

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur F. Puech*

Cinquième partie  
**Recommandations  
pour la pratique clinique**



*36<sup>es</sup> JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2012*

## Niveaux de preuve et grades des recommandations selon la HAS cités par certains auteurs

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<b>Niveau 1 (NP1)</b> Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées	<b>A</b> Preuve scientifique établie
<b>Niveau 2 (NP2)</b> Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte	<b>B</b> Présomption scientifique
<b>Niveau 3 (NP3)</b> Études cas-témoins  <b>Niveau 4 (NP4)</b> Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas	<b>C</b> Faible niveau de preuve

# Recommandations pour la pratique clinique

## Accouchement en cas d'utérus cicatriciel *Delivery in women with previous cesarean section or other uterine surgery*

Élaborées par le Collège national des gynécologues  
et obstétriciens français

### *Promoteur*

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)  
91 boulevard de Sébastopol – 75002 Paris

### *Comité d'organisation*

C. D'ERCOLE, président (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille),  
L. SENTILHES, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Angers),  
C. VAYSSIÈRE, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse),  
P. ROZENBERG, méthodologiste (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy),  
Y. SELIER (CNSF, Collège national des sages-femmes), K. GARCIA-  
LEBAILLY (association Césarine), S. HEIMANN (association Césarine),  
I. BIANCHI (association Césarine)

### *Experts du groupe de travail*

G. BEUCHER (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), C. DENEUX-  
THARAU (INSERM), P. DERUELLE (gynécologue obstétricien, CHU,  
Lille), P. DIEMUNSCH (anesthésie-réanimation, CHU, Strasbourg),  
D. GALLOT (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand),  
J.B. HAUMONTÉ (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), G. KAYEM  
(gynécologue obstétricien, CHU, Colombes), E. LOPEZ (gynécologue

obstétricien, CHU, Paris), O. PARANT (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), T. SCHMITZ (gynécologue obstétricien, CHU, Paris)

### **Lecteurs**

E. AZRIA (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), F. BAYOUMEU (anesthésie-réanimation, CHU, Toulouse), X. CARCOPINO (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), A. CHANTRY (sage-femme épidémiologiste, INSERM, Paris), M. DREYFUS (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), G. DUCARME (gynécologue obstétricien, CH, La Roche-sur-Yon), O. DUPUIS (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), V. EQUY (gynécologue obstétricien, CHU, Grenoble), G. GASCOIN-LACHAMBRE (pédiatre, CHU, Angers), P. GILLARD (gynécologue obstétricien, CHU, Angers), F. GOFFINET (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), C. LE RAY (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), A. LEREBOURS-BARBIER (gynécologue obstétricien secteur privé, Vannes), L. MANDELBROT (gynécologue obstétricien, CHU, Colombes), L. MARPEAU (gynécologue obstétricien, CHU, Rouen), D. MITANCHEZ (pédiatre, néonatalogiste, CHU, Paris), I. NISAND (gynécologue obstétricien, CHU, Schiltigheim), M. PERINEAU (gynécologue obstétricien secteur privé, Toulouse), O. PICONE (gynécologue obstétricien, PSPH, Suresnes), F. PIERRE (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers), P. POULAIN (gynécologue obstétricien, CHU, Rennes), D. PROVOST (anesthésie-réanimation, CHU, Rouen), A. RICBOURG (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), D. RIETHMULLER (gynécologue obstétricien, CHU, Besançon), C. ROUILLARD (sage-femme, CHU, Angers), R. C. RUDIGOZ (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon)

*Mots clés : césarienne, accouchement vaginal après césarienne, tentative de voie basse après césarienne, morbidité maternelle et néonatale, mortalité maternelle et néonatale, rupture utérine*

*Keywords: cesarean section, vaginal birth after caesarean delivery, trial of labor after cesarean delivery, maternal and neonatal morbidity, maternal and neonatal mortality, uterine rupture*

