



جامعة سعد دحلب-البليدة 1, الجزائر

Université Saad DAHLEB-Blida1, Algérie



PROBLEMATIQUE DE L'UTERUS CICATRICIEL AU MAGHREB

15^{ème}
Congrès International
DE GYNÉCOLOGIE
OBSTÉTRIQUE
& REPRODUCTION
de la Côte d'Azur



28-30 Juin 2017
Antibes Juan-Les-Pins

Mouloud ZEMOUCHI

Asmaa LACHEMAT

Mohamed Said OUKID

Service de Gynécologie Obstétrique


Unité Hassiba BENBOUALI

Centre Hospitalo-Universitaire de Blida-Algérie

INTRODUCTION

- **La PEC des utérus cicatriciel** , sujet d'actualité qui fait toujours débat. Fréquence croissante des utérus cicatriciels par inflation des taux de césariennes dans le monde où le Maghreb ne fait pas exception
 - 5 % en 1970 **VS** 25-30 % en 2016-CHU Blida, Algérie;
 - Tx national moy en Tunisie :26,7% en 2015
 - Tx national moy au Maroc : 8% en 2011

Cette croissance n'a rien avoir avec la Medecine fondée sur des données probantes ou Evidence Based Medecine.

- **Accouchement à HR :**
 - Morbi-mortalité MF : HD (PP et/ou accréta), déhiscence et rupture de cicatrice.
 - Sujet d'actualité dans les pays en développement comme celles du Maghreb où les plateaux techniques, les ressources humaines qualifiées, la notification, la traçabilité et l'évaluation,... restent encore insuffisants.



DEFINITION

- L'utérus cicatriciel est tout utérus porteur d'une ou de plusieurs cicatrices myométriales qui siègent en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme.
- **Le plus souvent suite à une césarienne**
- Plus rarement d'origine gynécologique

HISTORIQUE

- L'historique de l'utérus cicatriciel revient essentiellement à celle de la césarienne. En effet, la principale étiologie des cicatrices utérines est obstétricale.
- Historiquement : césarienne un jour, césarienne toujours. (1)
- 1950 – 1980 : Acceptation puis encouragement VBAC. National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel (NIHCDDP).
- 1996 : 23% de AVBAC. (2)
- 1996 : MacMahon et al (USA) : Morbidité ++ pour les AVBAC en opposition aux CIP (OR à 1,8).
- 2006 : États-Unis, 8,5% de AVBAC avec 60 à 80 % de succès et 1 % de rupture de cicatrice utérine.(3)

(1) Cragin E. Conservatism in obstetrics. NY Med J 1916;104:1.

(2) McMahon MJ, Luther ER, Bowes Jr WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med 1996;335:689—95.

(3) Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004;351:2581—9

MAGHREB EN CHIFFRES

	Mauritanie 2012	Maroc 2015	Libye 2010	Algérie 2015	Tunisie 2012
Superficie Km²	1 030 700	446 550	1 759 540	2 381 741	163 610
Population	4 100 000	34 790 437	6 400 000	39 500 000	11 375 220
Taux de natalité ‰	31,34	18,2	18,03	26,1	19,3
Nombre de naissance / an	128 494	647 922	115 392	1 030 950	160 000
Taux de mortalité globale ‰	8,2	4,81	3,58	4,5	6,3
Taux de mortalité maternelle	510	112	58	57,5	44,8

FRÉQUENCE DE L'ACCOUCHEMENT SUR UTÉRUS CICATRICIEL



Auteur	Pays	Fce %
CHU BLIDA	Algérie (2014)	11,4
CHU RABAT	Maroc (2010)	5
Maternité ISSAK GAZOBI	Mauritanie (2007)	9,7
CHU BIZERTE	Tunisie (2012 - 2014)	9
	Libye	Pas d'études publiées
WASEF	Grande bretagne (2000)	3,5
AOUATTARA	BAMAKO (2008)	3,7
NIANANKORO FOMBA	MALI (2012)	7,8
NEUHAUS	Allemagne (2001)	7,16
AISIEN	NIGERIA (2004)	7,5
MT DIADHOU	SENEGAL (2010)	7,5
ANDERSON	CANADA (2004)	7,6
FLAMM	USA (2007)	9,2
BOISSELIER	France (2010)	11

Taux de Césariennes au Maghreb et en France

	Maurita nie	Maroc	Lybie	Algérie	Tunisie	France
Taux de césariennes	10 (2012)	16 (2012)	----- Pas de données	24 (2015)	26,7 (2015)	20,8 (2014)

UNE ÉPIDÉMIE DE CÉSARIENNES EN TUNISIE !

La confiance des patients dans le médecin est aveugle : « si le docteur dit que vous avez besoin de subir une césarienne, on ne se pose pas de question sur les raisons de cette césarienne et on fait généralement confiance ».

La responsabilité du corps médical est considérable. la césarienne est une garantie de confort pour l'obstétricien: pas de naissance les jours fériés, durant les matchs clés du championnat ou au milieu de la nuit.

«À l'université, les étudiants ne se forment plus qu'à la césarienne, ils ont peur des éventuelles complications d'un accouchement par voie basse».

Les césariennes pouvant être planifiées et sont mieux rémunérées par la CNAM (1260 DT contre 500 DT pour la voie basse).

Gynécologue-Tunisie, le 28-04-15

Exemple d'une clinique privée (Tunisie) Com F.ZIOUA et M.BOUYAHIA, Gyn Monaco 02-06-2016



TAUX DE CS 2014 71%

CLINIQUES PRIVEES

STATISTIQUES DE LA CNAM (Tunisie)

+

	2010	2011	2012	2013
Nb d'accouché	27248	33208	40970	43378
Césarienne	16467	16998	22160	25239
Taux de C/S	60%	51%	54%	58%



Accouchement par césarienne: Une pratique banalisée

Alors que l'OMS recommande des taux entre 5% et 15% : Le taux d'incidence de la césarienne est de 50% à la CNOPS (2012)

Cette tendance à la hausse des césariennes est également perceptible en termes des dépenses.

En 2011, 58% des actes d'accouchements se sont faits par césarienne contre 42% par voie basse dans le secteur privé. Par contre, dans le secteur public, la part de l'accouchement normal reste la plus importante avec un taux de 81% contre 19% pour les césariennes.



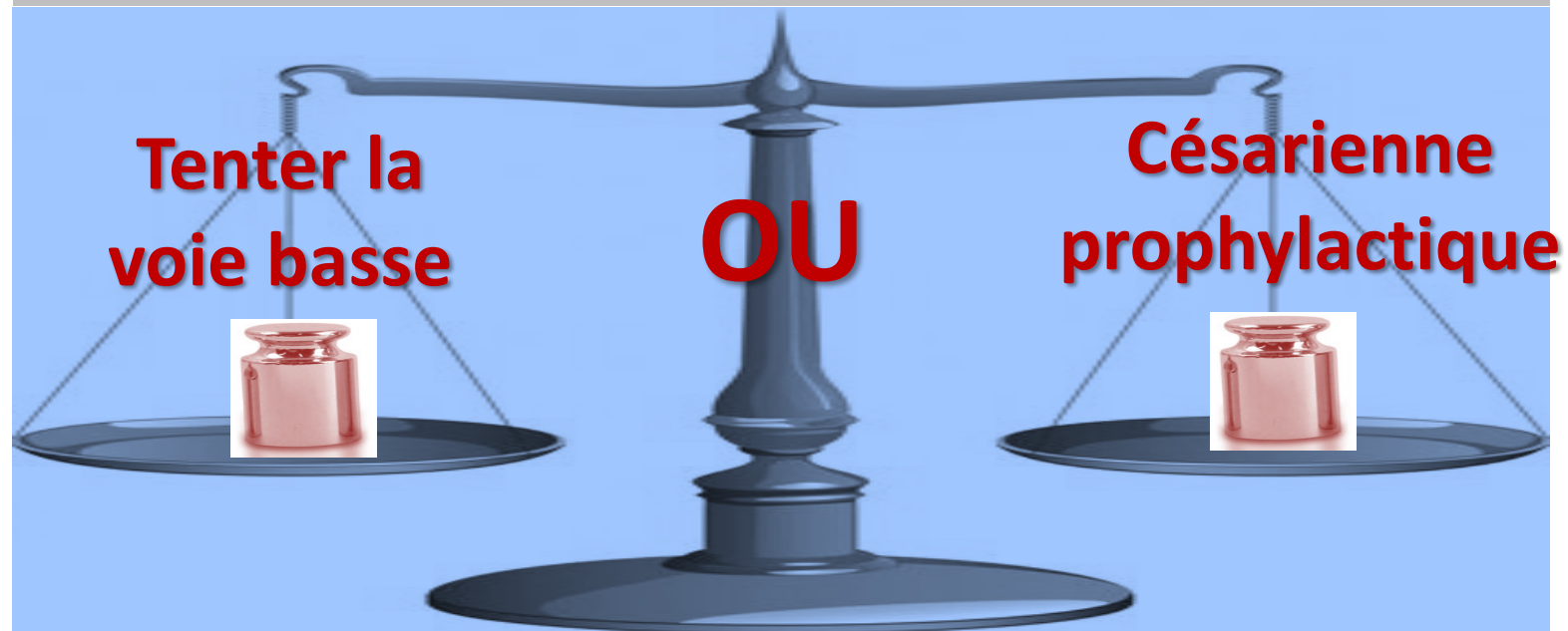
Deux par lit
Je veux aller
en clinique
faire une
césarienne

