



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
Ecole de Sages-Femmes de METZ

LA PRISE EN CHARGE DE L'UTERUS UNICICATRICIEL

Evaluation des pratiques professionnelles

Mémoire présenté et soutenu par

Pauline MLYNARCZYK

Née le 26 novembre 1989

Promotion 2009-2013

Université de Lorraine
Ecole de Sages-Femmes de METZ

LA PRISE EN CHARGE DE L'UTERUS UNICICATRICIEL

Evaluation des pratiques professionnelles

Mémoire présenté et soutenu par

Pauline MLYNARCZYK

Née le 26 novembre 1989

Promotion 2009-2013

REMERCIEMENTS

A Dr Olieric Marie France, directrice du mémoire, pour sa grande disponibilité, son soutien et son esprit critique

A Mesdames les sages femmes formatrices de l'école pour leur aide et leur enseignement

A mes amis de promotion 2009-2013 pour tous les souvenirs partagés et notamment Caroline, Elise et Ida

A ma famille et JérémY pour leurs attentions particulières

Par votre collaboration et votre soutien, vous avez permis l'aboutissement de ces 5 années d'étude alors merci.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
--------------------------	----------

Première partie : La prise en charge de l'utérus uni cicatriciel.

Revue de la littérature.

1. RISQUES OBSTETRICAUX LIES A LA CICATRICE UTERINE	10
1.1 Les risques maternels.....	10
1.1.1 La rupture utérine	10
1.1.2. Les complications placentaires	11
1.2. Les risques fœtaux	12
 2. PRISE EN CHARGE DE L'UTERUS UNI-CICATRICIEL AU COURS DE LA GROSSESSE	13
2.1 La surveillance prénatale	13
2.2 L'étude de la solidité de la cicatrice utérine	15
2.3 Césarienne programmée : quelles sont les indications ?	17
 3. LA TENTATIVE D'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	19
3.1. Le déclenchement artificiel du travail.....	20
3.2. Le travail.....	22
3.3. L'accouchement	23
 4. FACTEURS PRONOSTIQUES DE LA TENTATIVE D'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE	24
4.1. Spécifiques à chaque patiente	24
4.2. Spécifiques à la césarienne antérieure	25
4.3. Spécifiques à la grossesse actuelle	26
4.4. Le choix des patientes.....	28

Deuxième partie : Etude des pratiques professionnelles.

A propos de 82 cas.

1. METHODOLOGIE.....	31
1.1. La problématique	31
1.2. Objectifs et hypothèses	31
1.3. Les modalités de l'étude	32

2. PRESENTATION DES RESULTATS	33
--	-----------

Troisième partie : Analyse des résultats et discussions.

1. ANALYSE DES RESULTATS.....	57
1.1. La tentative d'accouchement par voie basse est-elle préférée à la césarienne ?	57
1.2. Les facteurs pronostiques dans la réussite de l'accouchement par voie basse	59
1.2.1. Des césariennes auraient-elles pu être évitées ?	60
1.2.2. Quels facteurs favorisent et pénalisent l'accouchement par voie basse ?.....	60

2. LE ROLE DE LA SAGE FEMME.....	64
2.1. Le suivi de grossesse	64
2.1.1. Les consultations de grossesse	65
2.1.2. La préparation à la naissance et à la parentalité	67
2.2. L'accouchement.....	69
2.2.1. La sage femme du bloc obstétrical	69
2.2.2. L'urgence.....	71
2.2.3. Les suites de couches.....	72

CONCLUSION	73
-------------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE.....	75
---------------------------	-----------

ANNEXES.....	79
---------------------	-----------

INTRODUCTION

Au cours de mes études de sage femme, j'ai remarqué que beaucoup de femmes porteuses d'un utérus cicatriciel vivaient leur césarienne comme un échec. Pour elles, il n'y avait plus de chance qu'elles accouchent un jour par voie basse. Ce sujet m'a donc intéressé. Au cours de mes recherches, je me suis ensuite aperçue que le taux d'utérus cicatriciel est en hausse du fait de l'augmentation du taux de césarienne. Il s'agit donc d'un sujet d'actualité. Les dernières recommandations dataient de 2000 et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) en a donc publié de nouvelles courant 2012. En début d'année 2012, il s'est intéressé aux indications de césarienne programmée et en fin d'année 2012 à la prise en charge de l'utérus cicatriciel.

Je me suis alors demandée si ce qui était fait en pratique correspondait à ces nouvelles recommandations sur l'utérus cicatriciel.

La première partie rassemble les données de la littérature concernant l'attitude de prise en charge des femmes porteuses d'un utérus uni-cicatriciel au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement. Contrairement aux idées reçues, l'utérus cicatriciel n'est pas une contre indication à l'accouchement par voie basse. Il existe même des facteurs pronostiques de succès et d'échec de cette tentative d'accouchement par voie basse. Nous verrons aussi les complications possibles liées à cette situation.

Ensuite, une étude rétrospective de type quantitative a été réalisée afin d'évaluer le taux de tentative d'accouchement par voie basse, les facteurs pronostiques et la prise en charge anté et per natal.

Enfin, dans la troisième partie, une analyse et une discussion des résultats permettra de comparer la pratique à la théorie.

Première partie

**LA PRISE EN CHARGE DE L'UTERUS
UNI CICATRICIEL**

Revue de la littérature

1. RISQUES OBSTETRICAUX LIES A LA CICATRICE UTERINE

Les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel sont à surveiller car des complications maternelles et fœtales sont à craindre au cours de la grossesse et de l'accouchement.

1.1 Les risques maternels

Chez la mère, les risques sont représentés par la rupture utérine et les complications placentaires.

1.1.1 La rupture utérine [1] [2]

La rupture utérine est une rupture de continuité complète ou incomplète de la paroi de l'utérus gravide, due à l'existence d'un facteur de fragilisation, et/ou d'une tension excessive exercée sur cette paroi.

Les ruptures utérines sont habituellement classées en deux catégories :

- les ruptures incomplètes ou déhiscences touchent exclusivement le myomètre. Le péritoine et les membranes sont intacts. Les conséquences materno-fœtales sont rares et la rupture passe le plus souvent inaperçue en l'absence de révision utérine. Le taux de déhiscence varie de 0,4 à 4,6%.

- les ruptures complètes touchent toute l'épaisseur de l'utérus (myomètre et péritoine) ainsi que les membranes. Les conséquences materno-fœtales peuvent être graves allant jusqu'au décès fœtal voire maternel. Le taux de rupture utérine complète varie de 0,3 à 2,3 % selon les études mais reste un événement obstétrical rare.

Il n'existe pas de tableau clinique pathognomique de la rupture utérine. Plusieurs signes doivent alerter :

- douleur de la cicatrice

- douleur abdominale intense en « coup de poignard »
- déformation utérine « en sablier »
- choc maternel : hypotension, tachycardie, somnolence, sudation, dyspnée
- anomalies du rythme cardiaque fœtal : ralentissement, tachycardie, bradycardie
- hémorragie vaginale
- liquide amniotique hémorragique
- modification de la dynamique utérine : disparition brutale de la dynamique utérine, hypertonie utérine, hypercinésie de fréquence
- stagnation de la dilation cervicale
- non perception de la présentation fœtale au toucher vaginal

La rupture d'une cicatrice utérine au cours de la grossesse ou pendant le travail est la conséquence de sa mauvaise qualité en grande partie liée au type et aux contraintes qui s'exercent sur cette cicatrice.

La rupture utérine est un accident rare mais potentiellement grave pour la mère (décès, hystérectomie) et son enfant (décès per partum, souffrance fœtale grave). Cependant, la césarienne itérative n'est pas une protection absolue contre la rupture utérine. Miller [3] a dénombré 0,7 % de rupture en cas de tentative de voie basse contre 0,5 % en cas de césarienne dans son étude de 17322 femmes. D'ercole [2] estime que le taux cumulé de rupture en cas d'essai de voie basse est de 0,6 % contre 0,19 % en cas de césarienne.

1.1.2. Les complications placentaires

Parmi ces complications, on trouve le placenta prævia, le placenta accreta, le placenta increta et le placenta percreta. Ces anomalies sont

liées à une mauvaise implantation placentaire. Le placenta est prævia lorsqu'il s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur. Le placenta est accreta s'il adhère de façon anormale au myomètre sans l'envahir. Le placenta est increta lorsque les villosités placentaires envahissent plus ou moins le myomètre sans atteindre la séreuse. Enfin, le placenta est percreta lorsque les villosités envahissent tout le myomètre, franchissent la séreuse et peuvent même atteindre les organes voisins, notamment la vessie.

Les facteurs de risque de ces anomalies [4] comprennent les antécédents de césariennes où le risque augmente de façon exponentielle en fonction du nombre de cicatrices utérines ; ainsi que les lésions de l'endomètre (synéchies, curetage, myomectomies), l'âge maternel élevé (après 35 ans), la multiparité ou les antécédents d'anomalies placentaires.

Ces complications peuvent avoir des conséquences materno-fœtales : rupture utérine, hémorragie, hémorragie de la délivrance, endométrite, anémie fœtale, retard de croissance intra-utérin...

Enfin, en cas d'antécédent de césarienne, le risque de pré-éclampsie et d'hématome rétro-placentaire est également multiplié par 1,7 selon Daltveit. [5]

1.2. Les risques fœtaux

Les risques fœtaux sont principalement liés aux risques maternels.

Le risque de mort fœtale in utéro inexpliquée est multiplié par 2,7 en cas d'antécédent de césarienne [6].

De plus en cas de tentative d'accouchement voie basse chez une femme présentant une cicatrice utérine, les études montrent un risque augmenté de mortalité fœtale ou néonatale, d'hypoxie ou d'encéphalopathie hypoxo-ischémique faible [2].

2. PRISE EN CHARGE DE L'UTERUS UNICICATRICIEL AU COURS DE LA GROSSESSE

Les quatre dernières décennies ont été marquées par une hausse importante du taux de césarienne dans la plupart des pays. En France, ce taux était de 12,7 % en 1981, 14,23 % en 1991, 17,5 % en 1998, 20,2 % en 2003 et 21 % en 2010. En conséquence, le nombre de patientes enceintes présentant un utérus cicatriciel a proportionnellement augmenté et concernait 11 % des parturientes en 2010, en France. [7]

Les obstétriciens et les sages femmes sont de plus en plus confrontés à ces patientes et doivent donc adapter leur prise en charge.

2.1 La surveillance prénatale

La surveillance prénatale clinique et paraclinique d'une gestante présentant un utérus uni-cicatriciel ne diffère pas d'une surveillance classique.

Les compétences de la sage femme « comportent la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant » (article L.4151-1 du code de la santé publique) dans la mesure où la patiente ne présente pas de pathologies imposant la prise en charge par un médecin. Dans le cas d'un utérus uni-cicatriciel, la sage femme est apte à suivre la grossesse.

On note que l'utérus cicatriciel n'empêche pas la pratique de l'amniocentèse, de la choriocentèse ou encore de la manœuvre par version

externe (VME). Les études ont montré qu'il n'existe pas de risques supplémentaires en cas d'utérus sain.

Jusqu'en 2000, un examen était systématiquement prescrit en cas d'utérus cicatriciel : la pelvimétrie radiographique. En cas d'examen pathologique, une césarienne itérative était réalisée. Les recommandations pour la pratique clinique de 2000 du CNGOF [8] ont conclu que la radiopelvimétrie n'est pas nécessaire pour apprécier les possibilités d'accouchement voie basse (NP1). Plus récemment, le professeur Léon Boubli a publié un article dans lequel il recense plusieurs études sur la radiopelvimétrie et le pelviscanner. Il conclut que ces examens ne prédisent ni le résultat de l'épreuve du travail, ni le risque de rupture utérine. Au contraire, il établit que ces examens conduisent à un risque majoré de césarienne itérative, sans bénéfice néonatal. Finalement, la discussion reste ouverte sur la possibilité de réaliser cette investigation après une césarienne pour échec d'engagement de la présentation sur un bassin cliniquement normal [9]. L'inutilité de la pelvimétrie est également rappelée dans les nouvelles recommandations pour la pratique clinique sur l'accouchement en cas d'utérus cicatriciel [10].

De plus, l'échographie du troisième trimestre devra rechercher d'éventuelles contre indications à l'accouchement voie basse. Elle recherche notamment la présentation fœtale, les biométries fœtales, la localisation placentaire et la quantité de liquide amniotique. En cas de placenta antérieur bas inséré, une vigilance toute particulière sera de rigueur afin de rechercher un placenta accreta.

Enfin, à chaque consultation programmée ou urgente au cours de la grossesse, la sage femme ou l'obstétricien doit rechercher les signes d'appel de rupture utérine tels que les métrorragies, la douleur de la cicatrice ou l'altération du rythme cardiaque fœtal.

2.2 L'étude de la solidité de la cicatrice utérine

Plusieurs éléments permettent d'évaluer la solidité de la cicatrice utérine. Mais aucun de ces éléments ne contre indique à lui seul la tentative d'accouchement voie basse.

- Type d'hystérotomie

Les cicatrices utérines gynécologiques sont mal étudiées. Pour le CNGOF, le risque de rupture utérine est, quasi-nul après myomectomie par hystéroscopie (NP4), et faible après myomectomie par voie haute (NP4) [11]. Si la chirurgie a été réalisée par coelioscopie, la cicatrice est à priori de moins bonne qualité [12].

Pour les cicatrices utérines obstétricales, l'hystérotomie corporeale contre indique la voie basse en raison du risque augmenté de rupture utérine jusqu'à 12 %. Les hystérotomies segmentaire verticale ou à un terme précoce (avant 32 SA) sont à surveiller car considérées comme plus fragiles. Enfin, les hystérotomies segmentaires transversales sont les cicatrices les plus solides. [13]

- Complications post-opératoires

L'existence de complications per-partum ou dans les suites de la césarienne antérieure ne remet pas en cause la solidité de la cicatrice utérine : hyperthermie, endométrite, hémorragie, infection urinaire, infection pariétale. [8]

- Etude paraclinique de la cicatrice.

Deux examens permettaient d'étudier la cicatrice mais ne sont aujourd'hui plus indiqués :

- L'hystérographie pratiquée plus de trois mois après la césarienne évaluait l'aspect morphologique et la profondeur des cicatrices. Plus les déformations cicatricielles sont importantes, plus la cicatrice est fragile.

- L'échographie de cicatrice était réalisée entre 36 et 38 SA pour mesurer l'épaisseur du segment inférieur chez des femmes présentant un antécédent de césarienne. Plus le segment inférieur est mince, plus le risque de rupture utérine augmente.

- Révision utérine

La révision utérine systématique après l'accouchement par voie basse chez une patiente antérieurement césarisée, est un geste inutile et générateur de complications, notamment infectieuses.

La révision de cicatrice est donc à réserver aux patientes symptomatiques (douleur sus pubienne persistante en cours de travail ou après l'accouchement, rétention placentaire, saignement en cours de travail ou hémorragie de la délivrance) [14].

- Intervalle entre la césarienne et l'accouchement

La cicatrice utérine est plus fragile si le délai entre les deux accouchements est inférieur à 18 mois, avec des taux de rupture utérine entre 2,5 et 4,5 %. [2]

2.3 Césarienne programmée : quelles sont les indications ?

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié, en janvier 2012, ses recommandations de bonne pratique concernant les indications de la césarienne programmée à terme [15].

« Basée sur un faible niveau de preuve, la HAS affirme que :

- L'utérus cicatriciel n'est pas en lui-même une indication de césarienne programmée.

- En cas d'antécédent d'une césarienne, au vu des risques maternels et périnataux, il est raisonnable de proposer une tentative de voie basse, sauf en cas de cicatrice corporelle.

- En cas d'antécédent de 3 césariennes ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne programmée. Dans les autres situations, dont l'utérus bi-cicatriciel, le choix entre une tentative de voie basse et une césarienne programmée se fait au cas par cas.

- La suspicion de macrosomie n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée en cas d'utérus cicatriciel.

De plus, un accord entre les experts du groupe de travail tire les conclusions suivantes :

- Les comptes rendus des interventions antérieures sur l'utérus et de l'éventuel travail (partogramme) ayant abouti à une césarienne sont utiles pour choisir le mode d'accouchement. Cependant, l'absence de ces éléments n'est pas en elle-même une indication de césarienne programmée.

- L'utérus cicatriciel n'impose pas la réalisation d'une radiopelvimétrie.

- Une échographie de la cicatrice utérine n'est pas nécessaire. »

En conclusion, il n'existe que peu de contre indications formelles à la tentative d'accouchement voie basse en cas d'utérus cicatriciel. On note l'antécédent de cicatrice corporeale, l'antécédent de 3 césariennes ou plus, l'antécédent de rupture utérine ou de déhiscence, un bassin chirurgical et la présence d'un placenta accreta prouvé au cours de la grossesse actuelle.

