Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 106 (2008)
Heft: 6

Artikel: Césariennes et risques associés
Autor: Chaillet, Nils
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949447

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 09.12.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

EDITORIAL

Quel que soit le lieu choisi pour accoucher, la parturiente est de mieux en mieux surveillée et le moindre indice de complication possible est pris en compte.

Toutefois, plus cette «sécurité» grandit, plus la peur d'accoucher semble s'étendre. A cela, s'ajoutent diverses croyances comme celle d'une naissance par césarienne qui serait moins «dommageable» pour l'enfant.

Récemment, une étude danoise[1], qui avait été réalisée dans une population de plus de 30000 nullipares interviewées à deux reprises par téléphone, a montré que la crainte d'accoucher est relativement stable: 7,6% au début, 7,4% en fin de grossesse. Les chercheurs notent qu'une femme sur deux maintient la même crainte tout au long de sa grossesse, comme si «en parler» ne permettait pas toujours de dépasser l'appréhension. Ils ont aussi mis en évidence les facteurs rendant les femmes plus vulnérables: un faible niveau d'éducation, un faible réseau social, le jeune âge, une situation de non-emploi, le fait de fumer ainsi que le fait d'être consciente d'avoir une santé déficiente.

Plus que jamais les femmes ont besoin d'être bien informées. Elles le sont déjà, mais peut-être d'une manière trop routinière: un même feuillet imprimé ne peut pas être assimilé par des femmes de culture et d'origine sociale différentes. C'est d'une information «sur mesure» que chacune a besoin.

Il est généralement admis que les demandes de césarienne sans motif médical ou psychologique sont rares. Mais, les taux globaux de césariennes semblent influencés par ces demandes de césarienne insuffisamment comprises et peu discutées. Pour relancer le débat et faire la lumière sur les «nouveaux» arguments à prendre en compte, nous avons donné la parole à deux experts: Nils Chaillet fait le point en termes de «médecine basée sur les faits» («Evidence Based Medecine») sur les césariennes «évitables» tandis que le Prof. René Rudigoz explique pourquoi il faut donner du temps à toute femme enceinte qui évoque une préférence pour ne pas accoucher par voie basse.

Josianne Bodart Senn

[1] M. Laursen et al. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. BJOG, 2008, 115 (3), 354–360.

Faits probants

Césariennes et

En 2008, il existe de plus en plus d'arguments en faveur d'un mode d'accouchement adapté, à savoir un accouchement par voie basse ou une césarienne si nécessaire dans l'optique de réduire les risques de complications maternelle ou périnatale. L'objectif vise de nos jours une réduction des césariennes «évitables» qui entraînent une morbidité materno-fœtale accrue, particulièrement pour une grossesse ultérieure, ainsi qu'une décision de césarienne optimale quand il est médicalement avéré qu'un accouchement par césarienne sera plus bénéfique pour la mère et son enfant.

Nils Chaillet, Ph. D. Anthropologie biologique et médicale. Chercheur adjoint au Département Obstétrique/Gynécologie, CHU Sainte-Justine. Chercheur associé au GRIS, Université de Montréal (Canada).

Le taux de césariennes ne cesse d'augmenter dans les pays industrialisés. En Suisse, il a évolué de 26,3% en 2001 à plus de 30% en 2006 (voir encadré). Or, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande qu'au plus 15% des accouchements soient faits par césarienne. Les facteurs expliquant l'augmentation du taux de césariennes sont principalement associés aux pratiques cliniques, à la pression médico-légale, à l'organisation des soins, à l'évolution des caractéristiques maternelles (principalement une augmentation de l'âge maternel), et à l'augmentation des césariennes sur demande des femmes.

De nos jours, la césarienne semble de plus en plus véhiculer une impression de sécurité. Pourtant, plusieurs études soulignent les risques associés à un accouchement par césarienne pour la mère ou le bébé, ainsi qu'une augmentation du risque de complications lors d'une grossesse subséquente. L'augmentation des taux de césariennes constitue plus que jamais une importante question de santé publique à l'heure où la césarienne est de plus en plus perçue comme une intervention routinière et où les complications maternelles et périnatales, dues à l'intervention elle-même mais également aux complications à long terme, ne sont pas encore bien cernées.

