



Conseil Scientifique
Domaine de la Santé

INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE PROGRAMMÉE A TERME

AU LUXEMBOURG



VERSION LONGUE MISE A JOUR 2021

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
1. <u>MESSAGES-CLES</u>	3
2. <u>INDICATEURS D'IMPLÉMENTATION DES RECOMMANDATIONS :</u>	4
3. <u>ARGUMENTAIRE</u>	5
3.1 EVOLUTION DU TAUX GLOBAL DE CESARIENNES AU COURS DE 2007 A 2017 AU LUXEMBOURG	7
3.2 REPARTITION DES CESARIENNES AU LUXEMBOURG DE 2014 A 2016 EN FONCTION DE LA CLASSIFICATION DE ROBSON	8
4. <u>SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES</u>	9
5. <u>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</u>	11
5.1 UTERUS CICATRICIEL	12
5.2 GROSSESSES GEMELLAIRES	12
5.3 PRESENTATION EN SIEGE	12
5.4 MACROSOMIE	13
5.5 DEMANDE DE LA MERE	13
5.6 RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTERIN	14
5.7 PLACENTA PRÆVIA	14
5.8 TRANSMISSION FŒTO-MATERNELLE D'INFECTIONS	14
5.9 DYSTOCIE FŒTO-PELVIENNE	15
5.10 PATHOLOGIE DE LA MERE	15
6. <u>ABBREVIATIONS</u>	15
7. <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	15
8. <u>GROUPE DE TRAVAIL</u>	18

1. MESSAGES-CLÉS

En raison de la morbidité néonatale, il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofoetales sauf pathologies périnatales obligeant un accouchement plus tôt. (grade C de la HAS)

Une césarienne programmée à terme (> 37 semaines d'aménorrhées (SA) est indiquée dans les cas suivants :

- Placenta prævia complet ou partiel (la seule indication absolue) (grade AE de la HAS)
- Antécédents de deux césariennes (grade C de la HAS)
- Grossesse gémellaire pour laquelle les données de la première présentation céphalique ne permettent pas de recommander une voie plutôt qu'une autre. (grade C de la HAS)
- Macrosomie (poids du fœtus estimée ≥ 4.500 g) en présence d'un diabète (grade C de la HAS)
- Suspicion de dystocie et d'antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial. (grade C de la HAS)
- Patiente en travail présentant une infection herpétique génitale (primaire ou récidivante) active (lésion ulcéreuse ou lésions avec croutes, syndromes précurseurs type brûlure ou douleur) (recommandation des experts du GT)
- Primo infection herpétique génitale dans les 6 semaines avant le début du travail (même si la patiente est sous acyclovir) (recommandation des experts du GT)
- Infection HIV, si la charge virale est > à 400 copies VIH/ ml (grade C de la HAS)

La césarienne reste un mode d'accouchement dont le bénéfice/risque est négatif lors d'un choix dit **de confort pour la future mère ou pour faciliter l'organisation des soins**. Les complications secondaires potentielles de la césarienne sont supérieures à celles des naissances par voie vaginale pour l'enfant comme pour la mère. (grade C de la HAS)

Il faut préparer l'accouchement avec la future maman en discutant si besoin des risques de la césarienne programmée à terme sans indication médicale. (grade AE de la HAS)

La mise en place d'un programme d'accompagnement des maternités pour diminuer les taux de césariennes à terme sans indication médicale et en particulier celles avant 39 SA permet de diminuer le taux de césariennes primaires, en identifiant les éléments facilitateurs et les barrières à la mise en place des recommandations. (OMS, 2018)

2. INDICATEURS D'IMPLÉMENTATION DES RECOMMANDATIONS :

Proposition d'indicateurs pour suivre l'évolution des indications de césariennes programmées à terme à monitorer par le groupe PERINAT:

