

Quelles sont les indications de la césarienne programmée ?

Utérus cicatriciel



Transmissions mère-enfant d'infections maternelles



Grossesse gémellaire



Indications de fréquence plus rare



Présentation par le siège



Césarienne sur demande



Macrosomie



Quelles sont les informations à transmettre à la femme enceinte lorsqu'une césarienne programmée est envisagée ?

Contexte de l'intervention



Recommandations concernant l'information de la patiente



Perspectives



 Définitions

 Recommandations concernant les antécédents de césarienne

Définitions 

Un utérus est dit cicatriciel lorsqu'il comporte, en un endroit quelconque de l'isthme ou du corps, une ou plusieurs cicatrices myométriales. Cette définition exclut les cicatrices cervicales, les cicatrices purement muqueuses et les cicatrices purement séreuses.

L'augmentation ces dernières années du taux de césarienne dans les pays industrialisés s'accompagne d'une augmentation du nombre de femmes enceintes porteuses d'un utérus cicatriciel. Dans ces pays, la césarienne est la principale étiologie de la cicatrice utérine. Compte tenu de la littérature disponible, les recommandations concernent uniquement l'antécédent de césarienne.

Recommandations concernant les antécédents de césarienne 

L'utérus cicatriciel n'est pas en lui même une indication de césarienne programmée (grade C).

Les comptes rendus des interventions antérieures sur l'utérus et de l'éventuel travail (partogramme) ayant abouti à une césarienne sont utiles pour choisir le mode d'accouchement (accord d'experts). Cependant, l'absence de ces éléments n'est pas en elle même une indication à une césarienne programmée (accord d'experts).

L'utérus cicatriciel n'impose pas la réalisation d'une radiopelvimétrie (accord d'experts). Une échographie de la cicatrice utérine n'est pas nécessaire (accord d'experts).

En cas d'antécédent d'une césarienne, au vu des risques maternels et périnataux, il est raisonnable de proposer une tentative de voie basse, sauf en cas de cicatrice corporéale (grade C).

En cas d'antécédent de 3 césariennes ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne programmée (grade C).

Dans les autres situations dont utérus bicicatriciel, le choix entre une tentative de voie basse ou une césarienne programmée se fait au cas par cas (grade C).

Définitions

Recommandations concernant la grossesse gémellaires

Définitions

Par rapport à une grossesse monofoetale, la grossesse gémellaire est associée à des risques plus importants de prématurité avant 37 SA (risque multiplié par 7) et de faible poids (risque de poids de naissance inférieur à 2 500g multiplié par 9 environ). Le taux de césarienne avant le travail est trois fois plus important pour la grossesse gémellaire que pour la grossesse monofoetale.

Les pratiques obstétricales françaises se caractérisent par une prise en charge active de la naissance du 2^e jumeau (accouchement dirigé de J2) afin de réduire l'intervalle de temps entre les deux naissances.

Recommandations concernant la grossesse gémellaires

Une grossesse gémellaire avec le premier jumeau (J1) en céphalique n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée (grade C).

Dans le cas d'une grossesse gémellaire avec le premier jumeau (J1) en siège, les données actuelles ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre (grade C).


Définitions

Recommandations


Critères d'acceptabilité de la tentative de voie basse


Césarienne programmée

Définitions 

La présentation par le siège est définie par la présence en regard du détroit supérieur du pôle fœtal représenté par le sacrum dans le mode décompleté et par les pieds dans le mode complet. Le taux de présentation en siège lors d'un accouchement à terme d'un enfant unique se situe aux alentours de 3 à 5 % des accouchements.

Critères d'acceptabilité de la tentative de voie basse 

La présentation par le siège n'est pas en elle même une indication à la césarienne programmée (grade B)

Les critères d'acceptabilité de la voie basse (grade C), sont :

- confrontation favorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales ;
- absence de déflexion de la tête fœtale ;
- coopération de la patiente.

L'évaluation des critères d'acceptabilité de la voie basse définis ci dessus, doit être réalisée, avant toute décision de césarienne programmée (grade C).

En cas d'indication de césarienne programmée pour le siège, il est recommandé de proposer à la patiente une version par manœuvres externes (VME) en accord avec les recommandations nationales et internationales traitant de la prise en charge d'une présentation par le siège et dans le respect des modalités de pratique édictées dans celles ci (grade C).