Cependant, si la césarienne présente des risques inhérents à toute chirurgie, cette intervention reste indispensable pour diminuer la morbidité materno-fœtale en cas de diagnostic défavorable à un accouchement vaginal ou en cas de complications en cours de travail. Alors qu'une surveillance adéquate de la grossesse permet déjà d'identifier les grossesses à risque de complications, une gestion optimale du mode d'accouchement ainsi que des pratiques cliniques durant le travail est essentielle afin de minimiser les complications dues à un accouchement et de diminuer le nombre de césariennes définies comme «évitables» par rapport aux guides de pratique cliniques en vigueur. Il devient dès lors très important de discuter des risques associés avec le médecin traitant par rapport aux modes d'accouchement envisagés (vaginal, instrumental ou par césarienne programmée ou urgente), et ce particulièrement pour des grossesses à risques telles que la présentation du siége, les grossesses multiples ou les grossesses avec antécédent de césarienne.

Risques associés à un accouchement par césarienne

Depuis le milieu des années 1990 et particulièrement à partir des années 2000, plusieurs études ont mis en évidence un risque accru de complications lors d'un accouchement par césarienne par rapport à un accouchement vaginal. Cette section vise à informer les femmes concernant les risques connus d'accouchement par césarienne, tels qu'ils sont recensés à ce jour dans la littérature scientifique et qui reflètent la tendance

risques associés

actuelle sans pour autant prétendre à une vision exhaustive.

Les risques de complications maternelles

- Risque accru de décès maternel (événement rare)
- Hospitalisation *post partum* plus longue (différence de 2 jours en moyenne)
- Admission aux soins intensifs
- Hystérectomie d'urgence (0,8% des Acc. par CS Contre 0,01% des Acc. vaginaux)
- Besoin d'une transfusion sanguine
- Hémorragies du *post partum*
- Infections utérines
- Infections pelviennes et fièvre puerpérale
- Blessures dues à la chirurgie des organes de voisinage
- Complications cardio-pulmonaires
- Complications thromboemboliques
- Complications gastro-intestinales (occlusions intestinales)

Augmentation des césariennes

Les causes sont multiples

- Une augmentation de l'âge des accouchées
- Une plus grande attention accordée aux conséquences physiques d'un accouchement vaginal
- Le manque de structures ad hoc pour la prise en charge des grossesses à risque
- La faible utilisation des connaissances des sages-femmes
- Le fait qu'un accouchement par césarienne soit plus lucratif et plus facile à planifier pour les hôpitaux qu'un accouchement vaginal
- L'évolution des compétences obstétricales des sages-femmes et des médecins
- La crainte du procès en responsabilité civile

Source: Rieser, Sabine: Ein schmerzhafter Schritt. In: Deutsches Ärtzeblatt, 26. Mai 2006.

