



Accouchement sur utérus cicatriciel (AVAC)

L'utérus cicatriciel favorise le risque de rupture utérine ou d'anomalie d'insertion placentaire(AIP).

- Risque de rupture utérine uniquement quand contractions utérines
 - Travail spontané : 1.5 à 6 /1000
 - Induction par ocytocine : 5.4 à 7.7 / 1000
 - Induction par prostaglandines : 7 à 24/1000

- Risque AIP en cas de placenta prævia antérieur : jusqu'à 24 %

Facteurs favorisant la voie basse :

- Antécédent de 1 césarienne segmentaire basse
- Si la première césarienne a été réalisée pour mal présentation ou CTG pathologique
- Antécédent accouchement par voie basse
- Travail spontané
- < 40 semaines et/ou < 4000 gr

Signes d'appel de rupture utérine :

- CTG pathologique
- Douleur brutale (malgré l'analgésie péridurale)
- Hypertonie utérine
- Défaut de contractilité
- Discontinuité de la tocométrie (interne le cas échéant)
- Métrorragies
- Utérus en sablier à la palpation (ascension de la présentation)

Contre-indications :

(Toutes ces contre-indications peuvent être discutées et considérées comme relatives en décision d'équipe après l'analyse de chaque dossier et notification de cette décision dans celui-ci)

- Utérus pluricicatriciel (bicicatriciel = CI relative)
- Antécédent césarienne corporéale
- Antécédent de rupture utérine
- Résection d'une corne utérine
- Disproportion foetopelvienne (cf pelvimétrie)

- Myomectomie avec ouverture de la cavité (en fonction du protocole opératoire et de l'avis du chirurgien)
- grossesse gémellaire
- siège (VME = CI relative)
- cicatrice non documentée si corporéale non exclue
- Antécédent de césarienne avant 28 SA (pcq le segment inf n'est pas encore formé et qu'elles sont dès lors toujours en partie corporéale)
- Intervalle entre 2 naissances de moins de 18 mois (CI relative)
- Macrosomie (CI relative)
- Polymyomectomie sans effraction cavité (CI relative)

Conduite à tenir pendant la grossesse :

- Obtenir les compte-rendus opératoires + indications antérieures (césarienne ou chirurgie utérine)
- Recherche échographique d'une AIP
- Dépistage de la macrosomie
- Estimation de l'accommodation foetopelvienne (pelvimétrie pas systématique – examen clinique > détroit inférieur !!)
- Echographie du segment inférieur non utilisée pour décider de la voie d'accouchement (utilité clinique non démontrée) mais associée à l'examen clinique, possède une bonne VPN.

Déclenchement du travail :

- Uniquement si Bishop favorable permettant une perfusion d'ocytocine ou la rupture artificielle des membranes et si indication médicale.
- Possibilité de réaliser une césarienne en urgence et de prendre en charge une HPP
- Le cas échéant, préférer la maturation cervicale par une sonde de Foley ou ballonnet de Cook rempli de 50 cc de sérum physiologique et laissée en place pendant 12 heures
- Prostaglandines doivent être utilisées avec la plus grande prudence

Pendant le travail :

- CTG en continu dès le début du travail.
- Sage-femme et équipe obstétricale bien au fait du protocole et des risques de l'AVAC.
- Anesthésiste et salle de césarienne disponibles.
- Péridurale non contre-indiquée, même recommandée.
- La mise en place d'une tocométrie interne n'est pas obligatoire. Elle permet cependant un contrôle précis des contractions et peut faire suspecter une rupture utérine en cas de discontinuité.
- Ocytocine permise si stagnation de la dilatation sur un utérus peu actif ; augmentation progressive et éviter l'hypercinésie.
- Epreuve de travail stricte : 6-8h maximum, membranes rompues et CU régulières

- Expulsion maximum 30 min et recours facile et rapide à l'extraction instrumentale.
- Révision utérine en cas de métrorragies et/ou de douleurs inhabituelles.
- La révision utérine systématique est controversée. Il y a lieu de balancer son risque infectieux avec son avantage de diagnostiquer une rupture utérine (rarement) asymptomatique ou une déhiscence de la cicatrice, elle-même à risque augmenté lors d'une grossesse ultérieure de rupture utérine et d'AIP.

Références :

- Recommandations pour la pratique clinique, Accouchement en cas d'utérus cicatriciel, élaborées par le CNGOF , Paris 2012
- Vaginal Birth after Previous Cesarean Delivery, ACOG , 2010