

La césarienne sur demande: pas sans risque!



christian.rheault@mfa.ulaval.ca

UMF du CHUL

Article de référence

Shiliang Liu, Robert M. Liston, K.S. Joseph, Maureen Heaman, Reg Sauve, Michael S. Kramer for the Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. CMAJ, février 2007; 176:455-60.

Références

1. Visco AG, Viswanathan M, Lorh KN, et coll. Cesarean delivery on maternal request: maternal and neonatal outcome. *Obstet Gynecol*, 2006; 108(6):1517-29.
2. Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. *Obstet Gynecol*, 2003; 102:477-82.
3. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, et coll. Term Breech Trial Collaborative Group. Planned cesarean section versus planned vaginal delivery for breech presentation at term: a randomised multicenter trial. *Lancet*, 2000; 356:375-83.

RÉSUMÉ

Objectif

Déterminer si la césarienne planifiée à faible risque présente un danger.

Conception

Étude de cohorte rétrospective.

Contexte

Statistiques de la base de données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour le Canada, excluant le Québec et le Manitoba (données incomplètes). L'institut collecte des données sur les admissions au Canada depuis le début des années 1980.

Participant

Parmi les accouchements de 3 600 398 femmes s'étant déroulés entre le 1er avril 1991 et le 31 mars 2005, 2 339 186 (65 %) ont été sélectionnés. Les accouchements des femmes ayant un facteur de risque personnel ou lié à la grossesse, ainsi que ceux impliquant toute malformation fœtale ont été exclus. Le groupe « exposé » a été constitué des 46 766 femmes ayant subi une césarienne primaire planifiée pour une présentation fœtale par le siège. Ce groupe est un substitut pour les femmes ayant une césarienne planifiée à faible risque (incluant donc les femmes obtenant une césarienne sur demande). Le groupe témoin a été constitué des 2 292 420 femmes chez qui un accouchement vaginal était prévu.

Principales mesures de résultats

En premier lieu, la mortalité maternelle intrahospitalière. Ensuite, la morbidité grave intra et post-partum, constituée de l'hémorragie nécessitant une hystérectomie, l'hémorragie nécessitant une transfusion, toute hystérectomie, la rupture utérine, les complications anesthésiques, le choc obstétrical, l'arrêt cardiaque, l'insuffisance rénale aiguë, la nécessité de ventilation assistée ou d'intubation, l'infection grave, la thromboembolie veineuse et la déhiscence ou l'hématome de la plaie. Enfin, la durée du séjour hospitalier.

Résultats

La morbidité grave pour la période d'étude a été de 27,3/1000 naissances pour le groupe ayant une césarienne planifiée contre 9,0/1000 pour le groupe ayant un accouchement vaginal planifié. Le groupe « exposé » a présenté un risque plus élevé d'arrêt cardiaque post-partum (RR ajusté 5,1 IC 95 % 4,1-6,3), d'hématome de la plaie (RR 5,1 IC 95 % 4,6-5,5), d'hystérectomie (RR 3,2 IC 95 % 2,2-4,8), d'infection puerpérale majeure (RR 3,0 IC 95 % 2,7-3,4), de complications anesthésiques (RR 2,3 IC 95 % 2,0-2,6) de thromboembolie veineuse (RR 2,2 IC 95 % 1,5-3,2) et d'hémorragie nécessitant une hystérectomie (RR 2,1 IC 95 % 1,2-3,8). En valeurs absolues, les différences observées étaient faibles. Par exemple, pour l'arrêt cardiaque post-partum, l'augmentation était de 1,6/1000 naissance (IC 95 % 1,2-2,1).

Le séjour hospitalier a été prolongé (de 1,47 jour IC 95 % 1,46-1,49). Le risque d'hémorragie nécessitant une transfusion a été moindre dans le groupe « exposé » (RR 0,4 IC 95 % 0,2-0,8). La différence du risque de mortalité entre les deux groupes n'a pas été significative (p = 0,87).

Conclusion

Même si la différence absolue est faible, **le risque de morbidité maternelle grave d'une césarienne planifiée est supérieur à celui d'un accouchement vaginal planifié.** Ce risque doit être discuté lorsqu'une césarienne sur demande est envisagée.

