

	<b>Thématique</b>	<b>Date de création</b>	<b>Version 1</b>	<b>Date d'actualisation</b>
	Prise en charge ante natale et conduite à tenir à l'accouchement en cas d'utérus cicatriciel	Décembre 2014	Page 1 sur 5	2018

<b>Créateur</b>	<b>Rédacteur</b>	<b>Vérificateur</b>	<b>Approbateur</b>
Equipe obstétricale du CH d'Auxerre	Equipe obstétricale du CH d'Auxerre		Comité Stratégique

## Prise en charge ante natale et conduite à tenir à l'accouchement en cas d'utérus cicatriciel

1- DÉFINITION DE L'HAS

2- ÉPIDÉMIOLOGIE

3- ÉTIOLOGIES

**a. Obstétricales**

**b. Gynécologiques**

4- SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

5- VOIE D'ACCOUCHEMENT : CONSULTATION DU 9EME MOIS

6- CAS PARTICULIERS

**a. Siège**

**b. Grossesse gémellaire**

**c. Grossesse prolongée**

**d. Accouchement avant terme**

**e. Intervalle court entre une césarienne et une nouvelle grossesse**

**f. Refus de la patiente**

7- CONDUITE DU TRAVAIL

**a. Déclenchement**

**b. Surveillance du travail**

*CADRE GENERAL NON OPPOSABLE*

## 1- DÉFINITION DE L'HAS

Un utérus est dit cicatriciel lorsqu'il comporte, en un endroit quelconque de l'isthme ou du corps, une ou plusieurs cicatrices myométriales. Cette définition exclut les cicatrices cervicales, les cicatrices purement muqueuses ou séreuses.

## 2- ÉPIDÉMIOLOGIE

- Taux national de césariennes en 2010 : 20,8 %
- Taux régional de césariennes en 2013 : 16,9 %
- Prévalence des utérus cicatriciels chez les primipares en 2010 : 11% des parturientes
- En 2010, parmi les 49% de parturientes ayant un utérus cicatriciel et qui débutent un travail, 75% accouchent par voie basse.

*Au total, 36,5% des femmes ayant un utérus cicatriciel accouchent par voie vaginale.*

- Taux de rupture utérine : de 0,1 à 0,5%

## 3- ÉTIOLOGIES

### a. Obstétricales : Césarienne

### b. Gynécologiques :

- Myomectomie avec effraction de l'endomètre (les myomectomies n'intéressant pas la totalité du myomètre ne doivent pas être considérées comme des utérus cicatriciels)
- Salpingectomie avec excision de la portion interstitielle de la trompe
- Résection endoscopique de fibromes ayant une forte composante intra-murale
- Hystéroplastie d'agrandissement
- Cure de cloison utérine avec effraction du myomètre
- Perforation utérine non suturée à l'occasion d'un curetage ou d'une exploration endo-utérine

Il faut par contre considérer comme utérus sain :

- Résection de fibrome strictement intra-cavitaire
- Cure de cloison utérine sans effraction du myomètre au niveau du fond
- Cure de synéchie

## 4- SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

La surveillance de la grossesse est identique à toutes les autres.

Cependant la vérification de la topographie placentaire est primordiale en raison du risque accru de placenta prævia et/ou accreta.

La recherche d'un placenta praevia et accreta repose sur le diagnostic échographique de lacunes placentaires dès le 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse et de l'absence de vascularisations parallèles à la séreuse en regard de la zone d'implantation placentaire à partir du 2<sup>ème</sup> trimestre.

#### 5- VOIE D'ACCOUCHEMENT : CONSULTATION DU 9EME MOIS

*(Selon les recommandations 2012 de la HAS et des RPC du CNGOF 2012)*

La tentative de voie basse après césarienne (TVBAC) et la césarienne programmée après césarienne (CPAC) présentent toutes les deux des risques faibles de complications sévères pour la mère et l'enfant. Le rapport bénéfices/risques pour la mère à court et à long terme est favorable à la TVBAC (*accord professionnel : AP*).

La TVBAC est l'option à privilégier dans la grande majorité des cas (*AP*).

Pré-requis à la réalisation de la TVBAC :

- Décision par l'équipe obstétricale du lieu d'accouchement (le choix de la voie d'accouchement doit être validé par un obstétricien)
- Confrontation foeto-pelvienne (examen clinique et paraclinique)
- Radiopelvimétrie non recommandée (*Grade C*)
- Information claire de la patiente et obtention de son consentement
- Décision collégiale possible sur situation jugée difficile

La décision de la voie d'accouchement est notée et motivée clairement dans le dossier obstétrical. A l'admission de la patiente, une réévaluation doit être faite par l'obstétricien de garde.

#### Césarienne prophylactique fortement recommandée :

- Hystérotomie corporeale (*grade B*)
- Disproportion foeto-pelvienne manifeste (*AP*)
- Utérus tricatriciel et plus (*AP*)
- ATCD de rupture utérine (*AP*)
- Obésité maternelle avec IMC > 50 (*AP*)

Dans tous les autres cas, une épreuve utérine doit être envisagée.

