

Salus Global

Préférences
Déconnexion

- Communauté
- Équipe de base
- Participant
- Bienvenue Mlle Nadine Lewis
- Heures de participation: 80
- Module du programme: 6

English

 Valider


- Mon tableau de bord de participation
- Chapitres
 - **Aperçu du programme**
 - **Plan pour l'année**
 - **Module 1**
 - **Module 2**
 - **Module 3**
- Activités personnelles
 - **Projets d'apprentissage personnels**
 - **Enregistrer vos vérification individuelle de cas**
 - **Enregistrer vos chapitres**
 - **Enregistrer débriefage**
 - **Enregistrer vos arbres de décision**
 - **Enregistrer vos exercices de compétences**
 - **Activités de l'équipe de base**
- Voir le journal des activités
- Réclamer les crédits pour la FMC
- Outils et matériels
- Accès aux SEC/ tests
- Sondage sur l'impact du module
- Résultats personnels
 - **Résultats des tests**
 - **Aperçu des résultats des tests**
 - **Moyenne des résultats des tests**
 - **Évaluation de la culture**
- Nos succès
 - **Apprentissage individuel**
 - **Nos recommandations**
 - **Nos succès**
- Jeu-questionnaire
- Prix
 - **Prix de reconnaissance**
 - **Prix de la sécurité des patientes**



 Imprimer Imprimer

Épreuve de travail après une césarienne (ÉTAC) 16e édition (pub Sep-6-2017)

Liens rapides

- Objectifs
- Introduction
- Définitions
- Incidence
- Taux de succès des AVAC
- Facteurs qui favorisent la réussite des AVAC
- Facteurs qui défavorisent la réussite des AVAC
- Morbidité et mortalité maternelles
- Issues maternelles associées à l'ÉTAC par rapport à la CIP
- Rupture utérine
- Facteurs à prendre en considération dans le cadre de grossesses ultérieures
- Morbidité et mortalité néonatales
- Préalables quant à l'offre d'une ÉT après une césarienne antérieure
- Sélection des candidates à une ÉTAC
- Facteurs à prendre en considération
- Résumé
- Prise en charge
- Conduite du travail
- Déclenchement et stimulation du travail
- Signes et symptômes d'une rupture utérine
- Prise en charge de la rupture utérine
- Résumé
- Rétroaction sur les chapitres
- Références
- Statistiques

- Enregistrer le chapitre

[Previous](#)

Objectifs

[Next](#)

À la fin de la présente section, les participants pourront :

- identifier les risques et les avantages du travail après une césarienne
- discuter de la morbidité et de la mortalité maternelles associées à l'ÉTAC
- discuter de la morbidité et de la mortalité néonatales associées à l'ÉTAC
- décrire les taux de succès potentiels d'un AVAC
- identifier les facteurs qui peuvent augmenter ou diminuer la probabilité de réussite d'un AVAC
- sélectionner les candidates appropriées pour une ÉTAC
- identifier les contre-indications quant à l'ÉTAC
- définir les soins intrapartum appropriés pour les femmes qui ont planifié une ÉTAC
- décrire les risques, les complications et le processus de déclenchement et de stimulation du travail en présence d'antécédents de césarienne
- identifier les signes et les symptômes associés à une rupture utérine et décrire un plan de prise en charge

[Previous](#)

Objectifs

[Next](#)

À la fin de la présente section, les participants pourront :

- identifier les risques et les avantages du travail après une césarienne
- discuter de la morbidité et de la mortalité maternelles associées à l'ÉTAC
- discuter de la morbidité et de la mortalité néonatales associées à l'ÉTAC
- décrire les taux de succès potentiels d'un AVAC
- identifier les facteurs qui peuvent augmenter ou diminuer la probabilité de réussite d'un AVAC
- sélectionner les candidates appropriées pour une ÉTAC
- identifier les contre-indications quant à l'ÉTAC
- définir les soins intrapartum appropriés pour les femmes qui ont planifié une ÉTAC
- décrire les risques, les complications et le processus de déclenchement et de stimulation du travail en présence d'antécédents de césarienne
- identifier les signes et les symptômes associés à une rupture utérine et décrire un plan de prise en charge

Introduction

La principale indication de césarienne au Canada est une césarienne antérieure, ce qui représente plus de 30 % du total. Chaque année, plus de 30 000 femmes au pays doivent choisir entre une épreuve de travail ou une césarienne itérative. Des associations professionnelles, dont la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* et l'*American Congress of Obstetricians and Gynecologists*, recommandent d'offrir aux femmes admissibles une épreuve de travail après une césarienne (ÉTAC).¹

Les candidates à l'ÉTAC planifiée sont des femmes pour lesquelles le rapport risques-avantages et les chances de réussites sont acceptables, tant pour la femme que pour le fournisseur de soins. Cela étant dit, ce rapport peut sembler acceptable pour une femme, mais pas pour une autre.² On devrait discuter et prendre des décisions relativement à l'accouchement dans le cadre de grossesses subséquentes à la suite d'une césarienne avec chaque patiente, et ce, dès la période postpartum.

