Accouchement vaginal après césarienne en 2010

Rev Med Suisse 2010; 6: 2000-4

N. Jastrow
P. Cantero
M. Boulvain
O. Irion

Drs Nicole Jastrow et Pablo Cantero
Prs Michel Boulvain et Olivier Irion
Service d'obstétrique
Département de gynécologie et obstétrique
HUG, 1211 Genève 14
Nicole.JastrowMeyer@.hcuge.ch
Pablo.CanteroPerez@hcuge.ch
Michel.Boulvain@hcuge.ch
Olivier.Irion@hcuge.ch

Vaginal birth after cesarean delivery: update 2010
Uterine rupture is a rare, but potentially catastrophic complication of a trial of vaginal birth after cesarean (VBAC). In part because of concerns about this complication, the rate of cesarean deliveries continue to raise in developed countries. However, multiple repeat cesarean deliveries are associated with a greater risk of complications during surgery and of abnormal placentation in a subsequent pregnancy. VBAC should be proposed to women with good prognosis of VBAC success and low risk of uterine rupture. We aimed to review antepartum and intrapartum factors that are required for a safe VBAC.

La rupture utérine est une complication rare mais potentiellement catastrophique d'une tentative d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC). En conséquence, les taux de césariennes ne cessent d'augmenter. Cependant, la césarienne est associée à un risque plus élevé de complications maternelles et de risques d'anomalie ultérieure de la placentation. Pour cette raison, une tentative d'AVAC devrait être envisagée chez les femmes à bon pronostic de réussite d'un AVAC et à faible risque de rupture utérine. Cette revue propose de revoir les différents éléments à considérer dans l'évaluation globale du risque et du pronostic de réussite d'un AVAC ainsi que la surveillance intrapartum nécessaire pour un accouchement avec un minimum de risques.

INTRODUCTION

Les taux de césariennes ne cessent d'augmenter dans les pays industrialisés, avec en Suisse un taux qui atteignait 32% en 2007. Une des raisons majeures de cette hausse est l'augmentation des césariennes répétées.[1] Lors d'une seconde grossesse, il y a un risque d'environ 1% de rupture utérine lors d'une tentative d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC).[2] Cette complication est associée à un risque élevé de morbidité et mortalité maternelles et fœtales[3,4] et constitue une des complications médicales les plus coûteuses en poursuites légales.[5] L'alternative à l'AVAC est la césarienne élective qui permet d'éviter la rupture utérine dans la majorité des cas, mais qui est associée à des complications maternelles plus fréquentes[6,7] (hémorragie, hystérectomie, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, placenta praevia et accreta) qu'un accouchement vaginal et, en conséquence, un risque plus élevé de mortalité. De plus, en termes de morbidité néonatale, elle présente un risque plus élevé de détresse respiratoire.[8] Actuellement, la plupart des associations médicales (la Société des gynécologues et obstétriciens du Canada – SOGC, the American college of obstetricians and gynecologists – ACOG, le National institutes of health – NIH) recommandent qu'une tentative d'AVAC soit favorisée lorsque la mère présente des conditions favorables.[9,10] Il est donc important d'une part de bien sélectionner les candidates pour un AVAC et, d'autre part, de surveiller étroitement le travail d'accouchement pour offrir une tentative d'AVAC avec un minimum de risques.

SURVEILLANCE ANTÉNATALE LORS D'ANTÉCÉDENT DE CÉSARIENNE

Sélection des candidates à faible risque pour une tentative d'accouchement vaginal après césarienne

Généralement, la voie d'accouchement est discutée vers la trente-sixième semaine d'aménorrhée (SA). Il est important de considérer non seulement le taux de succès d'AVAC, mais aussi d'exposer ses risques et ses avantages. Les antécédents personnels et tous les éléments relatifs à la césarienne antérieure se-

ront à intégrer dans la discussion. Certains auteurs ont proposé des scores de taux de succès d'AVAC.[11] Cependant, il n'existe pas à ce jour de facteur prédicteur établi du risque de rupture utérine.[12,13]

Les éléments principaux à considérer lors de la discussion sont:

1. *le nombre de césariennes antérieures:* en cas d'antécédent de plus d'une césarienne, il semble que le risque de rupture utérine soit augmenté,[14] raison pour laquelle on recommande généralement une césarienne dans cette situation;

2. *le type d'utérotomie:* on note une augmentation du risque de rupture utérine lors d'une incision autre que transversale basse (verticale basse, corporéale ou en T).[15] Il faut prêter attention aux césariennes antérieures effectuées avant terme, puisqu'il semble qu'il y ait un risque légèrement supérieur de rupture utérine au vu de l'absence de formation du segment inférieur utérin;[16]

3. *la suspicion de macrosomie:* plusieurs études ont démontré une diminution du taux de réussites d'AVAC en cas de macrosomie. En ce qui concerne le risque de rupture utérine, une étude récente suggère une augmentation de cette complication, surtout chez les femmes sans antécédent d'accouchement vaginal;[17]

4. *l'intervalle entre les accouchements:* plusieurs études ont démontré une augmentation du risque de rupture utérine lorsque l'intervalle entre les accouchements était inférieur à dix-huit mois;[18]

5. *les complications infectieuses du post-partum:* le risque de rupture utérine est augmenté en cas d'endométrite lors de la césarienne antérieure;[19]

6. *l'indication de la césarienne antérieure:* on note une diminution du taux de réussites d'AVAC si la césarienne antérieure a été effectuée pour une indication récurrente (disproportion fœto-maternelle), surtout à dilatation complète;[20]

7. *la fermeture de l'ancienne utérotomie:* certaines études démontrent une augmentation du risque de rupture utérine lors d'une fermeture de l'utérotomie en un plan comparé à deux plans lors de la césarienne précédente;[21]

8. *les antécédents d'accouchement vaginal:* une augmentation du taux de réussites d'AVAC et une diminution du risque de rupture utérine ont été observées en présence d'antécédent d'accouchement vaginal;[22]

9. *la mesure du segment inférieur (MSI) de l'utérus par échographie* (figure 1): réalisée entre la trente-cinquième et la trente-huitième SA, cette mesure semble être actuellement le meilleur outil permettant d'évaluer le risque de rupture utérine.[23,24] Une étude a démontré qu'une MSI inférieure à 2,3 mm pouvait prédire la majorité des ruptures utérines.[24] Selon une récente revue systématique, la valeur-seuil optimale se situerait entre 2 et 3,5 mm, mais elle ne peut être déterminée de façon plus précise en raison de l'importante hétérogénéité des techniques d'échographie utilisées.[25] Il apparaît donc nécessaire de standardiser la technique avant d'étendre la pratique de la MSI de routine. Les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) participent actuellement à une étude prospective multicentrique, qui a pour buts: 1) de démontrer qu'une MSI supérieure ou égale à 2,5 mm est associée à un faible taux de ruptures utérines et 2) de standardiser et valider la méthode de MSI décrite par Bujold et coll;[24]

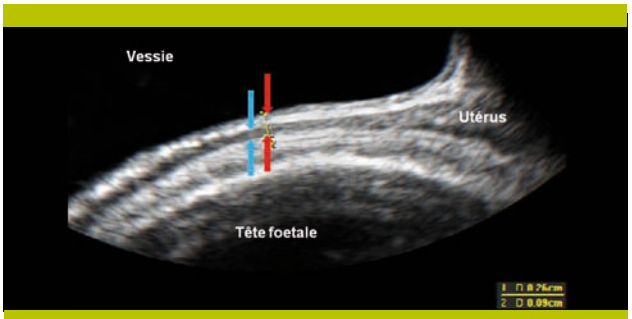


Figure 1. Mesure du segment inférieur utérin (SMI) par voie vaginale à 36 semaines d'aménorrhée

Visualisation de l'épaisseur totale du SMI, entre les flèches rouges (incluant le myomètre et la face postérieure de la vessie), qui mesure 2,6 mm et le myomètre, entre les flèches bleues, qui mesure 0,9 mm.

