ACCOUCHEMENT SUR UTÉRUS CICATRICIEL

Recommandations basées sur les recommandations nationales du CNGOF de décembre 2012

L'accouchement par voie basse est possible pour **75 %** des patientes ayant eu une césarienne antérieure avec hystérotomie segmentaire transversale.
Risque de rupture utérine : **0.1 à 0.5%**

QUAND ACCEPTER LA VOIE BASSE APRÈS UNE CÉSARIENNE ?

- Si grossesse unique ou gémellaire
- Si présentation céphalique ou podalique
- Si fœtus avec PFE < à 4500g. Un PFE à 4000, minore cependant quelque peu les chances de succès
- Si utérus uni-cicatriciel ou bi cicatriciel. Césarienne itérative si > à 2 cicatrices
- Un compte rendu opératoire disponible est utile mais pas nécessaire (mais l'absence de ce document ne contre-indique pas la voie basse du fait de la généralisation de la césarienne segmentaire dans nos pays européens)
- Si cicatrice segmentaire transversale ou verticale mais sans extension sur le corps. césarienne itérative si cicatrice de césarienne corporéale (incision en T ou corporéale = 9 à 12 % de rupture utérine). NB : pas de supériorité d'un type de suture utérine
- Si évaluation d'une cicatrice de myomectomie par cœlioscopie à partir du compte-rendu opératoire, du type de sutures et de l'utilisation de la coagulation
- Si bassin cliniquement normal (la radiopelvimétrie n'est pas nécessaire)
- Si une césarienne peut être réalisée en moins de 30 mn (délai pour réunir les chirurgiens/anesthésistes/pédiatres et pratiquer la césarienne). Une suspicion de rupture utérine doit conduire à la réalisation d'une césarienne en urgence
- En prenant en compte le souhait de la patiente qui doit être informée :
  - Du taux de succès (75%) d'une tentative d'accouchement par voie basse
  - Du taux de rupture utérine de 0.1 % à 0.5%
- Si un intervalle de 18 mois à 2 ans entre les deux naissances (soit au moins 9 à 12 mois entre la césarienne et une nouvelle conception). Un intervalle plus court (même < à 6 mois) pourrait être facteur supplémentaire de risques mais ne contre indique pas la grossesse et la tentative de voie basse
- Une décision clairement explicitée dans le dossier obstétrical et pleinement partagée par la patiente

SURVEILLANCE DU TRAVAIL SUR UTERUS CICATRICIEL

▲ ERCF en continu et dès l'entrée en travail car les anomalies de rythme cardiaque fœtal sont les principaux signes de rupture.

- L'anesthésie péridurale n'est pas contre-indiquée et est même souhaitable
- L'analgésie par NUBAIN® est possible avant la pose d'une APD ou si celle-ci n'est pas possible
- Pas d'utilisation systématique de l'Ocytocine

- Si stagnation de la dilatation :
  - Amniotomie en première intention
  - OCT à la dose la plus faible
  - Ne pas tolérer plus de 3h de stagnation pour réaliser une césarienne
- La tocographie interne n'a pas d'utilité démontrée. Pourrait être utile chez les patientes obèses pour l'enregistrement des contractions
- La révision de la cavité utérine ne doit plus être systématique mais garde les mêmes indications qu'au décours d'un accouchement simple. En cas de déhiscence de la cicatrice retrouvée lors d'une révision utérine, une laparotomie n'est indiquée qu'en cas de rupture complète ou d'hémorragie

QUAND SUSPECTER UNE RUPTURE UTÉRINE ?

