



INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE PROGRAMMÉE À TERME AU LUXEMBOURG – VERSION LONGUE

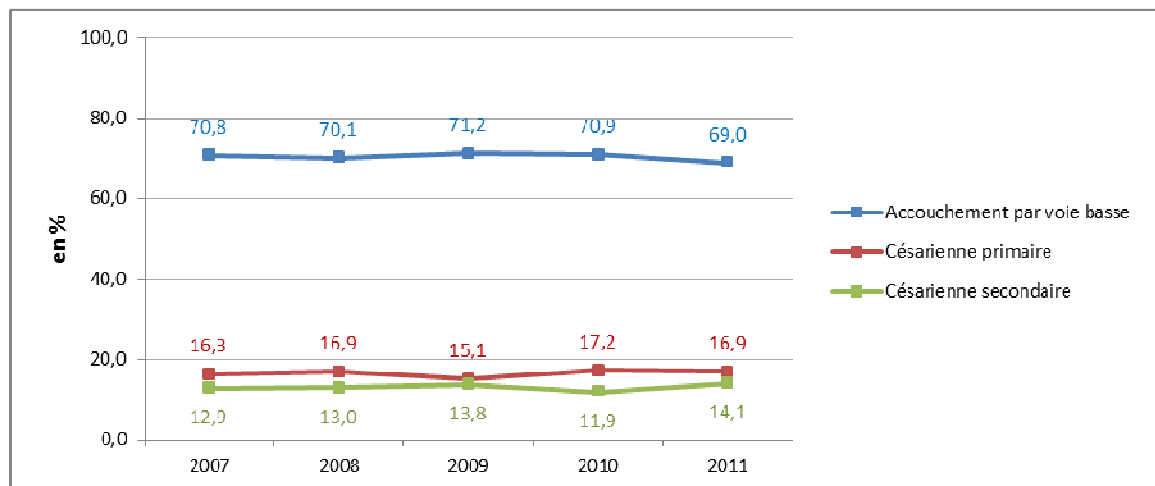
1. ARGUMENTAIRE

L'incidence des césariennes varie considérablement d'un pays à l'autre dans les pays développés comme dans les pays en voie de développement passant par exemple de moins de 1 % au Tchad, à plus de 35% au Brésil (1). En Europe en 2004, c'est aux Pays-Bas que l'incidence des césariennes est la plus faible (15,1%) et en Italie qu'elle est la plus élevée (37,8%), au Luxembourg le taux était alors de 25,3% (2). En 2010, les USA rapportent un taux à 32,8% (3).

L'OMS déclare que « les taux de césariennes augmentent partout dans le monde. L'association positive entre la césarienne et la morbidité sévère et la mortalité maternelle, même après ajustement des facteurs de risque, ayant été prouvée, ces taux deviennent une véritable source de préoccupation (4). Ainsi aux USA, l'incidence des taux de césariennes entre 1996 et 2006 a évolué de 20,7% à 31,1%. En Angleterre, le taux de césariennes était de 9% en 1980, il s'élevait à 24,8% en 2010. (5-6). En France, il s'est stabilisé depuis 2003 aux alentours de 20-21% (7).

L'évaluation des données de périnatalité enregistrées au Luxembourg entre 2001 et 2011 rapportée dans le rapport « Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg. Evolution de 2001 à 2011 » met en évidence que le taux de césariennes est passé de 29,2% en 2007 à 31% en 2011 (8). Ces taux sont plus élevés que ceux recommandés par l'OMS dans son rapport de 2005 (entre 5 et 15%) et plus élevés que de ceux de la moyenne de l'OCDE à 25,8% (9-2).

1.1. Evolution du taux de césariennes de 2007 à 2011 au Luxembourg (N = 8 952) (8) :

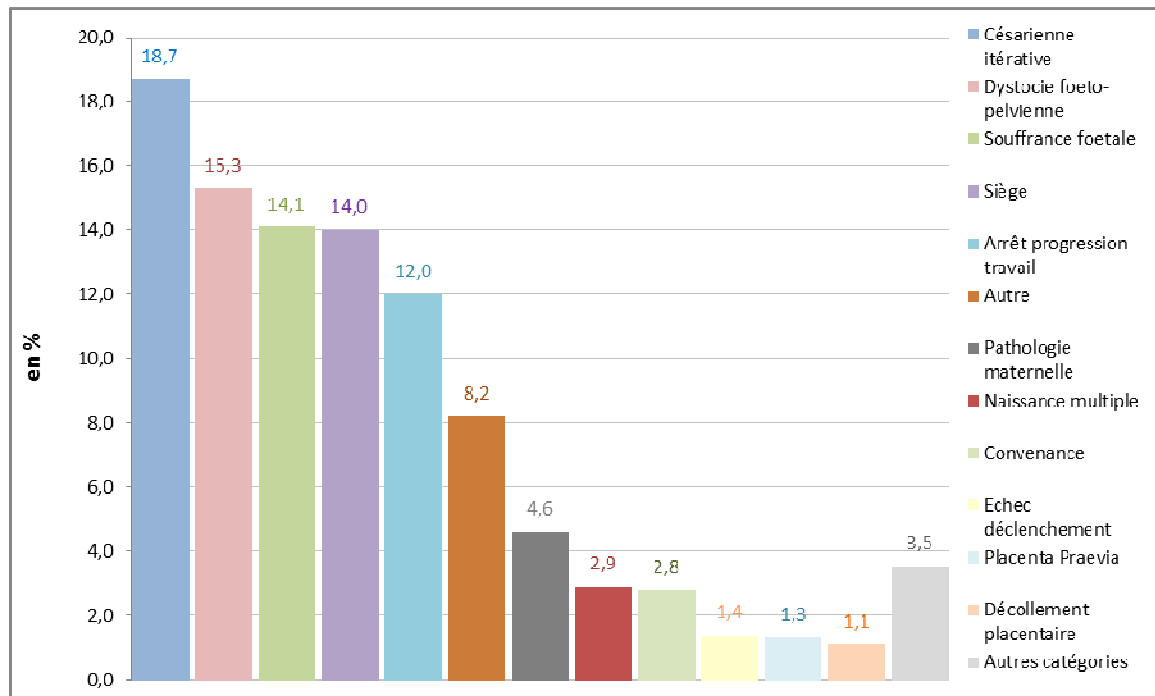


L'analyse plus détaillée de la pratique des césariennes au Luxembourg a permis de conclure que:

- 30,4% des césariennes sont réalisées avant 38 semaines de gestation ;
- 56,4% des mères ayant eu une césarienne pour la naissance de leur premier enfant ont une césarienne programmée pour le second ;
- la première indication de césarienne est la césarienne itérative (18,7% des césariennes) ;
- les indications pour convenance personnelle s'élèvent à au moins 2,7%.



1.2. Répartition des césariennes au Luxembourg de 2007 à 2011 selon l'indication (en %) (N=8674, 278 VM soit 3,2%) (8)



D'après les données de la littérature, la césarienne est associée à un risque de mortalité maternelle plus élevé que lors d'un accouchement par voie basse, les complications post-opératoires sont représentées par une augmentation significative des risques hémorragiques et thromboemboliques et des plaies préopératoires. Des complications mineures sont aussi à prendre en compte comme endométrite, infection urinaire, fièvre inexplicée, anémie, asthénie, douleurs abdominales, douleurs mammaires, difficultés d'allaitement, et incontinence urinaire. D'autre part, la naissance par césarienne semble favoriser la survenue d'une détresse respiratoire, ce d'autant plus que l'enfant naît avant 38 semaines de gestation. (7-10).

Etant donné le taux élevé de césariennes au Luxembourg et compte tenu des complications à court et long terme possibles pour la mère comme pour l'enfant, un groupe de travail national, réunissant des médecins gynécologues-obstétriciens nommés par la Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique (SLGO), des sages-femmes, des pédiatres, des représentants du CRP-Santé et de la Direction de la Santé a été constitué sous l'égide du Ministère de la Santé dans le cadre du système de surveillance de la santé périnatale au Luxembourg (PERINAT) pour écrire les indications de la césarienne programmée à terme au Luxembourg.

Cette recommandation de bonne pratique est rédigée suite à la saisine directe du conseil scientifique par le groupe national PERINAT en date du 11 novembre 2013 demandant de publier leurs conclusions. (voir document joint en annexe)

Un groupe de travail du Conseil scientifique a été constitué, il s'est réuni de mars à mai 2014 pour finaliser une recommandation de bonne pratique basée sur la proposition issue du groupe d'experts PERINAT.



