

Puis-je espérer un accouchement vaginal la prochaine fois ?

4

Fanny Hersson-Edery

Récemment déménagée dans votre localité, M^{me} Segundo vous consulte pour sa deuxième grossesse. Elle vous apprend que son premier accouchement a été très difficile, que le travail a duré 36 heures et qu'elle a eu une césarienne parce que son bébé « n'était pas heureux ». Elle ne se souvient pas du degré de dilatation du col utérin. Le rétablissement après l'intervention a été plus long et plus difficile que ce à quoi elle s'attendait. En outre, elle a toujours un sentiment d'échec quand elle pense à son accouchement. M^{me} Segundo se demande si elle doit tenter un accouchement vaginal ou emprunter la voie plus facile d'une césarienne programmée, comme le lui suggère son mari.

MÊME S'IL Y A des différences entre les lieux de pratique et les médecins, le taux de césariennes est à la hausse au Canada. De 17,8 % qu'il était en 1994-1995, il a augmenté à 21,2 % en 2000-2001^{1,2}. Plusieurs facteurs d'ordre médical, légal et social expliquent cette augmentation. Parmi les facteurs médicaux, mentionnons l'étude *Term Breech Trial** qui préconise le recours à la césarienne dans tous les cas de présentation du siège ainsi que l'utilisation plus fréquente de l'épidurale qui entraîne un plus fort taux d'interventions et de césariennes. Les facteurs légaux incluent une pratique médicale de plus en plus « défensive ». Parmi les raisons d'ordre social, mentionnons que le recours à une césarienne sur demande pour éviter des complications, comme les douleurs de l'accouchement et une atteinte du plancher pelvien, est socialement mieux accepté et que les césariennes sont considérées comme une méthode sûre.

Le nombre de tentatives d'accouchement vaginal après césarienne (AVAC) est en hausse, parallèlement à l'augmentation du nombre de césariennes. Les complications de l'AVAC sont rares, mais graves. Les femmes auront sans doute beaucoup de questions et de préoccupations relatives aux risques et aux répercussions d'une tentative d'AVAC. Le médecin doit bien comprendre les risques, aider la femme à prendre une décision et veiller à ce que l'accouchement se fasse en toute sûreté.

L'AVAC est un processus qui comporte plus de risques que l'accouchement vaginal non compliqué, les principaux étant la rupture utérine, une morbidité périnatale accrue et la possibilité d'une nouvelle césarienne, parfois d'urgence. Il est donc primordial de comprendre ces risques, notamment la rupture utérine, et de bien les expliquer à la patiente pour lui permettre de donner un consentement éclairé à la

La D^{re} Fanny Hersson-Edery, omnipraticienne et médecin accoucheur, exerce au CLSC de Montréal-Nord et à l'Hôpital général juif, à Montréal.

* Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Term Breech Trial Collaborative Group. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. *Lancet* 2000 ; 356 (9239) : 1375-83.

Les principales complications de l'AVAC comprennent notamment la rupture utérine, une morbidité périnatale accrue et la possibilité d'une nouvelle césarienne, parfois d'urgence.

Repère

Tableau I

Critères d'exclusion de l'AVAC

- ⊗ Refus de la patiente de tenter le travail
- ⊗ Cicatrice utérine classique, en forme de T inversé ou de forme inconnue (le risque de rupture est de 0,4 % dans le cas d'une cicatrice transverse basse et de 1,2 % dans le cas d'une cicatrice classique)^{4,7}
- ⊗ Hystérotomie antérieure
- ⊗ Myomectomie avec intrusion dans la cavité utérine
- ⊗ Rupture utérine antérieure
- ⊗ Placenta *prævia* pendant la grossesse en cours
- ⊗ Présentation du siège pendant la grossesse en cours
- ⊗ Plus de deux césariennes antérieures⁶⁻⁸

Même si elle a peu d'effet sur le taux de réussite d'un accouchement vaginal, chaque nouvelle césarienne augmente de façon appréciable le risque ultérieur de rupture utérine⁶⁻⁸ (une cicatrice : de 0,4 % à 0,6 % ; deux cicatrices ou plus : de 1,8 % à 3,7 %).

méthode d'accouchement qui sera choisie.