Les autres situations gynécologiques et obstétricales, telles que la grande multiparité, un antécédent de myomectomie, une grossesse gémellaire, une présentation podalique, une malformation utérine, ne constituent pas en elles-mêmes une contre indication formelle. Mais la décision du mode d'accouchement devra se faire de manière collégiale au cours d'un staff et prendre en compte également l'avis de la patiente. En effet, une information claire et adaptée doit lui être fournie afin que celle-ci donne son consentement libre et éclairé sur le choix du mode d'accouchement, notamment sur le rapport bénéfices/risques de la césarienne programmée et ses conséquences.

La césarienne prophylactique sera réalisée après 39 semaines d'aménorrhées (SA) afin de diminuer la morbidité respiratoire fœtale. De plus, elle augmente les risques de complications pour les grossesses futures ainsi que les accidents thromboemboliques. [16] [17]

3. LA TENTATIVE D'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

Un aphorisme prononcé par Edwin B. Cragin en 1916 a influencé la prise en charge de l'utérus cicatriciel au cours du 20^{ème} siècle : « une césarienne une fois, une césarienne toujours ». On comprend alors qu'il n'existait pas de tentative d'accouchement par voie basse chez les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel.

En 1988, le Collège des Obstétriciens et Gynécologues Américains (ACOG) a soutenu pour la première fois l'option de l'essai de travail sous réserve d'une présentation céphalique fléchie et d'un consentement éclairé de la patiente. Suite à ce changement, le taux d'accouchement par voie vaginale après une césarienne était alors de 31 % en 1998.

Dès 1999, la gravité des complications maternelles et néonatales de l'utérus cicatriciel ainsi que la pression médico-légale font que la tentative de naissance par voie vaginale a chuté. Actuellement, on ne réalise un essai de voie basse qu'en cas d'utérus uni-cicatriciel. Suite aux nouvelles recommandations de 2012 sur l'utérus cicatriciel, un essai de voie basse peut être réalisé en cas d'utérus bi-cicatriciel mais est encore très peu observé en pratique.

Le taux de réussite de l'épreuve utérine est de 75 % avec un taux global d'accouchement par voie basse de 47,23 %. [18]

La tentative d'accouchement par voie basse peut être divisée en trois étapes :

- le déclenchement du travail
- le travail
- l'expulsion de l'enfant

3.1. Le déclenchement artificiel du travail

La Haute Autorité de Santé a publié en avril 2008 des recommandations professionnelles sur le déclenchement artificiel du travail à partir de 37 SA. Concernant l'utérus cicatriciel, elle dit que « le déclenchement artificiel du travail reste une option raisonnable, mais le risque potentiel de rupture utérine qui y est associé doit être discuté avec la patiente. En sélectionnant des patientes ayant une forte probabilité d'accouchement par voie basse et en évitant d'utiliser les prostaglandines, on peut minimiser le risque de rupture utérine. » [19]

Les différents auteurs [10] ainsi que la HAS sont d'accord sur certains points :

- L'indication du déclenchement sur utérus cicatriciel est strictement médicale en cas de conditions locales favorables. On retrouve alors le terme dépassé, la rupture prématurée des membranes après 48h ou en cas de portage du streptocoque B, le diabète insulino-dépendant ou ayant un retentissement fœtal (suspicion de macrosomie), la pré-éclampsie.

- Il est possible de déclencher avec l'ocytocine associé à l'amniotomie sur un utérus cicatriciel en cas de col favorable (bishop $\geq$ 6).

- Si le déclenchement est tenté, la présence de l'équipe de garde (obstétricien, anesthésiste, pédiatre) 24h sur 24 est recommandée afin de pouvoir réaliser une césarienne en urgence en cas de suspicion de rupture utérine.

L'utilisation de prostaglandines reste un sujet de controverse au sein même des différentes équipes obstétricales françaises. Il y a ceux qui considèrent que lors du déclenchement par prostaglandines E2, il n'existe pas de risque majoré de rupture utérine par rapport au travail spontané sur

utérus cicatriciel [20] [21]. Et il y a ceux dont la théorie se fonde sur une étude rétrospective de Lydon-Rochelle et al. qui ont mis en évidence un taux de rupture utérine de 0,16 % en cas de césarienne programmée, 0,5 % en cas de travail spontané, 0,7 % en cas de déclenchement par ocytocine et 2,4 % en cas de déclenchement par prostaglandines. Cette étude a depuis, été controversée et modérée. Cependant, ils rappellent que les prostaglandines E2 n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché pour une utilisation sur utérus cicatriciel et que le misoprostol (prostaglandine E1) n'a pas l'autorisation de mise sur le marché du tout en obstétrique. [22]

Finalement, sous l'impulsion du Collège des Obstétriciens et Gynécologues Américains (ACOG), l'utilisation du misoprostol seul ou de l'association prostaglandines E2 et ocytocine est contre indiqué en cas de déclenchement sur utérus cicatriciel.

En l'absence d'une étude randomisée, idéalement française, et malgré les divergences d'opinions, il est préférable de ne pas utiliser de prostaglandines E2 seules dans le déclenchement sur utérus cicatriciel. L'utilisation d'un dispositif vaginal de dinoprostone ne doit actuellement se faire que dans le cadre d'études. [13]

Concernant les méthodes mécaniques, le décollement du pôle inférieur des membranes est une méthode favorisant la mise en route spontanée du travail. Elle est réalisable en cas d'utérus cicatriciel.

La mise en place d'une sonde de Foley au niveau du col utérin n'augmente pas le risque de rupture utérine mais le taux d'accouchement par voie basse chuterait à 55 % suite à cette méthode. De plus, la HAS ne recommande pas l'utilisation en routine d'une sonde de Foley dans le cadre du déclenchement artificiel du travail après 37 SA [13]. Cependant, cette technique est largement utilisé en pratique.

3.2. Le travail

La tentative d'accouchement par voie basse ou épreuve utérine est une épreuve dynamique du travail dans le but de tester la solidité de la cicatrice utérine. Accepter cette épreuve utérine, c'est accepter le risque de rupture utérine, le risque d'altération du rythme cardiaque fœtal et le risque de césarienne en cours de travail.

De ce fait, on comprend bien que l'enregistrement cardiotocographique (ECT) est l'examen primordial dans la surveillance du travail en cas d'utérus cicatriciel. L'ECT doit être permanent jusqu'à l'accouchement et doit rechercher des anomalies telles que ralentissement, tachycardie, bradycardie.

La tocographie doit rechercher une modification de la dynamique utérine (disparition brutale de la dynamique utérine, hypertonie utérine, hypercinésie de fréquence). L'utilité de la tocographie interne n'a pas été prouvée dans la littérature [10]. Elle est utilisée en cas de mauvaise analyse avec la tocographie externe.

L'utilisation d'ocytocine au cours du travail n'est pas contre indiquée. Son utilisation est réservée au cas de dystocie dynamique c'est-à-dire en cas de perturbation du fonctionnement du muscle utérin pendant le travail (anomalie de la contraction, inefficacité sur la dilatation). Dans ce cas, le travail est dirigé et associé à la rupture artificielle de la poche des eaux. Les études démontrent que l'utilisation d'ocytocine n'augmente pas de façon significative le taux de rupture utérine [13].

La littérature ne dit pas la façon dont doit être utilisée l'ocytocine. En pratique, il est d'usage d'augmenter les doses d'ocytocine prudemment, toutes les 30 minutes. Le contrôle de la pression intra-utérine peut se faire à l'aide de la tocographie interne en cas de doute avec la tocographie externe.

L'analgésie péridurale n'est pas contre indiquée pour l'épreuve utérine. Elle est même conseillée au vu du risque de césarienne en cours de travail et de rupture utérine. L'analgésie péridurale ne couvre pas la douleur liée à la rupture et ne retarde pas le diagnostic. [16]

La surveillance au cours du travail sera la même qu'en cas de grossesse physiologique. Cependant, la sage femme sera plus attentive face aux signes de rupture utérine.

L'état hémodynamique maternel est surveillé en continu (tension artérielle, pulsations, état respiratoire, état général) afin de dépister un choc maternel.

Le toucher vaginal, réalisé toutes les heures, recherche notamment une hémorragie vaginale, un liquide amniotique hémorragique, une stagnation de la dilatation pendant maximum 2 heures et l'absence de perception ou la régression de la présentation fœtale.

3.3. L'accouchement

De même que pour la surveillance du travail, l'accouchement sur un utérus cicatriciel ne présente pas de particularités spécifiques.

La durée des efforts expulsifs ne doit pas dépasser 30 minutes.

Les extractions instrumentales ne sont pas contre indiquées.

La délivrance dirigée est recommandée comme pour tout autre accouchement, dans le but de prévenir l'hémorragie immédiate du post partum [23].

La révision utérine systématique pour contrôler la cicatrice utérine n'est plus recommandée [14]. Elle n'est faite qu'en cas de signes suspects (métrorragies, atonie utérine).

La surveillance immédiate du post partum se fait selon les mêmes modalités pendant les deux heures suivant l'accouchement : surveillance de la tonicité utérine, des lochies, de l'état hémodynamique maternel.

4. FACTEURS PRONOSTIQUES DE LA TENTATIVE D'ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE

4.1. Spécifiques à chaque patiente

- **Antécédents obstétricaux**

Un antécédent d'accouchement par voie basse, notamment après la césarienne est un facteur de succès de l'épreuve utérine. De plus, il diminue le risque de rupture utérine. Selon Srinivas et al., en cas d'antécédent d'accouchement par voie basse, le taux de succès de l'épreuve utérine est de 94 % si le travail est spontané contre 75 % en l'absence d'antécédent d'accouchement par voie basse. [13]

Un antécédent d'au moins trois césariennes contre indiquent la voie basse. En effet en cas d'utérus bicatriciel, la tentative d'accouchement par voie basse est désormais possible [15] [10].

- **Parité de la patiente**

La multiparité fragilise la cicatrice utérine et est donc un facteur de risque de rupture utérine. [1]

- Age de la patiente

Un âge maternel supérieur à 30 ans multiplie par 3 le risque de rupture utérine. [24]

- Poids de la patiente

L'obésité, c'est-à-dire un indice de masse corporelle supérieur à 30, est un facteur de risque d'échec de l'épreuve utérine. Il existe trois fois plus de risque de complications septiques notamment (chorioamniotite, endométrite, fièvre...). [25]

- Bassin de la patiente

La radiopelvimétrie avant une épreuve utérine n'est pas indiquée. Elle est même déconseillée car est un pauvre prédicateur de l'issue du travail. [8]

4.2. Spécifiques à la césarienne antérieure

- Délai depuis la césarienne

Un intervalle court entre la césarienne antérieure et l'épreuve de travail sur utérus cicatriciel est un facteur de risque de rupture utérine. Le délai accepté est de 18 mois en France [2] contre 24 mois au Canada [26].

- Indication de la césarienne antérieure

Un antécédent de césarienne pour échec de l'épreuve du travail ne constitue pas une contre-indication formelle à une nouvelle tentative de voie basse [16]. Pour Bujold et al., l'épreuve utérine est une option raisonnable en cas d'antécédent de dystocie (stagnation de la dilatation ou de la présentation) dans la deuxième partie de travail, ayant mené à

une césarienne. Dans son étude, il estime que 75,2 % de ces femmes ont pu accoucher par voie basse [27].

La notion de dilatation cervicale et de début de travail pendant une grossesse antérieure, même avant la césarienne, est un élément de bon pronostic pour l'essai de travail sur utérus cicatriciel [18].

- Type de cicatrice utérine

Les cicatrices segmentaires transversales sont de bon pronostic pour l'épreuve utérine. En revanche, les hystérotomies corporeales contre indiquent l'accouchement par voie basse [13].

- Suites opératoires de la césarienne antérieure

Une infection (endométrite, fièvre...) dans les suites de la césarienne ne contre indique pas un accouchement par voie basse. La solidité de la cicatrice utérine n'est pas mise en péril [16].

4.3. Spécifiques à la grossesse actuelle

- Terme de l'accouchement

Le taux de réussite de l'essai de travail sur un utérus cicatriciel en cas de grossesse prolongée (après 41 SA) est légèrement inférieur par rapport à son l'absence. Il est compris entre 65 et 77 %. Cependant, la grossesse prolongée n'est pas une contre indication [18].

- Echographie du segment inférieur

Rozenberg et al. ont montré que la finesse du segment inférieur mesuré par échographie transvaginale est un facteur péjoratif dans le risque de rupture utérine. Ils ont admis qu'en dessous du seuil de 3,5 mm, le risque

était trop important [28]. Cependant, cet examen n'est quasi plus réalisé en routine.

- Direction du travail

La réussite de l'épreuve utérine est favorisée en cas de score de bishop ≥ 6 et d'utilisation d'ocytocine pour traiter la dystocie dynamique [29].

L'ensemble des méthodes de déclenchement constitue un facteur d'échec de la tentative de voie basse [2].

- Macrosomie fœtale

La seule macrosomie fœtale n'est pas un facteur d'échec de l'épreuve utérine. En revanche, le taux de rupture utérine est augmenté chez les femmes dont le poids de naissance des enfants était supérieur ou égal à 4000 grammes et qui n'ont jamais accouché par voie basse [25].

- Présentation podalique

La présentation du siège n'est pas une contre indication à l'essai de travail en cas d'utérus cicatriciel. La version par manœuvre externe est d'ailleurs possible au cours de la grossesse [30].

- Grossesse gémellaire

Les grossesses gémellaires ne contre indiquent pas l'essai de travail à la suite d'une césarienne [18].

- Placenta antérieur bas inséré

Il s'agit d'un facteur péjoratif et doit amener à la plus grande prudence. En effet, le risque est d'avoir un placenta accreta qui contre indique alors la voie basse.

4.4. Le choix des patientes

L'article L. 1111-4 du code de la santé publique modifié par la loi du 04 mars 2004 rappelle que : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » [31]

Pour Rozenberg, « le défaut d'information et l'insuffisance de communication préalable sur les risques de l'épreuve du travail ou de la césarienne programmée élective seraient contraire à l'éthique et constitueraient une faute professionnelle. Informer loyalement nos patientes est le premier pas vers la reconnaissance de leur droit fondamental, c'est-à-dire celui de respecter leur choix et leur décision. » [25]

Dans le cas d'un utérus cicatriciel, la décision de la patiente est primordiale. La balance bénéfices-risques doit être appréciée par le médecin et exposée de façon claire à la patiente. Celle-ci décide si elle tente l'accouchement par voie basse ou si elle considère le risque de rupture utérine comme trop important et accepte la césarienne. L'appréciation personnelle de la patiente peut différer de l'avis médical. Dans ce cas, si le médecin n'est pas d'accord avec la patiente, il peut se

dessaisir du cas et lui conseiller de trouver un autre médecin capable d'accepter sa demande. [32]

Après étude des différents facteurs pronostiques, le médecin expose son avis à la patiente. Il accepte la tentative de voie basse ou préconise une césarienne itérative. Mais finalement, le dernier mot revient à la patiente qui a le droit de prendre les décisions concernant sa santé.

A RETENIR :

- La rupture utérine est un événement rare (inférieur à 1 % en moyenne). Le risque de complications placentaires est augmenté. Peu de risques fœtaux sont dénombrés.
- Pendant la grossesse, aucune prise en charge particulière n'est à mettre en place, excepté une surveillance clinique des signes de rupture utérine. Aucun examen n'est conseillé pour évaluer la solidité de la cicatrice utérine.
- Il existe peu de contre-indications à la tentative d'accouchement par voie basse. Des facteurs pronostiques permettent d'évaluer le rapport bénéfices / risques. Pour la surveillance du travail et de l'accouchement, aucune prise en charge particulière n'est à mettre en place. Le déclenchement sur utérus cicatriciel est possible, excepté le déclenchement par prostaglandines.

Deuxième partie

**ETUDE DES PRATIQUES
PROFESSIONNELLES**

A propos de 82 cas

1. METHODOLOGIE

1.1. La problématique

Le thème de l'utérus cicatriciel est un sujet d'actualité. Il a d'ailleurs fait l'objet de nouvelles recommandations pour la pratique clinique. Elles ont été présentées le 05 décembre 2012 aux journées nationales 2012 du CNGOF. La problématique découle de cette actualité.

L'état des lieux sur la prise en charge de l'utérus uni-cicatriciel est-il en accord avec ces nouvelles recommandations ?

1.2. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal est la réactualisation de la prise en charge de l'utérus uni-cicatriciel au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement.

De plus, l'étude permet d'évaluer les facteurs de succès et d'échec de la tentative de voie basse afin de constater s'ils se confirment en pratique.

Enfin, le but est avant tout d'élaborer un protocole sur la prise en charge de l'utérus uni-cicatriciel.

