

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

Université Claude Bernard LYON 1

UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

SITE DE FORMATION MAIEUTIQUE DE BOURG EN BRESSE

***Quel est l'impact du déclenchement sur le mode
d'accouchement chez les femmes porteuses d'un utérus
unicatriciel ?***

Quels sont les facteurs influençant la réussite de l'épreuve utérine ?

Etude rétrospective au Centre Hospitalier Universitaire de Saint Etienne à partir de 100
dossiers de juillet 2015 à mai 2016

Mémoire présenté et soutenu par :

OUILLON Justine

Née le 18 avril 1995

En vue de l'obtention du diplôme d'Etat de Sage-femme

Promotion 2013-2017

Travail de recherche

Réalisé sous la direction de Madame SEVELLE

*Sage-femme enseignante à l'école de sages-femmes de Bourg en
Bresse.*

Et sous l'expertise du Dr BARJAT

Gynécologue-obstétricien au CHU de Saint-Etienne

Remerciements

J'adresse mes sincères remerciements en première intention aux personnes ayant contribué à la réussite de ce travail, en particulier à :

Dr BARJAT, médecin gynécologue-obstétricien du CHU de Saint-Etienne, directrice de ce mémoire pour m'avoir guidée, apporté de précieux conseils tout au long de la réalisation de ce projet et aidé à son aboutissement.

Bérengère SEVELLE, sage-femme enseignante à l'école de Bourg en Bresse pour sa guidance et son soutien dans les moments de découragements.

Cosette SABIA et toute l'équipe du DIM du CHU de Saint-Etienne pour leur efficacité, leur professionnalisme et leur disponibilité.

Patrick LASNIER pour m'avoir aidée dans la collecte des données.

Je souhaite également remercier :

L'ensemble des sages-femmes enseignantes de l'école de sages-femmes de Bourg en Bresse pour leur soutien tout au long de ces années rythmées de découragements et de réussites.

Et enfin un énorme merci :

A mes amies : Annlise, Alexandra, Aurélie pour leur soutien sans faille et pour ces moments passés.

A l'ensemble de la promotion pour cette entente et cette entraide.

A mes parents et mes sœurs pour leur aide, leurs encouragements tout au long du cursus.

A toi, Rémi, pour m'avoir épaulée.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	1
1. INTRODUCTION.....	2
2. MATERIEL ET METHODE	6
2.1. Rationnel de l'étude	6
2.2. Critères de jugement	6
2.3. Type d'étude et matériel d'étude	7
2.3.1. <i>Critères d'inclusion</i>	7
2.3.2. <i>Critères d'exclusion</i>	7
2.4. Recueil de données	8
2.4.1. <i>Sélection de la population</i>	8
2.4.2. <i>Variables étudiées</i>	8
2.4.3. <i>Description des données collectées</i>	9
2.5. Analyses statistiques	10
3. RESULTATS	11
3.1. Analyse descriptive des caractéristiques démographiques des patientes porteuses d'un utérus unicatriciel	13
3.2. Analyse descriptive de la voie d'accouchement en fonction du déclenchement	14
3.3. Analyse descriptive de la voie d'accouchement en fonction des facteurs prédictifs de la réussite de l'épreuve utérine.....	16
3.3.1. <i>Facteurs relatifs à l'ATCD de césarienne</i>	16
3.3.2. <i>Paramètres concernant la grossesse en cours</i>	19
4. DISCUSSION	23
3.1. Biais et validité de l'étude.....	23
3.2. Discussion des résultats	24
3.2.1. <i>Caractéristiques du déclenchement artificiel du travail</i>	25
3.2.2. <i>Les facteurs prédictifs de la réussite de l'épreuve utérine</i>	27
3.3. Recommandations.....	30
5. CONCLUSION.....	33
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	35
BIBLIOGRAPHIE	38

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : Age Gestationnel

APD : Anesthésie de péridurale

ATCD : Antécédents

AVB : Accouchement par Voie Basse

BEA : Ballon Extra-Amniotique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CPAC : Césarienne Programmée Après Césarienne

CU : Contractions Utérines

HAS : Haute Autorité de Santé

HU : Hauteur Utérine

IC : Intervalle de Confiance

IMC : Indice de Masse Corporelle

PC : Présentation Céphalique

PDE : Poche des Eaux

PG : Prostaglandines

RAM : Rupture Artificielle des Membranes

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RPM : Rupture prématuré des Membranes

RSM : Rupture Spontané des Membranes

RU : Révision Utérine

SA : Semaine d'Aménorrhée

SDN : Salle De Naissance

TD : Terme Dépassé

TVBAC : Tentative d'Accouchement Voie Basse Après Césarienne

1. INTRODUCTION

L'utérus cicatriciel correspond à un utérus portant en un endroit quelconque du corps ou de l'isthme, une ou plusieurs cicatrices myométriales. Ces dernières peuvent être d'origine obstétricale, majoritairement du fait des césariennes, ou gynécologique. [1]

