**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband
**Band:** 108 (2010)
**Heft:** 9

**Artikel:** Accouchement vaginal après césarienne : AVAC: où en sommes-nous?
**Autor:** Jastrow, N. / Irion, O. / Cantero, P.
**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-949681

**Nutzungsbedingungen**
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 09.07.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

## EDITORIAL

*Les césariennes augmentent: c'est un fait reconnu depuis plusieurs années. Peut-être sommes-nous tombés dans un cercle vicieux qui fait que, plus il y a de césariennes, plus il y aura de césariennes, car il est parfois délicat et risqué de proposer une tentative de voie basse après une césarienne. Et pourtant.*

*Les sages-femmes sont normalement à même de veiller à détecter une rupture utérine durant le travail. Ne sommes-nous pas les gardiennes qui veillent à voir venir assez vite la pathologie, afin que nous ayons le temps de sauver la mère et l'enfant? Avoir des bases scientifiques sur ce qui est possible ou non de proposer et de faire est quelque chose de vital dans notre profession.*

*C'est pourquoi l'article présenté ce mois-ci nous permettra d'avoir toutes la même attitude envers les femmes, car nous nous devons d'exposer les faits afin d'aider la femme et le couple à faire un choix éclairé.*

*Le deuxième article est un message porteur de confiance, confiance en la physiologie et en la vie, mais cette femme eu beaucoup de chance de ne pas avoir eu de placenta accreta, ni de rupture utérine. Là est parfois l'énorme fossé qui sépare ceux qui savent ce qui peut se passer dans une telle situation et la confiance naïve mais salvatrice de ceux qui ne savent pas.*

*Edith de Beck Antonier*

Accouchement vaginal après césarienne

# AVAC: où en sommes-

**Après avoir éliminé les contre-indications d'un AVAC, les auteurs cernent les conditions de possibilité d'un essai de travail pour lequel une surveillance étroite par la sage-femme est essentielle. La mesure échographique du segment inférieur utérin semble un outil prometteur dans l'évaluation du risque de rupture utérine, mais elle doit encore être standardisée et validée.**

**N. Jastrow, P. Cantero, O. Irion, M. Boulvain**
(Service d'Obstétrique, Département de Gynécologie et Obstétrique, Hôpitaux Universitaires Genève).

Les taux de césariennes ne cessent d'augmenter dans les pays industrialisés ces dernières décennies[2], avec en Suisse un taux qui atteignait 32% en 2007. Dès lors, la problématique de l'accouchement après une césarienne est de plus en plus fréquente. La complication la plus sérieuse d'une tentative d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) est la rupture utérine qui est rare (environ 1%) mais potentiellement catastrophique[1]. La crainte de cette complication entraîne le choix d'une césarienne élective, ce qui participe à l'augmentation du taux de césariennes. La césarienne élective, qui permet d'éviter la rupture utérine dans la majorité des cas, présente plus de risques de complications maternelles qu'un accouchement vaginal, comme l'hémorragie, l'hystérectomie, la thrombose veineuse profonde/embolie pulmonaire, mais aussi plus de risques de *placenta prævia* et/ou *accreta* à une prochaine grossesse[3], et donc un risque plus élevé de mortalité. Elle est aussi associée à un plus grand risque de détresse respiratoire chez le nouveau-né[4].

## Tenter un essai de travail (EDT)

La plupart des femmes avec un antécédent de césarienne auront donc un choix difficile à faire lors de leur prochaine grossesse: tenter un essai de travail (EDT) et accepter un risque de rupture utérine pouvant avoir des conséquences sur la vie de leur enfant ou planifier une deuxième césarienne. Actuellement, il est recommandé qu'un EDT soit proposé lorsque la mère présente des conditions favorables. Cependant, en l'absence d'une méthode fiable qui permette de prévoir la rupture utérine et au vu du risque de poursuite médico-légale qui y est associé, les médecins hésitent à recommander l'EDT. Après un entretien d'information pendant lequel le risque de rupture utérine est évoqué, un pourcentage important de femmes choisit la voie qui leur semble moins risquée pour leur enfant, quels que soient les risques pour elles-mêmes. Ainsi, de plus en plus de femmes choisissent la césarienne planifiée, ce qui contribue de manière importante à l'augmentation des taux de césariennes et à l'augmentation des complications et des coûts associés aux césariennes multiples. Pour cette raison, il est important de:

1. Sélectionner pour un EDT les bonnes candidates, c'est-à-dire à faible risque de rupture utérine et à bon pronostic d'AVAC
2. Tenir compte du nombre d'enfants souhaités, car les risques lors des grossesses suivantes et lors de l'intervention augmentent en fonction du nombre de césariennes
3. Surveiller étroitement le travail d'accouchement afin que l'EDT soit le plus sûr possible.

## Sélection des bonnes candidates pour un AVAC

La discussion de la voie d'accouchement se fait généralement vers la 36ème semaine d'aménorrhée (SA). Nous devons tenir compte de plusieurs éléments, dont les antécédents personnels géné-

# nous?

raux et gynéco-obstétricaux et tous les éléments concernant la césarienne antérieure *(voir tableau)*. De plus, 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.

**Tableau 1** Facteurs semblant augmenter ou diminuer le risque de rupture utérine lors d'une tentative d'AVAC

| |
|---|
| **Augmentation du risque de rupture utérine** |
| Plus d'une césarienne antérieure |
| Incision autre que transversale basse |
| Suspicion de macrosomie |
| intervalle entre les accouchements < à 18 mois |
| Endométrite lors de la césarienne antérieure |
| Mesure du segment inférieur < 2,5 mm |
| **Diminution du risque de rupture utérine** |
| Antécédent d'accouchement vaginal |

L'examen du col (score de Bishop) est aussi une donnée importante, dans l'éventualité d'une nécessité de déclenchement de l'accouchement. La mesure du segment inférieur utérin (MSI), réalisée par échographie entre la 35ème et la 38ème semaine d'aménorrhée, semble être actuellement le meilleur (voir échographie p. 32), semble être actuellement le meilleur outil permettant d'évaluer le risque de rupture utérine[5,6]. Cependant, il apparaît nécessaire de standardiser la technique avant d'étendre la pratique de cette mesure en routine.

Les Hôpitaux Universitaires de Genève 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 rupture utérine et (2) de standardiser et valider la méthode de mesure.

Le choix de la voie d'accouchement devrait aussi prendre en compte le désir de la patiente et le désir de grossesse ultérieure, puisque le risque d'anomalie de l'insertion placentaire lors d'une grossesse ultérieure augmente avec le nombre de césariennes[3].

Photos: Josianne Bodart Senn

## Décision du mode d'accouchement

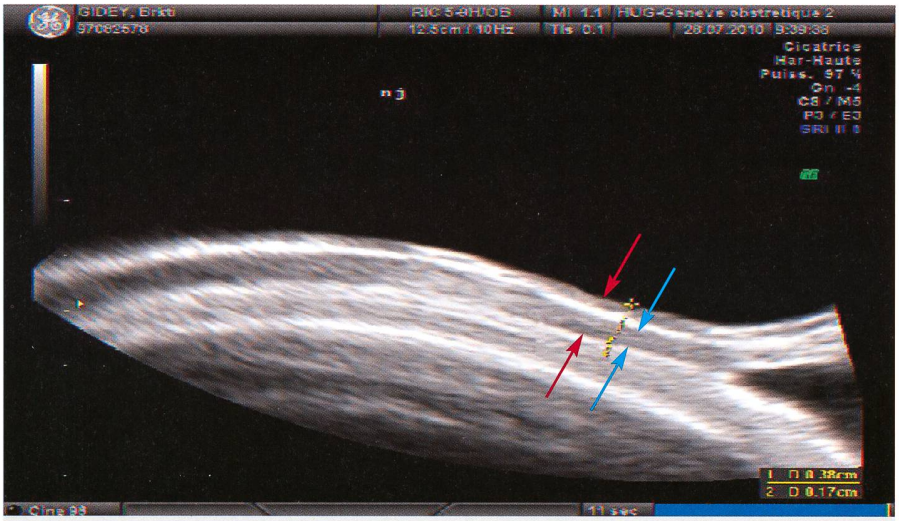
La patiente doit être informée du risque de rupture utérine en cas de tentative d'AVAC, qui reste présent même si les conditions sont favorables. La césarienne en urgence est associée à une morbidité néonatale et maternelle plus importante comparé à la césarienne élective, ce dont on doit aussi tenir compte. Les risques de la césarienne élective doivent être aussi abordés, notamment celui de détresse respiratoire du nouveau-né, complication qui diminue entre 37 semaines (10%) et 39 semaines (2%), raison pour laquelle l'intervention sera programmée de préférence au-delà de 39 semaines[4]. 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) ou un consentement de césarienne élective.

