

Mosaïque

Objektyp: **Group**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **108 (2010)**

Heft 9

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Accouchement vaginal après césarienne (AVAC)

De grandes variations conduisant à une incertitude

Récemment, plusieurs directives nationales, de même que des directives venant d'organisations professionnelles, portant toutes sur le thème de l'AVAC, ont fait l'objet de corrections et de mises à jour qui font débat entre médecins et patientes. Le but de l'étude était de résumer ces nouvelles recommandations et d'évaluer leur qualité à l'aide d'un instrument standardisé et validé pour déterminer quelles directives – s'il y en a – étaient

les meilleures pour la pratique clinique.

Méthode

Six Guidelines de langue anglaise venant du Royaume-Uni, des USA, du Canada, de Nouvelle-Zélande et d'Australie ont été passées au crible à l'aide de l'outil appelé «Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation» (AGREE) afin de déterminer leur rang et leur niveau de pertinence.

Résultats

Les six directives avaient été publiées ou mises à jour entre 2004 et 2007. Seules deux d'entre elles ont obtenu un bon score, leur pertinence étant suffisamment large et variée. La plupart des directives font appel à des avis d'experts ainsi qu'à un consensus pour fonder leurs recommandations. Toutes indiquent un taux de réussite de l'AVAC entre 30 et 85% et un nombre de ruptures utérines entre 0 et 2,8%.

Conclusion

Les directives concernant l'AVAC sont caractérisées par une évidence quasi-expérimentale et des recommandations basées sur le consensus. Ce qui conduit à une grande variation parmi ces recommandations et une incertitude quant à leur application dans la pratique clinique.

Source: Foureur M., Ryan CL., Nicholl M. et al. (2010). Inconsistent evidence: analysis of six national guidelines for vaginal birth after cesarean section. *Birth* 37(1): 3–10.

SSGO

Feuille d'information

La Société suisse de gynécologie et d'obstétrique SSGO n'a pas de directives concernant l'AVAC. Elle a toutefois édité une feuille d'information pour les femmes enceintes avec antécédent de césarienne et elle recommande une décision individuelle suite à un entretien avec le ou la gynécologue.

Cette feuille d'information en format PDF peut être téléchargée depuis le site www.ssgg.ch > Spécialistes > Feuilles d'information.

Césariennes multiples

Anomalies de position du placenta

Les césariennes répétées peuvent avoir des effets à long terme sur les possibilités de fertilité des femmes. Il est bien connu que le nombre croissant de césariennes induit une augmentation des anomalies de position du placenta. La probabilité d'un *placenta praevia* s'élève à 0,3% sur un utérus intact, à 0,8% après une césarienne, à 2% après deux césariennes et à 4,2% après trois césariennes ou plus (Huch, 2007). Le *placenta praevia* et ses suites comptent parmi les complications les plus dangereuses (rupture utérine). Cela d'autant plus que le *placenta praevia* peut être combiné à un *placenta accreta*. Le risque de *placents*

accreta augmente avec le nombre de césariennes subies: à savoir, de la 1^{ère} à la 6^{ème}, de 0,24%, 0,31%, 0,57%, 2,13%, 3,33% et 6,74% (RCOG, 2007). Le nombre d'enfants désirés est ainsi le facteur le plus important à considérer dans le conseil après une césarienne.

Huch A. et al. (2007). *Sectio caesarea*. In Schneider H. et al. (Hrsg.). *Die Geburtshilfe (782–798)*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2007). *Birth after previous caesarean birth*. Green-top Guideline No. 45. <http://www.rcog.org.uk/index.asp?PageID=1913>.

Source: Liebl T. Evidenzbasierte Beratung einer Schwangeren mit vorausgegangenem Kaiserschnitt. *Die Hebamme* 2010.

Après trois césariennes ou plus

Un AVAC réussi

Une étude rétrospective de cohortes a étudié les taux de réussite ainsi que le risque de morbidité maternelle chez des femmes qui tentaient un AVAC après trois césariennes, voire davantage. L'étude englobait des accouchements ayant eu lieu entre 1996 et 2000 dans quelque 17 maternités américaines, soit au total 25005 femmes ayant subi au moins une césarienne par le passé.

un antécédent de 3 césariennes ou plus. Parmi elles, 89 ont tenté un AVAC et 771 ont choisi une nouvelle césarienne. Aucun cas de morbidité parmi celles qui avaient opté pour une tentative d'AVAC et un taux de réussite aussi élevé que parmi les femmes ayant un antécédent d'une seule césarienne (79,8% versus 75,5%, OR1.4, 95% CI 0.81–2.41, P=0.22).

Méthode

Comparaison entre des femmes ayant subi trois césariennes ou plus avec des femmes ayant connu une ou deux césariennes. Les effets primaires mentionnés étaient: des ruptures utérines, des blessures de la vessie ou de l'intestin, une hémorragie utérine. Les effets secondaires: un AVAC réussi, une transfusion sanguine, de la fièvre.

Conclusion

Les femmes ayant un antécédent de trois césariennes ou plus qui tentent un AVAC connaissent un taux de réussite ainsi qu'un risque de morbidité maternelle identiques aux femmes qui ont un antécédent d'une seule césarienne et aux femmes qui ont opté pour une nouvelle césarienne.

Source: Cahill AG., Tuuli M., Odibo AO. et al. (2010). Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOG* 117(4): 422–428.

