires et anales dont les déterminants, les moyens de prévention et les conséquences à long terme sont encore mal connus (NP2). La HAS considère qu'il n'est pas démontré que la césarienne programmée protège des lésions sphinctériennes à moyen et long terme (grade C).

En cas d'utérus cicatriciel, la préférence va à la tentative de voie basse comme le stipulent également les recommandations du CNGOF parues en 2012 [3]. La radiopelvimétrie n'est pas nécessaire. Seuls les utérus tricatriciels ou ceux porteurs d'une cicatrice corporeale font d'emblée choisir une césarienne itérative.

Les grossesses gémellaires ne sont pas en elles-mêmes une indication de césarienne programmée, que le premier jumeau soit en présentation céphalique ou en siège [2, 4].

La présentation du siège sur singleton n'est pas en elle-même une indication de césarienne et la voie basse est possible lorsque la confrontation entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales est favorable, la tête n'est pas défléchie et la patiente est prête à coopérer [2].

La macrosomie fœtale est associée à un excès de morbidité maternelle et fœtale (NP3), mais il n'existe pas de critères fiables de prédiction du poids fœtal ni de la dystocie des épaules (NP3). En dehors du diabète, la suspicion de macrosomie n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée lorsque le poids reste inférieur à 5 000 g, mais une discussion au cas par cas est préférable à partir de 4 500 g (grade C) [2]. En cas de diabète, la césarienne est recommandée pour une estimation de poids supérieur à 4 500 g et peut se discuter à partir de 4 250 g (grade C). En cas de suspicion de macrosomie et d'antécédent de dystocie des épaules compliquée d'une élongation du plexus brachial, la césarienne programmée est recommandée [2].

Une primo-infection herpétique après 35 semaines d'aménorrhée (SA) doit conduire à réaliser une césarienne programmée à 39 SA en

raison du risque d'herpès néonatal (grade C) [2]. En revanche, l'infection par le virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C n'est pas une indication de césarienne programmée. En cas d'infection par le VIH, une césarienne n'est recommandée que pour les charges virales supérieures à 400 copies/ml (grade C) [2].

Lorsqu'une demande de césarienne émane de la patiente sans indication médicale, il est recommandé de recueillir les raisons de cette demande, d'apporter une information le plus tôt possible au cours du suivi sur les différents modes d'accouchement, sur la prise en charge de la douleur et sur les bénéfices attendus en comparaison des risques associés à la césarienne y compris pour les futures grossesses (accord professionnel) [2]. Si les échanges entre le médecin et la patiente ne peuvent aboutir à la situation idéale de « décision partagée », il reste possible pour le médecin de faire état de la « clause de conscience » et d'orienter la patiente vers un de ses confrères.

Le groupe HAS considère que toute césarienne programmée doit faire l'objet d'une information de la patiente dont les éléments doivent être mentionnés dans le dossier médical (indication, balance bénéfices-risques, conditions de réalisation, majoration des risques thrombo-emboliques et des complications pour les grossesses futures) (accord d'experts). L'âge gestationnel recommandé pour la césarienne programmée est à partir de 39 semaines d'aménorrhée (grade C). L'anesthésie locorégionale doit être préférée à l'anesthésie générale à chaque fois que cela est possible (NP2). La patiente doit être installée en décubitus latéral gauche jusqu'à la naissance (NP5). La solidité pariétale est meilleure en cas d'incision transversale (NP2) [1]. L'ouverture des différents plans selon la technique de Joël-Cohen réduit la durée d'extraction fœtale (NP2). Lors d'une hystérotomie transversale, l'ouverture digitale et l'ouverture aux ciseaux présentent des risques d'extension latérale involontaire équivalents (NP2). Après clampage du cordon ombilical, l'injection unique d'une dose d'antibiotiques diminue le risque de complications infectieuses maternelles postopératoires (NP1). La délivrance spontanée (non manuelle) du placenta (après injection intraveineuse d'ocytociques) minimise les pertes sanguines per-opératoires et diminue le risque d'endométrite postopératoire (NP3). L'extériorisation utérine au moment de la fermeture de l'hystérotomie n'a pas d'avantage ou d'inconvénient démontré (NP3). La suture utérine par surjet en un plan n'augmente pas le risque d'endométrite (NP2) ou de déhiscence utérine ultérieure (NP3). L'absence de fermeture des feuillets péritonéaux (viscéral et pariétal) est associée à une réduction de la morbidité postopératoire

