



Césarienne sur demande maternelle: bienfaisance ou danger?

Bienfaisance

Paul Berveiller

Centre Hospitalier Intercommunal Poissy

Choix de la patiente

- **Condition** : Information loyale
- **Corollaire** : consentement éclairé

Césarienne électorive = Information loyale sur les bénéfices et les risques

à court terme:

- mortalité maternelle
- hémorragie
- infection
- trauma per-opératoire
- accident thrombo-embolique
- accident anesthésique
- détresse respiratoire néonatale

à long terme:

- répétition de la césarienne
- risque de placenta *praevia* et/ou *accreta*

Choix de la patiente

Tentative de voie basse

= Information loyale sur les avantages et les risques?

Enumération des risques possibles sur un formulaire de consentement :
non pratiqué

Défaut d'information loyale sur les bénéfices et les risques

Refus implicite d'une demande de césarienne électorive

Normalisation de la déviance

Choix de la patiente

Césarienne électorive = Demande acceptable?

Approche éthique selon 4 piliers:

1. Bienfaisance
2. Non malfaisance (« *twins* »)
3. Justice
4. Autonomie (« *first among equals* »)

Bienfaisance/non malfaisance

Depuis 30 ans, amélioration significative :

des techniques chirurgicales

- incision de Joel Cohen modifiée
- matériels de suture mieux tolérés, à résorption rapide
- ocytociques peropératoires...

de la sécurité anesthésique

- analgésie loco-régionale (quasi disparition de l'AG)
- salles de réveil (SSPI)
- antibioprophylaxie et thromboprophylaxie
- banques de sang et sécurité transfusionnelle

➤ **Réduction considérable des risques opératoires**

Bienfaisance/non malfaisance

Amélioration de la sécurité:

Risque de mortalité

Données britanniques :

Risque de mortalité par césarienne programmée par rapport à un accouchement par voie basse :

- de 1988 à 1990 : risque x 8
- de 1994 à 1996 : risque x 3
- de 1997 à 1999 : risque x 2

NICE - Why mothers die 1997-1999: the confidential enquiries into maternal deaths in the UK. RCOG Press, 2001

Difficulté d'analyse des données sur la mortalité maternelle en fonction du mode d'accht

Biais d'indication: Reasonner sur des populations à bas risque

Biais d'analyse : Ne pas comparer césarienne vs voie basse

Comparer césarienne élective vs voie basse planifiée (ITT)

Bienfaisance/non malfaisance

Relation causale entre césarienne et mort maternelle entre 2000 et 2006
95 morts maternelles parmi 1 461 270 grossesses (6.5/100,000)

	Nb de procédures	Nb de morts	Mortalité (/100,000 procédures)
Voie basse	1,003,173	17	1.7
- associée			
- attribuable		2	0.20
CS pdt travail	282,632	46	16.3
- associée			
- attribuable		7	2.5
CS programmée	175,465	12	7.4
- associée			
- attribuable		2	1.1

Clark SL, Am J Obstet Gynecol 2008

Bienfaisance/non malfaisance

Primipares à bas risque

Enquête Nationale Confidentielle sur la Mortalité Maternelle 1996-2003

Enquête Nationale Périnatale 1998 & 2003

Mortalité associée au mode d'accouchement

	Mortalité (/100 000 procédures)	IC 95%
Voie basse	0.80	0.38-1.44
CS en cours de travail	5.16	0.62-8.90
CS programmée	3.00	2.40-9.70

Deneux-Tharaux C, Obstet Gynecol 2006

Bienfaisance/non malfaisance

Risque de mortalité maternelle

Mortalité liée au mode d'accouchement (/100,000)
considérant un taux de césarienne en cours de travail de 10%

	Mortalité maternelle
Tentative de VB	0.4-1.2
Cs programmée	1.1-3.0

A titre de comparaison:

Mortalité par accident de voiture: (hommes et femmes, 25-44 ans, USA) : 16/100 000

