



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

## Pronostic obstétrical des patientes présentant un antécédent de césarienne réalisée avant 32 semaines d'aménorrhée



### Obstetrical prognosis of patients after a previous caesarean section performed before 32 weeks of amenorrhea

C. Baeza<sup>a</sup>, N. Mottet<sup>a</sup>, C. Coppola<sup>a</sup>, M. Desmarests<sup>b</sup>, R. Ramanah<sup>a</sup>, D. Riethmuller<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup>Pôle Mère-Femme, CHRU de Besançon, 3, boulevard Fleming, 25000 Besançon, France

<sup>b</sup>Inserm CIC 1394, centre d'investigation clinique, CHRU de Besançon, 3, boulevard Alexandre-Fleming, 25000 Besançon, France

#### INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 30 juin 2016

Accepté le 16 septembre 2016

Disponible sur Internet le 17 octobre 2016

Mots clés :

Césarienne

Rupture utérine

Déhiscence utérine

Prématurité

Utérus unicatriciel

Tentative de voie basse après césarienne

#### RÉSUMÉ

**Objectif.** – Évaluer les modalités d'accouchement, les morbidités maternelles et néonatales et le taux de rupture utérine et de déhiscence lors d'une grossesse suivant une césarienne précoce réalisée avant 32 semaines d'aménorrhées (SA) révolues.

**Méthodes.** – Étude rétrospective descriptive réalisée dans une maternité de type III, sur une période de 8 ans. Ont été sélectionnées 292 patientes successives césarisées avant 32 SA sur une grossesse mono-fœtale. Seul l'accouchement suivant directement la césarienne a été pris en compte. Les utérus multicatriciels étaient exclus de l'étude.

**Résultats.** – L'âge gestationnel moyen lors de la césarienne index était de 29 SA + 3 jours. Soixante-deux patientes correspondaient aux critères d'inclusion et d'exclusion. Dix-sept (27,4 %) ont eut une césarienne programmée après césarienne (CPAC) et 45 (72,6 %) ont eut une tentative de voie basse après césarienne (TVBAC) dont 71,1 % de succès soit 51,6 % d'accouchement vaginal après césarienne précoce (AVAC). Les nouveau-nés du groupe échec de TVBAC avaient un pH artériel ( $p < 0,005$ ) et un score d'Apgar plus faible à 1 minute ( $p < 0,05$ ) et à 10 minutes ( $p < 0,05$ ) que les enfants du groupe CPAC. Il n'existe pas de différence ( $p = 0,31$ ) concernant le devenir périnatal en intention de traiter (CPAC versus TVBAC). La seule rupture utérine (1,6 %) fut découverte à 26 SA + 3 jours en cours de césarienne chez une patiente initialement incluse dans le groupe TVBAC. Cinq (8,1 %) déhiscences utérines ont été découvertes dont 80 % en cours de césarienne, à un terme moyen de 32 SA + 2 jours.

**Conclusion.** – Après une césarienne réalisée avant 32 SA, la TVBAC doit être encouragée sur conditions locales favorables, les taux de réussite étant comparables à une césarienne à terme. Le taux de rupture utérine (complète ou sous-péritonéale) semble cependant légèrement accru par rapport au risque après césarienne réalisée à terme, pouvant même survenir précocement et en dehors de tout travail.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

Keywords:

Caesarean section

Uterine rupture

Uterine dehiscence

Prematurity

Single scarred uterus

Trial of vaginal delivery after caesarean section

**Objective.** – To assess delivery mode, maternal morbidity including uterine rupture and scar dehiscence and neonatal outcome, during a pregnancy after a previous caesarean delivery before 32 weeks of amenorrhea.

**Methods.** – A retrospective descriptive study was carried out at the Besançon University Hospital during an 8-year period. We identified 292 consecutive patients presenting a singleton pregnancy delivery before 32 weeks of amenorrhea. We analysed the next pregnancy. Patients presenting more than one caesarean section were excluded from this study.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [didier.riethmuller@univ-fcomte.fr](mailto:didier.riethmuller@univ-fcomte.fr) (D. Riethmuller).

**Results.** – Out of the 292 patients, 62 met inclusion criteria. The average gestational age of the first caesarean section was 29 weeks and 3 days. Among these patients, 17 (27.4%) had a planned caesarean delivery after caesarean (CDAC) and 45 (72.6%) had a trial of vaginal delivery (TVD) with a success rate of 71.1%, that is a total of 51.6% of vaginal delivery after a previous early caesarean section. In case of a failed TVD, arterial pH ( $P < 0.005$ ), Apgar score at one minute ( $P < 0.05$ ) and at 10 minutes ( $P < 0.05$ ) were significantly lower compared to the CDAC group. Regarding perinatal outcome, there was no significant difference ( $P = 0.31$ ) between the groups in intention to treat. The only uterine rupture (1.6%) was noticed during a caesarean section at 26 weeks and 3 days, in a patient initially included in the TVD group. Five uterine scar-dehiscences (8.1%) were discovered including 80% during caesarean section, at an average term of 32 weeks and 2 days of amenorrhea.