Le médecin devra aussi expliquer aux femmes qui choisissent un AVAC les différentes façons d'améliorer leurs chances de réussite.

Quels sont les risques de l'AVAC ?

En comparaison d'une nouvelle césarienne urgente ou non, l'accouchement vaginal réussi est l'option qui présente le moins de risques pour la mère et son bébé.

La principale complication de l'AVAC est la rupture utérine qui peut entraîner une hémorragie interne, une hystérectomie ou la mort du fœtus. L'incidence des ruptures utérines durant un AVAC varie, selon les études, de 0,1 % à 1 %. Dans une méta-analyse regroupant 21 études, l'incidence moyenne des ruptures utérines symptomatiques était de 3,8 pour 1000 (0,38 %) et celle des ruptures asymptomatiques ou des désunions de cicatrices de 13 pour 1000 (1,3 %)³. Les conséquences des ruptures asymptomatiques sont mal connues. Leur incidence était la même dans l'épreuve du travail et dans les césariennes programmées.

Dans une grande étude nord-américaine publiée récemment, on a étudié plus de 45 000 femmes en-

Tableau II

Facteurs anténataux prédictifs de l'issue d'un AVAC⁸⁻¹¹

Facteurs favorables

- ⊗ Indication non récurrente de la césarienne antérieure¹¹ :
 - ⊕ Présentation du siège (taux de réussite : de 80 % à 90 %)
 - ⊕ Détresse fœtale soupçonnée (taux de réussite : de 70 % à 80 %)
 - ⊕ Hypertension de la grossesse¹¹
- ⊗ AVAC antérieur réussi, surtout si un accouchement vaginal a eu lieu par la suite (taux de réussite : de 80 % à 95 %)

Facteurs défavorables

- ⊗ Césariennes antérieures multiples
- ⊗ Disproportion céphalopelvienne lors d'une grossesse antérieure
- ⊗ Obésité maternelle (taux de réussite : 40 %)
- ⊗ Accouchements trop rapprochés (intervalle de 24 mois ou moins)⁹
- ⊗ Antécédents d'arrêt de descente de la tête à la dilatation complète ayant nécessité une césarienne
- ⊗ Macrosomie fœtale (taux de réussite : 50 %)

Facteurs ambigus

- ⊗ Diabète
- ⊗ Grossesse prolongée (postmaturité)
- ⊗ Âge de la mère
- ⊗ Grande multiparité

ceintes (grossesse unique) qui avaient déjà eu une césarienne⁴. Au total, 17 898 de ces femmes (38,9 %) ont tenté un accouchement vaginal. De ce dernier groupe, 124 femmes (0,7 %) ont subi une rupture utérine. Le déclenchement du travail et la stimulation des contractions augmentaient le risque de rupture qui était de 0,4 % quand le travail était spontané, mais passait à 0,9 % avec l'utilisation d'ocytocine et à 1,0 % quand le travail était déclenché artificiellement.

Les autres complications maternelles comprenaient l'endométrite (2,9 % pour les femmes qui avaient eu un accouchement vaginal contre 1,8 % pour celles qui avaient eu une césarienne itérative programmée) et le besoin de transfusion sanguine (1,7 % contre 1,0 %). On n'a pas trouvé de différence significative entre les taux d'hystérectomies, de complications thrombo-emboliques ou de mortalité maternelle.

Dans le groupe ayant opté pour un accouchement vaginal, le risque d'une issue périnatale défavorable était évalué à environ 1 pour 2000 tentatives⁴. Quoique rare, l'encéphalopathie ischémique hypoxique était

Document d'information et de consentement à l'intention des patientes qui ont déjà eu une césarienne.