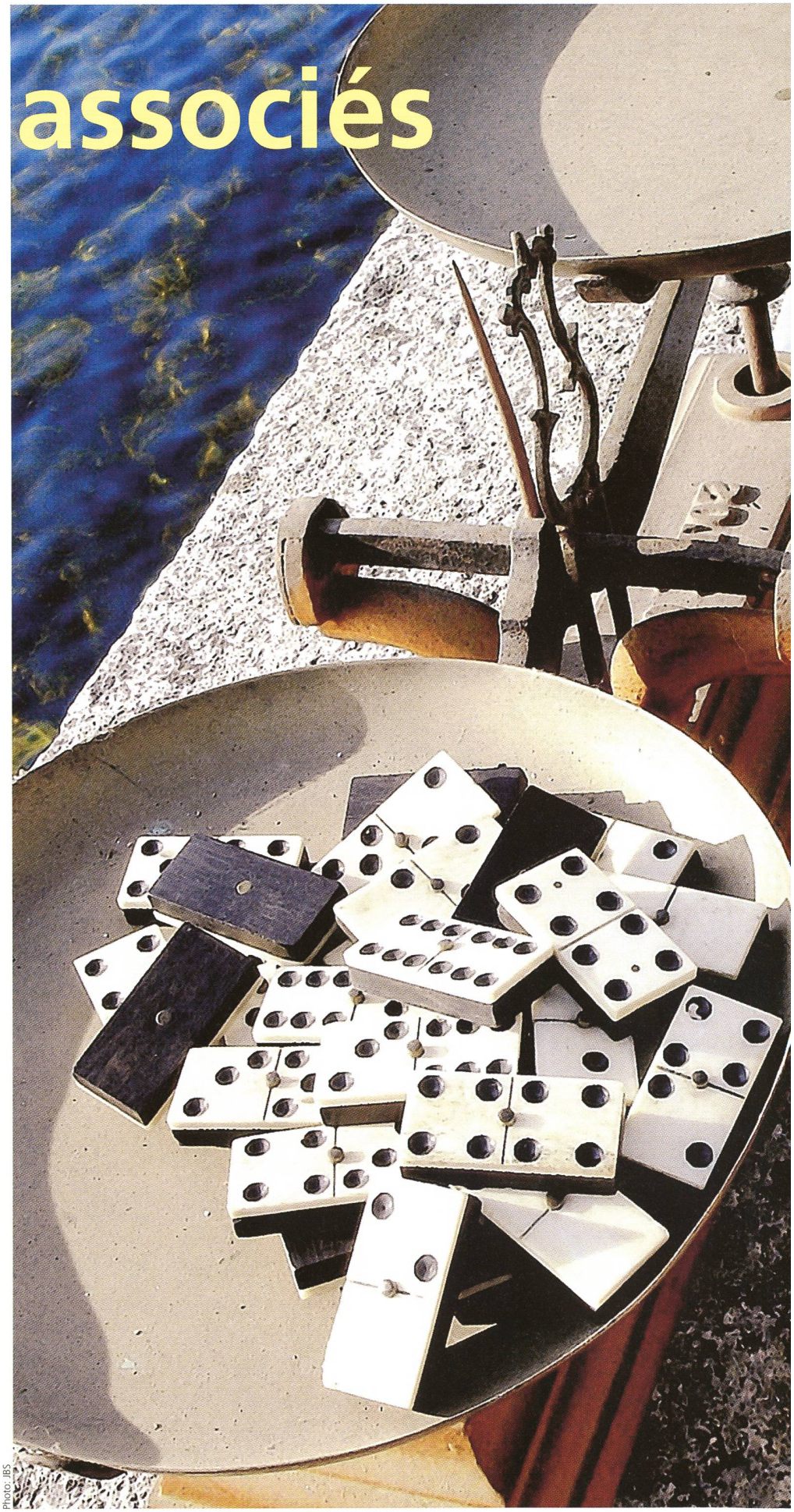

Photo: JBS

Les risques de complications maternelles

Complications maternelles en faveur d'un accouchement par voie basse	*Risque (Césarienne vs. Voie basse, 95% IC)*	*Niveau d'évidence*	*Réf.*
Risque accru de décès maternel (événement rare)	RR = 4.09 (3.00–8.00)[1]	2b[3]	(1)
Hospitalisation post partum plus longue	> 2 jours en moyenne lors d'une césarienne	1b	(1)
Admission aux soins intensifs.	RR = 9.00 (7.20–11.20)	3	(1)
Hystérectomie d'urgence	RR = 95.5 (67.7–136.9)	2b	(1)
Besoin d'une transfusion sanguine	RR = 3.86 (2.65–5.62)	2b	(2)
Hémorragies du post partum	RR = 1.13 (1.06–1.19)	2b	(3)
Infections utérines	RR = 1.72 (1.65–1.80)	2b	(3)
Infections pelviennes et fièvre puerpérale	RR = 1.57 (1.44–1.70)	2b	(4)
Blessures dues à la chirurgie des organes de voisinage	RR = 2.69 (2.38–3.05)	2b	(4)
Complications cardio-pulmonaires	RR = 2.52 (2.18–2.93)	2b	(4)
Complications thromboemboliques	RR = 2.34 (1.88–2.92)	2b	(4)
Complications gastro-intestinales	RR = 1.66 (1.53–2.80)	2b	(4)
Dépression post partum	RR = 1.31 (1.15–1.50)	2b	(4)
Inquiétude vis-à-vis de son bébé	RR = 5.26 (1.43–3.23)	2b	(5)
Difficultés à nourrir le bébé au sein	OR = 1.59 (1.44–1.75)[2]	2b	(6)
Douleurs pelviennes	OR = 3.70 (1.70–7.70)	3	(5)
Nouvelle hospitalisation après l'accouchement	RR = 17.50 (9.40–32.10)	2b	(1)