### *Abréviations*

*AVAC : accouchement vaginal après césarienne*

*CPAC : césarienne programmée après césarienne*

*TVBAC : tentative de voie basse après césarienne*

## 1. UTÉRUS CICATRICIEL : ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES

La cause essentielle de l'utérus cicatriciel est l'antécédent de césarienne. En France, le taux de césarienne était de 20,8 % en 2010 contre 15,5 % en 1995. Parallèlement, la prévalence de l'utérus cicatriciel a augmenté de 8 % à 11 % des parturientes, et de 14 % à 19 % des multipares, entre 1995 et 2010. Les modalités d'accouchement des femmes avec antécédent de césarienne sont très variables d'un pays à l'autre. D'après l'enquête nationale périnatale 2010, en France, 51 % de ces femmes ont une césarienne avant travail ; parmi celles qui débute un travail, 75 % accouchent par voie vaginale ; au total, 36,5 % accouchent par voie vaginale. L'utérus cicatriciel constitue, dans les pays développés, le principal facteur de risque de rupture utérine dont l'incidence globale est estimée entre 0,1 % et 0,5 % chez les femmes avec antécédent de césarienne. C'est également un facteur de risque majeur d'insertion placentaire anormale (placenta praevia et accreta), de façon croissante avec le nombre de cicatrices.

## 2. BÉNÉFICES ET RISQUES MATERNELS DE LA TENTATIVE DE VOIE BASSE COMPARÉE À LA CÉSARIENNE PROGRAMMÉE EN CAS D'ANTÉCÉDENT DE CÉSARIENNE

La mortalité maternelle demeure un événement très rare quel que soit le mode d'accouchement après un antécédent de césarienne (NP2). Elle pourrait être moindre en cas de tentative de voie basse après césarienne (TVBAC) (NP3). Le risque de rupture utérine complète est significativement augmenté en cas de TVBAC par rapport à la césarienne programmée après césarienne (CPAC) (NP2). Ce risque est toutefois faible, d'environ 0,2 % à 0,8 % en cas d'utérus unicatriciel. La survenue d'une plaie opératoire, principalement de la vessie, demeure un événement rare (moins de 1 %) aussi bien après TVBAC que CPAC (NP2).

Les données de la littérature sont discordantes pour les risques de complications hémorragiques nécessitant une hystérectomie ou une transfusion sanguine en raison du caractère hétérogène des populations étudiées. Ces risques ne semblent toutefois pas très différents selon le mode d'accouchement programmé (TVBAC ou CPAC) (NP3). Les risques d'infections du post-partum et thromboemboliques veineux

semblent identiques entre une TVBAC et une CPAC et demeurent rares (NP3). Le risque infectieux est avant tout lié à la présence d'une obésité associée (NP2). La durée de séjour hospitalière est plus longue après une CPAC qu'après une TVBAC (NP3).

La morbidité maternelle en cas d'utérus cicatriciel est majorée après un échec de la TVBAC par rapport à l'accouchement effectif par les voies naturelles. La nécessité d'effectuer une césarienne en urgence augmente les risques de plaies opératoires, de complications hémorragiques nécessitant une hystérectomie ou une transfusion sanguine, et de complications infectieuses (endométrite du post-partum) (NP2). La morbidité maternelle d'une TVBAC après un antécédent de césarienne diminue avec le nombre de succès d'une TVBAC précédente (NP2).

### 3. BÉNÉFICES ET RISQUES NÉONATAUX DE LA TENTATIVE DE VOIE BASSE COMPARÉE À LA CÉSARIENNE PROGRAMMÉE EN CAS D'ANTÉCÉDENT DE CÉSARIENNE

Globalement, les complications néonatales sont rares quel que soit le mode d'accouchement en cas d'antécédent de césarienne.

La mortalité fœtale *in utero* est faible mais augmentée en cas de TVBAC (0,5/1 000 à 2,3/1 000) par comparaison à la CPAC (0/1 000 à 1,1/1 000) (NP2). Le risque absolu de mortalité périnatale en cas de TVBAC est faible (1/1 000 à 2,9/1 000) mais significativement augmenté par comparaison à la CPAC (0/1 000 à 1,8/1 000) (NP2). De même, le risque absolu de mortalité néonatale est faible en cas de TVBAC (1,1/1 000) et significativement augmenté par comparaison à la CPAC (0,6/1 000) (NP2).

