

Césarienne et protection périnéale ?

R. de Tayrac

Reçu le 13 juillet 2009 ; accepté le 15 juillet 2009
© Springer-Verlag 2009

L'accroissement de la demande de césarienne en prévention des lésions périnéales potentielles d'un accouchement traumatique par voie vaginale, que cette demande émane des patientes elles-mêmes ou de leur médecin, justifie pleinement la publication d'une mise au point sur les données récentes de la littérature médicale. Souvenons-nous de cette enquête réalisée il y a quelques années auprès d'obstétriciennes anglaises, qui révélait qu'une forte proportion de ces praticiennes de l'accouchement demanderait une césarienne pour leur propre accouchement, notamment dans un but de prévenir l'apparition de lésions périnéales.

Il est vrai que les complications périnéales postnatales sont fréquentes (20 % d'incontinence urinaire et 10 % d'incontinence anale). Les principaux facteurs de risques reconnus (macrosomie fœtale et extraction par forceps) sont effectivement liés à l'accouchement par voie vaginale. Néanmoins, s'il a été clairement démontré que la césarienne programmée (avant travail) réduisait significativement le risque d'incontinence urinaire à l'effort postnatale précoce (< 1 an), ce mode d'accouchement ne semble pas réduire le risque d'incontinence urinaire par urgenteries, l'effet préventif sur l'incontinence urinaire à l'effort n'est plus significatif en cas de césarienne pendant le travail, à distance de l'accouchement (> 2 ans) et après plusieurs grossesses (> 2 ans). Parallèlement, si la césarienne programmée protège des lésions du sphincter anal, la grossesse en elle-même a un effet délétère sur la fonction anale. Enfin, il n'existe pas de donnée dans la littérature sur l'intérêt de pratiquer une césarienne pour la prévention des prolapsus génitaux.

La réalisation d'une césarienne ne permet donc pas une protection périnéale parfaite. Son effet protecteur semble néanmoins probable chez une parturiente qui choisirait de n'avoir qu'une seule grossesse, ce qui est difficile à prévoir.

Par ailleurs, il ne faut pas oublier qu'une césarienne de principe n'est pas dénuée de risque, y compris en cas de

césarienne programmée. En effet, la mortalité maternelle, même si l'éventualité est très rare, survient deux à trois fois plus souvent après une césarienne programmée qu'après un accouchement naturel par voie vaginale. La morbidité maternelle est également plus fréquente, qu'il s'agisse des complications majeures (hémorragie de la délivrance, hystérectomie d'hémostase, complications thromboemboliques, infections puerpérales sévères) ou mineures (infection urinaire, endométrite, anémie, troubles de l'allaitement). Les conséquences de la césarienne comprennent également des risques importants pour les maternités futures (placenta praevia ou accreta, rupture utérine), ce qui est rarement pris en compte dans les études comparatives. À l'inverse, la mortalité néonatale n'est pas augmentée en cas de césarienne programmée, par rapport à l'accouchement par voie vaginale. En revanche, les détresses néonatales liées à un défaut de résorption du liquide alvéolaire, le plus souvent sans conséquence pour l'enfant, sont sept à dix fois plus fréquentes, et le risque d'admission en réanimation néonatale est multiplié par 2,5 après une césarienne. Enfin, lorsqu'elles sont interrogées à ce sujet à distance, les femmes ayant accouché par césarienne sont moins satisfaites de leur accouchement.

En résumé, l'indication de césarienne programmée de protection périnéale n'est pas une décision facile à prendre. Elle doit tenir compte de la demande de la patiente elle-même et de ces propres facteurs de risque de complication périnéale, mais il faut également donner à la patiente une information éclairée et complète sur la balance bénéfique/risque d'une telle décision. Un deuxième avis spécialisé, urogynécologique ou coloproctologique, ou la discussion au cas par cas en réunion de concertation pluridisciplinaire peuvent s'avérer très utiles. Enfin, un courrier au médecin traitant ou au gynécologue habituel, argumentant la décision prise, est une démarche judicieuse en vue d'une protection médicojuridique. En revanche, un consentement signé de la patiente n'est pas requis actuellement si la décision de césarienne prophylactique l'emporte.

R. de Tayrac (✉)
Service de gynécologie-obstétrique, CHU Carémeau,
place du Professeur-Robert-Debré,
F-30029 Nîmes cedex 09, France
e-mail : renaud.detayrac@chu-nimes.fr

Déclaration de conflit d'intérêt : L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.