

Zeitschrift:	Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici
Herausgeber:	Schweizerischer Hebammenverband
Band:	88 (1990)
Heft:	4
Artikel:	Accouchement par voie basse après césariennes multiples
Autor:	Dupont, P. / Luzuy, F.
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-950341

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: 26.01.2026

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

Accouchement par voie basse après césariennes multiples

Dr P. Dupont, Dr F. Luzuy,
Département de Gynécologie et d'Obstétrique, Genève

Aux Etats-Unis une naissance sur 4 se fait par voie abdominale et dans 40 % des cas, l'indication est une césarienne antérieure¹.

Inquiétés par ces chiffres, et se basant sur les données rassurantes de la littérature, le National Institute of Health et l'American College of Obstetricians and Gynecologists ont émis en 1980 et 1982 des recommandations² pour inciter les praticiens à tenter un accouchement par voie basse après césarienne et ainsi diminuer le nombre de ces interventions.

Une étude conduite dans 538 hôpitaux américains entre 1979 et 1984 montre que ces directives sont peu suivies³. En effet le taux de tentative d'accouchement par voie basse (TAVB) après césarienne n'a augmenté que de 2,1 à 8% et cette progression est surtout due aux efforts des grands centres. Quelles sont les raisons d'une telle réticence? À travers une brève revue de la littérature, nous voulons tenter de répondre aux questions qui viennent à l'esprit du praticien: quelles sont les chances d'un accouchement normal? Quels sont les risques encourus par la patiente et son enfant? Comment l'accouchement peut-il être conduit de manière sûre?

La dernière partie de cet article sera consacrée aux tentatives d'accouchement par voie basse après 2 ou plusieurs césariennes. Les séries publiées à ce jour montrent que dans un environnement obstétrical normal, cette attitude est sûre pour la mère et l'enfant.

Accouchements par voie basse réussis après césarienne(s)

Dans les 3 plus grandes séries publiées à ce jour^{4,5,6} portant sur un total de 10'223 TAVB après césarienne(s) effectuées entre 1950 et 1984, 8'106 (79,3%) patientes ont eu un accouchement normal.

Dans une étude préliminaire faite en 1982 dans notre clinique⁷ portant sur

81 TAVB, 49 (60,5%) patientes avaient accouché par voie basse. Sur la base de ces résultats, nous avons adopté le principe de la TAVB pour les patientes avec une césarienne antérieure. Entre 1983 et 1988, 508 patientes ont bénéficié d'une TAVB, parmi lesquelles 255 (50,1%) ont eu un accouchement par voie vaginale. Cette politique a permis de diminuer de manière sensible le nombre de césariennes itératives (figure 1). Plusieurs aspects de ces études sont centrés sur la mise en évidence de facteurs pronostics de la réussite de la TAVB. Nous retiendrons comme éléments pouvant affecter le mode d'accouchement:

1) **l'indication de la première césarienne:** en effet Lavin dans sa revue de la littérature anglaise de 1950 à 1980⁴ constate que le taux de réussite de la TAVB est diminué (33,3%) lorsque l'indication de la première césarienne est une dystocie foeto-pelvienne ou un arrêt de la progression du travail. Flamm et Paul^{5,6} confirment cette diminution mais leur taux de réussite est plus élevé à 65 et 77% respectivement. Toutes les autres indications de la césarienne antérieure ne jouent pas de rôle dans l'issue de la TAVB.

2) **poids présumé du foetus:** selon Seitchnik⁹ un poids présumé inférieur à 3'500 grammes serait un facteur significativement associé à la réussite de la TAVB. Il est intéressant de constater qu'un nombre non négligeable de femmes accouchent lors d'une TAVB d'enfants de poids plus élevé que lors de la césarienne antérieure dont l'indication était une dystocie^{9,10}!

3) **antécédants d'accouchement(s) par voie basse:** Lavin, Flamm et Seitchnik^{4,6,8,9,10} ont constaté un taux de réussite significativement augmenté dans les TAVB lorsque les patientes avaient déjà accouché par voie vaginale.

La rupture utérine

Dans une étude de 1961, Muller¹¹ constate que l'incision utérine classique est incriminée dans 90% des ruptures utérines lors d'AVB après césarienne et que dans ces cas, 98% des morts périnatales sont liées à la rupture de ce type d'incision. On comprend alors la crainte des obstétriciens devant une TAVB après une césarienne surtout si l'incision était de type classique ou inconnu.