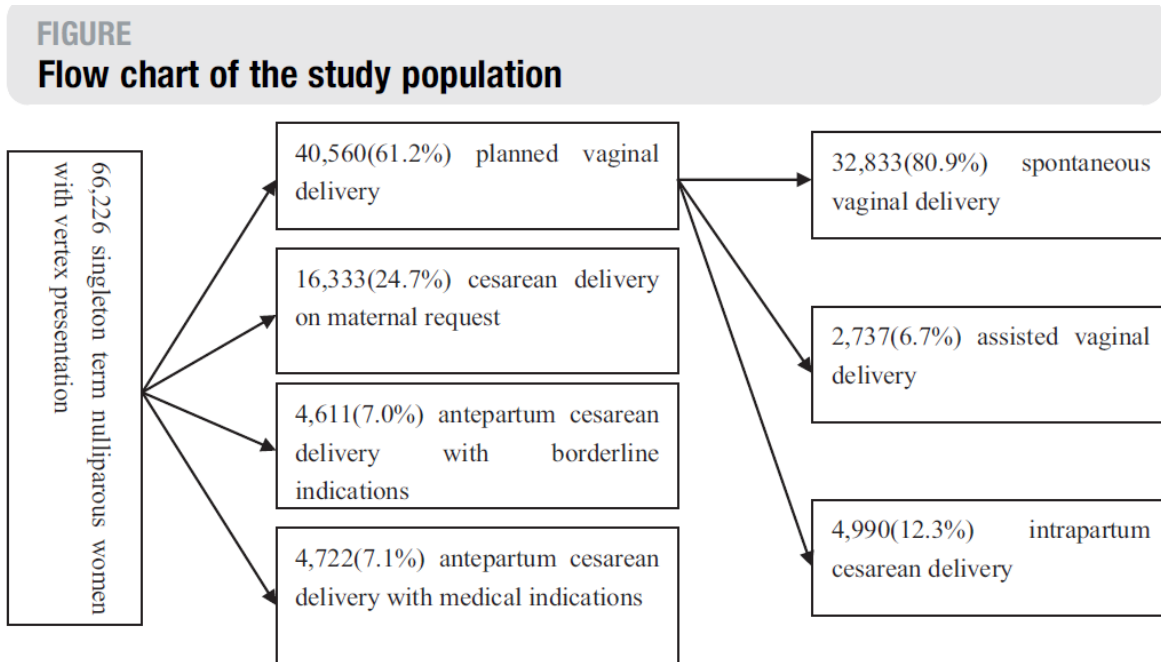
Bienfaisance/non malfaisance

Risque néonatal

Etude de cohorte rétrospective dans le plus grand centre obstétrical de Shanghai de 2007 à 2013

Inclusions: nullipares à terme singleton avec présentation céphalique

Exclusions : malformations fœtales ou MFIU avant le travail



Bienfaisance/non malfaisance

Risque maternel

TABLE 2

Maternal and neonatal outcomes in the cesarean delivery on maternal request vs planned vaginal delivery groups^a

Outcomes	Cesarean delivery on maternal request (n = 16,333)	Vaginal trial (n = 40,560)	Odds ratio or difference (95% confidence interval)		P value
			Unadjusted	Adjusted	
Maternal death, n (%)	0	0	—	—	—
Serious maternal morbidity					
Severe postpartum hemorrhage, n (%)	76 (0.5)	194 (0.5)	0.97 (0.75–1.27)	0.94 (0.71–1.24)	.651
Maternal organ injury, n (‰)	6 (0.4)	22 (0.5)	0.68 (0.28–1.67)	0.61 (0.24–1.55)	.294
Maternal infection, n (%)	213 (1.3)	535 (1.3)	0.99 (0.84–1.16)	1.06 (0.90–1.25)	.493
Embolism, n (‰)	3 (0.1)	5 (0.1)	—	—	—
Intensive care unit admission, n (%)	32 (0.2)	90 (0.2)	0.88 (0.57–1.38)	0.89 (0.58–1.35)	.569
Mild postpartum hemorrhage, n (%)	271 (1.7)	1378 (3.4)	0.48 (0.42–0.55)	0.44 (0.39–0.51)	< .001
Maternal length of stay (d) ^b	5.7 ± 2.4	4.3 ± 1.9	1.4 (1.41–1.48)	1.5 (1.50–1.57)	< .001

Liu X, Am J Obstet Gynecol 2015

Bienfaisance/non malfaisance

Risque néonatal

TABLE 2

Maternal and neonatal outcomes in the cesarean delivery on maternal request vs planned vaginal delivery groups^a

