

- and urinary incontinence in primiparas. *Obstet Gynecol* 2001;97(3):350-6.
6. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, Wilson D. The prevalence of pelvic floor disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG* 2000;107:1460-70.
 7. Rortveit G, Dalveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S; Norwegian EPINCONT Study. Urinary incontinence after vaginal delivery or cesarean section. *N Engl J Med* 2003;348(10):900-7.
 8. Buchsbaum GM, Chin M, Glantz C, Guzik D. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns. *Obstet Gynecol* 2002;100(2):226-9.
 9. Levine EM, Ghai V, Barton JJ, Strom CM. Mode of delivery and risk of respiratory diseases in newborns. *Obstet Gynecol* 2001;97(3):439-42.
 10. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective cesarean section. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102(2):101-6.
 11. Parilla BV, Dooley SL, Jansen RD, Socol ML. Iatrogenic respiratory distress syndrome following elective repeat cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 1993;81(3):392-5.
 12. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group [published erratum appears in *N Engl J Med* 1992;327:368]. *N Engl J Med* 1992;326:1587-92.
 13. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Term breech Trial Collaborative Group. Planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. *Lancet* 2000;356(9239):1375-83.

Competing interests: None declared.

DOI:10.1503/cmaj.1040516

Le débat actuel entourant la possibilité pour les femmes d'obtenir de leur obstétricien une césarienne sur demande a fait l'objet d'un article paru dans votre journal en mars 2004¹. Dans cet article, Hannah nous informe du fait que seule une nouvelle étude randomisée contrôlée pourrait permettre d'évaluer les risques et les avantages d'une césarienne programmée par opposition à un accouchement vaginal planifié. Afin d'illustrer certains avantages de la césarienne élective, Hannah introduit plusieurs résultats statistiques reliés en particulier aux taux d'incontinence urinaire.

Or, dans cet article, le terme d'accouchement vaginal spontané mériterait d'être mieux défini. Quand Hannah fait référence au taux d'incontinence urinaire suivant un accouchement vaginal spontané, on est en droit de se demander, par exemple, si dans l'étude citée les femmes mettant au monde leur bébé

ont fait l'expérience d'une poussée physiologique involontaire, non dirigée, faisant intervenir le réflexe de poussée. Ou plutôt, s'il s'est agi d'un accouchement vaginal spontané, sous péridurale par exemple, durant lequel à dilatation complète la femme s'est vu encouragée à inspirer, bloquer, pousser. Les résultats et les conséquences sur le périnée féminin sont-ils les mêmes d'une manière ou de l'autre?

Ceci nous amène à questionner l'autorité que l'on doit accorder à Hannah dès lors qu'elle fait référence à la notion d'accouchement vaginal spontané. Lorsqu'on parle de spontané cela veut dire que l'accouchement s'est déroulé spontanément, c'est-à-dire physiologiquement. Si c'est le cas, l'induction, la stimulation, le monitoring, la restriction des positions pour la poussée, la péridurale, le «coaching» de la poussée, l'épisiotomie, les ventouses, les pressions abdominales, les forceps, seraient tous des éléments qui excluraient ces accouchements de la catégorie accouchement vaginal spontané.

Il est évident pour ceux qui en ont été témoins qu'il existe une distinction fondamentale entre accouchement vaginal (c'est-à-dire naissance par les voies naturelles) et accouchement physiologique (expression d'un processus physiologique normal non perturbé). Le milieu hospitalier est reconnu comme un milieu où les comportements sont fortement codifiés et structurés. Une femme qui y accouche aujourd'hui ne devrait trop espérer y être soutenue dans sa «spontanéité». L'accouchement vaginal spontané observé en milieu hospitalier comporte un biais énorme, celui-là même d'avoir lieu dans un espace, l'hôpital, où le processus physiologique normal de la mise au monde d'un bébé est quasiment toujours perturbé. L'hôpital est un biais systématique important introduit dans toutes les études sur l'accouchement, sans jamais être mentionné comme une des limites des études.

L'accouchement vaginal spontané devrait être clairement défini dans les futures études scientifiques, incluant celles dirigées par Hannah. Si l'on souhaite vraiment comparer les césari-

ennes sur demande avec l'accouchement vaginal spontané, on devrait le faire en se concentrant sur l'espace le plus propice à un accouchement spontané et physiologique, c'est-à-dire l'accouchement à la maison.

Catherine Gerbelli

Sage-femme

AFAR Québec (Alliance francophone pour l'accouchement respecté)
Montréal, Que.

Référence

1. Hannah ME. Planned elective cesarean section: A reasonable choice for some women? [editorial]. *CMAJ* 2004;170(5):813-4.

Conflicts d'intérêt: Aucun déclaré.

