

Voies et moyens pour contenir les taux de césariennes [Existe-t'il une méthode efficace?]



SOPHIE ALEXANDER
[EUPHA GLASCOW 19/11/2014]
AUDIPOG -CNGOF
PARIS 03/12/2014

Plan

3

1. Y a t'il un taux "désirable"?
2. Contre la limitation des CS "non nécessaires"
3. Pour la limitation des CS "non nécessaires"
4. Pourquoi les variations? / "déterminants" des taux
5. "Voies et moyens"
6. Vous avez dit "non nécessaire"?
 1. Robson
 2. Coulm
7. Conclusion: Action(s) à prévoir ?

1. Y a t'il un taux désirable?

4



After the CS
Source Sewell
CS in 1822

1.1. les “<15%” de l’OMS

5

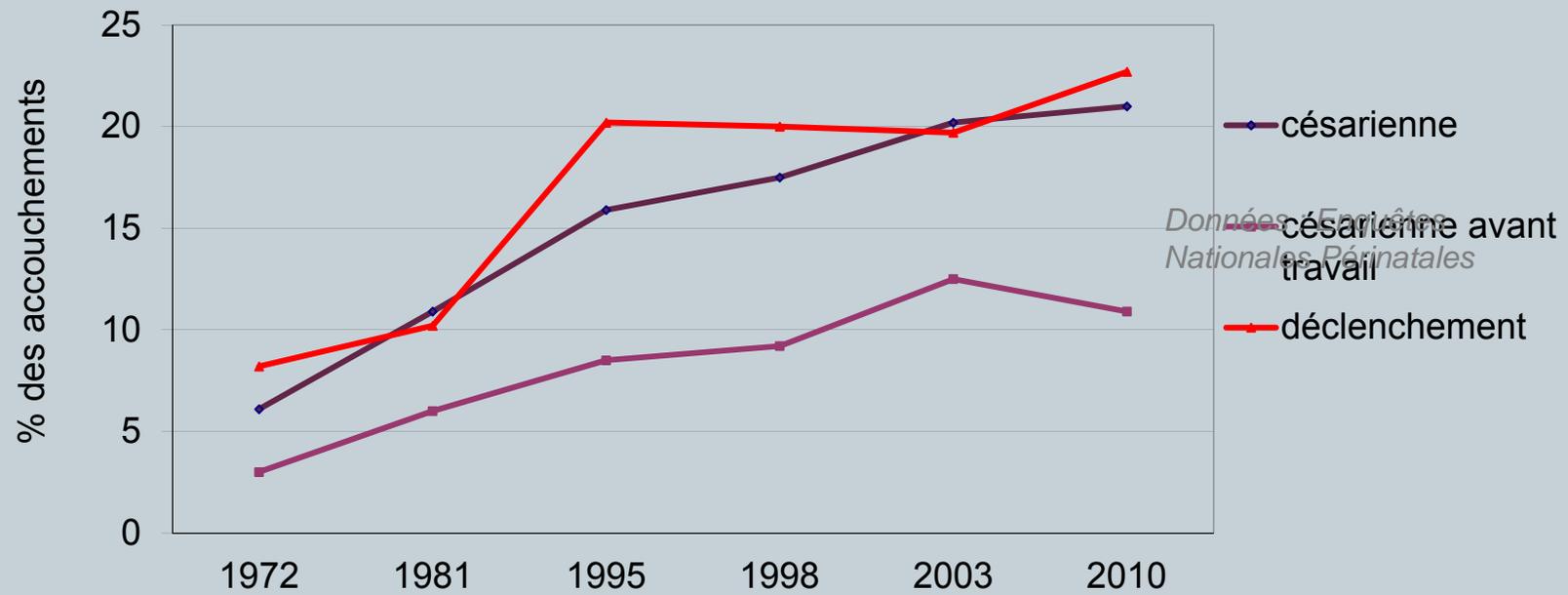
- En dessous de 5%, la mortalité maternelle augmente
- 1985: l’OMS (empiriquement) recommande 10-15%
- 1985 – 2014: les cliniciens et les chercheurs remettent en question ce seuil comme non réaliste
- 2014: Etude de Ye et al démontre qu’après ajustement pour les facteurs socio-économiques les 15% sont sans doute appropriés

1.2. “Upwardly mobile”