Complications maternelles en faveur d'une césarienne lors d'une 1ère grossesse	*Risque (Césarienne vs. Voie basse, 95% IC)*	*Niveau d'évidence*	*Réf.*
Douleurs pelviennes	OR = 0.27 (0.13–0.59)	3	(23)
Douleurs périnéales	RR = 0.32 (0.18–0.58)	1b	(1)
Prolapsus utérin	RR = 0.60 (0.50–0.90)	3	(1)
Blessures au niveau du pelvis	RR = 0.22 (0.17–0.29)	2b	(19)
Incontinence urinaire (3 mois après la naissance)	OR = 0.31 (0.14–0.69)	2b	(20)
Incontinence urinaire à 3 mois (femmes multipares)	OR = 0.92 (0.31–2.77) ns	2b	(20)
Insatisfaction lors des relations sexuelles	OR = 0.51 (0.33–0.80)	2b	(20)
Insatisfaction lors des relations sexuelles (multipares)	OR = 1.39 (0.53–3.67) ns	2b	(20)
Dyspareunie (douleur lors des rapports sexuels)	RR = 0.77 (0.60–0.99)	2b	(22)

ns: association non significative

Les risques de complications pour le bébé

Complications périnatales en faveur d'un accouchement par voie basse	*Risque (Césarienne vs. Voie basse, 95% IC)*	*Niveau d'évidence*	*Réf.*
Admission aux soins intensifs (réanimation)	RR = 4.86 (3.56–6.63)	2b	(7)
Complications respiratoires à la naissance (oxygène)	RR = 3.62 (2.58–3.08)	2b	(7)
Complications respiratoires à la naissance (ventilation)	RR = 5.49 (2.88–10.44)	2b	(7)
Syndrome de détresse respiratoire	RR = 2.96 (1.70–5.16)	2b	(15)
Convulsions	OR = 1.50 (1.18–1.92)	2b	(6)
Difficultés à se nourrir au sein	OR = 1.59 (1.44–1.75)	2b	(6)
Complications allergiques (à 7 ans)	OR = 2.22 (1.06–4.64)	1b	(8)
Complications asthmatiques (ssthme atopique à 7 ans)	OR = 1.21 (1.08–1.36)	1b	(8)

Complications périnatales en faveur d'une césarienne lors d'une 1ère grossesse	*Césarienne planifiée vs. Voie basse assistée*	*Niveau d'évidence*	*Réf.*
Blessures du plexus brachial	OR = 0.21 (0.12–0.36)	2b	(21)
Blessures des nerfs faciaux	OR = 0.35 (0.21–0.59)	2b	(21)
Hémorragie cérébrale	OR = 0.48 (0.27–0.85)	2b	(21)

Les risques spécifiques de complications maternelles lors d'une grossesse future après un antécédent de césarienne