Outcomes	Cesarean delivery on maternal request (n = 16,333)	Vaginal trial (n = 40,560)	Odds ratio or difference (95% confidence interval)		P value
			Unadjusted	Adjusted	
Perinatal death, n (‰)	6 (0.4)	24 (0.6)	0.62 (0.25–1.52)	0.51 (0.20–1.30)	.159
Serious neonatal morbidity					
Birth trauma, n (‰)	3 (0.2)	43 (1.1)	0.17 (0.05–0.56)	0.14 (0.04–0.48)	< .001
Neonatal infection, n (%)	65 (0.4)	276 (0.7)	0.58 (0.45–0.77)	0.56 (0.43–0.75)	< .001
Hypoxic ischemic encephalopathy, n (‰)	7 (0.4)	72 (1.8)	0.24 (0.11–0.52)	0.22 (0.10–0.47)	< .001
Meconium aspiration syndrome, n (‰)	3 (0.2)	26 (0.6)	0.29 (0.09–0.95)	0.29 (0.08–0.97)	.045
Respiratory-distress syndrome, n (%)	90 (0.6)	148 (0.4)	1.51 (1.16–1.97)	1.32 (1.00–1.74)	.048
37 ⁺⁰ -38 ⁺⁶ gestational week, n/N (%)	53/6911 (0.8)	53/11,049 (0.5)	1.60 (1.09–2.35)	1.51 (1.01–2.25)	.045
39 ⁺⁰ -40 ⁺⁶ gestational week, n/N (%)	32/8768 (0.4)	81/26,132 (0.3)	1.18 (0.78–1.77)	1.09 (0.71–1.65)	.701
≥41 gestational week-n/N (%)	5/654 (0.8)	14/3379 (0.4)	1.85 (0.67–5.16)	1.90 (0.68–5.32)	.220
Necrotizing enterocolitis, n (‰)	15 (0.9)	21 (0.5)	1.77 (0.92–3.44)	1.59 (0.80–3.16)	.187
Neonatal intensive care unit admission, n (%)	495 (3.0)	1503 (3.7)	0.81 (0.73–0.90)	0.79 (0.71–0.88)	< .001

Liu X, Am J Obstet Gynecol 2015

Bienfaisance/non malfaisance

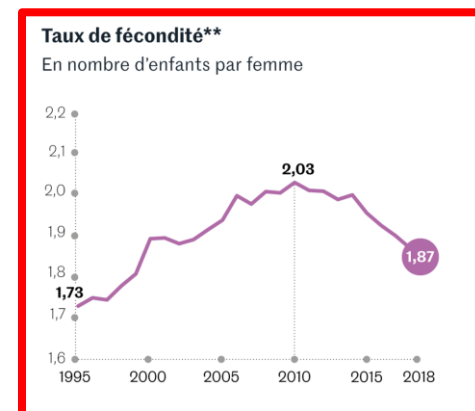
Risque d'accrета

	1 ^{ère} CS n=6,201	2 ^{ème} CS n=15,808	3 ^{ème} CS n=6,324	4 ^{ème} CS n=1,452	5 ^{ème} CS n=258	≥ 6 ^{ème} CS n=89	P
Placenta <i>accreta</i> % (n)	0.24 (15)	0.31 (49)	0.57 (36)	2.13 (31)	2.33 (6)	6.74 (6)	0.001
Hystérectomie % (n)	0.65 (40)	0.42 (67)	0.90 (57)	2.41 (35)	3.49 (9)	8.99 (8)	0.001
Transfusion % (n)	4.05 (251)	1.53 (242)	2.26 (143)	3.65 (53)	4.26 (11)	15.73 (14)	0.61

Silver RM, Obstet Gynecol 2006

Tendances démographiques sur la taille de la famille:
De moins en moins de femmes confrontées à l'avenir
aux risques d'une 3^{ème} ou 4^{ème} césarienne

Taux de natalité français (INSEE 2019)



Bienfaisance/non malfaisance

Risque d'hystérectomie

Cohorte Canadienne de 1991 à 2005

Exclusion: ATCD de CS, grossesses multiples, accouchements < 37 SA, facteurs de risque ou complications obstétricales

	Risque d'hystérectomie	OR ajusté (IC 95%)
Voie basse planifiée (n = 2 292 420)	0.2‰ (367)	1
CS Elective (n = 46 766)	0.6‰ (27)	3.2 (2.2-4.8)

