

POINT DE VUE D'EXPERT

Prise en charge de l'accouchement des patientes ayant un antécédent de césarienne

Obstetrical management of women with previous caesarean section

P. Poulain*, S. Seconda

Pôle obstétrique, gynécologie, biologie de la reproduction, chirurgie plastique et reconstructrice, hôpital SUD, CHU de Rennes, 16, boulevard de Bulgarie, 95203 Rennes cedex 2, France

Reçu le 13 août 2009 ; accepté le 13 novembre 2009

Résumé

Les auteurs font part de leur expérience et des données de la littérature pour préciser la conduite à tenir actuelle en vue de l'accouchement des femmes antérieurement césarisées : accepter l'intention de voie basse ou décider d'une césarienne prophylactique ? Sont passés en revue l'accouchement par le siège, les grossesses gémellaires, les disproportions fœto-pelviennes, le diabète maternel, et enfin les problèmes posés par le déclenchement du travail en précisant les indications jugées acceptables et les méthodes qui peuvent être utilisées. Si la notion d'un antécédent de césarienne doit amener à une prise de décision bien réfléchie, l'intention de voie basse peut être tentée avec succès dans de nombreuses situations, néanmoins il reste quelques limites à ne pas franchir.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

Abstract

The authors announce their own experience and data of the literature to clarify their policy in cases of pregnancy after a previous caesarean section. For obstetricians, the question is to accept a trial of labor for vaginal birth or to decide an elective caesarean section. We particularly explain our conclusions in cases of breech deliveries, twin pregnancies, fetal pelvic disproportion, maternal diabetes, and labor inductions. In cases of previous caesarean, a trial of labor can be successfully tempted in numerous situations. Nevertheless, there are some limits not to be crossed.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

Mots clés : Utérus cicatriciel ; Rupture utérine ; Césarienne ; Épreuve du travail ; Déclenchement du travail ; Présentation du siège

Keywords : Uterine scar ; Trial of labor ; Caesarean section ; Uterine rupture ; Labor induction ; Breech delivery

I. INTRODUCTION

Depuis plus de 20 ans, on constate une inflation du taux de césariennes dans les principaux pays industrialisés : 8,8 % (1970) puis 24,7 % (1988) aux États-Unis ; 10,9 % en 1981 en France puis 20,1 % en 2008. L'une des conséquences est évidemment

l'augmentation du nombre de femmes enceintes porteuses d'un utérus cicatriciel : ce serait actuellement le cas de 5 à 14 % des femmes se présentant en salle de travail [1]. Or de nombreuses équipes sont réticentes à accepter un accouchement voie basse dans ces conditions et préfèrent la réalisation d'une césarienne prophylactique : la proportion de césariennes prophylactiques après une césarienne antérieure est passée de 34 % en 1999 à 48 % en 2006 en France, selon les données de l'Audipog (<http://audipog.inserm.fr>). Ainsi, l'accouchement des patientes présentant un utérus cicatriciel est un sujet d'actualité et fait débat.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : patrice.poulain@chu-rennes.fr (P. Poulain).

Il s'agit de se déterminer entre deux options : la césarienne prophylactique ou l'intention de voie basse (IVB). Dans cette dernière hypothèse, la crainte principale est la survenue d'une rupture utérine (constitution d'une ouverture complète du muscle utérin, intrapéritonéale, avec ou sans rupture des membranes) ou d'une déhiscence (ouverture incomplète du muscle utérin, sous péritonéale) : cette dernière situation précède une rupture complète lors de la mise en travail ou si le travail se prolonge. La rupture utérine, bien que peu fréquente, estimée à moins de 1 % des cas, peut être responsable d'une morbidité maternelle et fœtale graves.

L'analyse des données de la littérature a permis à la plupart des Sociétés savantes (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada [SOGC], American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], Collège national des gynécologues et obstétriciens français [CNGOF]) d'encourager à la réalisation d'une IVB autant que possible. Dans le contexte médico-légal actuel, c'est une décision qui doit être validée avec la patiente, après lui avoir apporté une information éclairée conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé.

Ce travail apporte nos réflexions sur la conduite obstétricale en vue de décider de la voie d'accouchement en cas d'utérus cicatriciel, en s'appuyant sur les données actuelles de la littérature médicale ainsi que sur notre expérience au CHU de Rennes.

