

LA CÉSARIENNE NATURELLE

Dan Benhamou

Département d'Anesthésie-Réanimation, CHU de Bicêtre, 78 rue du Général Leclerc ; 94275 Le Kremlin Bicêtre Cedex. Groupe Hospitalier et Université Paris Sud. E-mail : dan.benhamou@bct.aphp.fr

INTRODUCTION

Le concept de réhabilitation postopératoire après césarienne [1] a été développé au cours des dernières années, tant en France [2, 3] que dans d'autres pays [4] conduisant potentiellement à un raccourcissement significatif de la durée de séjour [5]. Bien que son application reste incomplète, on peut sentir dans un grand nombre de maternités un intérêt pour ce concept et la volonté de mettre en place les principales composantes du programme de réhabilitation. On peut donc gager que dans les prochaines années, la réhabilitation postopératoire après césarienne sera communément appliquée. Ce changement de pratiques qui a pour but de favoriser une récupération physiologique la plus rapide possible est donc un pas important vers une prise en charge centrée sur la patiente (*patient-centered outcomes* des Anglo-Saxons) et nous éloigne favorablement d'une stratégie hospitalo-centrée, dans laquelle le(la) patient(e) est un numéro dans une chaîne de soins. Certains éléments de la prise en charge déjà inclus dans la partie postopératoire et similaires aux stratégies utilisées dans d'autres domaines chirurgicaux ont déjà une vision centrée sur la patiente. C'est le cas de la prophylaxie des nausées et vomissements, du traitement de la douleur postopératoire notamment. Cependant, au-delà des actions qui concernent directement la mère et sont proches de celles utilisées dans les autres domaines chirurgicaux, la césarienne présente des particularités qui sont liées à la présence du nouveau-né et de l'importance de l'instant que représente la naissance pour le couple. C'est là qu'apparaît le concept de césarienne naturelle qui inclut notamment la présence du père et la participation du couple à la naissance, le peau à peau dès la naissance. On peut proposer de s'intéresser à cette nouvelle étape de prise en charge soit d'emblée, c'est-à-dire en ajoutant les composants de ce programme à ceux de la réhabilitation, soit comme une seconde étape (« le second étage de la fusée ») une fois les difficultés associées à la mise en place de la réhabilitation aplanies et les nouvelles habitudes prises et acceptées.

Les composants de ce nouveau concept que représente la césarienne naturelle sont pour la plupart véritablement innovants et tranchent beaucoup avec les prises en charge habituelles.

Si le rôle de l'anesthésiste-réanimateur peut sembler limité a priori, son rôle de soutien et une attitude proactive faciliteront la mise en œuvre. Comme pour la plupart des changements d'organisation et de prise en charge, individuellement le rôle de chaque équipe est insuffisant à lui seul à faire basculer les comportements dans le déroulé d'un parcours de soin mais représente une pierre indispensable à l'édifice.

Alors que de grands changements ont eu lieu au cours des 20 à 30 dernières années avec notamment l'augmentation considérable du taux de césarienne et leur réalisation avec anesthésie locorégionale presque exclusive, le recours à la césarienne reste souvent une cause d'insatisfaction maternelle, que ce soit en urgence ou en situation programmée, notamment parce que la césarienne est perçue comme un mode d'accouchement non naturel et donc « anormal ». Il ne s'agit pas seulement d'un sentiment, d'une perception maternelle sans conséquence réelle mais bien d'une analyse de l'accouchement qui peut conduire à des troubles psychologiques maternels (dépression) ou de l'allaitement [6].

Il est possible de transformer l'expérience que représente la césarienne et de la rendre plus conforme à l'image d'un accouchement naturel par des mesures simples mais qui sont sous-tendues par un véritable changement de culture des personnels de maternité. Le texte ci-dessous reprend la plupart des concepts exprimés par Smith et al. dès 2008 [7]. Cependant force est de constater que depuis cette publication, le nombre d'articles consacrés à cette « philosophie » d'accouchement reste très limité, justifiant d'une diffusion plus large de ce concept et de sa mise en œuvre pratique.