La prévalence d'encéphalopathie anoxo-ischémique est faible et semble significativement plus importante dans le groupe TVBAC (0,8/1000) comparé au groupe CPAC (0/1 000) (NP3). Le taux d'intubation en cas de liquide amniotique méconial est significativement plus important dans le groupe TVBAC comparé au groupe CPAC (NP2). Le taux de sepsis néonatal suspecté et prouvé est significativement plus important en cas de TVBAC (5 % et 1 %, respectivement) comparé à la CPAC (2 % et 0 %, respectivement) (NP2). Le risque de détresse respiratoire transitoire est significativement plus important dans le groupe CPAC (6 %) comparé au groupe TVBAC (3 %) (NP2). Pour diminuer ce risque, et en dehors de

situations particulières, la CPAC ne doit pas être réalisée avant 39 SA (grade B).

Les résultats des études sur l'impact du mode d'accouchement sur le score d'Apgar bas sont discordants et ne permettent pas de conclure (accord professionnel) tandis que la majorité des études ne retrouve pas d'augmentation d'admissions en unité de soins intensifs selon le mode d'accouchement (TVBAC *versus* CPAC) (NP3).

#### 4. QUELS FACTEURS INFLUENCENT LA VOIE D'ACCOUCHEMENT EN CAS DE TENTATIVE DE VOIE BASSE SUR UTÉRUS CICATRICIEL ?

Trois facteurs sont fortement associés à la réussite de la TVBAC : un antécédent d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC), surtout si l'accouchement par voie vaginale a eu lieu après la césarienne (NP2), un score de Bishop favorable ou un col considéré comme favorable à l'entrée en salle de travail (NP2) et le travail spontané (NP2).

Plusieurs facteurs diminuent le taux de succès de la TVBAC : antécédent de césarienne pour non-progression du travail ou non-descente de la présentation fœtale à dilatation complète (NP3), l'antécédent de deux césariennes [bien que le taux de succès de TVBAC reste élevé (70 %)] (NP3), âge maternel > 40 ans (NP3), indice de masse corporelle > 30 (NP3), une grossesse prolongée au-delà de 41 SA (NP3), un poids de naissance > 4 000 g. Cependant, il est rappelé que l'estimation de poids fœtal par échographie reste très imprécise avec un risque d'environ 50 % de faux positifs pour prédire un poids de naissance supérieur à 4 000 g (NP2). De plus, le recours au déclenchement du travail, quelle que soit la méthode utilisée, est associé à une diminution du taux de succès de TVBAC (NP2).

La réalisation d'une radiopelvimétrie pour accepter ou non une TVBAC est associée à une augmentation du taux de césarienne itérative sans diminution du taux de rupture utérine (NP2). Elle n'est pas nécessaire pour décider de la voie d'accouchement ni pour la conduite du travail en cas de TVBAC (grade C).

Les scores et nomogrammes sont d'une utilité clinique limitée pour identifier le groupe de patientes à risque de césarienne en cours de travail (accord professionnel).

## 5. CRITÈRES D'ACCEPTATION DE LA VOIE VAGINALE SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA CICATRICE UTÉRINE

Au vu des données actuelles, il est possible d'accepter une TVBAC en cas d'utérus malformé si la cicatrice d'hystérotomie de la césarienne précédente est segmentaire transversale (accord professionnel). Il n'y a pas d'étude qui ait une valeur méthodologique suffisante pour affirmer la supériorité d'un type de suture utérine lors de la césarienne pour réduire le risque de rupture utérine (accord professionnel).

Le niveau de preuve des études réalisées pour estimer le risque de rupture au cours de la grossesse ou pendant le travail après une myomectomie est faible (NP4). Le risque de rupture utérine dépend du type d'intervention qui a été réalisée (nombre d'incisions utérines et de fibromes enlevés) (accord professionnel). Une myomectomie par voie cœlioscopique ou laparotomique, si elle a été réalisée avec une utilisation minimale de la coagulation et avec une fermeture utérine en plusieurs plans, est probablement associée à un faible risque de rupture utérine et peut autoriser la voie vaginale lors d'une grossesse ultérieure (accord professionnel). Dans le cadre de la chirurgie hystéroscopique, une section de cloison et/ou une perforation avec utilisation de coagulation monopolaire pourraient augmenter le risque de rupture utérine par comparaison à un utérus non cicatriciel mais les données sont insuffisantes pour recommander la réalisation d'une césarienne programmée (accord professionnel).

