

Comment allez-vous mettre votre enfant au monde?
Une brochure d'information sur l'accouchement



gynécologie
suisse

Société Suisse de Gynécologie et Obstétrique
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia



Chers parents



Nous nous réjouissons de l'événement unique que vous vivez et souhaitons partager cette joie avec vous. Pour que vous puissiez être bien informés, nous mettons à votre disposition une brochure dont les renseignements importants autour de la naissance doivent vous permettre de faire un choix éclairé et personnel concernant votre accouchement ainsi que la naissance de votre futur enfant.

Actuellement, vous vous demandez probablement quel est le meilleur mode d'accouchement pour vous et votre enfant et dans quel lieu accoucher. Se pose également la question entre un accouchement naturel ou une césarienne. Nous – les professionnels qui avons contribué à cette documentation – affirmons que l'accouchement par voie basse devrait être la règle lors d'une grossesse simple. Une césarienne d'emblée ne devrait être qu'exceptionnelle d'autant plus si vous êtes jeune et que vous envisagez d'autres grossesses.

Dans les pages qui suivent ont été rassemblées les informations scientifiques les plus récentes pour que vous puissiez obtenir tous les renseignements nécessaires pour vivre sereinement votre grossesse et votre accouchement. En Suisse, il faut être conscient que nous bénéficions d'une situation privilégiée où les conditions de sécurité liées à la naissance ont atteint un niveau élevé tant pour votre santé que celle de votre enfant, quel que soit le mode d'accouchement.

Nous formulons nos meilleurs vœux pour votre grossesse et votre accouchement!

gynécologie suisse – La Société Suisse de Gynécologie-Obstétrique*

** Pour des raisons de lisibilité cette désignation sera utilisée pour les deux sexes*



Chaque accouchement est unique



Dans nos sociétés occidentales, nous observons une attitude contradictoire concernant la naissance: d'une part on souhaite un accouchement le plus «naturel» possible tout en attendant d'autre part une sécurité absolue pour la mère et l'enfant. Il s'agit donc de réussir un accouchement physiologique tout en prenant le risque minimum. Ceci implique une surveillance très attentive de la santé maternelle et fœtale tout au long de l'accouchement.

«L'accouchement est un processus naturel qui malgré toutes les précautions d'usage peut réserver des imprévus.»

Toutes les femmes enceintes, tous les couples se posent la question du meilleur mode d'accouchement sans pour autant suivre aveuglément et sans réflexion les tendances du moment. Ainsi, l'augmentation observée du taux de césarienne ne s'explique pas par les demandes de césariennes de convenance. Ces dernières ne sont en effet responsables que d'un très faible pourcentage de l'augmentation du taux global des césariennes.

L'aboutissement d'une réflexion neutre et détaillée, partagée entre vous, votre partenaire et votre gynécologue vous permettra de choisir le mode de naissance qui vous sera le plus adapté.

Aujourd'hui, la grande majorité des accouchements (98%) a lieu dans un hôpital ou une clinique. Ceci réduit les risques pour la mère et l'enfant dans la mesure où, lors d'un accouchement planifié par

voie basse, la naissance se terminera par un geste obstétrical (ventouse ou forceps) dans 10% des cas, et par une césarienne d'urgence également dans 10% des cas. Même si rien ne laissait présager une telle issue avant le début du travail. Les sages-femmes et les gynécologues-obstétricien(ne)s feront tout leur possible afin d'identifier les problèmes pouvant augmenter ces risques avant le début de l'accouchement, mais un certain nombre de complications peuvent survenir durant la phase de travail. L'accouchement est un processus naturel qui malgré toutes les précautions d'usage peut réserver des imprévus.

Pour vivre ces événements inattendus de la meilleure façon possible, l'idéal est que vous soyez informée au préalable, consciente que des changements peuvent bouleverser le processus naturel de votre accouchement et vous amener à développer, dans l'urgence, flexibilité et confiance en l'équipe qui vous entoure. Les accouchements se terminant par un geste obstétrical ou une césarienne d'urgence sont naturellement moins bien vécus que les accouchements spontanés ou les césariennes électives.

L'accouchement est un processus naturel qui sous quelque forme que ce soit peut déboucher sur un déroulement inattendu. Les enfants vont chambouler votre vie et cela peut déjà débiter pendant l'accouchement.