1. AVANT L'INTERVENTION

L'utilisation de vidéos ou la visite de la salle d'opération peut réduire le stress maternel par un phénomène d'habituation à la situation et aux locaux. Lors des différentes rencontres et consultations, l'accent est mis par les différents professionnels de santé (obstétricien, sage-femme, anesthésiste-réanimateur) sur le souhait de réaliser la césarienne dans un contexte plus serein et de favoriser le lien familial. Un document retraçant les étapes du parcours de soins est utile. L'information préalable (visuelle sous forme de vidéos) peut diminuer l'anxiété lors de la césarienne elle-même bien que cela ne soit pas toujours observé [8]. L'information améliore aussi la relation soignant-soignée et augmente la satisfaction maternelle, voire celle du couple. Bien que ces moyens soient particulièrement utiles dans ce contexte, leur utilité est aussi bien démontrée dans l'ensemble des situations péri-opératoires [9-11]. La mise en application lors des césariennes naturelles peut être un déclencheur pour le développement de l'utilisation de ces outils dans l'ensemble des situations chirurgicales.

La parturiente peut être encouragée à apporter un baladeur pour écouter de la musique et son choix de morceaux personnel [12, 13] qu'elle utilisera plus ou moins selon les circonstances cliniques.

2. LORS DE L'INTERVENTION

2.1. LE MONITORAGE

La patiente peut descendre au bloc opératoire avec ses propres vêtements et n'est pas obligée de porter la tunique de l'hôpital. Elle peut venir au bloc opératoire en marchant, voire en fauteuil et il est licite d'éviter l'utilisation du brancard [14] sans compter les avantages logistiques d'une telle approche [15].

En salle d'opération, l'oxymètre de pouls est placé au pied afin de rendre les mains aussi libres que possible, facilitant ainsi le moment où la mère prendra le nouveau-né dans ses bras. Le gonflage très rapproché (toutes les minutes) du brassard à tension pour monitorer le risque d'hypotension artérielle reste un obstacle à la relation immédiate entre la mère et le nouveau-né. Lakhal et al. ont montré que le positionnement du brassard à tension ailleurs qu'au bras (cheville, cuisse) ne nuit pas réellement à la qualité de la mesure de la pression artérielle moyenne (PAM), notamment en cas d'hypotension ou de correction par un vasopresseur [16]. Lorsque la pression artérielle est « normale », une erreur de 3 à 10 mmHg peut être observée pour la PAM. Comme l'habitude en obstétrique est de monitorer la pression artérielle systolique (PAS) (et non la PAM), on peut soit conseiller une 1^{ère} mesure au bras puis déplacer le brassard après avoir observé la relation PAM-PAS, soit plus simplement avoir comme objectif de maintenir la PAM à sa valeur basale pendant la césarienne avec les techniques habituelles (traitement vasopresseur prédominant permettant également une prévention des nausées-vomissements préopératoires).

La voie veineuse est positionnée plutôt sur le bras non-dominant, également pour faciliter le lien mère-enfant à la naissance.

Nous ne détaillerons pas les « bonnes » pratiques développées dans le domaine de la réhabilitation postopératoire (normothermie, prévention anti-émétique, analgésie) qui restent ici de mise.

2.2. PRÉSENCE DU PÈRE

Celle-ci est encouragée. Il est intéressant de noter que dans de nombreuses équipes, cette attitude reste taboue, considérée comme inutile, voire gênante pour l'anesthésiste-réanimateur qui voit là un observateur à ses actions et qui pourra donc les rapporter. Nous agissons différemment et favorisons la présence du père en salle de césarienne et ceci depuis plus de 30 ans. Bien entendu, cette présence n'est pas obligatoire et le refus soit de la mère, soit du père soit des deux parents est un argument recevable et immédiatement accepté. Le père en salle d'opération est installé sur un tabouret à proximité de la mère, dans l'angle entre le bras en équerre et la tête de la mère. Ils peuvent ainsi échanger et se toucher. Si un champ transparent est utilisé [17], les deux parents suivent en totalité l'intervention après que la qualité de l'anesthésie locorégionale ait été vérifiée par testing cutané à différents niveaux. Si un champ opaque est utilisé, ni le père ni la mère ne voient l'incision et les premiers gestes chirurgicaux. Le champ est abaissé lors de l'extraction permettant aux deux parents d'assister à la naissance.