Définitions

Accouchement vaginal après une césarienne (AVAC) : Accouchement vaginal chez une femme qui a déjà subi une césarienne.³

Épreuve de travail après une césarienne (ÉTAC) : Tentative de travail chez une femme qui a déjà subi une césarienne, dans le but de pratiquer un accouchement vaginal réussi.

La **césarienne itérative planifiée (CIP)** se définit comme étant une césarienne pratiquée avant le début du travail.

Rupture de cicatrice utérine : La « séparation complète du myomètre avec ou sans expulsion des parties fœtales dans la cavité péritonéale de la mère »³

Déhiscence de cicatrice utérine : Situation dans le cadre de laquelle les membranes fœtales ne sont pas rompues et le fœtus n'est pas sorti de l'utérus. Habituellement, le péritoine qui couvre l'anomalie est intact. La morbidité et la mortalité ne sont PAS accrues comme dans le cas d'une rupture utérine⁴

Incidence

La proportion de bébés nés par césarienne continue de grimper au Canada.

En 2011-2012, 27,2 % des accouchements effectués en milieu hospitalier l'ont été par césarienne, par rapport à 17,6 % en 1995-1996.⁵ En 2012, aux États-Unis, 32,8 % des accouchements ont été réalisés par césarienne.⁶

En 2011-2012, le taux canadien de césarienne primaire est demeuré stable, à 17,9 %. Ce taux continue d'être considérablement plus élevé chez les Canadiennes de 35 ans et plus que chez les plus jeunes (22,3 % contre 17,0 %).⁷

Le taux canadien de césarienne itérative, c'est-à-dire la proportion de femmes qui ont subi une autre césarienne après une intervention semblable antérieure, était de 82,5 % en 2011-2012.

En Colombie-Britannique, en 2012-2013, on a jugé que 82,4 % des femmes qui avaient subi une césarienne antérieure étaient admissibles à une ÉTAC. Parmi ce groupe admissible, 32,6 % ont tenté un ÉTAC, qui a réussi dans 71,3 % des cas.⁸

En 2006, le taux d'AVAC était de 8,6 % aux États-Unis. On estime que de 60 à 80 % des candidates adéquates qui tenteront une ÉTAC connaîtront un succès.²

Taux de réussite

Dans le cadre d'une étude canadienne portant sur 3 493 femmes, menée en 2008, le taux d'ÉTAC variait entre 50,6 % et 81,1 %. Pour les femmes soumises à une ÉTAC, le taux de réussite était entre 64,3 % et 76,1 %.⁹

Le taux global d'ÉTAC au sein des études américaines s'établissait à 58 % (plage variant entre 28 % et 70 %). Dans le cas des études menées après 1996, moins de la moitié des femmes (44 %) s'étaient soumises à une ÉTAC, comparativement à 62 % des femmes ayant pris part à des études avant 1996.¹⁰ L'incidence d'AVAC chez les femmes soumises à une ÉTAC est d'environ 74 % aux États-Unis.^{11,12}

Une étude menée par Landon et coll. compte parmi celles qui ont identifié des facteurs prévisionnels relativement à la réussite de l'AVAC. Cette étude s'est penchée de façon prospective sur 14 529 femmes qui se sont soumises à une ÉTAC entre 1999 et 2002. Les facteurs suivants ont été identifiés comme permettant de prédire les résultats, et il s'avère utile de les prendre en considération au moment de discuter avec les femmes du choix entre l'ÉTAC et la pratique d'une nouvelle césarienne.^{13,14}

Les adolescentes sont plus susceptibles de tenter une ÉTAC et connaîtront probablement autant de succès que leurs homologues adultes. On devrait les encourager à tenter une épreuve de travail après une césarienne s'il y a lieu, afin de réduire les risques de morbidité maternelle tout au long de la vie à cause de nombreuses césariennes itératives.¹⁵

1. Les facteurs qui favorisent la réussite des ÉTAC sont, entre autres :

- Un AVAC antérieur réussi
- Un accouchement antérieur par voie vaginale
- Un col favorable
- Un travail spontané
- La non-réurrence de l'indication ayant motivé le recours antérieur à une césarienne (p. ex. une présentation par le siège)
- Une mère âgée de moins de 40 ans

2. Les facteurs qui réduisent la probabilité de réussite des ÉTAC sont, entre autres :

- Une césarienne antérieure suscitée par une dystocie
- La nécessité d'un déclenchement du travail qui exige une maturation du col de l'utérus
- La nécessité de stimuler le travail
- Un âge gestationnel de plus de 40 semaines
- Un poids à la naissance supérieur à 4 000 grammes
- Une femme dont l'indice de masse corporelle (IMC) est supérieur à 30 kg/m².
- Hypertension¹⁶

Points Clés

On a montré qu'un modèle prédictif de la réussite des ÉTAC conçu aux États-Unis était valide dans une population canadienne. Il permet une estimation précise de la probabilité de succès des ÉTAC et peut servir dans la pratique, sans égard à l'origine ethnique, comme principale méthode de peaufinage du counseling lors des consultations prénatales des femmes ayant déjà subi une césarienne.¹

Outil de calcul (disponible seulement en anglais) : <https://mfmu.bsc.gwu.edu/PublicBSC/MFMU/VGBirthCalc/vagbirth.html>

Morbidité et mortalité maternelles

La rupture utérine, l'hémorragie, la thromboembolie et l'infection donnent lieu à une morbidité et à une mortalité maternelles importantes. Des études révèlent que la rupture utérine peut se produire chez les femmes avant, pendant ou même après le travail.