2. OBJECTIFS

1. Rappeler les chiffres et mettre en évidence le problème de santé publique
2. Faire une synthèse des recommandations internationales
3. Décrire les indications de césariennes programmées à terme définies par le groupe d'experts luxembourgeois
4. Sensibiliser les médecins gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes
5. Donner aux médecins généralistes des arguments scientifiques validés pour conseiller leurs patientes
6. Participer à l'information éclairée des futures mères (voir annexe II)

3. DONNÉES NATIONALES

Les principaux indicateurs étudiés ont été :

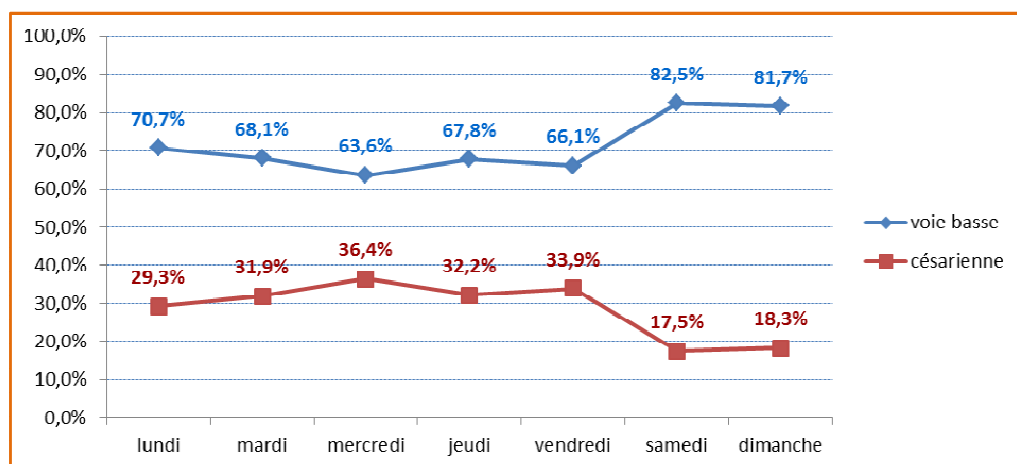
- L'analyse de l'évolution du taux de césariennes de 2007 à 2011
- La réalisation en fonction du jour de la semaine en 2009 et 2010
- Le mode d'accouchement en fonction de l'âge gestationnel en 2009 et 2010
- Les indications de césariennes en 2009 et 2010

3.1. Evolution du taux des césariennes au Luxembourg, données 2007 à 2011

	ANNEE 2007		ANNEE 2008		ANNEE 2009		ANNEE 2010		ANNEE 2011	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Accouchement par voie basse	3895	70,8	4170	70,1	4347	71,2	4567	70,9	4302	69,0
Césarienne programmée	896	16,3	1006	16,9	921	15,1	1107	17,2	1052	16,9
Césarienne non programmée	709	12,9	772	13,0	841	13,8	766	11,9	882	14,1
Total	5500 *		5948 *		6109 *		6440		6236	

* 188 modes d'accouchement manquants en 2007
 * 33 modes d'accouchement manquants en 2008
 * 1 mode d'accouchement manquant en 2009

3.2. Jour de la semaine en fonction du mode d'accouchement, données 2009 et 2010





3.3. Mode d'accouchement en fonction de l'âge gestationnel, données 2009 et 2010

		Accouchement par voie basse	Césarienne programmée	Césarienne non programmée	Total
Très grande prématurité (22-27 semaines)	Effectif	59	4	13	76
	%	77,6	5,3	17,1	100
Grande prématurité (28-31 semaines)	Effectif	33	21	27	81
	%	40,7	25,9	33,3	100
Prématurité modérée (32-37 semaines)	Effectif	1.043	593	322	1.958
	%	53,3	30,3	16,4	100
A terme (38-41 semaines)	Effectif	7.754	1.408	1.237	10.399
	%	74,6	13,5	11,9	100
Post maturité (> 41 semaines)	Effectif	22	2	8	32
	%	68,8	6,3	25	100
Total	Effectif	8.911	2.028	1.607	12.546
	%	71	16,2	12,8	100

3.4. Indications des césariennes, données 2009 et 2010

3.4.1. Données globales

Indications	Effectifs	%	Pourcentages corrigés (<i>hormis manquante et inconnu</i>)
Césarienne itérative	825	22,7	22,8
Dystocie foeto-pelvienne	518	14,3	14,3
Siège	469	12,9	12,9
Souffrance fœtale	458	12,6	12,6
Arrêt progression travail	451	12,4	12,4
Autre	258	7,1	7,1
Pathologie maternelle	142	3,9	3,9
Naissance multiple	115	3,2	3,2
Convenance	96	2,6	2,6
Placenta Prævia	57	1,6	1,6
Echec déclenchement	54	1,5	1,5
Décollement placentaire	41	1,1	1,1
Macrosomie	37	1	1
Transverse	37	1	1
Dysgravidie	27	0,7	0,7
Circulaire du cordon	13	0,4	0,4
Hémorragie utérine	12	0,3	0,3
Stan pathologique	9	0,2	0,2
Procidence du cordon	6	0,2	0,2
<i>Manquante</i>	8	0,2	-
<i>Inconnue</i>	2	0,1	-
Total	3.635	100	100



3.4.2. Mode d'accouchement des femmes ayant au moins un antécédent de césarienne

La première indication de césarienne est la césarienne itérative (n=825) 22,8%.

L'analyse du mode d'accouchement des femmes ayant déjà eu une césarienne indique que la moitié d'entre elles ont eu recours à une césarienne programmée lors d'un futur accouchement et 32,8% d'entre elles ont accouché par voie basse. Ce taux chute à 2,9 % si elles avaient déjà eu au moins 2 césariennes

	Antécédent(s) de césariennes	
	Une césarienne antérieure	Plus d'une césarienne antérieure
Césarienne programmée	49,90%	86,80%
Césarienne non programmée	17,40%	10,30%
Accouchement par voie basse	32,80%	2,90%

3.4.3. Césarienne et dystocie fœto-pelvienne

La deuxième indication de césarienne est la dystocie fœto-pelvienne (n=518).

3.4.4. Mode d'accouchement des bébés nés par le siège chez les primipares et multipares

	Mode d'accouchement		
	Césarienne programmée	Césarienne non programmée	Voie basse
Primipare	285	113	25
Multipare	175	61	32
Total	460	174	57

La troisième indication de césarienne est la présentation du bébé en siège. L'analyse du mode d'accouchement indique que sur l'ensemble des bébés se présentant en siège (n=691), seuls 8.2% sont nés par voie basse, 66,6% sont nés par césarienne programmée et 25,2% par césarienne secondaire.

Remarque : 33 femmes ont quand même eu une césarienne programmée pour présentation du bébé en siège alors que le bébé se présentait en position céphalique au moment de rentrer au bloc.

3.4.5. Poids des bébés dont l'indication de césarienne est macrosomie (n=37)

	Mode d'accouchement	
	Césarienne programmée	Césarienne non programmée
2500-2999 g	3,70%	
3000-3499 g	7,40%	
3500-3999 g	37,00%	30,00%
4000-4499 g	37,00%	70,00%
≥ 4500g	14,80%	



3.4.6. Césarienne de convenance

L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant eu une césarienne de convenance ne révèle aucune particularité par rapport aux autres mères, que ce soit au niveau de la situation d'emploi, du pays de naissance de la mère, de l'âge maternel ou de la parité.

3.4.7. Grossesse gémellaire et césarienne

	Pourcentage	Effectifs
Césarienne programmée	233	51,90%
Césarienne non programmée	120	26,70%
Voie basse	96	21,40%
Total	449	100%

Plus de la moitié des femmes attendant des jumeaux ont une césarienne programmée, un peu plus d'un quart ont dû avoir une césarienne secondaire et un cinquième accouche par voie basse.

4. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES

Les recommandations de la HAS en France, de la Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe en Allemagne et du NICE au Royaume-Uni ont servi de base au groupe de travail. Les principales indications de césariennes programmées proposées par chaque organisme sont reprises dans le tableau ci-dessous :

	« Indication de la césarienne programmée à terme » * France - HAS-2012 (7)	« Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea - Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen » * Allemagne - DGGG-2010 (11)	“Caesarian section update” * Angleterre - NICE-2011 (12)
Césariennes itératives	<ul style="list-style-type: none">- L'utérus cicatriciel n'est pas en lui-même une indication de césarienne.- En cas d'antécédent d'une césarienne, au vu des risques maternels et périnataux, il est raisonnable de proposer une voie basse sauf en cas de cicatrice corporelle.- En cas d'antécédents de 3 cés. ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne.	<ul style="list-style-type: none">- Ce n'est pas une indication absolue.	/
Grossesses gémellaires	<ul style="list-style-type: none">- Une grossesse gémellaire avec le 1^{er} jumeau en céphalique n'est pas une indication de césarienne.- Dans le cas du 1^{er} jumeau en siège, les données ne permettent pas de recommander une voie plutôt qu'une autre.	<ul style="list-style-type: none">- Ce n'est pas une indication absolue.	<ul style="list-style-type: none">- Pas de césarienne de routine pour les grossesses gémellaires dont le 1^{er} jumeau est en céphalique.- La cés. programmée est recommandée en cas de grossesse multiple avec le 1^{er} bébé en siège.