10. *l'examen clinique:* il est nécessaire de procéder à un examen clinique afin d'intégrer la taille maternelle, le poids fœtal présumé et l'évaluation du bassin, pour dépister une potentielle disproportion fœto-maternelle. L'examen du col (score de Bishop) est aussi une donnée importante dans l'éventualité d'une nécessité d'induction de l'accouchement;

11. *le choix de la patiente et le désir de grossesse ultérieure:* le choix de la voie d'accouchement devrait aussi prendre en compte ces deux éléments. En effet, le risque d'anomalie de l'insertion placentaire lors d'une grossesse ultérieure (placenta praevia et/ou accreta) augmente avec le nombre de césariennes.[6,7]

Décision du mode d'accouchement

La patiente doit être informée du risque de rupture utérine en cas de tentative d'AVAC, qui reste présent, même s'il est faible, selon les critères susmentionnés. Il existe aussi un risque de césarienne en urgence associée à une morbidité néonatale et maternelle plus importante que lors d'une césarienne élective. Les risques de la césarienne élective doivent être aussi abordés, notamment celui de détresse respiratoire du nouveau-né, complication qui diminue après 39 SA, raison pour laquelle l'intervention sera programmée au-delà de cet âge gestationnel.[26] Sur le plan médico-légal, il est important de documenter de manière détaillée cette discussion. Suivant le mode d'accouchement choisi, la patiente devra signer un consentement de tentative d'AVAC (consentement de la Société suisse de gynécologie et obstétrique – SSGO) ou un consentement de césarienne élective.

Réévaluation du mode d'accouchement à terme dépassé

En cas d'utérus cicatriciel, il faut tout faire pour privilégier la mise en travail spontanée et réduire au minimum les indications d'induction du travail. Si la patiente n'a pas accouché à 40 SA, une nouvelle discussion de la voie d'accouchement est nécessaire. En effet, l'induction du travail est associée à une augmentation du risque de rupture utérine.[4] L'ocytocine peut être utilisée avec prudence alors que les prostaglandines sont contre-indiquées.[2,4] L'évaluation du col est importante puisque l'induction sur col favorable (bishop > 6) ne semble pas augmenter le risque de rupture utérine et conduit aux mêmes taux d'accouchement

vaginal qu'une mise en route spontanée.[27]

La patiente avec antécédent de césarienne bénéficiera d'une surveillance fœtale post-terme habituelle. Suivant le désir de la patiente et selon le score de Bishop, une césarienne élective ou une induction du travail sera alors proposée vers 41 SA.

SURVEILLANCE INTRAPARTUM DES PATIENTES AVEC ANTÉCÉDENT DE CÉSARIENNE

Les associations médicales (SOGC, ACOG) recommandent que la patiente avec antécédent de césarienne accouche dans un hôpital où il y a la possibilité de pratiquer une césarienne et d'avoir recours à du personnel d'obstétrique, d'anesthésie et de pédiatrie. Un délai de 30 minutes est considéré comme adéquat pour la préparation d'une laparotomie en urgence.[9,10] En salle d'accouchement, une surveillance clinique étroite est indiquée pour une tentative d'AVAC. En effet, le risque de rupture utérine augmente en cas de surveillance insuffisante. Peu d'études se sont penchées sur cette problématique.

Surveillance du travail

La patiente est sous monitoring continu. La progression de la dilatation cervicale est à surveiller étroitement. Un plan d'accouchement doit être établi et régulièrement discuté avec la patiente. Devant les signes évocateurs de rupture utérine (cardiotocogramme pathologique, douleurs au niveau de la cicatrice persistant entre les contractions utérines, malaise d'installation nouvelle, perturbation hémodynamique sans cause évidente, saignement vaginal inaugural, remontée anormale de la présentation), une césarienne devrait être effectuée en urgence. En cas d'hémorragie de la délivrance, une laparotomie peut être indiquée.

Stimulation à l'ocytocine

La stimulation à l'ocytocine augmente probablement le risque de rupture utérine.[4] Cependant, elle est autorisée si les contractions sont insuffisantes. On préférera la rupture des membranes si celle-ci est possible.