Jusque dans les années 2000, force était de constater l'augmentation constante du taux de césarienne en France. Cette hausse pouvait notamment s'expliquer par la réalisation de césariennes itératives, chez toutes les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel, dans la seule crainte d'une rupture utérine. [4] Pour exemple, le taux de césarienne en 2010 était de 20.8% contre 15.5% en 1995. Par conséquent, et parallèlement, la prévalence d'utérus cicatriciels était donc passée de façon inévitable de 8% à 11% des parturientes entre 1995 et 2010. [2] De nombreuses disparités du taux de césariennes sont constatées au sein même de l'Union Européenne. L'Italie demeure en tête du classement avec un taux à 38.2% contre 16% dans les pays nordiques [6,7].

Or, selon l'enquête nationale périnatale de 2010, le taux de césarienne n'a pas augmenté de manière significative depuis 2003 et se stabilise autour de 21,0%. Cette étude conclut sur une limitation du nombre de césarienne, grâce à l'attitude générale de contrôle. [3] En effet, après constatation de cette inflation, de nombreuses recommandations ont été rédigées..

Selon cette même enquête sur le territoire français, 1/3 des césariennes réalisées en France ont eu lieu sur utérus unicicatriciel. Ce rapport peut s'expliquer du fait que 51% des femmes ayant un utérus cicatriciel ont d'emblée une césarienne prophylactique, sans essai d'épreuve utérine [8]. Pourtant, lorsqu'un travail est débuté chez ces patientes, 75% accouchent par voie basse appelée aussi voie vaginale, d'autant plus que la patiente a un antécédent d'accouchement par voie vaginale. Malgré ces résultats, au total, seulement 36.5% accouchent par voie vaginale [9]. Or, selon les recommandations, il est préférable de privilégier, en premier lieu et dans la grande majorité des cas, la tentative d'accouchement voie basse après césarienne (TVBAC) [2]. En effet, la morbidité maternelle augmente avec le nombre de césariennes. [9,12].

Or, un utérus cicatriciel est déjà à lui seul pourvoyeur d'une élévation du cortège de complications obstétricales : rupture utérine, mais également mauvaise insertion placentaire

(prævia voire accreta) majorée par le nombre de cicatrices. La rupture utérine correspond à la rupture du muscle utérin et du péritoine viscéral à différencier de la désunion sous séreuse où seul le muscle utérin est interrompu et la séreuse intacte. Elle survient dans 0,1 % à 0,5 % des utérus cicatriciels et 0,2 % à 0,8 % des TVBAC, taux significativement plus important que lors d'une CPAC. [2] Dans le but de limiter au maximum ce risque, il est possible d'autoriser l'accouchement voie basse chez une patiente porteuse d'un utérus bi-cicatriciel uniquement, si les situations obstétricales sont favorables à cette initiative. A partir de trois césariennes antérieures, la césarienne programmée est recommandée [9].

En ce qui concerne le risque thrombo-embolique, il est, quant à lui identique pour la césarienne programmée après césarienne (CPAC) et la TVBAC. Le risque infectieux est principalement lié à une obésité associée. Enfin, les données de la littérature sont discordantes pour le risque hémorragique, liées au fait que les populations étudiées étaient hétérogènes. [9]

Du point de vue néonatal, il est reconnu que le rapport bénéfice-/risque à court terme pour l'enfant est, lui, favorable à la CPAC après 39 semaines d'aménorrhée (SA) seulement (accord professionnel). [9] En effet, la mortalité in utéro, la prévalence d'encéphalopathie anoxo-ischémique, le taux d'intubation en cas de liquide amniotique méconial ou de sepsis néonatal est faible mais est toutefois légèrement augmenté en cas de TVBAC. Seul, le risque de détresse respiratoire est significativement doublé en cas de CPAC, ce qui est à prendre en compte évidemment dans la balance bénéfices/risques. [9]

Avant toute TVBAC, il est nécessaire de vérifier au préalable que toutes les conditions d'acceptation de la voie basse sont respectées, en réalisant une sélection stricte des patientes candidates. L'accord de la patiente reste primordial dans ce choix, après une information claire et une explication du bénéfice/risque. En tant que professionnel de santé, il est donc essentiel de connaître les facteurs pouvant influencer la réussite de l'épreuve utérine, ainsi que les recommandations spécifiques à cette situation considérée comme plus à risque.

Les facteurs repérés comme ayant une influence défavorable sur le taux de réussite de la TVBAC sont : un antécédent de césarienne pour non-progression du travail ou non-descente de la présentation fœtale à dilatation complète (NP3), un âge maternel supérieur à 40 ans (NP3), un indice de masse corporelle supérieur à 30 (NP3), une grossesse prolongée au-delà de 41 SA (NP3) et un poids de naissance supérieur à 4000 g [2, 9].