Mortalité maternelle par méthode d'accouchement

Dans le cadre d'une étude de cohorte rétrospective, Wen et coll. ont analysé 352 215 naissances chez des femmes ayant eu des antécédents de césarienne entre 1988 et 2000 (le nombre total d'accouchements au cours de la période était de 3 576 980).¹⁷ Ils ont examiné les taux de rupture utérine et les taux de mortalité maternelle. L'étude a révélé que les taux de rupture utérine, de transfusion sanguine et d'hystérectomie étaient plus élevés chez les femmes qui avaient subi une ÉTAC, mais que le taux de mortalité maternelle était plus élevé chez les femmes qui avaient connu un accouchement par césarienne planifiée . Ces résultats ont été corroborés dans d'autres pays.^{18,19}

Taux de mortalité maternelle à l'hôpital (IC à 95 %) au Canada, de 1988 à 2000

Groupes	Accouchements	Décès	Taux de décès /100 000	Risque relatif (IC à 95 %)
<u>Tous les accouchements (n=3 576 980)</u>				
Césarienne	685 856	119	17,3	9,11 (6,62-12,53)
Accouchement vaginal	2 891 124	55	1,9	1,0 (Référence)
<u>Césarienne antérieure (n=352 215)</u>				
césarienne planifiée	209 007	23	11,0	5,25 (1,58-17,49)
Épreuve de travail (ÉTAC)	143 208	3	2,1	1,0 (Référence)

Cés. à rép adm.* (n=308 755).

Cés. plan. à rép adm.*	179 795	10	5,6	3,59 (0,79-16,37)
Cés. adm.* avec ÉTAC	128 960	2	1,6	1,0 (Référence)

*Excluant les cas de grossesse multifœtale, de prééclampsie /éclampsie, de présentation du siège/transversale/oblique, de travail préterme, de placenta praevia, de décollement placentaire, d'herpès simplex, de mère âgée de moins de 14 ans.

Tiré de Wen et coll.,¹⁷ 2004 (tous droits réservés), avec la permission d'Elsevier.

Issues maternelles associées à l'ÉTAC par rapport à la CIP

Il n'existe présentement aucun essai comparatif randomisé permettant de déterminer les issues maternelles ou néonatales parmi les femmes qui entreprennent une ÉTAC, et celles qui se soumettent à une césarienne itérative. La majorité des résultats relatifs à l'innocuité de l'ÉTAC par rapport à la CIP sont fondés sur des données observationnelles. Les recommandations et les décisions touchant une ÉTAC devraient être émises et prises avec prudence, en tenant compte des limites des données publiées.

En 2010, les données ont été résumées dans un rapport sur les données probantes / d'évaluation des technologies intitulé *Vaginal Birth After Cesarean: New Insights*. Les auteurs de ce rapport ont identifié 3 134 citations et passé en revue 963 articles aux fins d'inclusion; 203 de ceux-ci ont satisfait les critères d'inclusion et ont obtenu une cote de qualité.¹¹

Avantages et préjudices à court terme pour la mère de l'ÉTAC par rapport à la CIP¹¹

Préjudice possible	ÉTAC	CIP	
Décès maternel	3,8 par 100 000 (intervalle de confiance [IC] à 95 %, 0,9–15,5)	13,4 par 100 000 (IC à 95 %, 4,3–41,6)	Considérablement plus élevé dans le cas d'une CIP
Rupture utérine	4,7 par 1 000 (0,47 %) (IC à 95 %, 0,28–0,77)	0,3 par 1 000 (0,026 %) (IC à 95 %, 0,009–0,082)	Considérablement plus élevée dans le cas d'une ÉTAC
Durée de l'hospitalisation	2,55 jours (IC à 95 %, 2,34–2,76)	3,92 jours (IC à 95 %, 3,56–4,29)	La durée de l'hospitalisation est plus longue dans le cas d'une CIP
Hémorragie	6,6 par 1 000 (IC à 95 %, 2,0–22,1)	4,6 par 1 000 (IC à 95 %, 1,6–13,2)	Pas de différence significative sur le plan statistique
Hystérectomie	0,17 % (IC à 95 %, 0,12 %–0,26 %)	0,28 % (IC à 95 %, 0,12 %–0,67 %)	Pas de différence significative sur le plan statistique
Taux d'infection	46 par 1 000 (IC à 95 %, 15–135)	32 par 1 000 (IC à 95 %, 13–73)	Pas de différence significative sur le plan statistique

Nota : On a constaté une tendance à la hausse de l'endométrite dans le cas de la CIP par rapport à l'ÉTAC; à l'inverse, on a constaté une hausse de la chorioamnionite dans le cas de l'ÉTAC par rapport à la CIP. L'augmentation de l'IMC a été associée à une hausse de l'incidence de fièvre chez les femmes soumises à une ÉTAC.