J'ai réalisé une étude quantitative afin de répondre à deux hypothèses :

- la tentative d'accouchement par voie basse reste préférée à la césarienne.
- Les facteurs pronostiques de succès et d'échec ainsi que le choix de la patiente ont une valeur décisionnelle importante.

1.3. Les modalités de l'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective par étude de dossiers obstétricaux sur la maternité Bel-Air du CHR Metz-Thionville.

- La population

La population concerne les patientes ayant accouchées à la maternité Bel-Air entre le 1^{er} juillet 2011 et le 30 novembre 2012. Toutes ces patientes sont des multipares ayant dans leurs antécédents un utérus uni-cicatriciel.

- Le recrutement des données

Le recrutement de la population a été réalisé à partir des fichiers du Département d'Information Médicale (DIM), sélectionnant la liste des accouchements avec le code O34.2 dans le résumé d'unité médicale (RUM) c'est-à-dire que ces patientes présentent un utérus cicatriciel, pour la période précisée ci-dessus. On dénombre alors 195 patientes.

113 patientes ont été exclues pour diverses raisons : certaines étaient des primipares ayant eu une césarienne au cours de la période, certaines avaient un utérus multi-cicatriciel et des dossiers n'ont pas été retrouvés. Finalement 82 patientes remplissent les critères d'inclusion (multipares avec un antécédent d'utérus uni-cicatriciel).

- Le recueil des données

Il a été réalisé pendant les mois de décembre 2012 et de janvier 2013, afin de collecter un maximum de données concernant l'année 2012. Les informations ont été obtenues à partir du dossier obstétrical se trouvant aux archives de l'établissement, avec l'aide d'une grille de recueil de données (ANNEXE I).

2. PRESENTATION DES RESULTATS

2.1. Informations concernant la patiente

- Age

L'âge moyen des femmes de l'étude est de 31,3 ans. La plus jeune a 20 ans et la plus âgée 43 ans.

Age de la patiente	Dans la population totale	Chez les patientes ayant accouchées par voie basse
Moins de 20 ans	0	0
Entre 20 et 24 ans	5	1
Entre 25 et 29 ans	28	2
Entre 30 et 34 ans	26	3
Entre 35 et 39 ans	22	5
Plus de 40 ans	1	0
Total :	82	11

Tableau 1 : Répartition des patientes selon leur âge

8 des patientes ayant accouchées par voie basse ont plus de 30 ans.

- Nationalité

Parmi les 82 patientes de l'étude, 80 sont de nationalité française. Les 2 autres sont géorgienne et thaïlandaise.

- Parité

Dans la population générale, 87,8 % des patientes ont déjà eu un enfant, 8,5 % ont 2 enfants et 3,7 % ont 3 enfants.

Parité	Dans la population générale	Chez les patientes ayant accouchées par voie basse
2 ^{eme} pare	72	10
3 ^{eme} pare	7	1
4 ^{eme} pare	3	0
Total :	82	11

Tableau 2 : Répartition des patientes selon leur parité

- Indice de masse corporelle (IMC)

IMC	Dans la population générale	Chez les patientes ayant accouchées par voie basse
Entre 16,5 et 18,5	6	0
Entre 18,5 et 25	40	7
Entre 25 et 30	16	2
Entre 30 et 35	7	0
Plus de 35	5	0
Non renseigné	8	2
Total :	82	11

Tableau 3 : Répartition des patientes selon leur IMC

7,3 % des patientes ont un IMC en dessous de la normale. 48,8 % ont une corpulence normale. 19,5 % sont en surpoids, 8,5 % présentent une obésité modérée et 6,1 % une obésité morbide.

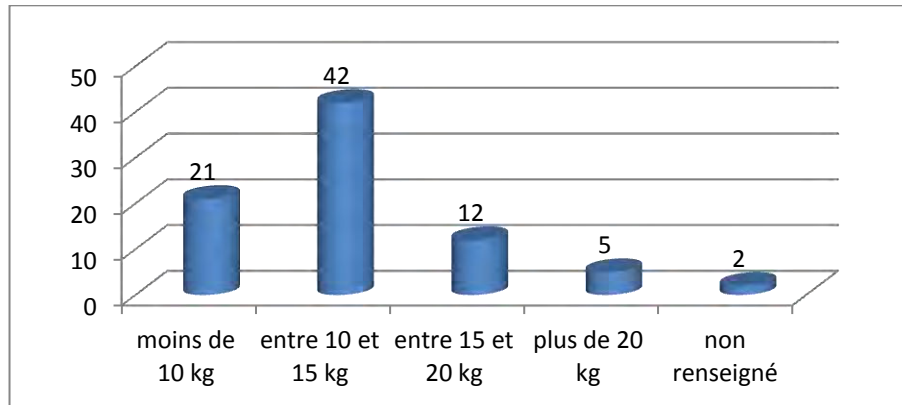
Aucune des patientes ayant accouchées par voie basse n'est obèse.

Pour 8 patientes, l'IMC n'a pu être calculé, l'une des valeurs (taille ou poids) étant manquante.

- Prise de poids pendant la grossesse

La prise de poids moyenne est de 12 kilogrammes. La plus faible est de 1 kg et la plus élevée de 29 kg.

Pour 2 patientes, la prise de poids n'était pas renseignée dans le dossier.



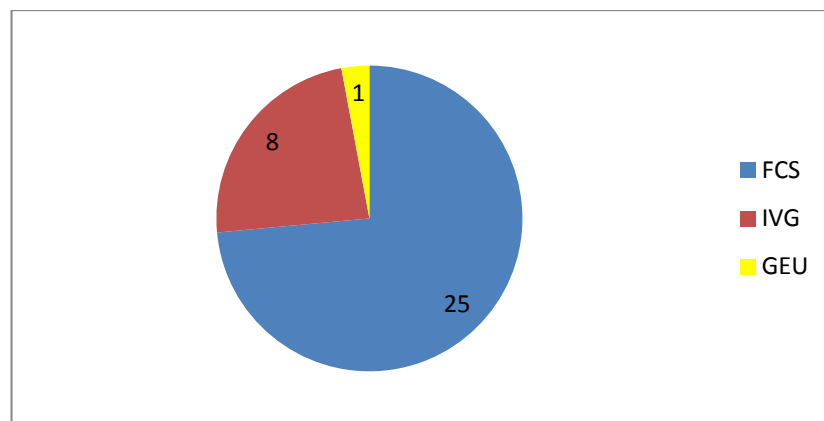
Graphique 1 : Répartition des patientes selon leur prise de poids pendant la grossesse

- Antécédents chirurgicaux

Parmi les 82 patientes de l'étude, on note 6 curetages, 2 ablations de kyste ovarien, 3 conisations et 1 salpingectomie. Aucune myomectomie, ni ablation de polype n'est retrouvée.

- Antécédents gynécologiques

25 patientes ont eu une ou plusieurs fausses couches spontanées dont 6 ont bénéficié d'un curetage. 8 ont subi une interruption volontaire de grossesse. 1 patiente a eu une grossesse extra-utérine. Aucun cas d'interruption médicale de grossesse et de môle n'est retrouvé chez les patientes ayant un antécédent d'utérus uni-cicatriciel.



Graphique 2 : Répartition des patientes selon leurs antécédents gynécologiques

- Antécédents obstétricaux

Nombre d'AVB antérieur	Dans la population générale	Chez les patientes ayant accouchées par voie basse
0 AVB	72	0
1 AVB	9	3
2 AVB	1	0
Total :	82	11

Tableau 4 : Répartition des patientes selon le nombre d'AVB

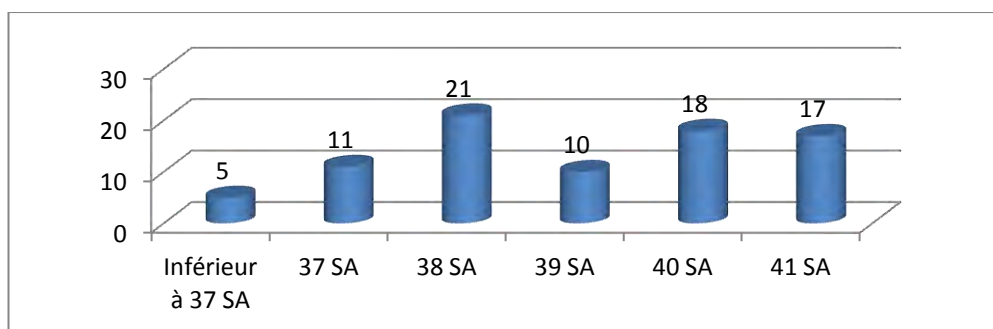
Seules 10 patientes sur 82 (12,2 %) ont un antécédent d'accouchement par voie basse (AVB). Les 72 autres multipares n'ont eu que des césariennes.

Parmi ces 10 patientes, 5 ont accouché par voie basse après une césarienne.

Parmi les patientes ayant accouchées par voie basse, 3 ont un antécédent d'AVB dont 1 après une césarienne.

2.2. Informations concernant la césarienne antérieure

- Terme de la césarienne antérieure



Graphique 3 : Terme de la grossesse au moment de la césarienne antérieure

6,1 % des enfants sont nés prématurément et 20,7 % après 41 SA (grossesse prolongée). Le terme est physiologique pour les 73,2 % restants.

- Mode d'entrée en travail

Mode d'entrée en travail	Dans la population générale	Chez les patientes ayant accouchées par voie basse
Programmé	24	4
Spontané	33	5
Déclenché	25	2
Total :	82	11

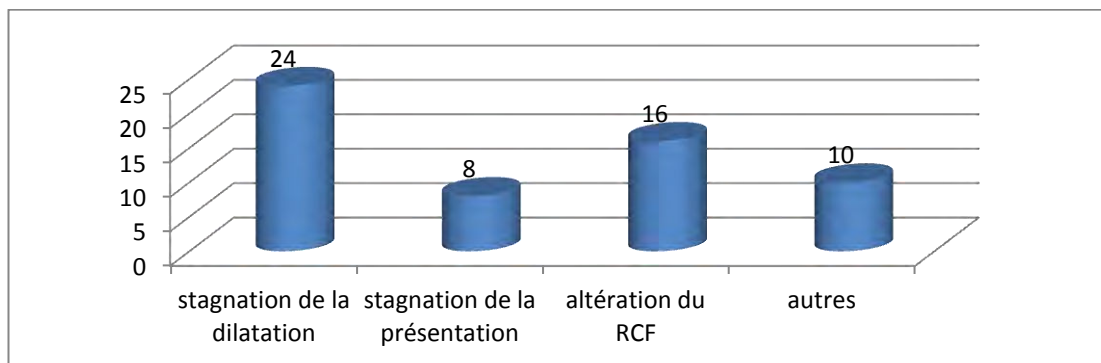
Tableau 5 : Mode d'entrée en travail pour la césarienne antérieure

Dans la population de l'étude, 29,3 % des patientes ont eu une césarienne programmée. Les 70,3 % restantes ont eu une césarienne en cours de travail : pour 33 cas le travail était spontané et pour 25 cas déclenché.

7 patientes ayant accouchées par voie basse ont un antécédent de césarienne en cours de travail.

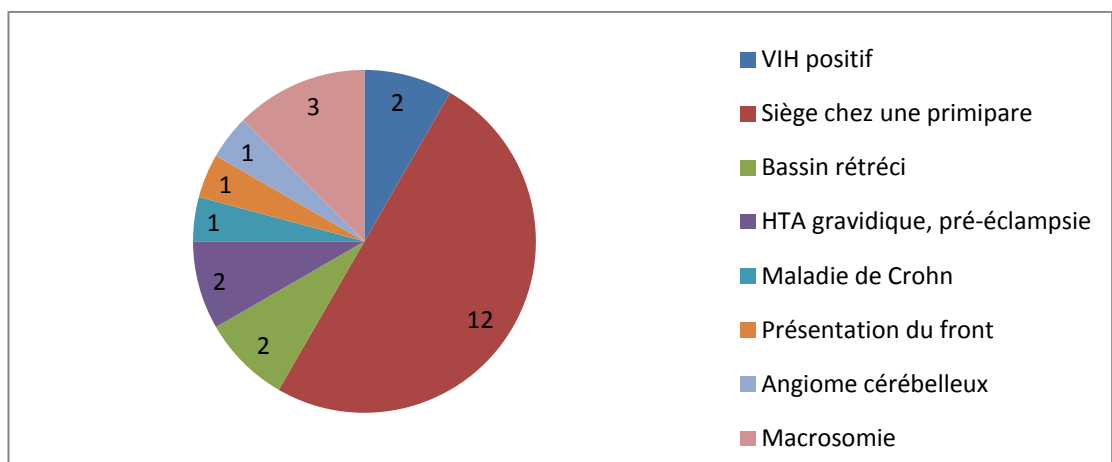
- Indication de la césarienne antérieure

- Pour les césariennes en cours de travail, on retrouve diverses indications et notamment la stagnation de la dilatation, la stagnation de la présentation et l'altération du rythme cardiaque fœtal. Plus rarement, on a un hématome rétro-placentaire (1), une rupture prématurée des membranes supérieure à 48 heures et un échec de déclenchement (7), une procidence du cordon ombilical (1) et un placenta prævia hémorragique (1).



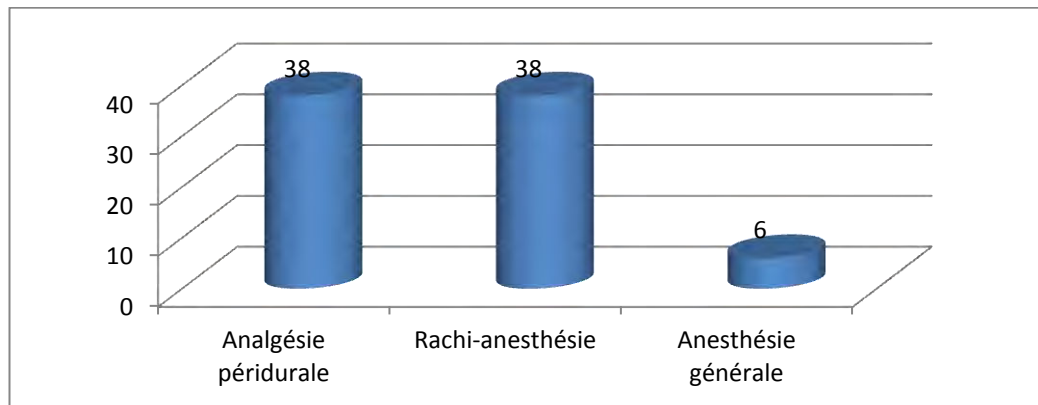
Graphique 4 : Indications des césariennes en cours de travail

- Les indications des césariennes programmées sont variées. On note cependant que la moitié concerne une présentation du siège chez une primipare.



Graphique 5 : Indications des césariennes programmées

- Type d'anesthésie



Graphique 6 : Type d'anesthésie

46,3 % des femmes ont eu une analgésie péridurale, 46,3 % une rachi-anesthésie et 7,4 % une anesthésie générale.

- Présence d'un compte rendu opératoire dans le dossier

Aucun compte rendu opératoire de la césarienne antérieure n'a été retrouvé dans les dossiers des patientes.

De ce fait, il est impossible de classer les cicatrices utérines selon leur type (segmentaire transversale, corporeale...).

- Infection dans le post-partum

4 patientes ont présenté une infection dans le post-partum. On retrouve 2 infections urinaires et 2 infections pariétales.

Aucun cas d'endométrite n'a été recensé.

2.3. Informations concernant la grossesse actuelle

- Type de la grossesse

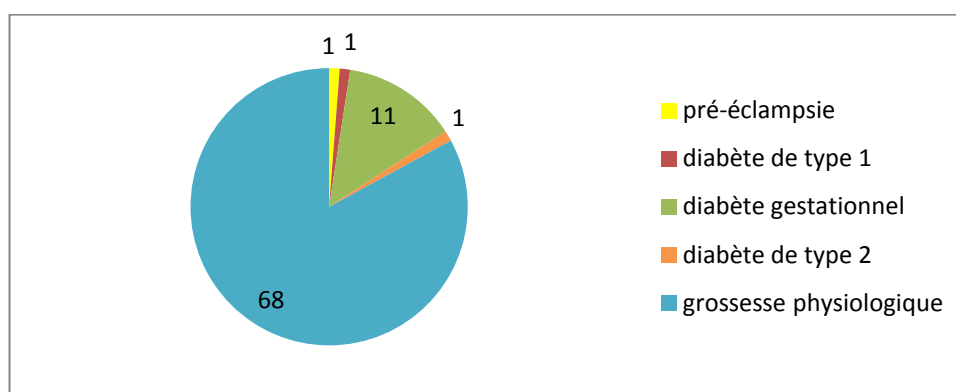
Sur les 82 grossesses, 78 (95,1 %) sont uniques et 4 (4,9 %) sont des grossesses gémellaires bichoriales biamniotiques.

On ne retrouve pas de grossesses gémellaires monochoriales.