	« Indication de la césarienne programmée à terme » *	« Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea - Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen »*	“Caesarian section update” *
	France - HAS-2012 (7)	Allemagne - DGGG-2010 (11)	Angleterre - NICE-2011 (12)
Siège	<p>- La présentation par le siège n'est pas en elle-même une indication de césarienne.</p> <p>- Critères d'acceptation voie basse :</p> <p>* Pelvimétrie favorable.</p> <p>* Absence de déflexion tête fœtale.</p> <p>* Coopération de la patiente.</p>	- Ce n'est pas une indication absolue.	<p>- Pour les grossesses en siège sans autre complication, une manœuvre par version externe est recommandée.</p> <p>- Si la manœuvre par version externe est impossible ou contre-indiquée, une césarienne programmée est recommandée.</p>
Macrosomie	<p>- En l'absence de diabète, la macrosomie n'est pas une indication systématique de césarienne programmée.</p> <p>- Césarienne programmée recommandée en cas de poids foetal estimé à ≥ 5000 g.</p> <p>- En cas d'incertitude sur le poids du fœtus, pour poids estimé entre 4500 g et 5000 g, la césarienne programmée est à discuter au cas par cas.</p>	- Le poids du fœtus > 4500 g n'est pas une indication absolue.	/
Demande de la mère	<p>- La césarienne sur demande maternelle correspond à une césarienne demandée par la femme enceinte en l'absence d'indication médicale ou obstétricale.</p> <p>Ce n'est pas une indication en soi, il faut discuter avec la patiente</p>	/	- La demande maternelle n'est en elle-même pas une indication de césarienne. Il faut discuter avec la future accouchée et proposer des alternatives.
Placenta Prævia	- Césarienne programmée nécessaire.	- Indication absolue pour une césarienne programmée.	- Les placentas prævia de grade 3 et 4 sont une indication pour réaliser une césarienne de routine.
Dystocie	Si macrosomie et antécédent de dystocie des épaules, la césarienne programmée est à recommander	- Ce n'est pas une indication absolue mais c'est à prendre au cas par cas.	/
Transmission fœto-maternelle d'infections	<p>- VIH : Il est recommandé de pratiquer une césarienne en cas de charge virale > à 400 copies VIH/ml.</p> <p>- Hépatite C : Il n'est pas recommandé de réaliser une césarienne programmée.</p> <p>- Hépatite B : Il n'est pas recommandé de pratiquer une césarienne programmée.</p> <p>- Herpès : Si une primo infection est déclarée après 35 SA, une césarienne programmée est recommandée à 39SA.</p>	/	<p>- HIV : Césarienne programmée recommandée.</p> <p>- Herpès génital primaire au 3^{ème} trimestre de grossesse : Césarienne programmée recommandée.</p> <p>- Herpès génital récurrent à terme : Pas de césarienne programmée.</p> <p>- Hépatite B ou C : Pas de césarienne programmée.</p>

* pour plus de lisibilité, les grades des recommandations sont présentés dans les recommandations luxembourgeoises



5. RECOMMANDATIONS SOUTENUES PAR LA SOCIÉTÉ LUXEMBOURGEOISE DE GYNÉCOLOGIE ET D'OBSTÉTRIQUE (SLGO) ET LE GROUPE NATIONAL PERINAT CONCERNANT LES INDICATIONS D'UNE CÉSARIENNE PROGRAMMÉE À TERME

La définition de la césarienne programmée retenue pour cette recommandation de bonne pratique est une césarienne réalisée à **plus de 38 semaines de gestation ou plus de 40 semaines d'aménorrhée**, non liée à une situation d'urgence apparaissant au cours du travail ou en dehors du travail.

Grades de recommandation:

Pour la HAS, en raison de la morbidité néonatale (notamment une détresse respiratoire), il est recommandé de ne pas faire de césarienne programmée avant 39 semaines d'aménorrhée pour les grossesses monofœtales. (7)

Les niveaux de preuve scientifique présentés ici sont ceux présentés sur le site du conseil scientifique, ils sont directement adaptés de ceux que la HAS (7-13) propose pour un terme de 39 semaines d'aménorrhée.

Niveau de preuve scientifique repris par le Conseil Scientifique	Grade de recommandation de la HAS
Niveau de preuve A Données scientifique à partir d'études cliniques randomisées multiples et/ou méta analyses	Grade A : Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1)
Niveau de preuve B Données scientifiques à partir d'une seule étude clinique randomisée ou de larges études non randomisées	Grade B : Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faibles puissance, des études comparatives non-randomisées bien menées, des études de cohortes
Niveau de preuve C Consensus d'opinion d'experts et/o petites études, études rétrospectives etc	Grade C : Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4) Grade AE : Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit en revanche, inciter à engager des études complémentaires

D'autre part, si une recommandation nationale suit une recommandation de la HAS, il lui est attribué le même grade de recommandation de la HAS malgré la différence sur la définition du terme de la grossesse. Si la recommandation est un consensus des experts luxembourgeois c'est le grade AE qui est attribué.



5.1. Utérus cicatriciel

L'utérus cicatriciel n'est pas, en lui-même, une indication de césarienne programmée. (Niveau de preuve C)

- En cas d'antécédent d'une césarienne, au vu des risques maternels et périnataux, il est raisonnable de faire une tentative d'accouchement par voie basse. **(Niveau de preuve C)**
- En cas **d'antécédents d'au moins deux césariennes**, il est recommandé de faire une **césarienne programmée. (Niveau de preuve C)**
- En cas de cicatrice corporelle, il est préférable de réaliser une césarienne programmée. **(Niveau de preuve C)**
- Dans tous les cas, les comptes rendus des accouchements antérieurs sont utiles pour choisir le mode d'accouchement : indication de la première césarienne, éventuellement partogramme s'il y a eu un travail ayant abouti à une césarienne. **(Niveau de preuve C)**
- L'utérus cicatriciel n'impose pas la réalisation d'une radiopelvimétrie. **(Niveau de preuve C)**

5.2. Grossesses gémellaires

- **Dans le cas d'une grossesse gémellaire à terme et sans complication où le premier jumeau est en présentation céphalique, une césarienne programmée de routine ne s'impose pas. (Niveau de preuve C)**

En effet, même si la morbidité et la mortalité périnatales augmentent pour le second jumeau, les effets d'une césarienne programmée restent incertains et les résultats ne sont pas meilleurs avec certitude.

- Dans le cas d'une grossesse gémellaire où le premier jumeau n'est pas en présentation céphalique, même si les effets de la césarienne restent incertains, la pratique courante est de faire une césarienne programmée. **(Niveau de preuve C)**
- **Les césariennes programmées pour les grossesses gémellaires sans complication ne devraient pas être réalisées avant 38 semaines de gestation car cela augmente notamment le risque de problèmes respiratoires chez le nouveau-né. (Niveau de preuve C)**

5.3. Présentation en siège

- **La présentation en siège n'est pas, en elle-même, une indication de césarienne programmée. (Niveau de preuve B)**
- La tentative de manœuvre par version externe à 36 semaines 0 jour de gestation est une option. **(Niveau de preuve C)**
- La voie basse peut être tentée sous **certaines conditions**.
Les critères d'acceptabilité pour faire une tentative de voie basse sont les suivants :
 - Absence de circulaire du cordon,
 - Absence de déflexion de la tête fœtale,
 - Une radiopelvimétrie doit être réalisée d'office et celle-ci doit être favorable,
 - Absence d'antécédents de césarienne,
 - La biométrie fœtale doit révéler un diamètre bipariétal < 100 mm et un poids < 4000 g à l'échographie à l'admission,



- Il doit y avoir l'accord préalable de la patiente.
En l'absence d'une de ces conditions, il est recommandé de réaliser une césarienne programmée. **(Niveau de preuve C)**
- Il est nécessaire de contrôler la persistance de la présentation en siège par échographie juste avant l'accès au bloc opératoire pour pratiquer la césarienne. **(Niveau de preuve C)**
- La parité doit être prise en compte pour l'évaluation de la situation, la multiparité pouvant être plus favorable pour la décision d'une tentative par voie basse. **(Niveau de preuve C)**

5.4. Macrosomie

Dans le cadre de ces recommandations une macrosomie correspond à une estimation du poids fœtal à partir de 4500 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).

La parité doit être prise en compte pour l'évaluation de la situation, la multiparité pouvant être plus favorable pour la décision d'une tentative par voie basse. **(Niveau de preuve C)**

Macrosomie hors diabète

- En l'absence de diabète, la macrosomie n'est pas en elle-même une indication systématique de césarienne programmée. **(Niveau de preuve C)**
- La césarienne programmée est envisageable en cas de poids fœtal estimé supérieur à 4500 g. **(Niveau de preuve 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 4500 g. (Niveau de preuve C)

Macrosomie avec antécédents de césarienne

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

5.5. Demande de la mère

- La césarienne sur demande sans indication médicale et/ou obstétricale n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée. Il faut parler avec la future accouchée, et lui proposer des alternatives. L'information objective, détaillée et bien compréhensible pour la patiente par l'équipe de prise en charge obstétricale sont obligatoires avant toute décision. **(Niveau de preuve C)**
- La situation de la patiente et la connaissance de ses antécédents obstétricaux sont importants. **(Niveau de preuve C)**
En effet, sont à prendre en compte comme éléments importants dans les desideratas de la future mère, un ou des antécédents comme:
 - une déchirure de stade « 3 » ou « 4 »,
 - un accouchement avec forceps ou ventouse,
 - un accouchement traumatique.