On décrit 2 formes de rupture: la **rupture vraie** où il y a communication entre la cavité utérine et la cavité péritoneale. Ce type est rencontré surtout dans les ruptures survenant sur les incisions classiques ou lors de rupture spontanée ou traumatique. La symptomatologie et les conséquences sur la mère et le foetus peuvent être dramatiques. L'autre type, la **déhiscence**, ne met pas en relation les cavités utérine et abdominale. Cette complication est parfois découverte lors de la vérification de l'intégrité d'une incision transversale basse. Les symptômes sont souvent peu importants, la vie de la patiente et de l'enfant ne sont pas en danger.

Les signes cliniques sont classiquement: des douleurs abdominales dont la localisation dépend du lieu de la rupture, des signes péritoneaux, un saignement vaginal plus ou moins important (la cicatrice peut être avasculaire), un arrêt de la progression du travail avec arrêt des contractions, la palpation nette de parties foetales au niveau abdominal, un utérus avec un anneau de Bandl. Le cardiotocogramme (CTG) peut montrer une souffrance foetale aiguë et une chute de la pression intracavitaire si un cathéter mesurant la pression intra-utérine est utilisé. Ces symptômes sont très semblables à ceux provoqués par un décollement placentaire, qu'il ne faudra pas oublier dans le diagnostic différentiel des douleurs abdominales d'apparition brutale chez la femme enceinte.

Lavin⁴ décrit 21 ruptures parmi 3'214 TAVB (0,7%) dans sa revue. Trois morts périnatales (0,093%) sont liées à ces ruptures dont 2 sur incision classique et l'autre sur incision transpéritonéale transverse basse (TTB) sans monitrage.

Paul⁶, dans sa série de 751 TAVB signale 1,8% de déhiscences découvertes lors de la révision de la cicatrice après AVB contre 3,6% lors de césa-

riennes itératives. Cette différence est expliquée d'une part par la meilleure vision de la cicatrice lors de la laparotomie et d'autre part par le biais de sélection¹², car des césariennes itératives prophylactiques sont pratiquées chez des patientes plus à risque d'avoir une rupture utérine (grossesses multiples, présentation pathologique). Cinq ruptures (0,4%) sont rapportées dans cette série dont 2 sur des cicatrices classiques en dehors du travail, 1 sur cicatrice classique et placenta accreta et 2 sur cicatrices TTB en cours de travail. Il n'y a pas eu de mortalité maternelle ou périnatale.

Lavin et Martin^{4,13} ne trouvent pas de corrélation entre l'existence d'une endométrite compliquant une césarienne antérieure ou le nombre de ces césariennes et la survenue d'une rupture. Une surveillance obstétricale adéquate, un diagnostic immédiat et l'intervention d'une équipe efficace doit permettre de faire face à cette rare urgence dont le degré est équivalent à celui rencontré dans la procidence du cordon, le décollement placentaire ou l'hémorragie de la délivrance.

Les ocytociques et la TAVB

Dans le passé, l'utilisation d'oxytocine en présence d'un utérus cicatriciel a été controversée en raison de la crainte d'une rupture utérine.

En 1975, Anderson¹⁴ étudie les contractions utérines spontanées et les contractions obtenues par des ocytociques. Il n'a pas pu mettre en évidence de différence dans la distribution de l'activité et la durée des contractions utérines entre les 2 groupes.

Horenstein¹⁵ dans une étude prospective et une revue de la littérature de 1961 à 1984, rapporte 592 TAVB avec utilisation d'oxytocine pour induction ou stimulation. Le taux d'accouchement par voie basse est de 66% chez les patientes induites ou stimulées alors qu'il est de 84% chez les patientes sans oxytocine. Cette différence est expliquée par les indications obstétricales des ocytociques.

La fréquence de déhiscence n'est pas augmentée dans le groupe des patientes recevant de l'oxytocine. Une seule rupture sous TAVB avec oxytocine a été décrite⁶, sans conséquence pour la mère et l'enfant.