- Présence d'une pathologie au cours de la grossesse

15,8 % des patientes présentent un diabète quel qu'il soit. On note également 1 patiente (1,2 %) présentant une pré-éclampsie.

Les autres patientes (83 %) présentent une grossesse physiologique.



Graphique 7 : Pathologie au cours de la grossesse

- Caractéristiques à l'échographie du 3^{ème} trimestre

- Parmi les grossesses uniques, 96,2 % des présentations sont céphaliques au 3^{ème} trimestre. On retrouve 2 présentations podaliques (2,6 %) et 1 transverse (1,2 %).

Pour les 2 présentations podaliques, une version par manœuvre externe n'a pas été tenté à 37 SA.

Parmi les 4 grossesses gémellaires, 3 cas présentent J1 en céphalique et J2 en siège (75 %) et 1 cas J1 en siège et J2 en céphalique (15 %).

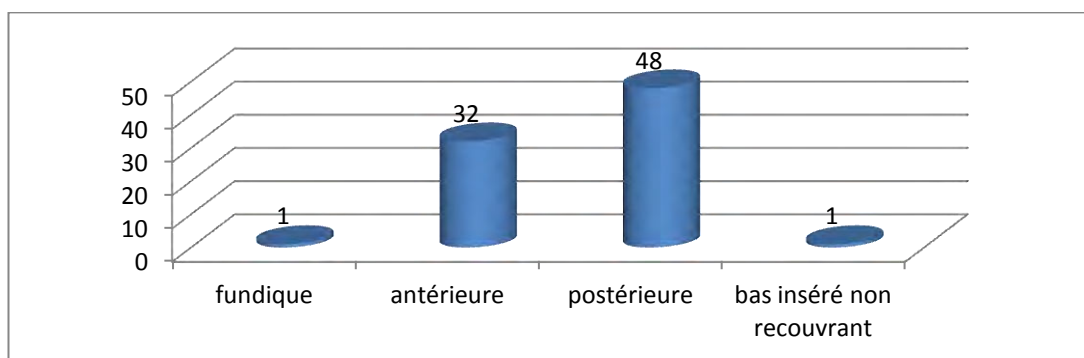
Biométries fœtales	Dans la totalité de la population	Chez les patientes diabétiques
Normales	57	7
RCIU	7	0
Macrosomie	18	6
Total :	82	13

Tableau 6 : Biométries fœtales

- 69,5 % des grossesses présentent des biométries fœtales normales au 3^{ème} trimestre, 22 % une suspicion de macrosomie fœtale et 8,5 % une suspicion de restriction de croissance in utéro.

6 suspicions de macrosomie sur les 18 soit 33,3 %, sont évoquées chez les patientes présentant un diabète quel qu'il soit. Et chez 46,2 % des femmes diabétiques, on retrouve une suspicion de macrosomie au 3^{ème} trimestre.

Chez la patiente présentant une pré-éclampsie, un RCIU a été suspecté au 3^{ème} trimestre.



Graphique 8 : Localisation placentaire

- Parmi les 82 placentas, 48 sont postérieurs (58,5 %), 32 antérieurs (39,1 %), 1 fundique (1,2 %) et 1 bas inséré non recouvrant (1,2 %).

Aucun placenta prævia recouvrant, ni accreta, ni increta, ni percreta n'a été retrouvé dans les dossiers.

Quantité de liquide amniotique	Dans la population générale	Chez les patientes diabétiques
Normale	69	9
Oligoamnios	3	0
En excès	10	4
Hydramnios	0	0
Total :	82	13

Tableau 7 : Quantité de liquide amniotique

- Pour 84,1 % des grossesses, le liquide amniotique est en quantité normale, en excès pour 12,2 % et en oligoamnios pour 3,7 %.

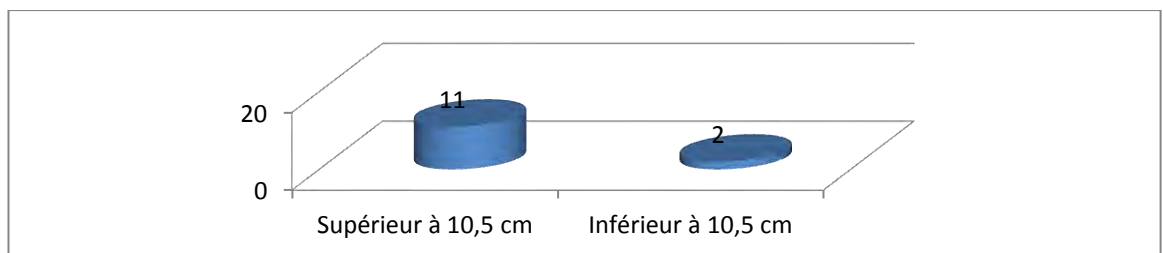
Parmi les 10 grossesses où on retrouve du liquide amniotique en excès, 4 sont liés à une patiente diabétique, soit 40 %. On note que ces 4 patientes présentent à la fois un diabète, un excès de liquide amniotique et une suspicion de macrosomie. Donc 30,8 % des patientes diabétiques présentent à la fois un excès de liquide amniotique et une suspicion de macrosomie.

- Réalisation d'une pelvimétrie au 3^{ème} trimestre

Une pelvimétrie du bassin a été réalisée dans 13 cas soit 15,9 %. Pour 69 grossesses, elle n'a pas été réalisée.

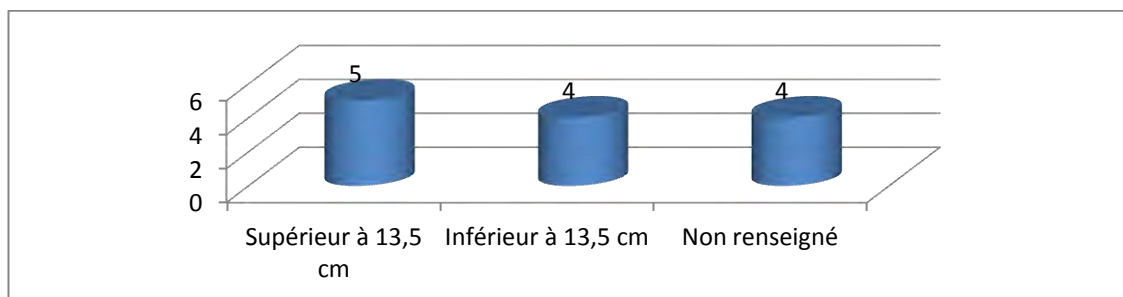
Chez les patientes ayant accouchées par voie basse, une pelvimétrie n'a jamais été réalisée.

- Valeurs au détroit supérieur



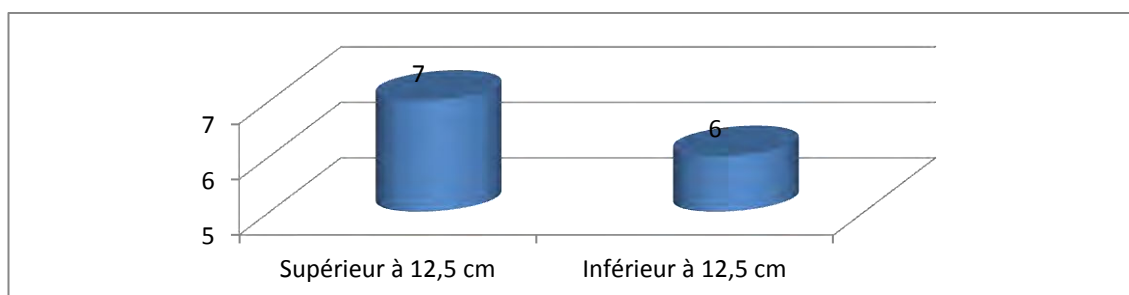
Graphique 9 : Diamètre promonto rétro pubien (PRP)

Dans 11 cas sur 13 (84,6 %), le PRP est physiologique, c'est-à-dire supérieur à 10,5 cm. Dans 2 cas (15,4 %), il est inférieur à 10,5 cm.



Graphique 10 : Diamètre transverse maximum

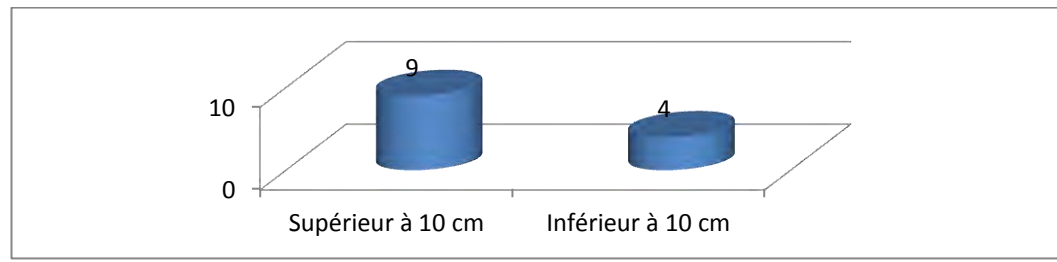
Dans 5 cas (38,5 %), le diamètre transverse maximum est physiologique, c'est-à-dire supérieur à 13,5 cm. Dans 4 cas (30,8 %), il est inférieur et dans 4 cas il est non renseigné dans les dossiers.



Graphique 11 : Diamètre transverse médian

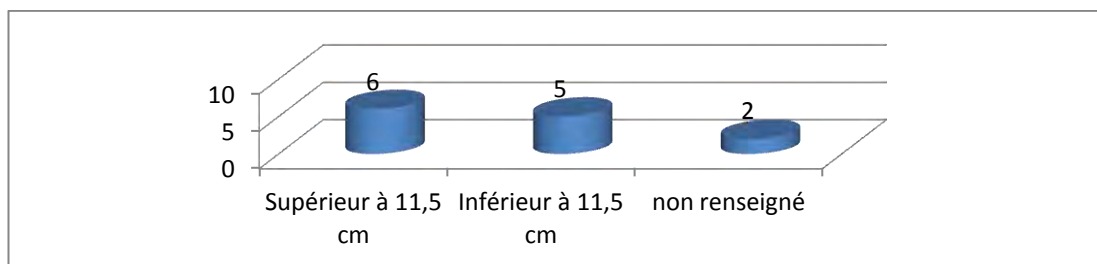
Le diamètre transverse médian est physiologique, c'est-à-dire supérieur à 12,5 cm dans 7 cas, soit 53,8 %. Il est inférieur dans 6 cas soit 46,2 %.

- Valeurs au détroit moyen



Graphique 12 : Diamètre bisciatique

Dans 9 cas (69,2 %), le diamètre bisciatique au détroit moyen est physiologique, c'est-à-dire supérieur à 10 cm. Dans 4 cas (30,8 %), il est inférieur.



Graphique 13 : Diamètre antéro-postérieur

Le diamètre antéro-postérieur au détroit moyen est physiologique, c'est-à-dire supérieur à 11,5 cm dans 6 cas sur 13, soit 46,2 %. Il est inférieur dans 38,5 %. Les données étaient manquantes pour 2 dossiers.

➔ Finalement, la pelvimétrie du bassin n'a été strictement physiologique (5 valeurs dans les normes) que pour 2 cas sur 13 soit 15,4 %.

- Surveillance de la cicatrice utérine au cours de la grossesse

La surveillance de la cicatrice utérine pendant la grossesse par l'échographie du segment inférieur ou l'hystérogrophie n'a été réalisée pour aucun dossier.

2.4. Informations concernant l'accouchement

- Délai depuis la césarienne antérieure

Délai	Dans la population générale	Chez les patientes ayant accouchées par voie basse
Supérieur à 24 mois	72	10
Entre 18 et 24 mois	2	0
18 mois	5	0
12 mois	3	1
Total :	82	11

Tableau 8 : Délai entre la césarienne antérieure et l'accouchement actuel

Le délai est pour la plupart du temps supérieur à 24 mois (87,8 %). Le délai le plus long était de 8 ans. Dans 2 cas (2,4 %), le délai se situe entre 18 et 24 mois. A 5 reprises (6,1 %), il est de 18 mois et à 3 reprises (3,7 %) de 12 mois.

Chez les patientes ayant accouchées par voie basse, 1 présente un délai inférieur à 18 mois.

- Terme de l'accouchement

Terme	Dans la population générale	Chez les patientes ayant accouchées par voie basse
Inférieur à 37 SA	13	1
Entre 37 et 41 SA	56	7
41 SA et plus	13	3
Total :	82	11

Tableau 9 : Terme de l'accouchement

15,9 % des accouchements sont prématurés (avant 37 SA) et 15,9 % ont eu lieu après 41 SA (grossesse prolongée). Pour les 68,2 % restants, le terme de la césarienne est physiologique.

Chez les patientes ayant accouchées par voie basse, la grossesse est prolongée dans 3 cas.

- Présentation fœtale à l'accouchement

Parmi les grossesses uniques, 74 présentations sur 78 sont céphaliques soit 94,9 %. 4 présentations sont podaliques.

Parmi les 4 grossesses gémellaires, on retrouve J1 en céphalique et J2 en siège dans 3 cas. Pour 1 cas, J1 est en siège et J2 en céphalique.

- Entrée en travail

Entrée en travail	Dans la population générale	Chez les patientes ayant accouchées par voie basse
Spontanée	38	9
Programmée	35	0
Déclenchée	9	2
Total :	82	11

Tableau 10 : Entrée en travail

L'accouchement était programmé (césarienne programmée) dans 42,7 %. Dans 57,3 % des cas, l'accouchement par voie basse a été tenté : 38 patientes (46,3 %) se sont mises en route spontanément et 9 (11 %) ont été déclenchées.

Chez les patientes ayant accouchées par voie basse, 2 ont été déclenchées.

- Déclenchement de l'accouchement (9 cas)

On retrouve 3 indications principales de déclenchement : la grossesse prolongée de 6 jours dans 2 cas (22,2 %), la rupture prématurée des membranes supérieure à 12 heures dans 3 cas (33,3 %) et le diabète quel qu'il soit dans 4 cas (44,5 %).

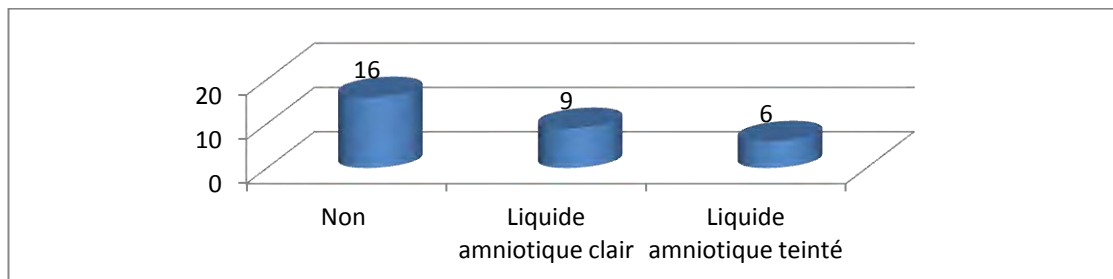
2 méthodes de déclenchement sont utilisées en fonction du score de bishop. Le déclenchement par ocytocine (syntocinon ®) est utilisé dans 3 cas (33,3 %) ; le score de bishop se situe alors entre 8 et 9. Le déclenchement mécanique par ballonnet est utilisé dans 6 cas (66,7 %) ; le score de bishop est compris entre 1 et 3.

- Travail dirigé

Parmi les 47 tentatives de voie basse, le travail a été dirigé dans 31 cas soit 66 %. 16 césariennes en début de travail pour divers motifs ont été réalisées.

- L'ocytocine a été utilisé dans 21 cas sur 31 soit 67,7 %. En moyenne, le débit était de 47,6 cc/heure avec des extrêmes allant de 10 à 90 cc/h.

- La poche des eaux a été rompue artificiellement dans 48,4 % des cas : le liquide amniotique était clair dans 60 % des cas et teinté dans 40 %.

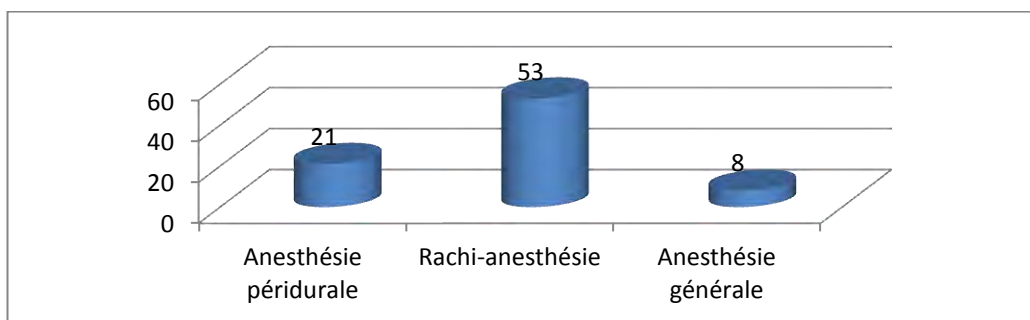


Graphique 14 : Rupture artificielle de la poche des eaux

Chez les patientes ayant accouchées par voie basse, l'ocytocine et la rupture artificielle de la poche ont été utilisés dans tous les cas, sauf en cas de déclenchement pour RPM.

