



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ACCOUCHEMENT EN CAS D'UTÉRUS CICATRICIEL

Accouchement en cas d'utérus cicatriciel : recommandations pour la pratique clinique – Texte des recommandations (texte court)

Delivery in women with previous cesarean section or other uterine surgery: Guidelines for clinical practice – Text of the Guidelines (short text)

Disponible sur Internet le 8 novembre 2012

MOTS CLÉS

Césarienne ;
Accouchement vaginal après césarienne ;
Tentative de voie basse après césarienne ;
Morbidity maternelle et néonatale ;
Mortalité maternelle et néonatale ;
Rupture utérine

KEYWORDS

Cesarean section;
Vaginal birth after caesarean delivery;
Trial of labor after cesarean delivery;
Maternal and neonatal morbidity;
Maternal and neonatal mortality;
Uterine rupture

Président : Claude d'Ercole (SFMP, Marseille)

Coordonnateurs : Loïc Sentilhes (Angers) et Christophe Vayssière (Toulouse)

Méthodologiste : Patrick Rozenberg (Poissy)

Comité scientifique : Yann Sellier (CNSF, Paris), Sonia Heimann (Association Césarine)

Experts du groupe de travail : Gaël Beucher (Caen), Catherine Deneux-Tharaux (Paris), Philippe Deruelle (Lille), Pierre Diemunsch (Strasbourg), Denis Gallot (Clermont-Ferrand), Jean-Baptiste Haumonté (Marseille), Gilles Kayem (Paris), Emmanuel Lopez (Paris), Olivier Parant (Toulouse), Thomas Schmitz (Paris).

Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques

La cause essentielle de l'utérus cicatriciel est l'antécédent de césarienne. En France, le taux de césarienne était de 20,8% en 2010 contre 15,5% en 1995. Parallèlement, la prévalence de l'utérus cicatriciel a augmenté de 8% à 11% des parturientes, et de 14% à 19% des multipares, entre 1995 et 2010. Les modalités d'accouchement des femmes avec antécédent de césarienne sont très variables d'un pays à l'autre. D'après l'enquête nationale périnatale 2010, en France, 51% de ces femmes ont une césarienne avant travail; parmi celles qui débutent un travail, 75% accouchent par voie vaginale; au total, 36,5% accouchent par voie vaginale. L'utérus cicatriciel constitue, dans les pays développés, le principal facteur de risque de rupture utérine dont l'incidence globale est estimée entre 0,1% et 0,5% chez les femmes avec antécédent 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.

Bénéfices et risques maternels de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée en cas d'antécédent de césarienne

La mortalité maternelle demeure un événement très rare quel que soit le mode d'accouchement après un antécédent de césarienne (NP2). Elle pourrait être moindre en cas tentative de voie basse après césarienne (TVBAC) (NP3). Le risque de rupture utérine complète est significativement augmenté

en cas de TVBAC par rapport à la césarienne programmée après césarienne (CPAC) (NP2). Ce risque est toutefois faible, d'environ 0,2 % à 0,8 % en cas d'utérus unicatriciel. La survenue d'une plaie opératoire, principalement de la vessie, demeure un événement rare (moins de 1 %) aussi bien après TVBAC que CPAC (NP2).

Les données de la littérature sont discordantes pour les risques de complications hémorragiques nécessitant une hystérectomie ou une transfusion sanguine en raison du caractère hétérogène des populations étudiées. Ces risques ne semblent toutefois pas très différents selon le mode d'accouchement programmé (TVBAC ou CPAC) (NP3). Les risques d'infections du post-partum et thromboemboliques veineux semblent identiques entre une TVBAC et une CPAC et demeurent rares (NP3). Le risque infectieux est avant tout lié à la présence d'une obésité associée (NP2). La durée de séjour hospitalière est plus longue après une CPAC qu'après une TVBAC (NP3).

La morbidité maternelle en cas d'utérus cicatriciel est majorée après un échec de la TVBAC par rapport à l'accouchement effectif par les voies naturelles. La nécessité d'effectuer une césarienne en urgence augmente les risques de plaies opératoires, de complications hémorragiques nécessitant une hystérectomie ou une transfusion sanguine, et de complications infectieuses (endométrite du post-partum) (NP2). La morbidité maternelle d'une TVBAC après un antécédent de césarienne diminue avec le nombre de succès d'une TVBAC précédente (NP2).