- Taux de césariennes à terme (césariennes primaires et secondaires > 37 SA) :
 - Cet indicateur permet de suivre le pourcentage de césariennes à terme qu'elles soient programmées ou non.
 - Taux de césariennes à terme = (nombre de césariennes à terme (> 37 SA) / nombre d'accouchements > 37 SA) × 100
- Taux de césariennes à terme **et** programmées, calculé avec l'aide des données PERINAT :
 - Ce taux inclut le taux des césariennes sur demande de la future mère
 - Taux de césariennes à terme **et** programmées = (nombre de césariennes programmées à terme (> 37 SA) / nombre d'accouchements > 37 SA) × 100
- Taux de césariennes à terme en urgence (césariennes à terme non programmées ou césarienne secondaire)
 - Taux de césariennes à terme **et non** programmées = (nombre de césariennes non programmées à terme (> 37 SA) / nombre d'accouchements > 37 SA) × 100
- Taux de césariennes programmées réalisées entre 39 et 41 SA
 - Il est important pour diminuer le risque fœtal de réaliser les césariennes le plus tard possible.
 - Taux de césariennes programmées entre 39 et 41 SA = (nombre de césariennes programmées entre 39-41 SA / nombre de césariennes réalisées entre 37 et 41 SA) × 100
- Renseignement systématique du groupe de la classification de Robson pour chaque enregistrement PERINAT :
 - Calculé par le taux (%) de fiches PERINAT sans information interprétable
- Taux de morbidité maternelle après césarienne à terme (>37 SA) selon l'indication et la classification de Robson
 - Les accidents thromboemboliques peuvent être considérés comme pathologies liées à la césarienne chez la mère. (grade AE de la HAS)
- Taux de morbidité néonatale après césarienne selon l'indication et la classification de Robson
 - Toutes pathologies/complications entraînant une détresse respiratoire.
- Taux d'allaitement suite à une césarienne primaire

Remarque : au Luxembourg la mortalité périnatale étant très faible cet indicateur ne semble pas pertinent pour suivre l'implémentation de ces recommandations de bonnes pratiques.

3. ARGUMENTAIRE

Les taux de césariennes ont augmenté depuis les années 2000 dans tous les pays de l'OCDE, passant d'un taux de 20% en moyenne en 2000 à 28% en 2015.

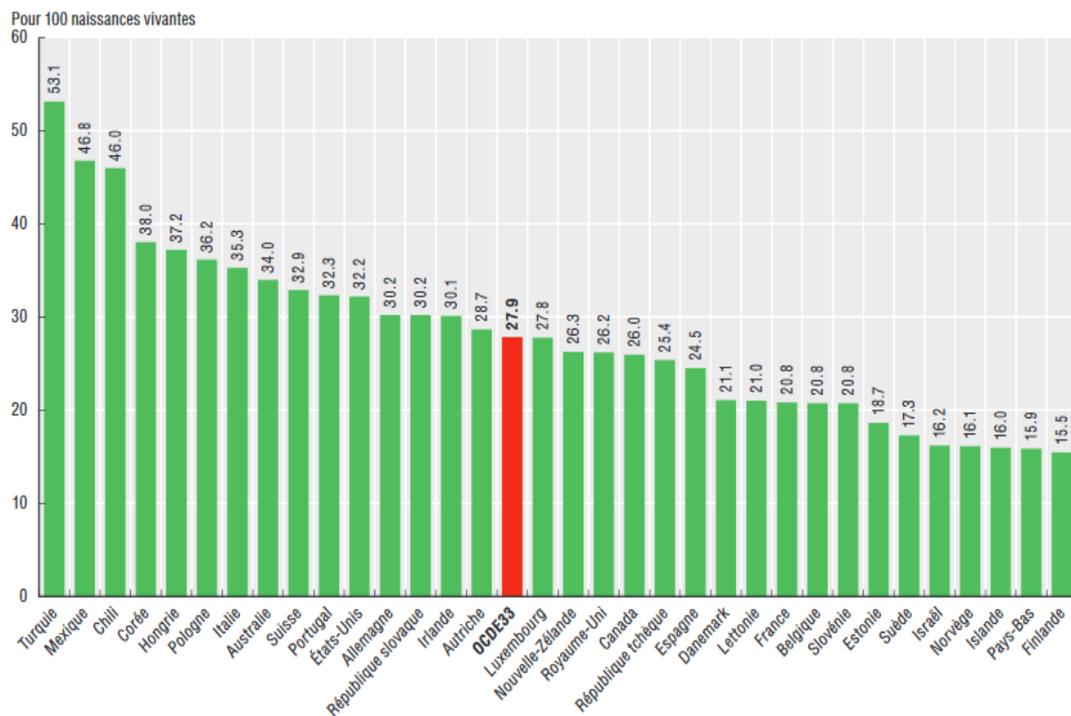
Ces augmentations même si elles semblent se stabiliser dans certains pays dans les 5 dernières années ne sont pas seulement secondaires à l'augmentations du nombre de césariennes à terme sans indication médicale (césariennes parfois aussi appelée césariennes de confort).