En outre, d'autres facteurs sont, quant à eux, associés à la réussite de la TVBAC, tels qu'un antécédent d'accouchement vaginal surtout si l'accouchement a eu lieu après la

césarienne (NP2), un score de Bishop favorable ou un col considéré comme favorable à l'admission en salle de travail (NP2), ainsi qu'un travail spontané (NP2).[9] Dans ce dernier cas, il est, en effet, important de se pencher sur l'impact du déclenchement, quel qu'en soit le type, sur la réussite de l'épreuve utérine. En effet, le déclenchement ou induction artificielle du travail est devenu une décision obstétricale en permanente augmentation. Le pourcentage de femmes en ayant bénéficié a augmenté, passant de 19,7 % à 22,7 %, alors que cette pratique était très stable antérieurement. [3] De plus, il a été montré que le risque de césarienne en cours de travail ou de rupture utérine, lors d'un déclenchement, est légèrement augmenté. [2]. C'est pourquoi, il est impératif de prendre en compte l'ensemble des caractéristiques personnelles et obstétricales propre à la patiente et les indications médicales justifiant un déclenchement, afin de l'adapter au mieux et augmenter sa chance de réussite. De la même manière, il est de notre devoir d'informer la patiente sur les avantages et inconvénients du déclenchement artificiel ou de le notifier dans le dossier obstétrical. [9] La probabilité de réussite est avant tout motivée par les conditions cervicales initiales, traduites par le score de Bishop.

Cependant et de manière contradictoire, la stabilité du taux de césarienne serait en partie expliquée par l'avènement progressif du déclenchement sur les utérus unicatriciels. Cette pratique reste toutefois très controversée et est au centre de nombreux débats de l'actualité obstétricale.

Bien que l'utilisation d'ocytocique comme moyen de déclenchement sur un col favorable soit associée à une augmentation minime, voire modérée du risque de rupture utérine [2], elle est acceptée par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) et la littérature obstétricale. En effet, selon une étude concernant la pratique des maternités françaises, 73.9% des obstétriciens déclenchent à l'aide d'ocytocine le plus souvent. [13] Ainsi, si les conditions sont favorables, une amniotomie précoce associée à une perfusion d'ocytocine doit être réalisée en première intention.

En revanche, l'utilisation de misoprostol est, quant à elle, non recommandée dans le contexte d'utérus cicatriciel car elle augmente de façon importante le risque de rupture (NP4) [9]. De la même manière, la maturation d'un col défavorable par Prostaglandine E2 (PGE2) est très controversée, puisqu'elle n'a pas l'autorisation de mise sur le marché dans ce cas et augmente significativement le risque de rupture utérine.[9,10] En effet, comme le stipule la

Haute Autorité de Santé (HAS), « en sélectionnant des patientes ayant une forte probabilité d'accouchement par voie basse et en évitant d'utiliser les prostaglandines, on peut minimiser le risque de rupture utérine ».[11] Il en ressort donc que leur usage doit être évité.

Durant de nombreuses années, les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel ayant une indication de déclenchement avec un col non favorable, ont bénéficié d'une césarienne itérative sans possibilité de déclenchement. Or aujourd'hui, l'utilisation des méthodes mécaniques a permis de rompre avec cette pratique. En effet, les méthodes mécaniques de déclenchement comme l'utilisation du ballon transcervical ou extra amniotique (BEA) ne font pas encore l'objet de données suffisantes pour leur associer une quelconque augmentation du risque de rupture utérine. Son utilisation doit donc être prudente, d'après les dernières recommandations du CNGOF. [9] Pourtant, cette dernière est grandissante et devient une option intéressante. Selon une étude rétrospective sur la maturation cervicale par sonde de ballonnet sur utérus cicatriciel, 64.1% des patientes ayant bénéficié de ce type de déclenchement ont accouché voie basse. [16]

Le ballonnet est donc le seul moyen de déclenchement utilisable en cas d'indication de déclenchement d'une patiente porteuse d'un utérus cicatriciel avec un col non favorable.

L'objectif principal de notre étude est de déterminer si le déclenchement artificiel du travail en cas d'utérus cicatriciel influence la voie d'accouchement. Nos objectifs secondaires sont d'analyser le profil épidémiologique et obstétrical de nos patientes et d'évaluer les différents facteurs pouvant influencer la tentative d'accouchement voie basse.

Ainsi, l'hypothèse de cette étude est que le pourcentage de patientes césarisées en cours de travail, après avoir bénéficié d'un déclenchement artificiel, est plus important qu'en cas de travail spontané. Nous pouvons également supposer qu'un Indice de Masse Corporelle (IMC) normal, un âge maternel < 35 ans, un Antécédent (ATCD) de voie basse avant la césarienne, un Bishop favorable à l'admission en salle de naissance ou encore un bébé eutrophe à la naissance sont des éléments qui favorisent la réussite de l'épreuve utérine.

