

1. OBJET

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

2. DOMAINE D'APPLICATION - PERSONNEL CONCERNE

Domaine d'application : le pôle Femme-Enfant

Personnel concerné : les médecins et les sages-femmes

3. RESPONSABILITES

Les médecins et les cadres de santé du pôle Femme-Enfant sont responsables de la bonne application du document.

4. DESCRIPTION DE L'OBJET

LES ENJEUX

1. Diminuer le taux de césariennes (50-60 %) en cas d'**utérus cicatriciel** (10 % des patientes).
2. Avoir une attitude active au cours de **la tentative de voie basse** (prévention et traitement précoce de la dystocie dynamique) afin d'optimiser les chances de succès de l'épreuve du travail (75 %).
3. Eviter la **RUPTURE UTERINE**, événement rare (moins de 1%) mais gravissime.

I. UTERUS UNICATRICIEL

1. Evaluation avant d'accepter une tentative d'accouchement par voie basse

1.1. Eléments à obtenir ou connaître avant toute décision

- **Compte rendu opératoire (CRO)** de la césarienne antérieure (indication, type d'hystérotomie)
- L'absence de CRO d'une césarienne antérieure réalisée à terme ne contre-indique pas une tentative de voie basse ; dans les autres situations, évaluation au cas par cas (type de cicatrice cutanée, terme de réalisation)
- En cas de césarienne pour stagnation/non engagement : Idéalement relecture du **partogramme** (variété de présentation, dynamique utérine)
- **Suites opératoires** (fièvre du post-partum, complications de paroi)
- **Echographie T3** (biométries, localisation du placenta). En cas d'insertion antérieure sur la cicatrice, recherche de signes de placenta accreta
- La **pelvimétrie N'EST PAS nécessaire**, sauf si :
 - présentation du siège
 - disproportion foeto-pelvienne évidente au premier accouchement (non engagement avec petit poids de naissance, échec d'extraction instrumentale sur présentation engagée...)

1.2. Contre-indications à la tentative de voie basse

- Antécédent d'**hystérotomie CORPOREALE**, dont trait de refend vertical d'une césarienne transversale vers le corps utérin (T inversé) et césarienne avant 28 SA sans formation du segment inférieur
- Antécédent de **rupture utérine** lors du travail précédent
- IMC ≥ 50 en début de grossesse : indication à une césarienne itérative (mauvais pronostic d'accouchement voie basse, difficultés techniques attendues en cas de césarienne en urgence)

Cependant :

- Des antécédents de chorioamniotite, de fièvre ou d'endométrite du post-partum **ne sont pas** des contre-indications à la voie basse.
- Un antécédent de **cicatrice utérine en dehors d'un contexte obstétrical** (myomectomie, perforation) n'est pas une contre-indication à la voie basse (**dossiers à discuter au cas par cas**). La prudence doit être de mise en cas de chirurgies multiples et d'ouverture de la cavité utérine.
- L'association **utérus cicatriciel et malformation utérine** augmenterait le risque de rupture utérine mais il existe peu de données (**dossiers à discuter au cas par cas**).

1.3. Conditions d'acceptation de la voie basse

- Grossesse unique, présentation céphalique
- Cas particuliers où la voie basse peut être acceptée avec prudence :
 - grossesse gémellaire
 - présentation du siège (dans les conditions classiques d'acceptation de la voie basse)
- Insertion placentaire non praevia (bord inférieur > 2 cm de l'orifice interne du col)
- Absence de cicatrice utérine corporeale
- **Confrontation céphalo-pelvienne**
 - **Bassin** : si la pelvimétrie est réalisée, la voie basse peut être acceptée même en cas de bassin rétréci non chirurgical ; l'évaluation des conditions d'accouchement est faite au cas par cas en fonction des données de la confrontation céphalo-pelvienne (clinique, échographie et bassin) et de l'indication de la césarienne antérieure. Un bassin généralement rétréci demeure de mauvais pronostic.
 - **Biométries** réalisées à 36-37 SA uniquement en cas de suspicion de macrosomie ou d'antécédent de poids de naissance > 4000 g.
 - Une **macrosomie fœtale** n'est pas une contre-indication à la voie basse. Un poids fœtal estimé > 4000 g augmente le risque d'échec de la tentative de voie basse mais le taux de succès reste élevé (> 60 %). Le risque de rupture utérine est modérément augmenté (x 2).
 - En cas de **poids fœtal estimé > 4500 g** chez une patiente n'ayant jamais accouché par voie vaginale, une **césarienne est recommandée** en raison des faibles chances de succès de la tentative de voie basse (< 40 %) et de l'augmentation assez élevée du risque de rupture utérine (x 3).
- **Age gestationnel > 40 SA** : n'influence pas significativement le taux de rupture utérine. Augmente significativement le taux d'échec de l'épreuve du travail. A évaluer au cas par cas.

