



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

## Après myomectomie, les patientes ont-elles le droit d'accoucher par voie basse ? Résultats d'une étude monocentrique



### *Is vaginal delivery possible for patients with myomectomy? Results of a monocentric study*

A. Villot <sup>a,b,\*</sup>, A. Cheret-Benoist <sup>a</sup>, C. Creveuil <sup>b,c</sup>, M. Turck <sup>a</sup>, M. Dreyfus <sup>a,b</sup>, G. Benoist <sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Département d'obstétrique, gynécologie et médecine de la reproduction, CHU de Caen, avenue de la Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex 9, France

<sup>b</sup> Université de Caen, 14000 Basse-Normandie, France

<sup>c</sup> Département de statistiques médicales, CHU de Caen, avenue Clémenceau, 14033 Caen, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 16 février 2015

Accepté le 13 avril 2015

Disponible sur Internet le 16 mai 2015

Mots clés :

Myomectomie

Utérus cicatriciel

Accouchement

Rupture utérine

Tentative de voie basse

Hémorragie du post-partum

Keywords:

Myomectomy

Prior cesarean

Vaginal birth

Uterine rupture

Trial of labor

Post-partum hemorrhage

#### R É S U M É

**Objectif.** – Comparer le devenir obstétrical et néonatal selon le type de cicatrice utérine : myomectomie versus césarienne.

**Méthodes.** – Étude de cohorte rétrospective réalisée dans un service universitaire de type 3 entre le 1<sup>er</sup> janvier 2006 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Nous avons comparé 18 femmes ayant accouché après myomectomie (groupe exposé) à 72 femmes ayant accouché après césarienne (groupe non exposé). Les femmes de moins de 43 ans ayant bénéficié d'une myomectomie par voie coelioscopique ou laparotomique étaient incluses. Le critère principal de jugement était le taux d'accouchement par voie basse. La voie d'accouchement, le taux de ruptures utérines, les complications de la délivrance et le devenir néonatal étaient étudiés.

**Résultats.** – Le taux d'acceptation de la tentative de voie basse était de 55,6 % après myomectomie contre 84,7 % après césarienne ( $p = 0,005$ ). La réussite de la tentative de voie basse était de 88,9 % après myomectomie versus 73,9 % après césarienne (NS). Aucune rupture utérine n'est survenue après myomectomie contre 3 ruptures sous-péritonéales après césarienne. La survenue d'une hémorragie du post-partum ne différait pas significativement entre les deux groupes (11,1 % chez les exposés versus 6,9 % chez les non-exposés). Le taux de césarienne était d'autant plus élevé que le nombre d'hystérotomies était élevé ( $p = 0,0047$ ).

**Conclusion.** – Cette étude semble montrer que l'accouchement par voie basse après myomectomie est possible avec un taux de réussite similaire à celui d'un utérus cicatriciel post-césarienne.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### A B S T R A C T

**Objective.** – To compare delivery outcomes according to the scar: myomectomy versus low-segment transverse cesarean.

**Methods.** – A retrospective cohort study was performed in a university type 3 service between 1st January 2006 and 1st January 2012. We compared 18 women who gave birth after myomectomy (exposed group) to 72 women who gave birth after cesarean section (non-exposed group). Women younger than 43 years who underwent laparotomy or laparoscopic myomectomy were included. The primary endpoint was the rate of vaginal delivery. The route of delivery, the rate of uterine rupture, complications of delivery and neonatal outcome were studied.

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : [anne\\_villot@yahoo.fr](mailto:anne_villot@yahoo.fr), [avillot2@gmail.com](mailto:avillot2@gmail.com) (A. Villot).

**Results.** – The acceptance rate of vaginal delivery was 55.6% after myomectomies versus 84.7% after cesarean section ( $P = 0.005$ ). The success of vaginal birth was 88.9% after myomectomy versus 73.9% after cesarean (NS). No uterine rupture has occurred after myomectomy against three sub-peritoneal rupture after cesarean. The occurrence of post-partum hemorrhage was not significantly different between the 2 groups (11.1% among exposed group versus 6.9% in the non-exposed group). The cesarean section rate was even higher than the number of hysterotomy was great ( $P = 0.0047$ ).

**Conclusion.** – This study seems to show that vaginal birth after myomectomy is possible with a success rate similar to vaginal birth after cesarean section.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Les myomes sont les tumeurs pelviennes bénignes les plus fréquentes, touchant 25 à 30 % des femmes durant la période d'activité génitale [1,2]. Les myomectomies s'adressent aux femmes en âge de procréer dont les myomes sont symptomatiques ou source d'infertilité [3]. Que la myomectomie soit réalisée par voie coelioscopique ou par laparotomie, elle expose à deux complications principales que sont l'hémorragie peropératoire et la formation d'adhérences. La coelioscopie a montré un avantage en termes de diminution de la douleur postopératoire, de la durée d'hospitalisation, du risque adhérentiel et des saignements peropératoires [2,4] mais un doute subsiste quant à la solidité de la cicatrice utérine, notamment lors d'une épreuve du travail. On estime le risque de rupture utérine après myomectomie (par voie coelioscopique ou laparotomique) entre 0 et 2 % [5–7].