5.6. Retard de croissance intra-utérin

Les risques de morbidité et de mortalité néonatales sont élevés pour les bébés présentant un retard de croissance intra utéro. Pourtant, les effets de la césarienne programmée restent incertains en termes d'amélioration des résultats.

- **Le RCIU n'est pas une indication de césarienne de routine en dehors de contexte spécifique. (Niveau de preuve C)**

5.7. Placenta prævia

- **Le placenta prævia complet ou partiel (grade 3 ou 4) est une indication absolue de césarienne programmée. (Niveau de preuve C)**

5.8. Transmission fœto-maternelle d'infections

- **HIV** : Il est recommandé de pratiquer une césarienne programmée en cas de charge virale > 1000 copies VIH/ml. (Niveau de preuve C)

Dans tous les cas, lorsqu'une femme enceinte est HIV positive, le médecin traitant doit en référer au service national des maladies infectieuses du Centre Hospitalier de Luxembourg.

- **Hépatite C** : Il n'est pas recommandé de pratiquer une césarienne programmée dans le cas d'une mono-infection par le VHC. (Niveau de preuve C)
- **Hépatite B** : Il n'est pas recommandé de pratiquer une césarienne programmée. (Niveau de preuve C)
- **Herpès génital** : Si une primo infection est déclarée après 35 semaines de gestation, une césarienne programmée est recommandée à 39 semaines de gestation. (Niveau de preuve C)
- **Infection à papillomavirus** : Il n'est pas recommandé de pratiquer une césarienne programmée. (Niveau de preuve C)

5.9. Dystocie fœto-pelvienne

Les antécédents de dystocie des épaules sont à rechercher et à renseigner en détail.

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

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Caesarean section: the paradox. Lancet 2006 Oct 28 ; 368 (9546) : 1472
2. <http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
3. Annual Summary of Vital Statistics: 2010–2011 - Pediatrics 2013 Mar ; 131(3) :548
4. Méthodes de délivrance lors de la césarienne: Commentaire de la BSG (dernière mise à jour: 1 août 2009). Goonewardene M. Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation mondiale de la Santé.
5. Neonatal morbidity and mortality after elective cesarean delivery. Clin Perinatol. 2008 Jun; 35(2):361-71, vi.



6. Caesarean section: summary of update NICE guidance. BMJ 2011; 343
7. Indications de la césarienne programmée à terme - Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Haute Autorité de Santé, Janvier 2012
8. Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg. Evolution de 2001 à 2011. Numéro ISBN : 978-2-919909-84-1
9. Appropriate technology for birth. World Health Organization, Lancet 1985, 2, 436-437
10. Preventing the First Cesarean Delivery. Obstet Gynecol. 2012 120(5): 1181-1193
11. Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., August 2010, « Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea - Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen », Ed. DGGG e.V.
12. Caesarean Section. NICE clinical guideline 132
13. Indications de la césarienne programmée à terme- Synthèse de la recommandation de bonne pratique. HAS janvier 2012

Groupe de travail

Dr Isabelle Rolland-Portal CMSS, membre du Conseil scientifique et chef de projet, chargée de la rédaction de la présente recommandation

Dr Françoise Berthet, Direction de la Santé, membre du Conseil scientifique

Mme Aline Lecomte, CRP-santé

Dr Robert Lemmer, Gynécologue, président de la SLGO

Dr Didier Van Wymersch, Gynécologue CHL

Dr Yolande Wagener, Président du groupe national PERINAT, Direction de la Santé

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêts.

1^{ère} réunion mercredi 5 mars 2014 : réunion de cadrage

Mme Aline Lecomte, Dr Robert Lemmer, Dr Isabelle Rolland-Portal, Dr Didier Van Wymersch, Dr Yolande Wagener

2^{ème} réunion 28 mai 2014 : relecture du draft de texte de recommandation et validation de la version définitive

Mme Aline Lecomte, Dr Robert Lemmer, Dr Isabelle Rolland-Portal, Dr Yolande Wagener



ANNEXE 1 : SAISINE



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Direction de la Santé

Division de la médecine scolaire

Luxembourg, 07.11.2013

Dr Claude Schummer
Président du Conseil Scientifique
Domaine de la Santé
26, rue Ste Zithe
L-2763 Luxembourg

Concerne: Recommandations nationales sur les indications de la césarienne programmée à terme

Mesdames, Messieurs

Au nom du groupe national PERINAT, nous vous remercions de l'attention que vous avez accordée à nos propositions de recommandations nationales concernant les indications de la césarienne programmée à terme.

Nous nous tenons à votre entière disposition pour participer à un groupe de travail au sein du Conseil Scientifique dans l'objectif de retravailler la guideline selon la trame scientifique requise par votre organisme.

En craignant que pour des raisons qui m'échappent, la dernière version du document de recommandations ne vous soit pas parvenue en dû temps, je me permets de l'ajouter en annexe.

En restant à votre disposition, je me permets de vous présenter nos salutations respectueuses

Pour le groupe de travail PERINAT

Dr Yolande Wagener



LES INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE PROGRAMMÉE À TERME

ARGUMENTAIRE

Le taux de césarienne, présentant dans la majorité des pays une tendance croissante depuis les 20 dernières années, a été mesuré au GD de Luxembourg à 31% en 2011.

Afin d'analyser ce résultat, qui place notre pays au rang des pays d'Europe ayant un taux élevé de césarienne // Réf. European Perinatal Health Report, taux qui est aussi supérieur aux recommandations internationales (Réf: World Health Organization, 1985), un groupe de travail, réunissant des médecins gynécologues-obstétriciens, nommés par la Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique (SLGO), des sages-femmes et des pédiatres, des représentants du CRP-santé et de la Direction de la Santé a été constitué dans le cadre du système de surveillance de la santé périnatale / PERINAT au Luxembourg sous l'égide du Ministère de la Santé.

L'objectif du groupe de travail est d'étudier le taux de césariennes au Luxembourg et de maîtriser sa progression.

Un document, servant de base de travail aux membres du groupe et contenant une analyse des césariennes a été réalisé sur les données nationales 2009 et 2010 (voir en annexe)

Les indicateurs suivants ont été analysés :

- Evolution du type de césariennes (primaire ou secondaire) depuis 2007
- Jour de la semaine et heure des césariennes
- Indications des césariennes
- Analyse de l'état de santé des bébés nés par césarienne
- Âge gestationnel des bébés à la naissance

Suite aux différentes réunions du groupe de travail, la décision a été prise d'élaborer des recommandations nationales relatives aux césariennes programmées à terme, de créer une brochure d'informations destinées aux patientes, de réfléchir à un concept national pour les cours de préparation à la naissance et les consultations sages-femmes en prénatal, de créer des indicateurs de suivi de l'accouchement par voie basse et par césarienne et de mettre en place des formations continues du personnel médical et paramédical.

Les recommandations s'adressent aux médecins gynécologues-obstétriciens et visent à faciliter ou orienter l'identification des indications pour réaliser une césarienne programmée à terme.

La définition de césarienne programmée retenue dans les recommandations est la césarienne réalisée à terme (≥ 38 semaines de gestation ou ≥ 40 semaines d'aménorrhée), non liée à une situation d'urgence apparaissant en cours du travail ou en dehors du travail. Les recommandations ne prennent pas en compte les situations pathologiques; elles visent les grossesses pour lesquelles aucune pathologie obstétricale n'a été identifiée.

Pour élaborer les recommandations nationales le groupe de travail s'est basé sur une revue détaillée des recommandations internationales en la matière, à savoir les recommandations française (HAS /Haute Autorité de Santé), les recommandations allemandes (DGGG e.V. / Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe) et du National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (NICE) à Londres. Une proposition de document national a été rédigée en y intégrant les réflexions et conseils des experts luxembourgeois dans le domaine.



Le document a été soumis à la SLGO et au groupe PERINAT pour avis. Suite à cet exercice de consultation et discussion une version corrigée a été retenue. Ce document final a été approuvé par la Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique.



SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES ET DONNÉES LUXEMBOURGEOISES

A. SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES

Ces recommandations de la HAS en France, de la Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe en Allemagne et du NICE au Royaume-Uni ont servi de base au groupe de travail.