- Anesthésie au cours de l'accouchement

25,6 % des patientes ont eu recours à l'analgésie péridurale pour l'accouchement. Il s'agit des 21 patientes pour qui l'ocytocine a été utilisée. 64,6 % ont eu une rachi-anesthésie (césarienne programmée et en cours de travail) et 9,8 % une anesthésie générale (césarienne en cours de travail).



Graphique 15 : Type de l'anesthésie pour l'accouchement

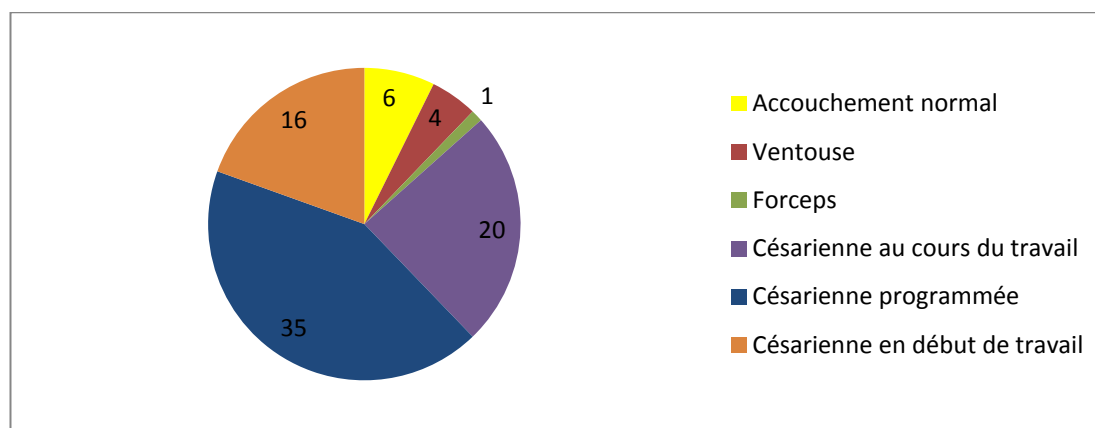
- Utilisation de la tocographie interne

La tocographie interne n'a été utilisée que 2 fois soit 6,5 %, en cas de travail dirigé. Pour un cas, la patiente était en obésité modérée et pour l'autre son IMC était normal. Dans 29 cas, elle n'a pas été utilisée.

- Mode d'accouchement

Une césarienne a été programmée dans 35 cas soit 42,7 %. Une césarienne a été réalisée dès le début du travail dans 16 cas (19,5 %). Dans ce dernier cas, la césarienne était programmée mais la patiente s'est mise en route spontanément donc la césarienne a été réalisée en début de travail. Une

césarienne en urgence au cours du travail a été réalisée dans 20 cas (24,4 %). Dans 11 cas (13,4 %), la patiente a pu accoucher par voie basse : on dénombre 6 accouchements normaux (7,3 %), 4 ventouses (4,9 %) et 1 forceps (1,2 %).



Graphique 16 : Mode d'accouchement

- Indications de la césarienne

Antécédent de rupture utérine	2
Echec du déclenchement	5
Rupture prématurée des membranes supérieure à 24 heures	6
Grossesse gémellaire	1
Suspicion de macrosomie	2

Tableau 11 : Indications de césarienne en début de travail

- Lorsque le début de travail était spontané, l'équipe obstétricale a réalisé une césarienne en urgence en début de travail dans 34,1 % des cas pour 5 motifs ; les principaux étant l'échec de déclenchement par ballonnet (10,6 %) et la RPM de plus de 24 heures (12,8 %).

Stagnation de la dilatation cervicale	3
Stagnation de la présentation fœtale	1
Altération du rythme cardiaque fœtal	12
Procidence du cordon ombilical	1
Hématome rétro-placentaire	2
Liquide amniotique teinté	1

Tableau 12 : Indications de césarienne en urgence au cours du travail

- Lorsque le début de travail était spontané, l'équipe obstétricale a réalisé une césarienne en urgence en cours de travail dans 42,5 % des cas pour 6 motifs ; le principal étant l'altération du rythme cardiaque fœtal (25,5 %).

VIH positif	3
Bassin limite (pélvimétrie présente dans le dossier)	9
Refus de déclenchement par la patiente	2
Siège	4
Suspicion de macrosomie	9
Grossesse gémellaire	3
Fissure précoce de la poche des eaux	2
Angiome cérébelleux maternel	1
Maladie de Crohn	1
Absence d'indication	1

Tableau 13 : Indications de césarienne programmée

- Parmi les indications de césarienne programmée, on retrouve principalement le bassin limite (25,7 %) et la suspicion de macrosomie (25,7 %). Ensuite, on a le siège (11,4 %), le VIH positif (8,6%), la grossesse

gémellaire (8,6 %), le refus de déclenchement (5,7 %) et la fissure précoce de la poche des eaux (5,7 %). Plus rarement, on retrouve un angiome cérébelleux maternel (2,9 %), une maladie de Crohn (2,9 %) et une absence d'indication (2,9 %).

- Accouchement par voie basse

Lorsque le début de travail était spontané, les patientes ont accouché par voie basse dans 23,4 % des cas : on trouve 6 accouchements normaux (12,8 %), 4 ventouses (8,5 %) et 1 forceps (2,1 %).

La durée de la dilatation est en moyenne de 4,8 heures avec des extrêmes allant de 2 à 9 heures.

La durée des efforts expulsifs est en moyenne de 21,8 minutes avec des extrêmes allant de 5 à 40 minutes.

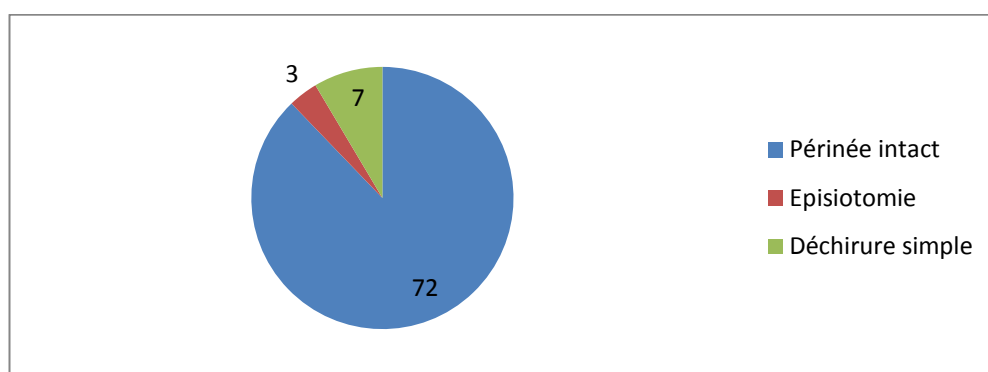
- Type de la délivrance

La délivrance a été dirigée dans 10 cas (19,2 %) et artificielle dans 72 cas (87,2 %), en concordance avec le nombre d'accouchement par voie basse et le nombre de césarienne. On note qu'1 accouchement par voie basse a nécessité une délivrance artificielle.

- Révision utérine

Une révision utérine a été réalisée dans 74 cas soit 90,2 %. On retrouve 3 indications : la césarienne dans 71 cas, l'hémorragie du post partum dans 2 cas et la délivrance artificielle dans 1 cas. La révision utérine n'a jamais été réalisée pour vérifier la cicatrice utérine ou en systématique. Dans 8 cas, elle n'a pas été réalisée.

- Etat du périnée



Graphique 17 : Etat du périnée

Le périnée était intact dans 87,8 %, en accord avec les 71 césariennes pratiquées. Pour les accouchements par voie basse, on retrouve 3,7 % d'épisiotomies et 8,5 % de déchirures simples et donc 1 périnée intact.

- Complications

Hémorragie de la délivrance	2
Dystocie cervicale	3
Dystocie dynamique	1
Infection urinaire	2
Rupture utérine	0

Tableau 14 : Complications retrouvées

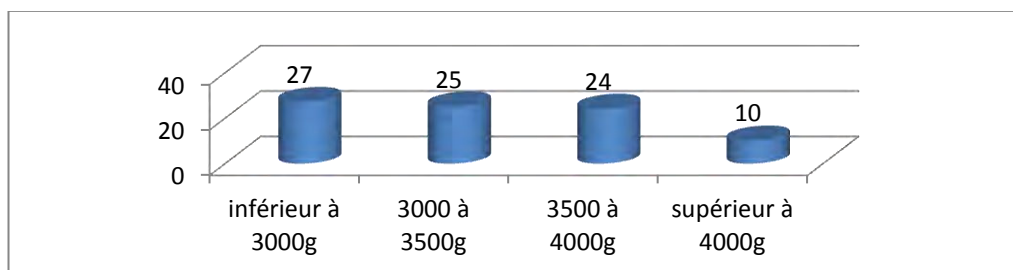
Les complications sont rares (9,7 %) : 3,7 % de dystocie cervicale, 2,4 % d'hémorragie de la délivrance, 2,4 % d'infection urinaire et 1,2 % de dystocie dynamique. Aucun cas de rupture utérine n'a été retrouvé dans les dossiers.

2.5. Informations concernant l'enfant

86 enfants sont nés, du fait des 4 grossesses gémellaires.

- Poids de l'enfant

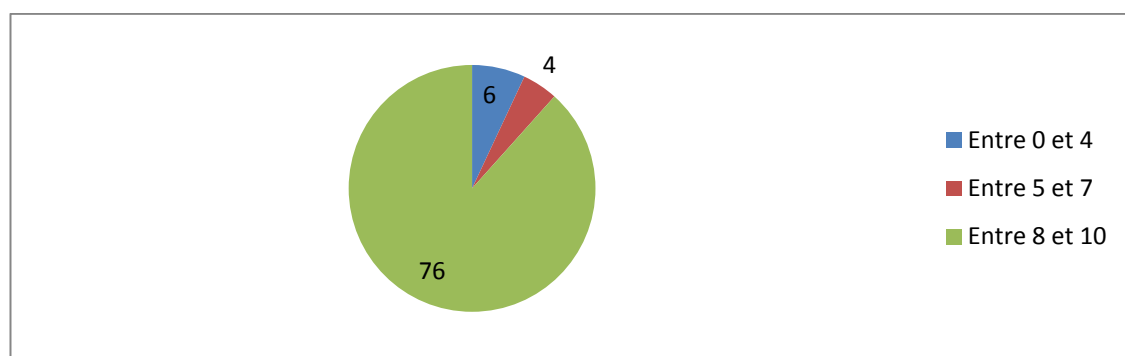
Le poids moyen des enfants est de 3353 grammes avec des extrêmes allant de 1800 à 4440 grammes.



Graphique 18 : Poids des nouveaux nés

Aucune des patientes ayant accouchées par voie basse n'a eu un enfant pesant plus de 4000 grammes.

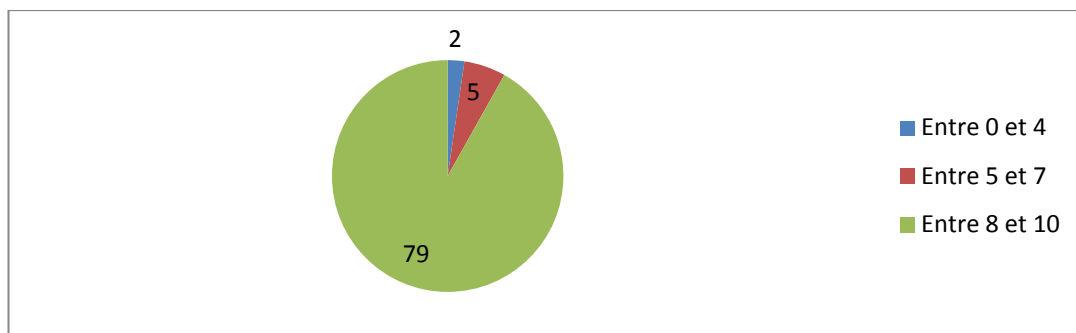
- Score d'apgar



Graphique 19 : Score d'apgar à 1 minute

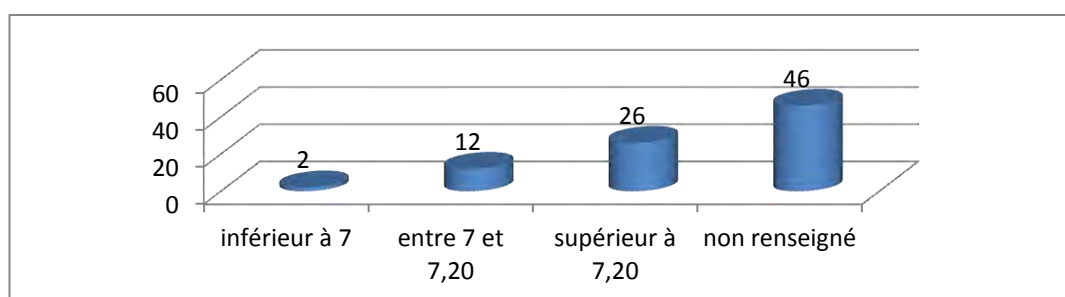
- A 1 minute de vie, le score d'apgar est supérieur à 7 dans 88,4 % des cas et pour 10 enfants (11,6 %) il est inférieur ou égal à 7.

- A 5 minutes de vie, 8,1 % des enfants présentaient encore un score d'apgar pathologique c'est-à-dire inférieur ou égal à 7.



Graphique 20 : Score d'apgar à 5 minutes

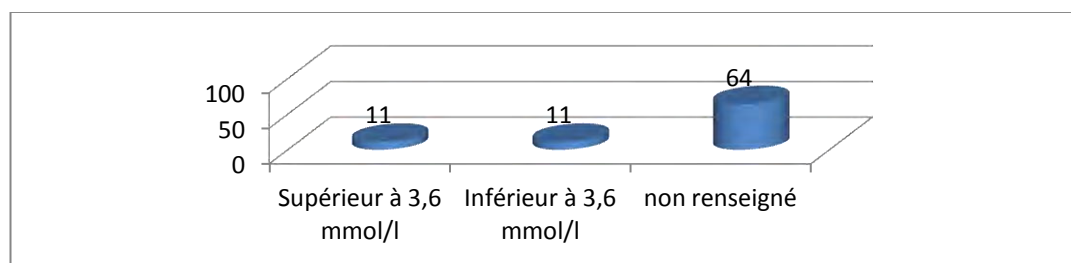
- Valeur du pH au sang du cordon ombilical



Graphique 21 : Valeurs du pH au cordon

2 enfants (2,3 %) présentaient une acidose sévère, 12 (14 %) une acidose modérée.

- Valeurs des lactates au sang du cordon ombilical



Graphique 22 : Valeurs des lactates au cordon

Les lactates sont pathologiques c'est-à-dire supérieur à 3,6 mmol/l dans 11 cas (12,8 %).

- Transfert en néonatalogie

NON		73
OUI	Prématurité	7
	Mauvaise adaptation	3
	Restriction de croissance in utéro	3

Tableau 15 : Transfert en néonatalogie et indications

Les nouveaux nés ont été transférés en néonatalogie pour 13 cas (15,1 %) : on a 7 cas de prématurité (8,1 %), 3 cas de RCIU (3,5 %) et 3 cas de mauvaise adaptation néonatale (3,5 %).

Troisième partie

INTERPRETATION DES RESULTATS ET DISCUSSIONS

1. ANALYSE DES RESULTATS

1.1. La tentative d'accouchement par voie basse est-elle préférée à la césarienne ?

D'après l'enquête nationale périnatale de 2010, en France, 1 femme sur 2 tente l'accouchement par voie basse en cas d'utérus cicatriciel.

Parmi les femmes qui débutent un travail, 3 sur 4 accouchent réellement par voie vaginale, soit finalement 1 femme sur 3 présentant un utérus cicatriciel. [10]

Avant de comparer nos résultats à ceux de la littérature, il est important de rappeler les indications de césarienne en début de travail. En effet, certaines présentent des points communs avec les indications de césarienne itérative et pour d'autres l'accouchement par voie basse a été tenté. Donc parmi ces 16 césariennes, on a 5 cas de césarienne programmée (antécédent de rupture utérine, grossesse gémellaire et macrosomie) et 11 cas de tentative d'accouchement par voie basse (RPM supérieure à 24h, échec de déclenchement).

Ainsi dans l'étude réalisée, 48,8 % des patientes ont eu une césarienne itérative. L'accouchement par voie basse est tenté dans environ 1 cas sur 2.