2. MATERIEL ET METHODE

2.1. Rationnel de l'étude

Nous avons constaté que la prise en charge en salle d'accouchement de femmes porteuses d'un utérus unicatriciel est devenue chose courante, dans la pratique des sages-femmes. Or, cette possibilité d'accouchement voie basse ne s'est finalement démocratisée que depuis les années 2000. De plus, encore peu de protocoles de réseaux sont dictés sur la conduite à tenir dans ce cas particulier. Nous trouvons alors intéressant de nous intéresser aux différents facteurs qui peuvent avoir une influence sur la réussite de l'épreuve utérine afin de mieux orienter les patientes et d'améliorer leur prise en charge au cas par cas.

En outre, le déclenchement sur utérus cicatriciel n'est, lui, également sollicité que depuis quelques années. Cependant, le ballonnet est dorénavant utilisable comme seul moyen, dans le cas de déclenchement chez des femmes porteuses d'un utérus cicatriciel, lorsque le score de Bishop est défavorable. Or, il apparaît que l'impact de ces méthodes mécaniques sur la réussite de l'épreuve utérine et le mode d'accouchement restent méconnus car peu étudiés.

2.2. Critères de jugement

Le critère de jugement principal de notre étude est la réussite de l'épreuve utérine en fonction du fait que la patiente ait été déclenchée ou non c'est-à-dire un travail aboutissant à un accouchement voie basse ou à contrario à une césarienne.

Les critères de jugement secondaires en lien avec les caractéristiques individuelles, la prise en charge obstétricale, l'origine de la cicatrice utérine et sa spécificité sont les suivants : l'âge, l'indice de masse corporel (IMC), la hauteur utérine (HU), l'indication de la première césarienne...

Ces derniers permettent de relever leur impact sur la réussite de l'épreuve utérine.

2.3. *Type d'étude et matériel d'étude*

Afin d'évaluer cette nouvelle attitude de prise en charge d'utérus unicatriciel en salle de naissance, nous avons mené une étude de cohorte descriptive rétrospective de 100 parturientes porteuses d'un utérus unicatriciel d'origine obstétrical (ATCD de césarienne segmentaire) durant la période comprise entre juillet 2015 et mai 2016 au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Saint-Etienne.

La population source est l'ensemble des femmes ayant accouché sur la période de l'étude.

2.3.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion dans l'étude sont les suivants : toutes les femmes porteuses d'un utérus unicatriciel du fait d'une césarienne. La grossesse actuelle doit suivre immédiatement cette dernière et être mono-fœtale, à terme, d'un fœtus vivant.

Les femmes, présentant un diabète gestationnel sous régime sans répercussion fœtale ou maternelle, ont été incluses dans l'étude.

2.3.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont :

- les patientes porteuses d'un utérus multi cicatriciels
- les grossesses gémellaires,
- les fœtus en présentation podalique
- les interruptions médicales de grossesse et mort fœtale in utero
- les cicatrices gynécologiques
- les césariennes prophylactiques pour cette grossesse-ci
- toutes les pathologies maternelles : pré-éclampsie, diabète gestationnel insulino-dépendant phlébite, pathologies auto-immunes...
- toutes les pathologies fœtales : retard de croissance intra-utérin, macrosomie, signe d'appel échographique.

Nous avons décidé d'exclure toutes les pathologies maternelles ou fœtales car suivant ces dernières, le retentissement sur la grossesse et l'accouchement étaient différents, ce qui créait un biais inévitable.

2.4. Recueil de données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux obstétricaux informatisés des patientes concernées. Ce recueil a été rendu possible grâce au Département d'Information Médicale du CHU de Saint-Etienne, après son accord et la validation du protocole de recueil.

Les patientes ont été retrouvées dans la base de données, après recherche de mots clés « utérus cicatriciel », « à terme », accouchement de « 2015...2016 ».

Durant cette période, nous avons relevé 327 accouchements sur utérus uni ou pluri cicatriciels.

2.4.1. Sélection de la population

Les patientes ont été différenciées en deux groupes, en fonction des modalités d'accouchement :

- le premier groupe « échec de l'épreuve utérine » c'est-à-dire les femmes ayant eu une césarienne, en cours de travail pour différentes raisons.

- le deuxième groupe « réussite de l'épreuve utérine » c'est-à-dire les femmes ayant accouché voie basse.

2.4.2. Variables étudiées

L'étude contient des variables quantitatives discontinues et continues ainsi que des variables qualitatives binaires ou nominales.

Les premiers critères relevés visent à établir les caractéristiques démographiques des patientes : âge, parité, nombre d'accouchement voie basse (AVB) avant la césarienne, IMC, tabac.

Les seconds critères évaluent le déclenchement artificiel du travail des patientes : méthode et indication.

Les critères suivants déterminent les paramètres relatifs à la cicatrice utérine préexistante : âge gestationnel (AG) de la césarienne antérieure, moment de sa réalisation (prophylactique, début ou en cours de travail), mode de début de travail, son indication et poids de l'enfant à la naissance.