DOI:10.1503/cmaj.1040638

[The author responds:]

Although generalizing evidence for a planned cesarean from one indication to another is problematic, we do this when evidence is lacking. For example, some use the results of the Term Breech Trial, which found better outcomes with planned cesarean for singleton breech fetuses at term, to justify planned cesarean section for twins if one of the twins is in breech position.¹ Contrary to the suggestion of John Fernandes, the issue is not consumerism, cost or cosmetic surgery; rather, it is a woman's choice after discussion of the risks and benefits of all reasonable alternatives.²

Padmanabhan Badrinath and Penny Lindballe agree that a woman should be able to choose how she will deliver her baby. Badrinath raises concerns that planned cesarean sections will add to the cost of health care. However, planned cesareans may actually be associated with lower costs.³ Lindballe suggests that women should be able to choose midwifery care and that health care plans should cover this option too. I agree. Planning for a vaginal birth might be a more attractive option for Canadian women if midwifery care were more readily available and affordable.

Planned cesarean and planned vaginal birth are not associated with equiva-

lent outcomes, and most women are likely to place a higher value on the benefits of planning a vaginal birth than on the risks. However, my plea is that we also respect and honour the views of the women who place a higher value on the risks, preferring instead to plan a cesarean procedure. I agree with Michael Klein that most of the research concerning risk of urinary incontinence has examined such risks over the short term and that an elective planned cesarean does not prevent all incontinence. However, overall, the current evidence indicates that elective cesarean is associated with a lower risk of incontinence than vaginal delivery. Klein infers that the benefits of interventions during labour and delivery, such as induction, are not sufficiently adequate to justify their widespread use. Surely this is a judgement for the woman and her physician or midwife to make. Also, research suggests that most women are extremely "fetal risk averse" and would choose cesarean section if this could prevent even a very small increased risk of stillbirth or neonatal death.⁴ I find it surprising that Klein estimates it would take up to an hour to inform a woman about her options for delivery. However, if this is true, consideration should be given to developing a patient infor-

mation sheet detailing the options, along with their risks and benefits.

Selon Catherine Gerbelli, l'accouchement vaginal spontané à la maison serait peut-être plus physiologique que l'accouchement vaginal spontané à l'hôpital. J'en conviens, il faudrait signaler cet avantage éventuel, en même temps que les risques éventuels, aux femmes qui envisagent d'accoucher à la maison.

It is quite likely that only a small minority of women will choose a planned cesarean, but those who do so make the choice for reasons that are important to them. According to them, the opportunity to exercise that choice is consistent with the ethical principle of patient autonomy, which has largely replaced the paternalism so long associated with the provision of obstetric care.

Mary E. Hannah

Professor, Department of Obstetrics and Gynaecology
Sunnybrook and Women's College
Health Sciences Centre
University of Toronto
Toronto, Ont.

References

1. Hogle KL, Kilburn L, Hewson S, Gafni A, Wall R, Hannah M. Impact of the International Term Breech Trial on clinical practice and concerns: a survey of centre collaborators. *J Obstet Gynaecol Can* 2003;25:14-6.

2. Hannah ME. Planned elective cesarean section: A reasonable choice for some women? [editorial]. *CMAJ* 2004;170(5):813-4.
3. Bost BW. Cesarean delivery on demand: What will it cost? *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1418-23.
4. Thornton J. The caesarean section decision: patients' choices are not determined by immediate emotional reactions. *J Obstet Gynaecol* 1989;9:283-8.

DOI:10.1503/cmaj.1040755

Corrections

Due to a clerical error, a death notice for Douglas H. Graham¹ was published in error in the May 25, 2004, issue. Dr. Graham continues to practise at St. Paul's Hospital in Vancouver. We regret this error and offer our sincere apologies.

Reference

1. Deaths. *CMAJ* 2004;170(11):1759.

DOI:10.1503/cmaj.1040864

The DOI prefix printed in *CMAJ* issues between March 2, 2004, and May 25, 2004, was mistakenly printed as 10.1053 rather than 10.1503. For example, the DOI "10.1053/cmaj.1040594" should have been printed as "10.1503/cmaj.1040594."

DOI:10.1503/cmaj.1040948

New letters submission process

CMAJ's enhanced eLetters feature is now the portal for all submissions to our letters column. To prepare an eLetter, visit www.cmaj.ca and click "Submit a response to this article" in the box near the top right-hand corner of any *eCMAJ* article. All eLetters will be considered for publication in the print journal.

Letters written in response to an article published in *CMAJ* are more likely to be accepted for print publication if they are submitted within 2 months of the article's publication date. Letters accepted for print publication are edited for length (usually 250 words) and house style.

In a Clinical Vistas article describing a man with mesothelioma and neck swelling,¹ a statement about Virchow's triad should have referred to endothelial (rather than epithelial) injury as a predisposing factor to intravascular thrombosis.

Reference

1. Schattner A, Kozack N. A 47-year-old man with mesothelioma and neck swelling. *CMAJ* 2004; 170(4):465.

DOI:10.1503/cmaj.1040949