

Highlight anniversaire: obstétrique et médecine fœto-maternelle

Obstétrique et médecine fœto-maternelle des 20 dernières années

Prof. Dr méd. Daniel Surbek

Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern, Bern

Au cours des 20 dernières années, l'obstétrique s'est développée vers la médecine fœto-maternelle, c'est-à-dire qu'elle tend à s'éloigner de l'«aide à l'accouchement» pour se diriger vers la médecine fœtale et la médecine maternelle. L'obstétrique a elle-même connu une individualisation croissante et une nette tendance à se détourner de la médicalisation, au profit de la promotion de l'accouchement naturel.

Contexte

L'obstétrique classique se consacre à l'aide à l'accouchement ainsi qu'à la période avant et après celui-ci. Ces 20 dernières années, aucun développement technologique médicalement marquant n'a eu lieu dans ce domaine. Deux nettes tendances peuvent toutefois être constatées: D'une part, les femmes saines dont la grossesse se déroule normalement tendent clairement à s'éloigner de la médicalisation. D'autre part, une hausse évidente du taux de césariennes est survenue au niveau international, mais également en Suisse. A partir de 2015, ce développement s'est stabilisé à un niveau élevé en Suisse, près d'un tiers des enfants sont actuellement nés par césarienne [1]. Cette augmentation du taux de césariennes présente des motifs variés ainsi que des répercussions correspondantes. Celles-ci sont en premier lieu d'origine médicale, par exemple la hausse des troubles placentaires lors des grossesses consécutives. D'autre part, l'accouchement médicalisé est visiblement remis en question, car il manque des preuves illustrant que la médicalisation, c'est-à-dire les mesures médicales pendant l'accouchement, entraîne un meilleur résultat pour la mère et l'enfant; l'inverse est même parfois le cas. Il se dessine ainsi une nette tendance qui s'éloigne de la *médecine* natale et se redirige vers une *aide* naturelle à l'accouchement. Cela se reflète notamment dans l'augmentation visible, la promotion et parfois l'institutionnalisation des soins périnataux gérés par les sages-femmes. Les maisons de naissance sont de plus en plus prisées des femmes enceintes et ne cessent d'enregistrer des taux de naissances croissants. De plus en plus de cliniques intro-

duisent les soins périnataux gérés par les sages-femmes avec pour but de réduire la médicalisation de la naissance et de promouvoir l'accouchement naturel. Dans notre clinique, les soins périnataux gérés par les sages-femmes intégrés à la clinique ont été introduits de manière routinière en 2005, à la suite d'une phase pilote, comme offre pour les femmes saines à risque faible. Cet exemple – présentant à l'époque un caractère pionnier unique au niveau national – s'est désormais établi dans de nombreuses maternités suisses.

Développements en médecine fœto-maternelle

Contrairement à l'obstétrique classique, la technicisation médicale a entraîné un développement fulgurant dans les domaines de la médecine fœtale et maternelle. Cela se fonde non seulement sur le développement technologique général en médecine au sens large, mais aussi sur la conclusion que les graves pathologies liées à la grossesse, telles que la prématurité, la prééclampsie ou le retard de croissance intra-utérin, ne surgissent pas lors de leur manifestation clinique, mais beaucoup plus tôt, à savoir durant les premières semaines de grossesse. Il a donc été reconnu qu'un diagnostic et une prédiction précoces dès le premier trimestre de grossesse doivent servir de base pour éviter les graves complications ou du moins améliorer la gestion et obtenir ainsi un meilleur résultat pour la mère et l'enfant [2-4]. Je souhaite évoquer ici l'exemple du développement de la prédiction précoce de la prééclampsie. Il est désormais possible de prévoir la prééclampsie, qui ne se manifeste cliniquement que dans



Daniel Surbek

la deuxième moitié de la grossesse et peut alors être traitée uniquement par l'accouchement, dès la 12^e semaine de grossesse au moyen d'examen spécifiques. Encore plus important: non seulement une prédiction est possible, mais également une véritable prévention. Celle-ci s'effectue, chez les femmes enceintes identifiées de manière correspondante, par un simple traitement à base d'aspirine faiblement dosée. Cela permet d'éviter une prééclampsie grave dans deux tiers des cas [5–7]. Compte tenu du fait que la prééclampsie représente l'une des causes principales de morbidité et mortalité infantile et maternelle périnatale dans le monde entier, il s'agit d'une avancée considérable permettant d'éviter beaucoup de souffrance à l'aide de mesures plutôt économiques. La prédiction précoce est relativement accessible du point de vue méthodologique, puisqu'elle nécessite un examen échographique diagnostique (échographie Doppler des artères utérines), une mesure standardisée de la pression artérielle ainsi que la mise en évidence de biomarqueurs dans le sang maternel. En complément des antécédents médicaux de la femme enceinte, cela permet ainsi de prévoir avec une forte probabilité la survenue ultérieure d'une prééclampsie.