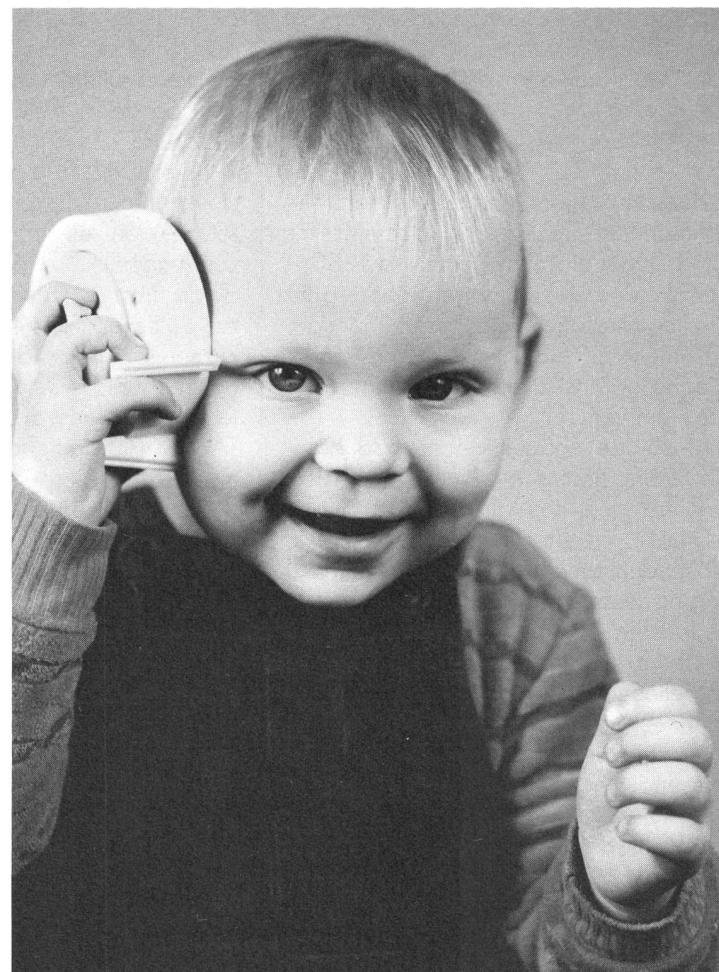
En conclusion, l'utilisation des ocytociques pour des indications obstétricales

et selon le protocole reconnu est une attitude sûre pour la mère et l'enfant et permet de plus grandes chances de succès lors de certaines TAVB.

Anesthésie péridurale continue (APC) et TAVB

On a pu craindre que l'APC masquerait les symptômes provoqués par une rup-

étaient présentes et une intervention rapide a permis des suites favorables pour les mères et les enfants concernés. Plus de 600 cas ont été revus par Flamm⁵: le taux de succès après TAVB sous anesthésie péridurale est semblable à celui obtenu sans APC et il n'y a pas de mortalité maternelle ou périnatale liée à cette méthode.



Aux Etats-Unis une naissance sur 4 se fait par voie abdominale

ture de la cicatrice utérine. Cependant, la douleur utérine n'est pas un élément clinique spécifique de la rupture utérine. En effet Baeriswil et Case (7, 16) ont effectué des laparotomies, en suspectant ce diagnostic chez 18 et 20 patientes respectivement, en raison de douleurs abdominales et/ou de saignements vaginaux: une seule rupture a été confirmée¹⁶ et une déhiscence découverte⁷. Il est admis qu'en cas de rupture vraie, les signes d'irritation péritonéale ne sont pas cachés par ce type d'anesthésie¹⁰. Carlson¹⁷ présente 2 cas de rupture utérine sur utérus cicatriciel chez des patientes au cours d'une TAVB sous anesthésie péridurale. Dans ces cas les douleurs abdominales

En conclusion, dans le cadre d'une TAVB, ce type d'anesthésie est sûr si il est utilisé selon les indications habituelles et mis en place avec une technique adéquate. En outre il offre l'avantage à la mère de mieux participer à l'accouchement, d'avoir une anesthésie en place si une césarienne est nécessaire et enfin cela permet un examen indolore de la cicatrice.

Morbidité/mortalité maternelles et foetales

Longtemps, la crainte d'une rupture utérine lors d'un accouchement par voie vaginale après une césarienne a été la seule raison de répéter cette intervention. C'est pour cette raison que

nous n'évoquons que la morbidité ou la mortalité liées à cette complication lors de la TAVB.