Les dernières données étudient la grossesse et l'accouchement actuels : l'espace inter gésénique c'est-à-dire l'intervalle de temps entre la césarienne et la grossesse actuelle, la prise de poids pendant la grossesse, la HU, l'AG en SA, le score de Bishop, l'effacement du col et la hauteur de la présentation céphalique (PC) lors de l'admission en Salle De Naissance (SDN), la dilatation du col lors de la pose de l'anesthésie péridurale (APD), la rupture de la poche des eaux (PDE), la dose maximale de Syntocinon® administrée, la présence ou non d'une stagnation en cours de travail, l'orientation de la présentation et le poids à la naissance du nouveau-né.

2.4.3. Description des données collectées

Dans notre étude, l'épreuve utérine a été menée dans les conditions les plus sécuritaires, c'est-à-dire avec la présence permanente dans l'établissement d'un obstétricien, d'un médecin anesthésiste réanimateur et d'un pédiatre durant toute la durée du travail. L'état fœtal était surveillé continuellement par enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF). De plus, l'administration d'ocytocique ou la surveillance du travail étaient pratiquées, selon les indications habituelles.

En ce qui concerne les modalités de déclenchement, elles ont été décidées, après évaluation du score de Bishop et du contexte personnel de chaque patiente par un médecin obstétricien. D'une part, un ballonnet était mis en place pour une durée de 12 heures, si le col était défavorable. Un Enregistrement du RCF (ERCF) était réalisé en continu 2 heures post-

pose, puis de façon régulière pendant les 12 heures. Une réévaluation du col était réalisée à la fin de ces 12 heures ou plus précocement, en cas de perte du dispositif ou de douleur maternelle trop importante. Puis, la patiente était alors passée en SDN pour poursuivre le déclenchement, en réalisant une amniotomie le plus rapidement possible et si besoin en administrant du Syntocinon® en intraveineux sous APD si souhaitée. D'autre part, en cas de col favorable, la patiente bénéficiait d'une APD et d'un déclenchement par Syntocinon® en intraveineux.

2.5. Analyses statistiques

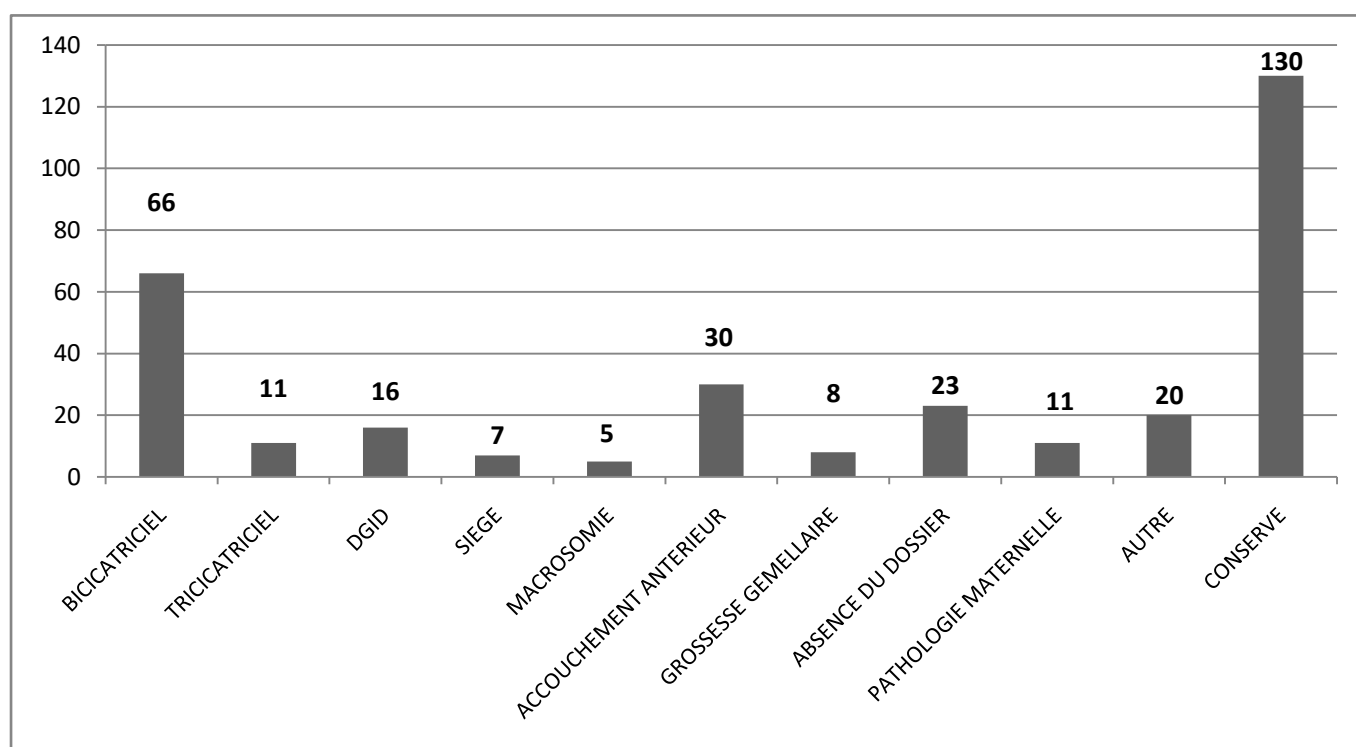
Les différentes analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel biostatgv.jussieu.fr®. La normalité de la distribution de l'ensemble des variables quantitatives a fait l'objet d'une analyse statistique. Les comparaisons de moyennes, pour lesquelles l'hypothèse de normalité de distribution des variables avait été retenue, ont été réalisées à l'aide d'un test T de Student. Pour les échantillons ne suivant pas une distribution normale, les comparaisons ont été réalisées à l'aide d'un test non paramétrique de Mann-Whitney pour les séries indépendantes. Les descriptifs des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne +/- écart-type. Pour les analyses qualitatives, un test de Chi2 ou un test de Fisher ont été utilisés en fonction des conditions d'application des tests considérés. Quelle que soit l'analyse statistique considérée, la significativité du résultat n'a été acceptée que pour un risque de première espèce (risque α) inférieur à 5%.