**Conclusion.** – After an early caesarean section, trial of vaginal delivery can be implemented if local conditions are favorable. There is no difference in maternal morbidity, success of labour and neonatal outcome if previous caesarean section was performed before 32 weeks or at term. It appears however that uterine rupture rate (complete or incomplete) is slightly higher in comparison to a previous caesarean at term, which might occur prematurely and before labour.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Les modalités de naissance des grands prématurés restent controversées. D'après l'étude EPIPAGE 2, le taux de césarienne en France chez les 27–31 semaines d'aménorrhées (SA) était de 69,8 % et de 65,8 % chez les 32 SA [1]. Pourtant, selon les recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues obstétriciens français de 2013 concernant l'accouchement des enfants de faible poids [2], aucun argument décisif ne plaide pour une voie d'accouchement plutôt qu'une autre. Le devenir obstétrical et le mode d'accouchement ultérieur de ces patientes sont un sujet majeur de préoccupation pour les équipes obstétricales. En effet, depuis l'aphorisme de Cragin, initialement destiné aux césariennes corporéales et prônant : « césarienne une fois, césarienne toujours » [3], les mentalités ont beaucoup évolué concernant l'attitude à adopter lors de l'accouchement d'une patiente porteuse d'un utérus cicatriciel. La principale crainte des obstétriciens vis-à-vis de la tentative de voie basse réside en sa complication majeure : la rupture utérine. Après une césarienne segmentaire, une tentative d'accouchement par voie basse (TVBAC) s'accompagne d'un risque de rupture utérine qui se situe entre 0,3 et 0,7 % [4–8]. Après une césarienne corporéale, les études publiées rapportent des taux de rupture utérine variant de 4 à 12 % [9–11].

La question de la solidité de la cicatrice utérine en cas d'antécédent de césarienne réalisée à un terme précoce (CP) avant la formation du segment inférieur, n'a été soulevée que récemment dans la littérature. Bien que les incisions utérines réalisées avant 32 SA soient actuellement plus fréquentes du fait de l'augmentation de la prématurité induite, il existe très peu d'études évaluant le pronostic obstétrical ultérieur de ces types d'utérus cicatriciels.

L'objectif de ce travail était d'évaluer le pronostic obstétrical des patientes présentant comme unique cicatrice utérine, une césarienne réalisée avant 32 SA et de voir si la tentative de voie basse constituait ou non une option raisonnable pour la mère et le fœtus. L'objectif secondaire était d'évaluer les risques de rupture et de déhiscence dans cette population, comparé aux patientes ayant eu une césarienne à terme (CT). Pour ces deux objectifs, nous avons comparé ces patientes à des femmes ayant eu une césarienne à terme (> 37 SA) dans notre maternité de type III.

## 2. Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique réalisée dans une maternité de type III. Nos critères d'inclusions étaient les patientes césarisées à un terme  $\leq$  à 32 SA, sur une

grossesse mono-fœtale, entre le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et le 31 décembre 2012. Nous avons étudié l'accouchement ultérieur suivant directement la césarienne, pour un fœtus vivant ou décédé in utero.

Les critères d'exclusions étaient les patientes ayant déjà eu une ou plusieurs cicatrices utérines obstétricales avant la CP, les patientes n'ayant pas eu de grossesse ultérieure, les patientes ayant interrompu leur grossesse ou ayant eu une fausse couche précoce et les patientes ayant accouchées dans un centre hospitalier autre que le notre.

Concernant notre groupe contrôle des CT, nous avons inclus des femmes à terme (> 37 SA), avec un fœtus unique, en présentation céphalique. Toutes ces patientes avaient un seul antécédent de césarienne, réalisée à terme (> 37 SA) dans notre maternité entre le 1<sup>er</sup> janvier 2005 et le 31 décembre 2012. Les critères d'exclusions étant identiques à notre groupe de patientes ayant eu une CP. Les dossiers ont été sélectionnés à partir d'un recueil informatique et étudiés à l'aide du dossier patient informatisé (DIAMM<sup>®</sup>), par tirage aléatoire simple pour sélectionner 124 « témoins » parmi celles correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion du groupe contrôle, afin de constituer un groupe représentatif de l'ensemble des patientes césarisées à terme durant cette période.

Nous avons étudié le mode d'accouchement des patientes avec antécédent de CP réalisée à un terme  $\leq$  32 SA et nous avons analysé les items suivants :

- caractéristiques maternelles pour les 2 grossesses (césarienne index et accouchement suivant) : IMC, âge maternel, gestité, parité ;
- type d'hystérotomie lors de la CP ;
- caractéristiques néonatales lors des 2 issues de grossesse : terme, état de l'enfant avant la naissance et devenir périnatal, présentation, sexe, poids, score d'Apgar à 1 min, à 5 min et à 10 min, pH artériel ;
- délai entre la CP et l'accouchement ultérieur ;
- mode d'accouchement effectif de l'accouchement suivant : césarienne programmée, césarienne non programmée, voie basse spontanée ou voie basse instrumentale ;
- complications maternelles : pré-rupture utérine (ou déhiscence utérine, n'intéressant que l'endomètre et le myomètre, respectant le péritoine viscéral) et rupture utérine (rupture de l'ensemble des couches tissulaires de la paroi utérine, y compris la séreuse péritonéale).

Les statistiques descriptives moyenne, médiane, fréquence ont été réalisées en utilisant le logiciel SPSS 10.0. Pour comparer

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696176>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696176>

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