L'accouchement spontané

La grande majorité des femmes en bonne santé choisit de prime abord un accouchement par voie basse. On doit tout particulièrement favoriser l'accouchement spontané par voie basse chez les femmes jeunes ainsi que chez celles qui souhaitent avoir plusieurs enfants.

Quels sont les signes du début de l'accouchement?

- Contractions douloureuses régulières
- Ressenties dans le ventre, le dos (lombaires), au niveau de la symphyse pubienne ou dans l'aîne comme des crampes menstruelles.
- Perte de liquide amniotique.
- Perte de mucus rosé ou brun, provenant de l'ouverture du col de l'utérus (perte du bouchon muqueux).

Quand faut-il contacter le lieu prévu pour l'accouchement?

- Pour un premier accouchement, lorsque les contractions s'intensifient (1 contraction toutes les 2–3 minutes pendant 2 heures). Pour une femme qui a déjà accouché, dès le début des contractions douloureuses.
- Si vous ne vous sentez plus bien à la maison.
- Lorsque vous perdez du liquide amniotique ou du sang par voie vaginale.
- Si vous souffrez de maux de tête importants ou de douleurs dans la région haute du ventre.
- Si vous remarquez que les mouvements de l'enfant deviennent plus faibles voire absents.

Le 4 phases de l'accouchement?

1. La phase de latence (maturation du col)

L'accouchement débute par une phase de pré-travail qui peut durer de quelques heures à quelques jours. Souvent cette étape survient à la maison et peut parfois passer inaperçue. La musculature utérine se prépare pour le travail, la poche des eaux devient plus fine, le col utérin plus mou et dila-

table. Durant cette période le col peut se dilater jusqu'à 3–4 cm.

2. La phase de dilatation ou phase active

Les contractions deviennent de plus en plus fréquentes, plus régulières, plus longues et également de plus en plus douloureuses. Vous ressentez le besoin de vous arrêter de marcher ou de parler pendant les contractions. Pendant cette période, la sage-femme ou l'obstétricien(ne) veilleront à vous soulager. Le col utérin va continuer à se dilater et votre bébé va débiter sa descente dans le bassin. La sage-femme ou le médecin palpera lors d'examen vaginaux votre col et la tête de votre bébé témoin de son avancement dans les voies génitales. Fréquemment, ils palperont une bosse sur le sommet du crâne du bébé témoin de sa pression sur le col. Souvent la rupture des membranes survient spontanément durant cette période et si ce n'est le cas, la sage-femme ou l'obstétricien(ne) peuvent pratiquer une rupture artificielle des membranes.

3. La phase d'expulsion

Quand le col utérin est complètement dilaté, la tête de votre enfant termine sa descente dans le petit bassin. Vous serez alors encouragée à «pousser» et vos efforts aboutiront à la naissance de votre enfant. Durant ces deux dernières phases, la sage-femme et l'obstétricien(ne) ont pour souci de vous aider à supporter les douleurs des contractions, d'éviter une éventuelle souffrance du fœtus et de s'assurer de la progression physiologique de l'accouchement.

4. La phase placentaire

Après la naissance de votre enfant, vous recevrez une injection d'ocytocine : l'utérus se contracte et le placenta se décolle. On vous demandera peut-être de pousser encore quelques fois pour aider à son expulsion. L'expulsion du placenta devrait intervenir dans les trente minutes suivant la nais-





sance. Après la délivrance (sortie du placenta) la sage-femme ou le médecin examinent le placenta pour vérifier que le placenta et ses membranes ont été complètement délivrés. La sage-femme ou le gynécologue-obstétricien(ne), s'assureront que votre utérus est bien contracté. En cas de relâchement de l'utérus un massage utérin ou l'injection d'un médicament destiné à aider l'utérus à rester bien contracté permettront d'éviter la plupart du temps une hémorragie du post-partum.

Faut-il avoir peur des douleurs des contractions?