6

- **Ex: France**

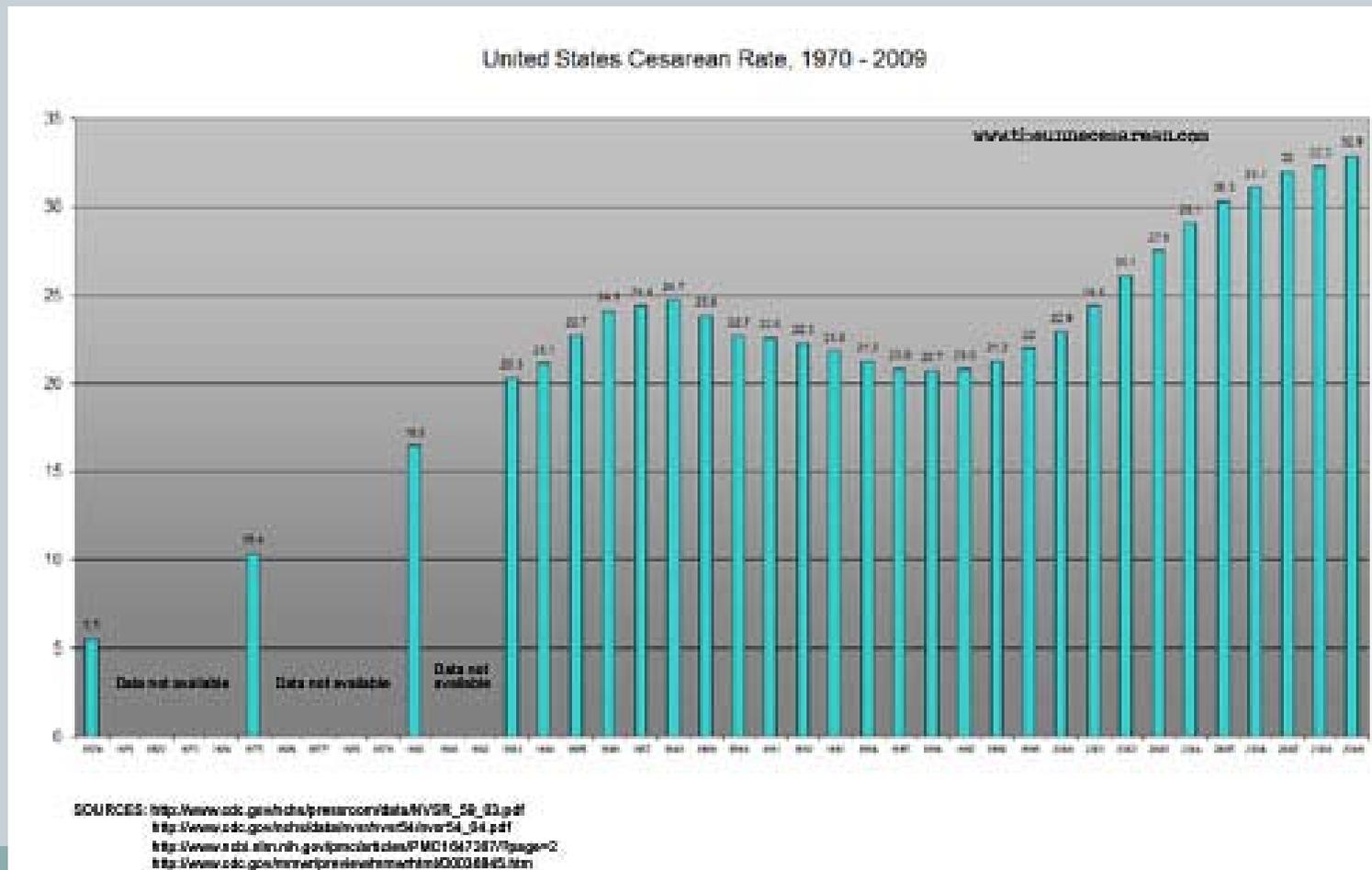
- **Source: enquêtes périnatales françaises**



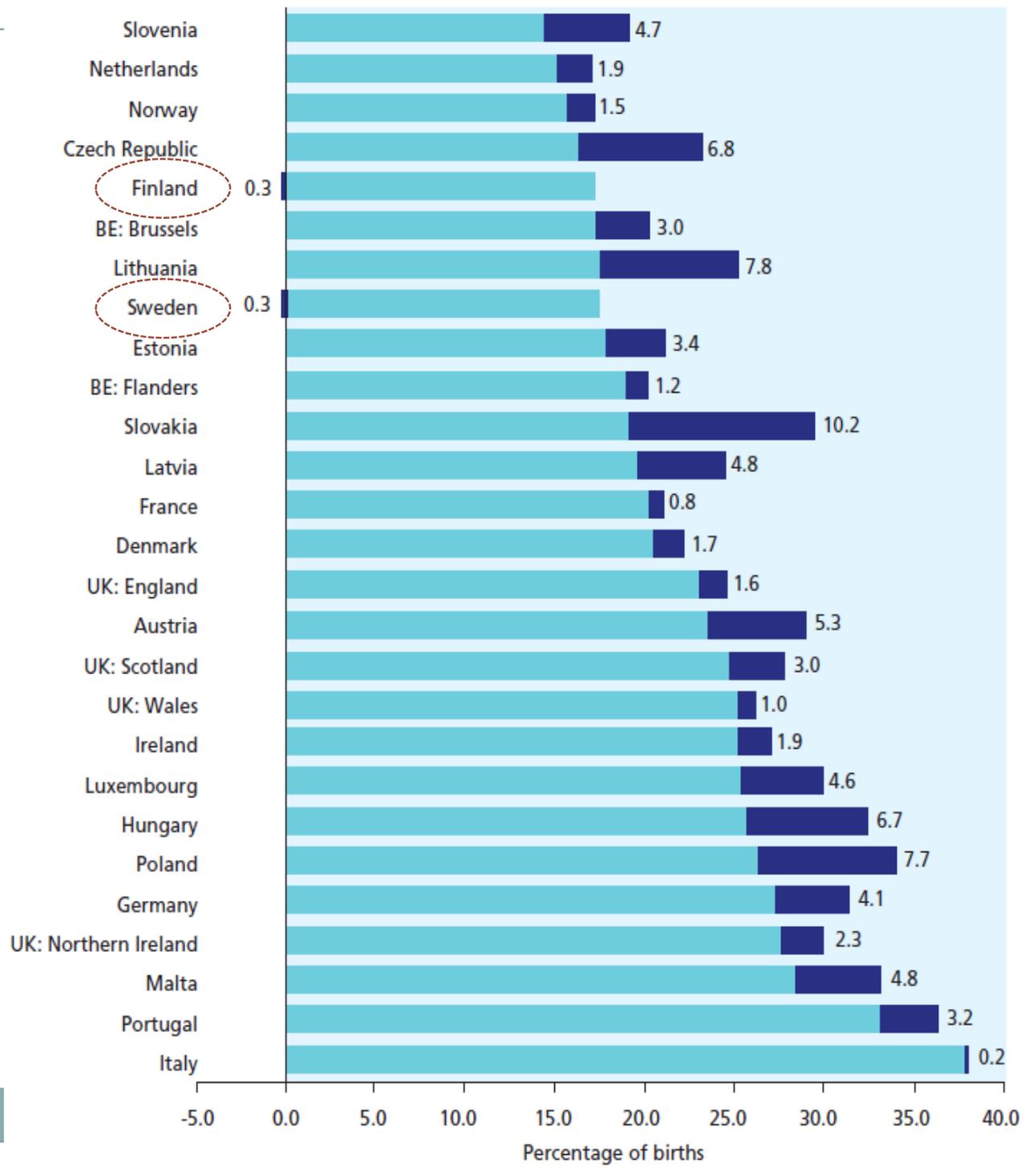
1.2. Pourquoi les dix ans de répit?