En effet, l'âge plus tardif des femmes à la première naissance et les naissances multiples, secondaires à la procréation médicalement assistée (PMA) ou non, comme la peur d'action en justice contre l'obstétricien sont quelques explications à prendre en compte pour justifier cette augmentation.

Pourtant la césarienne n'est pas sans risque pour la mère comme pour l'enfant. (1)

En 2018, l'OMS déclarait : « la priorité de devrait pas être d'atteindre un taux spécifique mais de tout mettre en œuvre pour pratiquer une césarienne chez toutes les femmes qui en ont besoin » (2)

Graphique 9.20. **Taux d'accouchement par césarienne, 2015 (ou année la plus proche)**



Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933609796>

En 2018, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) constate aussi que les taux de césariennes augmentent partout dans le monde.

Elle déplore que cette augmentation de la pratique ne se soit pas accompagnée de bénéfices pour la mère ou l'enfant en particulier concernant les risques de morbidité maternelle et périnatale comme les risques lors des futures grossesses.

Enfin l'OMS souligne les coûts de cette pratique pour le système de santé et propose que les recommandations de bonnes pratiques soient mieux implémentées pour

diminuer le nombre de césariennes non-obligatoires en renforçant les actions envers les femmes, les professionnels de santé et l'organisation des soins. (3)

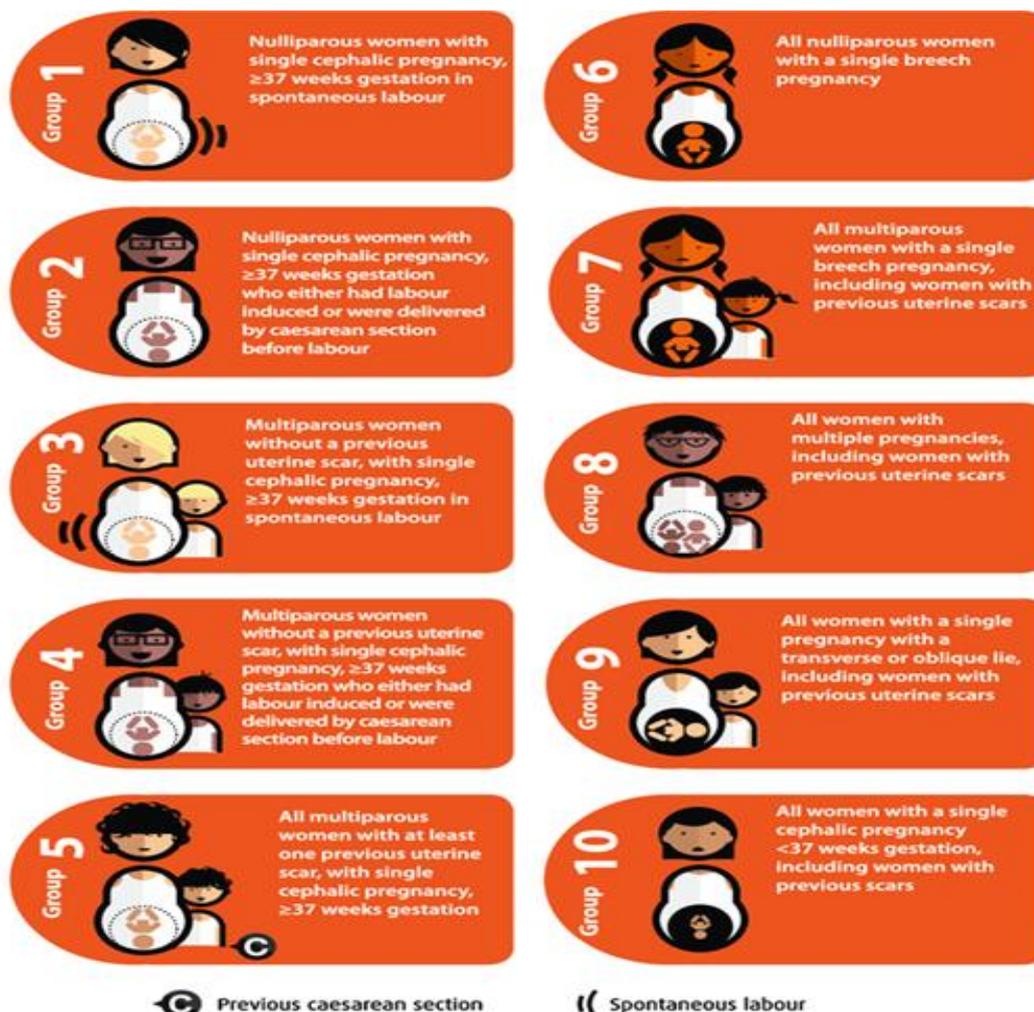
Au Luxembourg le taux moyen de césariennes entre 2014 et 2016 est de 32,0%, parmi lesquelles 16,9% sont des césariennes primaires et 15,1% des césariennes secondaires. (4). Ce taux moyen était de 31% pendant la période 2011-2013. (5)