Un exemple de développement technologique des 20 dernières années dans le domaine de la médecine fœtale repose certainement sur le perfectionnement du diagnostic prénatal non invasif en termes d'anomalies chromosomiques fœtales. Il existe aujourd'hui la possibilité d'exclure un syndrome de Down (trisomie 21) du fœtus à près de 100% au moyen d'une simple analyse du sang maternel à la fin du premier trimestre. Toutefois, ces possibilités technologiques comportent également des dimensions éthiques dans la mesure où le conseil non directif des femmes en début de grossesse pose un défi croissant. Cela doit rester la base pour une décision libre et autonome de la femme ou du couple pour ou contre un diagnostic prénatal.

Le domaine de la médecine maternelle a également connu des avancées remarquables ces 20 dernières années. Je souhaiterais mentionner à ce sujet le diagnostic et le traitement du diabète gestationnel. Les critères diagnostiques de dépistage du diabète gestationnel dans le cadre de la prévention prénatale ont pu être améliorés et harmonisés en termes de résultat «néonatal». En cas de diagnostic d'un diabète gestationnel, il existe de nouveaux développements représentant un véritable progrès, par exemple les appareils portables permettant de mesurer la glycémie sous la peau en continu (en remplacement de la mesure régulière) ou la numérisation dans l'accompagnement des femmes enceintes diabétiques à l'aide de la transmission de

données et l'utilisation de l'intelligence artificielle pour le contrôle optimal de la glycémie.

Pour finir, n'oublions pas de mentionner, dans le domaine de la médecine maternelle, que des progrès considérables ont été réalisés ces 20 dernières années en termes de traitement de l'hémorragie du post-partum, qui représente l'une des principales causes de mortalité maternelle au niveau international. De nouveaux développements tels que l'optimisation de l'hémostase ou de nouvelles méthodes opératoires, mais aussi l'introduction d'entraînements en simulateur pour l'équipe, ont fait baisser la mortalité de l'hémorragie du post-partum dans le monde entier.

Je n'évoque ici que quelques développements «phares» de la médecine fœto-maternelle, qui sont représentatifs de nombreux autres ayant entraîné une amélioration du résultat pour la mère à l'enfant au cours des dernières années.

Futur développement de l'obstétrique et de la médecine fœto-maternelle

Le progrès technologique dans le domaine des biomarqueurs prédictifs et diagnostiques, du séquençage haute fréquence ainsi que de la numérisation et l'introduction de l'intelligence artificielle dans la médecine joueront désormais un rôle essentiel dans le perfectionnement de la médecine fœto-maternelle, la «liquid biopsy» du placenta dans le sang maternel pendant la grossesse pouvant être citée comme exemple [8, 9]. D'autre part, il est à espérer que le recul face à la médicalisation lors de l'accouchement physiologique et chez les femmes saines aura pour conséquence que le taux élevé de césariennes et les potentiels risques associés connaîtront à nouveau une réduction dans les 20 prochaines années. Les soins périnatals gérés par les sages-femmes gagneront alors en importance. En fin de compte, l'accompagnement individuel et fondé sur des preuves des femmes enceintes est plus important – et ainsi également le conseil détaillé avec enregistrement des possibilités et limites des diverses options. Il convient de respecter entièrement l'autonomie de la femme enceinte et ses décisions individuelles avant, pendant et après la grossesse, tout en obtenant le meilleur résultat sanitaire pour la femme et l'enfant.

Disclosure Statement

L'auteur a déclaré ne pas avoir d'obligations financières ou personnelles en rapport avec l'article soumis.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2022.08935>.

Correspondance:
Prof. Dr méd. Daniel Surbek
Universitätsklinik für
Frauenheilkunde
Inselspital Bern,
Universität Bern
Friedbühlstrasse 19
CH-3010 Bern
[daniel.surbek\[at\]insel.ch](mailto:daniel.surbek[at]insel.ch)