7

- Ex: USA



Percentage of births by caesarean section in 2004 and change 2004-2010



■ Rate in 2004
■ Difference between 2010 and 2004
 NOTE: Countries ordered by percentage of caesareans in 2004.

☞ Un taux “desirable”

10

- Augmentation quasi universelle mais variable (taux atteint, pente, rémissions...)
- Processus échappant à des explications simples
- En Europe, [en général] ce sont les pays avec des taux $<20\%$ qui ont les meilleures issues périnatales (mortalité mais aussi prématurés)

2. "Contre la limitation des CS non nécessaires"

11



Apollon pratiquant une CS sur Coronis pour faire naître Esculape, bois allemand gravé 16^e siècle

Info aux femmes

- Torloni et al 2014
- 1223 articles dans la presse féminine



Les trois bénéfices les plus invoqués

13

- 1. Protection du cerveau foetal (controversé)**
 - Changement dans les formes de PC: moins de diplégie spastique ; (Badawi et al, 2004-2013)
 - Pas d'effet (revue systématique 54 articles ; O'Callaghan 2013)
- 2. Moins de traumatisme périnéal (incontournable)**
- 3. Choix des femmes (mais sont elles bien informées?)**

3. "Pour la limitation des CS non nécessaires"

14



Court terme

15

- Mère: voir Catherine Deneux
- Nouveau-né: voir C-J Fischer

Long terme (femme et grossesse suivante)

16

- **Femme hors grossesse**
 - Incidence accrue de méno-métrorragies
 - Images pathognomoniques à l'échographie
 - Tumeur desmoïde du grand droit (bénin mais récidivant)
- **Grossesse(s) suivante(s): augmentation de**
 - Acreta/ increta / percreta
 - Ectopique cervicale et intra cicatricielle
 - Rupture utérine > asphyxie périnatale
 - Complications des césariennes directement proportionnelles au nombre de césariennes antérieures
 - Mortinatalité / RCIU (données conflictuelles)

Impact pédiatrique à long terme

17

- **Asthme: OR 1.22 [IC₉₅ 1.14-1.29]**
 - Meta-analyse 23 études; Thavagnanam 2008
- **Maladie cœliaque: OR 1.8 [IC₉₅ 1.13-2.88]**
 - Cas témoin 40 hôpitaux; Decker 2010
- **Atopie + 23-32%**
- **Diabète type I + 23% (meta-analysis, Carwell et al. 2008)**
- **Cancer avant 15 ans: AOR 1.95 [IC₉₅ 1.30-2.92)**
 - Chaînage de registres 13 ans Ecosse; Bhattacharya, 2014 / Leucémie OR = 2.5; IC₉₅ 1.3-4.9 Cnattingius 2006
- **Obésité à 11 ans: OR 1.83 [IC₉₅ 1.24-2.70]**
 - Cohorte longitudinale Avon; Blustein 2013
 - Overweight & obesity + 26% in childhood (meta-analysis Damascene 2014),

Impact adulte né par CS

18

- **Surpoids et obésité+ 20% à l'âge adulte**
 - (Modi, Nordic BR, 2013)
- **Cancer testiculaire OR = 2.10, 95%CI: 1.25-3.54).**
 - Cas témoin Cook 2010

Le problème est donc un problème de NNT

19

- Et le clinicien, en dehors des indications indiscutables devrait sans doute demander à la femme: “préférez vous
 - Éviter un risque de déchirure du périnée de l'ordre de 1% et peut-être un risque de paralysie cérébrale de l'ordre de 1 pour 1 million ou
 - Eviter pour votre bébé un risque de 1/20 d'asthme ou d'obésité du à votre césarienne, en sachant que vous augmentez aussi le risque de maladies rares comme le cancer et le diabète de l'enfant=,
 -