Liu S, CMAJ 2007

Bienfaisance/non malfaisance

Encéphalopathie anoxo-ischémique

Base de données californienne entre 1998 et 2000
Population bas risque, grossesse unique ≥ 37 SA

	EHI ‰
Voie basse (n = 370,402)	0.58‰
CS Travail (n = 21,070)	1.23‰

Gould JB, Obstet Gynecol. 2004

	EHI ‰
CS électorive (n=15,801)	0

Landon MB, N Engl J Med. 2004

Bienfaisance/non malfaisance

Encéphalopathie anoxo-ischémique

Revue systématique avec méta-analyse

9 études cas-témoins et 4 études de cohorte

3 810 cas de paralysie cérébrale et 1.7 million de témoins

Césarienne en urgence associée à un risque accru de paralysie cérébrale (OR 2.17 ; IC 95 % 1.58-2.98)

Emergency cesarean and cerebral palsy

Murphy, 1995	12	59	19	234	12.7%	2.89 (1.31–6.36)
Nielsen, 2008	87	271	51	217	30.6%	1.54 (1.03–2.31)
O'Callaghan, 2011	175	587	189	1,154	45.7%	2.17 (1.71–2.75)
Stelmach, 2005	17	153	8	268	10.9%	4.06 (1.71–9.65)
Subtotal (95% CI)	1,070		1,873	100.0%		2.17 (1.58–2.98)
Total events	291		267			

Heterogeneity: Tau²= 0.04; Chi²=5.20, df=3 (P=.16); I²=42%
Test for overall effect: Z=4.80 (P<.001)

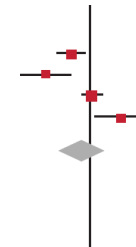


Pas d'association significative entre accouchement par césarienne électorive et paralysie cérébrale (OR 0.81 ; IC 95 % 0.41-1.58)

Elective cesarean and cerebral palsy

Greenwood, 2004	33	235	141	646	27.2%	0.59 (0.39–0.88)
Murphy, 1995	10	59	98	234	22.4%	0.28 (0.14–0.59)
O'Callaghan, 2011	66	587	124	1,154	28.4%	1.05 (0.77–1.44)
Stelmach, 2005	17	153	13	268	22.0%	2.45 (1.16–5.20)
Subtotal (95% CI)	1,034		2,302	100.0%		0.81 (0.41–1.58)
Total events	126		376			

Heterogeneity: Tau²= 0.39; Chi²=21.36, df=3 (P<.001); I²=86%
Test for overall effect: Z=0.63 (P=.53)



Bienfaisance/non malfaisance

Mortalités maternelle et néonatale

	Mortalité périnatale	Mortalité maternelle
Tentative de VB	44.8-73.7	0.4-1.2
Cs programmée	0-18.6	1.1-3.0

Mort subite du nourrisson : 49/100 000

Bienfaisance/non malfaisance

Incontinence urinaire

Etude EPINCONT
(Epidemiologie de l'incontinence urinaire)

Cohorte de 15 307 femmes (*Medical Birth Registry of Norway*)

Critères d'inclusion:

- âgée de < 65 ans,
- aucun accouchement, seulement des CS, ou seulement des VB

	IU (tous types)	IU modérée ou sévère	IU d'effort
Nullipares	10.1%	3.7%	4.7%
CS	15.9%	6.2%	6.9%
VB	21.0%	8.7%	12.2%
VB vs CS OR (IC 95%)	1.7 (1.3-2.1)	2.2 (1.5-3.1)	2.4 (1.7-3.2)

Rortveit G, N Engl J Med 2003

Bienfaisance/non malfaisance

Incontinence urinaire/prolapsus

Etude de cohorte (1 528 femmes)

Femmes recrutées 5 à 10 ans après leur premier accouchement et suivies annuellement jusqu'à 9 ans

- accouchement par césarienne uniquement (n=778)
- ≥ 1 accouchement voie basse spontanée (n=565)
- ≥ 1 accouchement voie basse opératoire (n=185)

Age médian au premier accouchement : 30.6 ans

Age médian au moment de l'inclusion : 38.3 ans

1092 multipares (72 %)

Blomquist JL, JAMA. 2018

Bienfaisance/non malfaisance

Table 1. Characteristics of Women Enrolled in a Study Examining the Association of Delivery Mode With Pelvic Floor Disorders