- **Intervalle de temps entre la césarienne antérieure et la date de conception de la grossesse suivante < 6 mois** : augmente le risque de rupture utérine mais ne justifie pas le recours à une césarienne avant travail lorsque les conditions obstétricales sont favorables.
- Un **accouchement par voie basse** précédent ou suivant la césarienne antérieure augmente les chances de succès de la tentative de voie basse.
- En cas de césarienne antérieure effectuée pour **dystocie au cours du travail**, les chances de succès de la tentative de voie basse sont estimées à environ 50-75 % en fonction des études et des situations, sans risque accru de rupture utérine.
- **Au total : la décision du mode d'accouchement doit tenir compte de l'association éventuelle de plusieurs facteurs de risque de rupture utérine ainsi que des facteurs influençant le taux de succès de la tentative de voie basse.**
- **Annexe 1** : facteurs influençant le risque de rupture utérine en cas de tentative de voie basse et conséquences pratiques pour la décision du mode d'accouchement.

1.4. Information et consentement de la patiente sur la décision du mode d'accouchement

- Il est recommandé que la décision du mode d'accouchement soit validée par un obstétricien senior au plus tard **au cours du 8^{ème} mois**.
- L'information dispensée à la patiente doit présenter les **bénéfices et les risques de chaque mode d'accouchement** (tentative de voie basse versus césarienne programmée).
- Le choix de la voie programmée d'accouchement doit être partagé par la patiente et le médecin. Si la patiente souhaite une césarienne programmée (**césarienne à la demande**) après information, discussion et délai de réflexion, il est légitime d'accéder à sa demande.
- **Accord de la patiente** après **information éclairée** sur le déroulement de la tentative de voie basse, les risques de césarienne en urgence et de rupture utérine.
- **Traçabilité dans le dossier de la patiente** : le nom du médecin senior accordant la tentative de voie basse et l'information donnée à la patiente doivent être obligatoirement retranscrits dans le dossier.
- En cas de **césarienne programmée**, l'attitude à adopter en cas de mise en travail spontanée avant la date retenue doit être explicitée dans le dossier.
- La décision de tentative de voie basse **peut être modulée** en fonction du motif de la précédente césarienne, des souhaits et du vécu de la patiente :
 - Par exemple : accord de tentative de voie basse mais uniquement en cas de travail spontané, accord de tentative de voie basse mais avec terme maximal fixé à 40 ou 41 SA (pas de terme dépassé), ...
 - Attitude précise et conclusion des discussions devant être **tracé dans le dossier obstétrical**

2. Déclenchement artificiel du travail sur utérus cicatriciel : cf. protocole déclenchement artificiel du travail

- Uniquement si **indication médicale**
- **Information** de la patiente sur les risques potentiels de césarienne et de rupture utérine, clairement tracée dans le dossier
- Déclenchement si **score de Bishop ≥ 6** en privilégiant l'amniotomie

- **Maturation** cervicale par sonde à double ballonnet, uniquement si Bishop ≤ 3 (examen réalisé par le médecin responsable)
 - Possible au cas par cas en de Bishop <3 chez une patiente ayant une forte probabilité d'accouchement par voie basse
 - Réévaluation à 24h de maturation par le gynécologue de garde : si col inchangé, **indication de CESARIENNE**

3. Prise en charge active du travail

- **Surveillance continue du rythme cardiaque fœtal**
- **Tocométrie** externe puis interne dès rupture des membranes ; cependant si absence de Syntocinon® et si dilatation ≥ 5 cm une tocométrie externe de bonne qualité est suffisante.
- **PRISE EN CHARGE ACTIVE PRECOCE DU TRAVAIL** : rupture des membranes, ocytocine uniquement si besoin à la dose minimale efficace
- **Analgésie péridurale recommandée**
- **La tentative de voie basse est interrompue** si en phase active (dilatation ≥ 5 cm) :
 - Stagnation de la dilatation cervicale de 2 heures, **malgré une dynamique utérine satisfaisante (3-4 CU / 10 min)**
 - Non engagement de la présentation après 2 heures à dilatation complète
 - **Signes évoquant une possible rupture utérine** (d'autant plus s'ils sont combinés) : ANOMALIES DU RCF (signe le plus prédictif +++), douleur persistante en regard de la cicatrice, hypercinésie de fréquence, hypertonie, saignements
- **Durée des efforts expulsifs** limitée à un maximum de 30 minutes
- **Pas de révision utérine systématique** : à réaliser impérativement si hémorragie et / ou « douleur à la cicatrice »

II. UTERUS BICATRICIEL

En cas de travail spontané, la tentative de voie basse n'augmente que modérément le risque de rupture utérine (moins de 2 %) et permet un accouchement normal dans environ 70 % des cas. Ses critères d'acceptation doivent être stricts et réserver aux situations obstétricales favorables.