	HAS (Haute Autorité de Santé française)	Allemagne (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.)	NICE guidelines (National Institute for Health and Clinical Excellence)
Césariennes itératives	<ul style="list-style-type: none">- L'utérus cicatriciel n'est pas en lui-même une indication de césarienne..- En cas d'antécédent d'une césarienne, au vu des risques maternels et périnataux, il est raisonnable de proposer une voie basse sauf en cas de cicatrice corporelle.- En cas d'antécédents de 3 cés. ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne..	<ul style="list-style-type: none">- Ce n'est pas une indication absolue.	/
Grossesses gémellaires	<ul style="list-style-type: none">- Une grossesse gémellaire avec le 1^{er} jumeau en céphalique n'est pas une indication de césarienne.- Dans le cas du 1^{er} jumeau en siège, les données ne permettent pas de recommander une voie plutôt qu'une autre.	<ul style="list-style-type: none">- Ce n'est pas une indication absolue.	<ul style="list-style-type: none">- Pas de césarienne. de routine pour les grossesses gémellaires dont le 1^{er} jumeau est en céphalique.- La cés. programmée est recommandée en cas de grossesse multiple avec le 1^{er} jumeau en siège.
Siège	<ul style="list-style-type: none">- La présentation par le siège n'est pas en elle-même une indication de césarienne.- <u>Critères d'acceptation voie basse</u> :* Pelvimétrie favorable.* Absence de déflexion tête fœtale.* Coopération de la patiente.	<ul style="list-style-type: none">- Ce n'est pas une indication absolue.	<ul style="list-style-type: none">- Pour les grossesses en siège sans autre complication, une manœuvre par version externe est recommandée.- Si la manœuvre par version externe est impossible ou contre-indiquée, une césarienne programmée est recommandée.
Macrosomie	<ul style="list-style-type: none">- En l'absence de diabète, la macrosomie n'est pas une indication systématique de césarienne programmée.- Césarienne programmée recommandée en cas de poids fœtal estimé à $\geq 5000g$.- En l'incertitude de poids fœtal, pour une suspicion de macrosomie entre 4500g et 5000g, la césarienne programmée est à discuter au cas par cas.	<ul style="list-style-type: none">- Macrosomie fœtale absolue (> 4500g) n'est pas une indication absolue.	/
Demande de la mère	<ul style="list-style-type: none">- La césarienne sur demande maternelle sans indication médicale et/ou obstétricale n'est pas une situation clinique parfaitement identifiable. <p>Information de la patiente importante!</p>	/	<ul style="list-style-type: none">- La demande maternelle n'est en elle-même pas une indication de césarienne. Il faut discuter avec la future accouchée et proposer des alternatives.
Prématurité	/	/	- Pas d'indication de césarienne de routine.
RCIU	/	/	- Pas d'indication de césarienne de routine.
Placenta Prævia	<ul style="list-style-type: none">- Césarienne programmée nécessaire.	<ul style="list-style-type: none">- Indication absolue pour une césarienne programmée.	<ul style="list-style-type: none">- Les placentas prævia de grade 3 et 4 sont une indication pour réaliser une césarienne de routine.
Disproportion fœto-pelvienne	/	<ul style="list-style-type: none">- Ce n'est pas une indication absolue mais c'est à prendre au cas par cas.	/



**Transmission
fœto-maternelle
d'infections**

- **VIH** : Il est recommandé de pratiquer une césarienne en cas de charge virale > à 400 copies VIH/ml.
- **Hépatite C** : Il n'est pas recommandé de réaliser une césarienne programmée.
- **Hépatite B** : Il n'est pas recommandé de pratiquer une césarienne programmée.
- **Herpès** : Si une primo infection est déclarée après 35 SA, une césarienne programmée est recommandée à 39SA.

- **HIV** : Césarienne programmée recommandée.
- **HIV et Hépatite C** : Césarienne programmée recommandée.
- **Herpès génital primaire au 3ième trimestre de grossesse** : Césarienne programmée recommandée.
- **Hépatite B** : Pas de césarienne programmée.
- **Hépatite C** : Pas de césarienne programmée.
- **Herpès génital récurrent à terme** : Pas de césarienne programmée.

B. DONNÉES NATIONALES

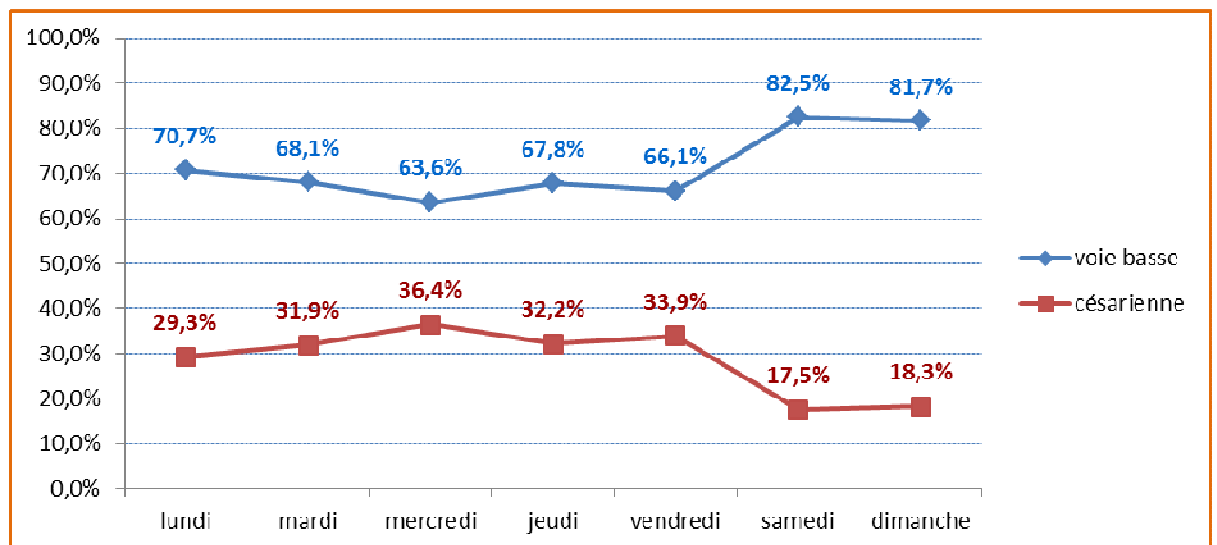
Les principaux indicateurs étudiés dans les groupes de travail sur la césarienne sont les suivants.

1. Evolution du taux des césariennes au Luxembourg, données 2007 à 2011

	ANNEE 2007		ANNEE 2008		ANNEE 2009		ANNEE 2010		ANNEE 2011	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Accouchement par voie basse	3895	70,8	4170	70,1	4347	71,2	4567	70,9	4302	69,0
Césarienne programmée	896	16,3	1006	16,9	921	15,1	1107	17,2	1052	16,9
Césarienne non programmée	709	12,9	772	13,0	841	13,8	766	11,9	882	14,1
Total	5500 *		5948 *		6109 *		6440		6236	

* 188 modes d'accouchement manquants en 2007
* 33 modes d'accouchement manquants en 2008
* 1 mode d'accouchement manquant en 2009

2. Jour de la semaine en fonction du mode d'accouchement, données 2009 et 2010





3. Mode d'accouchement en fonction de l'âge gestationnel, données 2009 et 2010

Indication des césariennes au Luxembourg, 2009 et 2010 (effectifs, pourcentage et pourcentage valide)

		Mode d'accouchement			
		Accouchement par voie basse	Césarienne programmée	Césarienne non programmée	Total
Très grande prématurité (22-27 semaines)	Effectif	59	4	13	76
	%	77,6%	5,3%	17,1%	100%
Grande prématurité (28-31 semaines)	Effectif	33	21	27	81
	%	40,7%	25,9%	33,3%	100%
Prématurité modérée (32-37 semaines)	Effectif	1.043	593	322	1.958
	%	53,3%	30,3%	16,4%	100%
A terme (38-41 semaines)	Effectif	7.754	1.408	1.237	10.399
	%	74,6%	13,5%	11,9%	100%
Post maturité (> 41 semaines)	Effectif	22	2	8	32
	%	68,8%	6,3%	25%	100%
Total	Effectif	8.911	2.028	1.607	12.546
	%	71%	16,2%	12,8%	100%

4. Indications des césariennes faisant l'objet de recommandations, données 2009 et 2010

Indication des césariennes au Luxembourg, 2009 et 2010 (effectifs, pourcentage et pourcentage valide)

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Césarienne itérative	825	22,7	22,8
	Dystocie foeto-pelvienne	518	14,3	14,3
	Siège	469	12,9	12,9
	Souffrance foetale	458	12,6	12,6
	Arrêt progression travail	451	12,4	12,4
	Autre	258	7,1	7,1
	Pathologie maternelle	142	3,9	3,9
	Naissance multiple	115	3,2	3,2
	Convenance	96	2,6	2,6
	Placenta Praevia	57	1,6	1,6
	Echec déclenchement	54	1,5	1,5
	Décollement placentaire	41	1,1	1,1
	Macrosomie	37	1	1
	Transverse	37	1	1
	Dysgravidie	27	0,7	0,7
	Circulaire du cordon	13	0,4	0,4
	Hémorragie utérine	12	0,3	0,3
	Stan pathologique	9	0,2	0,2
	Procidence du cordon	6	0,2	0,2
	Total	3625	99,7	100,0
Manquante	Manquante	8	0,2	
	Inconnu	2	0,1	
Total	10	0,3		
Total	3635	100,0		



4.1. Mode d'accouchement des femmes ayant un antécédent de césarienne, données 2009 et 2010

Mode d'accouchement, 2009 et 2010 (pourcentage valide)

		Antécédents de césarienne	
		Une césarienne antérieure	Plus d'une césarienne antérieure
Valide	Césarienne programmée	49,90%	86,80%
	Césarienne non programmée	17,40%	10,30%
	Accouchement par voie basse	32,80%	2,90%
	Total	100,00%	100,00%

La première indication de césarienne est la césarienne itérative (22,5%), or d'après les recommandations internationales, l'utérus cicatriciel n'est pas en soi une indication de césarienne programmée.