Un antécédent de césarienne avec une incision verticale segmentaire n'est pas une contre-indication à la voie vaginale (accord professionnel). Une césarienne itérative est recommandée en cas d'incision corporéale en raison du risque de rupture utérine élevé (grade B). Le sur-risque de rupture utérine en cas d'antécédent de fièvre du post-partum n'est pas démontré. Elle n'est donc pas une indication de césarienne itérative (accord professionnel). En l'absence du compte rendu opératoire de la césarienne précédente, une TVBAC est possible (accord professionnel).

La TVBAC après deux césariennes pourrait augmenter le risque de rupture utérine par comparaison aux patientes n'ayant eu qu'une seule césarienne (NP3). La TVBAC en cas d'utérus bicatriciel demeure cependant possible lors de situations obstétricales favorables (accord professionnel). Une CPAC est recommandée à partir de 3 antécédents de césarienne en dehors du contexte de la mort fœtale *in utero* et de l'interruption médicale de grossesse (accord professionnel).



Le risque de rupture utérine augmente avec la réduction de l'intervalle écoulé entre l'accouchement par césarienne et la date de conception de la grossesse suivante (NP3). Une TVBAC peut être autorisée même en cas de délai inférieur à 6 mois si les conditions obstétricales sont favorables (accord professionnel).

Il n'y a pas d'arguments pour contre-indiquer une TVBAC sur le seul fait d'un antécédent de césarienne avant 37 SA (accord professionnel).

L'évaluation du risque de rupture utérine par échographie en cas d'utérus cicatriciel n'a pas d'utilité clinique prouvée et n'est donc pas recommandée au cours de la grossesse pour décider de la voie d'accouchement (accord professionnel).

En conclusion, une TVBAC est possible dans toutes les situations étudiées, à l'exception de l'incision corporeale lors de la césarienne précédente (grade B) et d'un antécédent d'au moins 3 césariennes (accord professionnel).

## 6. SITUATIONS CLINIQUES PARTICULIÈRES, MATERNELLES OU FŒTALES, INFLUENCANT LE CHOIX DU MODE D'ACCOUCHEMENT EN CAS D'ANTÉCÉDENT DE CÉSARIENNE

Il existe une augmentation des échecs de la TVBAC avec l'augmentation de l'âge maternel (NP3). La littérature ne fournit pas d'élément suffisant pour déterminer un seuil d'âge maternel au-delà duquel une CPAC est préférable à une TVBAC, toutefois, l'avenir obstétrical de la patiente est un élément à intégrer à l'information et à la décision des modalités d'accouchement chez ces patientes (accord professionnel).

La grande multiparité est associée à une réduction significative des échecs de la TVBAC et du risque de rupture utérine (NP3). La TVBAC devrait être encouragée pour les grandes multipares (grade C).

L'existence d'un diabète préexistant à la grossesse réduit indépendamment de la macrosomie fœtale les chances de succès de la TVBAC (NP3). Les diabètes gestationnels équilibrés sous régime ne constituent pas un facteur de risque d'échec de la TVBAC (NP3). Le diabète, gestationnel ou antérieur à la grossesse, n'est pas en lui-même un facteur de risque de rupture utérine (NP3). En l'absence de macrosomie fœtale, une TVBAC est possible pour les patientes

diabétiques quelles que soient la nature et l'ancienneté du diabète (grade C). L'obésité maternelle morbide (IMC > 40) est associée à une réduction des taux de succès de la TVBAC mais pas à une augmentation significative des ruptures utérines (NP3). La TVBAC est possible pour ces patientes (grade C). Une CPAC est préférable à une TVBAC en cas d'IMC > 50 en raison des taux d'échec très élevés de la TVBAC (87 %) (grade C) et des difficultés de mobilisation rapide de ces patientes dans le contexte de l'urgence (accord professionnel).

Le taux de succès de la version par manœuvre externe (VME) pour présentation du siège ne semble pas être affecté par le caractère cicatriciel de l'utérus (NP3). Il n'a pas été rapporté d'augmentation du risque de rupture utérine (NP4). Une VME devrait être proposée aux patientes éligibles à une TVBAC (grade C). En cas de confrontation favorable entre la pelvimétrie et les biométries fœtales et d'absence de déflexion persistante de la tête fœtale, une TVBAC est possible pour les patientes avec un fœtus en présentation du siège (accord professionnel).

