

# Outbreak of caesarean sections and fear of birth injury

Xavier Fritel

► **To cite this version:**

Xavier Fritel. Outbreak of caesarean sections and fear of birth injury. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, Elsevier Masson, 2015, pp.non connue à ce jour. <inserm-01150251>

**HAL Id: inserm-01150251**

**<http://www.hal.inserm.fr/inserm-01150251>**

Submitted on 9 May 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

1 Titre

2 Epidémie de césariennes et crainte du traumatisme obstétrical

3 Outbreak of caesarean sections and fear of birth injury

4

5 Auteur

6 Xavier Fritel

7 Université de Poitiers, Faculté de Médecine et Pharmacie, Inserm CIC1402, CHU de  
8 Poitiers, Service de Gynécologie-Obstétrique et Médecine de la Reproduction.

9 CHU de Poitiers, 2 rue de la Milétrie, 86000 Poitiers, France.

10 Tel 05 49 44 39 45, fax 05 49 44 39 10.

11 [xavier.fritel@univ-poitiers.fr](mailto:xavier.fritel@univ-poitiers.fr)

12

13 Mots clés : Incontinence urinaire, prolapsus génital, césarienne, épisiotomie,  
14 traumatisme obstétrical. Urinary incontinence, pelvic organ prolapse, cesarean section,  
15 episiotomy, birth trauma.

16

17 Texte

18 La presse nationale s'est récemment intéressée à l'épidémie de césariennes qui prévaut  
19 au Brésil où plus de la moitié des grossesses se termine par une césarienne. Cette  
20 épidémie n'a pas épargné la France où le taux a presque doublé depuis 1981 (11% en  
21 1981, 16% en 1995, 19% en 2004, 21% en 2010). Il est probable qu'une partie de cette  
22 augmentation du taux des césariennes trouve son origine dans la crainte du  
23 traumatisme obstétrical.

24 De nombreuses craintes ont depuis toujours marqué l'histoire de l'accouchement et de

25 l'Obstétrique. Une des plus connue, et toujours d'actualité, est le « tu enfanteras dans la  
26 douleur » issu de la Genèse. Ces craintes ont souvent conduit au cours de l'histoire de  
27 l'Obstétrique à des conduites irrationnelles. Par exemple, pendant de nombreuses  
28 années, l'épisiotomie systématique a été proposée par le corps médical pour répondre à  
29 la crainte de la déchirure. Pomeroy écrivait ainsi en 1918 : *Why not open the gates and*  
30 *close them after the procession has passed?* [1] Il a fallu de nombreuses années et  
31 plusieurs travaux comparatifs, pour arriver à la conclusion que la méthode n'assurait  
32 pas ses ambitions préventives sur les troubles du plancher pelvien [2]. Pour répondre  
33 aux craintes traumatiques liées à l'accouchement toujours présentes, c'est la césarienne  
34 dite *de confort* qui est maintenant promue sans plus de preuves scientifiques que  
35 l'épisiotomie à l'époque.

36 Une des données scientifique récentes intéressante sur le sujet est ce travail qui montre  
37 que la dyspareunie est plus fréquente après une césarienne qu'après un accouchement  
38 vaginal sans déchirure [3]. Cela permettra, j'espère, d'ébranler les fausses croyances  
39 encore largement communes à propos du caractère traumatique de l'accouchement  
40 vaginal. Il faut encore rappeler que l'incontinence urinaire est particulièrement  
41 fréquente pendant la grossesse (entre 30 et 50% des femmes rapportent des fuites  
42 urinaires pendant la première grossesse) [4], et aussi qu'il est possible de prédire le  
43 risque d'incontinence urinaire postnatale en observant la mobilité urétrale avant  
44 l'accouchement [5]. Une grande partie de ce qui détermine l'incontinence urinaire de la  
45 femme est donc probablement à rechercher ailleurs que dans le mode d'accouchement  
46 et dès la période prénatale. L'absence d'association entre mode d'accouchement et  
47 risque d'incontinence urinaire chez la femme de 50 ans et plus retrouvé dans plusieurs  
48 travaux est un autre élément qui doit nous conduire à ne pas promouvoir une  
49 césarienne de confort au seul but d'éviter l'incontinence urinaire plus tard dans la vie

50 [4].