Dose maximale d'ocytocine

Selon deux études récentes, une dose d'ocytocine supérieure à 1,2 UI/h (20 mUI/min) augmente le risque de rupture utérine de trois à quatre fois.[28,29]

Stagnation de la dilatation

Le risque de rupture utérine est augmenté lors de dystocie en cours de travail.[30] Ce risque est particulièrement important après des stagnations supérieures à deux heures.[31] En phase active (dilatation cervicale supérieure à 3 cm) une césarienne devrait être proposée après au maximum deux heures de stagnation avec des contractions utérines efficaces. Aucune donnée de la littérature n'indique une durée maximale tolérée de la phase de latence (dilatation cervicale inférieure ou égale à 3 cm), mais nous considérons que la présence de contractions utérines régulières avec modification cervicale (raccourcissement, ouverture) de plus de six à huit heures pourrait faire suspecter une stagnation de la dilatation et constitue une indication de césarienne.

Analgésie péridurale

A ce jour, il n'existe aucun argument pour contre-indiquer l'anesthésie péridurale dans les cas d'utérus cicatriciel, car elle ne semble pas masquer les signes de rupture utérine ni retarder sa prise en charge. Au contraire, il semble même que l'augmentation du dosage nécessaire de l'anesthésie puisse être un signe supplémentaire évocateur de rupture utérine.[32]

CONCLUSION

La tentative d'AVAC devrait être envisagée chez les femmes avec antécédent de césarienne après évaluation de multiples éléments. Il n'existe pas à ce jour de facteur prédicteur établi du risque de rupture utérine, mais nous considérons qu'un utérus polycicatriciel, une utérotomie autre que transversale basse ou un intervalle entre les accouchements inférieur à dix-huit mois devraient représenter une contre-indication à une tentative d'AVAC. La MSI semble un outil prometteur dans l'évaluation du risque de rupture utérine, mais elle doit encore être standardisée et validée dans de futures études. Une discussion appropriée avec la patiente devrait avoir lieu sur les risques et bénéfices d'une tentative d'AVAC afin que son consentement soit éclairé. Le travail est à surveiller de manière très rigoureuse. Un plan d'accouchement doit être établi avec la patiente et réévalué de manière rapprochée. On sera particulièrement attentif à l'apparition d'une dystocie qui augmente fortement le risque de rupture utérine.

Implications pratiques

- La tentative d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) doit être proposée à toute femme avec antécédent d'une césarienne transversale basse et en l'absence de contre-indication
- Une discussion appropriée avec la patiente devrait avoir lieu sur les risques et bénéfices d'une tentative d'AVAC
- Un utérus polycicatriciel, une utérotomie autre que transversale basse ou un intervalle entre les accouchements inférieur à dix-huit mois semblent augmenter le risque de rupture utérine et devraient contre-indiquer une tentative d'AVAC
- La mesure du segment inférieur utérin (MSI) est un outil prometteur dans la prédiction du risque de rupture utérine, mais il est nécessaire de standardiser les techniques de mesure avant d'étendre son utilisation en routine clinique
- En cas d'utérus cicatriciel, il faut tout faire pour privilégier la mise en travail spontanée et réduire au minimum les indications d'induction du travail
- L'induction du travail par ocytocine est possible, mais les prostaglandines sont à proscrire
- La surveillance intrapartum dans une structure adéquate, en particulier la détection précoce d'une dystocie, est nécessaire pour un accouchement avec un minimum de risques
- En cas de césarienne élective itérative, celle-ci devrait être réalisée au-delà de 39 SA afin de diminuer au maximum les risques de détresse respiratoire du nouveau-né

Bibliographie

1 * National institutes of health consensus development conference statement. Vaginal birth after cesarean: New insights march 8-10, 2010. Obstet Gynecol 2010;115:1279-95.

2 ** Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. N Engl J Med 2001; 345:3-8.

3 Guise JM. Vaginal delivery after caesarean section. BMJ 2004;329:359-60.

4 ** Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004; 351:2581-9.

5 Sachs BP, Kobelin C, Castro MA, Frigoletto F. The risks of lowering the cesarean-delivery rate. N Engl J Med 1999;340:54-7.