Face à tous ces signes qui doivent être recherchés :

- Devant une anomalie brutale de RCF+++ = principal signe
- Douleur malgré l'analgésie péridurale
- Devant une dystocie dynamique et/ou rétraction du col
- Devant toute métrorragie apparue au cours du travail
- Face à une hypotension maternelle inexpliquée
- Chute des pressions à la tocographie interne, si elle est utilisée

NB :

- une rupture utérine ne contre-indique pas une nouvelle grossesse mais rend nécessaire une césarienne itérative
- Si déhiscence de cicatrice découverte au cours d'une césarienne, une césarienne itérative est recommandée

CAS PARTICULIERS

1. UTÉRUS CICATRICIEL ET GROSSESSE GÉMELLAIRE

L'accouchement par voie basse est possible (recommandations CNGOF 2009) et représente l'issue la plus fréquente : taux de succès dans les séries: 69% à 84%, mais ces séries sont souvent limitées donc faible validité pour évaluer le risque de rupture utérine +++

2. UTÉRUS BI-CICATRICIEL

L'accouchement voie basse est possible avec un taux de succès non négligeable (62% à 89%) mais au prix d'un risque accru de rupture utérine : 3 à 5 fois plus important que sur utérus uni cicatriciel ++

3. UTÉRUS CICATRICIEL ET DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL

Le déclenchement du W sur utérus cicatriciel augmente le risque de rupture par 2

Le déclenchement doit être motivé par une indication médicale

- **Le déclenchement par ocytocine est associé à :**
  - Un faible risque absolu de rupture
  - Mais à un risque relatif plus important qu'un travail spontané

- **Le déclenchement avec PgE2** (Propess®, Prostine®) est associé à un risque plus élevé de rupture utérine qu'avec l'ocytocine.

▶ **La PgE2 ne doit pas être utilisée** (Ref. HAS sur le déclenchement du travail) ou avec la plus grande prudence

- ▲ L'utilisation des Pg E1(misoprostol Cytotec®) est contre-indiquée car associée à des taux élevés de ruptures utérines
- Le ballonnet : pas d'évaluation disponible à ce jour
- Si IMG : prendre avis auprès d'un CPDPN habilité à gérer ces situations

4. AGE MATERNEL

- Pas de seuils pour proposer une TVBAC

5. GRANDES MULTIPARES

- La VB doit être encouragée

6. DIABETES

- Le diabète gestationnel équilibré sous régime n'est pas un facteur d'échec de la tentative de voie basse
- Voie basse quel que soit la nature et l'ancienneté du diabète en l'absence de macrosomie

7. OBESITE

- En cas d'obésité morbide (IMC > 40), réduction des taux de succès sans augmentation du risque de rupture
- Une césarienne est préférable pour les IMC > 50 compte tenu des difficultés d'une césarienne en urgences chez ces patientes

8. SELON LE TERME

- **Avant 37 SA**
  - Taux de succès comparables ou supérieurs en comparaison de ceux observés après 37 SA
  - Associé à une réduction du taux de ruptures utérines
  - La TVBAC (tentative de voie basse après césarienne) doit donc être encouragée

- **La grossesse prolongée**
  - Réduction des taux de succès de la tentative de voie basse
  - Mais pas de risque accru de ruptures
  - La TVBAC (tentative de voie basse après césarienne) est possible si terme > 41SA

ORGANISATION

- Pas d'accouchement à domicile ou en maison de naissance
- Maitrise par l'obstétricien des techniques de chirurgie d'hémostase
- Si placenta antérieur recouvrant la cicatrice: naissance dans une maternité avec soins continus ou réa maternelle
- La TVBAC (tentative de voie basse après césarienne) peut se dérouler dans une maternité qui ne dispose pas d'un obstétricien et anesthésiste sur place. Mais il est recommandé que l'obstétricien soit sur place quand le contexte obstétrical fait évoquer un risque plus élevé d'échec

INFORMATION

- Présenter les deux options aux patientes: tentative de voie basse et césarienne prophylactique
- Décision de voie d'accouchement validée, motivée, datée et notée par l'obstétricien au 8ème mois
- Expliciter la CAT en cas d'entrée en travail inopinée avant la date d'une césarienne itérative
- Obstétricien de garde systématiquement contacté en début de travail pour lui faire part de l'évaluation du contexte obstétrical et validation de la TVBAC
- Au décours d'une césarienne (visite post natale): informer sur les modalités futures de naissance et sur le fait d'attendre un délai d'un an avant une nouvelle conception. Donner le compte rendu opératoire à la patiente
- Si la patiente maintient son choix d'une CPAC (césarienne programmée après césarienne) après information et délai de réflexion: accéder à sa demande