Rupture utérine

Dans le rapport sur les données probantes / d'évaluation des technologies intitulé *Vaginal Birth After Cesarean: New Insights*, on signale ceci : « Bien que de nombreuses études aient été publiées au sujet de la rupture utérine ou de la déhiscence (393 articles), seulement huit études de cohorte étaient d'une qualité bonne ou passable, y compris au chapitre de la population visée, et ont employé la définition anatomique de la rupture utérine qui figure dans le présent rapport. »

Le risque de rupture utérine pour toutes les femmes ayant déjà subi une césarienne, peu importe la méthode d'accouchement, est de 0,3 pour cent (IC à 95 %, 0,2–0,4). Le risque de rupture utérine chez les femmes soumises à une ÉTAC est considérablement plus élevé (0,47 %; IC à 95 %, 0,28-0,77) que chez celles qui se soumettent à une CIP (0,026 %, IC à 95 %, 0,009–0,082).

Morbidité maternelle

Aucune des huit études examinées ne signale de décès maternel attribuable à une rupture utérine. Le risque d'hystérectomie lié à une rupture utérine varie entre 14 % et 33 %.¹¹

Facteurs de risque relatifs à la rupture utérine

Le risque de rupture utérine chez les femmes qui ont subi un déclenchement était à son plus faible lorsque l'ocytocine (1,1 %) et la PGE2 (2 %) étaient utilisées, misoprostol était utilisé (6 %). Toutefois, cette estimation des risques pourrait manquer de précision, compte tenu de la constance sur le plan de la conception et de la méthodologie des études; les résultats doivent donc être interprétés avec discernement.¹⁰

Les femmes qui ont subi une incision classique présentent un risque accru de déhiscence ou de rupture utérine. Comparativement aux femmes qui ont déjà connu un accouchement par césarienne avec incision transversale basse, les femmes chez lesquelles on a pratiqué une incision verticale basse, ou qui ont une cicatrice de nature inconnue, ne présentent pas un risque beaucoup plus important de déhiscence ou de rupture utérine.¹¹

Dans le cas de femmes qui présentent déjà une incision utérine, il est nécessaire d'effectuer des études cliniques plus poussées pour évaluer le lien qui existe entre l'épaisseur de la paroi utérine inférieure et le risque de rupture utérine avant de pouvoir émettre des recommandations au sujet de cette pratique.¹¹

Les femmes dont la grossesse est prolongée peuvent présenter un risque plus élevé de rupture utérine. Les femmes obèses ou obèses morbides risquent davantage de connaître une rupture et/ou une déhiscence.¹¹

Les femmes qui ont déjà été soumises à une césarienne en raison d'une dystocie pendant le deuxième stade du travail présentent un risque plus élevé de rupture utérine pendant le deuxième stade dans le cadre d'un accouchement ultérieur, surtout dans les cas où l'on soupçonne une macrosomie fœtale ou en présence d'un deuxième stade prolongé.²⁰

Facteurs à prendre en considération dans le cadre de grossesses ultérieures

placenta prævia

Les femmes ayant déjà subi une césarienne présentent un risque statistiquement plus important de connaître un placenta prævia par rapport aux femmes n'ayant jamais subi une césarienne, dans une proportion de 12 par 1 000 (IC à 95 %, 8 à 15 par 1 000). L'incidence a augmenté en fonction du nombre croissant de césariennes antérieures. Une césarienne antérieure constituait un important facteur de risque relativement à la morbidité maternelle chez les femmes présentant un placenta prævia. Comparativement aux femmes présentant un placenta prævia qui n'ont jamais subi de césarienne, les femmes présentant un placenta prævia et ayant déjà subi une césarienne présentaient un risque considérablement plus important sur le plan statistique de transfusion sanguine (15 % contre 32,2 %), d'hystérectomie (0,7 % à 4 % contre 10 %), et de morbidité maternelle composée (15 % contre 23 % à 30 %). Chez les femmes ayant déjà connu au moins trois césariennes avec placenta prævia, le risque d'hystérectomie et de morbidité maternelle composée a augmenté de façon considérable (0,7 % à 4 % contre 50 % à 67 %, et 15 % contre 83 %, respectivement).¹¹

placenta accreta

L'incidence de placenta accreta a augmenté en fonction du nombre croissant de césariennes. Les résultats étaient significatifs sur le plan statistique chez les femmes ayant déjà subi au moins deux césariennes (rapport de cotes [RC] 8,6 à 29,8).¹¹

Les femmes présentant un placenta prævia connaissaient un risque accru de placenta accreta, lequel augmentait en fonction du nombre croissant de césariennes antérieures. Les femmes ayant déjà subi plus de trois césariennes avec placenta prævia présentaient une incidence de placenta accreta variant entre 50 % et 67 %.¹¹