## Réévaluation du mode d'accouchement à terme dépassé

Si la patiente n'a pas accouché à 40 semaines d'aménorrhée, une nouvelle discussion de la voie d'accouchement est nécessaire. En cas d'utérus cicatriciel, il faut tout faire pour privilégier la mise en travail spontanée et réduire au minimum les indications de déclenchement du travail. En effet, le déclenchement du travail est associé à une augmentation du risque de rupture utérine[1].

L'ocytocine peut être utilisée avec prudence alors que les prostaglandines sont contre-indiquées, car associées à un risque important de rupture utérine[1]. Si le col est défavorable, le déclenchement sans maturation préalable a moins de chances de réussir. L'évaluation du col est importante puisque le déclenchement du travail sur col favorable (bishop>6) ne semble pas augmenter le risque de rupture utérine et conduit aux mêmes taux d'AVB qu'une mise en route spontanée.

Le décollement des membranes pourrait être inquiétant chez une femme avec antécédent de césarienne, puisqu'il est associé fréquemment à des saignements et à des contractions utérines qui auront lieu à domicile, sans surveillance. Cette intervention semble donc contre-indiquée chez ces femmes.




**Mesure du segment inférieur utérin par voie vaginale à 37 semaines d'aménorrhée. Entre les flèches rouges, visualisation de l'épaisseur totale du segment inférieur utérin (incluant le myomètre et la face postérieure de la vessie), qui mesure 3,8 mm et entre les flèches bleues, le myomètre, qui mesure 1,7 mm.**

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 un déclenchement du travail sera alors proposée dans la 41ème SA.

## Surveillance intrapartum des patientes avec antécédent de césarienne

Les associations médicales recommandent que la patiente avec antécédent de césarienne accouche dans un hôpital où il y a la possibilité de pratiquer une césarienne en urgence et d'avoir recours à du personnel d'obstétrique, d'anesthésie et de pédiatrie sur place et sans délai.

En salle d'accouchement, une surveillance clinique étroite est indiquée pour une tentative d'AVAC. En effet, même si la patiente est considérée à bas risque, une rupture utérine peut survenir malgré la surveillance.

On surveillera le cardiotocogramme en continu. La progression de la dilatation cervicale est aussi à surveiller étroitement. L'analgésie péridurale n'est pas contre-indiquée dans les cas d'utérus cicatriciel, car elle ne semble pas masquer les signes de rupture utérine ni retarder sa prise en charge.

Les signes évocateurs de rupture utérine sont:

- Rythme cardiaque fœtal pathologique
- Modification de la dynamique utérine
- Douleurs au niveau de la cicatrice persistant entre les contractions utérines
- Malaise d'installation nouvelle
- Perturbation hémodynamique sans autre cause évidente
- Saignement vaginal
- Remontée anormale de la présentation

Devant un ou plusieurs de ces signes, on suspectera une rupture utérine, qui imposera une césarienne en urgence. Il ne faut pas oublier cette cause en cas d'hémorragie de la délivrance et effectuer une laparotomie en cas de doute.

## Stagnation de la dilatation

Le risque de rupture utérine est augmenté lors de dystocie en cours de travail[7] notamment après des stagnations supérieures à 2 heures. En phase active (dilatation cervicale supérieure à 3 cm), une césarienne devrait être proposée après au maximum 2 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 CU régulières avec modification cervicale (raccourcissement, ouverture) de plus de 6 à 8 heures pourrait faire suspecter une stagnation de la dilatation et constitue une indication de césarienne.