2.3. LA NAISSANCE

Dès lors que la tête de l'enfant apparaît au niveau de la peau au travers de l'incision, le champ opératoire est nettoyé du sang et le père peut être invité à se lever pour assister à la naissance. Alternativement, le père peut aider sa femme à se soulever du plan de la table d'opération pour mieux observer la scène.

La naissance est presque spontanée à ce stade puisque le chirurgien va toucher le nouveau-né uniquement en l'aidant à s'extraire en plaçant un doigt

de chacune de ses mains dans les aisselles du nouveau-né afin de faciliter son extraction. Dans le même temps, le nouveau-né réalise les mêmes actions que lors d'un accouchement par voie basse : il va ainsi respirer et crier alors que le tronc est encore in utero et que le cordon le relie encore au placenta.

L'extraction est ainsi prolongée de quelques minutes, période pendant laquelle la compression au niveau de l'incision permet l'élimination du liquide amniotique présent dans les poumons, mimant ainsi la naissance par voie basse. Après les premiers cris, le nouveau-né s'agite et extrait souvent lui-même ses membres supérieurs. Il semble aussi que l'appui du corps du nouveau-né pendant cette extraction sur l'utérus réalise une tamponnade et minimise le saignement. L'extraction peut aussi être aidée par les contractions utérines ou par une légère poussée exercée par la mère.

2.4. PRISE EN CHARGE DU NOUVEAU NÉ À LA NAISSANCE ET « PEAU À PEAU »

Pendant l'extraction et une fois celle-ci complètement effectuée, l'obstétricien observe l'état clinique du nouveau-né, son cri, sa coloration, son tonus et ses mouvements pour s'assurer de son bien-être. L'obstétricien pose le nouveau-né dans les bras de la sage-femme mais ne transfère pas directement à la mère pour éviter toute contamination en cas de mouvement intempestif qui romprait la stérilité du champ opératoire. La poitrine de la mère a été préalablement libérée de la blouse de bloc opératoire, permettant à la sage-femme de poser le nouveau-né directement sur la peau de sa mère. Le cordon est clampé, plutôt tardivement (environ 2 minutes) pour réduire le risque d'anémie du nouveau-né. En effet, cette manœuvre permet une auto-transfusion d'environ 50 ml de sang, soit 14 à 15 ml.kg⁻¹ pour un nouveau-né de 3,5 kg [18], sachant que l'unité fœto-placentaire contient 110 ml.kg⁻¹ de sang fœtal. Ce clampage tardif n'augmente pas le taux d'hémorragie du post-partum dans le cadre des accouchements par voie basse [19]. Le bracelet du nouveau-né est positionné autour du poignet tandis que celui-ci peut commencer à téter. La sage-femme reste à proximité, surveille le nouveau-né et observe les réactions des deux parents (malaise) tout en leur parlant et les rassurant. Le nouveau-né est placé dans les bras du père pendant le transfert de la mère sur son lit avant le passage en salle de réveil. Le nouveau-né est pesé après l'intervention pendant un temps court de séparation. Le « peau à peau » s'appuie sur le fait que la séparation dès la naissance entre la mère et l'enfant est préjudiciable au phénomène d'attachement [20]. Des bénéfices tels que l'amélioration du taux d'allaitement ont été démontrés [21] sans que des effets indésirables ne soient retrouvés. Des effets bénéfiques sur le comportement psychologique du père sont également retrouvés [22]. Contrairement aux conceptions habituelles qui conduisent la sage-femme à emporter rapidement le nouveau-né vers la salle de soins pour l'habiller et ainsi éviter l'hypothermie, la technique du peau à peau n'augmente pas ce risque, voire même permet d'obtenir une température du nouveau-né mieux maintenue si le peau à peau est maintenu pendant les 24 à 48 premières heures [23]. Dans le modèle habituel, la mère est au mieux autorisée à toucher l'enfant pendant quelques secondes avant qu'il ne lui soit enlevé et celui-ci ne reviendra en général que plus de 10 min plus tard (en fait souvent après la fin de la césarienne). Le peau à peau évite la déception de la mère qui voit son enfant disparaître à peine né pour être emporté pour les soins. En cas de doute et notamment si la température de la