Autres facteurs à prendre en considération

Toutes les chirurgies abdominales antérieures (y compris la césarienne), ou tout autre trouble lié à l'inflammation pelvienne, sont associées aux adhérences. Les adhérences étaient à leur tour associées à une augmentation des complications périopératoires, du délai jusqu'à l'accouchement, et de la durée totale de la chirurgie. Il n'a pas été établi clairement si les adhérences et les complications augmentaient en fonction du nombre croissant de césariennes antérieures.¹¹

Morbidité et mortalité néonatales

La mortalité et la morbidité néonatales sont principalement liées à la rupture utérine. Le risque global de décès périnatal attribuable à la rupture utérine est de 6,2 %.¹¹ Dans l'ensemble, les données publiées en ce qui a trait au temps de réaction entre les signes avant-coureurs de rupture utérine et la mort périnatale sont insuffisants. Toutefois, il semblerait que la bradycardie fœtale constitue un signe de mauvais augure relativement à l'extrusion fœtale, laquelle est associée à de mauvaises issues périnatales.¹¹

Avantages et préjudices à court terme pour le bébé d'une tentative d'ÉTAC par rapport à la CIP¹¹

Préjudice

ÉTAC

CIP

Mort périnatale

1,3 par 1 000

0,5 par 1 000

septicémie	Aucune différence sur le plan de la septicémie confirmée chez les nourrissons nés à la suite d'une ÉTAC par rapport à ceux nés à la suite d'une CIP.
Indices d'Apgar	Quatre études n'ont révélé aucune différence sur le plan des indices d'Apgar de moins de six et sept à 5 minutes chez les nourrissons nés à la suite d'une ÉTAC par rapport à une CIP.
Admission en unité néonatale de soins intensifs (UNSI)	Six études sur huit n'ont constaté aucune différence quant à la fréquence d'admission en UNSI entre les cas d'ÉTAC et de CIP.
Allaitement maternel	On n'a trouvé aucune étude se penchant sur l'effet que l'ÉTAC pourrait avoir sur l'amorce ou la poursuite de l'allaitement maternel par rapport à la CIP.
Autres issues à court terme	Les données étaient insuffisantes pour déterminer si les taux de détresse respiratoire, de traumatisme néonatal ou d'asphyxie / d'encéphalopathie hypoxique-ischémique variaient selon que l'ÉTAC ou la CIP était mise en œuvre.

Préalables quant à l'offre d'une ÉTAC

Les directives cliniques obstétricales recommandent que l'ÉTAC soit tentée dans des hôpitaux disposant des capacités nécessaires pour la pratique d'une césarienne d'urgence.²⁰ Cela comprend la disponibilité de sang et la présence d'intervenants rompus à la réanimation néonatale. Il existe peu de données permettant de déterminer le délai dans lequel une césarienne doit être pratiquée; cependant, on considère qu'un délai de 30 minutes est adéquat.³ Il est donc prudent que les hôpitaux et les fournisseurs de soins qui offrent l'ÉTAC mettent en place des protocoles sur les mesures à prendre en cas d'urgence, couvrant également les situations où les spécialistes qui doivent normalement pratiquer la césarienne ne sont pas sur place.³ Les femmes qui entreprennent une ÉTAC doivent être mises au fait des ressources disponibles. Les fournisseurs de soins doivent pouvoir reconnaître les signes et symptômes de la rupture de cicatrice utérine et disposer d'un plan permettant de prendre cette situation en charge si elle devait se produire.

Sélection des candidates à une ÉTAC

Aujourd'hui, le consentement éclairé pour toute femme souhaitant tenter une ÉTAC doit comprendre une discussion documentée des risques et des avantages de la césarienne planifiée par rapport à l'ÉTAC.

Le choix des candidates à l'ÉTAC dépend de la situation clinique et doit constamment être réévalué pendant toute la durée de la grossesse.

Macones et coll. ont tenté, sans succès, d'élaborer des modèles cliniques utilisant des facteurs antepartum et du début de la période intrapartum pour prédire la rupture utérine.²² Les examinateurs de ces modèles prédictifs semblent indiquer que, même s'ils s'améliorent suffisamment pour être en mesure de prévoir la probabilité de réussite au niveau de la population, ils sont incapables de le faire pour une patiente donnée.²³

L'utilisation des renseignements suivants dans le cadre de discussions avec les femmes qui songent à tenter une ÉTAC ou à subir une nouvelle césarienne devrait aider celles-ci à faire le choix qui correspond le mieux à leur situation. De plus en plus de données montrent que le recours à des aides à la décision officialisés peut être très utile pour fournir des explications visuelles des risques et des avantages liés à la décision de tenter une ÉTAC plutôt qu'une nouvelle césarienne.²⁴ Il y a d'excellentes ressources pour aider les femmes qui songent à subir une ÉTAC. Par exemple, la *Best Birth Clinic* en Colombie-Britannique propose le document intitulé *Vaginal Birth After Cesarean and Planned Repeat Cesarean Birth* et le Centre de décisions de traitements en matière de santé d'Ottawa a créé un outil d'aide à la prise de décisions²⁴ qui peuvent être utiles.