Complications maternelles lors d'une future grossesse après un antécédent de césarienne	*Risque (Césarienne vs. Voie basse, 95% IC)*	*Niveau d'évidence*	*Réf.*
Grossesse ectopique (à l'extérieur de l'utérus)	RR = 1.28 Étude avec biais	2b	(5,9)
Admission aux soins intensifs	RR = 3.02 (2.44–3.74)	2b	(10)
Complications placentaires (placenta praevia)	RR = 4.50 (3.60–5.50)	2a	(11)
Hémorragies dues aux complications placentaires	RR = 2.06 (1.70–2.49)	2b	(10)
Complications thromboemboliques	RR = 2.81 (2.23–3.55)	2b	(10)
Hystérectomie d'urgence	RR = 6.07 (4.71–7.83)	2b	(10)
Avoir une nouvelle césarienne	RR = 6.76 (1.62–28.25)	1b	(12)
Problèmes de fertilité (ne plus avoir d'enfants)	RR = 1.50 (1.10–2.00)	2b	(1)
Dépression post natale	OR = 2.47 (1.23–4.94)	3	(5)
Rupture utérine (plus fréquent lors d'un AVAC)	RR = 42.18 (31.09–57.24)	2b	(10)

Les risques spécifiques de complications périnatales lors d'une grossesse future après un antécédent de césarienne

Complications périnatales lors d'une future grossesse après un antécédent de césarienne	*Risque (Césarienne vs. Voie basse, 95% IC)*	*Niveau d'évidence*	*Réf.*
Mort subite du nourrisson	RR = 1.60 (1.20–2.30)	2b	(1)
Admission aux soins intensifs	RR = 1.50 (1.43–1.57)	2b	(10)
Petit poids de naissance (< 2500 gr.)	RR = 1.69 (1.56–1.84)	2b	(13)
Naissance prématurée (< 37 SA)	RR = 1.40 (1.30–1.50)	2b	(14)
Malformations	RR = 1.50	2a	(5,9)
Blessures du système nerveux central	RR = 1.70	2a	(5,9)

Les risques émergents de complications pour l'enfant (Faible niveau d'évidence à ce jour)

Complications émergentes à long terme pour l'enfant	*Risque (Césarienne vs. Voie basse, 95% IC)*	*Niveau d'évidence*	*Réf.*
Risque de développer une tumeur non séminomateuse du testicule entre 18 et 45 ans	OR = 2.10 (1.25–3.54)	3	(16)
Risque de développer un diabète sucré de Type I	OR = 1.19 (1.04–1.36)	2b	(17)

[1] RR: Risque relatif d'avoir une complication dans le groupe des femmes accouchant par césarienne par rapport au groupe accouchant par voie basse. Il compare l'incidence observée chez les personnes exposées ou traitées et celle observée chez des personnes non exposées ou non traitées. Si RR = 9 pour l'admission aux soins intensifs par exemple, il y a 9 fois plus de chance d'être admis aux soins intensifs si l'accouchement se produit par césarienne.

[2] OR: Odds ratio ou Rapport de cotes. Il indique, de manière indirecte, la force de l'association dans une étude cas témoins. Si OR = 2, le rapport Événement sur Événement absent est 2 fois plus grand dans le groupe des femmes accouchant par césarienne.

[3] En ce qui concerne la médecine fondée sur des faits («Evidence-Based Medecine»), les niveaux de validité sont:
1a = revue systématique ou méta-analyse d'essais cliniques randomisés contrôlés
1b = au moins un essai clinique randomisé contrôlé
2a = pas de randomisation, mais une étude bien menée sur au moins un événement d'intérêt majeur
2b = étude bien menée, quasi expérimentale, d'au moins un événement d'intérêt majeur, par ex. étude de cohorte
3 = étude descriptive, non expérimentale mais bien menée, par ex. étude comparative, analyse de corrélations, études de cas contrôlées, séries de cas
4 = rapports de comité d'experts, opinions et/ou expérience clinique de personnes faisant autorité

- Complications psychologiques/Dépression *post partum*
- Inquiétude vis-à-vis de son bébé (contact réduit avec le bébé après la césarienne)
- Difficultés à nourrir le bébé au sein
- Douleurs pelviennes (dues aux adhésions des tissus générées par la chirurgie)
- Risque d'une nouvelle hospitalisation après l'accouchement

Les risques de complications pour le bébé

- Admission aux soins intensifs (réanimation)
- Complications respiratoires à la naissance (oxygénothérapie/ventilation)
- Syndrome de détresse respiratoire
- Convulsions
- Difficultés à se nourrir au sein
- Complications asthmatiques ou allergiques (à l'adolescence et à l'age adulte). Les complications asthmatiques en particulier l'asthme atopique fait toujours l'objet de controverse dans la littérature et le débat reste ouvert.