Par contre si l'on considère l'ensemble des femmes ayant eu une césarienne entre 2014 et 2016, 36% avait déjà eu une césarienne. L'adage césarienne 1 fois égal césarienne toujours semble être toujours de mise. (4)

En 2014, l'OMS a proposé l'utilisation systématique de la classification de Robson aussi connue sous le nom de classification en 10 groupes, pour analyser, suivre et comparer les taux de césariennes. (2)

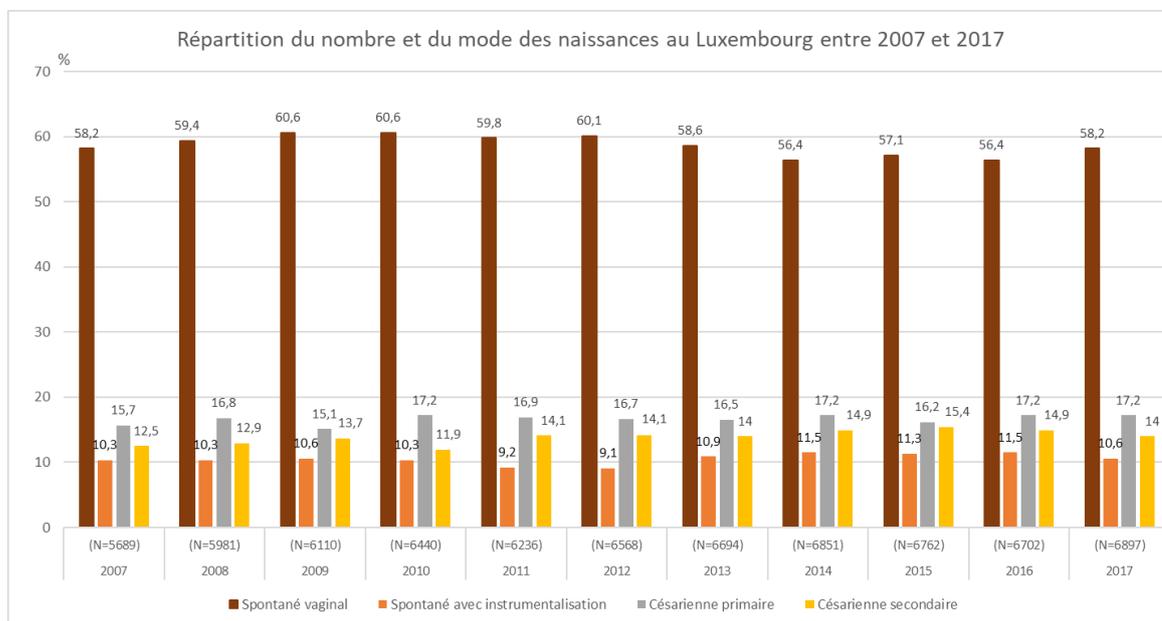
Cette classification répartit les femmes en 10 groupes selon 5 caractéristiques obstétricales simples récoltées en routine dans les maternités pour chaque future mère (la parité, le nombre de fœtus, les ATCD de césariennes, le début du travail, l'âge gestationnel et le type de présentation du fœtus).