Il peut aussi être utile pour les praticiens de comprendre une partie du raisonnement qui sous-tend certains des choix faits par les femmes. Un examen des facteurs qui amènent les femmes à tenter une ÉTAC plutôt que de planifier une césarienne a fait ressortir les éléments suivants :

- l'influence du médecin
- la durée du rétablissement et la nécessité de retourner à la maison pour s'occuper d'autres enfants
- les différences ethniques
- la sûreté de la mère et du bébé²⁵

Facteurs à prendre en considération

Type d'incision antérieure

Guisse et coll. ont effectué une revue exhaustive de la littérature publiée de 1980 à février 2004, afin d'identifier les études comparant les risques et les issues de l'AVAC par rapport à la césarienne.²⁶ Cette revue traitait des taux combinés de rupture et de déhiscence utérines (sept études entre 1983 et 1999), donnant à penser qu'il n'existe que peu de différence sur le plan de la rupture ou de la déhiscence utérine chez les femmes sur lesquelles on a pratiqué une incision verticale plutôt qu'une incision transversale du segment utérin inférieur.

Nombre de césariennes antérieures

Des données rétrospectives montrent une augmentation de l'incidence de rupture utérine après deux césariennes antérieures (3,7 % c. 8 %). Des données prospectives de meilleure qualité ne montrent aucune augmentation du risque de rupture par rapport aux femmes qui n'ont subi qu'une seule césarienne antérieure (0,9 % c. 0,7 %).²⁷

Type de fermeture utilisée dans le cadre de la césarienne antérieure

Le risque de rupture utérine après une fermeture en un plan au moyen d'un surjet non passé semble être comparable à celui consécutif à une fermeture en deux plans.

Par opposition à une fermeture en deux plans du site de l'hystérotomie, la suture continue en un plan au moyen d'un surjet passé peut accroître le risque de rupture utérine chez les femmes qui tenteront une ÉT lors d'une grossesse ultérieure.²⁸

Intervalle entre les accouchements

Une autre étude réalisée en 2010 par Bujold et coll. a montré qu'un intervalle entre les grossesses de moins de 18 mois devrait être considéré comme étant un facteur de risque quant à la rupture utérine, contrairement à un intervalle de 18 à 24 mois, comme on le croyait auparavant. La population à l'étude était composée uniquement de grossesses monofœtales, dans le cadre desquelles on a tenté une épreuve de travail à terme après une seule césarienne antérieure.²⁹

Troubles hypertensifs de la grossesse

Les données recueillies dans le cadre d'une étude de cohorte rétrospective de grande envergure (n = 25 500) montrent que les femmes qui présentent une hypertension gravidique sont moins portées à choisir l'ÉTAC, et qu'il était moins probable que l'AVAC réussisse dans leur cas que dans celui de femmes normotensives. Celles qui ont tout de même tenté l'AVAC ne présentaient pas plus de risque de connaître une rupture utérine que les femmes normotensives.¹⁶

Grossesse gémellaire

Les issues étaient similaires à celles constatées dans le cadre de grossesses monofœtales où il y a eu tentative d'AVAC.^{2,10}

Résumé

Compte tenu de la littérature disponible, la SOGC recommande d'offrir une ÉTAC aux femmes qui ont déjà eu une césarienne avec incision transversale basse, et de discuter de façon adéquate des risques et des avantages pour la mère et pour le bébé³

Les femmes doivent comprendre les données probantes en vue de prendre une décision éclairée en ce qui concerne la pratique d'une ÉTAC au lieu de la pratique planifiée d'une nouvelle césarienne. Les femmes qui ont subi plus d'une césarienne peuvent tenter une AVAC.³⁰