Dans leur revue de 9'472 accouchements par voie basse après une césarienne, Lavin et Flamm^{4,5} ne déplorent aucune mortalité maternelle. Par contre, ils observent 8 morts périnatales (0,85/1000). Dans sa série Lavin⁴ constate 3 décès périnataux, à une époque où la surveillance électronique du travail n'existe pas: 2 sur rupture de cicatrices classiques et un d'une cicatrice TTB.

Des 5 morts périnatales décrites par Flamm⁵, une est due à la rupture d'une cicatrice verticale basse, une d'une incision TTB avec naissance d'un enfant de 1'200 grammes et dans 3 cas le type d'incision est inconnu. Malheureusement le type de surveillance du travail n'est pas précisé. Flamm conclut en soulignant l'importance de la surveillance foeto-maternelle par des moyens appropriés au cours du travail afin de diminuer la mortalité maternelle et périnatale.

Flamm et Paul^{1,6}, dans 2 études prospectives portant sur 2'527 TAVB constatent le même résultat: pas de mort maternelle liée à une rupture utérine. Malgré 8 ruptures vraies, leurs séries ne déplorent aucune mort périnatale. On peut admettre que le monitorage pratiqué chez toutes ces patientes a permis un diagnostic précoce de la rupture et un traitement rapide, préservant ainsi la mère et l'enfant.

Dans un intéressant modèle statistique basé sur les données épidémiologiques de la littérature médicale, Shy¹⁸ analyse et compare la mortalité probable entre un groupe de 10'000 patientes tentant un accouchement par voie vaginale après une césarienne et un groupe de même nombre avec des patientes subissant une césarienne itérative programmée. Des différences existent, en effet: 4,8 femmes décéderaient dans le groupe des césariennes contre 3,8 dans le groupe des TAVB. La mortalité périnatale serait aussi affectée: il y aurait 158 morts périnataux dans le groupe des césariennes contre 119 dans le groupe des TAVB. Par contre, la détermination systématique du L/S pour évaluer la mortalité pulmonaire foetale, ramènerait la mortalité périnatale liée à la césarienne itérative à celle de la TAVB.

Tentative d'accouchement par voie basse après 2 ou plusieurs césariennes

Pour nous rassurer totalement quant à la capacité de l'utérus cicatriciel de supporter sans rupture les tensions et pressions qu'il subit lors du travail, il faudrait pouvoir, tel un prototype, le placer sur un banc d'essai et le soumettre à un test de contraintes. Comme cela n'est pas possible, nous devons nous fier à notre jugement de cas en cas, et analyser les données de la littérature pour définir une attitude.

Après avoir obéi (avec raison autrefois) au principe «une césarienne une fois, toujours une césarienne» nous avons finalement admis la possibilité d'un accouchement par voie basse après césarienne. La même situation va-t-elle se répéter pour la TAVB après plusieurs césariennes?

Devant l'explosion du nombre de césariennes, dont près de 40% sont des césariennes itératives, des chercheurs se sont demandés s'il était possible de faire une TAVB après plusieurs césariennes sans courir un plus grand risque et ils ont mené des études prospectives. Parmi ces publications, on peut retenir celle de Saldana en 1979¹⁹ dans laquelle il décrit 38 TAVB chez des patientes avec plusieurs césariennes, menant à 22 accouchements par voie basse (58%), sans mortalité maternelle et périnatale ni rupture utérine.

Phelan²⁰ en 1989, publie la plus grande étude prospective à ce jour, décri-

vant 501 TAVB chez des patientes avec des antécédents de multiples césariennes. Le taux de réussite des AVB de 69% (345/501) se compare avec ceux publiés dans d'autres études prospectives par Farmakides²¹ en 1986, 77,1% (44/57), par Flamm¹ en 1988, 76,4% (68/89) et par Novas²² en 1988, 80% (29/36).

Une mort maternelle²⁰ est décrite. Elle concerne une patiente qui a subi une césarienne en raison d'une souffrance foetale lors de la TAVB, dont les suites furent compliquées par une embolie pulmonaire. Dans les autres études citées, il n'y a pas de mortalité maternelle.

Une mort périnatale est mentionnée par Novas²². Il s'agit de l'accouchement par voie basse d'une présentation du siège chez une patiente avec une histoire de 2 césariennes. En raison d'une souffrance néonatale, l'enfant a dû être réanimé. Au cours de cet acte il y a eu dilatation hémorragique des vaisseaux ombilicaux entraînant le décès de l'enfant.

