

# Recommandations pour la pratique clinique : accouchement en cas d'utérus cicatriciel

Cnit Paris-La Défense, 5 décembre 2012

*Delivery in women with previous cesarean section  
or other uterine surgery*

A. Guyot\*

La césarienne est la première cause d'utérus cicatriciel en France. Le taux de césarienne dans notre pays est passé de 15,5 % en 1995 à 20,8 % en 2010. L'utérus cicatriciel concerne actuellement 11 % des parturientes et 19 % des multipares. Il représente un facteur de risque de rupture utérine et d'anomalies de l'insertion placentaire. L'incidence de ces complications augmente avec le nombre de cicatrices. Le risque de rupture utérine sur utérus cicatriciel est estimé entre 0,1 et 0,5 %.

## Bénéfices et risques maternels de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée

La mortalité maternelle est une complication très rare de l'accouchement après une césarienne, et pourrait l'être plus encore en cas de tentative de voie basse après césarienne (TVBAC).

Le risque de rupture utérine est significativement augmenté en cas de TVBAC. Il est estimé entre 0,2 et 0,8 % en cas d'utérus unicatriciel. Le risque d'hystérectomie ou de transfusion en cas d'hémorragie est similaire pour la TVBAC et la césarienne programmée après césarienne (CPAC).

Les complications du post-partum de type thromboemboliques et infectieuses sont comparables pour la TVBAC et la CPAC.

La durée d'hospitalisation est supérieure en cas de CPAC.

La morbidité maternelle augmente en cas d'échec de TVBAC. Les plaies opératoires, les hémorragies du post-partum et les complications infectieuses sont notamment plus fréquentes en cas de césarienne en urgence.

## Bénéfices et risques néonataux de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée

La mortalité in utero est augmentée en cas de TVBAC (0,5/1000 à 2,3/1000) par rapport à la CPAC (0/1000 à 1,1/1000). La mortalité périnatale en cas de TVAC est faible (1/1000 à 2,9/1000), mais supérieure à la CPAC (0/1000 à 1,8/1000). La mortalité néonatale est augmentée en cas de TVBAC (1,1/1000) par rapport à la CPAC (0,6/1000). Si l'encéphalopathie anoxo-ischémique, l'intubation en cas de liquide amniotique méconial et le sepsis néonatal sont plus fréquents en cas de TVBAC, le taux de détresse respiratoire transitoire est plus

\* Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre.

élevé dans le groupe CPAC. Il est recommandé de ne pas réaliser de CPAC avant 39 semaines d'amé-norrhée.

## Facteurs d'influence sur la voie d'accouchement ?

Les facteurs qui augmentent le taux de réussite de la TVBAC sont :

- un antécédent d'accouchement vaginal, surtout si cet accouchement a lieu après la césarienne ;
- des conditions locales favorables ;
- le travail spontané.

Les facteurs qui diminuent le taux de réussite de la TVBAC sont :

- un antécédent de césarienne pour stagnation ou non-engagement à dilatation complète ;
- des antécédents de 2 césariennes ;
- un âge maternel supérieur à 40 ans ;
- un indice de masse corporelle supérieur à 30 ;
- un terme supérieur à 41 SA ;
- un poids de naissance supérieur à 4 000 g ;
- le déclenchement du travail.

La radiopelvimétrie n'est pas nécessaire dans le choix de la voie d'accouchement ou pour la conduite du travail en cas de TVBAC.

## Critères d'acceptation de la voie basse selon les caractéristiques de la cicatrice utérine

La TVBAC est possible en cas de :

- cicatrice segmentaire transversale et segmentaire verticale ;
- myomectomie par coelioscopie ou laparotomie, réalisée avec le minimum de coagulation et une fermeture utérine en plusieurs plans du fait d'un faible risque de rupture utérine.

En cas de section de cloison ou de perforation par hystérocopie avec utilisation de la coagulation monopolaire, les données de la littérature sont insuffisantes pour proposer d'emblée une CPAC.

La TVBAC n'est pas contre-indiquée dans les situations suivantes :

- fièvre en post-partum d'une césarienne ;
- absence de compte-rendu de césarienne ;
- utérus bicatriciel dans les situations obstétricales favorables ;

- délai entre la césarienne et le début de la grossesse suivante inférieur à 6 mois, si les conditions obstétricales sont favorables.

La CPAC est recommandée dans les cas suivants :

- cicatrice corporelle ;
- 3 antécédents de césarienne.

La mesure échographique du segment inférieur n'a pas montré son intérêt pour évaluer le risque de rupture utérine et n'est pas recommandée.

## Situations cliniques particulières

La TVBAC est encouragée en cas de grande multiparité et de prématurité.

Elle est possible en présence d'un diabète gestationnel sans macrosomie, d'une grossesse gémellaire ou prolongée et en présence d'obésité (mais la CPAC est recommandée pour les patientes ayant un IMC supérieur à 50), ainsi que pour une présentation du siège en fonction de la pelvimétrie et des biométries fœtales.

