



Revue de presse

M. Dreyfus (responsable de rubrique)

Service de gynécologie obstétrique, hôpital Clémenceau, boulevard Georges-Clémenceau, 14033 Caen, France

Disponible sur internet le 15 février 2007

Mortalité maternelle dans le post-partum après un accouchement par césarienne

Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Breart G.

Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet. Gynecol.* 2006;108:541-8.

La tendance actuelle en obstétrique est un accroissement des taux de césariennes. Depuis quelques années, les États-Unis ont atteint des taux annuels d'accouchements par césarienne de 25 à 30 %. En France, ce chiffre est passé de 10,8 % en 1981 à 20,2 % en 2003? soit près de 160 000 femmes bénéficiant d'une césarienne chaque année.

Résumé

L'objectif de cette étude était d'estimer le risque de mort maternelle directement imputable à l'accouchement par césarienne en le comparant à celui d'un accouchement par les voies naturelles et d'examiner les différences de risque entre les césariennes programmées et les césariennes réalisées pendant le travail. Il s'agissait d'une étude « cas - contrôles » utilisant les données de la commission nationale d'enquête confidentielle sur les morts maternelles qui existe depuis 1995. Elle revoit de façon anonyme toutes les morts maternelles déclarées dans le pays selon la définition de l'OMS (décès lié à une cause obstétricale directe ou indirecte survenant au cours de la grossesse ou dans les 42 jours

après la fin de celle-ci, quelle que soit la durée de la grossesse et son site d'implantation). Entre 1996 et 2000, 269 morts maternelles ont été identifiées. Parmi celles-ci, 51 sont survenues pendant la grossesse ou au décours d'une grossesse ne s'étant pas terminé par un accouchement (grossesse extra-utérine, avortements). Ces 51 dossiers ont, bien entendu, été exclus de cette étude. Seuls les accouchements survenus après 22 semaines d'aménorrhée ou les naissances de plus de 500 grammes ont été pris en considération, ce qui représentait 218 dossiers. Parmi ceux-ci, les auteurs ont exclu les femmes ayant des conditions médicales augmentant, soit leur probabilité d'avoir une césarienne, soit leur risque de décéder au décours de l'accouchement. Les décès survenus après grossesses multiples ont également été exclus de l'analyse. Les 208 cas restants ont été regroupés en trois catégories : 1) décès dus à une pathologie chronique préexistante à la grossesse (pathologies circulatoire, hématologique, etc. ; $n = 44$) ; 2) décès liés à des conditions obstétricales apparues avant l'accouchement (pathologie hypertensive, placenta praevia hémorragique, hématome rétroplacentaire, embolie amniotique, thrombose cérébrale, hémorragie intracérébrale ; $n = 64$) ; 3) décès liés à des conditions obstétricales apparues pendant ou au décours de l'accouchement ($n = 98$). Les deux premières catégories n'ont pas été retenues pour cette étude qui ne s'intéressait qu'aux décès liés au mode d'accouchement. Enfin, les décès de patientes ayant été hospitalisées au cours de la grossesse ont également été exclus en considérant que cette hospitalisation représentait un marqueur de morbidité anténatale sévère. Au final, 65 décès maternels ont été inclus dans cette étude « cas - contrôles ». Les contrôles ont été sélectionnés au sein de la population de l'enquête périnatale nationale réalisée par l'Inserm, en

Adresse e-mail : dreyfus-m@chu-caen.fr (M. Dreyfus).