#### 6- CAS PARTICULIERS

- a. Siège :** VME ou AVB possible si les conditions d'acceptation de l'accouchement par le siège sont remplies (*Grade C*)

- b. Grossesse gémellaire :** AVB possible, J1 en présentation céphalique ou podalique (*grade C*)
- c. Grossesse prolongée :** AVB possible (*Grade C*)
- d. Accouchement avant terme :** AVB fortement recommandé (*Grade C*)
- e. Utérus bi-cicatriciel :** le choix entre voie basse et césarienne programmée se fait au cas par cas.
- f. Intervalle court entre une césarienne et une nouvelle grossesse (délai non consensuel) :** AVB possible si conditions locales favorables (*Grade C*)
- g. Refus de la patiente (après informations et délais de réflexion) :** accession à sa demande ou réorientation vers un confrère (*accord d'experts*)

## 7- CONDUITE DU TRAVAIL

### a. Déclenchement :

- le risque de césarienne est modérément augmenté tandis que le risque de rupture utérine est doublé par rapport au travail spontané (*NP2*)
- **doit être motivé par une indication médicale**
- molécules disponibles :
  - Ocytocine : déclenchement possible à doses minimales efficaces pour obtention d'une dynamique utérine satisfaisante (*grade C*)
  - PGE2 : déclenchement possible mais l'utilisation doit être très prudente (augmentation significative du risque de rupture utérine *NP2*) (*AP*)
  - Misoprostol : déclenchement **non** recommandé sur fœtus vivant (*AP*)

### b. Surveillance du travail :

- **Prévenir l'obstétricien et l'anesthésiste de garde en début de travail de la patiente**
- ERCF dès l'entrée en travail (*AP*)
- Tocométrie interne **non** indispensable en systématique (*AP*)
- Anesthésie péridurale souhaitable (*AP*)
- Utilisation possible de l'ocytocine à doses minimales efficaces (*AP*)
- En phase active ne pas dépasser 3 heures de stagnation pour décider d'une césarienne (*AP*)
- En cas de placenta accreta diagnostiqué, naissance à organiser dans l'établissement de référence de type 3
- **Pas** de révision utérine systématique (*Grade C*)

## BIBLIOGRAPHIE

- Haute Autorité de Santé. Indications de la césarienne programmée à terme, janvier 2012.
- Réseau périnatal AUREO. Utérus cicatriciel : Fiche d'information, juin 2006.
- Réseau périnatal AUREO. Utérus cicatriciel, février 2014.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Cinquième partie : Recommandations pour la pratique clinique, 36<sup>es</sup> journées nationales Paris 2012, p. 591-619.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Accouchement et utérus cicatriciel : les recommandations 2012.
- DENEUX-THARAUX C. Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2012, 41, p. 697-707.
- D'ERCOLE C., BRETELLE F., PIECHON L., SHOJAI R., BOUBLI L. Recommandations pour la pratique clinique : la césarienne a-t-elle une indication en cas d'utérus cicatriciel ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2000, 29 (suppl. n°2), p. 51-67.
- GUYOT A., CARBONNEL M., FREY C., PHARISIEN I., UZAN M., CARBILLON L. Rupture utérine : facteurs de risque, complications maternelles et fœtales. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2010, 39, p238-245.
- CLOUQUEUR E., COULON C., VAAST P., CHAUVET A., DERUELLE P., SUBTIL D., HOUFFIN-DEBARGE V. Utilisation du misoprostol pour l'induction du travail en cas de MIU ou d'IMG au deuxième ou au troisième trimestre de la grossesse : efficacité, posologie, voie d'administration, effets secondaires, utilisation en cas d'utérus cicatriciel. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2014, 43, p146-161.
- BEL S., GAUDINEAU A., ZORGNOTTI L., SANANES N., FRITZ G., LANGER B. Enquête sur les pratiques de maturation cervicale en France. Gynécologie Obstétrique et Fertilité, 2014, 42, p301-305.
- GEGORIF : Protocoles de l'Hôpital Saint-Maurice. Utérus cicatriciel : conduite à tenir pour l'accouchement. Disponible sur : [http://www.cegorif.fr/protocoles/St\\_Maurice/PDF/uterus\\_cicatriciel\\_CAT.pdf](http://www.cegorif.fr/protocoles/St_Maurice/PDF/uterus_cicatriciel_CAT.pdf) (consulté le 25 septembre 2014)

## ANNEXE 1

NIVEAU DE PREUVE SCIENTIFIQUE FOURNI PAR LA LITTERATURE	GRADE DES RECOMMANDATIONS
<p style="text-align: center;"><b>Niveau 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Essais comparatifs randomisés de forte puissance</li> <li>- Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li> <li>- Analyse de décision basée sur des études bien menées</li> </ul>	<p><b>A</b></p> <p>Preuve scientifique établie</p>
<p style="text-align: center;"><b>Niveau 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Essais comparatifs randomisés de faible puissance</li> <li>- Études comparatives non randomisées bien menées</li> <li>- Études de cohorte</li> </ul>	<p><b>B</b></p> <p>Présomption scientifique</p>
<p style="text-align: center;"><b>Niveau 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Études cas-témoin</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Niveau 4</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Études comparatives comportant des biais importants</li> <li>- Études rétrospectives</li> <li>- Séries de cas</li> <li>- Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)</li> </ul>	<p><b>C</b></p> <p>Faible niveau de preuve scientifique</p>