L'analyse du mode d'accouchement des femmes ayant déjà eu une césarienne indique que la moitié d'entre elles auront recours à une césarienne programmée mais que 32,8% d'entre elles accouchent par voie basse, ce qui démontre que l'accouchement par voie basse est réalisable sur un utérus cicatriciel.

4.2. Césarienne et dystocie fœto-pelvienne

La deuxième indication de césarienne est la dystocie fœto-pelvienne mais étant donné que peu de femmes ont une radiopelvimétrie, cette indication est difficilement validable.

4.3. Mode d'accouchement des bébés nés par le siège chez les primipares et multipares, données 2009 et 2010

Distribution du mode d'accouchement des bébés nés par siège selon la parité (effectifs)

		Mode d'accouchement		
		Césarienne programmée	Césarienne non programmée	Voie basse
Valide	Primipare	285	113	25
	Multipare	175	61	32
	Total	460	174	57

La troisième indication de césarienne est la présentation du bébé en siège ; or la présentation par le siège n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée. L'analyse du mode d'accouchement indique que sur la population de bébés se présentant en siège (n=691, données 2009 et 2010), seuls 8,2% sont nés par voie basse, 66,6% sont nés par césarienne programmée et 25,2% par césarienne secondaire. Il y a eu, sur les données 2009 et 2010, 33 femmes qui ont eu une césarienne pour présentation du bébé en siège alors que le bébé se présentait en céphalique. En effet, il n'y a pas de vérification de la présentation du bébé avant la césarienne.



4.4. Poids des bébés dont l'indication de césarienne est macrosomie, données 2009 et 2010

Distribution du poids du bébé (pourcentage)

		Mode d'accouchement	
		Césarienne programmée	Césarienne non programmée
Valide	2500-2999g	3,70%	
	3000-3499g	7,40%	
	3500-3999g	37,00%	30,00%
	4000-4499g	37,00%	70,00%
	≥ 4500g	14,80%	
	Total	100,00%	100,00%

L'analyse des césariennes ayant comme indication une macrosomie du bébé révèle qu'un peu plus de la moitié (51,8%) avait un poids supérieur à 4000g, 37% se situaient entre 3500 et 3999g et 11,1% entre 2500 et 3499g

4.5. Césarienne de convenance

L'analyse des femmes ayant eu une césarienne de convenance ne révèle aucune particularité, que ce soit au niveau de la situation d'emploi, du pays de naissance de la mère, de l'âge maternel ou de la parité.

4.6. Grossesse gémellaire et césarienne

Mode d'accouchement des grossesses gémellaires (effectifs, pourcentage, pourcentage valide et pourcentage cumulé)

		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Césarienne programmée	233	51,90%	51,90%	51,90%
	Césarienne non programmée	120	26,70%	26,70%	78,60%
	Voie basse	96	21,40%	21,40%	100,00%
	Total	449	100,00%	100,00%	

Plus de la moitié des femmes avec une grossesse gémellaire ont une césarienne programmée, un peu plus d'un quart ont recours à une césarienne secondaire et un cinquième accouchent par voie naturelle.

4.7. Retard de croissance intra utérin et césarienne

Les données n'ont pas permis une analyse approfondie de l'indication de césarienne pour retard de croissance intra utérin.

4.8. Placenta prævia et césarienne

Le placenta prævia étant une indication absolue de césarienne, aucune analyse ou discussion n'a été réalisée sur cette indication.

4.9. Transmission fœto-maternelle d'infections

Les données n'ont pas permis une analyse approfondie de l'indication de césarienne pour transmission fœto-maternelle d'infections.



RECOMMANDATIONS NATIONALES LUXEMBOURGEOISES SUR LES INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE PROGRAMMÉE À TERME

Les recommandations élaborées par le groupe de travail et approuvées par la Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique pour la césarienne programmée à terme sont décrites ci-dessous.

1. UTÉRUS CICATRICIEL

L'utérus cicatriciel n'est pas en lui-même une indication de césarienne.

En cas d'antécédents d'une césarienne, au vu des risques maternels et périnataux, il est raisonnable de faire une tentative d'accouchement par voie basse.

En cas d'antécédents de deux césariennes ou plus, il est recommandé de faire une césarienne programmée.

En cas de cicatrice corporelle, il est préférable de réaliser une césarienne programmée.

Dans tous les cas, les comptes rendus des accouchements antérieurs sont utiles pour choisir le mode d'accouchement : indication de la première césarienne, éventuellement partogramme s'il y a eu un travail ayant abouti à une césarienne.

L'utérus cicatriciel n'impose pas la réalisation d'une radiopelvimétrie.

2. GROSSESSES GÉMÉLLAIRES

Dans le cas d'une grossesse gémellaire à terme et sans complication où le premier jumeau est en présentation céphalique, une césarienne programmée de routine ne s'impose pas.

En effet, même si la morbidité et la mortalité périnatales augmentent pour le second jumeau, les effets d'une césarienne programmée restent incertains et les résultats ne sont pas meilleurs avec certitude.

Dans le cas des grossesses gémellaires où le premier jumeau n'est pas en présentation céphalique, même si les effets de la césarienne restent incertains, la pratique courante est de faire une césarienne programmée.

Les césariennes programmées pour les grossesses gémellaires sans complication ne devraient pas être réalisées avant 38 semaines de gestation car cela augmente notamment le risque de problèmes respiratoires chez le nouveau-né.

3. PRÉSENTATION EN SIÈGE

La présentation en siège n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée.

La tentative de manœuvre par version externe à 36 semaines 0 jour de gestation est une option.

La voie basse peut être tentée sous **certaines conditions**. Les critères d'acceptation pour faire une tentative de voie basse sont les suivants :



- Absence de circulaire du cordon,
- Absence de déflexion de la tête fœtale,
- Une radiopelvimétrie doit être réalisée d'office et celle-ci doit être favorable,
- Absence d'antécédents de césarienne,
- La biométrie fœtale doit révéler un diamètre bipariétal < 100mm et un poids < 4000g à l'échographie à l'admission,
- Il doit y avoir l'accord préalable de la patiente.

En conséquence, en l'absence d'une de ces conditions, il est recommandé de réaliser une césarienne programmée.

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

La parité doit être prise en compte pour l'évaluation de la situation, la multiparité pouvant être plus favorable pour la décision d'une tentative par voie basse.

4. MACROSOMIE

Dans le cadre de ces recommandations une macrosomie correspond à une estimation du poids fœtal à partir de 4500g, en tenant compte des difficultés d'évaluation du poids fœtal.

La parité doit être prise en compte pour l'évaluation de la situation, la multiparité pouvant être plus favorable pour la décision d'une tentative par voie basse.

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.

La césarienne programmée est envisageable en cas de poids fœtal estimé supérieur à 4500g.

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 4500g.

Antécédents de césarienne

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



5. DEMANDE DE LA MÈRE

La césarienne sur demande sans indication médicale et/ou obstétricale n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée. Il faut parler avec la future accouchée, et lui proposer des alternatives. L'information objective, détaillée et bien compréhensible pour la patiente par l'équipe de prise en charge obstétricale sont obligatoires avant toute décision.

La situation de la patiente et la connaissance des antécédents obstétricaux de cette dernière sont importants. En effet, le suivi des patientes ayant subi une déchirure de stade 3 ou 4, des patientes ayant eu un accouchement avec forceps ou ventouse, des femmes ayant un antécédent d'accouchement traumatique sont des éléments pouvant expliquer les désidératas de la mère.

6. RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTÉRIN

Les risques de morbidité et de mortalité néonatales sont élevés pour les bébés présentant un retard de croissance intra utéro. Pourtant, les effets de la césarienne programmée restent incertains en termes d'amélioration des résultats.

Le RCIU n'est pas une indication de césarienne de routine en dehors de contexte spécifique.

7. PLACENTA PRÆVIA

Le placenta prævia complet ou partiel (grade 3 ou 4) est une indication absolue de césarienne programmée.

8. TRANSMISSION FŒTO-MATERNELLE D'INFECTIONS

HIV : Il est recommandé de pratiquer une césarienne programmée en cas de charge virale > 1000 copies VIH/ml. Dans tous les cas, lorsqu'une femme enceinte est HIV positive, le médecin traitant doit en référer au service national des maladies infectieuses du Centre Hospitalier de Luxembourg.