salle d'opération est plutôt fraîche (on peut aussi élever cette température), le nouveau-né peut être couvert une fois placé dans les bras de sa mère. La mère est repositionnée en décubitus latéral est bien sûr retiré dès la naissance. Smith et al. rapportent que dans certains cas, le scope capte la fréquence cardiaque du nouveau né, faisant faussement suspecter une tachycardie maternelle [7].

DISCUSSION ET CONCLUSION

Bien que les avantages de cette technique plus physiologique soient probables, il n'existe pas de preuve de l'amélioration du « pronostic » ni de l'absence d'augmentation des risques. On peut ainsi penser que la compression thoracique lors de cette naissance plus naturelle permette l'évacuation du liquide trappé dans les poumons et réduise les complications respiratoires [24] ? Il n'existe cependant pas de preuve en ce sens aujourd'hui. Cette stratégie pourrait être porteuse de grande satisfaction chez les couples ayant un désir fort de participation à l'accouchement mais pourrait tout aussi bien ne pas être accepté, voire traumatisant pour un couple préférant une prise en charge avec soutien fort et constant de la part du personnel soignant. De la même façon, une telle prise en charge ne semble pas réaliste lorsqu'une souffrance fœtale est possible ou que le nouveau né est fragile. La prolongation de l'intervalle incision-hystérotomie est de peu d'importance en présence d'une anesthésie locorégionale [25] et le délai critique hystérotomie-extraction est probablement minimisé par le fait que le nouveau-né va crier et respirer avant même l'extraction complète, réduisant le risque hypoxique et d'acidose. De plus, l'extraction se fait habituellement en moins de 3 minutes, respectant ainsi les délais classiquement admis [26].

Ce concept de césarienne naturelle pourrait conduire, si sa diffusion n'est pas maîtrisée, à une demande croissante de césariennes qui n'auraient pas d'indication médicale. L'éditeur du Br J Obstet Gynaecol soulignait ce point dès la parution de l'article décrivant la technique [27] et cette inquiétude est régulièrement soulevée par les obstétriciens avec lesquels le sujet est discuté. Cette réticence est évidemment logique compte-tenu des risques immédiats et retardés de la césarienne.

Même si toutes les composantes de ce programme ne sont pas mis en place d'emblée, certains changements de pratique semblent faciles à introduire et ne devraient pas être associés à des attitudes négatives de la part des professionnels, quelle que soit leur spécialité ou leur métier. Cependant, il est plus probable que l'introduction de ces pratiques permette d'améliorer encore l'humanité de nos actions et de défavoriser une plus grande empathie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Wyniecki A, Benhamou D. Réhabilitation précoce postopératoire après césarienne. Rev Méd Périnat 2012;4:119-125.
- [2] Wyniecki A, Raucoules-Aimé M, de Montblanc J, Benhamou D. Réhabilitation précoce après césarienne programmée : enquête de pratique auprès des maternités des régions Provence - Alpes - Côte d'Azur et Île-de-France. Ann Fr Anesth Reanim 2013;32(3):149-56.
- [3] Jacques V, Vial F, Lerintiu M, Thilly N, Mc Nelis U, Raft J, Bouaziz H. Réhabilitation péri-opératoire des césariennes programmées non compliquées en France : enquête de pratique nationale. Ann Fr Anesth Reanim 2013;32(3):142-8.

