

Recommandations pour la pratique clinique

Césarienne : conséquences et indications (2000) Note sur les Niveaux de preuve scientifique (NP)

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français

Promoteur :

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) 91
boulevard de Sébastopol - 75002 Paris

Comité d'organisation :

B. Carbonne, R. Frydman, F. Goffinet, F. Pierre, D. Subtil

Groupe de travail :

R. Frydman (Président), B. Carbonne, C. d'Ercole, F. Goffinet
(coordonnateur), F. Golfier, M. Palot, F. Pierre, J.C. Pons, D. Subtil, S. Taylor, P.
Truffert.

Lecteurs :

A. Benbassa, G.F. Blum, Ph. Boisselier, H. Cohen, C. Lejeune, G. Magnin, R.
Mathis, P. Poulain, F. Rozenberg.

Introduction

Dans notre pays, l'accouchement par césarienne est de plus en plus fréquemment réalisé (17,5 % des accouchements en 1998). Comme dans d'autres pays, les raisons de cette augmentation sont multiples. Il convenait dans ces recommandations pour la pratique clinique de "faire le point" - au vu des données la littérature scientifique actuelle - sur les risques et les bénéfices de chacune des voies d'accouchement, sur la technique de la césarienne elle-même, et sur les données disponibles concernant certaines indications. Une proposition y est faite quant à l'attitude à avoir vis-à-vis des patientes demandant la réalisation d'une césarienne systématique "de convenance".

1. Risques et bénéfices actuels de chacune des voies d'accouchement

L'accouchement par voie basse est associé à une mortalité et à une morbidité maternelle plus faibles que l'accouchement par césarienne avant travail (NP 2). Par rapport à la voie haute et à âge gestationnel égal, il diminue le risque de détresse respiratoire néonatale (NP3). Il expose en revanche à 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 (NP 2).

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 (NP 4). 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 (NP 4).

2. Indications

- **Macrosomie**

La macrosomie foetale est associée à un excès de morbidité maternelle et foetale (NP3), mais il n'existe pas de critères fiables de prédiction du poids foetal ni de la dystocie des épaules (NP 3).

- en l'absence de diabète maternel, la suspicion de macrosomie n'est pas une indication à réaliser un déclenchement du travail (NP2) ou une césarienne systématique (NP3).

- en cas de diabète avec poids foetal estimé supérieur à 4250 ou 4500 grammes (selon les études et en rappelant l'imprécision des estimations de poids foetal), une césarienne avant travail est recommandée (NP3).

- **Dystocie**

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 césarienne 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 (NP 4).

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 (NP 2).

- **Utérus cicatriciel**

La radiopelvimétrie n'est pas nécessaire pour apprécier les possibilités d'accouchement par voie basse (NP1). Aucun examen ne permet à ce jour d'apprécier la solidité de la cicatrice utérine (NP2, NP5). La notion d'infection dans le suites d'une césarienne n'est pas une contre-indication à un accouchement par voie basse (NP3).

Il n'y a pas de contre-indication à réaliser un déclenchement par ocytociques ou à utiliser les ocytociques du fait d'un utérus cicatriciel, bien qu'il existe une augmentation modérée du risque de rupture utérine (NP 3). Par ailleurs, il n'y a pas de contre-indication à réaliser une analgésie péridurale en cas d'utérus cicatriciel (NP4). Lors de l'accouchement, il n'est pas utile de réaliser une révision utérine systématique du seul fait de l'existence d'une cicatrice utérine antérieure (NP 3).

- **Siège**

Il n'y a pas de données actuelles suffisantes pour réaliser systématiquement une césarienne en cas de présentation du siège (NP 5). L'arrivée régulière de nouvelles données sur cette question actuellement très débattue peut être de nature à revoir cette affirmation.