Le taux de succès de la TVBAC en cas de grossesse gémellaire semble comparable à celui rapporté en cas de grossesse singleton (NP3), sans qu'y soit associée dans le même temps d'augmentation cliniquement significative du taux de rupture utérine (NP3). Une TVBAC est possible pour les patientes enceintes de jumeaux (grade C).

La macrosomie, définie a posteriori par un poids de naissance > 4 000 g, est associée à une augmentation du risque d'échec de la TVBAC (NP3) et à un taux de rupture utérine doublé (NP3). Cependant, les taux de succès de la TVBAC restent suffisamment élevés (> 60 %) et l'augmentation des taux de rupture utérine minime pour ne pas justifier la pratique d'une CPAC en cas de suspicion de macrosomie (grade C). Néanmoins, en cas de suspicion de macrosomie > 4 500 g, particulièrement chez les patientes n'ayant jamais accouché par voie vaginale, les chances de succès de la TVBAC sont assez faibles (< 40 %) (NP3) et l'augmentation des taux de rupture utérine assez élevée (x 3) (NP3) pour qu'une CPAC soit recommandée (grade C).

La TVBAC avant 37 SA par rapport à une TVBAC à terme est associée à des taux de succès comparables voire supérieurs et à une réduction du risque de rupture utérine (NP3). Les issues néonatales sont comparables après TVBAC et CPAC avant 37 SA (NP3). La TVBAC devrait être encouragée pour les patientes accouchant prématurément (grade C). La grossesse prolongée est associée à une réduction des taux de succès de la TVBAC mais pas à une augmentation du risque de rupture utérine (NP3). Une TVBAC est possible pour les patientes dépassant le terme de 41 SA (grade C).

Aucune étude n'a traité spécifiquement de l'effet sur le risque de rupture utérine et sur l'échec de la TVBAC du fœtus en retard de croissance intra-utérin.

## 7. QUELLES SONT LES RECOMMANDATIONS D'ORGANISATION ET D'INFORMATION EN CAS DE PROPOSITION DE TENTATIVE DE VOIE BASSE POUR UTÉRUS CICATRICIEL ?

Le risque d'échec de la TVBAC ainsi que le risque de rupture utérine justifient le renoncement à un accouchement à domicile ou dans une structure de type maison de naissance (accord professionnel). Le risque de complication hémorragique accompagnant la rupture utérine ou l'échec de TVBAC justifie que l'obstétricien maîtrise également les techniques de chirurgie d'hémostase (accord professionnel). En cas de placenta antérieur recouvrant la cicatrice utérine, le risque d'une anomalie d'insertion placentaire de type accreta doit faire préférer une naissance dans un établissement disposant non seulement des compétences chirurgicales mais aussi d'un accès rapide à des produits dérivés du sang ainsi qu'une unité de soins continus ou de réanimation maternelle (accord professionnel).

La TVBAC peut se dérouler dans une maternité qui ne dispose pas d'un obstétricien ni d'un anesthésiste sur place en permanence (accord professionnel). Cette situation expose à un risque plus élevé de ne pas pouvoir réaliser une césarienne dans un délai bref (NP4). Il est recommandé que l'obstétricien soit présent sur place lorsque le contexte obstétrical fait évoquer un risque plus élevé d'échec de TVBAC ou de rupture utérine tel qu'un déclenchement, des anomalies du rythme cardiaque fœtal ou de non-progression du travail (accord professionnel).

Il est recommandé que la décision de voie d'accouchement soit validée par un obstétricien au cours du 8<sup>e</sup> mois (accord professionnel). L'option retenue doit être motivée et notée dans le dossier médical avec la date et le nom de l'obstétricien (accord professionnel). L'attitude à adopter en cas d'entrée en travail inopinée avant la date d'une CPAC devrait être explicitée dans le dossier (accord professionnel). Il est recommandé que l'information dispensée aux patientes porteuses d'un utérus cicatriciel en vue de leur accouchement présente la TVBAC et la CPAC (accord professionnel). L'information doit mentionner la présence ou non sur place de l'obstétricien et de l'anesthésiste (accord professionnel). Selon le contexte obstétrical, des compléments

d'information devront être donnés notamment en cas de recours au déclenchement (accord professionnel).