En conséquence, en cas de présentation par le siège il est recommandé de réaliser une césarienne programmée, dans les situations suivantes (grade C) :

- confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations fœtales ;
- déflexion persistante de la tête fœtale ;
- non coopération de la patiente.

Il est nécessaire de contrôler par échographie la persistance de la présentation juste avant l'accès au bloc opératoire pour pratiquer la césarienne (accord d'experts).

Pour toutes les autres situations, le choix entre la césarienne et la voie basse est à discuter au cas par cas (grade C).



Définitions

Recommandations



Macrosomie hors diabète



Macrosomie liée au diabète



Antécédents de césarienne



Antécédents de dystocie

Définitions

L'évaluation du poids fœtal reste difficile à déterminer de façon précise malgré l'évolution des examens prénatals : échographie, méthode clinique (manœuvre de Léopold), méthode maternelle (basée sur l'expérience maternelle en cas de grossesse multipare).

La macrosomie fœtale est généralement définie par un poids de naissance supérieur à 4 000 g ou par un poids de naissance supérieur au 90^e percentile d'une courbe de référence de la population donnée. La fréquence rapportée est variable selon les seuils choisis et les populations étudiées et se situe entre 5 à 10 % des naissances.

Dans le cas de ces recommandations une macrosomie correspond à une estimation du poids fœtal à partir de 4 000 g, en tenant compte des difficultés d'évaluation du poids fœtal.

La macrosomie fœtale constitue l'une des complications du diabète maternel (essentiellement diabète gestationnel)

Macrosomie hors diabète

En l'absence de diabète, la macrosomie n'est pas en elle même une indication systématique de césarienne programmée (grade C).

La césarienne programmée est recommandée en cas de poids fœtal estimé supérieur ou égal à 5 000 g (grade C).

En raison de l'incertitude de l'estimation du poids fœtal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 500 g et 5 000 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas (grade C).

Macrosomie liée au diabète

En présence d'un diabète, la césarienne programmée est recommandée en cas d'estimation du poids fœtal supérieur ou égal à 4 500 g (grade C).

En raison de l'incertitude de l'estimation du poids fœtal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 250 g à 4 500 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas en tenant compte des autres critères liés à la pathologie et au contexte obstétrical (grade C).

Antécédents de césarienne

La suspicion de macrosomie n'est pas en elle même une indication systématique de césarienne programmée en cas d'utérus cicatriciel (grade C).

Antécédents de dystocie

Les antécédents de dystocie des épaules sont à rechercher et à renseigner en détail (grade C).

En cas de suspicion de macrosomie et d'antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial, la césarienne programmée est recommandée (grade C).





Définitions

Recommandations



Virus de l'immunodéficience humaine (VIH1, VIH2)



Virus de l'hépatite C (VHC)



Virus de l'hépatite B (VHB)



Virus de l'herpès (HSV-1, HSV-2)

Définitions

Dans ce contexte, la césarienne programmée vise à réduire le risque de transmission verticale des infections virales de la mère à l'enfant (transmission mère-enfant, TME). Les autres interventions utilisées dans ce contexte, tels que les traitements médicamenteux, ne font pas partie du thème de ces recommandations.

La TME du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) a lieu le plus souvent au moment de l'accouchement. Elle fait alors suite aux contractions utérines et à la rupture des membranes, par exposition directe du fœtus au sang maternel et aux sécrétions cervicovaginales. Une charge virale plasmatique maternelle élevée est le facteur de risque le plus important de la TME du VIH. Un contrôle précoce de la charge virale maternelle au moment de l'accouchement permet d'éviter la transmission du VIH. La TME se produit plus rarement pour des charges virales indétectables (< 50 copies/ml).

Le virus de l'Herpès, Herpes simplex virus de type 1 (HSV-1) ou de type 2 (HSV-2), peut se transmettre de la mère à l'enfant dans la majorité des cas au cours de l'accouchement à partir des lésions génitales. L'herpès néonatal cause une morbi-mortalité importante, notamment liée à des anomalies du neuro-développement.