4. Pourquoi les variations? / “déterminants” des taux

Leg Grasping

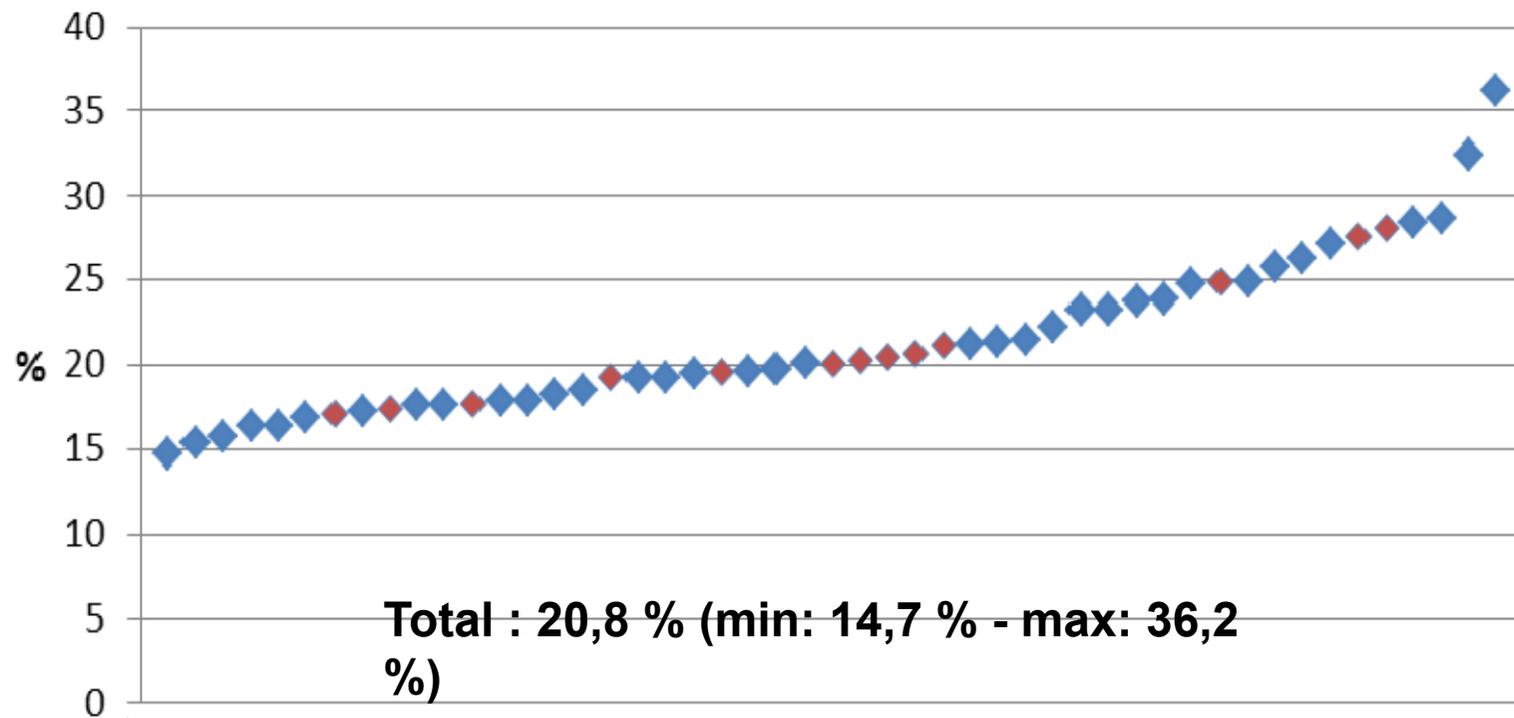


<http://catalogue.museogalileo.it/indepth/PresentationFetus.html>

Belgique CS par maternité

21

Classement des maternités en fonction de la proportion de césarienne, Bruxelles-Wallonie 2012