1. Conditions d'acceptation de la tentative de voie basse

- Obtenir obligatoirement les **CRO des césariennes précédentes** : absence de cicatrice utérine corporéale, exclusion des patientes avec antécédent de césarienne avant 28 SA, stipulation d'éventuelles complications opératoires, présence d'adhérences.
- **Grossesse singleton, présentation céphalique**
- Localisation et échostructure du placenta renseignées ; exclusion d'une insertion placentaire praevia.
- **Estimation du poids fœtal inférieure à 4000 g** (confrontation clinique / échographie)
- **Bassin normal** :
 - Examen clinique
 - Pelvimétrie systématique en cas de césarienne antérieure réalisée pour dystocie : voie basse si toutes les mesures du bassin sont normales
 - Pelvscanner non indispensable si césariennes précédentes effectuées en dehors du travail ou au moins un accouchement précédent par voie basse
- **Accord de la patiente après information éclairée** (retranscrite dans le dossier) sur l'épreuve du travail, les risques de césarienne et de rupture utérine
- **Pas de déclenchement artificiel du travail**
- **Pas de terme dépassé**

2. Prise en charge du travail

- Surveillance continue du rythme cardiaque fœtal
- **Tocométrie externe puis interne** dès rupture des membranes
- **PRISE EN CHARGE ACTIVE PRECOCE DU TRAVAIL** : rupture des membranes, ocytocine uniquement si besoin à dose minimale efficace
- **Analgesie péridurale recommandée**
- **Durée des efforts expulsifs** limitée à un maximum de 30 minutes
- **La tentative de voie basse est interrompue si :**
 - Stagnation de la dilatation cervicale de plus de 2 heures, **malgré une dynamique utérine satisfaisante (3-4 CU / 10 min)**
 - Non engagement de la présentation après 2 heures à dilatation complète
 - **Signes évoquant une possible rupture utérine** : douleur persistante en regard de la cicatrice, hypercinésie de fréquence, hypertonie, saignements
 - Altération du RCF
- **Pas de révision utérine systématique** : à réaliser impérativement si hémorragie et / ou « douleur à la cicatrice »

5. REFERENCES EXTERNES ET INTERNES

Références internes : protocoles déclenchement artificiel du travail 2011, placenta accreta prise en charge en cas de suspicion prénatale 2011

Références externes :

1. Recommandations pour la Pratique Clinique du CNGOF. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. J Gynecol Obstet Biol Reprod ; volume 41, décembre 2012.
2. Haute Autorité de santé. Recommandations professionnelles. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. Avril 2008.

6. LISTE DES ANNEXES

1. **Annexe 1** : facteurs influençant le risque de rupture utérine lors d'une tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel (source : RPC CNGOF 2012)

7. HISTORIQUE DU DOCUMENT

<i>Dernière version</i>	<i>Objet de la révision</i>
03 - 19 juin 2023	19 juin 2023 - MAJ logo / MAJ rubriques 1.1 - 1.2 - 1.4 - 2 - 3 - 2.1- .2
<i>Historique des révisions</i>	
01 - 28 sept. 2011 - création du document sous format électronique, 02 - 09 janv. 2013 - mise à jour du document selon les RPC 2012 du CNGOF sur l'utérus cicatriciel	

Groupe de lecture : Dr G. Beucher (rédacteur), Dr J. Huet (rédacteur), Dr A.S. Lafitte (relecteur)

8. EVALUATION

Néant

CYCLE DE VALIDATION		
Rédaction	Vérification	Approbation
<i>Justine HUET</i> Equipe Gynécologie Obstétrique - CHU <ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN1>	<i>Christine DENOUAL ZIAD</i> Chef de Service - CHU\POLE FEMME ENFANT\Gynécologie-Obstétrique <ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN2>	<i>Aurore BOUQUEREL</i> Directeur - CHU\DIRECTION DE LA QUALITE, GESTION DES RISQUES ET DES USAGERS <ACT_PARTICIPANTS_DATE_SIGN3>

Annexe 1 : Facteurs influençant le risque de rupture utérine lors d'une tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel (source : RPC CNGOF 2012)
Tableau 1 Facteurs influençant le risque de rupture utérine lors d'une tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel.