Ce formulaire a pour but d'informer la patiente des risques et des avantages d'un accouchement vaginal après césarienne (AVAC) et de lui permettre de décider si elle veut tenter un tel accouchement.

L'AVAC est un bon choix pour les femmes qui ont déjà eu une césarienne par incision transverse basse. L'accouchement vaginal non compliqué est la méthode de premier choix, et celle qui comporte le moins de risques pour la mère et le bébé.

En moyenne, le taux de réussite des AVAC est de 75 %.

La complication maternelle la plus grave est la rupture utérine qui survient dans 1 ou 2 cas sur 200. La rupture utérine peut entraîner une hémorragie interne ou une hystérectomie chez la mère et, très rarement, des lésions fœtales ou la mort du bébé.

Je comprends que si j'essaie d'accoucher par voie vaginale, je pourrais quand même avoir besoin d'une césarienne. Une césarienne effectuée d'urgence pourrait être un peu plus compliquée qu'une césarienne programmée.

Même si la césarienne est une méthode sûre, il s'agit tout de même d'une intervention chirurgicale qui comporte certains risques, dont une hémorragie, une phlébite, une embolie pulmonaire, une obstruction intestinale et une infection.

J'ai pris connaissance des renseignements qui précèdent et j'ai pu poser toutes les questions sur les risques et les avantages d'un AVAC et des autres solutions possibles. Je me considère apte à donner un consentement éclairé à propos de la méthode d'accouchement qu'on me propose pour la présente grossesse.

Je veux tenter un AVAC.

Je veux une nouvelle césarienne.

Signature de la patiente

Nom de la patiente en caractères d'imprimerie

Date

Témoin

tout de même plus fréquente dans ce dernier groupe (0,08 % contre 0 % dans le groupe ayant eu une césarienne programmée).

L'autre solution à un AVAC est une césarienne programmée. Comme toute intervention chirurgicale, la césarienne comporte certains risques⁵. En effet, le risque d'hémorragie, de thrombo-embolie, d'obstruction intestinale et d'infection est plus élevé que dans un accouchement vaginal non compliqué. Les mères qui ont eu une césarienne ont davantage tendance à considérer leur accouchement comme une expérience négative, ont un contact initial réduit avec leur bébé et éprouvent davantage de difficultés à amorcer l'allaitement. La césarienne amène une baisse de la fécondité ou un risque d'infertilité accru.

Ces mères pourraient aussi avoir davantage d'anomalies de l'implantation placentaire (*placenta praevia*, *placenta accreta*) et de grossesses ectopiques.

Le risque de rupture est influencé par le type d'incision pratiquée lors de la césarienne antérieure. Les césariennes multiples constituent une contre-indication relative, car le risque de rupture augmente avec chaque nouvelle césarienne⁶. Le *tableau I* indique les différentes contre-indications à la tentative d'AVAC.

Les facteurs prédictifs d'un AVAC réussi

Dans l'ensemble, le taux de réussite des AVAC est d'environ 75 %⁴. Toutefois, chaque femme étant différente, certains facteurs prédictifs sont associés à un plus grand taux de succès (*tableau II*).

Le consentement

Le consentement est un processus dans lequel on communique à la femme toute l'information nécessaire pour lui permettre de prendre une décision éclairée. Il ne s'agit pas de lui fournir les pourcentages de risque liés à cette intervention pour ensuite la lais-

ser prendre une décision elle-même. Le processus doit faire appel aux valeurs et aux préoccupations de la patiente et du médecin.

Il faut notamment indiquer à la patiente pourquoi l'AVAC lui est proposé, la nature de l'intervention, ses risques et ses avantages ainsi que les autres solutions possibles. En outre, la femme conserve le droit de revenir sur sa décision si les circonstances changent. La discussion sur le consentement doit avoir lieu avant le début du travail.