Hépatite C : Il n'est pas recommandé de pratiquer une césarienne programmée.

Hépatite B : Il n'est pas recommandé de pratiquer une césarienne programmée.

Herpès génital : Si une primo infection est déclarée après 35 semaines de gestation, une césarienne programmée est recommandée à 39 semaines de gestation.

Infection à papillomavirus : Il n'est pas recommandé de pratiquer une césarienne programmée.

9. DYSTOCIE FŒTO-PELVIENNE

Les antécédents de dystocie des épaules sont à rechercher et à renseigner en détail.

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



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- World Health Organization, 1985, « Appropriate technology for birth », Ed. Lancet, 2, 436-437
- National Institute for Health and Clinical Excellence, August 2012, « *Caesarean Section* », Ed. NICE clinical guideline 132, November 2011, last modified August 2012
- Haute Autorité de Santé, Janvier 2012, « Indications de la césarienne programmée à terme - Méthode Recommandations pour la pratique clinique », Recommandations Ed. HAS
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V., August 2010, « Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea - Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen », Ed. DGGG e.V.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Mme Audrey BILLY	Data-manager	CRP-Santé
Dr Jean BOTTU	Néonatalogue	CHL
Mme Nadine BEAUBERT	Cadre intermédiaire	clinique Bohler
Mme Nathalie CLAEYS	Responsable salle d'accouchement	CHL
Dr Jean-Pierre CLEES	Gynécologue-obstétricien	CHEM
Dr Christiane DONNEN	Pédiatre	Hôpital du Kirchberg
Dr Paul KAYSER	Gynécologue-obstétricien	clinique Bohler
Dr Christiane KIEFFER	Gynécologue-obstétricien	clinique Bohler
Mme Monique KOSMALA	Infirmière	Direction de la Santé
Mme Marie-Lise LAIR	Directrice du CES	CRP-Santé
Mme Aline LECOMTE	Chef de Projet	CRP-Santé
Dr Jean-Paul LEDESCH	Gynécologue-obstétricien	CHdN
Dr Robert LEMMER	Président de la SLGO	
Mme Berthe MANGEL-TURPEL	Responsable adjointe maternité	CHdN
Dr Stéphane MULLER	Gynécologue-obstétricien	CHdN
Mme Catherine PABLO	Responsable maternité	CHEM
Dr Marc PEIFFER	Gynécologue-obstétricien	CHL
Mme Béatrice PETTIAUX	Directeur des soins	clinique Bohler
Mme Jill PÜTZ	Infirmière	Direction de la Santé
Mme Christiane SCHILTZ	Cadre soignant chef de la maternité	CHL
Mme Bianca SILBEREISEN	Sage-femme	CHEM
Mme Josiane TOZZI	Chef de Département	CHEM
Dr Didier VAN WYMERSCH	Gynécologue-obstétricien	CHL
Dr Yolande WAGENER	Médecin Chef de division	Direction de la Santé
Mr Guy WEBER	Expert en sciences de la santé publique	Direction de la Santé
Dr Christiane WEITZEL	Pédiatre	CHL
Mme Jeannine WEYNANDT	Responsable maternité	CHdN



CALENDRIER DES RÉUNIONS

- **25 avril 2012** : Etude du terrain, questions et réflexions avec les gynécologues-obstétriciens

Dr Jean-Pierre Clees, Dr Paul Kaiser, Mme Marie-Lise Lair, Mme Aline Lecomte, Dr Jean-Paul Ledesch, Dr Robert Lemmer, Dr Stéphane Muller, Dr Marc Peiffer, Mme Jill Pütz, Dr Didier Van Wymersch, Dr Yolande Wagener, Mr Guy Weber

- **23 mai 2012** : Etude du terrain, questions et réflexions avec les sages-femmes et les responsables des maternités

Mme Audrey Billy, Mme Nathalie Claeys, Mme Marie-Lise Lair, Mme Aline Lecomte, Mme Berthe Mangel, Mme Catherine Pablo, Mme Béatrice Pettiaux, Mme Jill Pütz, Mme Christiane Schiltz, Mr Guy Weber, Mme Jeannine Weynandt

- **4 juillet 2012** : Etude du terrain, questions et réflexions avec les pédiatres et néonatalogues

Mme Audrey Billy, Dr Jean Bottu, Dr Christiane Donnen, Mme Marie-Lise Lair, Mme Aline Lecomte, Dr Christiane Weitzel, Mr Guy Weber

- **2 octobre 2012** : Mise en commun des discussions des 3 groupes de travail précédents et décision sur les actions à entreprendre

Mme Nadine Beaubert, Mme Audrey Billy, Dr Jean Bottu, Mme Nathalie Claeys, Dr Christiane Donnen, Dr Paul Kayser, Dr Christiane Kieffer, Mme Monique Kosmala, Mme Marie-Lise Lair, Mme Aline Lecomte, Mme Berthe Mangel-Turpel, Mme Catherine Pablo, Dr Marc Peiffer, Mme Béatrice Pettiaux, Mme Jill Pütz, Mme Christiane Schiltz, Mme Bianca Silbereisen, Mme Josiane Tozzi, Dr Christiane Weitzel, Dr Didier Van Wymersch, Dr Yolande Wagener, Mr Guy Weber

- **5 décembre 2012** : Réflexions, discussions et mise en place des recommandations nationales des césariennes sur base des recommandations internationales

Mme Audrey Billy, Dr Paul Kayser, Dr Christiane Kieffer, Mme Marie-Lise Lair, Mme Aline Lecomte, Dr Robert Lemmer, Dr Marc Peiffer, Dr Didier Van Wymersch, Dr Yolande Wagener, Mr Guy Weber

ANNEXE

Analyse détaillée du traitement des données relatives aux césariennes - 2009 et 2010



ANNEXE II : DOCUMENT À L'ATTENTION DE LA FEMME ENCEINTE

Césarienne : OUI ? NON ? PEUT-ETRE ?

Bientôt votre bébé naîtra, c'est un grand moment de bonheur!

Mais c'est également une période de questionnement sur votre grossesse, la vie avec votre bébé et aussi sur votre mode d'accouchement.

Mon bébé va-t-il naître par voie naturelle ou par césarienne ? Qu'est-ce que cela implique ? De quoi cela dépend-t-il ? Quelles sont les avantages et les inconvénients de ces 2 méthodes ? Quels sont les risques pour mon bébé et pour moi-même ? Qui va prendre la décision ?

Autant de questions que vous vous êtes peut-être posées et auxquelles nous allons essayer de vous répondre !

Cette brochure va tenter de vous aider en vous donnant des explications simples et compréhensibles sur ce qui peut amener votre enfant à naître par voie naturelle ou par césarienne.

1. Donner naissance

L'accouchement est un moment clé pour vous et pour votre enfant. Afin de vivre ce moment le mieux possible, vous serez guidée par votre médecin gynécologue et les professionnels de santé qui orienteront le choix du mode d'accouchement en fonction de l'évolution de votre grossesse, de votre santé et de celle de votre enfant. Cette brochure vous aidera à comprendre les choix pouvant amener à la décision du mode d'accouchement pour la naissance de votre bébé.

2. Quels sont les modes d'accouchement ?

On distingue 2 modes d'accouchement : la naissance par voie naturelle et la naissance par césarienne.

3. Qui choisit le mode d'accouchement ?

La décision du mode d'accouchement (accouchement par voie naturelle ou césarienne) sera l'aboutissement de l'intégration de tous les éléments évalués tout au long de votre grossesse par votre gynécologue.

Le mode initialement prévu peut cependant encore changer au cours de votre grossesse et même au moment du travail étant donné que des événements imprévus peuvent se produire.

Une césarienne devra être réalisée d'office lorsque votre gynécologue juge que le risque d'accoucher par voie basse est trop grand pour vous et/ou pour votre bébé.

En dehors des raisons strictement médicales, les avantages et les inconvénients doivent être soigneusement pesés avant d'opter pour un choix spécifique. Les médecins et les sages-femmes collaborent étroitement avec vous en étant à l'écoute de vos peurs et de vos souhaits, mais aussi dans le souci de la meilleure protection de votre santé et celle de votre bébé.

Chaque accouchement est différent ; les risques, les complications, les raisons de faire une césarienne ou d'accoucher par voie basse sont différentes d'une femme à l'autre. La balance bénéfices/risques doit être évaluée au mieux pour vous permettre, ainsi qu'à votre bébé, de vivre sereinement la naissance.

Toutefois, n'oublions pas que la majorité des grossesses et des accouchements se déroulent sans complications.

4. Les modes d'accouchement

4.1. L'accouchement par voie naturelle

L'accouchement par voie naturelle est la méthode physiologique pour donner naissance.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), décrit la naissance « normale » comme suit :

Une naissance « normale » est une naissance dont le déclenchement est spontané, dont le risque est faible dès le début et tout au long du travail et de l'accouchement. L'enfant naît spontanément en position céphalique du sommet entre les 37^e et 42^e semaines de gestation. Après la naissance, la mère et le nouveau-né se portent bien.