1. **Conditions préalables d'une épreuve de travail après une césarienne antérieure (les conditions suivantes devraient être documentées. Envisagez d'utiliser l'Outil de vérification d'AMPRO^{OB} comme gabarit) :**
 - présentation céphalique
 - Protocole opératoire de l'intervention précédente (s'il est disponible, l'opinion du chirurgien qui a procédé à l'opération peut être utile)
 - En cas d'indisponibilité du protocole, l'ÉTAC est acceptable si les circonstances cliniques entourant la césarienne antérieure suggèrent une incision du segment inférieur sans complications.
 - Aucune contre indication en ce qui concerne l'accouchement vaginal
2. **Facteurs qui peuvent accroître le risque de rupture utérine (les conditions suivantes devraient être documentées. Envisagez d'utiliser l'Outil de vérification d'AMPRO^{OB} comme gabarit) :**
 - macrosomie fœtale
 - Court intervalle entre les césariennes (moins de 18 mois)
 - Patiente ayant subi plus de deux césariennes
 - Césarienne antérieure en raison d'une dystocie pendant le deuxième stade du travail.²⁰
 - Fermeture en un plan de l'incision utérine antérieure au moyen d'un surjet passé (une fermeture en un plan au moyen d'un surjet non passé ou une fermeture en deux plans est acceptable).²⁸
3. **Contre-indications quant à l'ÉTAC (les conditions suivantes devraient être documentées. Envisagez d'utiliser l'Outil de vérification d'AMPRO^{OB} comme gabarit) :**
 - Toute contre-indication quant au travail
 - césarienne classique antérieure ou soupçonnée
 - Incision utérine en T inversé dans le cadre d'une césarienne antérieure
 - Rupture utérine antérieure
 - Importante reconstruction utérine antérieure (p. ex. réparation totale dans le cadre d'une myomectomie , réparation d'une anomalie müllérienne, résection cornuale)
 - Établissement ne disposant pas des capacités nécessaires à l'exécution d'une césarienne
 - Requête, de la part de la femme, quant à la pratique d'une nouvelle césarienne plutôt que d'une ÉTAC
4. **Avantages de l'AVAC :**
 - Séjour moins long à l'hôpital
 - Temps de récupération moins long pour la mère
 - Incidence moins élevée de fièvre du postpartum et de transfusions sanguines
 - Satisfaction accrue de la mère
 - Diminution des frais de soins de santé³¹
5. **Risques de l'ÉTAC**
 - Rupture utérine
 - Chorioamnionite
 - Hémorragie
 - Transfusion sanguine
 - Hystérectomie
6. **Dans le cadre du counseling de la patiente au cours du processus de prise de décisions (les points suivants devraient être documentés). Envisagez d'utiliser l'Outil de vérification d'AMPRO^{OB} comme gabarit) :**
 - Discuter des risques et des avantages de l'ÉTAC et de la césarienne planifiée à répétition, ainsi que des effets possibles sur les grossesses futures.
 - Lorsque l'on envisage un déclenchement du travail, examiner attentivement les risques associés à chacune des options de déclenchement.
 - Offrir de l'information écrite (p. ex. des lignes directrices publiées par des organismes professionnels, aides à la décision).

- Encourager la femme et son partenaire à participer à la prise de décisions.
- Recommander des ressources qui fournissent de l'information additionnelle, s'il y a lieu.
- Respecter l'autonomie de la femme.
- Étayer par écrit le processus de counseling et de choix éclairé, y compris la décision de la femme et son plan de soins.

Prise en charge

1. Conduite du travail

La conduite du travail au cours d'une ÉTAC est semblable à la conduite du travail normal. Des études ont montré que les femmes admises avec un col plus favorable présentent une probabilité deux fois plus élevée de connaître un AVAC que les femmes dont le col est défavorable.¹⁰

Une consultation antepartum auprès d'un obstétricien peut être à conseiller, selon la situation clinique et les pratiques locales. La prise en charge du travail au cours d'une ÉTAC suppose :³

- Une observation attentive :
 - de la progression du travail — l'arrêt de progression avec des contractions adéquates pendant 2-3 heures justifie la réévaluation de la méthode d'accouchement
 - du bien-être du fœtus
 - du bien-être de la mère
- La péridurale ou d'autres méthodes analgésiques peuvent être utilisées pour les indications habituelles.
- Le monitoring fœtal électronique (MFÉ) est recommandé pendant le travail actif. Le tracé de MFÉ constitue le meilleur marqueur de rupture utérine.
- Il n'est pas nécessaire de restreindre les activités (la télémétrie peut faciliter la mobilité tout en permettant un monitoring constant).

2. Déclenchement et stimulation du travail

Le déclenchement du travail en raison d'indications maternelles ou fœtales demeure une option pour les femmes qui subissent une ÉTAC. Toutefois, il faudrait discuter du risque accru potentiel de rupture utérine associée au déclenchement, quel qu'il soit, et de la possibilité potentiellement réduite de pratique d'un AVAC.²

Le déclenchement du travail qui exige la maturation du col de l'utérus est associé à un taux plus faible de réussite de l'AVAC et à un risque accru de rupture utérine. Cela se produit surtout chez les femmes qui n'ont jamais accouché par voie vaginale. Le déclenchement et la stimulation du travail chez la femme se soumettant à une ÉTAC **demeurent controversés et nécessitent une certaine prudence.**

Points Clés

Voici certaines des recommandations concernant le déclenchement ou la stimulation du travail au cours d'une épreuve de travail dans le cadre d'une ÉTAC :

- La maturation non pharmacologique du col de l'utérus à l'aide d'une sonde de Foley a été réalisée en toute sécurité avant le déclenchement du travail dans cette situation clinique
- L'administration d'ocytocine est acceptable, mais une surveillance rigoureuse est recommandée. Il faut aussi prendre en considération la dose maximale à administrer.
- Les prostaglandines ont été associées à un risque accru de rupture; on ne doit donc pas les utiliser.
- La disponibilité de ressources humaines et physiques pour réagir à une urgence est requise.

Toutes ces questions doivent faire l'objet d'un examen attentif et de discussions avec la femme avant de parachever un plan de prise en charge. Le consentement éclairé est essentiel avant de procéder à un déclenchement de travail.