Il est recommandé que l'obstétricien de garde soit systématiquement contacté en début de travail pour lui faire part de l'évaluation du contexte obstétrical et valider le choix de la TVBAC (accord professionnel). Il est recommandé que le suivi du travail soit réalisé si possible par la même personne (en dehors des cas d'indisponibilité ou de changements d'équipe) (accord professionnel). La vigilance à l'égard des signes de rupture doit être une préoccupation de l'ensemble des acteurs de soins : sage-femme, obstétricien et anesthésiste (accord professionnel). Un appel immédiat de l'obstétricien doit avoir lieu en cas de suspicion de rupture utérine (accord professionnel).

Il est recommandé d'informer les patientes sur les particularités d'une naissance avec utérus cicatriciel au décours de toute césarienne dès la période du post-partum et notamment lors de la visite postnatale (accord professionnel). L'information dispensée doit préciser qu'il est recommandé d'attendre un an avant une nouvelle conception (accord professionnel). Une information sera de nouveau dispensée lors de la consultation préconceptionnelle, en début de grossesse et au 8<sup>e</sup> mois afin d'aboutir à une décision partagée à terme (accord professionnel). Si la patiente maintient son choix d'une césarienne itérative après une information éclairée et un délai de réflexion, il est possible d'accéder à sa demande (accord professionnel).

## 8. MODE DE DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL ET CONDUITE DU TRAVAIL EN CAS D'UTÉRUS CICATRICIEL

### *Déclenchement*

En cas de déclenchement, le risque de césarienne en cours de travail est modérément augmenté tandis que celui de rupture utérine est environ doublé par rapport au travail spontané en cas d'utérus cicatriciel (NP2). Le déclenchement du travail sur utérus cicatriciel doit être motivé par une indication médicale (accord professionnel). Le déclenchement de convenance doit être évité en cas d'utérus cicatriciel (accord professionnel). En cas de déclenchement, un accouchement antérieur par voie vaginale et l'examen du col favorable sont des éléments importants à intégrer dans la prise de décision car ils augmentent les chances d'accoucher par voie vaginale (NP2). En cas

d'utérus bicatriciel, il est recommandé de ne pas déclencher le travail (accord professionnel).

Le déclenchement du travail utilisant l'ocytocine est associé à une augmentation minimale à modérée du risque de rupture utérine par comparaison au travail spontané (NP2). Au regard du rapport bénéfice/risque, une utilisation prudente de l'ocytocine pour le déclenchement du travail est possible (grade C).

Les prostaglandines E2 (PGE2) sont associées à une augmentation significative du risque de rupture utérine (NP2). Il est observé une réduction du taux de succès de la TVBAC dans les situations pour lesquelles les prostaglandines sont utilisées (conditions cervicales défavorables). La décision de les utiliser comme méthode de déclenchement doit tenir compte des facteurs obstétricaux et maternels pouvant influencer le succès d'une TVBAC. Leur utilisation doit être associée à la plus grande prudence (accord professionnel).

Le misoprostol semble augmenter de façon importante le risque de rupture utérine en cas d'utérus cicatriciel avec les protocoles étudiés (NP4). Son utilisation en l'état des connaissances n'est pas recommandée (accord professionnel).

Les données actuelles sont insuffisantes pour évaluer le risque de rupture utérine après déclenchement du travail par ballon transcervical. L'étude la plus robuste rapporte une augmentation modérée de ce risque (NP4). L'utilisation du ballon transcervical est possible avec prudence pour le déclenchement sur utérus cicatriciel (accord professionnel).