La classification de Robson :



<https://www.researchgate.net/publication/317553129/figure/fig1/AS:614093002133504@1523422589352/Robson-classification-system-Reproduced-with-permission-from-World-Health-Organization.png>

3.1 Evolution du taux global de césariennes au cours de 2007 à 2017 au Luxembourg



Données du Registre national PERINAT 2007-2017

Classification de ROBSON

1	Nullipares, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines, début travail spontané
2A	Nullipares, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines, ayant eu un début de travail induit
2B	Nullipares, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines, ayant eu une césarienne avant début de travail.
3	Multipares, sans antécédent de césarienne, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines, début de travail spontané.
4A	Multipares, sans antécédent de césarienne, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines, ayant eu un début de travail induit.
4B	Multipares, sans antécédent de césarienne, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines, ayant eu une césarienne avant début de travail.
5A	Toutes les multipares avec un antécédent de césarienne, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines
5B	Toutes les multipares avec 2 ou plus d'antécédents de césarienne, grossesses simples, présentation céphalique, ≥37 semaines
6	Toutes les nullipares, grossesses simples, présentation en siège
7	Toutes les multipares, grossesses simples, présentation en siège, incluant les femmes avec un antécédent de césarienne
8	Toutes les femmes avec un grossesse multiple, incluant les femmes avec un antécédent de césarienne
9	Toutes les femmes avec une grossesse simple, présentation transverse ou oblique, incluant les femmes avec un antécédent de césarienne
10	Toutes les femmes avec une présentation céphalique, < 37 semaines, incluant les femmes avec un antécédent de césarienne.

Classification utilisée au Luxembourg (Registre PERINAT)

3.2 Répartition des césariennes au Luxembourg de 2014 à 2016 en fonction de la classification de Robson

TABLEAU 22 : Classification de Robson, 2014-2015-2016

Classification de ROBSON					
	N	%	% Césarienne primaire	% Césarienne secondaire	% Voie basse
1	5158	25,5	0	16,9	83,1
2A	2605	12,9	0	34,9	65,1
2B	470	2,3	100	0,0	0
3	4517	22,3	0	3,9	96,1
4A	2175	10,7	0	6,0	94
4B	175	0,9	100	0,0	0
5A	2132	10,5	53,1	17,6	29,3
5B	459	2,3	88,7	11,1	0,2
6	601	3,0	72,7	23,1	4,2
7	404	2,0	69,6	21,8	8,7
8	419	2,1	49,3	32,1	18,7
9	77	0,4	63,6	32,5	3,9
10	1063	5,2	22,9	14,7	62,5
Total	20255	100,0	16,8	15,1	68,1
Manquante	61				
Total	20316				

Extrait de : « Analyse et évaluation de l'impact potentiel des recommandations du Conseil scientifique du domaine de la santé, du 9 juillet 2014, en matière des indications de la césarienne programmée à terme au Luxembourg » (6)

On constate que :

Le taux de césariennes varie de façon importante d'un sous-groupe de femmes à l'autre.

2,3% des nullipares (groupe 2B) avec une grossesse simple et un fœtus en présentation céphalique ont une césarienne primaire après 37 semaines de grossesse.

16,9% des nullipares avec une grossesse simple et un fœtus en présentation céphalique et ayant un début de travail spontané (groupe 1) ont eu une césarienne secondaire, ce taux passe à 34,9% si le début du travail a été induit (groupe 2A).

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 »	« Absolute und relative Indikationen zur Sectio caesarea - Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen », Allemagne - DGGG-2010 (10)	«Caesarian section update» Angleterre - NICE-2011 (11)
Césariennes itératives	<p>L'utérus cicatriciel n'est pas en lui-même une indication de césarienne.</p> <p>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 corporéale.</p> <p>En cas d'antécédents de 3 césariennes ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne.</p> <p>.</p>	Ce n'est pas une indication absolue.	/
Grossesse gémellaire	<p>Une grossesse gémellaire avec le 1er jumeau en céphalique n'est pas une indication de césarienne.</p> <p>Dans le cas du 1er jumeau en siège, les données ne permettent pas de recommander une voie plutôt qu'une autre.</p>	Ce n'est pas une indication absolue.	<p>Pas de césarienne de routine pour les grossesses gémellaires dont le 1er jumeau est en céphalique.</p> <p>La césarienne programmée est recommandée en cas de grossesse multiple avec le 1er bébé en siège.</p>
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>	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</p>

	<p>* Absence de déflexion tête fœtale.</p> <p>* Coopération de la patiente.</p>		programmée recommandée. est
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 fœtal estimé à \geq 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.	Dystocie
Transmission foeto-maternelle d'infections	<p>- <u>VIH</u> : 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><u>Hépatite B</u> : Il n'est pas recommandé de pratiquer une césarienne programmée.</p>		<p>- HIV : Césarienne programmée recommandée.</p> <p>- Herpès génital primaire au 3ème 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>

	<p><u>Herpès</u> : Si une primo infection est déclarée après 35 SA, une césarienne programmée est recommandée à 39SA.</p>		
--	---	--	--

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 37 semaines de gestation ou plus de 39 semaines d'aménorrhée**, non liée à une situation d'urgence apparaissant au cours du travail ou en dehors du travail.