Les sages-femmes et les anesthésistes vous offrent une palette de mesures contre les douleurs afin que vous restiez en forme aussi bien physiquement qu'émotionnellement. En cours de dilatation, on peut recourir à des changements de position, à une mobilisation, à des massages, à l'application d'huiles essentielles ou à des bains. On propose également des méthodes médicamenteuses sous forme de suppositoires ou d'injections qui diminuent l'intensité des douleurs des contractions. Sages-femmes et gynécologues-obstétricien(ne)s sont là pour utiliser adéquatement ces mesures.

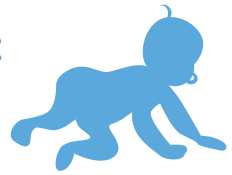
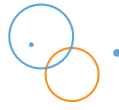
Si toutes ces mesures ne suffisent pas, on peut alors recourir à une anesthésie loco-régionale par exemple une péridurale (PDA). La péridurale est posée par un anesthésiste. Un fin cathéter est placé en périphérie des nerfs rachidiens par lequel des analgésiques permettront une réduction très significative des douleurs. L'un des avantages de cette technique est l'absence d'interaction médicamenteuse avec le fœtus. Dans certaines cliniques, lorsque la pose d'une péridurale n'est pas possible et ceci quelle qu'en soit la raison, une analgésie par pompe en continu d'un analgésique puissant (Remifentanyl) est mise en place. Bien que ce médicament passe la barrière placentaire, sa dégradation chez le fœtus est très rapide. D'autre part, son action chez vous peut ralentir votre fréquence respiratoire ce qui justifie une surveillance continue durant son emploi. Des informations supplémentaires vous sont données sur www.ssgo.ch.



Quand faut-il déclencher artificiellement l'accouchement?

Le déclenchement du travail se décide dans les cas où la prolongation de la grossesse jusqu'à son terme spontané comporte davantage de risques pour la mère et l'enfant. Il existe plusieurs raisons pour un déclenchement de l'accouchement une fois que la maturation des poumons est acquise, c'est à dire au-delà de 38 0/7–39 0/7 semaines: La nature ne décide pas toujours de façon idéale le moment de l'accouchement. S'il existe un risque pour votre santé ou celle de votre enfant, il peut être nécessaire de déclencher artificiellement l'accouchement ce qui permet parfois d'éviter des complications ou une césarienne. Parmi toutes ces situations, plusieurs situations fœtales indiquent un accouchement provoqué: le retard de croissance intra-utérin (votre enfant n'est plus assez nourri par l'apport placentaire), ou à l'inverse une croissance trop importante (macrosomie) qui peut rendre l'accouchement difficile, certaines anomalies fœtales ainsi que des anomalies du rythme cardiaque fœtal témoin d'une souffrance intra-utérine.

Le dépassement de terme au-delà de 7–10 jours, les grossesses multiples ainsi que lorsqu'une rupture de la poche des eaux ne déclenche pas le travail sont également des raisons de provoquer l'accouchement. D'un point de vue maternel, l'apparition nouvelle d'un trouble de votre santé, le développement d'une hypertension (pré-éclampsie) ou l'aggravation subite d'un problème de santé préalablement connu (hypertension, insuffisance rénale, décompensation d'un diabète ou anticoagulation) sont des indications péremptoires pour un déclenchement. Dans ces situations le déclenchement artificiel de l'accouchement offre beaucoup plus de bénéfices que de désavantages. Cependant, vous devez savoir qu'un accouchement provoqué n'est pas un accouchement totalement naturel. Un certain nombre d'inconvénients doivent être abordés. La médicalisation de l'accouchement est plus importante et le travail, souvent plus long. Dans ces situations, le risque de césarienne dépend de l'état du col. S'il n'est pas mature, ce risque augmente, mais si l'indication est bien posée – dans le cas par exemple d'un déclenchement lors de dépassement de terme, il diminue. La durée du séjour hospitalier est prolongée. L'usage de médicaments pour le déclenchement ainsi que leurs effets secondaires devront vous être clairement expliqués. Dans toutes ces circonstances, la décision d'un accouchement programmé doit être prise de façon conjointe entre vous et votre médecin et être le résultat d'une information vous permettant un choix éclairé.



Une épisiotomie est-elle toujours nécessaire?

Actuellement nous recommandons une politique restrictive vis à vis de l'épisiotomie. Toutefois, dans quelques situations votre sage-femme ou votre gynécologue-obstétricien décideront d'une épisiotomie au moment de la naissance pour éviter des lacérations plus sévères du vagin ou du rectum ou pour accélérer la naissance de votre bébé en cas de risque de manque d'oxygène.