Accepter une tentative de voie basse après myomectomie, qu'elle soit réalisée par voie coelioscopique ou par laparotomie, fait régulièrement l'objet de discussions. Nous avons voulu évaluer nos pratiques, en comparant une attitude protocolisée de prise en charge des utérus cicatriciels post-césarienne, avec une attitude plus empirique de prise en charge des accouchements après myomectomie. L'objectif de ce travail était d'étudier le devenir obstétrical et néonatal, selon le type de cicatrice utérine, en comparant les résultats obtenus après myomectomies à ceux obtenus après une césarienne réalisée par hystérotomie segmentaire transversale.

## 2. Méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective de type exposé-non exposé réalisée à partir d'un échantillon de femmes ayant bénéficié d'une myomectomie entre le 01/01/2006 et le 01/01/2012 au sein d'un service universitaire de type 3. Les données ont été recueillies via la base de données du PMSI et du logiciel obstétrical 4D du service.

Les femmes de moins de 43 ans, ayant eu une myomectomie, quelle que soit la voie d'abord chirurgicale (à l'exception des hystérosopies opératoires) et ayant un projet de grossesse depuis l'intervention (notifié dans le dossier ou confirmé par appel téléphonique) ou ayant débuté une grossesse quel qu'en ait été le devenir, ont été incluses.

L'étude exposé-non exposé a porté sur le sous-groupe des femmes ayant mené à terme une grossesse au décours de l'intervention. L'analyse ne portait que sur la première grossesse menée à terme après la myomectomie. Pour chacune de ces femmes exposées à une cicatrice de myomectomies, 4 femmes porteuses d'un utérus unicatriciel après hystérotomie segmentaire transversale (groupe non exposé) ont été sélectionnées dans la base de données du service, avec appariement sur l'âge ( $\pm 2$  ans), l'année de l'intervention, l'antécédent ou non d'accouchement par voie basse (quel que soit le nombre) et le délai de conception entre

l'intervention et la date de début de grossesse (supérieur ou inférieur à 1 an). Le choix d'un appariement 1–4 a été choisi afin d'augmenter la puissance de l'étude.

Les critères d'exclusion pour les femmes exposées (antécédent de myomectomie) étaient : les grossesses gémellaires et les antécédents de césarienne. Pour les femmes non exposées (antécédent de césarienne segmentaire transversale), les critères d'exclusion étaient les utérus multicatriciels, les cicatrices corporelles, les césariennes avant 28 SA, l'antécédent de rupture utérine et l'antécédent avéré d'endométrite sévère du post-partum.

Les 4 femmes, à l'antécédent de césarienne, justifiant de tous les critères d'appariement étaient sélectionnés par ordre chronologique de recherche.

### 2.1. Caractéristiques des myomectomies

Les caractéristiques de nos myomectomies sont reportées dans le **Tableau 1**. La première des indications opératoire était la présence de ménorrhagies (9/18, 50 %). Venaient ensuite l'antécédent de fausses-couches spontanées ou l'infertilité (6/18, 33,3 %) et la présence de douleurs, pesanteurs pelviennes ou dyspareunies (3/18, 16,6 %). Parmi les 18 myomectomies, 17 (94,4 %) ont été réalisées par voie coelioscopique exclusive. Une myomectomie (5,6 %) a été débutée par voie coelioscopique et a nécessité une laparoconversion pour difficultés techniques : il s'agissait d'un fibrome pédiculé atteignant l'ombilic, multilobulé et recouvert de varices saignant au contact. Trois ligatures des artères utérines (16,7 %) ont été réalisées de manière prophylactique pour diminuer le risque hémorragique peropératoire en raison de volumineux fibromes.

### 2.2. Modalités d'induction du travail

Nos critères d'induction du travail sur utérus unicatriciel concernaient les antécédents d'hystérotomie segmentaire transversale pour des fœtus en présentation céphalique, en l'absence de

**Tableau 1**  
Caractéristiques des myomectomies effectuées.

	n (%)
Myomectomie coelioscopique	17 (94,4)
Myomectomie laparoconvertie	1 (5,6)
Suture en 1 plan	17 (94,4)
Suture en 2 plans	1 (5,6)
Myomectomies uniques	11 (61,1)
Polymyomectomies ( $\geq 3$ )	7 (38,9)
Myomes $\geq 9$ cm	5 (27,8)
Taille moyenne du myome le plus gros (cm)	6,8 $\pm$ 2 (4–10)
Localisation intramurale <sup>a</sup>	13 (72,2)
Ligature des artères utérines	3 (16,7)
Ouverture de la cavité endométriale	5 (27,8)

<sup>a</sup> Nombre de femme ayant au moins un myome de cette topographie.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948331>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948331>

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