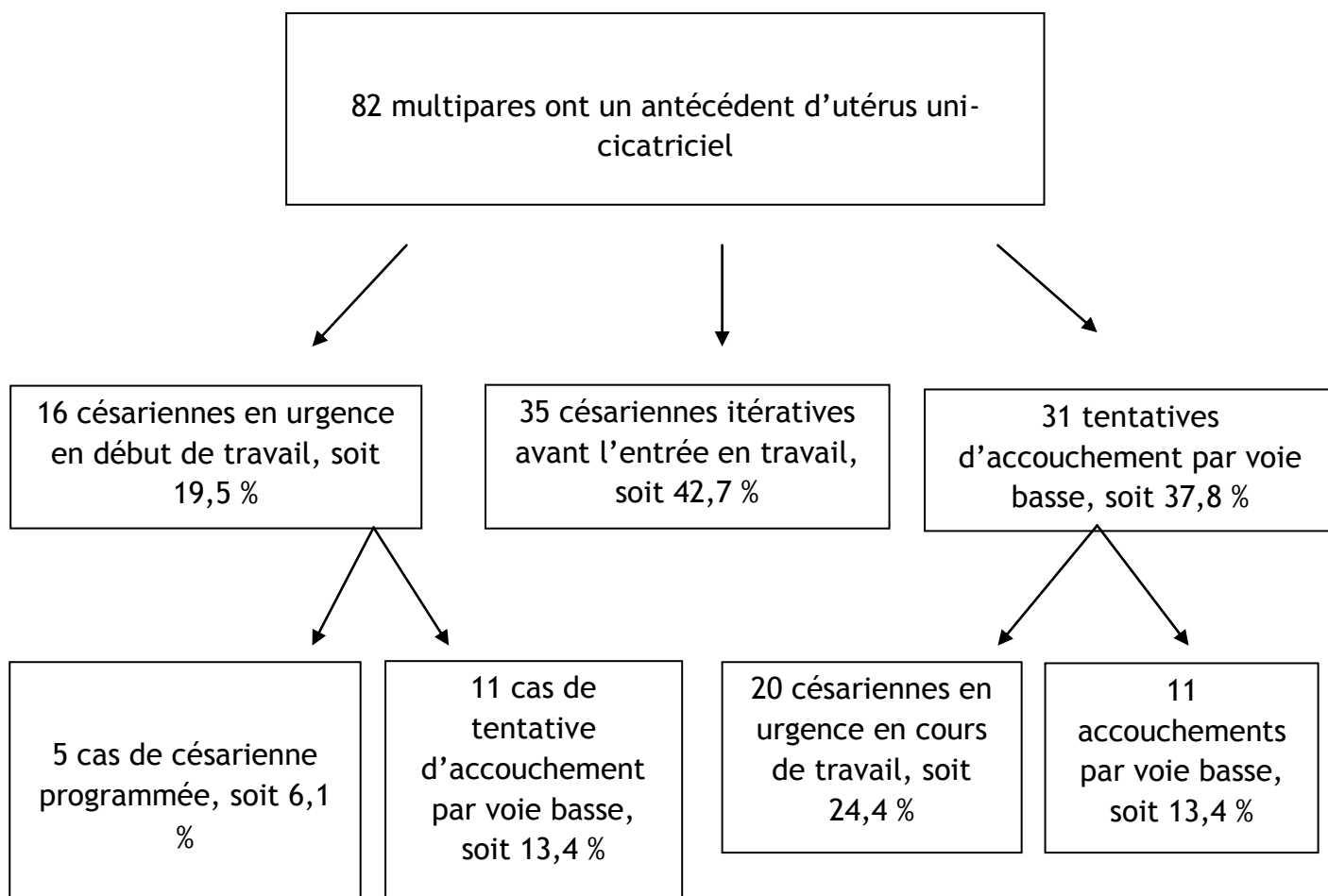
Parmi les 42 femmes ayant débutées spontanément le travail, 11 ont accouché par voie vaginale, quelque soit la méthode, soit environ 1 sur 4.

Finalement, environ 1 femme sur 9 présentant un utérus cicatriciel accouche par voie basse dans l'étude.

Les résultats théoriques ne concordent pas avec les résultats retrouvés en pratique. Le taux de tentative d'accouchement par voie basse

est égal au taux de césarienne itérative. Cependant, la réussite de la tentative est trois fois plus faible dans l'étude réalisée. Nous reviendrons sur l'explication de cette différence de réussite ultérieurement.

Schéma récapitulatif des résultats



Enfinement, on a :

40 césariennes programmées soit 48,8 %

42 tentatives d'accouchement par voie basse, soit 51,2 %

Toutefois, le taux de tentative d'accouchement par voie basse devrait encore augmenté d'ici les prochaines années. En effet, certaines indications de césariennes itératives sont aujourd'hui obsolètes telles que :

- la suspicion de macrosomie fœtale
- la grossesse gémellaire
- l'accouchement par le siège
- le bassin limite

En supprimant ces indications, on supprime 25 césariennes itératives. Il n'en reste donc plus que 15 (18,3 %) et 67 tentatives d'accouchement par voie basse (81,7 %). D'ici quelques années, on devrait retrouver un rapport de 4 tentatives de voie basse pour 1 césarienne itérative. Et c'est déjà l'axe pris par le CHR de Metz-Thionville depuis le début de l'année 2013.

La tentative d'accouchement par voie vaginale est préférable à la césarienne itérative. L'équipe obstétricale du CHR de Metz-Thionville modifie actuellement les indications de césarienne programmée afin de diminuer le nombre de césarienne chez les patientes porteuses d'un utérus uni-cicatriciel.

1.2. Les facteurs pronostiques dans la réussite de l'accouchement par voie basse

11 patientes ont accouché par voie basse dans l'étude. Cependant, 42 patientes ont eu un début de travail spontané. Il apparaît justifiable de se demander pourquoi 3 patientes sur 4 ont finalement eu une césarienne en cours de travail.

1.2.1. Des césariennes auraient-elles pu être évitées ?

Outre les indications de césarienne programmée devenues obsolètes, on peut se demander si toutes les césariennes réalisées en cours de travail sont justifiées. En effet, la présence d'un utérus cicatriciel suppose une méfiance de l'équipe obstétricale et engendre peut être une hausse du taux de césarienne.

Dans ce cas de figure, très peu de césariennes auraient pu être évitées. En effet, la principale indication est l'altération du rythme cardiaque fœtal. Concernant l'échec de déclenchement par ballonnet et la RPM supérieure à 24 heures, le déclenchement par ocytocine était non réalisable. Les conditions locales maternelles n'étaient pas favorables et représentaient un risque d'échec d'accouchement important de ce fait.

Pour 4 patientes, l'indication est tendancieuse (dystocie cervicale, présence de liquide amniotique teinté). Cependant, l'étude rétrospective ne nous permet pas de conclure si ces 4 césariennes auraient pu être évitées.

1.2.2. Quels facteurs favorisent et pénalisent l'accouchement par voie basse ?

- Age de la patiente

L'âge supérieur à 30 ans est considéré comme un facteur d'échec de l'accouchement par voie basse et pourtant plus de la moitié des femmes ayant accouchées par voie basse entre dans cette catégorie.

L'âge n'est pas l'un des paramètres à prendre en compte en première intention.

- Parité de la patiente

La multiparité est un facteur d'échec, cependant toutes les patientes sont des multipares.

- Indice de masse corporelle de la patiente

Un IMC supérieur à 30 est un facteur d'échec de l'accouchement. En effet, dans l'étude, toutes les patientes ayant accouchées par voie basse ont un IMC normal ou en surpoids.

L'IMC de la patiente est donc un facteur à prendre en compte en première intention.

- Antécédents obstétricaux de la patiente

Un antécédent d'accouchement par voie basse favorise la réussite, d'autant plus que cet accouchement a eu lieu après la césarienne. Cependant, seules 3 femmes entrent dans cette catégorie et une seule a accouché après sa césarienne.

Ainsi, on peut conclure que les antécédents obstétricaux sont à rechercher précisément mais qu'ils n'entrent pas en compte en première intention pour la décision.

- Mode d'entrée en travail pour la césarienne antérieure

Une notion de dilatation et de début de travail au cours de la grossesse antérieure favorise la réussite. Près de 2 patientes sur 3 entrent dans cette catégorie et ont accouché par voie basse par la suite.

Un antécédent de début de travail spontané ou déclenché est donc un facteur favorisant la réussite de l'accouchement voie basse. On se rend compte que c'est plus cette notion de travail débutant que l'antécédent d'accouchement par voie basse qui est important.

- Réalisation d'une pelvimétrie au cours de la grossesse

Cette exploration favorise la réalisation d'une césarienne programmée car souvent la pelvimétrie présente un bassin limite et pourtant l'épreuve du travail est un succès. L'étude va dans ce sens car aucune des patientes ayant accouchées par voie basse n'a eu de pelvimétrie.

La réalisation d'une pelvimétrie est donc à éviter.

- Placenta bas inséré à l'échographie du 3^{ème} trimestre

Aucune des patientes ayant accouchées par voie basse ne présente de placenta bas inséré qui est un facteur d'échec de l'accouchement. De plus, il existe un risque de placenta accreta.

- Délai depuis la césarienne antérieure

Il est d'usage de respecter un délai de 18 mois avant de débiter une nouvelle grossesse en cas d'utérus cicatriciel. La quasi-totalité des femmes ayant accouchées par voie basse dans l'étude ont attendu ce délai. Cependant, une femme n'a attendu que 12 mois et a pourtant accouchée par voie basse.

Un délai d'au moins 12 mois est donc un facteur de succès de l'accouchement par voie basse.

- Grossesse prolongée

On peut penser qu'un accouchement qui surviendrait après 41 SA présente une forte probabilité d'aboutir à une césarienne. Pourtant, 3 femmes ont présenté une grossesse prolongée.

La grossesse prolongée au-delà de 41 SA ne pose donc pas de problèmes pour l'accouchement par voie basse.

- Déclenchement du travail

Le travail a été déclenché pour 2 patientes. Cependant, on note que les conditions locales étaient déjà favorables : membranes rompues, modification cervicale, score de bishop élevé. Ainsi un déclenchement par ocytocine a pu être effectué.

Le déclenchement n'est pas un facteur d'échec de l'accouchement. Mais sa réussite dépend de la méthode utilisée (le déclenchement par ocytocine reste la méthode de prédilection) et d'une notion de début de travail, même minime.

- Travail dirigé

Pour toutes les patientes ayant accouchées par voie basse, le travail a été dirigé. On retrouve l'association ocytocine, rupture artificielle de la poche des eaux et analgésie péridurale.

Ce travail dirigé est un gage de réussite de l'accouchement.

- Poids de l'enfant à la naissance

Aucune des patientes ayant accouchées par voie basse n'a eu un enfant pesant plus de 4000 gramme. L'association macrosomie à la naissance et absence d'antécédent d'accouchement par voie basse est un facteur important d'échec.

→ En conclusion, dans l'étude, des facteurs pronostiques de succès se démarquent et favorisent la réussite de l'accouchement vaginal :

- un IMC inférieur à 30
- une notion d'antécédent de début de travail et de dilatation
- un délai depuis la césarienne antérieure supérieur à 12 mois

- l'absence de réalisation de la pelvimétrie
- un travail dirigé (ocytocine, analgésie péridurale et rupture artificielle de la poche des eaux)
- un poids de naissance de l'enfant inférieur à 4000 grammes

Certains facteurs pronostiques d'échec ne se retrouvent pas dans l'étude et apparaissent donc moins décisionnels tels que la grossesse prolongée, l'âge supérieur à 30 ans, le déclenchement du travail ou la multiparité.

Le faible taux de réussite d'accouchement par voie basse dans l'étude est expliqué par l'absence d'un ou de plusieurs de ces critères chez les patientes présentant un utérus cicatriciel.

2. LE ROLE DE LA SAGE FEMME

2.1. Le suivi de grossesse

Il peut être réalisé par une sage femme libérale ou par une sage femme hospitalière réalisant du suivi de grossesse. La sage femme a alors deux rôles importants : la réalisation des consultations de grossesse et la préparation à la naissance et à la parentalité. Les deux pourront se faire conjointement au cours des consultations mensuelles ; dans ce cas la consultation devra durer au moins une heure.

2.1.1. Les consultations de grossesse

Concernant le suivi de grossesse, peu d'éléments diffèrent d'un suivi où la patiente ne présente pas d'utérus cicatriciel. Cependant, la sage femme doit être vigilante sur certains points :

- les antécédents chirurgicaux de la patientes : elle doit notamment rechercher un antécédent de myomectomie, de curetage et d'ablation de polype. On note que peu de patientes dans l'étude présentaient ces interventions (7,3 %), cependant les cicatrices laissées par ces interventions fragilisent l'utérus.
- les antécédents gynécologiques : elle recherche notamment un antécédent de fausse couche spontanée traitée par curetage et une interruption de grossesse volontaire par méthode chirurgicale. Dans les dossiers, la méthode d'IVG n'était pas précisée, on ne peut donc pas conclure. Cependant, on retrouve 7,3 % de patientes ayant eu une FCS avec la réalisation d'un curetage. Ces patientes sont donc à surveiller car l'utérus a été fragilisé.
- les antécédents obstétricaux : elle recherche notamment une notion d'antécédent de début de travail et de dilatation qui constitue un facteur de succès de l'accouchement.
- la césarienne antérieure : son indication précise doit être recherchée et le compte rendu post opératoire en possession de la sage femme. Le compte rendu précise le type de la cicatrice utérine. Le but est de rechercher des situations pouvant contre indiquer le suivi par une sage femme telles que l'antécédent de rupture utérine, le bassin chirurgical prouvé ou une cicatrice utérine autre que segmentaire transversale. Dans l'étude, seules 4 patientes soit 4,9 % auraient posé problème car elles présentent des pathologies particulières (VIH positif, maladie de Crohn, angiome cérébelleux). On note également que le compte rendu post opératoire n'a été retrouvé dans aucun dossier, donc le type de cicatrice utérine n'a pu être précisé posant ainsi problème pour le suivi par la sage femme et de l'ostétricien. Cependant, au cours de mon étude, j'ai

remarqué que pour toutes les césariennes réalisées pendant la période étudiée, le compte rendu était présent dans les dossiers. Ainsi, on constate que les pratiques sont en cours de changement à l'hôpital Bel-Air du CHR de Metz-Thionville.

- la grossesse actuelle : elle recherche comme pour toutes les grossesses le type de la grossesse et la présence d'une pathologie. Le but est d'adresser la patiente à un obstétricien qualifié pour suivre les grossesses à risque, notamment en cas de grossesse gémellaire, de diabète mal équilibré ou d'hypertension artérielle gravidique. 78 % des patientes de l'étude auraient pu être suivies par une sage femme.

- la pelvimétrie : elle ne doit pas être prescrite par la sage femme car elle représente un facteur d'échec de l'accouchement.

- l'échographie du troisième trimestre : il s'agit de l'examen le plus important en fin de grossesse. Il est prescrit par la sage femme.

Elle précise la présentation fœtale : céphalique, podalique ou transverse. On note qu'un siège n'empêche pas un accouchement par voie basse, ni la réalisation d'une version par manœuvre externe ; même si cela n'a pas été retrouvé dans l'étude.

Elle précise les biométries fœtales. On retrouve 22 % de suspicion de macrosomie dans l'étude, dont 33,3 % sont évoquées chez une patiente diabétique. Ce cas de figure contre indique le suivi de fin de grossesse par une sage femme ; la patiente devra être adressée à un obstétricien.

Elle précise également la localisation placentaire. En cas de placenta bas inséré ou de placenta accreta prouvé, la patiente devra être adressée à un obstétricien car le risque d'hémorragie est élevé et dépasse les compétences de la sage femme. Cette situation concerne 1 patiente de l'étude.

Enfin, elle précise la quantité de liquide amniotique. La présence d'un oligoamnios ou d'un hydramnios, notamment s'il est associé à une patiente

diabétique, doit amener la sage femme à adresser la patiente à un obstétricien pour la fin de grossesse. Cela concerne 13 patientes.

L'échographie obstétricale d'une patiente présentant un utérus cicatriciel peut être réalisée par une sage femme échographiste.

En cas de doute sur la solidité de la cicatrice utérine, certaines sages femmes prescrivent une échographie du segment inférieur en même temps que l'échographie du troisième trimestre. Cet examen n'a pas prouvé son efficacité et c'est ce qui est retrouvé dans l'étude car il n'est réalisé chez aucune des patientes ; cependant il peut rassurer la sage femme et la patiente. Outre cet examen, la sage femme pourra toujours se fier aux signes de rupture utérine et notamment à la douleur de la cicatrice.

La sage femme devra adresser la patiente à un obstétricien de l'hôpital où elle souhaite accoucher pour la consultation du 9^{ème} mois. La décision du mode d'accouchement est prise par l'obstétricien en charge de la patiente. Ce n'est pas la sage femme qui décide.

