

GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE
Service de gynécologie Obstétrique
Professeur M DOMMERMUES

Auteurs :
Daniele VAUTHIER BROUZES (GO)
Marc DOMMERMUES (GO)
Jacky NIZARD (GO)
Anne-Florence NAIME-ALIX (GO)
Fleur POISOT (GO)
Gwénola KEROMNES (GO)
Suha JAUDI (GO)
Marine DRIESSEN (GO)
Date rédaction : 28 février 2011
Date révision : 4 Décembre 2017
D Vauthier Brouzes (GO)
M Dommergues (GO) M Bailleux (GO)

UTERUS CICATRICIEL ET VOIE D'ACCOUCHEMENT

Références : Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Recommandations pour la pratique clinique CNGOF 2012

1- PROBLEMATIQUE / DONNEES DE LA LITTERATURE :

« L'utérus cicatriciel constitue, dans les pays développés, le principal facteur de risque de RUPTURE UTERINE dont l'incidence globale est estimée entre 0.1% et 0.5% chez les femmes avec antécédents de césarienne. C'est également un facteur de risque majeur d'insertion placentaire anormale (placenta praevia et accreta), de façon croissante avec le nombre de cicatrices » CNGOF 2012

- **l'essai de voie basse est couronné de succès** (accouchement voie basse effectif) dans **60 à 80 %** des cas chez les patientes ayant eu une césarienne avec hystérotomie segmentaire transversale (ACOG 2004, SOGC 2005, RCOG 2007, CNGOF 2012). Les taux varient en fonction des caractéristiques des patientes, des antécédents obstétricaux et d'évènements spécifiques intervenants en pré partum et en per partum.
- la **radiopelvimétrie de principe est inutile** avant une épreuve du travail sur un utérus cicatriciel (CNGOF 2000)
- **Utérus cicatriciel et essai de voie basse = augmentation du risque de rupture utérine** en comparaison à une césarienne programmée :
 - o Travail spontané risque x 3 (l'utilisation raisonnée de l'ocytocine en cours de travail spontané n'augmente pas le risque de rupture utérine si antécédent d'hystérotomie segmentaire transversale)
 - o Déclenchement ocytocine risque x 5
 - o **Prostaglandines** risque x 15 : utilisation **CONTRE INDIQUEE** dans la situation d'utérus cicatriciel
 - o Maturation mécanique par ballonnet trans cervical: plus de dystocie et plus de césarienne. Données actuelles insuffisantes pour évaluer le risque de rupture utérine.
 - o Antécédent d'accouchement par voie basse : risque de rupture utérine 5 fois moindre (d'autant plus si AVB après césarienne)
 - o Utérus bi-cicatriciel = risque x 3 de rupture utérine

- **Les complications néonatales** quel que soit le mode d'accouchement en cas d'antécédent de césarienne sont rares. La mortalité fœtale in utéro, le risque absolu de mortalité périnatale et de mortalité néonatale sont faibles mais significativement augmentés en cas de tentative d'accouchement par voie basse par comparaison à la césarienne programmée (respectivement 0.5/1000 à 2.3/1000 versus 0/1000 à 1.1/1000, 1/1000 à 2.9/1000 versus 0/1000 à 1.8/1000 et 1.1/1000 versus 0.6/1000)
 - **En cas de rupture utérine : mortalité néonatale x 10** (5.5 % / 0.5 %)
 - **Le risque respiratoire chez le nouveau-né est majoré en cas de césarienne programmée** (détresse respiratoire initiale et risque respiratoire ultérieur) : 6 % en cas de césarienne programmée / 3 % en cas d'essai de voie basse réussi (Hook et coll. Pediatrics 1997). La césarienne programmée ne doit pas être réalisée avant 39SA
 - **Mortalité maternelle directement liée à la césarienne** x 2 en cas de césarienne programmée, x 8 en cas de césarienne en cours de travail
 - **Morbidité/mortalité maternelle des césariennes itératives** : risque de placenta praevia et de décollement placentaire, risque de placenta accreta
 - **Facteurs prédictifs de succès de voie basse** (CNGOF 2012)
 - **Facteurs d'augmentation de chance de voie basse** : 3 facteurs principaux
 - Antécédents obstétricaux : accouchement voie basse antérieur surtout si après la césarienne
 - Travail spontané
 - Score de Bishop favorable ou col considéré comme favorable à l'entrée en salle de travail
 - Caractéristique de la patiente : femme jeune, IMC < 25 en pré conceptionnel, prise de poids normale pendant la grossesse
 - Césarienne pour autre motif que stagnation de la dilatation
 - Age gestationnel moins avancé lors de l'entrée en travail, fœtus de plus petit poids
 - **Facteurs qui diminuent les chances de voie basse** :
 - Antécédent de césarienne pour non progression du travail ou non descente de la présentation à dilatation complète
 - Antécédent de 2 césariennes
 - Age maternel > 40 ans, IMC > 30, grossesse prolongée au-delà de 41SA, estimation de poids fœtal > 4000g
 - Recours au déclenchement du travail, quelque soit la méthode utilisée
- **l'analgésie péridurale** ne retarde pas le diagnostic de rupture utérine

Au total : pas de modèle prédictif de voie basse améliorant la prise en charge notamment en terme de morbidité (sensibilité, spécificité insuffisante).