Les risques spécifiques de complications maternelles lors d'une grossesse future après un antécédent de césarienne (utérus cicatriciel)

- Grossesse ectopique (à l'extérieur de l'utérus). Études présentant plusieurs biais
- Admission aux soins intensifs
- Complications placentaires (placenta abruptio, praevia, accreta)
- Hémorragies dues aux complications placentaires
- Complications thromboemboliques
- Hystérectomie d'urgence
- Avoir une nouvelle césarienne
- Problèmes de fertilité (mécaniques ou psychologiques)
- Dépression post natale
- Rupture utérine (plus fréquente lors d'un Accouchement Vaginal après Antécédent de Césarienne ou AVAC)

Il y a environ 40 fois plus de risque d'avoir une rupture utérine dans une future grossesse si un premier accouchement a eu lieu par césarienne. Lors d'un AVAC, le risque d'avoir une rupture utérine est 3.8 fois plus élevé (RR = 3.8, IC 95% 2.1–7.1/ Essai de travail vs. Césarienne planifiée) si

Canada

Programme QUARISMA

QUARISMA signifie: «QUAlité des soins, gestion du RISque obstétrical et du Mode d'Accouchement au Québec».

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé (ECR) en grappe financé pour 5,5 millions $ par les Instituts de Recherche en Santé du Canada (IRSC) sur une durée de 3,5 ans et visant à évaluer une intervention dans 32 centres hospitaliers au Québec basée sur une formation professionnelle et l'autoévaluation de la pratique par les pairs (en tenant compte de la satisfaction des patientes concernant les soins prodigués).

Nous pensons que ce programme ciblant l'amélioration de la qualité des soins au niveau de la gestion du mode d'accouchement permettra de réduire le taux de césariennes «évitables», d'offrir aux patientes le mode d'accouchement le plus adapté dans les délais adéquats, et de réduire la morbidité materno-fœtale.

Afin d'évaluer ce programme, 150 000 dossiers d'accouchements seront analysés dans la province du Québec sur 3,5 ans (50 000 par an). Cela permettra d'éclairer sous un jour nouveau et d'effectuer une mise à jour des risques associés à chaque mode d'accouchement avec la puissance d'un ECR.

La collecte de données vient juste de commencer dans les 32 centres et il n'y a pas, à ce jour, de résultats préliminaires. La fin de l'essai est prévue pour octobre 2011.

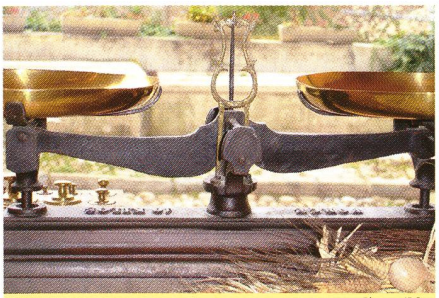

Photo: JBS

Suisse

Les césariennes en 2004

Taux global pour 2004: 29,2%.
Les derniers chiffres, transmis oralement par l'OFS, sont de 29,4% pour 2005 et de 31,1% pour 2006.

Chiffres absolus
En 2004, il y a eu, au total, 20401 césariennes, soit:

• Césariennes programmées:	6795
Diagnostics les plus fréquents:	
Présentation du siège	1169
Cicatrice utérine (AVAC)	965
Anémie	486
Stérilisation	452
• Césariennes d'urgence:	5731
Diagnostics les plus fréquents:	
Rythme cardiaque du fœtus anormal	1318
Prolongation de la 1ère phase du travail	697
Accouchement avant terme	537
Anémie	503
Rupture prématurée des membranes (avec début du travail dans les 24 h)	476
• Autres césariennes (sans précision):	7875