	Group, No. (%)		
	Cesarean Birth (n = 778)	Spontaneous Vaginal Birth (n = 565)	Operative Vaginal Birth (n = 185)
Age at first delivery, y			
<30	296 (38.1)	237 (42.0)	60 (32.4)
30-34	263 (33.8)	185 (32.7)	79 (42.7)
≥35	219 (28.2)	143 (25.3)	46 (24.9)
Stress urinary incontinence	101 (13.0)	149 (26.4)	56 (30.3)
Overactive bladder	81 (10.4)	89 (15.8)	45 (24.3)
Anal incontinence	148 (19.0)	129 (22.8)	58 (31.4)
Pelvic organ prolapse	39 (5.0)	94 (16.7)	56 (30.3)

Par rapport à l'accouchement vaginal spontané:
accouchement par césarienne :

- risque d'incontinence urinaire d'effort : aHR 0.46 [IC 95 %, 0.32-0.67]
- risque de vessie hyperactive : aHR 0.51 [IC 95 %, 0.34-0.76]
- risque de prolapsus des organes pelviens : aHR 0.28 [IC 95 %, 0.19-0.42]

Blomquist JL, JAMA. 2018

Bienfaisance/non malfaisance

Incontinence anale

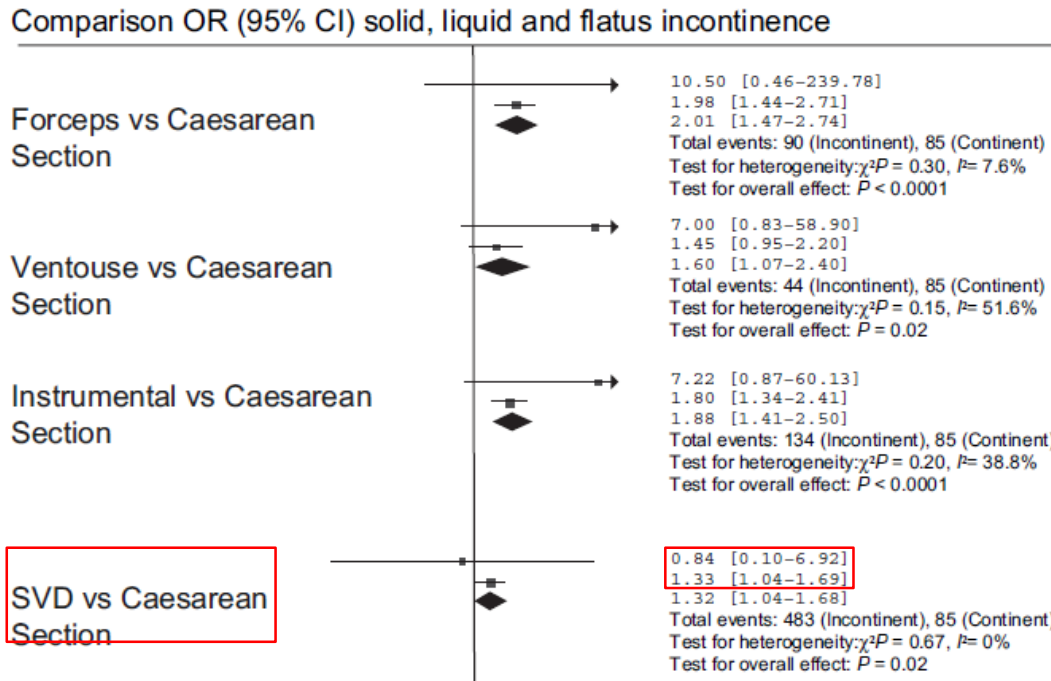
Revue systématique

18 études incluant 12 237 femmes

Risque d'incontinence anale dans la 1^{ère} année PP :