NOMBRE DE CICATRICES UTÉRINES

	UNI CICATRICIEL %	BI CICATRICIEL %	> ou = 3 CICATRICES %
ALGERIE (CHU BLIDA 2015)	75,5	17,8	6,6
MAROC (CHU RABAT 2010)	88	10	2
MAURITANIE (ISSAK GAZOBI)	75,2	18,8	6
TUNISIE	Pas de données		
FRANCE			

VOIE D'ACCOUCHEMENT SUR UTÉRUS CICATRICIEL

02 options se présentent à l'obstétricien



- ↗ Angoisse
- TX réussite 40 à 90%
(littérature)
- Risque de rupture et
déhiscences de cicatrice

- ↘ l'angoisse
- ↗ le taux de césarienne
- ↗ La morbidité
materno- foetale

AUTEURS	ANNÉE	Césarienne d'emblée (%)	Epreuve utérine (%)	Epreuve utérine réussie (%)
ALGERIE	2014	41,9	58,1	74,5
MAROC	2010	41,5	58,5	91
TUNISIE	2012 - 2014	53	47	82,7
MAURITANIE	2007	32,6	67,4	42,5
BOUSEFIANE (1)	2004	72.3	27.7	92.5
SPAANS (2)	2002	31.3	68.7	71.4
SEPOU (3)	2003	23	77	78.9
HASSAN (USA) (4)	2005	17.85	82.15	67.2
CISSE (SENEGAL) (5)	2003	45,5	55,5	85
ENP (France) (6)	2010	42,7	57,3	75,7
Adama Dembélé (BURKINA) (7)	2007	44	56	61
ABASSI (DAKAR) (8)	2000	13,8	86,2	84,5
BAETA (TOGO) (9)	2003	41,1	58,9	62,6

- L'étude des différentes séries de la littérature montre des résultats assez disparates : l'épreuve utérine est autorisée dans 27.8% à 88.2%, et sa réussite varie entre 45% et 92.5%.
- La disparité des résultats rapportés dans la littérature est due à la différence des conditions médicales et à l'absence d'une attitude homogène entre les obstétriciens devant un accouchement sur utérus cicatriciel.

- Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques, journal de gyn obst et biol de la reproduction 2012
- État des lieux en France de la PEC des utérus cicatriciels, journal de gyn obst et biol de la reproduction 2011
- GREENE M.F. Vaginal birth after cesarean revisited. N. Eng. J. Med, 2004
- VARMA R. Internationally agreed strategy is needed on vaginal birth after caesarean. Br. Med. J., 2004

INDICATIONS DES CESARIENNES

INDICATIONS	ALGERIE	MAROC	TUNISIE	TURQUIE
Hypoxie fœtale	26 %	27,3 %	21 %	15%
Utérus multi-cicatriciels	19 %	15,5 %	12 %	13 %
Présentation de siège	14 %	12,5 %	4,5 %	4%
Pré éclampsie	10 %	9,75 %	8,9 %	33%
Travail prolongé	8 %	6,7%	8,6 %	2%
Placenta Prævia	5 %	2 %	5 %	12%
Suspicion de déhiscence	/	1,5 %	/	2 %
Césarienne de convenance	00 %(?)	00 %(?)	/	3%
Autres ID fœtales	12 %	15 %	22 %	7%
Autres ID maternelles	6 %	10,2 %	18 %	9%

ESPACE INTER GENESIQUE

	ALGERIE	MAROC	TUNISIE	FRANCE
> 2 ans	88 %	83 %	88,45 %	
1 – 2 ans	9 %	14,25 %	7,3 %	
< 1 an	3 %	2,75 %	4,25 %	

Problème de prise en charge pour l'EIG moins de 6 mois ???

• LITTERATURE:

Plusieurs études montrent une augmentation du taux de rupture utérine en cas de grossesse rapprochées.

- **Esposito et al** ont constaté qu'un intervalle de temps inférieur à 6 mois était associé à un risque de rupture utérine non négligeable.
- **Shipp et al** retrouvent dans leurs études un risque de rupture utérine trois fois plus élevé en cas d'épreuve utérine réalisée moins de 18 mois après la césarienne.
- **Cisse et coll** : une cicatrice datant de moins de 1 an est peut une indication de césarienne prophylactique.
- **On constate donc qu'un intervalle de temps diminué entre les grossesses est en relation avec une augmentation du risque d'échec de l'épreuve utérine, cependant la littérature n'indique pas de valeur précise.**
- En général après la première césarienne, l'espace inter gésésique minimum autorisé est de 6 mois. Mais on constate des grossesses avant 6 mois par absence de planification de grossesse.

- ESPOSITO MA. et al : *Association of interpregnancy interval with uterine scar failure in labor* , J Obstet Gynecol 2000
- SHIPP TA. et all. *Interdelivey interval and risk of symptomatic uterine rupture. JObstet Gynecol* 2001.
- CISSE CT et all. *Rupture uterine spontanée et complète sur utérus gravide cicatriciel.* 1998

- **LITTÉRATURE :**

Certains auteurs indiquent la césarienne prophylactique devant l'existence de certains paramètres qu'ils considèrent comme étant des contre-indications formelles à l'épreuve utérine :

- Cicatrice multiple
- Cicatrice corporéale
- Rupture utérine
- Présentation irrégulière
- Délai intergénésiq ue inférieur à 6 mois
- Surdistension utérine
- Placenta praevia

D'autres auteurs ont, essayé de démontrer que la présence de certains de ces paramètres ne peut contre-indiquer une épreuve utérine sur utérus cicatriciel.

- **SMITH.G , WHITE.I , PELL.P , DOBBIE.** Predicting cesarean section and uterine rupture among women attempting vaginal birth after prior cesarean section. Plos. Med., 2005
- **MIZUNOYA.F, NAKATA.M, KONDO.T.** Management of vaginal birth after cesarean. J. Obstet. Gynecol. Res., 2002,
- **AVERY.M, CARR.C, BURKHARD.T.** Vaginal birth after caesarean section. J. Midwifery. Women's health., 2004

- Le taux des poursuites médico-légales dans le domaine de l'obstétrique X 3 ces dix dernières années.
- La PEC des patientes porteuses d'utérus cicatriciels est une situation à risque => respect minutieux de certaines recommandations :
 - **Apporter une information précise et complète à la patiente.**
 - **Dossier médical complet comportant toutes les informations données à la patiente avant l'épreuve utérine, tous les éléments cliniques et para-cliniques, ainsi que tous les actes, incidents ou anomalies survenus au cours de l'accouchement.**

EVALUATION DE LA QUALITE DE CICATRICE

- **DANS LE MONDE :**

- ❖ **IMPACT DES TECHNIQUES DE FERMETURE UTÉRINE LORS DE LA CÉSARIENNE**

La fermeture de l'utérus en deux plans non barrés excluant la déciduale lors de la césarienne est associée à une meilleure cicatrisation utérine que la fermeture en un plan barré lors de la césarienne électorive primaire sans influencer l'hémostase et le risque de complications à court terme. Cette association peut expliquer l'association entre la fermeture en un plan barré et la rupture utérine : **la fermeture en deux plans non barrés devrait être privilégiée à la fermeture en un plan barré lors des césariennes électorives primaires à terme.**

❖ ÉVALUATION DE LA CICATRICE UTÉRINE :

Parmi les techniques utilisées, on compte l'échographie, l'hystérogographie et l'hystérosonographie.