En cas d'interruption médicale de grossesse ou de mort *in utero* sur utérus cicatriciel, le déclenchement du travail paraît préférable à une césarienne programmée dans la majorité des cas, quel que soit le nombre de césariennes (accord professionnel). Les données les plus importantes concernent le misoprostol mais les niveaux de preuve sont faibles (NP4). Les données concernant le sulprostone et des PGE2 vaginales sont moindres que celles concernant le misoprostol dans cette indication, bien que le sulprostone ait l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication. Il semble toutefois possible d'utiliser le sulprostone et les PGE2 vaginales en fonction du terme ou des conditions cervicales (accord professionnel). Une préparation par mifepristone ou la mise en place de dilateurs hygroscopiques ne sont pas contre-indiquées en cas d'utérus cicatriciel (accord professionnel). En cas d'utérus multicatriciel, il est recommandé d'adresser la patiente vers un centre ayant l'expérience de la prise en charge des IMG avec un plateau technique adapté (accord professionnel).

**Conduite du travail**

Il n'y a pas d'intérêt à la mise en place systématique d'une tocométrie interne pour la surveillance du tonus et de l'activité utérine durant le travail chez des patientes avec antécédent de césarienne (accord professionnel). La tocométrie interne peut être un outil utile pour enregistrer les contractions si la qualité d'enregistrement en tocométrie externe est insuffisante mais elle ne permet pas de prédire ou diagnostiquer la rupture utérine (accord professionnel).

En cas de TVBAC, l'enregistrement en continu du rythme cardiaque fœtal est recommandé dès l'entrée en travail (accord professionnel). L'augmentation du risque de rupture utérine associée à l'utilisation de l'ocytocine est dose-dépendante (NP3). L'utilisation de l'ocytocine ne doit pas être systématique dans la prise en charge de la TVBAC d'un utérus cicatriciel (accord professionnel). En cas de dilatation stationnaire, il est recommandé de pratiquer une amniotomie en première intention (accord professionnel). Il faut employer la dose d'ocytocine la plus faible possible nécessaire à l'obtention d'une dynamique utérine satisfaisante (accord professionnel). En phase active, il est recommandé de ne pas dépasser une durée totale de stagnation de 3 heures pour réaliser une césarienne (accord professionnel). En phase de latence, il n'existe pas de données permettant d'émettre une recommandation.

Après un AVAC, il n'est pas recommandé de réaliser une révision utérine systématique du seul fait de l'existence d'une cicatrice utérine antérieure (grade C).

## 9. RUPTURE UTÉRINE : PRÉDICTION, DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE

La rupture utérine survient dans 0,1 % à 0,5 % des utérus cicatriciels et 0,2 % à 0,8 % des TVBAC (NP2). Elle est associée à une morbidité maternelle sévère de l'ordre de 15 % (hystérectomie, transfert en réanimation, lésions viscérales associées, transfusions sanguines) (NP2). La morbidité observée lors d'une rupture utérine après césarienne paraît cependant moins sévère que celle observée lors d'une rupture utérine sur utérus sain (NP3). La mortalité maternelle en lien avec la rupture utérine paraît faible (< 1 %) (NP3). La mortalité périnatale liée à la rupture utérine est comprise entre 3 % et 6 % à terme (NP2) et le taux d'asphyxie (pH AO < 7,00 ou encéphalopathie néonatale) entre 6 % et 15 % (NP2).

Deux facteurs obstétricaux influencent spécifiquement le risque de rupture utérine : un accouchement antérieur par voie basse (diminution du risque) et la réalisation d'un déclenchement artificiel du travail (augmentation du risque) (NP3). En pratique, le risque de rupture utérine est multifactoriel et les scores publiés ne permettent pas une prédiction suffisante du risque de rupture utérine pour avoir une utilité clinique (grade B).

La décision du mode d'accouchement doit tenir compte de l'association éventuelle de plusieurs facteurs associés au risque de rupture utérine ainsi que des facteurs influençant le taux de succès de la TVBAC (Tableau 1) (accord professionnel).

Les signes évocateurs de rupture utérine les plus fréquemment rapportés sont les anomalies du rythme cardiaque fœtal associées ou non à une douleur pelvienne, d'apparition brutale et secondaire (NP4). Mais ils ont une faible valeur diagnostique (NP3). Les capteurs de pression intra-utérine ne permettent pas d'anticiper le diagnostic de rupture utérine (NP3).

Il n'est pas possible de recommander une technique chirurgicale de réparation en cas de rupture utérine. Cependant, l'hystérectomie ne doit pas être systématique (accord professionnel).