Résultats

860 des 25005 femmes avaient

AVAC

Moins chère

L'organisme britannique «National Collaborating Centre for Women's and Children's Health» a calculé l'économie réalisée quand on opte pour un AVAC au lieu d'une nouvelle césarienne. C'est 592 £ (env. fr. 900.–) qui sont ainsi épargnées. L'évaluation vaut pour l'année 2004; aujourd'hui, elle serait encore plus avantageuse.

Source: Helen Barnes, Midwife led care for women with a previous caesarean section. *MIDIRS Midwifery Digest* 20:1 (2010).

Accouchement à domicile

Une méta-analyse alarmiste se révèle biaisée

Une nouvelle méta-analyse publiée en ligne bien avant sa version imprimée conclut qu'un moindre recours aux interventions médicales, qui caractérise les accouchements prévus à la maison, est associé au triplement des taux de mortalité néonatale par rapport aux accouchements prévus à l'hôpital.



Photo: Markus Kuhn

Dans une étude publiée en ligne le 1^{er} juillet 2010 dans *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (AJOG), les chercheurs du *Maine Medical Center* de Portland, dans l'état du Maine, ont analysé les résultats de plusieurs travaux internationaux. L'auteur principal, Joseph R. Wax, affirme que: «ces résultats soulèvent la question du lien entre l'excès de mortalité néonatale dans le groupe des accouchements prévus à domicile et le moindre recours aux interventions obstétricales dans ce groupe».

Cependant des chercheurs canadiens, dont les données montrant la sécurité des naissances à domicile dans un système de soins bien organisé et régulé ont été utilisées dans cette méta-analyse, se montrent très critiques sur cette étude. Dr. Michael C. Klein, directeur de recherche au *Child and Family Research Institute* de Vancouver et professeur émérite de médecine familiale et pédiatrie à l'Université de Colombie Britannique, affirme que les conclusions de l'étude américaine ne prennent pas en compte les faits. «Une méta-analyse ne peut pas être meilleure que les études issues du tri sélectif qui la constituent. De plus, dans cet article, Wax et coll. ont eux-

mêmes effectué une sous-analyse des études de la méta-analyse après avoir retiré les études trop anciennes ou de mauvaise qualité, et n'ont alors trouvé aucune différence entre les naissances à la maison et celles à l'hôpital en terme de mortalité périnatale ou néonatale. Malgré cela, dans leur conclusion, ils ont choisi de faire état des résultats biaisés de la méta-analyse complète, qui montrent une mortalité néonatale accrue». Selon Klein, cette étude semble avoir une motivation «politique», dans un contexte d'opposition totale du Collège américain des obstétriciens gynécologues (ACOG) aux accouchements à domicile.

Selon Saraswathi Vedam, infirmière sage-femme et chercheuse à l'Université de Colombie Britannique, reconnue pour son expertise dans l'évaluation de la qualité de la littérature sur l'accouchement à domicile, l'étude est profondément biaisée pour plusieurs raisons mais notamment parce que «les conclusions des auteurs ne sont pas concordantes avec leur propre analyse statistique». S. Vedam affirme que le Dr. Wax et ses collègues reconnaissent que les meilleures études de leur échantillon s'accordent sur un taux faible de mortalité péri-

natale et pour les accouchements prévus à domicile. Elle ajoute: «mais, ce qui est surprenant, Wax ne souligne pas ce point dans la conclusion et ne le mentionne même pas». Ceci soulève la question de savoir si l'analyse et les études sur l'accouchement à domicile citées ne sont pas là simplement pour donner un semblant de justification à des conclusions préétablies sur la sécurité des accouchements à domicile.

Pour *The Midwives Alliance of North America* (Alliance des sages-femmes d'Amérique du nord), organisation professionnelle regroupant plus de 1200 membres, il est important que les femmes enceintes et les personnes impliquées dans les politiques de soins pour les mères et les enfants soient informées des biais et des affirmations erronées de l'étude de Wax et coll. La sécurité des accouchements prévus à domicile avec un accompagnant qualifié (en anglais *skilled attendant*) est étayée par un ensemble solide de travaux, fondés sur des données prouvées et de bonne qualité. Le fait que, en dépit des preuves apportées quant à sa sécurité et son efficacité, le Collège américain des gynécologues obstétriciens (ACOG) maintienne son opposition à

l'accouchement à domicile, pose la question de ses motivations à publier l'étude médiocre de Wax.

Les sages-femmes sont les premiers professionnels concernés par les accouchements hors hôpital. L'étude de leur travail, que ce soit aux USA ou à l'étranger, produit des résultats cohérents. Les sages-femmes formées sont des professionnels de santé qualifiés et ont le niveau d'expertise requis pour assurer aux mères et aux nouveau-nés des soins de qualité, en recourant à moins d'interventions et avec des résultats, pour les mères et les enfants, aussi bons que ceux obtenus dans les hôpitaux par les obstétriciens. Le public américain, surtout les femmes en âge de procréer et leurs proches, ont droit à des recherches de bonne qualité sur la naissance. La littérature scientifique ne devrait pas être utilisée pour créer des inquiétudes injustifiées ou pour limiter le choix des femmes qu'il s'agisse du lieu d'accouchement ou du professionnel accompagnant cet accouchement (sages-femmes notamment).

Source: Geradine Simkins – Maternal and Newborn Outcomes in Planned Home Birth Vs. Planned Hospital Births: A. Meta-Analysis, Wax JR., Lucas FL., Lamont M. et al., Am J Obstet Gynecol 2010 – Traduction française disponible sur www.ciane.info.