- [4] Aluri S, Wrench IJ. Enhanced recovery from obstetric surgery: a UK survey of practice. *Int J Obstet Anesth* 2013 Nov 26.
- [5] Chiong Tan P, Jin Norazilah M, Zawiah Omar S. Hospital discharge on the first compared with the second day after a planned cesarean delivery: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;120(6):1273-82.
- [6] Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003;112: 607-19.
- [7] Smith J, Plaat F, Fisk N. The natural caesarean: a woman-centred technique. *BJOG* 2008;115:1037-1042.
- [8] Eley VA, Searles T, Donovan K, Walters E. Effect of an anaesthesia information video on preoperative maternal anxiety and postoperative satisfaction in elective caesarean section: a prospective randomised trial. *Anaesth Intensive Care* 2013;41(6):774-81.
- [9] Goldberger JJ, Kruse J, Kadish AH, Passman R, Bergner DW. Effect of informed consent format on patient anxiety, knowledge, and satisfaction. *Am Heart J*. 2011;162(4):780-785.e1.
- [10] Schenker Y, Fernandez A, Sudore R, Schillinger D. Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: a systematic review. *Med Decis Making* 2011;31:151-173.
- [11] Nehme J, El-Khani U, Chow A, Hakky S, Ahmed AR, Purkayastha S. The use of multimedia consent programs for surgical procedures: a systematic review. *Surgical Innovation* 2013;20(1):13-23.
- [12] Bae I, Lim HM, Hur MH, Lee M. Intra-operative music listening for anxiety, the BIS index, and the vital signs of patients undergoing regional anesthesia. *Complement Ther Med* 2014;22(2):251-7.
- [13] Sven-Olof Trängeberg Ö, Stomberg MW. Listening to music during regional anesthesia: patients' experiences and the effect on mood. *J Perianesth Nurs* 2013;28(5):291-7.
- [14] Nagraj S, Clark CI, Talbot J, Walker S. Which patients would prefer to walk to theatre? *Ann R Coll Surg Engl* 2006;88(2):172-3.
- [15] Ball DR, Clark M. Which patients would prefer to walk to theatre? *Ann R Coll Surg Engl* 2006;88(6):607-8; author reply 607-8.
- [16] Lakhali K, Macq C, Ehrmann S, Boulain T, Capdevila X. Noninvasive monitoring of blood pressure in the critically ill: reliability according to the cuff site (arm, thigh, or ankle). *Crit Care Med* 2012;40(4):1207-13.
- [17] Camann W, Trainor K. Clear surgical drapes: A technique to facilitate the "natural cesarean delivery". *Anesth Analg* 2012;115:981-2.
- [18] Raju TNG. Delayed cord clamping: does gravity matter? *Lancet* 2014 Apr 16.
- [19] Mc Donald SJ, Middleton P, Dowswell T, Morris PS. Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD004074.
- [20] Dageville C, Casagrande F, De Smet S, Boutté P. Il faut protéger la rencontre de la mère et de son nouveau-né autour de la naissance. *Arch Pediatr* 2011;18(9):994-1000.
- [21] Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5.
- [22] Velandia M, Uvnäs-Moberg K, Nissen E. Sex differences in newborn interaction with mother or father during skin-to-skin contact after Caesarean section. *Acta Paediatr* 2012;101(4):360-7.
- [23] Nimbalkar SM, Patel VK, Patel DV, Nimbalkar AS, Sethi A, Phatak A. Effect of early skin-to-skin contact following normal delivery on incidence of hypothermia in neonates more than 1800g: randomized control trial. *J Perinatol*. 2014 Feb 20.
- [24] Hansen AK, Wisborg K, Ulbjerg N, Henriksen TB. Risk of respiratory morbidity in term infants delivered by elective caesarean section: cohort study. *BMJ* 2008;336:85-7.
- [25] Datta S, Ostheimer GW, Weiss JB, Brown WU Jr, Alper MH. Neonatal effect of prolonged anesthetic induction for cesarean section. *Obstet Gynecol* 1981;58(3):331-5.
- [26] Bader AM, Datta S, Arthur GR, Benvenuti E, Courtney M, Hauch M. Maternal and fetal catecholamines and uterine incision-to-delivery interval during elective cesarean. *Obstet Gynecol* 1990;75:600-3.
- [27] Warner M. Editor's Commentary. *Br J Obstet Gynaecol* 2008;115:1042.