-Elles constituent le meilleur moyen disponible pour évaluer l'état de la cicatrisation utérine.

- Elles sont actuellement utilisées pour évaluer les facteurs liés à la cicatrisation utérine et pour évaluer le risque de rupture utérine chez les femmes avec césarienne antérieure.

- La technique d'évaluation par échographie abdominale ou vaginale sans injection de salin est la méthode la plus fréquemment utilisée en raison de sa facilité d'emploi, de la disponibilité dans les hôpitaux et de son faible coût, que la femme soit enceinte ou non.

- IMPACT DES TECHNIQUES DE FERMETURE UTÉRINE LORS DE LA CÉSARIENNE : Roberge S, Demers S, Girard M, Vikhareva O, Markey S, Chaillet N, Moore L, Paris G, Bujold E, Montréal, Canada 2015

- Evaluation des cicatrices de la césarienne : techniques d'imageries et défauts de cicatrisation utérines Roberge S, Boutin A, Chaillet N, Moore L, Jastrow N, Demers S, Bujold E. Systematic review of cesarean scar assessment in the non-pregnant state, Quebec, Canada 2012

- **AU MAGHREB :**

Hystérogographie

Hystérosonographie

Hystéroscopie

} **non rapportées**

En Algérie :

➤ **La qualité de la cicatrice :** est principalement appréciée par la **clinique +++** (technique et indication de la première césarienne, type d'incision utérine, suites post-opératoire...), en plus de **l'échographie** (épaisseur du segment inférieur....)

➤ **Le type de l'incision utérine:**

hystérotomie segmentaire transversale (HST)

➤ **L'hystérorraphie :** est faite par un **surjet simple extra-muqueux en un seul plan au fil S/R,1/0 (CHU Blida).**

SUIVI DES GROSSESSES

- AU MAGHREB : exemple de l'Algérie :
 - Le suivi est réalisé au niveau de **centres de références de GHR : 1 consultation / mois** voir plus
 - Importance du **carnet de santé** bien tenu.
 - En fin de grossesse, ces patientes seront orientées vers des **maternités de niveau II ou III.**

ACCOUCHEMENT PROPREMENT DIT

Au MAGHREB : exemple de l'Algérie :

- Maternité de niveau II ou III**
- Equipe multi-disciplinaire**
- Césarienne prophylactique :**
si utérus cicatriciel + FDR (**49 % des cas-2015**)

□ PARTOGRAMME

- Surveillance rigoureuse des éléments du partogramme
- La dilatation doit être régulière et harmonieuse, comme pour toute épreuve de travail.
- Le CNGOF (RPC-2012) recommande que les examens du col soient effectués par une même personne et qu'une amniotomie soit privilégiée à l'administration d'ocytociques en cas de stagnation de la dilatation [1]

□ ENREGISTREMENT CARDIO-TOCOGRAPHIQUE

- **L'ERCF permanent n'est pas possible à l'heure actuelle** aux pays du MAGHREB dans tous les cas vu le nombre important d'accouchements.
- L'ACOG, le RCOG et le CNGOF [1; 2;3] préconisent un monitoring en continu sur toute la durée du travail, puisque l'un des signes les plus fréquents de pré-rupture utérine est l'altération du rythme cardiaque foetal (présente dans 70% des cas).
- L'utilisation systématique d'une tocométrie interne n'est pas recommandée [1 ; 2]. Il importe en revanche de bien capter les contractions utérines.

❑ DIRECTION ET DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL

- **En Algérie la direction et le déclenchement du travail par l'ocytocine est possible, pratiqué chez 1% des utérus cicatriciels**
- Selon la littérature, l'utilisation d'ocytocine à débit contrôlé est possible en cas d'hypocinésie de fréquence [3;4]. Il n'y a pas de recommandation particulière quant à l'utilisation d'une tocométrie interne dès lors que l'on administre des ocytociques ou au-delà d'un certain débit.

1 - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français – Recommandations pour la pratique clinique – Accouchement en cas d'utérus cicatriciel – Décembre 2012 [en ligne] Consultée 2013.

2 - American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2010 Aug. 14 p. (ACOG practice bulletin; no. 115).

3 - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth after previous caesarean birth. London (UK): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2007 Feb. 17 p. (Green-top guideline; no. 45).

4 - CNGOF recommandations pour la pratique clinique. Césarienne : conséquences et indications. 2000. [En ligne] Consulté le 20 juillet 2012

❑ **Durée d'expulsion** < 30 min dans 91 % des cas (CHU Blida-Algérie)

❑ **Le forceps**

- N'est **pas systématique**

- 8 % des cas Vs 3 % ds la population générale en (CHU Blida)
(2014)

- 11 % pour DIADHIOU CHU DAKAR (2004)

❑ **Les manœuvres obstétricales :**

- Les manœuvres obstétricales visant à aider l'expulsion du foetus comme les expressions utérines sont **proscrites +++**
- Les versions par manœuvre externe pendant la grossesse ou les versions par manœuvres interne lors du travail sont **récusées** par de nombreux auteurs sauf cas d'exception
- Pour nous, aucun cas de version par manoeuvre interne n'a été réalisé.

❑ **L'accouchement** après épreuve utérine s'est fait par voie basse dans **74 % des cas**(CHU Blida-Algérie)

❑ **La délivrance : est dirigée par des ocytociques pour prévenir l'hémorragie de la délivrance**

❑ La révision utérine :

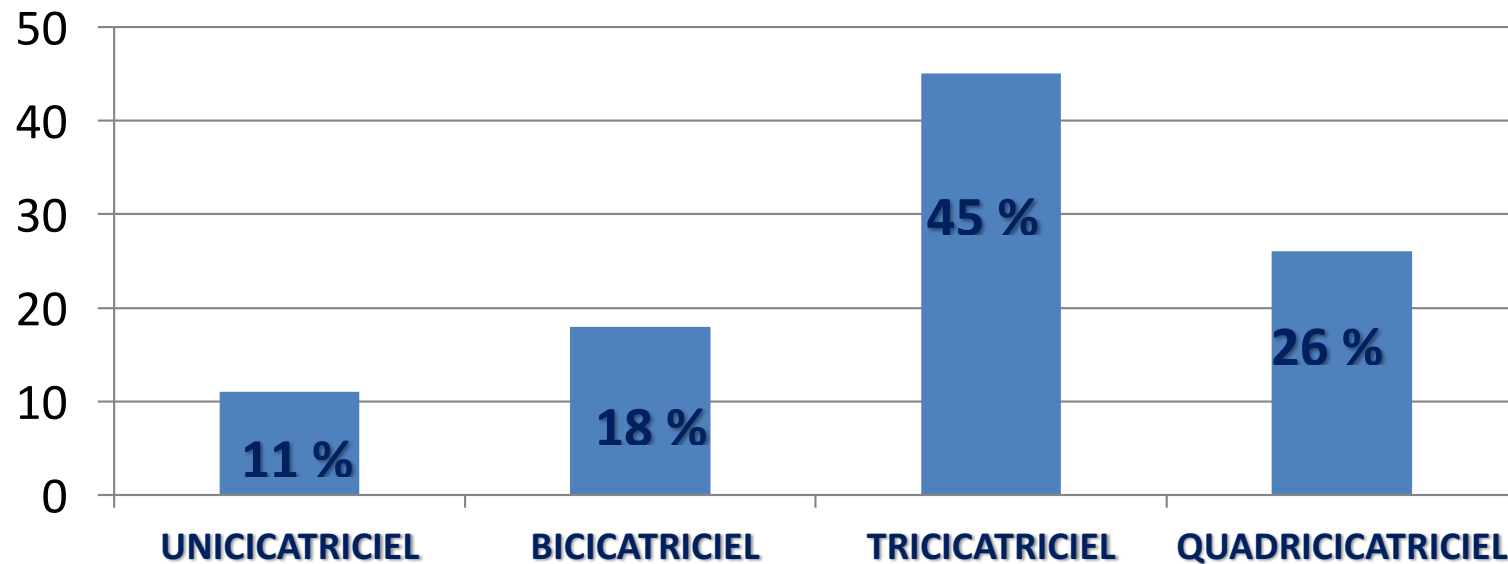
- **N'est plus systématique** actuellement mais réservée aux cas douteux (extraction instrumentale, hémorragie de la délivrance ...), en Algérie elle est pratiquée dans 11 % des cas
- Dans la littérature, concernant la révision utérine en dehors du diagnostic de rupture complète, les études ont montré qu'elle n'apporte pas d'éléments pouvant changer la conduite à tenir immédiate ou ultérieure. en effet, la déhiscence, qui est le plus souvent asymptomatique, et qui peut être mise en évidence par la révision systématique, ne nécessite ni de traitement immédiat ni de traitement retardé [1] . Elle est sans conséquences materno-foetales immédiates et ne présente pas de danger pour les grossesses ultérieures [2,3].