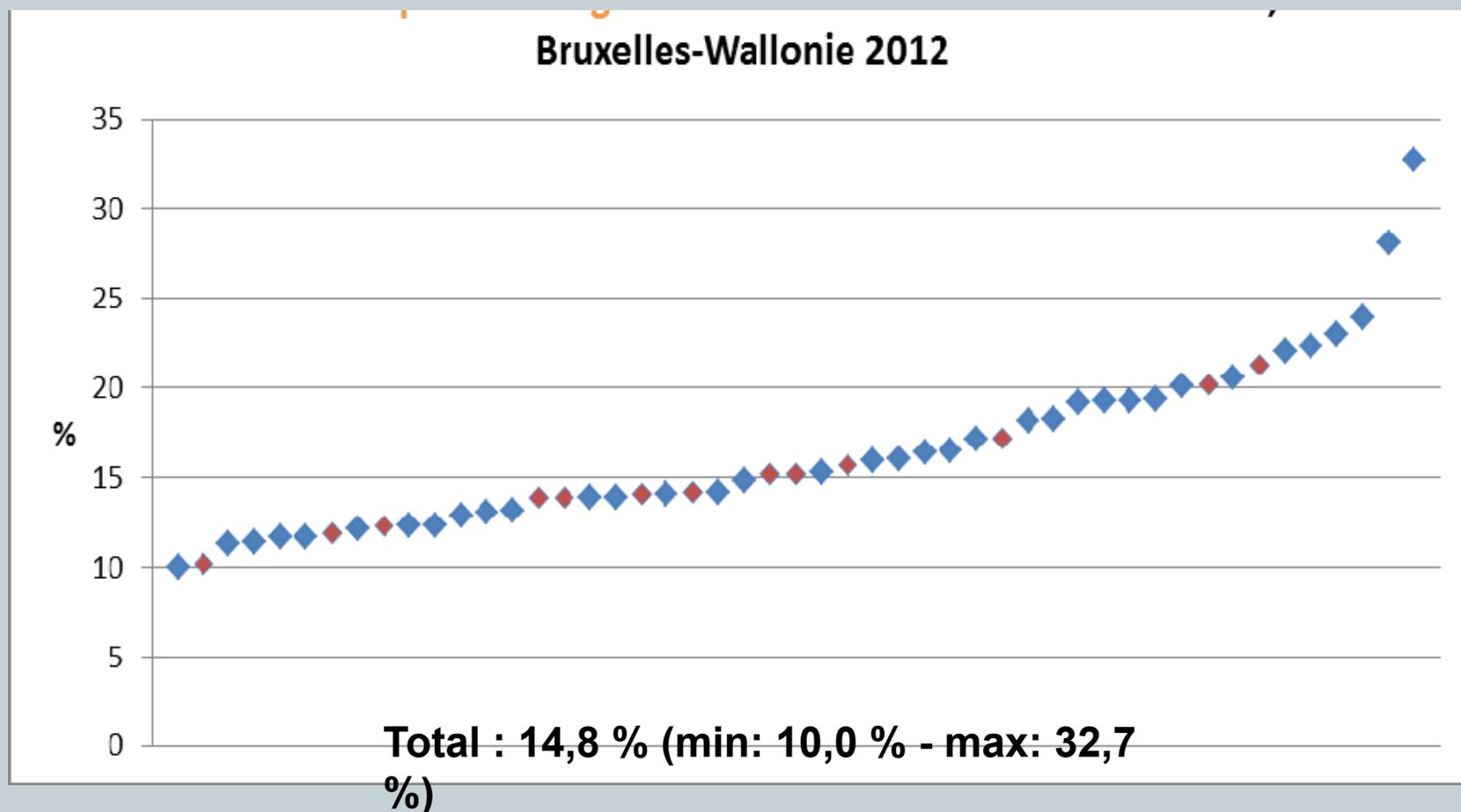


◆ Hô généraux : 21,5 %

◆ Hô universitaires et/ou NIC : 21,1 %

Idem pour singleton-vertex- ≥ 37 semaines

22



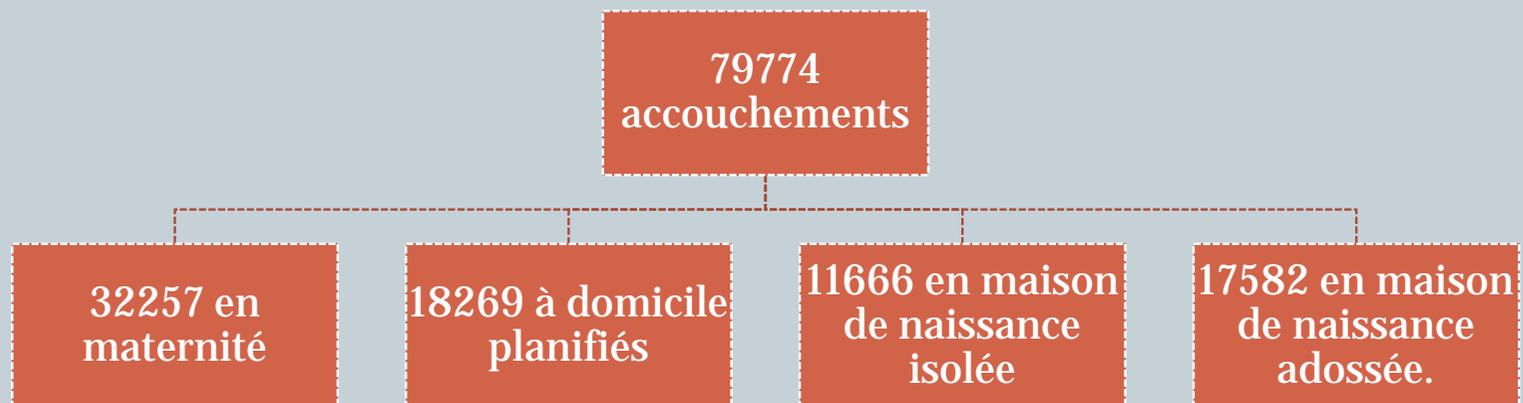
◆ Hô généraux : 17,1 %

◆ Hô universitaires et/ou NIC : 14,6 %

Birthplace UK

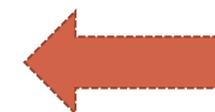
23

- 2007: échantillon stratifié des maternités + toutes les maisons de naissances (adossées et isolées) + toutes les naissances à domicile (programmées et pec par SF NHS)



Mode of birth for 'low risk' women by planned place of birth

	Events n	Births n	Weighted %	Weighted (99% CI)	Adjusted OR	Adjusted (99% CI)
Spontaneous vertex birth n=62592						
OU	14645	19688	73.8	(71.1-76.4)	1	-
Home	15590	16825	92.8	(91.7-93.7)	3.61	(2.97-4.38)
FMU	10150	11280	90.7	(89.1-92.0)	3.38	(2.70-4.25)
AMU	14413	16690	85.9	(83.7-87.9)	2.22	(1.76-2.81)
Total	54798	64483	76.4	(73.8-78.7)		
Forceps delivery n=62592						
OU	1307	19688	6.8	(5.4-8.4)	1	-
Home	372	16825	2.1	(1.8-2.5)	0.43	(0.32-0.57)
FMU	365	11280	2.9	(2.3-3.7)	0.45	(0.32-0.63)
AMU	769	16690	4.7	(3.5-6.4)	0.70	(0.46-1.05)
Total	2813	64483	6.2	(5.1-7.6)		
Intrapartum caesarean section n=62592						
OU	2158	19688	11.1	(9.5-13.0)	1	-
Home	458	16825	2.8	(2.3-3.4)	0.31	(0.23-0.41)
FMU	405	11280	3.5	(2.8-4.2)	0.32	(0.24-0.42)
AMU	727	16690	4.4	(3.5-5.5)	0.39	(0.29-0.53)
Total	3748	64483	9.9	(8.4-11.5)		