En conclusion, la sage femme a un grand rôle à jouer dans le suivi de grossesse des patientes porteuses d'un utérus uni-cicatriciel. Très peu de situations contre indiquent son suivi, hormis l'utérus multicicatriciel, l'antécédent de rupture utérine, le bassin chirurgical ou bien évidemment l'apparition d'une pathologie surajoutée en cours de grossesse. Ainsi dans l'étude, la sage femme aurait pu suivre la moitié des femmes jusqu'à 8 mois de grossesse.

2.1.2. La préparation à la naissance et à la parentalité

La sage femme a un autre rôle important à jouer : tout au long de la grossesse c'est elle qui informe la patiente des différentes possibilités

d'accouchement. C'est là que la préparation à la naissance et à la parentalité entre en jeu.

8 séances sont remboursées par la sécurité sociale et la sage femme peut les répartir comme elle le souhaite. Ainsi, il apparaît intéressant de réaliser une séance à chaque consultation de grossesse afin de répondre au fur et à mesure aux questions de la mère. Le moment venu de parler de l'accouchement, il est important de rappeler aux mères que l'utérus cicatriciel ne contre indique pas l'accouchement par voie basse. Cette affirmation anodine pour nous peut ébranler toutes les croyances des futures mères, notamment celles qui n'ont connus que la césarienne. De plus, la sage femme doit informer la patiente que le choix du mode d'accouchement, après évaluation par l'obstétricien, lui revient à elle seule. En effet, si malgré l'information donnée par la sage femme puis l'obstétricien, la patiente ne souhaite pas accoucher par voie basse, une césarienne devra être programmée [10]. Cette situation se confirme dans l'étude puisque 3 femmes ont eu une césarienne programmée pour refus de déclenchement ou sans indication. Ainsi, l'information devra être débütée au plus tôt dans la grossesse afin de laisser un délai de réflexion suffisamment long à la patiente et son entourage. Cette information peut notamment prendre la forme d'une plaquette explicative, afin que la femme puisse la ramener à la maison et y réfléchir avec son entourage. Cette plaquette peut s'inspirer des recommandations de l'HAS concernant l'information de la patiente sur les modes d'accouchement et les conséquences de la césarienne programmée [8] (annexe III). Un exemple se trouve en annexe IV. La remise de cette plaquette informative devra figurer sur le dossier de la patiente. Outre cette information, la patiente devra donner son consentement libre et éclairé à la méthode choisie avec l'obstétricien. Ce consentement est la preuve qu'une information a été donnée à la patiente. Il est complété, signé par la patiente en double exemplaire dont un lui est remis et l'autre classé dans son dossier médical. Un exemple se trouve en annexe V.

En plus du suivi de grossesse, la sage femme a un réel rôle d'information et de préparation à cette décision que la patiente va devoir prendre au cours la dernière consultation avec l'obstétricien.

2.2. L'accouchement

Dans le cas où la tentative de voie basse est acceptée par la patiente, la sage femme hospitalière est présente pour assurer le suivi du travail, l'accouchement et le suivi en suites de couches.

2.2.1. La sage femme du bloc obstétrical

Elle doit être vigilante sur certains points :

- la position fœtale : peu importe la position fœtale (céphalique ou podalique), l'accouchement par voie basse est possible. Cependant dans l'étude, on retrouve tout de même 4 césariennes programmées pour siège qui pourraient être évitées d'après les nouvelles recommandations.
- le travail dirigé : il favorise l'accouchement par voie basse. Il est donc conseillé d'utiliser conjointement l'ocytocine, la rupture artificielle de la poche des eaux si possible et l'analgésie péridurale. En moyenne dans l'étude, un débit de 50 cc/h pour l'ocytocine était suffisant et le débit était augmenté de 10 en 10.
- l'utilisation de la tocographie interne : elle n'est utilisé que 2 fois dans l'étude et pas forcément chez une patiente obèse. On constate bien qu'en pratique comme en théorie, elle n'est pas à mettre en place systématiquement.
- l'accouchement : la durée moyenne de dilatation est de l'ordre de celle d'une multipare, soit environ 5 heures. Cependant, si la durée est supérieure, une césarienne ne doit pas pour autant être effectuée. De plus, la durée moyenne des efforts expulsifs est de 21,8 minutes. Il apparaît confortable de ne pas dépasser cette limite, au-delà de laquelle une

extraction instrumentale, possible en cas d'utérus uni-cicatriciel, devra être réalisée. Dans l'étude, on retrouve presque autant d'extraction instrumentale que d'accouchements normaux, ce qui prouve que le délai d'action est plus court en cas d'utérus uni-cicatriciel. La sage femme ne devra pas hésiter à appeler l'obstétricien de garde plus rapidement (vers 15 minutes) en cas d'efforts expulsifs maternels insuffisants ou d'altération de rythme cardiaque fœtale lors de l'expulsion.

- la délivrance : comme pour tout accouchement, la délivrance dirigée est indiqué. C'est ce qu'on retrouve dans l'étude puisque dans 10 cas sur 11 elle a été réalisée.

- La révision utérine : dans l'étude, en cas d'accouchement, elle est indiquée en cas d'hémorragie de port partum et de délivrance artificielle. En aucun cas, la sage femme a réalisé une révision utérine pour vérifier la cicatrice utérine, ce qui rejoint la théorie.

- l'épisiotomie : elle n'est pas indiquée comme le prouve l'étude. En effet, seules 3 patientes sur 11 en ont eu une, en raison notamment de l'extraction instrumentale.

- la prise en charge de l'enfant : environ 1 enfant sur 10 a présenté des difficultés à la naissance dans l'étude (score d'apgar à 1 et 5 minutes inférieur à 7, pH au cordon inférieur à 7,20 ou lactates supérieurs à 3,6 mmol/l, transfert en néonatalogie). La sage femme doit être suffisamment formée en réanimation néonatale pour prendre en charge ces enfants, car l'utérus cicatriciel n'est pas une indication de prévenir le pédiatre avant la naissance.

On constate que peu d'éléments au cours du travail en cas d'utérus cicatriciel diffèrent d'un travail normal.

2.2.2. L'urgence

La situation peut devenir dramatique en cas de rupture utérine. Cette complication, bien que rare et inexistante dans l'étude réalisée, confronte la sage femme à une urgence vitale maternelle et fœtale. On peut alors se demander si les sages femmes sont suffisamment formées à cette complication.

Dans un premier temps, il convient de rappeler que la rupture utérine constitue un code rouge de césarienne, c'est-à-dire que l'extraction fœtale doit avoir lieu dans les 15 minutes. C'est à la sage femme de réaliser le diagnostic et de déclencher l'urgence. Mais alors que dans les hôpitaux de niveaux II et III la situation se règle rapidement car les équipes obstétricale, anesthésique et pédiatrique sont sur place, dans les hôpitaux de niveau I, la sage femme a un rôle primordial à jouer. En effet, le temps que l'équipe arrive, elle doit tout mettre en œuvre pour que la patiente soit prête : transfert au bloc opératoire en brancard, installation de la patiente, mise en place du scope maternel et du dynamap, préparation de la table opératoire, préparation de la blouse stérile pour l'obstétricien, réalisation de l'antisepsie du champ opératoire, préparation de la table de réanimation néonatale). Aucune action ne doit retarder le transfert de la patiente : le rasage et la pose d'une sonde à demeure sont de moindre priorité. Un sondage évacuateur est suffisant.

Ensuite, on a rappelé que c'est la sage femme qui fait le diagnostic de rupture utérine. Outre les signes de rupture utérine déjà rappelés, la sage femme peut réaliser une révision utérine pour connaître le type de rupture (simple déhiscence ou rupture complète) dont le délai de prise en charge peut différer. Or les sages femmes sont-elles suffisamment formées pour cet acte. La plupart des étudiants sages femmes en sortant de l'école n'ont pas effectué cet acte, bien que faisant parti de la formation clinique minimale. Diverses raisons peuvent expliquer ce manquement : la

concurrence avec les étudiants en médecine et les internes, la peur de se mettre en avant face à l'obstétricien ou tout simplement le fait d'en avoir vu peu. Si au cours de leur formation les sages femmes n'ont pas pu apprendre cet acte, comment faire une fois que c'est à nous d'enseigner aux étudiants sages femmes. C'est pourquoi, la réalisation d'une révision utérine et par extension d'une délivrance artificielle devraient être apprises en pratique à tous les étudiants sages femmes pour qu'une fois face à une rupture utérine, ils puissent la diagnostiquer.

2.2.3. Les suites de couches

En ce qui concerne la sage femme de suites de couches prenant en charge la mère et son enfant, elle doit réaliser une surveillance similaire à toutes accouchées. Cependant, elle surveille l'apparition de signes tardifs de rupture utérine (possible en post partum). Comme démontré dans l'étude, de rares complications surviennent dont notamment l'infection urinaire. Ces complications ne sont pas spécifiques de l'utérus cicatriciel.

A RETENIR :

- Pour le moment, la tentative d'accouchement par voie basse n'est pas préférée à la césarienne programmée. Cependant, les nouvelles recommandations du CNGOF de 2012 sur l'utérus cicatriciel devraient faire apparaître un rapport de 1 césarienne programmée pour 4 tentatives d'accouchement par voie basse.
- L'étude a démontré l'existence de facteurs pronostiques servant pour la décision du mode d'accouchement (un IMC inférieur à 30, une notion d'antécédent de début de travail et de dilatation, un délai depuis la césarienne antérieure supérieur à 12 mois, l'absence de réalisation de la pelvimétrie, un travail dirigé (ocytocine, analgésie péridurale et rupture artificielle de la poche des eaux), un poids de naissance de l'enfant inférieur à 4000g). Cependant, si la patiente ne souhaite pas accoucher par voie basse, une césarienne devra être programmée. Une information claire doit lui être délivrée (plaquette informative) afin qu'elle puisse donner son consentement libre et éclairé.
- La sage femme a toute sa place dans le suivi des patientes porteuses d'un utérus uni-cicatriciel que ce soit pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou les suites de couches.
- La prise en charge de l'utérus cicatriciel ne peut suivre de protocole. L'évaluation de la situation se fait au cas par cas et doit respecter les recommandations.

CONCLUSION

Actuellement, 11 % des parturientes sont concernées par un utérus cicatriciel. Ce chiffre est en constante augmentation suite à l'augmentation du taux de césarienne. Ainsi, il devenait important que le CNGOF publie de nouvelles recommandations concernant la prise en charge de l'utérus cicatriciel, ce qui a été fait en décembre 2012. Après comparaison entre la pratique et ces recommandations, on découvre que peu d'éléments diffèrent.

En effet, d'après l'étude et la revue de la littérature, aucune prise en charge particulière n'est à observer par l'équipe obstétricale au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement et des suites de couches. Une simple surveillance accrue des signes de rupture utérine est à faire. La sage femme a donc toute sa place dans le suivi de ces femmes.

Cependant, l'étude a démontré un taux de tentative d'accouchement par voie basse égal au taux de césarienne programmée, alors que les recommandations préconisent un rapport de 4 tentatives de voie basse pour 1 césarienne. De plus, la réussite de l'accouchement est trois fois plus faible qu'en théorie. Cela s'explique par certaines indications de césarienne qui ne font plus parties des nouvelles recommandations et des facteurs pronostiques de réussite absents. Depuis le début de l'année 2013, l'équipe de l'hôpital Bel-Air du CHR Metz-Thionville change ses pratiques afin de respecter ces nouvelles recommandations.

Mais alors que désormais une patiente porteuse d'un utérus cicatriciel peut décider d'avoir une césarienne programmée, après information et évaluation personnalisée du rapport bénéfices/risques par l'obstétricien, on peut se demander si dans le contexte médico-légal actuel le taux de césarienne programmée va vraiment diminuer. Il serait alors intéressant de réitérer cette étude d'ici quelques années pour le vérifier.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] KONE M., DIARRA S. Ruptures utérines au cours de la grossesse. Encyclopédie médico-chirurgicale (Paris-France), Obstétrique. 5-080-A-10 ; 1995 ; 7p.
- [2] D'ERCOLE C. Utérus cicatriciel : prise en charge. 40^{ème} assises nationales des sages-femmes à Deauville. 23-25 mai 2012. p.149-161.
- [3] MILLER DA., DIAZ FG., PAUL RH. Vaginal birth after cesarean : a 10 year experience. ObstetGynecol 1994 ; 84 ; 255-8.
- [4] COURBIERES B., DESBRIERES R., D'ERCOLE C., BOUBLI L. Prise en charge des anomalies d'insertion placentaire : placenta accreta, percreta. 2006. www.lesjta.com (page consultée le 25/10/12)
- [5] DALTVET AK., TOLLANES MC., PIHLSTROM H., IRGENS LM. Cesarean delivery and subsequent pregnancies. ObstetGynecol. 2008 Jun ; 111(6) ; p.1327-1334.
- [6] SMITH GC., PELL JP., DOBBIE R. Cesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. Lancet 2003 ; 362 ; p.1779-1784.
- [7] Enquête nationale périnatale. www.sante.gouv.fr (page consultée le 04/11/12)
- [8] CARBONNE B., FRYDMAN R., GOFFINET F., PIERRE F., SUBTIL D. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. Césarienne : conséquences et indications. 2000.
- [9] BOUBLI L. Radiopelvimétrie & accouchement des utérus cicatriciels. Les dossiers de l'obstétrique. Août-septembre 2011 ; 407 ; p.4-6.
- [10] Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Décembre 2012.

- [11] LEGENDRE G., BRUN J-L., FERNANDEZ H. Place des myomectomies en situation de conception spontanée ou chez la femme désireuse de préserver sa fertilité. Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF. 2011.
- [12] FOUCHER F., LEVEQUE J., LE BOUAR G., GRALL J. Uterine rupture during pregnancy following myomectomy via coelioscopy. European journal of obstetrics, gynecology and reproductive biology. 2000 ; 92 ; p.279-28.
- [13] POULAIN P., SECONDA S. Prise en charge de l'accouchement des patientes ayant un antécédent de césarienne. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. 2010 ; 38 ; p.48-57.
- [14] PERROTIN F., MARRET H., FIGNON A., BODY G., LANSAC J. Utérus cicatriciel : la révision systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement par voie vaginale est elle toujours utile ? Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction. Juillet 1999 ; 28 ; p.253.
- [15] Recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme. Janvier 2012.
- [16] D'ERCOLE C., BRETTELLE F., PIECHON L., SHOJAI R., BOUBLI L. La césarienne a-t-elle une indication en cas d'utérus cicatriciel ? Journal de gynécologie obstétrique et de biologie de la reproduction. Novembre 2000 ; 29 ; p.51-67.
- [17] NIRO J., VELEMIR L., VENDITTELLI F., JACQUETIN B., GALLOT D., LEMERY D. Accouchement avec utérus cicatriciel. Revue de médecine périnatale. Mars 2010 ; 2 ; p.12-18.
- [18] VERCOUSTRE L., ROMAN H. Essai de travail en cas de césarienne antérieure. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Janvier 2006 ; 35 (1) ; p.35-45
- [19] Recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé. Le déclenchement artificiel du travail après 37 semaines d'aménorrhées. Avril 2008.

[20] VELEMIR L., VENDITTELLI F., SAVARY D., ACCOCEBERRY M., NIRO J., LEMERY D., GALLOT D. Pour le déclenchement sur utérus cicatriciel. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Avril 2009 ; 37 ; p.454-456.

[21] ARDIET E., DEPRET S., DUFOUR P., MATIS R., SUBTIL D., PUECH F., MONNIER J-C. Maturation cervicale par gel intra-vaginal de dinoprostone et utérus cicatriciel : une étude cas-témoin sur 148 patientes. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Avril 2002 ; 31 (2) ; p.202.

[22] RICBOURG-SCHNEIDER A., MARPEAU L. Contre le déclenchement des utérus cicatriciels. Gynécologie Obstétrique & Fertilité. Avril 2009 ; 37 ; p.457-458.

[23] Recommandations pour la pratique clinique du collège national des gynécologues et obstétriciens français. Hémorragies du post-partum immédiat. 2004.

[24] D'ERCOLE C., BRETELLE F., SHOJAI R. Mode d'accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Mécaniques et techniques obstétricales. 3^{ème} édition. Sauramps médical 2007 ; p.753-763.

[25] ROZENBERG P. Comment informer sur la voie d'accouchement une patiente ayant un antécédent de césarienne ? Gynécologie obstétrique & fertilité. 2005 ; 33 ; p.1003-1008.

[26] MARTEL M-J., MACKINNON C. Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne. Directive n° 155 (remplace la directive n° 147). Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Février 2005.

[27] BUJOLD E., GAUTHIER RJ. Should we allow a trial of labor after a previous cesarean for dystocia in the second stage of labor ? ObstetGynecol. 2001 ; 98 ; p.652-655.