Quelle est la position la plus favorable pour l'accouchement?

Plusieurs positions sont possibles. Choisissez celle qui vous convient le mieux. Beaucoup de femmes accouchent en position demi-assise pour bénéficier de l'effet de la pesanteur. Vous pouvez aussi accoucher en position latérale, debout, à quatre pattes, sur la chaise de Maya ou dans l'eau, pour autant qu'il n'y ait pas de contre-indication pour ce dernier choix. Discutez-en avec la sage-femme et le médecin en début de travail afin de connaître les possibilités offertes dans votre lieu d'accouchement.

Où votre enfant sera-t-il après l'accouchement?

Après l'accouchement, le clampage du cordon se fera après un petit moment et ensuite, le cordon ombilical du bébé sera coupé. Ce geste symbolique pourra être laissé au père sous la conduite de la sage-femme. Si l'adaptation précoce de votre enfant se déroule normalement, la sage-femme va l'essuyer pour qu'il n'ait pas froid et le mettre nu sur votre poitrine. Le premier contact peau à peau est important, favorisant une relation mère-enfant de qualité. Après une intervention de type ventouse ou forceps ou encore si le nouveau-né a des problèmes d'adaptation, le pédiatre procédera à un examen médical au préalable. Sitôt la situation stabilisée, le nouveau-né sera mis contre vous.

Pouvez-vous allaiter votre enfant directement après l'accouchement?

Dans l'idéal, le premier allaitement aura lieu juste après l'accouchement dans la mesure où cela sera possible pour vous et votre enfant. Le contact peau-à-peau instauré rapidement après la naissance facilite l'adaptation du nouveau-né à la vie extra-utérine et l'aidera à prendre le sein. A ce moment, le nouveau-né est généralement éveillé et il faudra en profiter pour le mettre au sein.

**«Le premier contact
peau à peau
est important.»**

Quand faut-il utiliser la ventouse ou le forceps?

Lors de souffrance fœtale aigüe au moment de l'expulsion, révélée par une fréquence cardiaque trop basse ou trop haute, il peut être nécessaire d'accélérer l'accouchement en utilisant une ventouse ou un forceps. Parfois aussi, les efforts expulsifs de la mère ne suffisent pas à assurer l'effort considérable de la dernière phase de l'accouchement et il devient nécessaire de vous aider.

Les deux méthodes utilisées (ventouse et forceps) comportent peu de risques pour votre enfant lorsqu'elles sont appliquées correctement. Toutefois on peut observer une bosse sérosanguine sur la tête du bébé après l'utilisation d'une ventouse et des rougeurs ou des marques, heureusement passagères, sur la peau lors d'un forceps. L'utilisation d'un forceps ou d'une ventouse nécessitent souvent une épisiotomie et peuvent s'accompagner de lésions vaginales.



La césarienne



La définition d'une césarienne programmée est une césarienne à terme (>37 0/7 sem) réalisée avant l'entrée en travail spontané. Elle devrait être programmée entre 38 0/7 et 39 semaines d'amé-norrhée soit 7–14 jours avant la date présumée de la naissance afin de trouver un équilibre entre la maturité pulmonaire du fœtus et les risques liés à la prolongation de la grossesse. Aucun argument ne justifie l'attente du début du travail pour pratiquer une césarienne programmée. Celle-ci deviendrait alors une césarienne d'urgence, grevée d'un taux de complications plus élevé. Les raisons qui incitent à accoucher par césarienne éle-ctive sont multiples.

Un petit nombre de césariennes répond à des indications médicales absolues, ce qui signifie, que la césarienne sauve des vies et/ou évite des complications maternelles ou fœtales sévères. La plupart des indications médicales sont relatives, ce qui veut dire qu'un accouchement naturel n'est pas impossible mais qu'il pourrait être lié à un risque élevé de complications materno-fœtales. Il existe également des situations où l'indication n'est pas médicale mais repose sur une demande maternelle. Vous pouvez aussi consulter le document dont les coordonnées sont annexées: www.ssgo.ch.