(1) **Camus M, Robert JF , Planchais O** , le déclenchement du travail sur utérus cicatriciel : à propos de 50 cas , J Gynecol Obstet Biol Reprod 1992

(2) **Perrotin F , Marret H , Fignon A , Body G, Lansag J** , uterus cicatriciel : la révision systématique de la cicatrice de césarienne après accouchement vaginal est-elle toujours utile ? J Gynecol Obstet biol reprod 1999

(3) **Vendittelli F** , l'exploration systématique par une révision utérine de la cicatrice d'une césarienne segmentaire antérieure lors de la réussite d'une épreuve utérine est-elle justifié ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1994

□ **La stérilisation tubaire** : est proposée aux patientes porteuses d'utérus multi-cicatriciel, à partir de la 4^{ème} ou 5^{ème} césarienne et a été pratiquée dans 3,3% des cas.



Taux de LRT / Nb de cicatrices CHU BLIDA (Algérie)

MORBIDITE MATERNELLE

	ALGERIE	MAROC	TUNISIE	MAURITANIE	France
Hémorragie de la délivrance	0,4 %	3,5 %	/	/	0,7 %
Placenta praevia	0,75 %	0,75 %	/	/	0,7 %
Placenta accréta	0,15 %	/	/	/	/
Déhiscence / rupture utérine	0,9 %	6,3 %	1,7 %	6,4 %	0,4 %
Hystérectomie	0,22 %	/	/	/	0,8 %
Ligature des hypogastriques	0,07 %	/	/	/	/
Infections post opératoires	1,5 %	/	/	/	6,4 %
Plaie vésicales et urétrales	0,07 %	/	/	/	0,13 %
Plaie digestive	0,07 %	/	/	/	/
Adhérences et ascension vésicale	15 %	/	/	/	/
Syndrome occlusif	0,68 %	/	/	/	/
Elargissement de l'hystérotomie	1,5 %	/	/	/	/

DENEUX-THARAUX C, CARMONA E, BOUVIER-COLLE MH, BREART G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. Obstet Gynecol,.]

MORTALITE-MORBIDITE MATERNELLE CESARIENNE VS AVB

Admission en Réa, Transfusion, hystérectomie, ligatures vasculaires.

	RR
Césarienne à froid sans réelle indication	2,7 (1,4-5,5)
Césarienne au cours de travail sans réelle indication	14,2 (9,8-20,7)

MORTALITÉ MATERNELLE

	MAURITANIE	MAROC	LYBIE	ALGERIE	TUNISIE	FRANCE
MORTALITÉ MATERNELLE /100000 Nce	510 (2010)	112 (2012)	58 (2010)	57,5 (2015)	44,8 (2010)	8,5 % (2010)

LITTÉRATURE : PRONOSTIC MATERNEL

McMahon (1) trouve que la morbidité maternelle en cas d'utérus cicatriciel est le plus souvent mineure, et qu'elle survient plus fréquemment dans le groupe d'accouchement par césarienne. Il note que 63.6 % des complications majeures surviennent en cas d'échec de l'épreuve utérine.

Hibbard (2) dans une étude étalée sur 10 ans, arrive à des conclusions similaires à celles de McMahon.

Flamm (3) note que les complications maternelles sont significativement moins élevées dans le groupe d'épreuve utérine.

Subtil dans une revue de littérature, a comparé les complications des césariennes par rapport à la voie basse. Il conclue que la césarienne de 2^{ème} intention est liée à une augmentation importante de la mortalité et de la morbidité maternelle grave, que ce soit par rapport à la césarienne programmée ou par rapport à l'accouchement par voie basse.

Mozurkewich (4) parle de meilleur pronostic après tentative d'accouchement par voie basse que ce soit dans les suites immédiates ou à long terme, soulignant ainsi que l'étude du pronostic maternel ne peut être une question de la grossesse actuelle, mais aussi pour les grossesses ultérieures (Utérus multiloculaire, placenta accréta).

[1] **McMahon MJ , Luther ER , Bowes WA , Olshan AF** . Comparaison of trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med 1996

[2] **Hibbard JU , Ismail MA , Wang Y , TE C , Karrison T , Ismail AM** . Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it ? Am J Obstet Gynecol , 2001

[3] **Flamm BL , Goings JR , Liu Y , Wolde – Tsadik G** . Elective repeat cesarean Delivery versus Trial of labor: a prospective multicenter study. Obstet Gynecol 1994

Ainsi, les auteurs sont unanimes pour considérer l'échec de l'épreuve utérine comme le principal élément pourvoyeur de morbidité maternelle. Mais ils ne présentent pas d'attitude claire pour prédire les chances qu'a une parturiente d'accoucher par voie basse tout en évitant au maximum la contrainte d'une césarienne de 2^{ème} intention.

Dans la littérature, la morbidité maternelle après accouchement par voie basse sur utérus cicatriciel est lié surtout à l'hémorragie de délivrance et des désunions cicatricielles.

Par contre, dans le groupe des parturientes accouchées par césarienne la morbidité s'élève, elle est due aux ruptures et déhiscences et ruptures utérines ainsi qu'aux hémorragies per-opératoires et aux infections post-opératoires.

Cependant, ce taux élevé de morbidité maternelle après accouchement par césarienne est dû surtout aux césariennes de deuxième intention après échec de l'épreuve utérine, alors que les césariennes programmées sont les moins grevées de morbidité.

PLACENTA PRAEVIA ET PLACENTA ACCRETA EN FONCTION DU NBRE DE CÉSARIENNES

Tableau 2 Placenta praevia et placenta accreta en fonction du nombre de césariennes.
Placenta previa and placenta accreta by number of cesarean deliveries.

Rang de la césarienne	Placenta praevia	Taux de placenta accreta lorsque le placenta est praevia, n (%) ^a	Taux de placenta accreta lorsque le placenta n'est pas praevia, n (%)
Première	398	13 (3,3)	2 (0,03)
Seconde	211	23 (11)	26 (0,2)
Troisième	72	29 (40)	7 (0,1)
Quatrième	33	20 (61)	11 (0,8)
Cinquième	6	4 (67)	2 (0,8)
≥ Sixième	3	2 (67)	4 (4,7)

D'après [55].

^a Majoration du risque avec le nombre de césariennes : $p < 0,001$

MORBIDITE ET MORTALITÉ NEONATALE

Risque	France	Algérie (Blida)	Maroc (RABAT)	Mauritanie (ISSAK GAZOBI NOUAKCHOTT)
SDR	3,5%	3,7%	2 %	/
Asphyxie périnatale	/	0,25 %	0,5 %	/
APGAR < 3 (à 5 min)	/	0,86 %	/	/
Fractures des os longs	0,2 ‰	0,1‰	/	/
Plaies cutanées (Bistouri)	0,5 ‰	0,1‰	/	/
Mortalité Néonatale	0,1%	2%	1 %	5,2 %

[J. LANSAC , M. SABOURAULT, Peut on refuser une césarienne de convenance?, Réalités en gynécologie obstétrique. N 134. 11/12 2008.]

LITTÉRATURE : PRONOSTIC NEONATAL

□ MORBIDITÉ :

Plusieurs auteurs constatent qu'une épreuve de travail réussie entraîne moins de complications foetales par rapport à la césarienne électorale, mais pour ces auteurs, il y'a plus de morbidité foetale dans le groupe échec de voie basse.

Hook(1), dans une étude sur la morbidité néonatale en fonction du mode d'accouchement, trouve que le pronostic foetal lors d'un accouchement par voie basse après une épreuve utérine est similaire à celui d'un accouchement par voie basse de routine.

Pour **Mozurkewich et Penna (2)**, l'évaluation de la morbidité foetale ne peut être jugée seulement sur les données de l'Apgar à la naissance. Ils proposent une évaluation neurologique à long terme pour pouvoir étudier les conséquences de la voie d'accouchement sur l'enfant.