Novas²² signale la seule rupture utérine vraie décrite dans ces études. Elle concerne une patiente avec 2 incisions classiques dans ses antécédents. La rupture s'est produite au cours d'une TAVB stimulée par oxytocine. Une hystérectomie n'a pas été nécessaire et les suites maternelles et foetales furent favorables.

L'incidence de déhiscence est comparable à celle mentionnée pour les TAVB

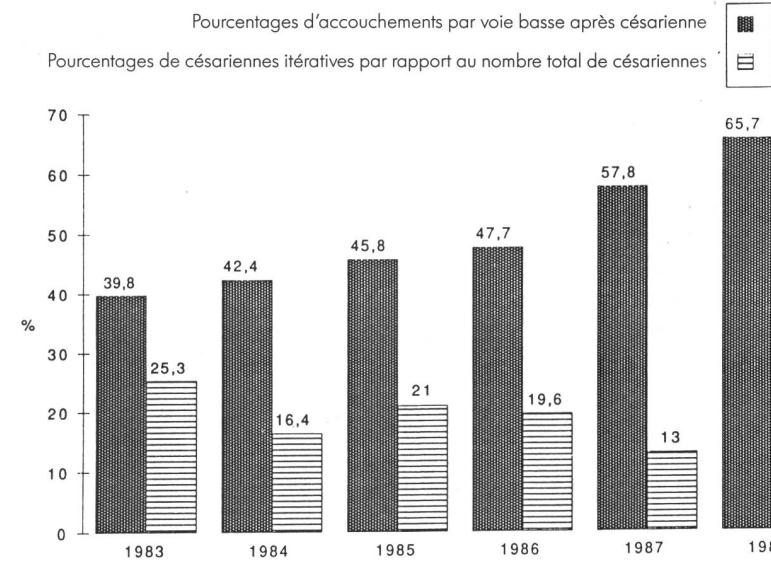


Figure 1

après une césarienne⁶: Phelan²⁰ a diagnostiqué 9 déhiscences dans son groupe soit 1,8%. En outre, il signale une incidence plus élevée de cette complication dans le groupe des femmes dont les contractions utérines sont stimulées ou induites par oxytocine, 2,1% contre 1,4%.

L'utilisation de l'oxytocine a été documentée par Phelan²⁰ chez 286 patientes. Comme dans les études sur l'emploi des oxytociques après une césarienne, le taux de réussite de TAVB est diminué, 58% contre 83% chez les patientes dont le travail n'est pas induit ou stimulé. Cette différence s'explique par les indications obstétricales à l'emploi d'oxytocine. Dans cette même étude, l'utilisation de l'anestésie péri-durale n'a pas augmenté la morbidité maternelle.

En résumé, bien que ces séries ne portent encore que sur un nombre relativement limité de cas, elles démontrent que la mortalité maternelle et foetale n'est pas augmentée par cette nouvelle attitude obstétricale.

Ainsi, nous avons la possibilité d'offrir, à des femmes éligibles ayant eu plusieurs césariennes dans leur passé, une très bonne chance d'accoucher par voie basse et ceci avec une sécurité comparable à celle d'une TAVB après une seule césarienne.

Depuis 2 mois, les femmes avec 2 césariennes antérieures dont les indications ne sont pas récurrentes, peuvent après une évaluation obstétricale complète (dont la certitude d'incisions TTG) et avec leur consentement entrer dans le programme de TAVB après césariennes multiples que nous avons mis en place à la Maternité. Actuellement 2 patientes ont été admises dans ce protocole et elles ont accouché normalement.

Une étude est en cours pour évaluer la différence de morbidité entre les groupes de patientes appartenant à la TAVB (après 1 césarienne ou après plusieurs césariennes) et les groupes de patientes subissant une césarienne (primaire ou itérative prophylactique).