Variations 2004

En fonction de l'âge:	
Moins de 30 ans:	23,5%
Plus de 35 ans:	39,3%
Age moyen en légère hausse:	30,5 ans
En fonction du statut de l'hôpital	
Privé:	39,8%
Public ou subventionné:	26,7%
En fonction de la catégorie d'assurance	
Commune:	26,5%
Semi-privée:	39,6%
Privée:	44,4%
En fonction du canton	
Jura:	16,3%
Genève:	19,4%
Appenzell Int.:	36,7%
Zoug:	37%

Comparaisons internationales

Suisse 2004:	29,2%
Autriche 2004:	23,6%
Allemagne 2004:	26,8%
France 2003:	19,6%
USA 2004:	29,1%

Source: Office fédéral de la statistique OFS: Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse. StatSanté 1/2007, 32 p.

l'on tente un essai de travail plutôt qu'une césarienne planifiée (18). Il est donc important d'essayer de réduire le nombre de césariennes primaires évitables afin de diminuer le nombre d'accouchement avec antécédent de césarienne et ainsi de réduire les complications associées. Une rupture utérine peut entraîner les complications suivantes:

- Décès périnatal ou maternel
- Hémorragie sévère
- Transfusion sanguine
- Choc obstétrical
- Hystérectomie d'urgence
- Admission en unité de soins intensifs (mère et/ou bébé)

Les risques spécifiques de complications périnatales lors d'une grossesse future après un antécédent de césarienne (utérus cicatriciel)

- Mort subite du nourrisson
- Admission aux soins intensifs
- Petit poids de naissance (< 2500 gr.)
- Naissance prématurée (< 37 SA)
- Malformations
- Blessures du système nerveux central

Les risques émergents de complications pour l'enfant (faible niveau d'évidence à ce jour)

- Une récente association statistiquement significative avec ajustement a été mise en évidence entre la naissance par césarienne et le risque de développer une tumeur non séminomateuse du testicule entre 18 et 45 ans au cours d'une étude de type cas témoin de 1695 participants. Dans ce cas, le risque de développer une tumeur est 2 fois plus grand dans le groupe «accouchement par césarienne».
- Une récente méta-analyse de 20 études observationnelles totalisant 9938 cas a mis en évidence un risque significatif accru de 20% de développer un diabète sucré de Type I, durant la période juvénile ou l'adolescence, si la naissance avait eu lieu par césarienne plutôt que par voie vaginale.

Risques principaux associés à un accouchement par voie vaginale lors d'une première grossesse

L'accouchement par voie vaginale n'est pas dénué de risques. Cette section vise à informer les femmes des risques connus d'accouchement par voie basse recensés à ce jour dans la littérature scientifique et qui reflètent la tendance actuelle pour des grossesses à faible risque de complications obstétricales. Ces risques augmentent lors de grossesses présentant des complications telles que la présentation du siége, les grossesses multiples, les accouchements prématurés, les femmes de plus de 35 ans et/ou présentant un risque de complications obstétricales (hypertension, diabète, anorexie, obésité, infections, etc.), ou les grossesses avec antécédent de césarienne. Les risques concernant les grossesses présentant des complications ne sont pas abordés ici et devraient être spécifiquement discutés avec le médecin traitant.

Les risques de complications maternelles

- Des douleurs périnéales ou au niveau du pelvis dans les semaines suivant l'accouchement (dues à une épisiotomie ou une déchirure périnéale, ou encore des blessures au niveau du pelvis générées par un accouchement assisté par forceps)
- Blessures pelviennes (peuvent se traduire par des fractures du pelvis)
- Prolapsus utérin
- Problèmes d'incontinence urinaire ou anale (plus rare). Toutefois, de récentes études ont tendance à mettre en évidence que le risque d'incontinence urinaire est plutôt lié à la première grossesse et que ce risque n'est plus significatif lors d'une grossesse ultérieure (20)
- Dyspareunie (douleurs lors des relations sexuelles futures). Ce risque a tendance à diminuer au cours des mois suivant l'accouchement.

Les risques de complications périnatales

- Blessures périnatales telles que des fractures ou des blessures au niveau du plexus brachial ou des nerfs faciaux. Bien que ces blessures soient majoritairement temporaires, elles peuvent être permanentes (risques dus à un accouchement assisté par ventouse ou forceps).
- Hémorragies cérébrales ◀

Références

[1] *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health.* Caesarean Section. Clinical Guideline. London: RCOG Press; Avril 2004.