1998. Celle-ci regroupait 13 478 patientes. Pour servir de « contrôles », ces femmes ne devaient pas être décédées dans les 42 jours du post-partum, ni avoir de grossesse multiple, ni avoir été hospitalisées en cours de grossesse, ce qui laissait pour l'analyse 10 244 patientes. Parmi ces dernières, une analyse séparée a été réalisée pour les 37 femmes ayant été hospitalisées dans le post-partum immédiat en unité de soins intensifs, car ce paramètre pouvait correspondre à une morbidité sévère préexistante (critère n'étant pas relevé par l'enquête de l'Inserm) qui aurait pu biaiser les résultats. Le critère de jugement principal était la voie d'accouchement, par césarienne ou par voie basse. Les césariennes étaient classées selon qu'elles aient été réalisées en pré- ou en per-partum. La voie d'accouchement était connue pour tous les cas et était manquante pour 48 contrôles (0,5 %). Les paramètres suivants ont été collectés, car ils pouvaient correspondre à des variables de confusion pour l'association entre la voie d'accouchement et la mortalité maternelle : âge, nationalité, parité, prématurité, nombre d'accouchements réalisés dans la maternité, niveau de la maternité (universitaire, hôpital général privé). Les résultats ont été présentés sous forme d'odds ratio du risque de décès maternel dans le post-partum après un accouchement par césarienne, après analyse par régression logistique et ajustement sur les variables de confusion. Lorsque les caractéristiques des deux populations ont été comparées, il apparaissait que les cas étaient représentés par des patientes plus âgées (44,6 contre 16,2 % de patientes de plus de 35 ans) ayant une parité plus élevée (14 % de femmes ayant une parité supérieure à 3 contre 3,2 %) et ayant plus d'accouchements prématurés (9,4 contre 2,9 %). Il n'y avait aucune différence dans le nombre d'accouchements par maternité et dans le type de maternité où étaient survenus les décès. La proportion d'accouchements par césarienne était significativement plus importante parmi les cas que parmi les contrôles (41,5 contre 14,9 %). Cette proportion était également supérieure quel que soit le moment de réalisation de la césarienne (pré- ou per-partum). Après ajustement, le risque de décès post-partum était multiplié par 3,6 après un accouchement par césarienne. Ce risque ne différait guère entre les césariennes réalisées avant et pendant le travail (OR = 1,39 ; 0,62-3,15). Cette analyse a abouti aux mêmes conclusions après avoir exclu les accouchements prématurés. À terme, le risque de décès en post-partum après un accouchement par césarienne était multiplié par 3,3 et ne différait pas entre les césariennes réalisées avant et pendant le travail. Une analyse réalisée en ayant exclu les contrôles hospitalisés en unité de soins intensifs dans le post-partum aboutissait aux mêmes conclusions. Afin de mieux comprendre l'association entre décès du post-partum et accouchement par césarienne, la distribution des causes de décès en fonction du type d'accouchement a été étudiée parmi les 65 cas. Il est apparu que les causes de décès différaient entre les accouchements par césarienne et par voie basse. Parmi ces derniers, 50 % étaient représentés par des hémorragies du post-partum et un quart survenait après une embolie amniotique ($n = 10$). Parmi les décès survenus après césarienne ($n = 27$), un quart était représenté par une pathologie thromboembolique, 15 % par une infection et 15 % survenaient après des complications anesthésiques. Le risque de mortalité en post-partum après accouchement par césarienne

a pu être calculé en fonction des causes spécifiques. Ce risque a été multiplié par 22 pour les complications anesthésiques tout comme pour les infections puerpérales et était augmenté d'un facteur de 13 pour les pathologies thromboemboliques. En revanche, il n'y avait aucune différence en ce qui concernait les décès par hémorragie du post-partum comparativement aux accouchements par voie basse. Cette distinction n'a pu être réalisée entre les césariennes effectuées en pré- et en per-partum en raison du faible nombre de cas.

Commentaire n° 1

Ce travail effectué par une équipe française réputée pour ses publications sur la morbidité et la mortalité maternelles depuis de longues années, doit nous rendre attentif au risque de banalisation de la césarienne. Les conclusions de cet article montrent trois fois plus de décès dans le post-partum chez les femmes ayant eu une césarienne comparativement à celles ayant accouché par les voies naturelles, après ajustement sur les variables de confusion. La force de ce travail est qu'il s'appuie sur une base de données nationale qui a permis d'isoler les décès uniquement liés au mode d'accouchement, de ceux éventuellement en relation avec une pathologie maternelle ou obstétricale de survenue anténatale.

Cette augmentation de risque est principalement liée à trois causes : les accidents thromboemboliques, les infections et les complications anesthésiques. Ces dernières sont peu nombreuses et les techniques d'anesthésie ont évolué. Dans cette étude, trois décès sont survenus après des anesthésies générales, le quatrième étant survenu après une rachianesthésie. Actuellement, les taux de césariennes sous anesthésie générale diminuent régulièrement passant de 12,9 % dans l'enquête périnatale de 1998 à 7,2 % en 2003. Il est possible, dans les années à venir, que cette cause de décès soit nettement diminuée. À l'inverse, plusieurs articles rapportent une augmentation de la morbidité infectieuse et thromboembolique bien supérieure après accouchement par césarienne qu'après accouchement par voie vaginale [1,2]. Il est évident qu'une augmentation de la morbidité sévère est intimement liée à une augmentation des taux de mortalité maternelle. De façon surprenante, il n'a pas été constaté de surrisque de mortalité lié aux hémorragies de la délivrance, ce qui a été confirmé par d'autres travaux [1]. Il est possible que les patientes ayant subi une césarienne soient surveillées de façon plus stricte et que la prise en charge d'une hémorragie de la délivrance soit plus rapide et plus efficiente dès les premiers signes d'hémorragie. En tout état de cause, l'identification d'étiologie spécifique du décès postcésarienne devrait permettre dans l'avenir d'améliorer les attitudes préventives en postopératoire, notamment pour réduire les décès liés à des infections ou à des pathologies thromboemboliques.

Certaines critiques pourraient être faites sur ce travail, notamment l'existence d'une sous-déclaration des décès maternels. Une étude française avait rapporté un chiffre de 19 % de sous-déclarations de décès de femmes non rapportés à des pathologies gravidiques [3]. Dans cette étude, il est peu probable que cette sous-déclaration ait été importante puisque les cas ont été inclus dès qu'il était fait mention d'une grossesse ou d'une naissance sur le certificat de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3273849>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3273849>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)