

La SOGC a pour politique de passer le contenu en revue cinq ans après la publication. Un document peut alors être réaffirmé ou révisé pour refléter les données émergentes et les changements aux pratiques.

N° 361, juillet 2018

N° 361 - Césarienne sur demande maternelle

La présente opinion de comité a été rédigée par les auteurs, examinée par le Comité de pratique clinique – obstétrique, le Comité de surveillance de gestion des directives clinique, et approuvée par le comité exécutif de la SOGC.

Eman Alsayegh, MD, Toronto (Ontario)

Hayley Bos, MD, Victoria (British Columbia)

Kim Campbell, RM, Vancouver (British Columbia)

Jon Barrett, MD, Toronto (Ontario)

Le Comité de pratique clinique – obstétrique : Hussam Azzam (Co-Chair), MD, Thompson (Man.); Ellen Giesbrecht (Co-Chair), MD, Vancouver (C.-B.); Jon Barrett, MD, Toronto (Ont.); Anne Biringer, MD, Toronto (Ont.); Hayley Bos, MD, Victoria (C.-B.); Kim Campbell, RM, Vancouver (C.-B.); Krista Cassell, MD, Charlottetown (Î.-P.-É.); Kirsten Duckitt, MD, Campbell River (C.-B.); Jessica Dy, MD, Ottawa (Ont.); Lisa Graves, MD, Toronto (Ont.); Michael Helewa, MD, Winnipeg (Man.); Lily Lee, RN, Vancouver (C.-B.); Amy Metcalfe, PhD, Calgary (Alb.); Yvonne Vasilie, MD, Pointe-Claire (Que.); Jennifer Walsh, MD, Calgary (Alb.). Tous les auteurs ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Mots clés : Caesarean section, caesarean delivery on maternal request, vaginal delivery

Résumé

Une demande maternelle de césarienne planifiée en l'absence d'indication maternelle ou fœtale peut amener un fournisseur de soins de santé à évaluer les risques et les avantages et à se

MESSAGES CLÉS

1. Une demande maternelle de césarienne planifiée en l'absence d'indication maternelle ou fœtale peut amener un fournisseur de soins de santé à évaluer les risques et les avantages et à se poser des questions éthiques.
2. Il est essentiel de bien conseiller la patiente quant aux risques et aux avantages de la césarienne sur demande maternelle (CDM) sans indication médicale. Les fournisseurs devraient être en mesure d'offrir une comparaison des risques et des avantages de cette intervention et de ceux qui sont associés à une tentative d'accouchement par voie vaginale, afin que la patiente puisse prendre une décision éclairée. L'autonomie de la patiente devrait être respectée, mais d'autres principes éthiques (bienfaisance, non-malfaisance et justice) doivent aussi être pris en considération durant le processus de conseil.
3. Il n'existe pas d'études estimant les risques de la CDM pour la mère et le nouveau-né. Souvent, on utilise des études sur la césarienne avant le déclenchement du travail comme substitut pour déterminer les risques et les avantages.
4. Si, après avoir exploré les raisons de sa demande et discuté des risques et des avantages avec le médecin, la patiente est ferme dans son choix, le médecin peut opter pour une des deux options suivantes :
 - a. accepter de faire la césarienne après 39+0 semaines de grossesse;
 - b. refuser et aiguiller la patiente pour un deuxième avis médical.

J Obstet Gynaecol Can 2018;40(7):972–977

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.04.043>

Copyright © 2018 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

poser des questions éthiques. Il est essentiel de bien conseiller la patiente quant aux risques et aux avantages de la CDM sans indication médicale. Les fournisseurs devraient être en mesure d'offrir une comparaison des risques et des avantages de cette intervention et de ceux qui sont associés à une tentative d'accouchement par voie vaginale, afin que la patiente puisse prendre une décision éclairée. L'autonomie de la patiente devrait être respectée, mais d'autres principes éthiques (bienfaisance, non-malfaisance et justice) doivent aussi être pris en considération durant le processus de conseil. Il n'existe pas d'études estimant les risques de la CDM pour la mère et le nouveau-né. Souvent, on utilise des études sur la césarienne avant le déclenchement du travail comme substitut pour déterminer les risques et les avantages.