3. Signes et symptômes d'une rupture de cicatrice utérine :

La vigilance et l'identification précoce de la rupture utérine par l'équipe de soins de santé sont des composantes essentielles de l'ÉTAC .

Voici une liste partielle des signes et des symptômes typiques d'une rupture utérine :

- Tracé anormal de fréquence cardiaque fœtale (FCF)
- Saignement vaginal
- Apparition aiguë de douleur ou de sensibilité au niveau de la cicatrice (rarement masquée par une péridurale; ce signe n'est ni sensible ni spécifique)

Voici d'autres signes et symptômes possibles :

- Hématurie
- Tachycardie, hypotension ou choc hypovolémique chez la mère
- Palpation abdominale plus aisée des parties fœtales
- Élévation inattendue de la présentation
- Douleur thoracique, douleur à la pointe de l'épaule et/ou essoufflement soudain
- La modification de l'activité utérine (baisse ou hausse) est un signe peu courant et peu fiable

Une étude de 2014 portant sur 97 028 naissances a décelé 52 ruptures utérines (0,05 %), soit 25 complètes et 27 partielles. La plupart (89 %) se sont produites chez des femmes ayant déjà subi une césarienne. Lors des ruptures complètes, le tracé anormal de la FCF s'est révélé le signe le plus fréquent (82 %), tandis que la triade complète (tracé anormal de la FCF, douleur, saignement vaginal) n'a été présente que dans 9 % des cas. Les signes et les symptômes des ruptures partielles étaient très différents. Ces dernières ont été asymptomatiques dans la moitié des cas (48 %).³³

Prise en charge de la rupture utérine

La rupture utérine constitue une urgence périnatale. La survie de la mère et du fœtus dépend des facteurs suivants :

- Identification rapide
- Expansion rapide du volume liquidien et utilisation de produits sanguins
- Accès en temps opportun à une équipe chirurgicale en vue d'une intervention
- Réparation utérine ou hystérectomie
- Antibiotiques prophylactiques
- Présence d'une équipe de réanimation néonatale

Résumé

Le taux de réussite d'une ÉTAC est assez élevé. Si l'on accepte le fait que la tentative d'ÉTAC ne réussira pas chez certaines femmes, on constate que le taux global de morbidité et de mortalité maternelles est plus bas que dans le cas de la pratique d'une nouvelle césarienne. Les données probantes semblent indiquer que l'ÉTAC est une solution raisonnable et sûre pour la plupart des femmes ayant déjà subi une césarienne.¹¹

Le déclenchement peut être tenté, mais la stimulation au moyen d'ocytocine devrait être effectuée avec précaution chez les patientes qui connaissent une phase active prolongée de travail.

Même si l'incidence de rupture utérine est faible, il s'agit d'une complication grave tant pour la femme que pour le nouveau-né. Le risque accru de rupture utérine associé à l'ÉTAC fait ressortir la nécessité de choisir soigneusement les candidates, de faire du counseling et de prendre le travail en charge.

Il est essentiel de discuter, avec les femmes qui ont déjà subi une césarienne, tant des risques associés à l'ÉTAC que de ceux qui sont associés à la césarienne itérative planifiée, ainsi que de l'effet qu'exercera la méthode d'accouchement sur les grossesses subséquentes.

Chapter evaluation and feedback

Votre rétroaction est sollicitée suite à la lecture des chapitres. Vos commentaires sont transmis aux équipes d'auteurs qui les révisent sur une base annuelle. Veuillez prendre le temps de nous faire part de vos commentaires afin d'améliorer le matériel et de mieux vous servir.

You have already logged this chapter in your personal Logbook for CME credits during this Milestone. If you wish, please provide additional feedback to the authors.

Est-ce que l'information présentée dans ce chapitre vous aide à gérer les patient(e)s ?

- Pas du tout utile
 Un peu utile
 Très utile

Allez-vous effectuer des changements dans votre pratique courante après avoir lu ce chapitre ?

- Non
 Peut-être
 Oui

Veuillez indiquer toute erreur dans le contenu, ou des suggestions pour améliorer ce chapitre.

Veuillez indiquer toute question que vous avez après avoir lu ce chapitre.

Soumettre

Si vous avez une idée pour une ↑étude de cas↓ qui démontre un des sujets cliniques, veuillez la soumettre par courriel à : etudedecas@salusgc.com. Si votre ↑étude de cas↓ est utilisée, vous serez cité en tant que source.

Enregistrement du chapitre pour obtenir un crédit

Une fois que vous avez lu et assimilé le chapitre, assurez-vous de l'enregistrer. Pour enregistrer les chapitres complétés, cliquez sur « Enregistrement des activités », ensuite sur « Chapitres complétés » ou bien cliquez ici.

Vous recevrez 1 heure de crédit.

[Retourner à la table des matières](#)

- Mon tableau de bord de participation
- Chapitres
- Activités personnelles
- Voir le journal des activités
- Réclamer les crédits pour la FMC
- Outils et matériels
- Accès aux SEC/ tests
- Sondage sur l'impact du module
- Résultats personnels
- Nos succès

- Jeu-questionnaire
- Prix