Ce texte est extrait du Bulletin de Péritonologie, Genève, Volume 13, No 3, Automne 1989. □

Bibliographie

- 1) Flamm B. L., Lim O. W., Jones C., Fallon D., Newman L., Mantis J.K. Vaginal birth after cesarean section: Results of a multicenter study. Am J Obstet Gynecol 1988; 158: 1079-84.
- 2) Committee reports guidelines for vaginal delivery ACOG newsletter March 1982.
- 3) Shiono P.H., Fielden J.G., McNellis D., Rhoads G.G., Pearse W.H. Recent trends in cesarean birth and trial of labour rates in the USA. JAMA 1987; 257: 494-7.
- 4) Lavin J.P., Stephens R.J., Miodovnik M., Barden T.P. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. Obstet Gynecol 1982, 59: 135-48.
- 5) Flamm B.L. Vaginal birth after cesarean section: Controversies old and new. Clin Obstet Gynecol 1985, 28: 735-44.
- 6) Paul P.H., Phelan J.P., Yeh S. Trial of labor in the patient with prior cesarean birth. Am J Obstet Gynecol 1985; 151: 297-304.
- 7) Baeriswyl J.P. Accouchements après césarienne (thèse). Département de gynécologie et obstétrique, Faculté de Médecine. Genève, 1982.
- 8) Lavin J.P. Vaginal delivery after cesarean birth: Frequently asked questions. Clin Perinat 1983; 10: 439-53.
- 9) Seitchik J., Rao V.R. Cesarean delivery in nulliparous woman for failed oxytocin augmented labour: Route of delivery in subsequent pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1982; 143: 393-7.
- 10) Flamm B.L., Dunnett C., Fischermann E., Quilligan E.J. Vaginal delivery following cesarean section: Use of oxytocin augmentation and epidural anesthesia with internal tocodynamometer and internal fetal monitoring. Am J Obstet Gynecol 1984; 148: 759-63.
- 11) Muller P., Heiser W., Graham W. Repeat cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1961; 81: 867-72.
- 12) Aladjem S. Twice a cesarean, always a cesarean? Obstet Gynecol 1989; 74: 137-8 (letter).
- 13) Martin J.N., Harris B.A., Huddleston J.F., Morrison J.C., Propst M., Wiser W.L., Perlis H.W., Davidson J.T. Vaginal delivery following previous cesarean birth. Am J Obstet Gynecol 1983; 146: 255-63.
- 14) Anderson G., Schooley G. Comparison of uterine contractions in spontaneous and oxytocin or PGF2 induced labors. Obstet Gynecol 1975; 45: 284-94.
- 15) Horenstein J.M., Phelan J.P. Previous cesarean section: The risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor. Am J Obstet Gynecol 1985; 151: 564-9.
- 16) Case B., Corcoran R., Jeffcoate N. Cesarean section and its place in modern obstetric practice. J. Obstet Gynecol Br Commonw 1971; 78: 203-14.
- 17) Carlson C., Lybell-Lindhal G., Ingemarsson I. Extradural block in patients who have previously undergone cesarean section. Br J Anaesth 1980; 52: 827-32.
- 18) Shy K.K., LoGerfo J.P., Karp L.E. Evaluation of elective repeat cesarean section as a standard of care: An application of decision analysis. Am J Obstet Gynecol 1981; 139: 123-29.
- 19) Saldana L.R., Schulman H., Reuss L. Management of pregnancy after cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1979; 135: 555-61.
- 20) Phelan J.P., Ahn M.O., Diaz F., Brar H.S., Rodriguez M.H. Twice a cesarean, always a cesarean? Obstet Gynecol 1989; 73: 161-65.
- 21) Farmakides G., Duvivier R., Schulman H., Schneider E., Biordi J. Vaginal birth after two or more previous cesarean sections. Am J Obstet Gynecol 1987; 156: 565-66.
- 22) Novas J., Myers S.A., Gleicher N. Obstetric outcome of patients with more than one previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1989; 160: 364-67.



Schweizerischer Hebammen-Verband
Association suisse des Sages-femmes
Associazione svizzera delle Levatrici

Rédactrice

Vous êtes:

cherche une

pour la partie française de son journal
professionnel «Sage-femme suisse»

Sage-femme diplômée ou journaliste dans la
branche médicale, de langue maternelle
française, avec de bonnes connaissances de
l'allemand.

un engagement à 20%, un poste indépendant à
responsabilités.

Adressez votre candidature à:
Rédaction «Sage-femme suisse»

A l'intention de la responsable du siège social
de l'ASSF, Madame A. Tahir, Flurstrasse 26,
3000 Bern 22