Si, après avoir exploré les raisons de sa demande et discuté des risques et des avantages avec le médecin, la patiente est ferme dans son choix, le médecin peut opter pour une des deux options suivantes : 1) accepter de faire la césarienne à 39 + 0 semaines de grossesse; ou 2) refuser et aiguiller la patiente pour un deuxième avis médical.

INTRODUCTION

Une demande maternelle de césarienne planifiée en l'absence d'indication maternelle ou fœtale peut amener un FSM à évaluer les risques et les avantages et à se poser des questions éthiques. Cette opinion de comité vise à aider les FSM (obstétriciens, médecins de famille, infirmières praticiennes et sages-femmes) à gérer ces demandes.

La CDM est une césarienne primaire planifiée en l'absence d'indication obstétrique ou médicale claire et visant à éviter un accouchement par voie vaginale. Le taux de CDM semble augmenter, mais ce chiffre est difficile à établir au Canada, puisque l'intervention n'a pas de code distinct dans la Classification internationale des maladies (CIM) et que la consignation des indications pour la CDM n'est pas uniforme¹.

Pour gérer ce type de demande, il faut avant tout comprendre pourquoi la patiente prend cette décision. Il faut donc explorer avec elle ses valeurs, ses craintes, ses inquiétudes et sa compréhension des deux méthodes d'accouchement pour bien la conseiller. Les fournisseurs devraient être en mesure d'offrir une comparaison des risques et des avantages d'une césarienne planifiée sans indication médicale et de ceux qui sont associés à une tentative d'accouchement par voie vaginale, afin d'aider la patiente à prendre une décision éclairée.

ABBREVIATIONS

IC	Intervalle de confiance
CDM	Césarienne sur demande maternelle
FSM	Fournisseur de soins maternels
RC	Rapport de cotes

Les études sur la césarienne avant le déclenchement du travail sont utilisées comme substituts pour déterminer les risques et les avantages de la CDM. Le Term Breech Trial² et la Twin Birth Study³ sont deux exemples de ce type d'études, qui ont servi à la rédaction du présent document pour conseiller les FSM sur les issues de la CDM.

Le principe d'autonomie de la patiente devrait être respecté; cependant, les FSM doivent aussi tenir compte d'autres principes éthiques (bienfaisance, non-malfaisance et justice) lorsqu'ils conseillent leur patiente et prennent une décision.

RISQUES DE LA CÉSARIENNE

Pour la mère

Les césariennes sont des accouchements chirurgicaux; ils présentent donc les risques associés à la chirurgie et à l'anesthésie. Le dépouillement de la littérature est compliqué par la distinction entre les césariennes planifiées et les césariennes d'urgence, et les complications médicales, obstétriques et fœtales préexistantes. Une étude canadienne d'envergure comparant la morbidité maternelle à court terme après une césarienne primaire planifiée pour une présentation par le siège (>46 000 patientes) à celle d'un accouchement par voie vaginale planifié (>2 millions de patientes) a montré une augmentation du RC pour la morbidité à court terme dans le groupe de la césarienne (Tableau 1)⁴. Cependant, le Term Breech Trial, qui portait sur 2 083 patientes, n'a pas montré de différence significative dans la morbidité maternelle entre les deux groupes².

De plus, les césariennes sont associées à des durées d'hospitalisation plus longues que les accouchements par voie vaginale⁵, ce qui a une incidence non seulement sur la patiente, mais aussi sur le système de santé, surtout que le taux de césarienne au Canada atteint maintenant 27,9 %⁶.

Une enquête nationale de Declercq et coll. a permis de constater qu'après l'accouchement, les mères qui avaient subi une césarienne rapportaient plus de douleur (79 %) que celles qui avaient accouché par voie vaginale (48 %). La douleur était généralement plus susceptible de persister six mois après la césarienne ou l'accouchement vaginal opératoire⁷.

Certains risques à long terme associés à la césarienne n'ont pas d'incidence sur la grossesse initiale, mais peuvent compliquer les grossesses subséquentes; ces risques méritent d'être abordés, et ils ont récemment été étudiés dans une revue systématique et méta-analyse de 2018 de Keag et coll. L'incidence de placentation anormale (praevia : RC de 1,74 [IC à 95 % : 1,62-1,87]; accreta : RC de 2,95 [IC à 95 % : 1,32-6,60]; et décollement : RC de 1,38 [IC à 95 % : 1,27-1,49]) est plus élevée dans les grossesses suivant une

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8781543>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8781543>

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