[2] *Burrows L. J., Meyn L. A., Weber A. M.* Maternal morbidity associated with vaginal versus cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2004; 103(5 Pt 1):907–12.

[3] *Lydon-Rochelle M., Holt V. L., Martin D. P., Easterling T. R.* Association between method of delivery and maternal rehospitalization. JAMA. 2000; 283(18): 2411–6.

[4] *Liu S. et al.* Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. Obstet Gynecol. 2005; 105(4): 836–42.

[5] Childbirth Connection. Comparing risks of cesarean and vaginal birth to mothers, babies, and future reproductive capacity: a systematic review. New York: Childbirth Connection, April 2004.

[6] *Towner D., Castro M. A., Eby-Wilkens E., Gilbert W. M.* Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. N Engl J Med. 1999 Dec 2; 341(23): 1709–14.
[7] *Annibale D. J., Hulsey T. C., Wagner C. L., Southgate W. M.* Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. Arch Pediatr Adolesc Med. 1995 Aug; 149(8): 862–7.
[8] *Kero J. et al.* Mode of delivery and asthma – is there a connection? Pediatr Res. 2002; 52(1): 6–11.
[9] *Hemminki E., Meriläinen J.* Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. Am J Obstet Gynecol. 1996 May; 174(5): 1569–74.
[10] *Rageth J. C., Juzi C., Grossenbacher H.* Delivery after previous cesarean: a risk evaluation. Obstet Gynecol 1999; 93: 332–7.
[11] *Ananth C. V., Smulian J. C., Vintzileos A. M.* The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. Am J Obstet Gynecol. 1997; 177(5): 1071–8.
[12] *Hannah M. E. et al.* Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. Am J Obstet Gynecol. 2004; 191: 917–27.
[13] *Smith G. C., Pell J. P., Cameron A. D., Dobbie R.* Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies. JAMA. 2002; 287(20): 2684–90.
[14] *Rageth C. J, Juzi C., Sege R.* Perinatal mortality after previous cesarean section. Z Geburtshilfe Neonatol. 2004 Feb; 208(1): 17–24.
[15] *Levine E. M., Ghai V., Barton J. J., Strom C. M.* Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. Obstet Gynecol. 2001; 97(3): 439–42.
[16] *Cook M. B. et coll.* Perinatal factors and the risk of testicular germ cell tumors. Int J Cancer, 2008.
[17] *Cardwell C. R. et coll.* Caesarean section is associated with an increased risk of childhood-onset type 1 diabetes mellitus: a meta-analysis of observational studies. Diabetologia, 2008.
[18] *Lydon-Rochelle M., Holt V. L., Easterling T. R., Martin D. P.* Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. N Engl J Med. 2001; 345(1): 3–8.
[19] *Lydon-Rochelle M., Holt V. L., Martin D. P., Easterling T. R.* Association between method of delivery and maternal rehospitalization. JAMA. 2000; 283(18): 2411–6.
[20] *Klein M. C., Kaczorowski J., Firoz T., Hubinette M., Jorgensen S., Gauthier R.* A comparison of urinary and sexual outcomes in women experiencing vaginal and Caesarean births. J Obstet Gynaecol Can. 2005 Apr; 27(4): 332–9.
[21] *Towner D., Castro M. A., Eby-Wilkens E., Gilbert W. M.* Effect of mode of delivery in nulliparous women on neonatal intracranial injury. N Engl J Med. 1999 Dec 2; 341(23): 1709–14.
[22] *Buhling K. J., Schmidt S., Robinson J. N., Klapp C., Siebert G., Dudenhausen J. W.* Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2006 Jan 1; 124(1): 42–6. Epub 2005 Jul 15.
[23] *Almeida O. D. Jr.* Microlaparoscopic conscious pain mapping in the evaluation of chronic pelvic pain: a case report. JSLS. 2002 Jan-Mar; 6(1): 81–3.

Photo: JBS