2. LA SURVEILLANCE D'UNE GROSSESSE AVEC ANTÉCÉDENT DE CÉSARIENNE

2.1. Lors des consultations prénatales, il est possible de reconnaître des situations non favorables à l'IVB

Il faut obtenir un maximum d'informations sur la césarienne réalisée antérieurement en particulier par la lecture du compte rendu opératoire (Encadré 1) :

- **l'indication de la césarienne** : lorsqu'il s'agit d'une cause reproductible à chaque accouchement (bassin chirurgical...);
- **la dilatation du col au moment de la réalisation de la césarienne** : Hoskins et Gomez [2] ont rapporté un taux de succès de l'IVB de l'ordre de 70 % lorsque la première césarienne avait été réalisée entre 5 et 9 cm de dilatation

Encadré 1. L'étude du dossier et en particulier la lecture du compte rendu opératoire de la césarienne antérieure sont souhaitables pour la décision de la voie d'accouchement. L'IVB est contre-indiquée en cas d'antécédent de césarienne corporéale, d'antécédent de rupture ou de déhiscence utérine et ainsi qu'en cas d'utérus polycicatriciel. À l'inverse, lorsque la césarienne a été précédée ou, mieux, suivie d'un accouchement par les voies naturelles, il s'agit d'un argument fort en faveur de l'IVB. Ces éléments montrent clairement le soin qu'il faut apporter à la tenue des dossiers et à la rédaction d'un compte rendu opératoire de césarienne.

contre seulement 13 % pour les femmes dont la césarienne avait été réalisée à dilatation complète. Il est probable que cette information soit liée à l'indication de la césarienne (défaut d'engagement à dilatation complète) : chaque cas est particulier et nécessite une analyse précise à la vue du partogramme ;

- **le type d'hystérotomie** : si actuellement une hystérotomie segmentaire transversale est réalisée dans la quasi-totalité des indications, elle peut être segmentaire verticale ou surtout corporéale. Dans ce dernier cas, la voie basse ne doit pas être envisagée vu le risque nettement plus élevé de survenue d'une rupture utérine pendant le travail (12 % de rupture utérine dans la méta-analyse de Rosen et al.) [3]. Il faut prêter attention à un terme très précoce de la césarienne (avant 28 semaines d'aménorrhée [SA]), à une date où le segment inférieur n'est que peu voire non formé ;
- **le nombre de césariennes antérieures** : en cas d'utérus polycicatriciel, il est prouvé que le risque de survenue de rupture utérine augmente [4] ;
- **un antécédent de rupture utérine** ou une simple déhiscence (prérupture avec conservation du péritoine viscéral) mentionné dans le compte rendu de césarienne : il ne fait pas de doute que l'IVB est contre-indiquée ;
- **un antécédent de chirurgie utérine hors césarienne** (résection d'une corne utérine, myomectomie...) : le risque de rupture utérine après chirurgie utérine est mal évalué dans la littérature, et ce, quelle que soit la voie d'abord chirurgicale [5]. La prudence doit être respectée en cas de chirurgies multiples, ou lorsqu'il y a eu effraction de la cavité utérine. De notre point de vue, il faut aussi être très prudent si la chirurgie a été réalisée par coelioscopie : la cicatrice y est a priori de moins bonne qualité en comparaison d'une laparotomie [6] ;
- **un antécédent d'accouchement par voie basse (AVB)** avant et plus encore après césarienne est, à l'inverse, un fort argument en faveur d'une IVB.

2.2. Une radiopelvimétrie est-elle indiquée ?

Les clichés de radiopelvimétrie (Encadré 2) posent le problème non négligeable de l'irradiation fœtale. Plusieurs études [7–9] ont démontré un risque de cancer dans l'enfance pour des fœtus irradiés in utero, et, cela, quel que soit le terme de la grossesse [9,10]. Les Pays-Bas ont d'ailleurs interdit l'utilisation de la radiopelvimétrie au profit de la pelvimétrie par IRM [11].

Encadré 2. La réalisation d'une pelvimétrie pour décider de la voie d'accouchement en cas d'antécédent de césarienne s'avère peu pertinente. Il ne faut pas la prescrire systématiquement (même immédiatement après la césarienne, en prévision des futures grossesses). Bien entendu, elle reste un examen nécessaire en cas de présentation du siège ou s'il existe cliniquement un doute sur les mensurations du bassin, c'est-à-dire dans les indications classiquement retenues... hors cicatrice utérine.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949794>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949794>

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