Rageth (3), dans une étude sur la mortalité périnatale, trouve que la prématurité est plus fréquente chez les parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel. Il explique ces résultats par les anomalies de placentation qui entraînent une insuffisance placentaire, et un retard sévère de croissance. Il conclue que la mortalité néonatale par prématurité en cas d'utérus cicatriciel est une conséquence indirecte de ce dernier.

□ MORTALITÉ :

Maouris (4) rapporte dans sa méta-analyse une augmentation non significative de la mortalité foetale dans le groupe d'accouchement par voie basse par rapport au groupe césarienne électorive.

Par contre, **Smith** (5) trouve que le risque de décès périnatal en rapport avec le mode d'accouchement est 11 fois supérieur dans le groupe d'épreuve utérine par rapport au groupe de césarienne électorive. Il constate que 85 % de ces décès surviennent après 39 semaines d'aménorrhée. Il conclue que, quand une décision de césarienne électorive est prise, elle doit être faite avant 40 semaines d'aménorrhée.

Nous avons dénombré 6 décès néonataux dans le groupe d'accouchement par voie basse, contre 5 dans le groupe de césarienne. L'analyse des étiologies de ces décès montre que seulement deux cas étaient en rapport avec le mode d'accouchement (césarienne de 2^{ème} intention après échec d'épreuve utérine et révélant une rupture utérine complète).

[1] **Hook B , Kiwi R , Amini SB , Fanaroff A , Hack M** . Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor . Pediatrics 1997

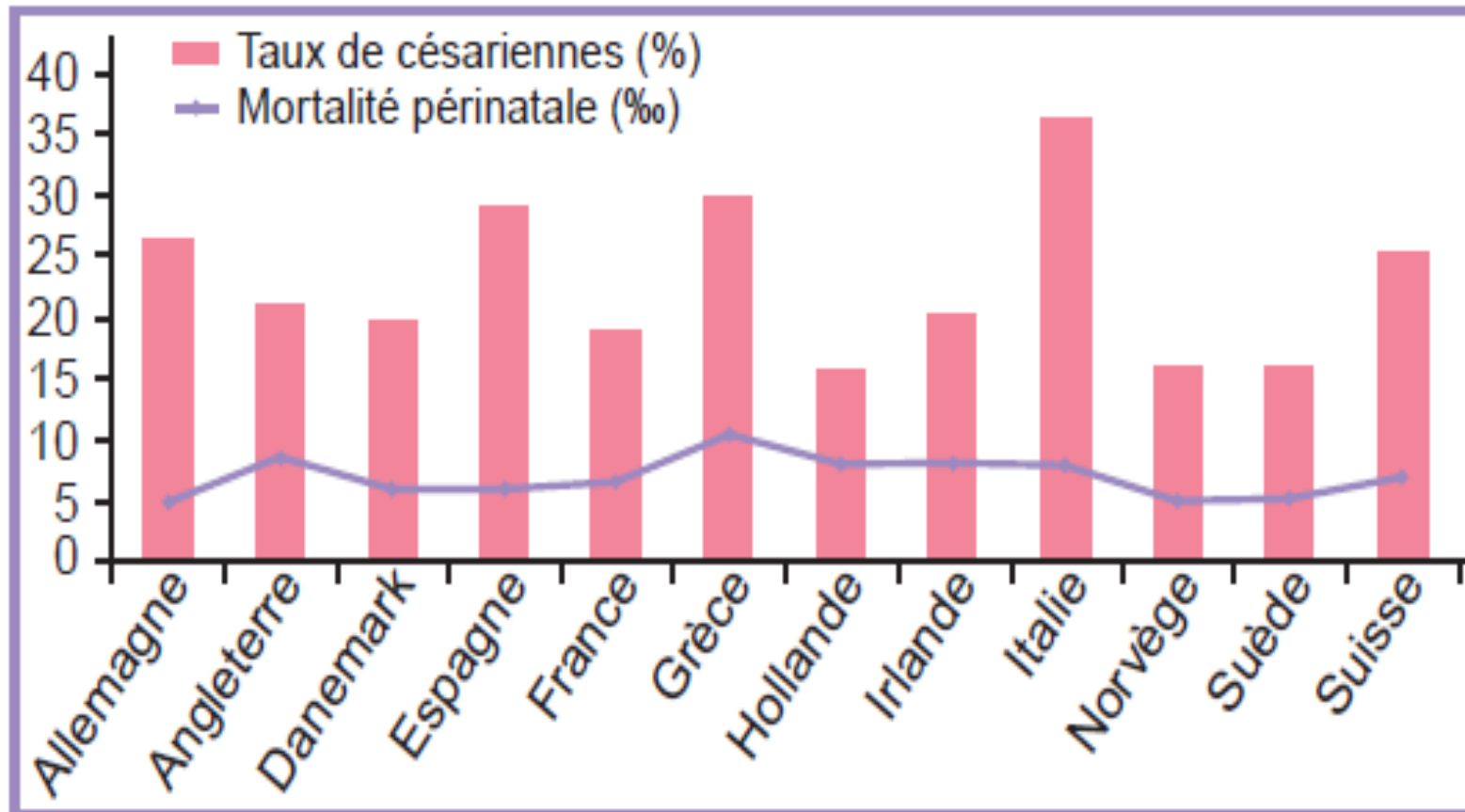
[2] **Mozurkewich EL , Hutton EK** ."Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor : a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999"Am J Obstet Gynecol ; vol. 183 , 2000,

[3] **Rageth JC , juzi C , Grossenbacher H** . Delivery after previous cesarean: a risk evaluation . Obstet Gynecol 1999;

[4] **Rosen MG , Dickinson JC ,Westhoff CL** , vaginal birth after cesarean : a meta-analysis of morbidity and mortality. Obstet Gynecol 1991

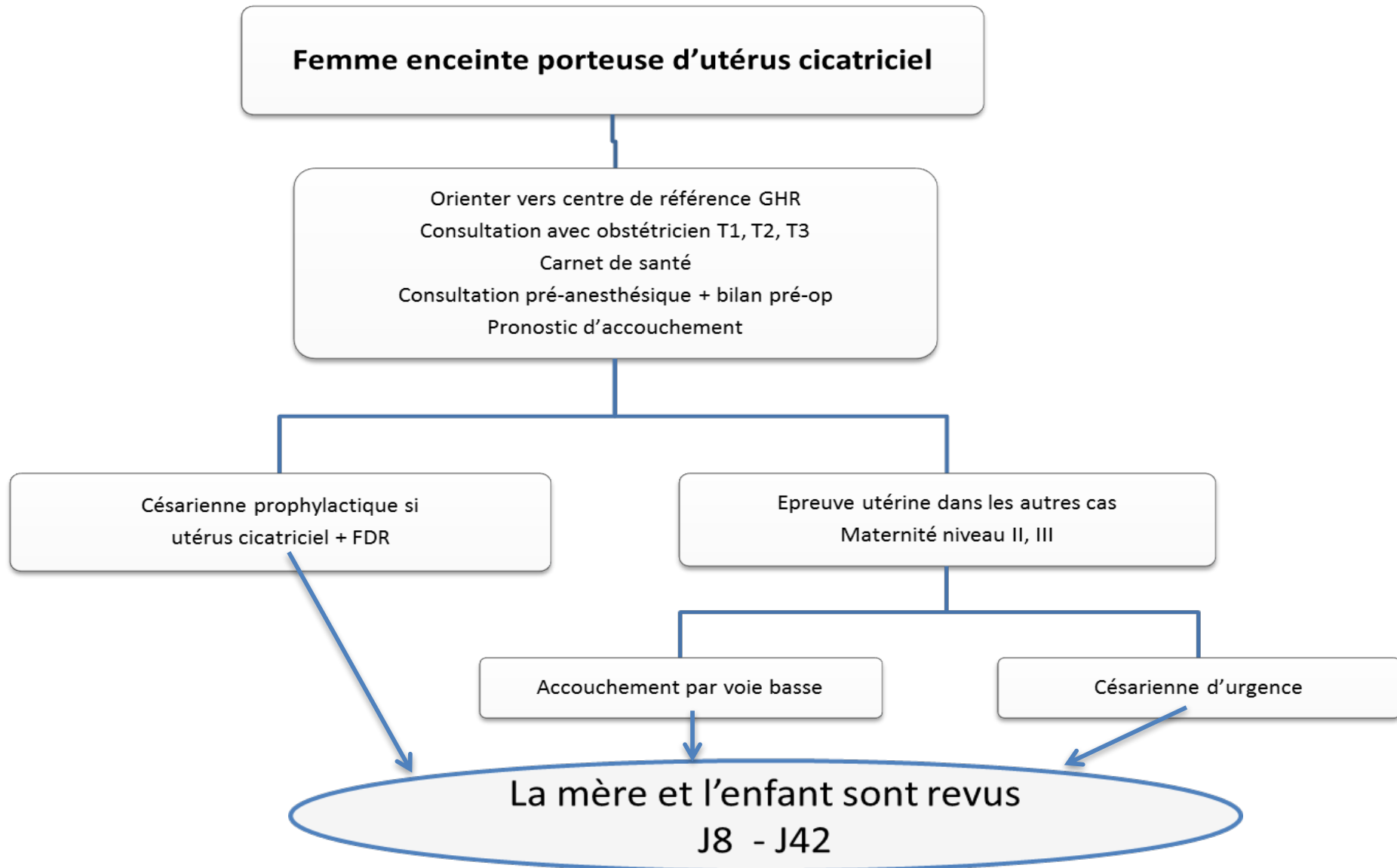
[5] **Smith GCS ,Pell JP , Cameron AD , Dobbie R** , Risk of perinatal death associated with labor after previous cesarean delivery in uncomplicated term pregnancies , J Am Med Assoc, vol 287 , 2002