2- CHOIX DE LA VOIE D'ACCOUCHEMENT :

- le **compte rendu de la précédente césarienne (ou myomectomie)** doit être disponible dans le dossier : tous les moyens doivent être mis en œuvre pour y parvenir
- si le compte rendu est indisponible (type d'hystérotomie inconnu) : détailler les circonstances de la césarienne précédente (indication, terme, lieu de réalisation, suites immédiates, ...). Suites simples et forte probabilité d'hystérotomie transversale (technique la plus répandue) : essai de voie basse acceptable.

La décision d'épreuve du travail ou de césarienne itérative de principe doit être posée à l'issue du **colloque singulier soignant/patiente**.

Les points principaux de cette discussion sont :

- une **information éclairée** (issue des données précédentes) de la femme enceinte ou du couple sur les risques et les bénéfices (pour la mère et pour son enfant), de l'épreuve du travail ou de la césarienne programmée en tenant compte de l'ensemble des données médicales et obstétricales (antérieures et actuelles) de la patiente.
- De la prise en compte des **préférences de la patiente**

Le reflet de cette discussion, des informations données et du choix de la patiente doit être clairement **documenté dans le dossier**.

CAS PARTICULIERS :

- Utérus bicatriciel
- Utérus unicatriciel + grossesse multiple ou fœtus en présentation du siège
- Intervalle court (délai césarienne – début de la grossesse suivante) < 6 mois

Une césarienne est proposée. Une tentative de voie basse est possible « avec prudence ». Toute épreuve du travail dans ces circonstances ne pourrait être motivée que par la demande clairement exprimée par la patiente et seulement en cas d'avis favorable après discussion collégiale du dossier (STAFF).

CESARIENNE PROGRAMMEE RECOMMANDEE DANS LES SITUATIONS SUIVANTES (CNGOF 2012) :

- Cicatrice corporeale
- Utérus tricatriciel et plus
- Antécédent de rupture utérine
- EPF > 4500g
- IMC préconceptionnel > 50 (césarienne encouragée)

3- EN COURS DE TRAVAIL :

- Enregistrement continu du **rythme cardiaque fœtal**.
- Evaluation rigoureuse de la **dynamique utérine**. Si l'enregistrement des contractions n'est pas satisfaisant avec le capteur externe : recours à la tocométrie interne.

- Utilisation possible des **oxytociques**, à la dose la plus faible possible pour obtenir 3 contractions utérines par 10 minutes.
- Tenue du **partogramme** : nécessité d'une progression régulière de la dilatation cervicale. La phase de latence ne doit pas dépasser 6h (poche des eaux rompue). En phase active du travail il est recommandé de ne pas dépasser une durée totale de stagnation de **2 heures**
- Pas de révision utérine systématique après accouchement par voie basse.

En per partum : stagnation de la dilatation, anomalies du rythme cardiaque fœtal :
ATTENTION AU RISQUE DE RUPTURE UTERINE

▲▲ Attention : les signes de RUPTURE UTERINE sont souvent dissociés ou trompeurs. Evoquer le diagnostic devant :

- un rythme cardiaque fœtal non rassurant, qui constitue un premier signe avant-coureur
- un arrêt des contractions utérines, une non progression de la dilatation, des métrorragies, une douleur atypique

4- CIRCUIT de PRISE en CHARGE dans le SERVICE :

- Premier RDV de consultation dans le service possible avec une Sage Femme ou l'un des médecins du service.
Demande du compte rendu opératoire avec indication de la césarienne antérieure
- Suivi SF ou médecin en fonction du contexte médical global. Information précoce générale sur les enjeux de l'accouchement dans la situation d' « utérus cicatriciel »
- Organisation d'une consultation vers 36/37SA avec l'un des médecins plein temps du service pour informations, discussion et décision de la voie d'accouchement. Programmation de la césarienne si indication médicale et/ou choix de la patiente
- 40-41 SA si voie basse acceptée: réévaluation idéalement par le même médecin référent pour la patiente (ou à défaut dans le circuit des explorations fonctionnelles) et programmation de l'accouchement (césarienne ou maturation mécanique par ballonnet).

