

Taux élevé de césariennes et augmentation de l'incidence du syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né en Suisse

Matthias Roth-Kleiner, Lausanne

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Récemment, l'Office Fédéral de la Statistique a publié deux études concernant les hospitalisations durant la période néonatale^{1), 2)}. D'après ces publications, en 2004 29.2% de tous les enfants nés vivants dans un hôpital suisse sont nés par césarienne. En comparaison avec les pays européens, cela représente une proportion de césariennes élevée, identique à celle des Etats Unis³⁾. Nous ne disposons de données concernant la fréquence des césariennes pour toute la Suisse que depuis peu d'années. Selon des estimations, en 1974 cette fréquence était d'environ 5–8%.

Durant la même année (2004), la Société Suisse de Néonatalogie a effectué une étude au niveau national, évaluant la fréquence du syndrome de détresse respiratoire du nouveau-né. Ont participé à cette étude tous les dix centres tertiaires de soins intensifs néonataux et pratiquement toutes les cliniques pédiatriques primaires et secondaires de Suisse⁴⁾. Selon cette étude publiée récemment, en 2004, 2751 nouveau-nés ont été hospitalisés, dans toute la Suisse en raison d'un syndrome de détresse respiratoire (SDR). Cela correspond à 52.7% des nouveau-nés hospitalisés et à 3.8% de la totalité des enfants nés vivants. En 1974 ce dernier chiffre était de 1.9% et il a régulièrement augmenté depuis. Malheureusement, nous ne connaissons pour 1974 que le poids de naissance, la déclaration de l'âge gestationnel n'étant obligatoire sur les déclarations de naissance que depuis janvier 2007. Bien que le dessein de cette étude n'ait pas été d'évaluer l'augmentation surprenante et significative du SDR néonatal, elle permet néanmoins quelques réflexions intéressantes:

1) La proportion de très petits prématurés avec un poids de naissance de <1000g n'a augmenté que de 0.9% à 4% de tous les nouveau-nés hospitalisés et ne peut donc être responsable qu'en petite

partie de l'augmentation du nombre de SDR.

- 2) Durant ces trois décennies, la définition clinique du SDR n'a pas changé et les indications à l'hospitalisation des nouveau-nés avec un SDR n'ont pas été sensiblement renforcées. De nos jours, grâce aux meilleures possibilités de surveillance, les nouveau-nés avec un SDR léger restent en observation en salle d'accouchement et, en cas de rapide amélioration clinique, ne sont jamais transférés dans un service de néonatalogie ou de pédiatrie. Ces enfants n'ont pas été inclus dans l'étude citée.
- 3) Comme mentionné plus haut, ces trente dernières années le taux de césariennes a augmenté de 20–25%. Le risque de développer un SDR est nettement plus élevé pour les enfants nés par césarienne que pour ceux nés par voie naturelle⁵⁾. Dans une population de nouveau-nés avec un âge gestationnel >35 semaines, Levine a constaté une incidence combinée de SDR de 4.5% après césarienne et de 1.4% après naissance par voie basse⁶⁾. Une augmentation des césariennes de 20–25% pendant ces trente dernières années signifie, pour environ 80000 naissances vivantes par année en Suisse, qu'actuellement environ 16000–20000 enfants de plus naissent par césarienne qu'il y a 30 ans. Avec un risque accru d'environ 3% de développer un SDR néonatal après césarienne par rapport à l'accouchement par voie basse, le nombre calculé de patients avec un SDR néonatal auquel nous devons faire face aujourd'hui est de 400–600 plus important qu'en 1974.
- 4) Ce qui frappe dans l'étude suisse est l'augmentation importante de patients hospitalisés avec un SDR ayant un poids de naissance (PN) >2500g. Alors qu'en 1974 les patients hospitalisés avec PN >2500g représentaient 8.4% de tous

les enfants nés vivants, leur proportion a augmenté régulièrement pendant les décennies suivantes (1984: 12.2%, 1994: 15.0%, 2004: 20.2%).

Pourquoi précisément les enfants les plus matures devraient-ils développer de plus en plus un SDR nécessitant une hospitalisation? Les données recueillies dans d'autres pays nous apprennent que l'augmentation du taux de césariennes est dû essentiellement à l'augmentation des césariennes électives peu avant le terme³⁾. Les indications les plus fréquentes sont une césarienne préalable et les positions fœtales anormales³⁾. Dans quelle mesure le souhait maternel influence l'indication à la césarienne constitue actuellement un sujet de vives discussions^{7)–9)}. La sécurité accrue de l'anesthésie et de l'opération, la crainte de contractions prématurées et des complications possibles, le risque d'incontinence urinaire et intestinale maternelle ainsi que la crainte d'une mort fœtale favorisent la décision en faveur d'une césarienne élective. Mais une césarienne avant le début des contractions s'accompagne d'un risque accru de SDR néonatal^{10)–13)}. Un risque qui augmente d'autant plus que l'âge gestationnel diminue^{14), 15)}. Le risque relatif de développer un SDR sur membranes hyalines suite à un déficit en surfactant ou un SDR suite à un retard d'élimination du liquide pulmonaire («wet lung»), réparti selon l'âge gestationnel et le mode d'accouchement a été évalué dans une étude prospective portant sur > 33000 naissances (cf. *Tableau*)¹⁴⁾. Selon ces données, un enfant accouché par une césarienne élective durant la semaine 37 0/7–37 6/7 encourt un risque quatre fois plus grand de développer un SDR nécessitant une hospitalisation qu'un enfant naissant également à terme par une césarienne élective, mais deux semaines plus tard. Bien qu'il s'agisse dans la plupart des cas d'un SDR non compliqué dû à un «wet lung», cela nécessite souvent une hospitalisation et donc une séparation de mère et enfant de plusieurs jours¹⁶⁾. Dans plusieurs études sont néanmoins décrits des décours plus graves, nécessitant des mesures médicales importantes, avec transport en urgence du nouveau-né et prise en charge dans un service de soins intensifs néonataux^{17), 18)}.