MORTALITÉ PÉRINATALE DANS DIFFÉRENTS PAYS D'EUROPE



RECOMMANDATIONS

Diagramme décisionnel pour la PEC des utérus cicatriciels CHU BLIDA



On ne donne plus aux femmes le "temps" d'accoucher. Dans les années 50 et jusqu'au début des années 1980, on considérait comme normal qu'il s'écoule 24 heures entre les premières contractions et la naissance du bébé. Aujourd'hui bien souvent, on parle d'accouchement de 6 ou 8 heures et on s'inquiète si la durée d'accouchement dépasse 12 heures, tout en imposant souvent l'immobilité en position allongée, ce qui risque de ralentir le processus de la naissance⁸. De nos jours, ce sont les protocoles hospitaliers qui déterminent les délais "raisonnables" d'un accouchement : si les équipes médicales estiment que l'accouchement dure trop longtemps, elles interviennent dans le processus de la naissance en tentant d'accélérer les choses ; alors qu'il suffirait parfois de changer la patiente de position, de préserver son intimité (lumière, environnement sonore, nombre de personnes intervenant) et de lui apporter un véritable soutien par une présence continue pour débloquer la situation ;

Les jeunes obstétriciens de nos jours ne maîtrisent plus les manœuvres obstétricales en cas de présentation de siège ou de grossesses gémellaires.

RECOMMANDATIONS POUR LA VOIE D'ACCOUCHEMENT SUR UTÉRUS CICATRICIEL

Tableau 3 Comparaison des recommandations pour la voie d'accouchement chez les patientes ayant un utérus cicatriciel [118–120,156].

Comparison of different guidelines for vaginal birth after previous cesarean [118–120,156].

	CNGOF (2000)	SOGC (2005)	RCOG (2007)	ACOG (2010)
Contre-indications à la TT après césarienne si	?	Antécédent de cicatrice corporeale ou en T inversé Antécédent d'hystérotomie ou myomectomie avec effraction de la cavité Antécédent de rupture utérine Contre-indication au travail : placenta prævia ou anomalie de la placentation Préférence de la patiente pour une CIP	Contre-indications à la TT après césarienne si : Antécédent de rupture utérine Antécédent de césarienne verticale ou haute Plus de 2 césariennes antérieures	Contre-indications à la TT après césarienne si : Antécédent de rupture utérine Antécédent de césarienne verticale ou haute Contre-indication au travail (ex : placenta prævia) Plus de 2 césariennes antérieures
Ocytociques	Autorisés	Autorisés	Autorisés	Autorisés
Maturation cervicale par prostaglandines	Pas mentionnée ^a	Contre-indiquée	Autorisée avec des doses réduites de prostaglandine	Contre-indiquée
Maturation cervicale mécanique	Pas mentionnée	Proposable	Option acceptable	Option acceptable

^a Contre-indiquée en 2008 dans les recommandations pour la pratique clinique de la Haute autorité de santé sur le déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée.

DIAGRAMME DÉCISIONNEL PROPOSÉ PAR LA HAS POUR LES UTÉRUS CICATRICIELS

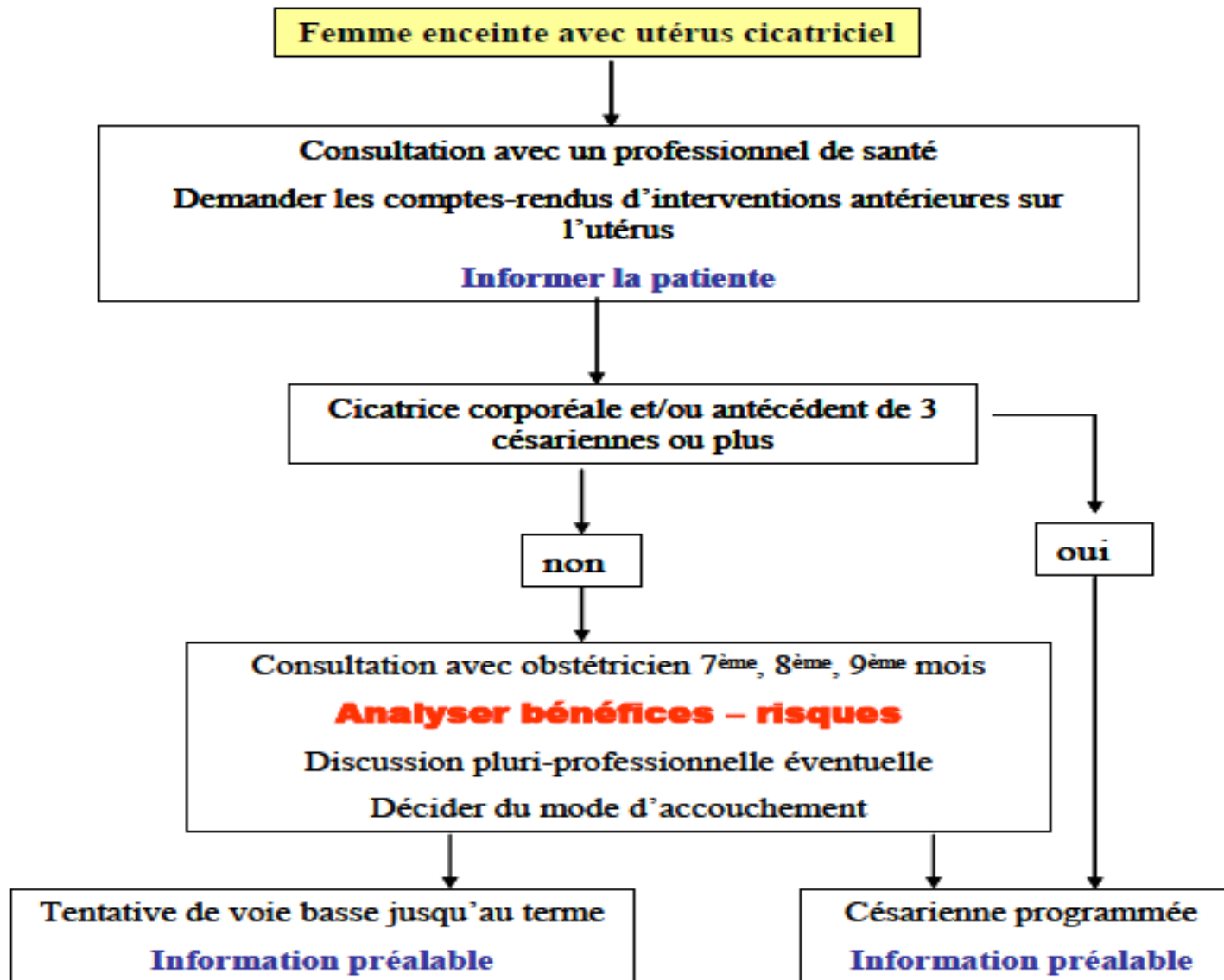


Figure 1- Diagramme décisionnel proposé par la HAS pour les utérus cicatriciels

PREVENIR LA PREMIERE CS:LA DYSTOCIE?