L'outil de la page précédente montre un exemple de formulaire de consentement à un AVAC.

La prise en charge des candidates à l'AVAC

Les lignes directrices de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) sur l'accouchement vaginal après césarienne ont été publiées en février 2005 (*tableau III*)¹². Ces recommandations risquent toutefois d'être reçues différemment selon les milieux de pratique et les médecins.

Deux recommandations en particulier auront des répercussions sur la pratique de l'obstétrique au Québec. L'une d'elles préconise de réserver les AVAC aux hôpitaux où un accouchement chirurgical peut être effectué rapidement et l'autre, d'assurer une surveillance électronique continue de la fréquence cardiaque durant l'épreuve du travail. Dans certains hôpitaux, notamment dans les régions rurales, aucune équipe chirurgicale ne se trouve sur place. Aux États-Unis, certains hôpitaux refusent de pratiquer des AVAC pour cette raison, mais aussi par crainte des poursuites. Les sages-femmes pourraient hésiter à effectuer un AVAC en dehors de l'hôpital et celles qui ne détiennent pas de privilèges hospitaliers devront confier leurs patientes aux soins d'un médecin. La SOGC recommande une surveillance électronique continue de la fréquence cardiaque foetale parce que les anomalies du tracé sont les meilleurs indices de rupture utérine⁹.

Le processus du consentement doit faire appel aux valeurs et aux préoccupations de la patiente et du médecin.

Le SOGC recommande d'effectuer une surveillance électronique continue de la fréquence cardiaque foetale parce que les anomalies du tracé sont les meilleurs indices de rupture utérine. Les autres signes sont le saignement vaginal, la douleur et les contractions utérines anormales.

Repères

Directive clinique de la SOGC sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne

1. En l'absence de contre-indications, une femme ayant déjà subi une césarienne segmentaire transversale basse devrait se voir offrir un essai de travail ; cette offre doit être accompagnée de discussions appropriées au sujet des risques et des avantages maternels et périnataux. Le processus d'obtention d'un consentement éclairé (accompagné d'une documentation appropriée) devrait constituer une partie importante du plan d'accouchement dans le cas d'une femme ayant déjà subi une césarienne.
2. La volonté d'une femme de se soumettre à un essai de travail, après avoir déjà subi une césarienne, devrait avoir été exprimée de façon explicite et la documentation de la cicatrice utérine déjà présente devrait être clairement indiquée au dossier prénatal.
3. Pour assurer la sûreté du travail après une césarienne, le fournisseur de soins devrait convier la patiente à accoucher dans un hôpital où l'exécution opportune d'une césarienne est possible. La patiente et son fournisseur de soins doivent avoir été informés des ressources du milieu hospitalier où ils se trouvent et de la possibilité d'avoir recours à du personnel d'obstétrique, d'anesthésie, de pédiatrie et de salle d'opération.
4. Tous les hôpitaux devraient disposer d'une politique écrite en matière d'avis et/ou de consultation à l'intention des médecins qui pourraient être appelés à pratiquer une césarienne immédiate.
5. Dans le cas d'une patiente qui tente un essai de travail après avoir déjà subi une césarienne, un délai d'environ 30 minutes devrait être considéré comme adéquat pour la préparation d'une laparotomie d'urgence.
6. Il est recommandé d'avoir recours au monitoring fœtal électronique continu chez les femmes qui tentent un essai de travail après avoir déjà subi une césarienne.
7. Une rupture utérine soupçonnée nécessite une attention immédiate et une laparotomie pratiquée d'urgence, de façon à ce que les risques de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales puissent être amoindris.
8. L'accélération par l'oxytocine n'est pas contre-indiquée chez les femmes qui se soumettent à un essai de travail après avoir déjà subi une césarienne.
9. Le déclenchement médical du travail par l'oxytocine peut être associé à un risque accru de rupture utérine et devrait être utilisé avec précaution, à la suite de l'offre de services de counseling appropriés.
10. Le déclenchement médical du travail à l'aide de prostaglandines E₂ (dinoprostone) est associé à un risque accru de rupture utérine et ne devrait être utilisé que dans de rares cas, à la suite de l'offre de services de counseling appropriés.
11. Les prostaglandines E₁ (misoprostol) sont associées à un risque élevé de rupture utérine et ne devraient pas être utilisées dans le cadre d'un essai de travail chez une patiente ayant déjà subi une césarienne.
12. Une sonde de Foley peut être utilisée en toute sûreté aux fins de la maturation du col utérin dans le cadre d'un essai de travail chez une femme ayant déjà subi une césarienne.
13. Les données disponibles laissent entendre que, bien qu'il soit associé à un risque accru de rupture utérine, un essai de travail a de grandes chances d'être couronné de succès chez les femmes ayant déjà subi plus d'une césarienne.
14. La gestation multiple ne constitue pas une contre-indication au recours à un essai de travail chez une femme ayant déjà subi une césarienne.
15. Le diabète sucré ne constitue pas une contre-indication au recours à un essai de travail chez une femme ayant déjà subi une césarienne.
16. La macrosomie fœtale soupçonnée ne constitue pas une contre-indication au recours à un essai de travail chez une femme ayant déjà subi une césarienne.
17. Les femmes qui accouchent à nouveau, de 18 à 24 mois à la suite d'une césarienne, devraient bénéficier de renseignements sur l'accroissement du risque de rupture utérine au cours du travail.
18. L'accouchement après terme ne constitue pas une contre-indication au recours à un essai de travail chez une femme ayant déjà subi une césarienne.
19. Aucun effort ne doit être ménagé en vue d'obtenir le rapport opératoire de la césarienne déjà pratiquée, afin de déterminer le type d'incision utérine qui a été utilisé. Dans les situations où le type de cicatrice est inconnu, les renseignements au sujet des circonstances ayant entouré l'accouchement précédent s'avèrent utiles au moment de déterminer la probabilité de la présence d'une incision transversale basse. Si cette probabilité est élevée, un essai de travail peut être offert à la patiente.