Virus de l'immunodéficience humaine (VIH1, VIH2)

Il est recommandé de réaliser une césarienne programmée en cas de charge virale supérieure à 400 copies VIH/ml (grade C).

Dans le cas d'une charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH /ml une discussion entre le gynécologue obstétricien et l'infectiologue est nécessaire (accord d'experts) :

- Si la cinétique de la charge virale est décroissante, une voie basse est proposée.
- Si la cinétique de la charge virale est croissante, une césarienne programmée est proposée.

Virus de l'hépatite C (VHC)

Il n'est pas recommandé de réaliser une césarienne programmée dans le cas d'une mono infection par le VHC (grade C).

Dans le cas d'une coinfection VIH/VHC, la césarienne programmée est recommandée en raison de l'augmentation du taux de transmission maternofoetale du VHC (accord d'experts).

Virus de l'hépatite B (VHB)

Il n'est pas recommandé de réaliser une césarienne programmée dans le cas d'une mono infection HVB, ou d'une coinfection VHB/VIH (accord d'experts).

Virus de l'herpès (HSV-1, HSV-2)

Si une primo infection herpétique se déclare après 35 SA, une césarienne programmée est recommandée à 39 SA en raison du risque d'herpes néonatal (grade C).

Des récurrences herpétiques pendant la grossesse ne sont pas une indication de césarienne programmée (grade C).





Définitions



Recommandations

Définitions

Les objectifs de la RBP ont été de cibler les indications majeures de la césarienne programmée.

Il existe par ailleurs des situations variées et plus rares où la réalisation d'une césarienne programmée est à discuter au cas par cas. Il s'agit en particulier des situations suivantes :

- défaut de placentation (placenta accreta, placenta prævia, etc.) ;
- malformations fœtales et fœtopathies (anasarque, hernie diaphragmatique, thrombopénie fœtale, omphalocèle, laparoschisis, etc.) ;
- antécédents et pathologies maternelles intercurrentes (ex : accident vasculaire cérébral, etc...) ;
- problèmes périnéaux (antécédents de périnée complet compliqué, cure de prolapsus et/ou incontinence urinaire, etc...).

Recommandations

Il existe des situations à risque pour lesquelles la césarienne programmée est nécessaire (par exemple : placenta prævia recouvrant) (accord d'experts).

Il existe des situations de fréquence plus rare pour lesquelles la césarienne programmée peut être discutée au cas par cas, en concertation en équipe avec les spécialistes concernés par une pathologie fœtale et/ou maternelle (accord d'experts).



Contexte

Recommandations



Information de la patiente



Attitude du professionnel

Contexte

Selon la définition la plus souvent retenue dans la littérature, la césarienne sur demande concerne la césarienne sur demande maternelle en absence d'indications médicales et/ou obstétricales.

La césarienne sur demande maternelle sans indication médicale et/ou obstétricale n'est pas une situation clinique parfaitement identifiable à partir d'activité de codage ou dans les études observationnelles. Son incidence est difficilement estimable.

La césarienne sur demande maternelle pourrait être la résultante de facteurs multiples comprenant des facteurs internes (expérience personnelle, perception de la naissance, etc.), facteurs externes (informations obtenus auprès de la famille, des amis, des médias, des professionnels de santé) mais aussi plus spécifiques (impression d'une sécurité pour l'enfant et pour la mère, notion de contrôle et de préservation).

Selon la littérature, les principales causes associées à une demande maternelle de césarienne seraient la peur de la naissance, en particulier chez les primipares ; ainsi que les mauvaises expériences lors d'une précédente grossesse.

Les débats et les controverses actuels autour de la césarienne sur demande sont aussi liés à de nouvelles problématiques: la demande accrue des femmes de participation active au choix du mode d'accouchement (autonomie de décision de la patiente) et l'éventuelle augmentation du risque de procédure juridique envers le médecin quant au choix du mode d'accouchement en cas de complications.



La demande maternelle n'est pas en soi une indication à la césarienne. Il est recommandé de rechercher les raisons spécifiques à cette demande, de les discuter et de les rapporter dans le dossier médical (accord d'experts).