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE SURVEILLANCE



Society for
Maternal-Fetal
Medicine

DEFAULT D'ENGAGEMENT

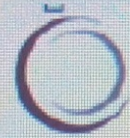
Second Stage of Labor

- A specific absolute maximum length of time spent in the second stage of labor beyond which all women should undergo operative delivery has not been identified.
- Before diagnosing arrest of labor in the second stage, if the maternal and fetal conditions permit, allow for the following:
 - ✓ At least 2 hours of pushing in multiparous women.
 - ✓ At least 3 hours of pushing in nulliparous women.
- Longer durations may be appropriate on an individualized basis (eg. with the use of epidural analgesia or with fetal malposition) as long as progress is being documented.
- Operative vaginal delivery in the second stage of labor by experienced and well trained physicians should be considered a safe, acceptable alternative to cesarean delivery. Training in, and ongoing maintenance of, practical skills related to operative vaginal delivery should be encouraged.
- Manual rotation of the fetal occiput in the setting of fetal malposition in the second stage of labor is a reasonable intervention to consider before moving to operative vaginal delivery or cesarean delivery. In order to safely prevent cesarean deliveries in the setting of malposition, it is important to assess the fetal position in the second stage of labor, particularly in the setting of abnormal fetal descent.

PREVENIR LA PREMIERE CS:LA DYSTOCIE?



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE SPECIALISTS



Society for
Maternal-Fetal
Medicine

STAGNATION DE LA DILATATION

Spontaneous labor: More than or equal to 6 cm dilation with membrane rupture and one of the following:

- 4 hours or more of adequate contractions (eg, more than 200 Montevideo units)
- 6 hours or more of inadequate contractions and no cervical change

PREVENIR LA PREMIERE CS: LA DYSTOCIE?



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE SURVEILLANCE



Society for
Maternal-Fetal
Medicine

ACOG/SMFM Obstetric Care Consensus:
Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery
American Journal of Obstetrics & Gynecology, March 2014
Obstetrics & Gynecology, March 2014

First Stage of Labor

**Phase de latence : 20 h nullipare
14 h multipare**

- A prolonged latent phase (greater than 20 hours in nulliparous women and greater than 14 hours in multiparous women) should not be an indication for cesarean section.
- Slow but progressive labor in the first stage of labor should not be an indication for cesarean delivery.
- Cervical dilation of 6 cm should be considered the threshold for the active phase of most women in labor. Thus, before 6 cm of dilation is achieved, standards of active phase progress should not be applied.
- Cesarean delivery for active phase arrest in the first stage of labor should be reserved for women at or beyond 6 cm of dilation with ruptured membranes who fail to progress despite 4 hours of adequate uterine activity (≥ 200 Montevideo units), or at least 6 hours of oxytocin administration with inadequate uterine activity and no cervical change.

Phase active : a partir de 6 cm

PREVENIR LA PREMIERE CS:GG



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



Society for
Maternal-Fetal
Medicine

Twin Gestations

LA CS PROGRAMMEE N'AMELIORE PAS LE PRONOSTIC NEONATAL EN CAS DE GG AVEC J1 CEPHALIQUE

- Perinatal outcomes for twin gestations in which the first twin is in cephalic presentation are not improved by cesarean delivery. Thus, women with either cephalic/cephalic presenting twins or cephalic/non-cephalic presenting twins should be counseled to attempt vaginal delivery.

Chorioamnionitis

- Neither chorionamnionitis nor its duration should be an indication for cesarean delivery.

Prévenir la 1^{ère} césarienne en cas de GG: CNGOF

Il n'y a pas lieu de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre en cas de grossesse gémellaire quel que soit son terme (grade C)

PREVENIR LA PREMIERE CS:SIEGE

ACOG

Committee on
Obstetric Practice

Reaffirmed 2014

This document reflects emerging clinical and scientific advances as of the date issued and is subject to change. The information should not be construed as dictating an exclusive course of treatment or procedure to be followed.

Copyright © July 2006
by the American College of
Obstetricians and Gynecologists.
All rights reserved. No part of this
publication may be reproduced,
stored in a retrieval system,
posted on the Internet, or trans-
mitted, in any form or by any
means, electronic, mechanical,
photocopying, recording, or oth-

Committee Opinion

Number 340, July 2006

Mode of Term Singleton Breech Delivery

ABSTRACT: In light of recent studies that further clarify the long-term risks of vaginal breech delivery, the American College of Obstetricians and Gynecologists recommends that the decision regarding mode of delivery should depend on the experience of the health care provider. Cesarean delivery will be the preferred mode for most physicians because of the diminishing expertise in vaginal breech delivery. Planned vaginal delivery of a term singleton breech fetus may be reasonable under hospital-specific protocol guidelines for both eligibility and labor management. Before a vaginal breech delivery is planned, women should be informed that the risk of perinatal or neonatal mortality or short-term serious neonatal morbidity may be higher than if a cesarean delivery is planned, and the patient's informed consent should be documented.

**-Le choix de la voie dépend de l'expérience de l'obstetricien, la césarienne est préférable en cas de présentation de siège.
- Accouchement par voie basse sur siège à terme peut être proposé dans le cadre d'un protocole d'éligibilité bien établi.**

PREVENIR LA PREMIERE CS



The American College of
Obstetricians and Gynecologists
WOMEN'S HEALTH CARE PHYSICIANS



Society for
Maternal-Fetal
Medicine

OBSTETRIC CARE CONSENSUS

Number 1 • March 2014

Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery

This document was developed

jointly

Obstet

(the

Mat

assis

MD,

MSC

MPH

MSP

emer

adv

is subject to change, and should

not be construed as dictating an

exclusive course of treatment or

procedure. Variations in practice

may be warranted based on the

needs of the individual patient,

Abstract • 2014

- Redefinir la dystocie
- standardiser les anomalies de RCF
- VME siege
- AVB des GG
- Auxilliere de sante/soutien

...women who gave birth in the United States did so by ...
...be life-saving for the fetus, the mother, or both in certain ...
...cesarean birth rates from 1996 to 2011 without clear evi- ...
...for neonatal morbidity or mortality raises significant ...
...tion in the rates of nulliparous, term, singleton, ...
...produce patterns affect the number of cesarean ...
...indications for primary cesarean delivery include, in order ...
...or indeterminate (formerly, nonreassuring) fetal heart rate ...
...gestation, and suspected fetal macrosomia. Safe reduc- ...
...veries will require different approaches for each of these, ...
...ple, it may be necessary to revisit the definition of labor ...
...at contemporary labor progresses at a rate substantially ...
...t. Additionally, improved and standardized fetal heart rate ...
...interpretation and management may have an effect. Increasing women's access to nonmedical ...
...interventions during labor, such as continuous labor and delivery support, also has been shown ...
...to reduce cesarean birth rates. External cephalic version for breech presentation and a trial of ...
...labor for women with twin gestations when the first twin is in cephalic presentation are other ...
...of several examples of interventions that can contribute to the safe lowering of the primary ...
...cesarean delivery rate.

AUDIT INTERNE



- Pertinence des indications des césariennes
- Efficace pour diminuer le taux de césariennes au court du travail qui passe du 19.6% à 16.7% (0.02) et le taux global de 26.1% à 23.8% (P= 0.014).

Impact des Audits internes dans le contrôle du taux de césarienne



Haute Autorité de Santé Française (HAS), Janvier 2012

Recommandations concernant les indication de césarienne programmée à terme.

L'utérus cicatriciel n'est pas en lui même une indication de césarienne programmée (grade C).

Les comptes rendus des interventions antérieures sur l'utérus et de l'éventuel travail (partogramme) ayant abouti à une césarienne sont utiles pour choisir le mode d'accouchement (accord d'experts). Cependant, l'absence de ces éléments n'est pas en elle même une indication à une césarienne programmée (accord d'experts).

L'utérus cicatriciel n'impose pas la réalisation d'une radiopelvimétrie (accord d'experts). Une échographie de la cicatrice utérine n'est pas nécessaire (accord d'experts).

En cas d'antécédent d'une césarienne, au vu des risques maternels et périnataux, il est raisonnable de proposer une tentative de voie basse, sauf en cas de cicatrice corporéale (grade C).