Factors influencing the risk of uterine rupture during trial of labour after previous cesarean birth.

Critères	Risques de ruptures utérines	Conséquences pratiques
<i>Cicatrice corporeale</i>	Augmentation majeure (NP3)	CPAC recommandée (<i>grade B</i>)
<i>Utérus multicatriciel</i>	Augmentation modérée (NP3)	TVBAC possible avec prudence (<i>accord professionnel</i>)
<i>Utérus bicatriciel</i>	Données insuffisantes	CPAC recommandée (<i>accord professionnel</i>)
<i>Utérus tricatriciel et +</i>	Données insuffisantes	CPAC recommandée (<i>accord professionnel</i>)
<i>Antécédent de rupture utérine</i>	Augmentation majeure (NP4)	CPAC recommandée (<i>accord professionnel</i>)
<i>Antécédent de césarienne < 37 SA</i>	Augmentation minimale (NP3)	TVBAC possible (<i>accord professionnel</i>)
<i>Mesure échographique du segment inférieur</i>	Données insuffisantes	Utilité clinique non démontrée. Examen complémentaire non recommandé en routine (<i>accord professionnel</i>)
<i>Fièvre en post-partum</i>	Données insuffisantes	TVBAC possible (<i>accord professionnel</i>)
<i>Malformation utérine associée</i>	Données insuffisantes	TVBAC possible (<i>accord professionnel</i>)
<i>Myomectomie (laparotomie, cœlioscopie, hystéroscopique)</i>	Données insuffisantes	TVBAC possible en fonction des données du compte rendu opératoire (<i>accord professionnel</i>)
<i>Suture utérine en 1 plan versus 2 plans</i>	Données insuffisantes	TVBAC possible (<i>accord professionnel</i>)
<i>Intervalle entre la césarienne et début de la grossesse suivante inférieur à 6 mois</i>	Augmentation modérée (NP3)	TVBAC possible avec prudence (<i>accord professionnel</i>)
<i>Déclenchement versus travail spontané</i>	Données insuffisantes	Utilisation possible avec prudence (<i>accord professionnel</i>)
<i>Ballon transcervical</i>	Augmentation minimale à modérée (NP2)	Utilisation possible avec prudence (<i>grade C</i>)
<i>Ocytocine</i>	Augmentation modérée à majeure (NP2)	À n'utiliser qu'au cas par cas (<i>accord professionnel</i>)
<i>PGE2</i>	Augmentation majeure (NP4)	Utilisation non recommandée (<i>accord professionnel</i>)
<i>Misoprostol aux doses étudiées</i>	Augmentation majeure (NP4)	Utilisation non recommandée (<i>accord professionnel</i>)
<i>Antécédent(s) d'accouchement(s) par voie vaginale</i>	Réduction minimale à modérée (NP3)	TVBAC encouragée (<i>grade C</i>)
<i>Macrosomie</i>		
<i>EPF échographique > 4000 g</i>	Aucune donnée	Utilité de l'EPF échographique systématique non démontrée (<i>accord professionnel</i>)
<i>Poids de naissance > 4000 g</i>	Augmentation minimale à modérée (NP3)	TVBAC possible ^a (<i>accord professionnel</i>)
<i>Poids de naissance > 4500 g</i>	Augmentation modérée (NP3)	CPAC recommandée si EPF > 4500 g ^a (<i>accord professionnel</i>) particulièrement chez les patientes n'ayant pas accouché par voie vaginale
<i>Gémellaire</i>	Non modifié (NP3)	TVBAC possible (<i>grade C</i>)
<i>Siège</i>	Données insuffisantes	TVBAC possible (<i>accord professionnel</i>)
<i>Grossesse prolongée</i>	Non modifié (NP3)	TVBAC possible (<i>grade C</i>)
<i>Prématurité</i>	Réduction minimale (NP3)	TVBAC encouragée (<i>grade C</i>)
<i>Diabète</i>	Non modifié (NP3)	TVBAC possible (<i>grade C</i>)
<i>Obésité maternelle</i>	Non modifié (NP3)	TVBAC possible (<i>grade C</i>) CPAC encouragée si IMC > 50 ^a (<i>accord professionnel</i>)

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.

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 (*accord professionnel*)

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.

^a Cette recommandation a été élaborée en tenant également compte du taux de succès de la TVBAC dans cette situation particulière.