Liste des indications médicales impératives pour une césarienne éle-ctive

- Le placenta recouvre l'orifice du col (placenta praevia).
- L'utérus est cicatriciel après des interventions gynécologiques ayant fragilisé le muscle utérin avec une incision jusqu'à la cavité endométriale (résection de myome).
- Il existe un antécédent de césarienne corporéale (ouverture longitudinale de l'utérus au cours d'une césarienne).

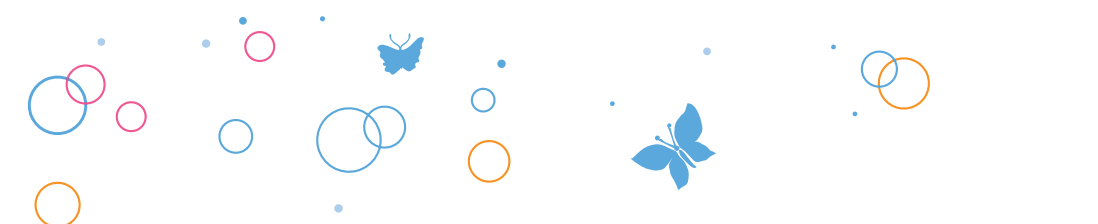
- L'enfant se trouve dans une position anormale (p.ex. position transverse).
- Il s'agit d'une grossesse gémellaire dont le premier enfant ne se trouve pas en position céphalique (tête vers le bas).
- Il s'agit d'une grossesse multiple supérieure à deux fœtus.
- Vous avez déjà subi plus de trois césariennes.
- L'utérus a des malformations particulières.
- Il existe un risque de transmission au bébé d'une infection maternelle: primo-infection par l'herpès génital au troisième trimestre, virémie positive (> 50 copies/ml) lors d'une infection HIV, concomitance d'une hépatite C et d'une infection à HIV.
- Présence d'une maladie maternelle ou fœtale sévère pour laquelle l'accouchement par voie basse impliquerait un risque de décompensation grave tant pour la mère que l'enfant.

Indications médicales relatives pour une césarienne éle-ctive

Dont les données médicales sont controversées:


- Présentation par le siège.
- Antécédent d'un ou deux accouchements par césarienne.
- Le poids estimé de l'enfant est extrêmement important par rapport au bassin de la maman.
- La présentation du deuxième jumeau en siège ou en position transverse
- Antécédent de dystocie des épaules
- La récurrence de poussée herpétique génitale
- La présence d'une malformation fœtale
- Vous avez un antécédent de naissance traumatique.





Pour lesquelles il y a une absence de données médicales probantes

- Vous craignez des complications pour votre bébé et pour vous-même et avez l'impression que la césarienne est d'une plus grande sécurité pour votre enfant.
- Vous avez des craintes quant à l'intégrité de votre corps et de ses fonctions (risques d'incontinence urinaire, altération de votre sexualité et de votre vie de couple).
- Vous craignez les douleurs liées à l'accouchement.
- Vous pensez ne pas supporter les efforts physiques ou psychiques de l'accouchement.



Pour toutes les patientes ayant des peurs associées à l'accouchement, un soutien personnalisé doit être proposé. Si finalement vous vous décidez pour un accouchement par voie basse, soyez assurée que l'équipe qui vous accompagnera pendant votre accouchement mettra en place une prise en charge spécifique et individuelle adaptée à vos besoins.

Demande de césarienne sans indication médicale

Chaque sage-femme ou gynécologue-obstétricien confronté à cette demande doit rechercher les raisons spécifiques sous-jacentes, faire un effort de compréhension envers cette démarche, en discuter avec la patiente et lui offrir une information détaillée sur les avantages qu'elle y voit et les risques associés à l'intervention.

En particulier les couples qui désirent plusieurs enfants doivent être bien informés des risques accrus d'anomalie de l'implantation du placenta lors des grossesses ultérieures (placenta praevia, placenta accreta, implantation de la grossesse dans la cicatrice de césarienne). La recherche d'une décision partagée est primordiale. En l'absence de celle-ci,

la décision de la mère sera respectée. La femme enceinte peut si nécessaire demander un second avis. Dans toutes les décisions obstétricales, la relation médecin – sage-femme – néonatalogue – anesthésiste et patiente doit être un processus d'échanges où la patiente devient une actrice du choix une fois qu'elle a été informée clairement.