Possiblement le déterminant majeur

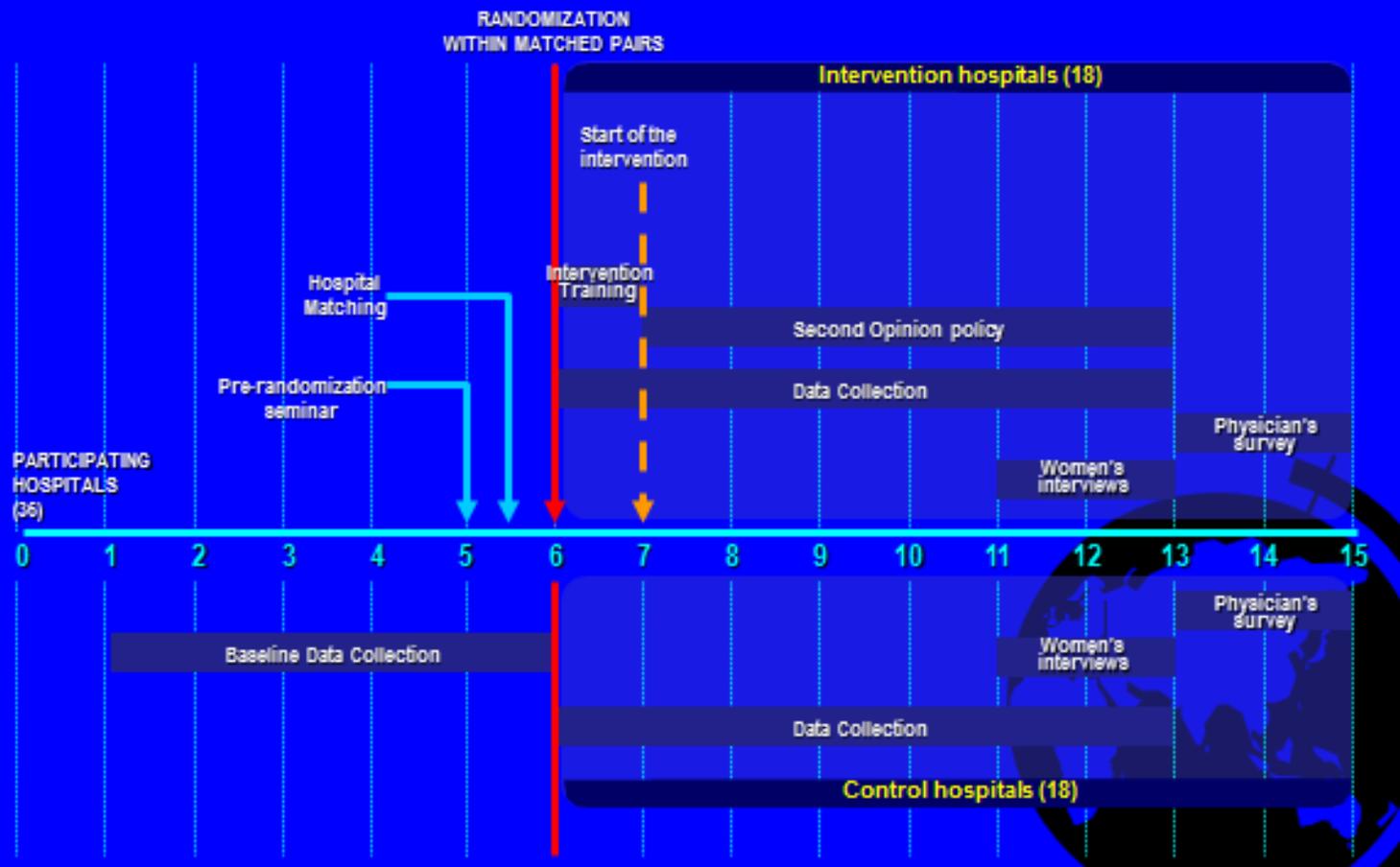
25

- **Est HUMAIN**
 - CS avant travail chez des primigestes pour jumeaux, RCIU, post-terme, anomalies du cordon?
 - Au bout de combien de temps une césarienne pour non-progression?
 - VBAC ou pas?
 - VME, Siège VB ou pas?

 - Croyez-vous qu'il y a une valeur ajoutée à la voie basse?

5. « Voies et moyens »

Sequence and Activities of the Latin American Caesarean Section Study



3 types d'interventions "non cliniques" ont été testées dans des EPR

27

- **Sur les patients: 7 EPR, dont 4 avec $p < 0.05$**
 - Relaxation, préparation, information
- **Sur les soignants : 12 EPR, dont 4 avec $p < 0.05$**
 - Seconde opinion (EPR Amérique Latine)
 - Revue de cas...
- **Sur le financement : 2 EPR, don't 0 avec $p < 0.05$**

« Interventions non cliniques pour diminuer les césariennes »

28

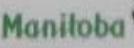
- **Sont efficaces si centrées sur les soignants ou les patients**
 - Pérennisation?
 - « Scaling up »?
 - Efficience?
- **Opinion (la mienne / pas EPR)**
 - Supporter les cliniciens (gyn) qui encouragent la pérennisation des « skills » (siège VB, VBI, manœuvres sur J2)
 - Former les cliniciens (gyn & SF) à décider si une CS est nécessaire
 - ✦ Robson
 - ✦ Coulm

6. Vous avez dit “non nécessaire”?

Robson / Coulm



MVP

<h3>New Birth Centre</h3> <ul style="list-style-type: none">• Manitoba Health• Winnipeg Regional Health Authority• Women's Health Clinic <p>are proud to announce the construction of a new Birth Centre</p>	<h3>Nouveau Centre de naissance</h3> <ul style="list-style-type: none">• Santé Manitoba ;• l'Office régional de la santé de Winnipeg ; et• la Women's Health Clinic <p>sont heureux d'annoncer la construction d'un nouveau Centre de naissance</p>
Construction Start : April 2010 Completion : Summer 2011	Début de construction : avril 2010 Fin de construction : été 2011
 women's health clinic	 Winnipeg Regional Health Authority / Office régional de la santé de Winnipeg Caring for Health / À l'écoute de votre santé
 Manitoba	Minister of Health: Hon. Theresa Oswald L'honorable Theresa Oswald, ministre de la santé

VIEUX SAINT-VITAL

Le “Robson”

30

- **10 catégories**
 - Facile à utiliser sur les données de routine
 - Aide à pointer
 - ✦ Nécessaires (ex: “transverse” devrait être 100%)
 - ✦ Potentiellement améliorable (ex: taux de CS pour utérus cicatriciel)

Bruxelles-Wallonie - 2009-2012 (N=231 034)				
Catégories de Robson		Taille relative des groupes (%)	Taux de césariennes dans chaque groupe (%)	Contribution de chaque groupe dans le taux global de césarienne (%)
1	Nullipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines, travail spontané	23,6	9,1	2,1
2	Nullipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines, travail induit ou césa élective	14,6	26,3	3,8
3	Multipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines, travail spontané, sans antécédent de césarienne	25,7	1,9	0,5
4	Multipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines, travail induit ou césa élective, sans antécédent de césarienne	14,8	5,7	0,8
5	Multipare, unique céphalique, ≥ 37 semaines, antécédent de césarienne	9,1	61,9	5,6
6	Nullipare, unique siège	2,4	94,7	2,3
7	Multipare, unique siège	2,0	84,3	1,7
8	Toutes les grossesses multiples	1,9	59,0	1,1
9	Toutes les présentations transverse, unique	0,4	99,5	0,3
10	Toutes les grossesses uniques en sommet, < 37 semaines	5,5	29,1	1,6

Le “Coulm”

32

- Approche nouvelle
- Estimation des césariennes « non nécessaires avant travail »
- Un panel externe a élaboré des critères reproductibles pour :
 1. Pas d'indication médicale ou
 2. Pas en accord avec les RPC françaises
- Data base: Enquête Nationale Périnatale 2010
 - AOGS 2014

Femmes dans l'enquête (n = 14 681)

CS avant travail (n=1593)

10,9%

33

Indications

Déterminants

28 « potentiellement évitables = situations définies par le panel

Potentially avoidable (n = 446)

28%

≥ 37 SA et l'une des situations suivantes sans autre facteur obstétrical défavorable ⁽¹⁾

- Utérus unicatriciel
- Présentation du siège
- Gémellaire, J1 céphalique
- Suspicion de disproportion fœto-pelvienne
- Age gestationnel ≥ 41 SA
- Antécédent de mort-fœtale in utéro
- Demande maternelle, en l'absence de complication

83%

Unavoidable

(n = 1 140)

(1) Antécédent de césarienne ou de MFIU, âge gestationnel 37< ou ≥ 41 SA, RPM, présentation non céphalique, grossesse multiple, suspicion de disproportion fœto-pelvienne, pathologie maternelle, anomalie de la vitalité fœtale.