Pour le traitement de données, les dossiers ont été saisis dans un tableau Excel.

3. RESULTATS

Durant notre période d'étude allant de juillet 2015 à mai 2016 sur le CHU de Saint Etienne, nous avons recensé 130 accouchements de femmes porteuses d'un utérus unicatriciel respectant nos critères d'inclusion.

197 dossiers ont été exclus de l'étude (*figure 1*). Les critères d'exclusion étaient les suivants :



* DGID : Diabète Gestationnel Insulinodépendant

Figure 1 : Répartition des 327 dossiers de femmes porteuses d'un utérus cicatriciel

Le mode d'accouchement de ces 130 grossesses sur utérus cicatriciels est résumé dans la *figure 2*. Nous avons relevé 80 AVB, 30 césariennes prophylactiques et 20 césariennes réalisées en urgence au cours du travail.

Aucun décès maternel ou fœtal n'a été constaté sur les 130 accouchements. Seule 1 pré-rupture a été recensée et découverte fortuitement au cours d'une césarienne de deuxième intention. Aucune rupture complète n'a été décelée.

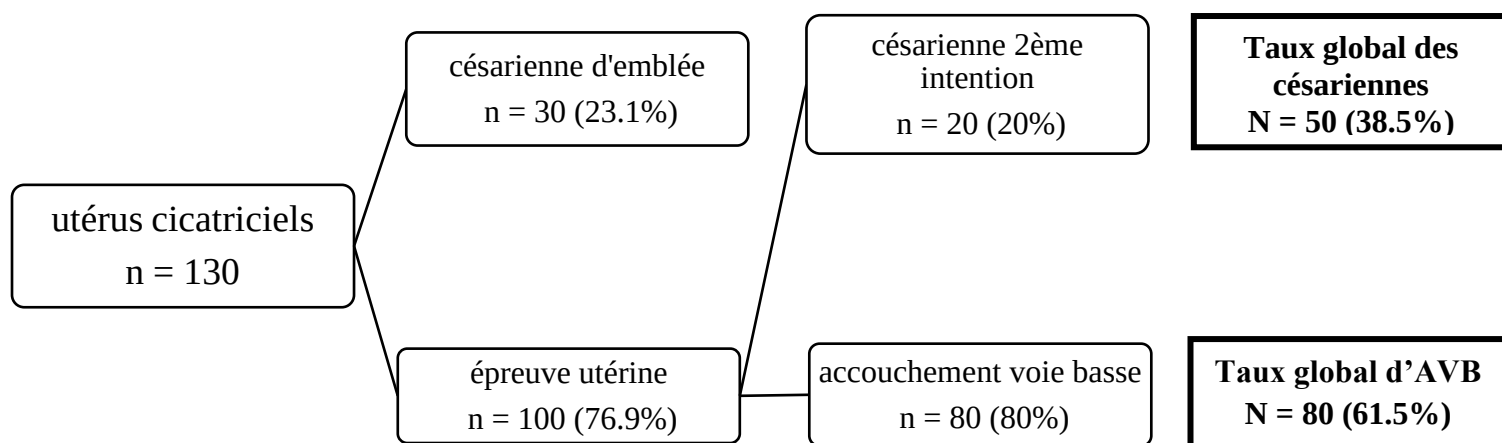


Figure 2 : mode d'accouchement des utérus cicatriciels inclus de notre étude

Concernant les 130 patientes porteuses d'un utérus unicatriciel et répondant aux critères d'inclusion de notre étude, seules 23.1% d'entre elles ont bénéficié d'une césarienne d'emblée. Le principal motif de celle-ci était le refus de la patiente de tenter une épreuve utérine, même après avoir reçu les informations sur les bénéfices/risques de cette dernière en comparaison avec une césarienne. Par ailleurs, dans plusieurs cas, la césarienne a été effectuée de manière élective, suite à l'analyse poussée des différents paramètres obstétricaux. Ainsi, l'épreuve utérine a été refusée, dans les cas de disproportion fœto-pelvienne avérée (bassin rétréci, macrosomie) ou de présentation podalique notamment.