Lorsqu'une femme demande une césarienne par peur de l'accouchement par voie basse, il est recommandé de lui proposer un accompagnement personnalisé. Une information sur la prise en charge de la douleur peut constituer une réponse efficace à cette peur (accord d'experts).

L'information et la discussion doivent intervenir le plus tôt possible, en particulier lors de l'entretien prénatal précoce, en accord avec les recommandations HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité (accord d'experts).

Les bénéfices attendus par la patiente doivent être mis en regard des risques associés à la césarienne et expliqués à la patiente (en particulier, le risque accru de placenta prævia et accreta associé à la césarienne pour les grossesses futures) (accord d'experts).

Après recueil des raisons de la demande initiale, suivi d'une information sur les différents modes d'accouchement, l'acceptation d'une césarienne sur demande nécessite une analyse concertée avec la patiente de ses motivations (accord d'experts).

Un médecin peut décliner la réalisation d'une césarienne sur demande. Il doit alors orienter la patiente vers un de ses confrères (accord d'experts).

La décision du mode d'accouchement (césarienne ou accouchement par les voies naturelles, encore appelé accouchement par voie basse) est réévaluée tout au long de la grossesse en fonction de différents éléments médicaux et obstétricaux.

La décision de pratiquer une césarienne peut être prise avant l'accouchement si, à l'examen, des difficultés dans le déroulement de l'accouchement sont prévisibles et susceptibles d'entraîner des conséquences pour l'enfant ou sa mère.

En fonction du déroulement de la grossesse, le mode d'accouchement effectif, c'est à dire celui réellement intervenu, sera conforme ou non à celui initialement programmé.



Modes d'accouchement



Conséquences de la césarienne

Modes d'accouchement

Pour toute césarienne programmée, une information de la femme enceinte est nécessaire (indication, rapport bénéfices/risques, conditions de réalisation). Les éléments d'information communiqués doivent être mentionnés dans son dossier médical (accord d'experts).

Il est recommandé d'informer les femmes enceintes de l'existence d'évènements pouvant intervenir avant ou pendant le travail et modifier le mode d'accouchement initialement programmé (accord d'experts).

Conséquences de la césarienne

En raison de la morbidité néonatale (notamment détresse respiratoire), il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofoétales (grade C).

Il est recommandé d'informer la patiente de la balance bénéfices/risques de la césarienne programmée par rapport à la tentative de voie basse dans sa situation particulière.

En particulier:

- la césarienne programmée augmente les risques de complications pour les grossesses futures (grade C) ;
- la césarienne programmée augmente les accidents thromboemboliques veineux (accord d'experts).

Selon l'enquête nationale périnatale de 2010, le taux de césarienne s'est stabilisé depuis le début des années 2000. **En France, une femme sur cinq donne naissance par césarienne. Dans moins de la moitié des cas, la césarienne est programmée.**

Une hétérogénéité des pratiques a été cependant relevée par différentes enquêtes, en particulier entre les différents d'établissements et les différents départements.

Plusieurs types de facteurs, liés entre eux, peuvent influencer sur le nombre d'actes de césariennes : les caractéristiques des femmes, celles des maternités, et les pratiques médicales. Sans qu'aucun d'entre eux ne puisse être la seule variable explicative des taux de césarienne programmée et des variations rapportées dans les différentes enquêtes.

Le taux global de césarienne programmée ne semble pas le critère le plus pertinent à la mise en place d'un programme d'amélioration des pratiques. En effet, il ne permet pas de prendre en compte la complexité et la diversité des situations médicales, l'existence de populations maternelles différentes, la variabilité de l'offre de soins selon les territoires, et autres éléments organisationnels. En outre, il ne rend pas compte de l'existence possible de césariennes programmée pour des raisons autres que des indications médicales, que cela soit les césariennes sur demande maternelle mais aussi les césariennes programmées pour des raisons organisationnelles, de pratiques professionnelles, d'offre de soins hétérogène sur le territoire, etc.

Il serait intéressant de disposer de données de pratiques et/ou de réaliser une enquête prospective pour se doter d'outils d'analyse sur le chemin clinique des patientes enceintes selon chacune des situations cliniques et de s'interroger sur les critères d'évaluation les plus pertinents.

La recommandation de bonne pratique
est consultable sur www.has-sante.fr



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