Comment se déroule une césarienne?

Une césarienne se pratique dans un bloc opératoire avec des conditions de stérilité adéquates. Mis à part dans certaines situations d'urgence, une personne de votre choix peut vous accompagner en salle d'opération.

L'anesthésie

Vous recevrez lors d'une consultation pré-anesthésique une information détaillée sur les différents modes d'anesthésie. Lors de césarienne en urgence et pour autant que la situation nous en laisse le temps, l'anesthésiste vous donnera ces informations juste avant la césarienne. Dans la plupart des cas on choisira une anesthésie loco-régionale, rachidienne ou péridurale. Sa pose se fera en position assise ou couché sur le côté, L'anesthésiste injectera le produit anesthésiant dans un cathéter qu'il aura placé entre deux vertèbres. Ceci permet une anesthésie complète du corps de la base du thorax jusqu'aux pieds. Durant cette période vous ne pourrez pas mobiliser vos jambes ce qui peut être ressenti comme désagréable. L'anesthésie péridurale ou rachidienne est une technique plus sûre que l'anesthésie générale aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Elle offre un bon confort et vous permet de vivre la naissance de votre enfant. Vous pourrez l'accueillir rapidement et le tenir sur votre poitrine. L'anesthésie générale n'est réalisée que dans des situations d'extrême urgence ou en cas de situations médicales contre-indiquant l'anesthésie loco-régionale.





Pendant l'opération

Tout d'abord on posera une sonde urinaire pour vider votre vessie et ainsi la protéger lors de la césarienne. Ensuite on désinfecte le ventre avec une solution adaptée et on installe des champs stériles qui délimitent la zone du champ opératoire du haut du corps afin que ni vous ni la personne qui vous accompagne assise à votre côté à la tête de la table d'opération ne voit le champ opératoire. Avant de commencer la césarienne, l'efficacité de l'anesthésie sera vérifiée et pour éviter les infections, on vous donnera un antibiotique par voie intraveineuse en début d'intervention.

L'obstétricien fait une incision horizontale d'environ 12 à 15 cm dans la région du pubis juste en-dessus de la symphyse pubienne. Il ouvre progressivement les différentes couches – la zone sous-cutanée, la musculature, le péritoine et la paroi de l'utérus – aujourd'hui on évite le plus souvent l'utilisation du bistouri, en écartant progressivement les tissus avec les doigts. Vous pourrez ressentir des mouvements ou une pression mais pas de douleur. L'enfant est mis au monde par une pression manuelle sur le fond utérin que vous pourrez ressentir malgré la présence de l'anesthésie loco-régionale. L'enfant naît 5 à 10 minutes après le début de l'intervention qui généralement dure une trentaine de minutes.


Votre bébé est pris en charge par la sage-femme ou le pédiatre. On le sèche et l'entoure d'un drap agréablement chauffé à 37 degrés. Si votre enfant s'adapte bien on le posera sur votre poitrine pendant la fin de la césarienne. Ainsi le contact peau à peau souhaité sera proche de celui d'un accouchement physiologique. Pendant ce temps l'opérateur refermera les différentes couches des tissus. La peau sera fermée par des agrafes ou par un fil. Dans les suites opératoires, vous recevrez un anticoagulant afin d'éviter les risques de thrombose.

Après l'opération

Habituellement vous retournerez en chambre avec votre enfant quelques heures déjà après la césarienne (2–4 heures). Le jour même vous pourrez vous lever, boire et manger. Votre convalescence pourra être plus longue notamment après une césarienne d'urgence.

La voie veineuse et la sonde vésicale seront retirées dans les 24 heures suivant l'intervention. Des médicaments anti-douleur vous seront proposés.

Une prophylaxie antithrombotique (anticoagulation préventive) est régulièrement administrée durant votre séjour sous la forme d'injections sous-cutanées quotidiennes. En moyenne, votre séjour sera prolongé d'un ou deux jours comparé à celui d'un accouchement par voie basse.



Quelles sont les indications à une césarienne d'urgence?