En outre, l'épreuve utérine a été autorisée chez 100 patientes porteuses d'un utérus unicatriciel, soit 76,6% des femmes correspondant aux critères d'inclusion de notre étude.

Cependant, dans 20 cas, une césarienne de 2^{ème} intention a été pratiquée, signant ainsi son échec. Les indications, les plus souvent retrouvées sont : anomalie du RCF (ARCF) (n=12) pouvant être associée ou non à une stagnation de la dilatation (n=8), un échec d'extraction instrumentale (n=4) ou à un non engagement de la PC à dilatation complète (DC) (n=4). Dans les autres cas, un liquide amniotique teinté ou méconial, des métrorragies, une hyperthermie maternelle et une procidence du cordon ont été à l'origine de l'intervention en urgence.

L'épreuve utérine a, quant à elle, été un succès dans 80 cas, aboutissant à un AVB soit un taux de succès de 80%. Sur ces 80 naissances, 20 ont eu lieu par extraction instrumentale, 6 ont été accompagnées d'une hémorragie du post partum et 12 ont nécessité une révision utérine (RU) du fait d'un placenta incomplet ou devant des signes de suspicion de rupture utérine. En effet,

une RU n'était pas réalisée en systématique mais seulement sur signes d'appel selon les recommandations.

3.1. Analyse descriptive des caractéristiques démographiques des patientes porteuses d'un utérus unicatriciel

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques des patientes

	Groupe « césarienne » n= 20	Groupe « AVB » n=80	P value
Données démographiques			
Age (ans, moyenne, écart-type)	29.5 (4.41)	29.9 (4.68)	0.714
IMC (moyenne, écart-type)	26.9 (7.26)	24.3 (4.57)	0.221
• < 18.5 (N, %)	1 (5)	7 (8.75)	0.868
• 18.5-24.9 (N, %)	10 (50)	38 (47.5)	
• > 25 (N, %)	9 (45)	29 (36.25)	
Tabagisme (N, %)	3 (15)	9 (11.25)	0.702
Parité			
- Nullipares (N, %)	16 (80)	68 (85)	0.733
- Multipares (N, %)	4 (20)	12 (15)	0.733
ATCD d'AVB avant la césarienne			
(N, %)	3 (15)	9 (26.25)	0.644

L'âge des patientes varie entre 17 et 39 ans avec une moyenne de 29,83 ans. La différence entre les deux groupes n'était pas significative ($p=0.714$) que l'épreuve utérine soit une réussite ou non, tout comme pour l'IMC.

A propos du tabac, seules 12 patientes continuaient de fumer au cours de la grossesse dont 8 moins de 8 cigarettes par jour. Mais ici encore, les deux groupes étaient comparables.

En outre, les femmes incluses dans notre série étaient essentiellement des primipares ($n=84$) et le nombre d'accouchements antérieurs variait entre 1 et 4. La différence entre primipare et multipare ne différait pas significativement d'un groupe à l'autre.

Seules 12 patientes avaient déjà accouché avant la césarienne que nous étudions. Soit 87% des parturientes porteuses d'un utérus cicatriciel n'avaient jamais accouché par voie basse. De plus, on note que 15% des patientes du groupe « césarienne » ont déjà accouché par voie basse versus 11% dans le groupe « AVB ». Ainsi, on relève que le fait d'avoir un ATCD d'AVB avant la césarienne, ne favorise pas l'AVB ($p=0.644$).

3.2. Analyse descriptive de la voie d'accouchement en fonction du déclenchement

Tableau 2 : Caractéristiques du déclenchement effectué chez les patientes

	Groupe « césarienne » n= 20	Groupe « AVB » n=80	P value
Début de travail			
- Déclenché (N, %)	10 (50)	17 (21.25)	0.01
- Spontané (N, %)	10 (50)	63 (78.75)	0.01

Mode de déclenchement			
- Ballonnet (N, %)	5 (50)	10 (58.8)	0.706
- Ocytocine (N, %)	5 (50)	7 (41)	0.706
Indication du déclenchement			
- Terme Dépassé (TD) (N, %)	4 (40)	1 (6)	0.242
- Rupture Spontanée des Membranes (N, %)	2 (20)	5 (29)	0.242
- Autres (N, %)	4 (40)	11 (65)	0.242

Nous avons étudié l'impact du déclenchement artificiel du travail sur le mode d'accouchement. Il existait une différence significative entre les deux groupes « césarienne » et « AVB ». En effet, les patientes déclenchées, quel qu'en soit le type, ont quasiment 4 fois plus de risque (Odd ratio= 3.6484 avec IC [1.1575 ; 11.6662]) d'avoir une césarienne en cours de travail que les patientes arrivées en travail spontané, $p = 0.009$.