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)

Grades de recommandation:

Les grades de recommandation présentés ici sont ceux de la HAS (7) pour un terme de 39 semaines d'aménorrhée.

- Grade A : preuve scientifique établie
- Grade B : présomption scientifique
- Grade C : faible niveau de preuve
- Grade AE : Accords d'experts, en l'absence d'études.

Remarques :

- L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles.
- Lorsque les experts du groupe de travail (GT) ont estimé que les recommandations de la HAS n'étaient pas adaptées au Luxembourg le grade attribué est : recommandation des experts du GT.

5.1 Utérus cicatriciel

- **L'utérus cicatriciel n'est pas, en lui-même, une indication de césarienne programmée. (Grade 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. **(Grade C)**
- En cas **d'antécédents d'au moins deux césariennes**, il est recommandé de faire une **césarienne programmée. (Grade C)**
- En cas de cicatrice corporeale, il est préférable de réaliser une césarienne programmée. **(Grade 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. **(Grade AE)**
- L'utérus cicatriciel n'impose pas la réalisation d'une radiopelvimétrie. **(Grade AE)**

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. (Grade 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, les effets de la césarienne restent incertains, il n'y a donc pas de recommandation d'une voie plutôt qu'une autre. **(Grade C de la HAS et Recommandation des experts du GT)**
- **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. (Grade C)**

5.3 Présentation en siège

- **La présentation en siège n'est pas, en elle-même, une indication de césarienne programmée. (Grade B)**
- La tentative de manœuvre par version externe à 36 semaines 0 jour de gestation est une option. **(Grade 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 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. **(Grade 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. **(Grade AE)**
- 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. **(Recommandation des experts du GT)**

5.4 Macrosomie

Dans le cadre de ces recommandations une macrosomie correspond à une estimation du poids fœtal à partir de 5000 g en dehors d'un diabète, en tenant compte des difficultés d'évaluation du poids fœtal. La macrosomie fœtale constitue l'une des complications d'un diabète maternel (essentiellement diabète gestationnel).

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

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 envisageable en cas de poids fœtal estimé supérieur à 5000 g. **(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 4500 g. **(Grade 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. **(Grade 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 par la patiente et par l'équipe de prise en charge obstétricale sont obligatoires avant toute décision. **(Grade AE)**

- La situation de la patiente et la connaissance de ses antécédents obstétricaux sont importants à prendre en compte en particulier si un accouchement a déjà été vécu comme traumatique avec par exemple :
 - une déchirure de stade « 3 » ou « 4 »,
 - un accouchement avec forceps ou ventouse, (Remarque : toutes les patientes ne ressentent pas ces accouchements comme des traumatismes)

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. **(Grade AE)**

5.7 Placenta prævia

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

5.8 Transmission fœto-maternelle d'infections

- **HIV** : Il est recommandé de pratiquer une césarienne programmée en cas de charge virale > 400 copies VIH/ml. **(Grade AE)**
- Rappels **(Recommandations des experts du GT)** :
 - Lorsqu'une femme enceinte est HIV positive, si elle n'est pas encore suivie par le Service national des maladies infectieuses du Centre Hospitalier de Luxembourg, elle doit être référée pour avis au CHL.
 - Il ne faut pas oublier de faire tester le nouveau-né très rapidement.
- **Hépatite C** : Il n'est pas recommandé de pratiquer une césarienne programmée dans le cas d'une mono-infection par le VHC. **(Grade C)**
- **Hépatite B** : Une hépatite B ou C n'est pas une indication de césarienne primaire
- **Herpès génital** : Il est recommandé de pratiquer une césarienne programmée si :
 - la patiente est en travail et présente une infection herpétique génitale (primaire ou récidivante) active (lésion ulcéreuse ou lésions avec croutes, syndromes précurseurs type brûlure ou douleur) **(Recommandation des experts du GT)**