Bien qu'il n'existe pas d'études ayant un niveau de preuve suffisant, des critères optimaux d'acceptabilité de la voie basse ont été définis par des comités d'experts : radiopelvimétrie normale, absence de déflexion de la tête foetale, estimation pondérale entre 2500 et 3800 grammes, siège décompleté mode des fesses, acceptation de la patiente (NP 5).

La version par manoeuvres externe doit être encouragée car elle permet d'augmenter le pourcentage de foetus en présentation céphalique au moment de l'accouchement, et de diminuer le pourcentage de césariennes (NP 1)

- **Grossesse gémellaire bi-amniotique**

En cas de présentation céphalique de J1, et quelle que soit la présentation de J2, il n'existe pas d'indication à réaliser une césarienne systématique (NP3).

En cas de présentation du siège de J1, les données ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre (NP4).

La qualité des études ainsi que leurs résultats contradictoires ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre en cas de prématurité (en général < 32 SA) ou de foetus de faible poids (en général < 1500 g) (NP4).

3. Technique – Soins post-opératoires

- **Le geste**

- Sauf indication médicale contraire, il est recommandé de ne réaliser une césarienne avant travail qu'à partir de 39 SA (NP 3).
- L'anesthésie loco-régionale doit être préférée à l'anesthésie générale à chaque fois que cela est possible (NP 2). La patiente doit être installée en décubitus latéral gauche jusqu'à la naissance (NP 5). Lors d'une césarienne avant travail, la présence systématique d'un pédiatre en salle de travail n'est pas indispensable (NP4).
- En ce qui concerne la technique chirurgicale, la solidité pariétale est meilleure en cas d'incision transversale (NP2). L'ouverture des différents

plans selon la technique de Joël-Cohen réduit la durée d'extraction foetale (NP2). Lors d'une l'hystérotomie transversale, l'ouverture digitale et l'ouverture aux ciseaux présentent des risques d'extension latérale involontaire équivalents (NP 2). Après clampage du cordon ombilical, l'injection unique d'une dose d'antibiotiques diminue le risque de complications infectieuses maternelles post-opératoires (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 post-opératoire (NP 3). L'extériorisation utérine au moment de la fermeture de l'hystérotomie n'a pas d'avantage ou d'inconvénient démontré (NP 3). La suture utérine par surjet en un plan n'augmente pas le risque d'endométrite (NP2) ou de déhiscence utérine ultérieure (NP 3). L'absence de fermeture des feuilletts péritonéaux (viscéral et pariétal) est associée à une réduction de la morbidité post-opératoire 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).
- **Les suites du geste**
 - Après analgésie loco-régionale, l'administration de morphine par voie intra-rachidienne est plus efficace que son administration par voie intramusculaire (NP 1). Après anesthésie générale, l'administration de morphine par voie intra-veineuse auto-contrôlée est plus efficace que l'administration de morphine par voie intra-musculaire (NP 1).
 - L'alimentation légère et précoce des patientes dès la 6e heure est possible (NP 1). Lorsque la femme souhaite allaiter, la césarienne n'est en rien une contre-indication, mais la patiente doit faire l'objet d'un soutien particulier (NP3).
 - La prévention de la thrombose veineuse doit être large (NP 5). Actuellement, il n'existe pas de protocole ayant reçu un consensus suffisamment fort pour être diffusé.

4. Césariennes "pour convenance personnelle"

L'évolution actuelle de la relation médecin-patient s'engage vers un processus d'échanges où la patiente devient un acteur essentiel du choix, une fois qu'elle aurait été dûment et entièrement informée par l'obstétricien.

Cette constatation ne doit pas conduire à respecter sans discussion certains choix irrationnels (sans preuve de bénéfice). La demande de césarienne n'est en effet souvent que l'expression implicite d'une peur de l'accouchement. L'acceptation d'une césarienne de convenance personnelle devrait avoir été précédée, outre le devoir d'information, d'un effort de compréhension de la demande, puis d'orientation du choix, voire de persuasion.

Si les échanges entre le médecin et le patient, débutés le plus tôt possible au cours de la grossesse, 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.