Determinants (multiparae)

34

	Césariennes potentiellement évitables	Tentatives de voie basse	p	ORa*	95% CI
	% (N=236)	(N=6779)			
Age					
< 25	6,4	8,8	0,01	0,9	0,5-1,6
25-34	60,2	66,7		1	
≥ 35	33,5	24,5		1,6	1,1-2,1
BMI					
< 25	62,1	71,2	<10 ⁻⁴	1	
25-29	15,2	18,5		1,0	0,6-1,4
≥ 30	22,8	10,3		2,7	1,9-3,8
More than recommended AN visits					
Yes	13,4	9,4	0,05	1,5	1,0-2,3
No	86,6	90,6		1	

OR ajustés sur l'âge maternel, l'IMC, l'assistance médicale à la procréation, la surveillance prénatale intensive, le statut et la taille de la maternité

Déterminants (multipares)

35

	Césariennes potentiellement évitables	Tentatives de voie basse	p	ORa*	95% CI
	% (N=236)	(N=6779)			
Obstetrical unit					
Public	50,9	72,8	<10 ⁻⁴	1	
Private	49,2	27,2		2,5	1,9-3,3
Size of OU					
< 1500	50,4	39,9	<10 ⁻²	1,4	1,0-1,9
1 500-2 499	25,4	29,7		0,9	0,6-1,4
≥ 2 500	24,2	30,4		1	

OR ajustés sur l'âge maternel, l'IMC, l'assistance médicale à la procréation, la surveillance prénatale intensive, le statut et la taille de la maternité

Robson, Coulm, la standardisation et les autres

36

- **Des outils formalisés pour analyser / comprendre les différences d'utilisation de la CS**

6. Conclusion: Action(s) à prévoir ?

37



Heads Up! Breech Conference

November 9-11, 2012
4H Conference Center, Washington, DC

The Heads Up! Conference is the 2012 international, multi-disciplinary breech conference. BIR professionals and consumers will come together to share knowledge, skills and experience with the goal of increasing the availability of vaginal breech birth.



Hosted by the
Coalition for
Breech Birth

register, please visit our website at conference.breechbirth.ca



EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT

Health and care of pregnant women and babies
in Europe in 2010

CMQCC
CALIFORNIA MATERNAL
QUALITY CARE COLLABORATIVE

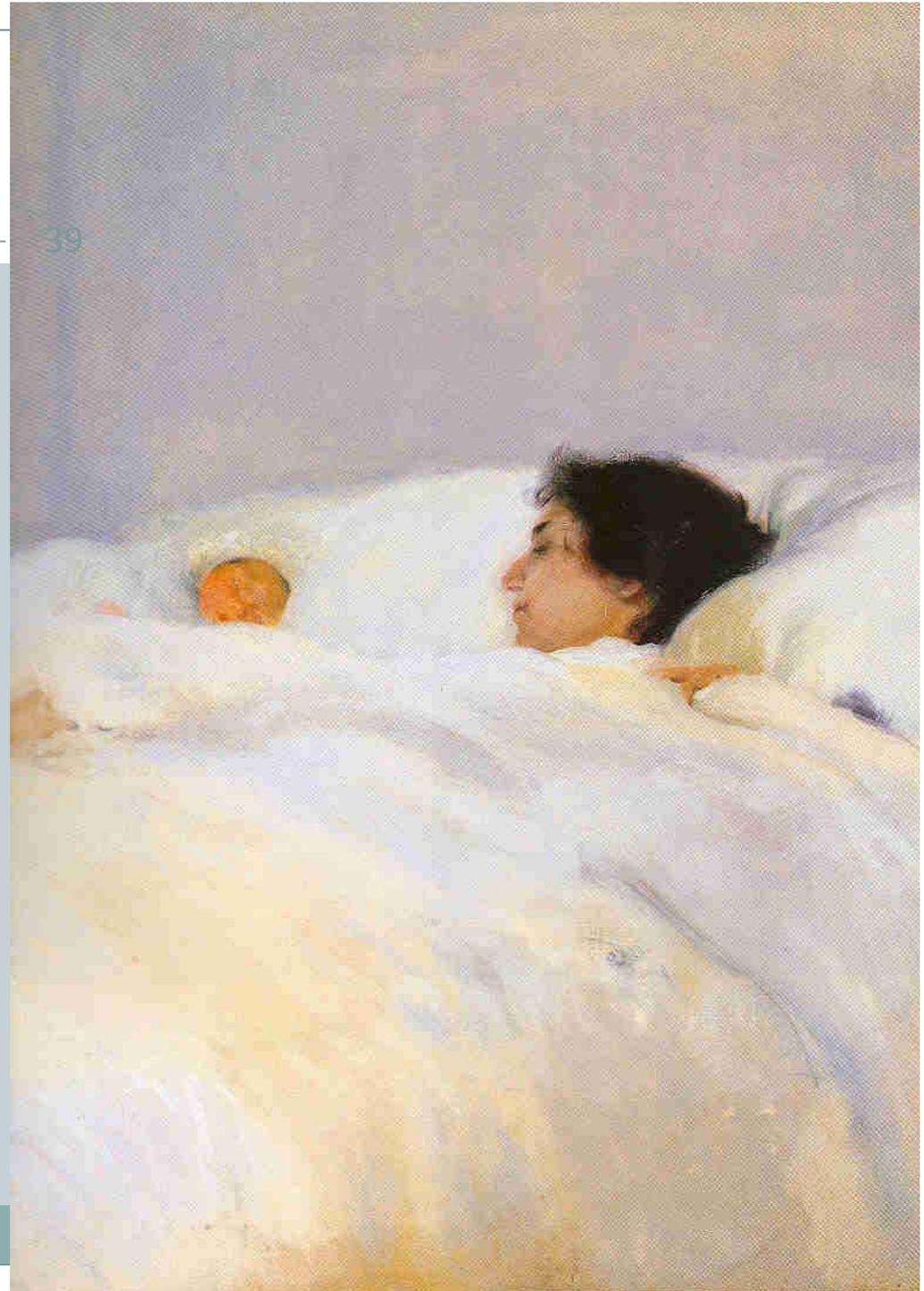
Avant de conclure: encore des pensées subjectives – not evidence