- Déclenchement au plus tard à 41+5j

- Maturation au plus tard à 41 + 3j

5- SITUATIONS PARTICULIERES DE LA MATURATION CERVICALE MECANIQUE PAR BALLONNET : cf protocole spécifique

Tableau 1 - Facteurs influençant le risque de rupture utérine lors d'une tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel

Critère	Risque de rupture utérine	Conséquences pratiques
Cicatrice corporeale	Augmentation majeure (NP3)	CPAC recommandée (grade B)
Utérus multicatriciel - utérus bicatriciel - utérus tricatriciel et +	Augmentation modérée (NP3) Données insuffisantes	TVBAC possible avec prudence (AP) CPAC recommandée (AP)
Antécédent de rupture utérine	Augmentation majeure (NP4)	CPAC recommandée (AP)
Antécédent de césarienne < 37 SA	Augmentation minimale (NP3)	TVBAC possible (AP)
Mesure échographique du segment inférieur	Données insuffisantes	Utilité clinique non démontrée. Examen complémentaire non recommandé en routine (AP)
Fièvre en post-partum	Données insuffisantes	TVBAC possible (AP)
Malformation utérine associée	Données insuffisantes	TVBAC possible (AP)
Myomectomie (laparotomie, coelioscopie, hystéroscopique)	Données insuffisantes	TVBAC possible en fonction des données du compte rendu opératoire (AP)
Suture utérine en 1 plan versus 2 plans	Données insuffisantes	TVBAC possible (AP)
Intervalle entre la césarienne et début de la grossesse suivante inférieur à 6 mois	Augmentation modérée (NP3)	TVBAC possible avec prudence (AP)
Déclenchement versus travail spontané - Ballon transcervical - Ocytocine - PGE2 - Misoprostol aux doses étudiées	Données insuffisantes Augmentation minimale à modérée (NP2) Augmentation modérée à majeure (NP2) Augmentation majeure (NP4)	Utilisation possible avec prudence (AP) Utilisation possible avec prudence (grade C) À n'utiliser qu'au cas par cas (AP) Utilisation non recommandée (AP)
Antécédent(s) d'accouchement(s) par voie vaginale	Réduction minimale à modérée (NP3)	TVBAC encouragée (grade C)
Macrosomie - EPF échographique > 4 000 g - Poids de naissance > 4 000 g - Poids de naissance > 4 500 g	Aucune donnée Augmentation minimale à modérée (NP3) Augmentation modérée (NP3)	Utilité de l'EPF échographique systématique non démontrée (AP) TVBAC possible ^a (AP) CPAC recommandée si EPF > 4 500 g ^a (AP) particulièrement chez les patientes n'ayant pas accouché par voie vaginale
Gémellaire	Non modifié (NP3)	TVBAC possible (grade C)
Siège	Données insuffisantes	TVBAC possible (AP)
Grossesse prolongée	Non modifié (NP3)	TVBAC possible (grade C)
Prématurité	Réduction minimale (NP3)	TVBAC encouragée (grade C)
Diabète	Non modifié (NP3)	TVBAC possible (grade C)
Obésité maternelle	Non modifié (NP3)	TVBAC possible (grade C) CPAC encouragée si IMC > 50 ^a (AP)
<p>La décision du mode d'accouchement doit tenir compte de l'association éventuelle de plusieurs facteurs de risque et/ou protecteurs de rupture utérine ainsi que des facteurs influençant le taux de succès de la TVBAC (AC).</p> <p>^a Cette recommandation a été élaborée en tenant également compte du taux de succès de la TVBAC dans cette situation particulière.</p> <p>AP = accord professionnel</p> <p>Nous avons arbitrairement considéré, dans ce tableau, les correspondances suivantes : OR = 1-2 : « augmentation minimale » du risque de RU ; OR > 2-5 : « augmentation modérée » du risque de RU ; OR > 5 : « augmentation majeure » du risque de RU.</p> <p>EPF = estimation du poids fœtal ; IMC = indice de masse corporelle ; NP = niveau de preuve ; OR = odds ratio ; RU = rupture utérine ; TVBAC = tentative de voie basse après césarienne ; CPAC = césarienne programmée après césarienne.</p>		

RAPPEL DES CONTRES INDICATIONS RELATIVES OU ABSOLUES A L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

- Antécédent de césarienne avec **hystérotomie corporeale ou avec trait de refend corporeal**
 - Antécédent de **myomectomie avec ouverture de la cavité utérine**
 - Antécédent de **rupture utérine**
 - **Placenta prævia**
 - **Refus de la patiente d'un essai d'accouchement par voie basse** : décision clairement exprimée après informations sur les enjeux de l'essai d'accouchement par voie basse et de la césarienne programmée
 - Grossesses multiples, fœtus en présentation du siège, utérus pluricatriciel (cf cas particuliers)
-

RAPPEL DES SIGNES DE RUPTURE UTERINE

- **rythme cardiaque fœtal non rassurant** : signe avant coureur de rupture utérine le plus fiable
 - **dilatation cervicale irrégulière** (palier) et travail prolongé : risque accru d'échec de voie basse et de rupture utérine
 - signe de rupture utérine : arrêt des contractions, retrait de la présentation (constatée au toucher vaginal), douleurs abdominales, saignements vaginaux, hématurie, instabilité cardiovasculaire de la mère...
-