La stimulation par l'ocytocine augmente le risque de rupture utérine mais est autorisée en cas de non-progression de la dilatation si les contractions sont insuffisantes. On préférera la rupture des membranes, si celle-ci est possible, en cas de non-progression de la dilatation.

Selon des études récentes, une dose supérieure à 1.2 UI/h (20 ml U/min) augmente le risque de rupture utérine de trois à quatre fois. Il faut donc être prudent et utiliser la dose minimale efficace pour obtenir une progression satisfaisante de la dilatation sans hyperstimulation (définie

comme 5 contractions ou plus par 10 minutes ou un mauvais relâchement entre les contractions).

## Ce qu'il faut retenir

La tentative d'AVAC devrait être envisagée chez les femmes avec antécédent de césarienne après évaluation des différents facteurs pronostiques. 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 18 mois devraient représenter une contre-indication à une tentative d'AVAC. La mesure échographique du segment inférieur utérin semble un outil prometteur dans l'évaluation du risque de rupture utérine, mais elle doit encore être standardisée et validée dans de futures études.

Afin que son consentement soit éclairé, une discussion appropriée avec la patiente devrait avoir lieu sur les risques et bénéfices d'une tentative d'AVAC, en tenant compte de ses caractéristiques et de ses préférences, y compris le désir de futures grossesses. La surveillance du travail est importante, notamment l'apparition d'une dystocie, qui augmente le risque de rupture utérine. Un plan d'accouchement doit être établi avec la patiente. Il faudra revoir à tout moment le choix initial, qui pourra être modifié en fonction des circonstances. ◀

### *Références*


[1] *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.

[2] *National Institutes of Health Consensus Development conference statement:* vaginal birth after cesarean: new insights March 8–10, 2010. Obstet Gynecol. 2010; 115: 1279–95.

[3] *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.

[4] *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.

[5] *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.

[6] *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.

[7] *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.

Après deux césariennes

# Un vrai accouchement qui s'est fait attendre…

**Après deux césariennes, chaque fois en urgence suite à une tentative d'accouchement spontané, j'ai fait l'expérience – pour notre troisième enfant – d'un accouchement spontané. Une expérience inoubliable. Mais, avant d'y parvenir, ce fut un véritable «parcours du combattant».**


**Claudia Deuber-Gassner**


Avant tout, je dois dire que je suis convaincue que les césariennes peuvent sauver des vies. Dans mon cas, ce ne fut pas un soulagement quand la décision d'une césarienne «en urgence» fut prise à deux reprises. Je n'ai alors jamais eu le sentiment que mon enfant avait été sauvé – ni même moi. Je me sentais triste, désemparée, désespérée, mal dans ma peau, apparemment sans raison et de manière continue.

Après la première césarienne, le médecin avait laissé entendre qu'un accouchement spontané était possible pour d'autres grossesses. Après avoir attendu tout juste deux ans après la première césarienne, nous étions donc remplis d'espoir à notre retour en maternité pour la deuxième naissance et nous avons fait une nouvelle tentative d'accouchement spontané, durant plus de 15 heures, sans que la dilatation du col soit suffisante. Les 6 cm ne furent jamais dépassés, en dépit des stimulations de contractions, des réductions de contractions, suivies de nouvelles stimulations de contractions, de la péridurale, etc. A la fin, pour des raisons médicales, il a fallu aller chercher l'enfant. Par césarienne… Tout semblait bien aller: «Vous êtes en bonne santé et votre enfant aussi». Pas un doute sur la décision prise. Une sorte de soulagement puisqu'apparemment le bassin était trop étroit pour mettre un enfant au monde.

### *Les césariennes, pas pour moi, jamais.*

Une année après la deuxième césarienne, j'ai cherché de l'aide en raison de dépressions en série. De l'extérieur, personne ne s'en doutait. Je fonctionnais bien. Je n'étais même pas mal. Mais je ne me sentais de moins en moins bien. Je ne voulais pas prendre de médicaments, comme ceux que la gynécologue m'avait prescrits après ma première césarienne et j'ai trouvé un soutien dans la médecine traditionnelle chinoise. En outre, j'ai bénéficié de séances avec une professionnelle de la psychosomatique. Enfin, je me suis arran-