38

- Variations de taux / déterminants
- Évaluation du risque / PEUR
- PERTE de COMPETENCE
- Rôle de la SF (mais ça ne suffit pas à tout expliquer; ex: Belgique et Slovénie (et France) ont encore une majorité d'accouchements par (délégués par) médecin et des taux de CS < UK)
 - Possibilité que le secret = “personalised continued committed TLC”
- Supporter un enregistrement de routine (pour la puissance) > réponse aux questions CP & CS, répliquer Robson, Coulm etc

Conclusion 1/9

- Si Modi et les autres ont raison, et que “nous” soyons en train de préparer une génération d’asthmatiques obèses (possiblement par des modifications épigénétiques),
- Il s’agit d’une réelle priorité, des fonds doivent être libérés et des collaborations européennes (EURO-Peristat), transatlantiques (NIH), avec les pays LMIC (Chine) doivent être mises en place
- Faute de quoi je devrai changer mon tableau fétiche de fin d’exposé pour...

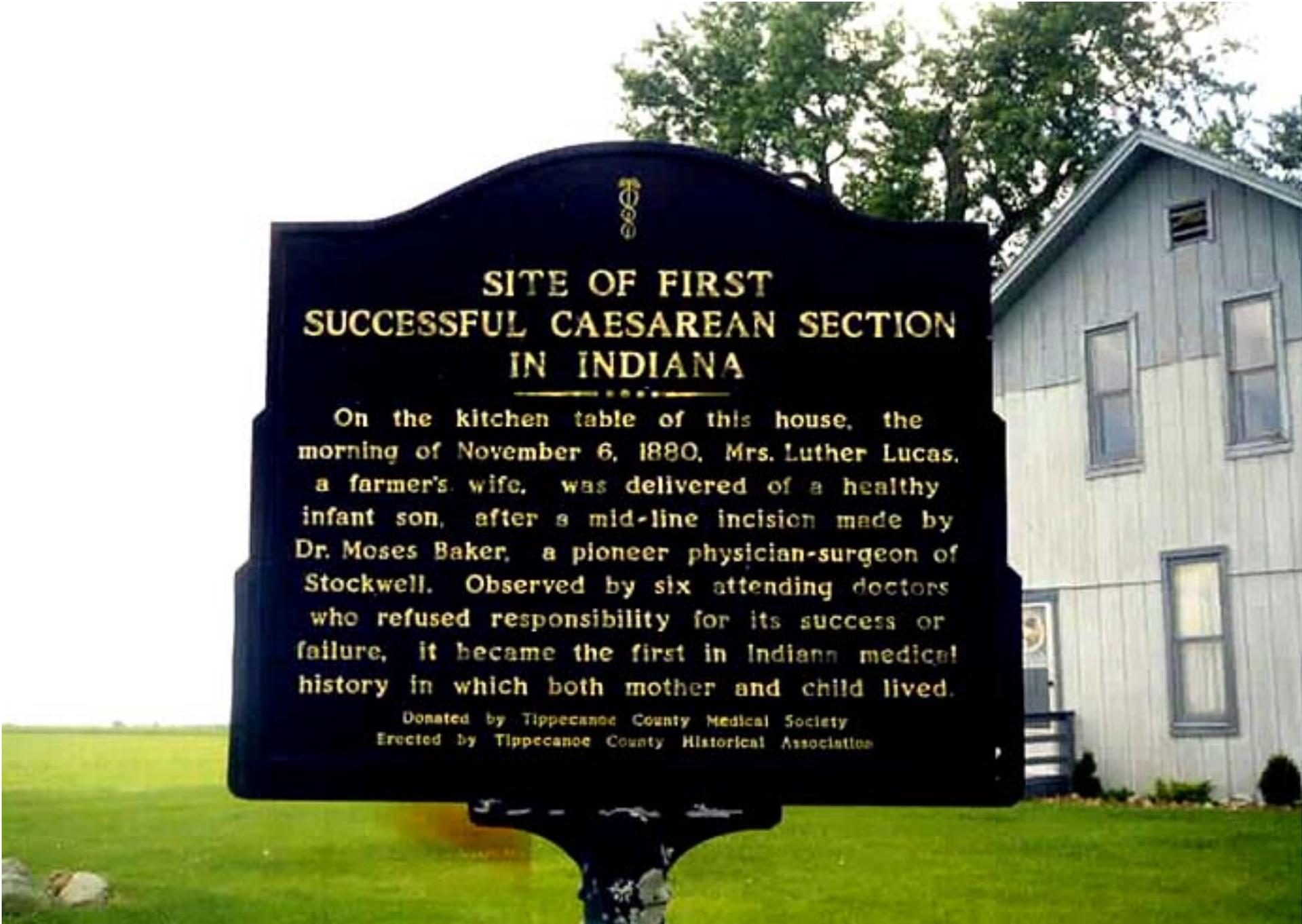




Welcome Images





A black historical marker with gold lettering stands in a green field. The marker has a decorative top and bottom. In the background, a two-story light blue wooden house with several windows is visible under a clear sky.

**SITE OF FIRST
SUCCESSFUL CAESAREAN SECTION
IN INDIANA**

On the kitchen table of this house, the morning of November 6, 1880, Mrs. Luther Lucas, a farmer's wife, was delivered of a healthy infant son, after a mid-line incision made by Dr. Moses Baker, a pioneer physician-surgeon of Stockwell. Observed by six attending doctors who refused responsibility for its success or failure, it became the first in Indiann medical history in which both mother and child lived.

Donated by Tippecanoe County Medical Society
Erected by Tippecanoe County Historical Association





Topkapi

Conclusion 9/9

- On va essayer de garder celui-ci...