Source : JOGC. Directives cliniques sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne. *J Obstet Gynaecol Can* 2005 ; 27 (2) : 175-88. Site internet : www.sogc.org/sogcnet/sogc_docs/common/guide/documents/JOGC-feb-05-martel-CPD-FR.pdf (Page consultée le 20 avril 2005).
Reproduction autorisée.

Les autres signes d'une rupture incluent le saignement vaginal, la douleur et les contractions utérines anormales⁹. La surveillance foetale continue limite considérablement les mouvements de la mère en travail, augmentant ainsi le risque d'accouchement à l'aide d'instruments ou de césariennes¹⁴.

Dans l'avenir, il est possible qu'une échographie transvaginale du segment inférieur de l'utérus permette de mieux repérer les patientes qui présentent un risque accru de rupture utérine. En effet, *le risque de cicatrice défectueuse est en relation directe avec le degré d'amincissement du segment utérin inférieur vers la 37^e semaine de grossesse. Une épaisseur de 3,5 mm ou plus est une indication rassurante*¹³.

VOUS RECEVEZ le compte rendu opératoire de Madame Segundo. Elle avait eu une incision transverse basse à terme parce que le tracé de la fréquence cardiaque foetale était peu rassurant à 8 cm de dilatation. En outre, le bébé avait des circulaires du cordon à l'accouchement. Vous l'encouragez à tenter un accouchement vaginal et l'informez que ses chances de réussite sont d'au moins 75 %.