précoce (douleur et recours aux antibiotiques) (NP1). L'ensemble de ces avantages est rassemblé dans la technique de Misgav-Ladach. De plus, comparée à la technique classique de Pfannenstiel, celle-ci réduit significativement les pertes sanguines per-opératoires (NP2).

L'impact des recommandations sur la pratique clinique apparaît le plus souvent modeste et celles portant sur la césarienne n'échappent pas à cette règle. En effet, il n'a pas été observé de différence significative entre les périodes avant et après les recommandations du CNGOF de 2000 concernant le taux global de césarienne, celui des césariennes chez les nullipares avec singleton à terme en présentation céphalique ou celui des césariennes sur utérus cicatriciel [5]. En fait, il n'est pas rare qu'une modification des pratiques se soit déjà amorcée avant la publication des recommandations [5]. Le groupe de travail de la HAS a souligné que « le taux de césarienne programmée global ne permet pas de prendre en compte la complexité et la diversité des situations médicales, l'existence de populations différentes, la variabilité de l'offre de soins selon les territoires et autres éléments organisationnels » [2]. Ceci incite à s'interroger sur des critères d'évaluation plus pertinents. Il est vrai que les recommandations n'ont jamais affiché dans leurs objectifs le souhait de réduire ou de stabiliser le taux de césariennes même si on perçoit intuitivement que l'une de leurs raisons d'être est de mieux définir les conditions de la pratique clinique et d'éviter ainsi certaines dérives [5]. Il est établi que les recommandations facilitent la mise en place d'audits destinés à apprécier l'évolution d'indicateurs périnataux mais on sait que l'impact de ces audits sur la pratique clinique est également variable [6]. Il est également établi que la mise en place des recommandations est souvent plus influencée par le charisme de cliniciens qui en font la promotion directement au sein de leur équipe plutôt que par une simple diffusion d'information [7, 8].

Ainsi, les cliniciens disposent de référentiels à l'égard de la césarienne destinés à harmoniser la pratique clinique. L'appréciation objective de l'impact de ces référentiels sur la pratique n'est pas aisée et le suivi d'indicateurs « macroscopiques » tels que le taux global de césarienne n'a pas montré d'évolution significative notamment après les recommandations de 2000. Ceci ne remet pas en cause l'utilité de ces recommandations mais illustre la complexité de l'encadrement des pratiques cliniques qui ne sont pas uniquement influencées par le contenu des recommandations.

## Bibliographie

- [1] CNGOF. Recommandations pour la Pratique Clinique. Césarienne : conséquences et indications. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000;29:9-108.
- [2] Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme. 2012.
- [3] Sentilhes L, Vayssière C, Beucher G, Deneux-Tharoux C, Deruelle P, Diemunsch P *et al.* Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2013;170:25-32.
- [4] Vayssière C, Benoist G, Blondel B, Deruelle P, Favre R, Gallot D *et al.* Twin pregnancies: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011;156:12-7.
- [5] Vendittelli F, Rivière O, Crenn-Hébert C, Giraud-Roufast A. Do perinatal guidelines have an impact on obstetric practices? *Rev Épidemiol Santé Publique* 2012;60:355-62.
- [6] Mancey-Jones M, Brugha R. Using perinatal audit to promote change: a review. *Health Policy Plan* 1997;12:183-92.
- [7] Wise C, Billi J. Practice guidelines. A model for practice guideline adaptation and implementation: empowerment of the physician. *J Qual Improv* 1995;21:465-76.
- [8] Gates P. Practice guidelines. Think globally, act locally: an approach to implementation of clinical practice guidelines. *J Qual Improv* 1995;21:71-85.