En cas de macrosomie (poids de naissance supérieur à 4 000 g), la TVBAC est possible, mais si le poids de naissance dépasse les 4 500 g, la CPAC est recommandée, en particulier chez les patientes n'ayant jamais accouché par voie basse.

## Recommandations d'organisation et d'information en proposition de tentative de voie basse

La décision de la voie d'accouchement retenue doit être validée par un obstétricien au huitième mois, après discussion avec la patiente sur la TVBAC et la CPAC. Si celle-ci demande une césarienne itérative, il est possible d'accéder à sa demande.

- L'accouchement à domicile et dans une maison de naissance n'est pas recommandé.

- En cas de suspicion d'un placenta accreta, il convient d'envisager une césarienne dans un centre disposant de compétences chirurgicales, d'un accès à des produits dérivés du sang et d'une unité de soins continus ou de réanimation maternelle.

L'obstétricien doit maîtriser les techniques de chirurgie d'hémostase. Il doit être présent en cas de déclenchement, d'anomalies du rythme cardiaque fœtal ou de non-progression du travail, prévenu en

début de travail pour évaluer le contexte obstétrical et valider la TVBAC et immédiatement appelé en cas de suspicion de rupture utérine.

Il est recommandé d'informer la patiente dans le post-partum sur la nécessité d'attendre 1 an avant une nouvelle grossesse.

## Mode de déclenchement et conduite du travail

### Déclenchement

Le risque de rupture utérine est multiplié par 2. Le déclenchement doit donc être motivé par une raison médicale.

Il n'est pas recommandé de déclencher le travail sur un utérus bicatriciel.

L'utilisation d'ocytocine est possible du fait de l'augmentation minimale à modérée du risque de rupture utérine.

Les prostaglandines E2 sont à utiliser avec la plus grande prudence en raison de l'augmentation significative du risque de rupture utérine et de la diminution du taux de succès de la TVBAC dans les conditions locales défavorables.

Le misoprostol n'est pas recommandé, car il entraîne une augmentation importante du risque de rupture utérine.

L'utilisation avec prudence du ballon transcervical est possible.

En cas d'interruption médicale de grossesse (IMG) ou de mort fœtale in utero, le déclenchement par misoprostol, sulprostone ou PGE2 est préférable. La préparation cervicale par mifépristone et les dilateurs hygroscopiques ne sont pas contre-indiqués. En cas d'utérus multicatriciel, il convient d'adresser la patiente à un centre ayant l'expérience des IMG et disposant d'un plateau technique adapté.

### Conduite du travail

➤ L'utilisation de la tocométrie interne n'est pas recommandée.

➤ Enregistrement en continu du rythme cardiaque fœtal dès l'entrée en travail en cas de TVBAC.

➤ L'utilisation d'ocytocine n'est pas systématique, mais si elle est nécessaire, elle doit être employée à la dose la plus faible possible afin d'obtenir une dynamique utérine satisfaisante.

La stagnation maximale ne doit pas dépasser 3 heures en phase active avant le recours à une césarienne. Il n'existe pas de données en phase de latence.

La révision utérine n'est pas systématique en cas d'accouchement par voie basse.

## Rupture utérine : prédiction, diagnostic et prise en charge

La rupture utérine est associée à une morbidité maternelle de 15 %, à une mortalité maternelle inférieure à 1 %, à une mortalité périnatale comprise entre 3 et 6 % et à un taux d'asphyxie fœtale compris entre 6 et 15 %.

Un antécédent d'accouchement par voie basse diminue le risque de rupture utérine, tandis que le déclenchement du travail l'augmente. Les signes de rupture utérine sont des anomalies du rythme cardiaque fœtal, associées ou non à une douleur pelvienne d'apparition brutale et secondaire. Seules les ruptures utérines symptomatiques après un accouchement par voie basse doivent être réparées chirurgicalement. Une rupture utérine ne fait pas contre-indiquer une grossesse ultérieure. Une CPAC est recommandée à l'accouchement suivant. En cas de déhiscence de la cicatrice utérine découverte en cours de césarienne, il est recommandé de prévoir une CPAC pour l'accouchement ultérieur.

## Prise en charge anesthésique

La péridurale est recommandée pour une TVBAC, alors que pour une CPAC, c'est l'anesthésie locorégionale qui est privilégiée, même en cas d'insertion anormale du placenta lors de la précédente grossesse. ■

### ERRATUM

Une erreur s'est glissée dans les colonnes de *La Lettre du Gynécologue* n° 378/379 (janvier-février 2013), en page 54, dans la source de l'article "Un nouveau médicament pour le traitement des fibromes utérins" rédigé par le Dr Brigitte Blond. Il fallait lire "d'après le symposium satellite du 20<sup>e</sup> congrès international de la FIGO, organisé par le groupe Gedeon Richter Pharmaceuticals".