COMMENTAIRE

Pertinence de l'étude

Dans un contexte où, après une légère diminution à la fin des années 1980 et au début des années 1990, le taux de césariennes ne cesse de grimper (au Canada, 5,2 % en 1969 et 25,6 % en 2003), on assiste à l'émergence de discussions sur la possibilité d'obtenir une césarienne sur demande dans les journaux médicaux et grand public. **Comment conseiller nos patientes à ce sujet ?**

Importance des résultats

Comme indiqué précédemment, les différences observées en valeurs absolues sont peu importantes. Cependant, la césarienne sur demande est un geste choisi, et cette différence mérite d'être mentionnée aux patientes.

Il y a un risque accru d'arrêt cardiaque, d'infection majeure, d'hystérectomie, de complications anesthésiques, de thromboembolie et d'hémorragie nécessitant une hystérectomie. Le séjour hospitalier allongé est également une préoccupation bien actuelle en relation avec le coût supplémentaire engendré. Une complication majeure additionnelle survient selon cette étude environ toute les 54 césariennes (IC 95 % 45-67).

Le seul bénéfice semble être le risque diminué d'hémorragie nécessitant une transfusion, qui paraît paradoxal vu le risque accru d'hémorragie requérant une hystérectomie. Ce n'est donc pas vraiment un avantage de la césarienne.

Critique de la méthodologie

Certains points forts sont à souligner. Tout d'abord la taille élevée de l'échantillon, qui représente la totalité des femmes admissibles ayant accouché pendant la période d'observation. Ce nombre élevé permet d'analyser des événements rares avec une puissance suffisante. Le choix du groupe substitut est également celui qui se rapproche le plus du groupe de femmes obtenant une césarienne sur demande, soit des femmes en bonne santé dont la césarienne est programmée pour avoir lieu en l'absence de complications obstétricales urgentes. Les femmes ayant demandé une césarienne ne sont pas identifiables dans la base de données et sont probablement trop peu nombreuses à l'intérieur de la période observée pour constituer un groupe étudiable.

Évidemment, la portée de cette étude est limitée par son devis, soit une étude d'observation. Les deux groupes présentent des différences importantes en ce qui concerne entre autres l'âge maternel ainsi que le pourcentage de femmes ayant eu leur première grossesse après l'âge de 35 ans. Tous les résultats requièrent donc un ajustement pour ces différences.

La durée de la période d'observation est très longue (14 ans). Au cours de cette période, le taux de césariennes n'a cessé de croître. Il est possible, par exemple, que cette chirurgie soit de plus en plus sécuritaire et que les différences observées aient été présentes surtout en début de période.

Pour plusieurs patientes ayant subi une césarienne planifiée, il est impossible de détecter celles ayant été en travail avant leur césarienne, ce qui fait augmenter la possibilité que certaines complications soient liées au travail et non à la chirurgie.

Mise en perspective selon l'état des connaissances

Des bénéfices potentiels ont été attribués à la césarienne planifiée, comme une réduction du risque d'incontinence urinaire et fécale, une réduction de la mortalité fœtale intra-utérine inexplicée, sans compter la réduction de l'anxiété et de la douleur de l'accouchement, ainsi que le côté pratique d'un « accouchement » programmé à l'avance¹.

Un premier article canadien de devis semblable mais limité à 18 435 femmes enceintes dont seulement 761 césariennes a été publié en 2003². Cette étude n'a montré qu'une légère augmentation des complications fébriles post-partum.

Le Term Breech Trial Collaborative Group³ a montré une réduction des complications néonatales en faveur de la césarienne planifiée pour les fœtus se présentant par le siège. Certains ont prétendu que les mêmes résultats auraient peut-être été obtenus en comparant la césarienne et l'accouchement vaginal pour les grossesses dont le fœtus se présente par le vertex.

L'article actuel ne met pas un terme à la discussion sur ce sujet puisqu'il ne s'attarde qu'aux risques maternels – il est en effet impossible de lier les nouveau-nés à leur mère dans la base de données consultée. Une étude randomisée observant les effets maternels et néonataux ne serait probablement pas acceptable actuellement du point de vue éthique. Nous devons donc fonder nos recommandations et discussions sur les études d'observation disponibles.



Décision



Risques



Points forts



Points faibles

Tous les textes de Critique et pratique sur Internet

<http://machaon.fmed.ulaval.ca/medecine/ctep>



CONTRIBUTION À LA PRISE DE DÉCISION CLINIQUE

Les risques de la césarienne planifiée doivent être discutés avec nos patientes, car il importe de percevoir la vraie motivation derrière cette demande et les appréhensions liées à l'accouchement vaginal.

Échelle de confort décisionnel

Très inconfortable Inconfortable Ni confortable confortable Très confortable