VBS vs césarienne : OR 1.32, IC 95% 1.04-1.68, P = 0.02

Forceps vs césarienne : OR 2.01, IC 95% 1.47-2.74, P < 0.0001



Pretlove S, BJOG 2008

Bienfaisance/non malfaisance

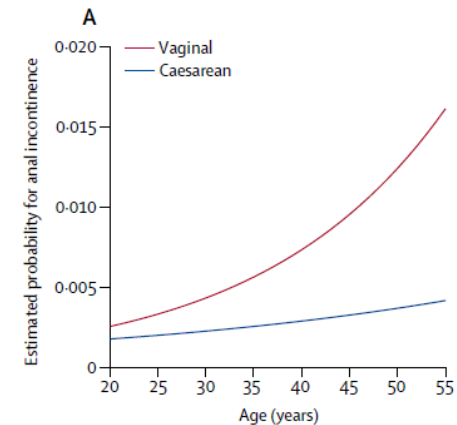
Incontinence anale

Etude observationnelle en population entre 1973 et 2015 en Suède

185 219 femmes avec accouchement uniquement par césarienne

1 400 935 femmes avec accouchement uniquement par voie basse

	Total number of individuals	Number (%) of individuals diagnosed with anal incontinence	Unadjusted OR (95% CI)	p value
Caesarean delivery group vs vaginal delivery group				
Caesarean delivery	185 219	416 (0.22%)	1 (ref)	..
Vaginal delivery	1 400 935	5171 (0.37%)	1.65 (1.49-1.82)	<0.0001



Incontinence anale après accouchement par voie basse par rapport à un accouchement par césarienne : OR 1.65 (IC 95 % 1.49-1.82)

Larsson C, Lancet. 2019

Bienfaisance/non malfaisance

Au total:

**Avantages de la tentative de voie basse moins évidents
que dans les années passées**

Bienfaisance/non malfaisance :
Pas de conclusion formelle
statu quo?

Justice

= Processus **équitable** de répartition des bénéfices/risques dans la population

Interprétation éthique du nombre de patients nécessaire à traiter (NNT) pour produire un bénéfice clinique

Nombre de CS électives nécessaires pour prévenir un quelconque des événements morbides précédents:

- La difficulté = **2 patients avec rapport bénéfice/risque possiblement contradictoire**
- Stratégie CS élective vs tentative de voie basse
1 mort maternelle supplémentaire/100 morts périnatales évitées

La patiente peut-elle décider? **Notion d'autonomie**

Autonomie

Droits de la personne à être traitée d'une certaine façon

Demande de césarienne électorale acceptable pour éviter un comportement **paternaliste**?

Notion de Droit négatif et droit positif

Droit négatif=

Revendications de non-ingérence dans les décisions du patient

➤ **Droit du patient à accepter ou refuser toute intervention**

➤ Droit n'ayant pas ou peu de limites

car aucune nécessité de recourir à des ressources de la part d'autres pour atteindre ses propres objectifs

Autonomie

Droit positif :

Revendications nécessitant de recourir à des ressources de la part d'autres pour atteindre ses propres objectifs

Jugement clinique basé uniquement sur les droits positifs du patient

- médecin = simple technicien
- dévaluation de l'expertise clinique et de l'intégrité du médecin/SF

Droit ayant des limites différentes

- **Chirurgie plastique** (liposuction ou augmentation mammaire) :
droit incontesté à demander ces procédures et à en accepter les risques

- **Suicide médicalement assisté** :
droit contestable

Autonomie

Césarienne sur demande maternelle : droit positif

- Pas d'obligation fondée sur l'autonomie à réaliser cette césarienne

Mais...baisse de la morbi-mortalité de la césarienne électorive et augmentation de plus en plus documentée de ses avantages

Refuser péremptoirement une demande de césarienne électorive

- **Comportement inéthique** car relation paternaliste

Examen attentif de la question

- **Comportement éthique** car relation **délibérative**

Devoir éthique

Afin de protéger la patiente :

1. S'assurer qu'elle comprend bien les risques de la césarienne
2. Demander de reconsidérer sa décision
3. Encourager un 2nd avis (assurance qualité)

➤ **stratégie confortant le jugement basé l'autonomie de la patiente**

Si persistance de la demande (reflétant des valeurs profondément ancrées) :

➤ **césarienne électorve acceptable**

Si césarienne électorve jugée inacceptable pour le médecin

➤ invoquer la clause de conscience

➤ **confier la patiente à un médecin prêt à honorer cette demande**

Conclusion

Césarienne sur demande maternelle :

Ni rejet systématique, ni acceptation automatique

➤ maintien de **l'intégrité professionnelle**
et du **respect de l'autonomie de la patiente**

Données de la littérature :

- **Ne permettent de recommander la césarienne électorive**
- **Permettent d'accéder à la demande d'une patiente informée**



Merci de votre attention