[28] ROZENBERG P., GOFFINET F., PHILLIPPE HJ., NISAND I. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. Lancet 1996 ; 347 (8997) ; p.281-284.

[29] PAULARD I. Voie d'accouchement chez une patiente porteuse d'un utérus cicatriciel. Vocation sage femme. Septembre 2008 ; 65 ; p.19-23.

[30] MARPEAU L. Faut-il laisser accoucher les siéges par voie basse ? Mises à jour en gynécologie obstétrique, tome XXIV. 24^{ème} journées nationales du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français à Paris. Novembre 2000 ; p.127-144.

[31] Article L. 1111-4 du code de la santé publique modifié par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. <http://www.legifrance.gouv.fr> (page consultée le 20/12/2012)

[32] NISAND I. Utérus cicatriciel : le droit des patientes sur le choix du mode d'accouchement. Gynécologie obstétrique & fertilité. Juin 2012 ; 40 (6) ; p.335-336.

ANNEXES

- ANNEXE I : Grille de recueil des données pour la réalisation de l'étude présentée en deuxième partie
- ANNEXE II : Tableau compilant les facteurs influençant le risque de rupture utérine lors d'une tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel et les conséquences pratiques
- ANNEXE III : Recommandations de l'HAS concernant l'information de la patiente sur les modes d'accouchement et les conséquences de la césarienne programmée
- ANNEXE IV : Plaquette informative à remettre à la patiente au cours de la grossesse
- ANNEXE V : Exemple de consentement à faire signer par la patiente

ANNEXE I

GRILLE DE RECUEIL DES DONNEES

1) Informations concernant la patiente

a. Age :

b. Nationalité :

c. Parité :

d. Taille : cm

e. Poids : kg

Prise de poids pendant la grossesse : + kg

f. IMC :

g. Antécédents chirurgicaux :

☐ Myomectomie

☐ Curetage

☐ Ablation de polype

☐ Autres :

h. Antécédents gynécologiques

☐ FCS

Date :

Complications :

☐ IVG

Date :

Méthode : ☐ médicamenteuse ☐ chirurgicale ☐ mixte

Complications :

☐ IMG

Date :

Terme : SA

Complications :

☐ GEU

Date :

Complications :

☐ Môle

Date :

Complications :

i. Antécédents obstétricaux

☐ 1	Date :	Terme :	SA
	Expulsion :	Complications :	
☐ 2	Date :	Terme :	SA
	Expulsion :	Complications :	
☐ 3	Date :	Terme :	SA
	Expulsion :	Complications :	
☐ 4	Date :	Terme :	SA
	Expulsion :	Complications :	

2) Informations concernant la césarienne antérieure

a. Date :

b. Terme :

c. Mode d'entrée en travail :

- ☐ Programmé
- ☐ Spontané
- ☐ Déclenché

d. Indication de la césarienne

- ☐ Césarienne programmée pour :
- ☐ Stagnation de la dilatation à : cm
- ☐ Stagnation de la présentation
- ☐ Altération du RCF
- ☐ Autres :

e. Présence d'un compte rendu opératoire

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, type de la cicatrice :

- ☐ Segmentaire transversale

- ☐ Corporéale verticale
- ☐ Segmento-corporéale verticale
- ☐ Mixte en T inversé

f. Type de l'anesthésie :

- ☐ Péridurale
- ☐ Rachi-anesthésie
- ☐ Anesthésie générale

g. Notion d'infection per-partum ou dans le post-partum :

- ☐ Infection urinaire
- ☐ Infection pariétale
- ☐ Endométrite
- ☐ Autres :

3) Attitude pendant la grossesse

a. Type de la grossesse :

- ☐ Singleton
- ☐ Gémellaire

b. Présence d'une pathologie au cours de la grossesse :

- ☐ HTA gravidique
- ☐ Pré-éclampsie
- ☐ Diabète gestationnel
- ☐ Rupture précoce des membranes
- ☐ Autres :

c. Echographie du 3^{ème} trimestre :

- La présentation fœtale :

- ☐ Céphalique
- ☐ Podalique
- ☐ Transverse

- Si présentation podalique, tentative de VME à 37 SA :

☐ Oui

☐ Non

- Les biométries fœtales :

☐ Dans les normes

☐ RCIU (< 10^{ème} percentile)

☐ Macrosomie (> 90^{ème} percentile)

- La localisation placentaire :

☐ Fundique

☐ Antérieure

☐ Postérieure

☐ Bas insérée

- La quantité de liquide amniotique :

☐ Normale

☐ En excès

☐ Hydramnios

☐ Oligoamnios

d. Réalisation d'un pelviscanner au 3^{ème} trimestre :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, valeurs au détroit supérieur :

☐ Diamètre promonto rétro pubien < ou > 10,5 cm

☐ Diamètre transverse maximum < ou > 13,5 cm

☐ Diamètre transverse médian < ou > 12,5 cm

Valeurs au détroit moyen :

☐ Diamètre bisiatique < ou > 10 cm

☐ Diamètre antéro postérieur < ou > 11,5 cm

e. Surveillance de la cicatrice utérine :

☐ Echographie du segment inférieur

☐ Hystérographie

☐ Autres :

4) Attitude pour l'accouchement

a. Délai depuis la césarienne :

b. Terme de la grossesse : SA

c. Présentation fœtale :

☐ Céphalique

☐ Podalique

d. Entrée en travail :

☐ Spontanée

☐ Déclenchée

Si travail déclenché, - indication :

- Score de Bishop :

☐ Prostaglandines

☐ Ocytocine

e. Travail dirigé :

- Dose maximale d'ocytocine utilisée :

- RAPDE : ☐ LA clair ☐ LA teinté

f. Analgésie péridurale

☐ Oui

☐ Non

g. Tocographie interne :

☐ Oui

☐ Non

h. Expulsion :

☐ Voie basse spontanée

☐ Ventouse - Indication :

☐ Forceps - Indication :

☐ Spatules - Indication :

☐ Césarienne - Indication :

- Stade de la dilatation : cm

- Position de la tête fœtale :

i. Durée de la dilatation :

j. Durée des efforts expulsifs :

k. Durée du travail :

l. Délivrance :

☐ Normale

☐ Dirigée

☐ Artificielle

m. Révision utérine :

☐ Oui

☐ Non

Si oui, indication : ☐ Systématique

☐ Hémorragie

☐ Placenta incomplet

☐ Vérification de la cicatrice

☐ Autres :

n. Etat du périnée :

☐ Intact

☐ Déchirure simple

☐ Episiotomie

☐ Déchirure complète

☐ Déchirure complète compliquée

o. Complications :

☐ Rupture utérine

☐ Hémorragie de la délivrance

☐ Dystocie dynamique

☐ Dystocie cervicale

☐ Autres :

5) Etat de l'enfant à la naissance

- a. Poids : g
- b. Apgar : - à 1 minute :
 - à 5 minutes :
- c. pH au cordon :
- d. Lactates au cordon :
- e. Transfert néonatal :
- ☐ Oui
- ☐ Non

Si oui, indication :

ANNEXE II

Tableau compilant les facteurs influençant le risque de rupture utérine
lors d'une tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel
et les conséquences pratiques [10]

Critère	Risque de rupture utérine	Conséquences pratiques
Cicatrice corporelle	Augmentation majeure (NP3)	CPAC recommandée (grade B)
Utérus multicicatriciel - utérus bicicatriciel - utérus tricicatriciel et +	Augmentation modérée (NP3) Données insuffisantes	TVBAC possible avec prudence (AP) CPAC recommandée (AP)
Antécédent de rupture utérine	Augmentation majeure (NP4)	CPAC recommandée (AP)
Antécédent de césarienne < 37 SA	Augmentation minimale (NP3)	TVBAC possible (AP)
Mesure échographique du segment inférieur	Données insuffisantes	Utilité clinique non démontrée. Examen complémentaire non recommandé en routine (AP)
Fièvre en post-partum	Données insuffisantes	TVBAC possible (AP)
Malformation utérine associée	Données insuffisantes	TVBAC possible (AP)
Myomectomie (laparotomie, coelioscopie, hystéroscopique)	Données insuffisantes	TVBAC possible en fonction des données du compte rendu opératoire (AP)
Suture utérine en 1 plan versus 2 plans	Données insuffisantes	TVBAC possible (AP)
Intervalle entre la césarienne et début de la grossesse suivante inférieur à 6 mois	Augmentation modérée (NP3)	TVBAC possible avec prudence (AP)
Déclenchement versus travail spontané - Ballon transcervical - Ocytocine - PGE2 - Misoprostol aux doses étudiées	Données insuffisantes Augmentation minimale à modérée (NP2) Augmentation modérée à majeure (NP2) Augmentation majeure (NP4)	Utilisation possible avec prudence (AP) Utilisation possible avec prudence (grade C) À n'utiliser qu'au cas par cas (AP) Utilisation non recommandée (AP)
Antécédent(s) d'accouchement(s) par voie vaginale	Réduction minimale à modérée (NP3)	TVBAC encouragée (grade C)
Macrosomie - EPF échographique > 4 000 g - Poids de naissance > 4 000 g - Poids de naissance > 4 500 g	Aucune donnée Augmentation minimale à modérée (NP3) Augmentation modérée (NP3)	Utilité de l'EPF échographique systématique non démontrée (AP) TVBAC possible ^a (AP) CPAC recommandée si EPF > 4 500 g ^a (AP) particulièrement chez les patientes n'ayant pas accouché par voie vaginale
Gémellaire	Non modifié (NP3)	TVBAC possible (grade C)
Siège	Données insuffisantes	TVBAC possible (AP)
Grossesse prolongée	Non modifié (NP3)	TVBAC possible (grade C)
Prématurité	Réduction minimale (NP3)	TVBAC encouragée (grade C)
Diabète	Non modifié (NP3)	TVBAC possible (grade C)
Obésité maternelle	Non modifié (NP3)	TVBAC possible (grade C) CPAC encouragée si IMC > 50 ^a (AP)
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 (AC). ^a Cette recommandation a été élaborée en tenant également compte du taux de succès de la TVBAC dans cette situation particulière. AP = 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. 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.		

ANNEXE III

Recommandations concernant l'information de la patiente sur les modes d'accouchement et les conséquences de la césarienne programmée [15]

Recommandations concernant l'information de la patiente

Modes d'accouchement

Conséquences de la césarienne

Modes d'accouchement

Pour toute césarienne programmée, une information de la femme enceinte est nécessaire (indication, rapport bénéfices/risques, conditions de réalisation). Les éléments d'information communiqués doivent être mentionnés dans son dossier médical (accord d'experts).

Il est recommandé d'informer les femmes enceintes de l'existence d'événements pouvant intervenir avant ou pendant le travail et modifier le mode d'accouchement initialement programmé (accord d'experts).

Conséquences de la césarienne

En raison de la morbidité néonatale (notamment détresse respiratoire), il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée avant 39 SA pour les grossesses monofoetales (grade C).

Il est recommandé d'informer la patiente de la balance bénéfices/risques de la césarienne programmée par rapport à la tentative de voie basse dans sa situation particulière.

En particulier:

- la césarienne programmée augmente les risques de complications pour les grossesses futures (grade C) ;
- la césarienne programmée augmente les accidents thromboemboliques veineux (accord d'experts).

ANNEXE IV

Plaquette informative à remettre à la patiente au cours de la grossesse

Vous êtes porteuse d'un utérus uni-cicatriciel et vous allez bientôt accoucher. Plusieurs solutions sont possibles et c'est à vous de décider.

- Qu'est ce qu'un utérus uni-cicatriciel ?

On parle d'utérus uni-cicatriciel lorsqu'une femme a eu **une césarienne**, qu'elle ait déjà accouché par voie basse ou non.

- Quel(s) risque(s) encourez-vous ?

En cas d'utérus uni-cicatriciel, le risque principal est la **rupture de l'utérus**. Ce risque est rare et **inférieur à 1 %**. Cependant, les équipes obstétricales sont formées pour diagnostiquer au plus tôt cette complication.

- Le choix du mode d'accouchement

C'est à vous de décider si vous souhaitez donner naissance à votre enfant par voie basse ou par césarienne. La **sage femme et/ou l'obstétricien** sont là pour vous **guider** dans votre choix, vous **informer** et vous donner leur **avis** après évaluation personnalisée du rapport bénéfices/risques. Quoiqu'il en soit, l'utérus uni-cicatriciel ne vous empêche pas d'accoucher par voie basse.

- Si vous choisissez l'accouchement par **voie basse** : en salle de naissance, votre interlocuteur privilégié est la **sage femme** de garde qui vous informe des différentes étapes de votre travail et surveille l'évolution de l'accouchement. Elle peut à tout moment faire appel à l'**obstétricien** de garde pour avis. Il peut être amené à intervenir pour une prise de décision ou pour une aide à la naissance de votre enfant (extraction instrumentale, césarienne). Une **analgésie péridurale** peut vous être posée 24h/24 par l'équipe d'anesthésie ; elle est d'ailleurs conseillée dans votre cas. **Aucune prise en charge particulière** n'a lieu du fait de votre état. En cas d'urgence, une césarienne ou une extraction instrumentale peut être réalisée. A la naissance, votre enfant n'est pas transféré en néonatalogie s'il va bien. Il peut rester avec vous en peau en peau. Le séjour moyen en cas d'accouchement par voie basse est de **4 jours**.

- Si vous choisissez la **césarienne programmée** : en raison de la morbidité néonatale (notamment la détresse respiratoire), elle a lieu **après 39 SA**. Vous êtes hospitalisée la veille. Par rapport à l'accouchement par voie basse, la césarienne programmée **augmente les risques de complications pour les grossesses futures et les accidents thromboemboliques veineux**. L'anesthésiste effectue une péridurale plus puissante que pour un accouchement simple. Vous êtes consciente sans rien ressentir, ni voir (un champ est dressé devant vous). L'interlocuteur privilégié est l'**obstétricien** qui réalise la césarienne. Le rétablissement après une césarienne peut être plus ou moins long. Pendant 24 heures, vous gardez une **sonde urinaire** et une **perfusion** pour permettre l'injection de produits antidouleurs. Des **injections dans la cuisse** tout au long de votre séjour sont faites pour prévenir les accidents thromboemboliques. Au début, la marche peut être douloureuse du fait de la cicatrice. En moyenne, le séjour à la maternité dure **1 semaine**.

Quelque soit la méthode choisie, des événements peuvent intervenir avant ou pendant le travail et modifier le mode d'accouchement initialement programmé.

Une fois votre choix fait, l'obstétricien en charge de votre dossier à la maternité vous fait signer un **formulaire de consentement**.

- Quand venir consulter à la maternité ?

Comme pour toutes femmes, il est important de venir consulter en cas :

- de **contractions utérines régulières**
- de **perte de liquide**
- de **saignement abondant**
- de **diminution ou d'absence de mouvements fœtaux**
- d'apparition récente de **tout autre signe inhabituel** (vomissements, maux de tête, prise de poids importante en quelques jours, fièvre...)

La présence d'un utérus uni-cicatriciel doit vous amener à consulter également en cas :

- de **douleur brutale et intense à la cicatrice**
- de contractions utérines donnant un **ventre dur qui ne se relâche pas**

ANNEXE V

Exemple de consentement à faire signer par la patiente

Etiquette de la patiente

Date :

Je soussignée..... atteste avoir été reçue par le Dr....., à l'hôpital Bel-Air du CHR de Metz-Thionville, le .././....

Lors de cette consultation, le Dr..... m'a informée sur les risques inhérents aux différentes méthodes d'accouchement : césarienne et accouchement par voie basse.

Le Dr..... a également procédé à une « évaluation bénéfices /risques » personnalisée afin de me recommander l'alternative la plus adaptée à mon cas qui est

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées.

J'ai posé toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension et obtenu des réponses claires et satisfaisantes.

Le Dr..... m'a également remis une documentation en me recommandant de la lire « à tête reposée ».

Il m'a incitée à le recontacter, le cas échéant, si certaines de ces informations appelaient de ma part de nouvelles questions au numéro suivant :

Je m'estime désormais suffisamment éclairée pour prendre une décision en toute connaissance de cause et je choisis :

☐ Accouchement par voie basse

☐ Césarienne programmée prévue le :

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

Le taux d'utérus cicatriciel est en hausse de nos jours et touche jusqu'à 11 % des parturientes. Il est d'ailleurs un sujet d'actualité en 2012 et a fait l'objet de nouvelles recommandations du CNGOF concernant sa prise en charge. Il existe des idées reçues telles que « une césarienne une fois, une césarienne toujours », aphorisme prononcé par Edwin B. Cragin en 1916. Or le taux de tentative d'accouchement par voie basse est de 50 % et devrait même atteindre 80 % d'ici quelques années au vu des recommandations. Ce mémoire a pour but de réactualiser la prise en charge de l'utérus unicatriciel au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement. On évaluera également les facteurs pronostiques de succès et d'échec de la tentative d'accouchement par voie basse.