6 Pare E, Quinones JN, Macones GA. Vaginal birth after caesarean section versus elective repeat caesarean section: Assessment of maternal downstream health outcomes. BJOG 2006;113:75-85.

7 Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: A meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 1997;177:1071-8.

8 Kamath BD, Todd JK, Glazner JE, Lezotte D, Lynch AM. Neonatal outcomes after elective cesarean delivery. Obstet Gynecol 2009;113:1231-8.

9 SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (replaces guideline number 147), february 2005. Int J Gynaecol Obstet 2005;89:319-31.

10 ACOG practice bulletin #54: Vaginal birth after previous cesarean. Obstet Gynecol 2004;104:203-12.

11 Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2007;109:806-12.

12 Macones GA, Cahill AG, Stamilio DM, et al. Can uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery be predicted? Am J Obstet Gynecol 2006;195:1148-52.

13 Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al. Prediction of uterine rupture associated with attempted vaginal birth after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2008; 199:30 e1-5.

14 Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, et al. Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. Am J Obstet Gynecol 1999;181:872-6.

15 Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean : A meta-analysis of morbidity and mortality. Obstet Gynecol 1991;77:465-70.

16 Sciscione AC, Landon MB, Leveno KJ, et al. Previous preterm cesarean delivery and risk of subsequent uterine rupture. Obstet Gynecol 2008;111:648-53.

17 Jastrow N, Roberge S, Gauthier RJ, et al. Effect of birth weight on adverse obstetric outcomes in vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2010;115: 338-43.

18 Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. Obstet Gynecol 2010;115:1003-6.

19 Shipp TD, Zelop C, Cohen A, Repke JT, Lieberman E. Post-cesarean delivery fever and uterine rupture in a subsequent trial of labor. Obstet Gynecol 2003;101: 136-9.

20 Hoskins IA, Gomez JL. Correlation between maximum cervical dilatation at cesarean delivery and subsequent vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol 1997;89:591-3.

21 Bujold E, Goyet M, Marcoux S, et al. The role of uterine closure in the risk of uterine rupture. Obstet Gynecol 2010;116:43-50.

22 Mercer BM, Gilbert S, Landon MB, et al. Labor outcomes with increasing number of prior vaginal births after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2008;111:285-91.

23 Rozenberg P, Goffinet F, Phillippe HJ, Nisand I. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. Lancet 1996; 347:281-4.

24 * Bujold E, Jastrow N, Simoneau J, Brunet S, Gauthier RJ. Prediction of complete uterine rupture by sonographic evaluation of the lower uterine segment. Am J Obstet Gynecol 2009;201:320 e1-6.

25 Jastrow N, Chaillet N, Roberge S, et al. Sonographic lower uterine segment thickness and risk of uterine scar defect: A systematic review. J Obstet Gynaecol Can 2010;32:321-7.

26 * De Luca R, Boulvain M, Irion O, Berner M, Pfister RE. Incidence of early neonatal mortality and morbidity after late-preterm and term cesarean delivery. Pediatrics 2009;123:e1064-71.

27 Bujold E, Blackwell SC, Hendler I, et al. Modified Bishop's score and induction of labor in patients with a previous cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2004; 191:1644-8.

28 Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, et al. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2008;199:32. e1-5.

29 Cahill AG, Stamilio DM, Odibo AO, et al. Does a maximum dose of oxytocin affect risk for uterine rupture in candidates for vaginal birth after cesarean delivery? Am J Obstet Gynecol 2007;197:495. e1-5.

30 Hamilton EF, Bujold E, McNamara H, Gauthier R, Platt RW. Dystocia among women with symptomatic uterine rupture. Am J Obstet Gynecol 2001;184:620-4.

31 Khan KS, Rizvi A. The partograph in the management of labor following cesarean section. Int J Gynaecol Obstet 1995;50:151-7.

32 Cahill AG, Odibo AO, Allsworth JE, Macones GA. Frequent epidural dosing as a marker for impending uterine rupture in patients who attempt vaginal birth after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2010; 202:355. e1-5.

* **à lire**
** **à lire absolument**