Les dernières décennies ont été marquées par une réduction drastique de la morbidité et de la mortalité néonatales grâce à

Semaine de gestation	Césarienne avant le début du travail	Césarienne après le début du travail	Accouchement par voie basse
37 ^{0/7} à 37 ^{6/7}	73.8‰	57.7‰	12.6‰
39 ^{0/7} à 39 ^{6/7}	17.8‰	16.2‰	3.2‰

Tableau: Risque relatif de développer un SDR selon l'âge gestationnel et le mode d'accouchement (d'après¹⁴⁾)

d'importants progrès de la médecine périnatale. La tendance inverse de l'incidence du SDR nous étonne d'autant plus. À une époque où les ressources médicales s'amincissent, l'augmentation du SDR néonatal doit nous alarmer et inciter à chercher activement, par des études, les causes de cette évolution.

Remerciements: Nous remercions A. Moessinger et P. Hohlfeld pour la lecture critique du manuscrit.

Correspondance:

Dr Matthias Roth-Kleiner
Division de Néonatalogie, CHUV
Av. Pierre Decker
1011 Lausanne
Tél. 021 314 3223
Fax 021 314 3477
matthias.roth@chuv.ch

Références

- Schwab P, Zwimpfer A. Mettre au monde dans les hôpitaux de Suisse. StatSanté 2007; 1: ISBN: 978-3-303-14108-3.
- Hässig G, Adams M, Zwimpfer A, Schwab B. Les nouveau-nés dans les hôpitaux de Suisse en 2004. StatSanté 2007; 1: ISBN 978-3-303-14111-3.
- Menacker F, Declercq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. Semin Perinatol 2006; 30(5): 235-241.
- Ersch J, Roth-Kleiner M, Baeckert P, Bucher HU. Increasing incidence of respiratory distress in neonates. Acta Paediatrica 2007; Acta Paediatrica 2007; 96: 1577-1581.
- Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. Acta Obstet Gynecol Scand 2007; 86(4): 389-394.
- Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. Obstet Gynecol 2001; 97(3): 439-442.
- Wilkinson C, McIlwaine G, Boulton-Jones C, Cole S. Is a rising caesarean section rate inevitable? Br J Obstet Gynaecol 1998; 105(1): 45-52.
- Young D. «Cesarean Delivery on Maternal Request»: was the NIH conference based on a faulty premise? Birth 2006; 33(3): 171-174.
- Weaver JJ, Statham H, Richards M. Are there «unnecessary» cesarean sections? Perceptions of women and obstetricians about cesarean sections for non-clinical indications. Birth 2007; 34(1): 32-41.
- Jain L, Eaton DC. Physiology of fetal lung fluid clearance and the effect of labor. Semin Perinatol 2006; 30(1): 34-43.
- Gerten KA, Coonrod DV, Bay RC, Chambliss LR. Cesarean delivery and respiratory distress syn-

drome: does labor make a difference? Am J Obstet Gynecol 2005; 193: 1061-1064.

- Hales KA, Morgan MA, Thurnau GR. Influence of labor and route of delivery on the frequency of respiratory morbidity in term neonates. Int J Gynaecol Obstet 1993; 43(1): 35-40.
- Stockx EM, Pfister RE, Kyriakides MA, Brodecky V, Berger PJ. Expulsion of liquid from the fetal lung during labour in sheep. Respir Physiol Neurobiol 2007; 157(2-3): 403-410.
- Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. Br J Obstet Gynecol 1995; 102: 101-106.
- Madar J, Richmond S, Hey E. Surfactant-deficient respiratory distress after elective delivery at 'term'. Acta Paediatr 1999; 88(11): 1244-1248.
- Riskin A, bend-Weinger M, Riskin-Mashiah S, Kugelman A, Bader D. Cesarean section, gestational age, and transient tachypnea of the newborn: timing is the key. Am J Perinatol 2005; 22(7): 377-382.
- Keszler M, Carbone MT, Cox C, Schumacher RE. Severe respiratory failure after elective repeat cesarean delivery: a potentially preventable condition leading to extracorporeal membrane oxygenation. Pediatrics 1992; 89: 670-672.
- Roth-Kleiner M, Wagner BP, Bachmann D, Pfenninger J. Respiratory distress syndrome in near-term babies after caesarean section. Swiss Med Wkly 2003; 133(19-20): 283-288.