M^{me} Segundo est à l'aise avec un risque de rupture utérine de 0,5 %, mais elle aimerait discuter avec vous des façons de réduire ce risque le plus possible. Vous convenez d'utiliser une sonde de Foley si le déclenchement du travail s'avérait nécessaire. Elle vous demande d'éviter de stimuler les contractions à l'aide d'ocytocine. Avec vous, elle établit certaines mesures susceptibles d'améliorer ses chances de succès, tout en réduisant au minimum le risque de rupture utérine. Elle décide de s'adjoindre une *doula* (accompagnante à la naissance) qui lui procurera un soutien constant durant le processus. Elle s'engage à éviter l'épidurale pour pouvoir bouger plus librement au cours du travail et à éviter la position gynécologique qui, comme vous le lui avez expliqué, peut accroître le risque d'intervention. 🦋

Date de réception : 15 février 2005

Date d'acceptation : 5 mai 2005

Mots-clés : accouchement vaginal après césarienne, AVAC, épreuve du travail, rupture utérine, déclenchement du travail, césarienne

Bibliographie

1. Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2000*. Ottawa : Santé Canada 2000 ; 22.
2. Santé Canada. *Rapport sur la santé périnatale au Canada 2003*. Ottawa : Santé Canada 2003 ; 33.
3. Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BKS, Helfand M.

Summary

Can I attempt to deliver vaginally this time? Cesarean section rates are on the rise in Canada. As the number of women who have had a cesarean section increases, so do the number of women requesting to attempt a vaginal birth after cesarean (VBAC). It is imperative that as practitioners we understand the implications and risks of an attempt at a vaginal birth after a previous surgical delivery. The success of a VBAC delivery is 75% on average. The major risk is uterine rupture which occurs in 0.7% of women attempting VBAC in spontaneous labor.

Consent is a process whereby the woman has the necessary information and the ability to weigh this information in order to make a decision. The process must include both the patient's and physician's values and concerns. The information given should include why VBAC is offered, what is involved, as well as the risks and benefits of VBAC and its alternatives.

Keywords: vaginal birth after cesarean, trial of labour, uterine rupture, induced labour, VBAC, cesarean section

Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. *BMJ* 2004 ; 329 : 19-25.

4. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spang CY, Leindecker S, Varner MW et coll. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Eng J Med* 2004 ; 351 (25) 2581-9.
5. Maternity Center Association. *What every pregnant woman needs to know about cesarean section*. New York : MCA. 2004. Site Internet : www.maternitywise.org/cesareanbooklet (Page consultée le 20 avril 2005).
6. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop CM, Cohen A, Lieberman E. Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior caesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1999 ; 18 (4) : 872-6.
7. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Intrapartum uterine rupture and dehiscence in patients with prior lower uterine segment, vertical and transverse incisions. *Obstet Gynecol* 1999 ; 94 (5 Pt 1) : 735-40.
8. Miller DA, Diaz FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. *Obstet Gynecol* 1994 ; 84 (2) : 255-8.
9. Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier R. Interdelivery interval and uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002 ; 187 : 1199-202.
10. Weinstein D, Benschushan A, Tanos V, Ziberstein R, Rojanski N. Predictive score for vaginal birth after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1996 ; 176 : 192-8.
11. Shipp TD, Zelop CM, Repke JT, Cohen A, Caughey AB, Lieberman E. Labor after previous cesarean: influence of prior indication and parity. *Obstet Gynecol* 2000 ; 95 : 913-6.
12. Directive clinique de la SOGC. Directives cliniques sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne. *J Obstet Gynaecol Can* 2005 ; 27 (2) : 175-88. Site Internet : www.sogc.org/sogcnet/sogc_docs/common/guide/documents/IOGC-feb-05-martel-CPD-FR.pdf (Page consultée le 20 avril 2005).
13. Rozenberg P, Giffinet F, Phillippe HJ, Nisand I. Thickness of the lower uterine segment: its influence in the management of patients with previous caesarean sections. *Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol* 1999 ; 87 (1) : 39-45.
14. Thacker S, Stroup D. *Continuous electronic heart rate monitoring during labor (The Cochrane Review)*. Oxford : the Cochrane Library Issue 2 ; 2000.