51 En ce qui concerne le prolapsus génital, le travail de Chen mérite également d'être connu  
52 [6]. Cet auteur a observé un prolapsus génital de grade II ou plus chez plus d'un tiers des  
53 nullipares en fin de grossesse et une amélioration progressive au cours de la première  
54 année du postpartum. Cela explique probablement une grande partie des pesanteurs  
55 pelviennes rapportées par les femmes en fin de grossesse. Là encore le mode  
56 d'accouchement n'explique pas tout.

57 Il faut se souvenir qu'il n'existe pas d'étude comparative probante (avec au minimum  
58 des groupes voie vaginale et césarienne comparables) ayant montré un bénéfice de la  
59 césarienne de confort sur les troubles du plancher pelvien. Les travaux récents de  
60 Gyhagen et Milsom montrent qu'un accouchement par césarienne (versus vaginal) est  
61 associé à moins d'incontinence urinaire (29 versus 40%) et moins de symptômes de  
62 prolapsus (6 versus 15%) 20 ans après [7,8]. Cependant cette analyse oublie que les  
63 groupes ne sont pas similaires, c'est-à-dire qu'une femme qui accouche par césarienne  
64 est différente d'une femme qui accouche par voie vaginale, et que ces différences  
65 pourraient porter sur les facteurs de risque des troubles du plancher pelvien. On  
66 observe en effet en prénatal, un hiatus des releveurs et une mobilité urétrale plus faible  
67 chez les femmes qui vont accoucher par césarienne [4,9]. C'est-à-dire que la césarienne  
68 est faite plus souvent chez la femme à bas risque de troubles fonctionnels du plancher  
69 pelvien, et ce probablement pour des raisons en lien avec la qualité des tissus  
70 (césarienne pour échec de déclenchement ou stagnation de la dilatation du col utérin).

71 En raison des craintes qui continueront à entourer la naissance, l'épidémie des  
72 césariennes n'est pas terminée. Cela doit nous encourager à poursuivre les travaux sur  
73 le sujet afin de préciser si une intervention dont la morbidité sévère pour la mère et

74 pour l'enfant est largement démontrée doit continuer à être promue de plus en plus  
75 souvent pour la prévention hypothétique de troubles fonctionnels. L'affirmation de de  
76 Lee (un promoteur de l'épisiotomie) qui affirmait en 1920: *Labor has been called, and*  
77 *still is believed by many to be, a normal function. It always strikes physicians as well as*  
78 *laymen as bizarre, to call labor an abnormal function, a disease, and yet it is a decidedly*  
79 *pathologic process* [10], reste toujours d'actualité de nos jours. L'accouchement est-il un  
80 processus pathologique qui nécessite une intervention médicale systématique  
81 (l'épisiotomie systématique à l'époque, la césarienne de confort 100 ans plus tard) ou un  
82 processus habituellement physiologique ou l'obstétricien n'intervient qu'en cas de  
83 besoin avéré ?

84

85 Nous n'avons pas de conflit d'intérêt à déclarer (hormis bien sûr notre intérêt  
86 scientifique pour ce sujet).

87

## 88 Références

- 
- 1 Pomeroy RH, Shall we cut and reconstruct the perineum for every primipara? Am J Obstet Dis Women Child 1918;78:211-20.
  - 2 Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery, a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. BJOG 2008;115:247-52.
  - 3 McDonald EA, Gartland D, Small R, Brown SJ. Dyspareunia and childbirth: a prospective cohort study. BJOG 2015; DOI: 10.1111/1471-0528.13263.
  - 4 Fritel X, Ringa V, Quiboef E, Fauconnier A. Female urinary incontinence, from pregnancy to menopause, a review of epidemiologic and pathophysiologic findings. Acta Obstet Gynecol Scand 2012;91:901-10.
  - 5 Pizzoferrato AC, Fauconnier A, Bader G, Fort J, de Tayrac R, Fritel X. Prenatal urethral mobility: a determining risk factor for urinary incontinence during pregnancy and the postpartum period? Neurourol Urodyn 2014;33:938-9.
  - 6 Chen Y, Li F-Y, Lin X, Chen J, Chen C, Guess M. The recovery of pelvic organ support during the first year postpartum. BJOG 2013;120:1430-1437.
  - 7 Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen T, Milsom I. The prevalence of urinary incontinence 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. BJOG 2013;120:144-51.

- 
- 8 Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen T, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG* 2013;120:152-60
- 9 Fritel X, Fauconnier A. Does the SWEPOP (Swedish Pregnancy, Obesity and Pelvic Floor) study suffer from a selection bias? *BJOG* 2013;120:1578-9
- 10 DeLee JB. The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol* 1920;1:34-44.