- la patiente présente une primo infection herpétique génitale dans les 6 semaines avant le début du travail (même si la patiente est sous acyclovir) **(Recommandation des experts du GT)**
- **Infection à papillomavirus** : Il n'est pas recommandé de pratiquer une césarienne programmée. **(Recommandation des experts du GT)**

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. **(Grade C)**

5.10 Pathologie de la mère

- Certaines pathologies de la mère imposent une prise en charge multidisciplinaire pour poser l'indication de césarienne. **(Recommandation des experts du GT)**

6. ABBREVIATIONS

DGGG:	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
HAS :	Haute autorité de santé (France)
NICE:	National Institute for health and Care Excellence
SA :	semaine d'aménorrhée

7. BIBLIOGRAPHIE

1. Panorama de la santé 2017 (page 186-187). OCDE 217.
Consulté le 25.02.2021 sur le site :
Panorama de la santé 2017 - Les indicateurs de l'OCDE (oecd.org)
2. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. OMS 2014
Consulté le 29 janvier 2021 sur le site :
OMS | Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne (who.int)
3. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections. WHO 2018. ISBN 978-92-4-155033-8
Consulté le 29.01.2021 sur le site :
WHO | WHO recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections



4. Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg: Rapport sur les naissances 2014-2015-2016 et leur évolution depuis 2001
Consulté le 25.02.2012 sur le site :
Portail Santé // Grand-Duché de Luxembourg (public.lu)
5. Surveillance de la santé périnatale au Luxembourg. Evolution de 2001 à 2011. Numéro ISBN : 978-2-919909-84-1
6. « Analyse et évaluation de l'impact potentiel des recommandations du Conseil scientifique du domaine de la santé, du 9 juillet 2014, en matière des indications de la césarienne programmée à terme au Luxembourg ».
Consulté le 9 mars 2021 sur le site :
<https://sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-pratique-cesarienne/index.html>
7. Robson Classification: Implementation Manual. WHO 2017. ISBN: 978-92-4-151319-7
Consulté le 25.02.2021 sur le site :
WHO | Robson Classification: Implementation Manual
8. Indications de la césarienne programmée à terme - Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Haute Autorité de Santé, Janvier 2012
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
14. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Dionne-Odom J, Tita AT, Silverman NS. #38: Hepatitis B in pregnancy screening, treatment, and prevention of vertical transmission. Am J Obstet Gynecol 2016; 214:6.
15. Cundy KC, Sueoka C, Lynch GR, et al. Pharmacokinetics and bioavailability of the anti-human immunodeficiency virus nucleotide analog 9-[(R)-2-(phosphonomethoxy)propyl]adenine (PMPA) in dogs. Antimicrob Agents Chemother 1998; 42:687.
16. McIntyre PG, Tosh K, McGuire W. Caesarean section versus vaginal delivery for preventing mother to infant hepatitis C virus transmission. Cochrane Database Syst Rev 2006; :CD005546.
17. Workowski KA, Bolan GA, Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep 2015; 64:1.
18. Management of Genital Herpes in Pregnancy: ACOG Practice Bulletinacog Practice Bulletin, Number 220. Obstet Gynecol 2020; 135:e193.
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of Genital Herpes in Pregnancy, October 2014.



Consulté le 05.06.2021 sur le site :
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/management-genital-herpes.pdf>
(Accessed on May 23, 2016).

8. GROUPE DE TRAVAIL

GT Santé de la Femme :

Dr Isabelle ROLLAND, coordinatrice du GT,
Cellule d'Expertise Médicale,

Dr Françoise BERTHET, Membre du Conseil Scientifique

Dr Jean-Pierre CLEES, Membre de la Société Luxembourgeoise de
Gynécologie et d'Obstétrique

Mme Sandrine COLLING, Cellule d'Expertise Médicale

Mme Änny HOFFMANN, Membre de l'Association Luxembourgeoise des
Sages-Femmes

Dr Nora MORES, Membre de la Société Luxembourgeoise de Gynécologie et
d'Obstétrique

Dr Cristina Ioana Nicolaie, Cellule d'Expertise Médicale

Invitée :

Mme Nadine Barthel, Membre de l'Association Luxembourgeoise des Sages-
Femmes

Les membres ont déclaré leurs conflits d'intérêts potentiels.

Secrétariat du Conseil Scientifique
conseil-scientifique.public.lu | csc@igss.etat.lu

B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225