En cas d'antécédent de 3 césariennes ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne programmée (grade C).

Dans les autres situations dont utérus bicicatriciel, le choix entre une tentative de voie basse ou une césarienne programmée se fait au cas par cas (grade C).

Haute Autorité de Santé Française (HAS), Janvier 2012

Recommandations concernant la grossesse gémellaires

Une grossesse gémellaire avec le premier jumeau (J1) en céphalique n'est pas en elle même une indication de césarienne programmée (grade C).

Dans le cas d'une grossesse gémellaire avec le premier jumeau (J1) en siège, les données actuelles ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre (grade C).

Haute Autorité de Santé Française (HAS), Janvier 2012

Indication de césarienne programmée pour le siège

En cas d'indication de césarienne programmée pour le siège, il est recommandé de proposer à la patiente une version par manœuvres externes (VME) en accord avec les recommandations nationales et internationales traitant de la prise en charge d'une présentation par le siège et dans le respect des modalités de pratique édictées dans celles ci (grade C).

En conséquence, en cas de présentation par le siège il est recommandé de réaliser une césarienne programmée, dans les situations suivantes (grade C) :

- confrontation défavorable entre la pelvimétrie et l'estimation des mensurations foetales;
- déflexion persistante de la tête foetale;
- non coopération de la patiente.

Il est nécessaire de contrôler par échographie la persistance de la présentation juste avant l'accès au bloc opératoire pour pratiquer la césarienne (accord d'experts).

Pour toutes les autres situations, le choix entre la césarienne et la voie basse est à discuter au cas par cas (grade C).

Macrosomie liée au diabète

En présence d'un diabète, la césarienne programmée est recommandée en cas d'estimation du poids foetal supérieur ou égal à 4 500 g (grade C).

En raison de l'incertitude de l'estimation du poids foetal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 250 g à 4 500 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas en tenant compte des autres critères liés à la pathologie et au contexte obstétrical (grade C).

Macrosomie et antécédents de césarienne

La suspicion de macrosomie n'est pas en elle même une indication systématique de césarienne programmée en cas d'utérus cicatriciel (grade C).

Antécédents de macrosomie

Les antécédents de dystocie des épaules sont à rechercher et à renseigner en détail (grade C).

En cas de suspicion de macrosomie et d'antécédents de dystocie des épaules compliquée d'élongation du plexus brachial, la césarienne programmée est recommandée (grade C).

Haute Autorité de Santé Française (HAS), Janvier 2012

La demande maternelle n'est pas en soi une indication à la césarienne. Il est recommandé de rechercher les raisons spécifiques à cette demande, de les discuter et de les rapporter dans le dossier médical (accord d'experts).

Lorsqu'une femme demande une césarienne par peur de l'accouchement par voie basse, il est recommandé

de lui proposer un accompagnement personnalisé. Une information sur la prise en charge de la

douleur peut constituer une réponse efficace à cette peur (accord d'experts).

L'information et la discussion doivent intervenir le plus tôt possible, en particulier lors de l'entretien prénatal

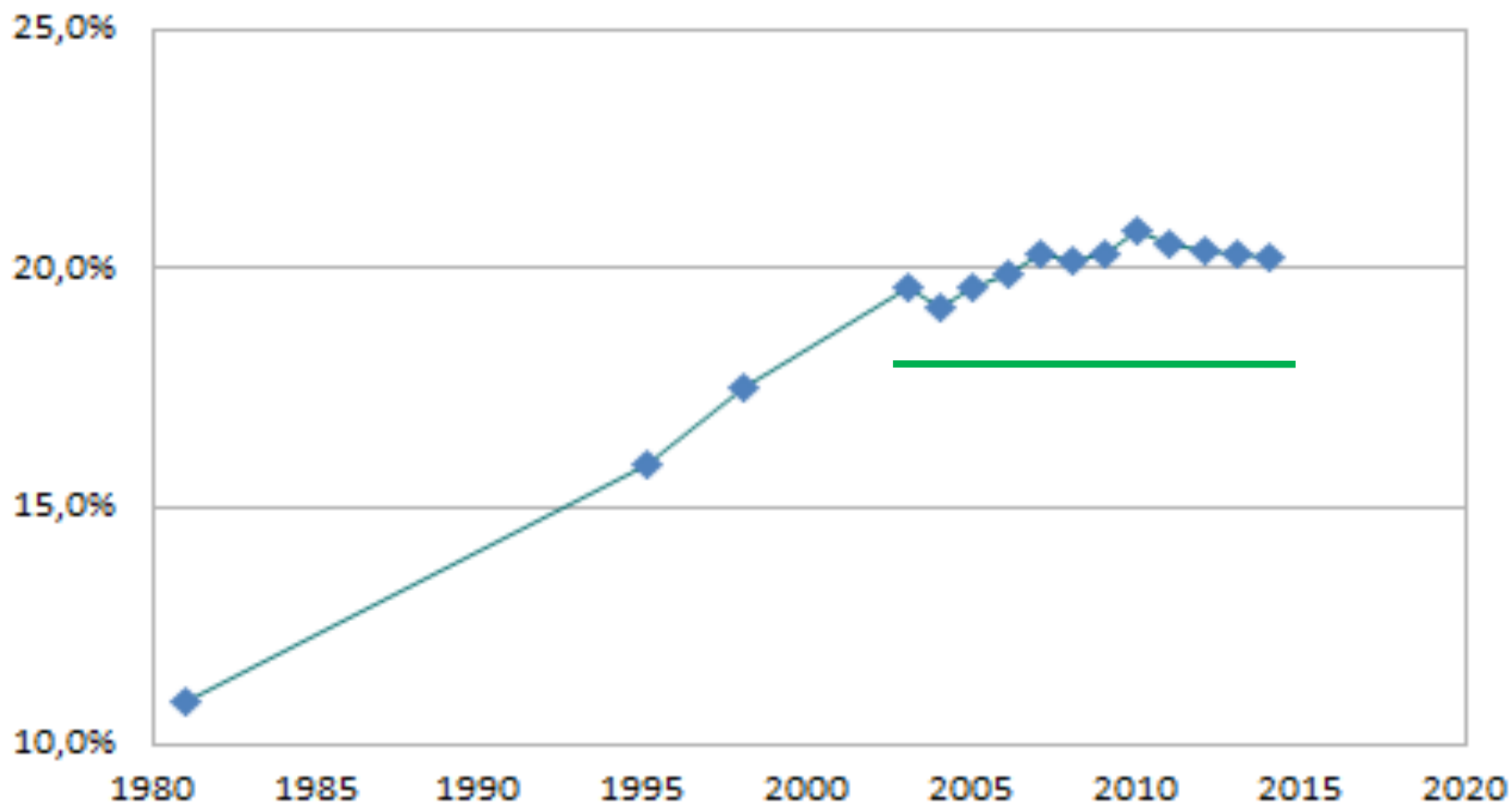
précoce, en accord avec les recommandations HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité

(accord d'experts).

Les bénéfices attendus par la patiente doivent être mis en regard des risques associés à la césarienne et

expliquées à la patiente (en particulier, le risque accru de placenta prævia et accreta associé à la césarienne

pour les grossesses futures) (accord d'experts).



Evolution du taux de césarienne en France

CONCLUSION

A l'avenir, le taux de césarienne deviendra un marqueur de QUALITE DES SOINS que nous sommes amenés à délivrer aux usagers dans le domaine de l'obstétrique.

Robson et Coll Best Pract Clin Obstet Gynecol 2013

CONCLUSION

- L'accouchement sur utérus cicatriciel constitue un accouchement à haut risque materno-fœtal.
- Durant la grossesse on devrait s'intéresser énormément au dépistage des pathologies liées à l'utérus cicatriciel comme le placenta praevia et le placenta accréta.
- On devrait dépister tout facteur de risque supplémentaire à l'utérus cicatriciel qui va nous indiquer la césarienne prophylactique.
- La césarienne sur utérus multi-cicatriciels doit être confiée à des opérateurs entraînés.
- La prise en charge prophylactique par césarienne de l'accouchement sur utérus cicatriciel diminue certainement le risque de décès maternel mais augmente la morbidité materno-foetale.
- La meilleure façon de bien prendre en charge l'accouchement sur utérus cicatriciel c'est de réduire la fréquence de la césarienne particulièrement de la première césarienne.

Merci pour votre attention



L'équipe de Blida (Algérie) vous remercie