Bénéfices et risques néonataux de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée en cas d'antécédent de césarienne

Globalement, les complications néonatales sont rares quel que soit le mode d'accouchement en cas d'antécédent de césarienne.

La mortalité fœtale in utero est faible mais augmentée en cas de TVBAC (0,5/1000 à 2,3/1000) par comparaison à la CPAC (0/1000 à 1,1/1000) (NP2). Le risque absolu de mortalité périnatale en cas de TVBAC est faible (1/1000 à 2,9/1000) mais significativement augmenté par comparaison à la CPAC (0/1000 à 1,8/1000) (NP2). De même, le risque absolu de mortalité néonatale est faible en cas de TVBAC (1,1/1000) et significativement augmenté par comparaison à la CPAC (0,6/1000) (NP2).

La prévalence d'encéphalopathie anoxo-ischémique est faible et semble significativement plus importante dans le groupe TVBAC (0,8/1000) comparé au groupe CPAC (0/1000) (NP3). Le taux d'intubation en cas de liquide amniotique méconial est significativement plus important dans le groupe TVBAC comparé au groupe CPAC (NP2). Le taux de sepsis néonatal suspecté et prouvé est significativement plus important en cas de TVBAC (5 % et 1 %, respectivement) comparé à la CPAC (2 % et 0 %, respectivement) (NP2). Le risque de détresse respiratoire transitoire est significativement plus important dans le groupe CPAC (6 %) comparé au groupe TVBAC (3 %) (NP2). Pour diminuer ce risque, et en dehors de situations particulières, la CPAC ne doit pas être réalisée avant 39 SA (grade B).

Les résultats des études sur l'impact du mode d'accouchement sur le score d'Apgar bas sont discordants et ne permettent pas de conclure (accord professionnel) tandis que la majorité des études ne retrouve pas d'augmentation d'admissions en unité de soins intensifs selon le mode d'accouchement (TVBAC versus CPAC) (NP3).

Quels facteurs influencent la voie d'accouchement en cas de tentative de voie basse sur utérus cicatriciel ?

Trois facteurs sont fortement associés à la réussite de la TVBAC : un antécédent d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC), surtout si l'accouchement par voie vaginale a eu lieu après la césarienne (NP2), un score de Bishop favorable ou un col considéré comme favorable à l'entrée en salle de travail (NP2) et le travail spontané (NP2).

Plusieurs facteurs diminuent le taux de succès de la TVBAC : antécédent de césarienne pour non-progression du travail ou non-descente de la présentation fœtale à dilatation complète (NP3), antécédent de deux césariennes (bien que le taux de succès de TVBAC reste élevé [70 %]) (NP3), âge maternel supérieur à 40 ans (NP3), indice de masse corporelle supérieur à 30 (NP3), une grossesse prolongée au-delà de 41 SA (NP3), un poids de naissance supérieur à 4000 g. Cependant, il est rappelé que l'estimation de poids fœtal par échographie reste très imprécise avec un risque d'environ 50 % de faux positifs pour prédire un poids de naissance supérieur à 4000 g (NP2). De plus, le recours au déclenchement du travail, quelle que soit la méthode utilisée, est associé à une diminution du taux de succès de TVBAC (NP2).

La réalisation d'une radiopelvimétrie pour accepter ou non une TVBAC est associée à une augmentation du taux de césarienne itérative sans diminution du taux de rupture utérine (NP2). Elle n'est pas nécessaire pour décider de la voie d'accouchement ni pour la conduite du travail en cas de TVBAC (grade C).

Les scores et nomogrammes sont d'une utilité clinique limitée pour identifier le groupe de patientes à risque de césarienne en cours de travail (accord professionnel).

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

Au vu des données actuelles, il est possible d'accepter une TVBAC en cas d'utérus malformé si la cicatrice d'hystérotomie de la césarienne précédente est segmentaire transversale (accord professionnel). Il n'y a pas d'étude qui ait une valeur méthodologique suffisante pour affirmer la supériorité d'un type de suture utérine lors de la césarienne pour réduire le risque de rupture utérine (accord professionnel).

Le niveau de preuve des études réalisées pour estimer le risque de rupture au cours de la grossesse ou pendant le travail après une myomectomie est faible (NP4). Le risque de rupture utérine dépend du type d'intervention qui a été réalisée (nombre d'incisions utérines et de fibromes enlevés) (accord professionnel). Une myomectomie par

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272547>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272547>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)