Après un AVAC, il n'est pas recommandé de réaliser une révision utérine systématique du seul fait de l'existence d'une cicatrice utérine antérieure (grade C). La pertinence du diagnostic clinique de rupture utérine et de déhiscence par la révision utérine est faible (accord professionnel). Seules les ruptures utérines symptomatiques (saignements) peuvent nécessiter une réparation chirurgicale (accord professionnel). Une suspicion de déhiscence utérine asymptomatique lors d'une révision utérine après AVAC ne nécessite pas de correction chirurgicale (accord professionnel). Dans ce cas, les données de la littérature ne permettent pas d'émettre de recommandation sur les modalités de l'accouchement de la grossesse suivante (accord professionnel).

Les données disponibles ne permettent pas de contre-indiquer une grossesse après la survenue d'une rupture utérine (accord professionnel). En cas de nouvelle grossesse, les patientes doivent être clairement informées du risque de récurrence de rupture utérine (accord professionnel) et une CPAC est recommandée (accord professionnel). La date de réalisation de la césarienne doit être décidée au cas par cas (accord professionnel).

En cas de déhiscence de la cicatrice utérine découverte au cours d'une césarienne, il est recommandé de programmer une CPAC en cas de nouvelle grossesse (accord professionnel).

Tableau 1 - Facteurs influençant le risque de rupture utérine lors d'une tentative d'accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel

Critère	Risque de rupture utérine	Conséquences pratiques
Cicatrice corporeale	Augmentation majeure (NP3)	CPAC recommandée (grade B)
Utérus multicatriciel - utérus bicatriciel - utérus tricatriciel 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 minime (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 minime 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 minime 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 minime à modérée (NP3) Augmentation modérée (NP3)	Utilité de l'EPF échographique systématique non démontrée (AP) TVBAC possible <sup>a</sup> (AP) CPAC recommandée si EPF > 4 500 g <sup>a</sup> (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 minime (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 <sup>a</sup> (AP)
<p>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).</p> <p><sup>a</sup> Cette recommandation a été élaborée en tenant également compte du taux de succès de la TVBAC dans cette situation particulière.</p> <p>AP = accord professionnel</p> <p>Nous avons arbitrairement considéré, dans ce tableau, les correspondances suivantes : OR = 1-2 : « augmentation minime » du risque de RU ; OR &gt; 2-5 : « augmentation modérée » du risque de RU ; OR &gt; 5 : « augmentation majeure » du risque de RU.</p> <p>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.</p>		



## 10. ÉLÉMENTS DE LA PRISE EN CHARGE ANESTHÉSIQUE EN CAS D'ANTÉCÉDENT DE CÉSARIENNE

Une communication efficace entre l'équipe obstétricale et l'anesthésiste réanimateur est un prérequis pour la prise en charge optimale d'une femme ayant un antécédent de césarienne (accord professionnel).

Dans cette circonstance marquée par un risque accru d'interventions obstétricales urgentes pour lesquelles il est souhaitable d'éviter l'anesthésie générale (accord professionnel), la réalisation d'une péridurale est encouragée (accord professionnel). Selon les circonstances et en fonction du souhait de la parturiente, un cathéter péridural peut être placé en attente en début de travail (accord professionnel).

Lorsqu'elle est possible, l'anesthésie loco-régionale est la technique de choix pour la CPAC même si l'antécédent de césarienne est associé à une insertion anormale du placenta (accord professionnel).

### CONCLUSIONS

La TVBAC et la CPAC présentent toutes les deux des risques faibles de complications sévères pour la mère et l'enfant. Le rapport bénéfices/risques pour la mère à court et à long terme est favorable à la TVBAC (accord professionnel). Mais le rapport bénéfices/risques à court terme pour l'enfant est favorable à la CPAC (accord professionnel).

Pour le groupe d'experts du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, la TVBAC est l'option à privilégier dans la grande majorité des cas (accord professionnel). Peu de situations cliniques justifient en elles-mêmes une CPAC (accord professionnel).

Le choix de la voie programmée d'accouchement doit être partagé par la patiente et le médecin. Si la patiente souhaite une CPAC après information, discussion, et délai de réflexion, il est légitime d'accéder à sa demande (accord professionnel).