L'accouchement par voie naturelle présente de nombreux **avantages** :

Pour vous :

- Vécu plus satisfaisant de votre accouchement,
- Risques réduits d'infections,
- Séjour en maternité plus court,
- Récupération physique plus rapide après la naissance,
- Risques moindres de dépression postnatale,



- Moins de douleurs et moins de fatigue après l'accouchement,
- Moins de saignements au total.

Pour votre bébé :

- Meilleure adaptation de votre enfant à la vie extra-utérine,
- Facilitation du lien d'attachement avec votre bébé,
- Transition plus facile pour votre bébé à la vie extra-utérine, notamment concernant l'adaptation de la respiration, la stimulation immunitaire, l'initiation de l'allaitement,
- Développement chez votre bébé d'une flore intestinale équilibrée, favorisée par le passage par les voies naturelles.

Et quelques inconvénients:

- Cicatrices du périnée,
- Risque d'incontinence très légèrement augmenté

Le cas particulier de :

4.2 L'accouchement par ventouse ou forceps

Si lors de la phase finale de la naissance, votre bébé présente des anomalies du rythme cardiaque persistant ou d'autres signes de détresse ou s'il y a une stagnation de l'accouchement, une extraction par ventouse obstétricale ou par forceps peut être indiquée. Ce sont des instruments obstétricaux qui aident à la sortie de votre bébé.

4.3. L'accouchement par césarienne

Il existe des situations pour lesquelles la naissance par voie naturelle n'est pas possible ou présente des risques importants pour vous ou votre bébé; dans ce cas, une césarienne est envisagée par votre gynécologue.

La césarienne est une intervention chirurgicale qui permet l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus.

C'est un mode d'accouchement qui permet de sauver des vies, autant la vôtre que celle de votre bébé.

Toutefois, même si la technique est de plus en plus sûre, ce qui fait parfois oublier les inconvénients et les complications possibles de l'accouchement par césarienne, ce n'est pas un acte banal.

Le taux de césarienne est très variable d'un pays à l'autre : en Belgique il est de 20%, en France 21%, en Allemagne 31,3% et au Luxembourg 31%.

La césarienne est donc loin d'être rare.

La césarienne est loin d'être rare et même si la technique est de plus en plus sûre, ce n'est pas un acte banal.

5. Quand la décision de faire une césarienne est-elle prise ?

AVANT le début du travail

La césarienne peut être programmée (césarienne primaire) avant l'accouchement, si des difficultés dans le déroulement de l'accouchement sont prévisibles et susceptibles d'entraîner des conséquences pour vous ou pour votre bébé.

Il s'agit dans ce cas d'une **césarienne programmée** : sa réalisation est planifiée en général après 38 semaines de gestation. Les raisons les plus courantes sont :

- o **Placenta prævia** : On parle de placenta prævia quand le placenta est anormalement localisé et qu'il se situe dans le bas de votre utérus. S'il recouvre le col totalement ou partiellement, une césarienne programmée sera indispensable, il s'agit d'une **indication absolue de césarienne**.
- o **Utérus cicatriciel** : Si vous avez déjà accouché par césarienne, votre utérus a une cicatrice. L'utérus cicatriciel est plus fragile mais ce n'est pas une raison obligatoire pour refaire une césarienne. **Un accouchement par voie basse** pourrait vous être proposé. Votre médecin prendra en compte les raisons de votre césarienne précédente qui peuvent rendre **une deuxième césarienne nécessaire**. Si vous avez déjà eu deux césariennes ou plus, une nouvelle césarienne est fortement recommandée.
- o **Grossesse gémellaire** : **L'accouchement par voie naturelle est possible** lorsque vous attendez des jumeaux. La décision du mode d'accouchement dépendra de l'évaluation de plusieurs facteurs, notamment la position des bébés, l'existence d'une ou deux poches, la localisation du/des placenta(s).
- o **Présentation en siège** : La présentation du bébé en siège n'est pas toujours une indication de césarienne et **un accouchement par voie naturelle peut être envisagé et discuté** avec votre gynécologue sous certaines conditions. Une tentative de manœuvre externe visant à « tourner » votre bébé pourra aussi vous être



proposée aux alentours de 36 semaines de gestation.

- **Bébé est estimé avec un poids important** : Si le poids de votre bébé est estimé supérieur à 4500g, une césarienne peut être discutée.
Lorsque le poids de votre bébé est évalué entre 4000g et 4500g, un accouchement par voie naturelle peut vous être proposé : d'autres facteurs, comme le diabète gestationnel, le déroulement de vos accouchements précédents, votre morphologie devront être pris en compte pour évaluer le meilleur mode d'accouchement.
- **Infection virale chez la mère** (Herpès génital actif, HIV) : La césarienne a pour objectif d'éviter la contamination de votre bébé par le virus lors de l'accouchement par voie vaginale. En cas d'infection HIV, une décision au cas par cas sera prise par une équipe pluridisciplinaire de médecins.

A TOUT MOMENT

La césarienne non programmée (ou secondaire)

Même si tous les éléments se présentent en faveur d'un accouchement par voie naturelle, un événement imprévu, survenant avant ou pendant le travail, peut changer la situation et rendre une césarienne nécessaire.

Quelques exemples d'indications de césarienne secondaire :

- Hypertension artérielle maternelle grave (pré-éclampsie)
- Retard de croissance important du bébé
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal

En cours d'accouchement, la plupart des césariennes sont réalisées pour cause d'anomalies du rythme cardiaque fœtal ou de stagnation de l'accouchement (arrêt de la dilatation du col, non engagement de la tête du bébé dans le bassin maternel)

Le degré d'urgence de la césarienne et la rapidité avec laquelle elle doit être réalisée dépendent de l'indication de celle-ci, de votre état de santé et celle de votre bébé.

Quelle que soit la situation, l'équipe médicale vous informe : N'hésitez pas à poser vos questions et à donner votre avis sur la décision à prendre.

6. Quels sont les risques liés à une césarienne ?

La césarienne est une intervention chirurgicale courante dont le déroulement est simple mais comme toute chirurgie, elle peut comporter des inconvénients et/ou des risques :

Pour vous :

- Complications liées à la chirurgie (risque plus élevé de saignement et d'infections de la plaie, risques thromboemboliques)
- Séjour à la maternité et récupération plus longs, suite à une fatigue accrue, des douleurs,...
- Besoin de plus d'aide dans vos soins et pour vous occuper de votre bébé dans les premiers jours,
- Risque augmenté pour vos futures grossesses, notamment des problèmes d'implantation du placenta, de rupture utérine, qui augmentent le risque d'avoir encore une césarienne,
- Cicatrice parfois disgracieuse.

Pour votre enfant :

Contrairement à ce qui était communément admis, la césarienne n'est pas toujours le meilleur mode d'accouchement pour votre bébé :

- Une césarienne réalisée avant 38 semaines peut entraîner des troubles respiratoires chez votre nouveau-né nécessitant une prise en charge médicale et parfois même une assistance respiratoire,
- L'initiation de l'allaitement peut s'avérer plus compliquée.

Lorsqu'il n'y a pas de situation d'urgence, il est recommandé de ne pas faire une césarienne avant 38 semaines de gestation.

7. Le désir de césarienne

Certaines mamans souhaitent avoir une césarienne d'emblée alors qu'un accouchement par voie naturelle est possible.

Divers motifs peuvent être évoqués pour demander une césarienne.

Chaque accouchement est unique et les expériences que vous avez vécues ou dont vous avez entendu parler ne sont pas la règle.

Il est important de comprendre ses propres motifs, ses craintes, les avantages et les inconvénients des



différents modes d'accouchement et d'éliminer les idées préconçues.

N'hésitez jamais à poser toutes les questions que vous souhaitez et à demander des informations complémentaires.

Les professionnels de santé qui vous accompagnent tout au long de votre grossesse vous proposent un accompagnement personnalisé et identifient avec vous les raisons de la demande d'une césarienne. Ils sont présents pour vous aider et vous guider par rapport à vos craintes.

8. Information supplémentaires

Nous vous conseillons également la documentation présente sur ces sites :

- Association Césarine: échange, soutien et information autour de la naissance par césarienne : www.cesarine.org/
- Concernant la césarienne programmée, fiche d'informations pour les patientes : www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUFIC_06.HTM

- Concernant la césarienne et son déroulement : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf
- Concernant la césarienne programmée à terme : www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_fiche_de_synthese_-_information.pdf
- Concernant le choix amenant à une césarienne : www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/486374/Datei/60620/Kaiserschnitt.pdf
- Concernant l'analyse et l'amélioration des pratiques : www.cngof.asso.fr/D_TELE/HAS2012_Reco_cesarienne_programmee.pdf
- Au Luxembourg, les recommandations de bonnes pratiques sont consultables sur le site : <http://www.conseil-scientifique.lu/>