On y recourt dans les situations suivantes:

- En cours de travail on assiste à un arrêt de la dilatation de plus de deux heures malgré des contractions efficaces et/ou une absence de progression de la tête fœtale dans la filière génitale (arrêt de la progression de la présentation).
- Lorsque l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal est pathologique et, qu'en fonction des mesures disponibles de surveillance, un manque d'oxygène est à craindre pour le fœtus.
- Lors de saignement abondant pendant l'accouchement.

Comparaisons entre accouchement par voie basse et césarienne

Quelle est l'influence de l'accouchement physiologique par voie basse et de la césarienne sur la santé de la mère et de l'enfant? Dans les paragraphes qui suivent nous allons essayer de résumer les connaissances actuelles. Les risques qui sont mentionnés sont faibles voire très faibles et ils ne devraient en aucun cas engendrer d'angoisses inutiles. Nous avons pris l'option de ne pas quantifier ces risques car les données les concernant proviennent d'études multiples difficiles à résumer.

Quels sont les risques pour la mère?

La mortalité maternelle après l'accouchement est très faible autant lors d'une césarienne que lors d'un accouchement par voie basse. Il n'existe pas de différence en ce qui concerne les douleurs post-partum, les risques de dépression, l'incidence de prolapsus utérin et de trouble de la vie sexuelle des couples après l'un ou l'autre mode d'accouchement. De même, le risque de thrombose n'est pas différent dans la mesure où une thromboprophylaxie a été donnée.

Lors d'un accouchement par voie basse, la durée du séjour est plus courte, le taux d'infection plus faible, les complications d'anesthésie évidemment plus rares. On a également observé que l'allaitement est plus fréquent lors d'accouchement par voie basse qu'après une césarienne, qu'elle soit programmée ou d'urgence.

Bien que rares, les hémorragies, les besoins en transfusion sanguine et les complications chirurgicales sont un peu plus fréquentes après une césarienne. Par contre on rencontre moins de problèmes d'incontinence urinaire, quoique ce bénéfice peut diminuer avec l'âge de la patiente, le poids du bébé ou encore le nombre de naissances. Une césarienne n'empêchera pas toujours une patiente de développer une incontinence plus tard dans la vie. L'incontinence des selles est un phénomène rare

dont le risque est plus élevé chez les patientes ayant eu un accouchement par voie basse difficile et lors de césarienne d'urgence.

Quels sont les risques pour l'enfant ?

La mortalité des nouveaux-nés ainsi que le risque de lésions sévères, hémorragies cérébrales et dommages neurologiques sont des événements très rares. Le risque est estimé aux environs de un pour mille (1:1000). La fréquence de ces complications est légèrement plus élevée lors d'un accouchement par voie basse difficile ou lors d'une césarienne en urgence.

«La césarienne programmée doit représenter l'exception.»

Le nouveau-né peut présenter des problèmes d'adaptation respiratoire (wet lung) d'autant plus fréquents que la césarienne a été planifiée et faite avant 38–39 semaines d'aménorrhée. Le nouveau-né pourrait alors avoir besoin d'une surveillance en isolette, voire d'un transfert dans une unité de néonatalogie.

Quels sont les risques pour les grossesses ultérieures?

Les femmes qui ont eu une césarienne auront statistiquement moins d'enfants que les autres. On ne sait pas si ceci est une conséquence de la césarienne ou un choix individuel. Le taux de décès intra-utérin après une césarienne lors d'une nouvelle grossesse n'est pas différent qu'après un accouchement vaginal. Après un accouchement par césarienne, le placenta, lors des grossesses ultérieures, peut s'implanter trop profondément dans la paroi et/ou dans la cicatrice utérine. Cela peut provoquer des hémorragies et aboutir à une hystérectomie.



**vous souhaitez
une heureuse grossesse et
un bon accouchement.**

gynécologie suisse est une société médicale innovatrice qui a pour but de promouvoir la gynécologie et l'obstétrique en Suisse aux plans scientifique, pratique et éthique. Notre formation, nos connaissances, nos capacités et notre expérience sont dédiées à la santé de la femme. Nous suivons attentivement les progrès médicaux et évaluons les nouvelles méthodes de traitement.



Cette brochure vous est offert par:
Andreabal SA, 4123 Allschwil, www.andreabal.ch

Edition

Gynécologie suisse, La Société suisse de Gynécologie et d'Obstétrique SSGO
www.ssgo.ch