En effet, 27 cas de déclenchements avaient été colligés dans notre étude. 10 de ces patientes déclenchées ont bénéficié d'une césarienne, soit un taux de 50% versus un taux de 14% dans le groupe des patientes non déclenchées.

Ainsi, le déclenchement artificiel du travail a un impact majeur sur le mode d'accouchement, suivant les résultats de notre étude.

En revanche, l'indication du déclenchement n'était pas significativement différente entre les deux groupes. Nous avons reporté, dans le tableau 2, l'indication du déclenchement artificiel du travail. Ces deux cas ont été les plus rencontrés au cours du recueil de données. Nous n'avons relevé aucun déclenchement de convenance. Ainsi, chaque déclenchement a été effectué sur avis médical et respect des recommandations professionnelles à ce sujet. Les autres motifs de déclenchement retrouvés étaient : ARCF, baisse des mouvements actifs

foëtaux, ATCD de macrosomie, Kleihauer positif ou encore contractions utérine (CU) associées à un ralentissement du RCF, liquide amniotique teinté, bassin rétréci...

Par ailleurs, sur notre échantillon, l'effectif de patientes ayant bénéficié d'une maturation cervicale par BEA dans le cadre d'un déclenchement artificiel du travail (n=15) est quasiment équivalent à l'effectif des patientes déclenchées par Syntocinon® seul (n=12). Il n'existait pas de différence significative concernant le type de déclenchement artificiel du travail sur la réussite de l'épreuve utérine (p= 0. 706). Il est important de signaler que, lors de notre étude, nous n'avons relevé aucun déclenchement artificiel réalisé par Gel de Prostine E2 1 ou 2mg ou par Propess® 10mg. Les recommandations des sociétés savantes sont donc respectées.

6 patientes sur 7 (86%), dont l'indication du déclenchement était la RSM, ont été déclenchées par ocytocine seule. 1 seule a bénéficié de la pose d'un BEA. Ce type de déclenchement est une contre-indication relative cas de RSM. Cependant, afin de favoriser le pronostic obstétrical et après avoir calculé la balance bénéfice-risque, il a été décidé de déclencher la patiente par un BEA. En effet, il s'agissait d'une primipare avec un IMC> 25 et une prise de poids pendant la grossesse de 26kg. Le bishop calculé à son admission en salle de naissance était à 5. En outre, 60% des patientes, dont l'indication était cette fois-ci le terme dépassé, ont bénéficié d'un BEA.

3.3. Analyse descriptive de la voie d'accouchement en fonction des facteurs prédictifs de la réussite de l'épreuve utérine

3.3.1. Facteurs relatifs à l'ATCD de césarienne

Tableau 3 : Caractéristiques de la césarienne antérieure des patientes

	Groupe « césarienne » N= 20	Groupe « AVB » N=80	p value
Espace inter-génésique (en années)			
(N, %)			
• 1 à 3 ans	8 (40)	46 (57.5)	0.045
• 3 à 5 ans	7 (35)	23 (28.75)	
• > 5 ans	5 (25)	5 (6.25)	

Age gestationnel lors de la césarienne antérieure (SA) (N, %)				
> 41SA ≤ 41 SA > 37 < 37	3 (16.7) 15 (83.3) 17 (85) 3 (15)	5 (7.94) 58 (92.06) 65 (81.25) 15 (18.75)	0.367 0.367 1 1	
Moment de la décision de la césarienne (N, %)				
- Au cours de travail - programmée	17 (85) 3 (15)	50 (63.75) 30 (36.25)	0.106 0.106	
Début du travail (N, %)				
- Spontané - Déclenché - Programmé	3(33.3) 3 (33.3) 3 (33.3)	22 (38) 13 (22) 23 (40)	0.811	
Indication si césarienne en cours de travail (N, %)				
- Dystocie dynamique - Dystocie mécanique - ARCF - Non engagement de la présentation - Echec de déclenchement - Echec extraction instrumentale	7 (28) 4 (16) 11 (44) 0 (0) 1 (4) 2 (8)	19 (29) 3 (5) 27 (41) 7 (11) 6 (9) 3 (5)		0.246
Poids de naissance du nouveau-né (en g)				
(Moyenne, Ecart-type)	3178 (538)	2991 (764)	0.443	

Les deux groupes de population étaient comparables pour l'AG de la césarienne antérieure, le mode de début de travail, le moment de réalisation de la césarienne ainsi que le poids de naissance du nouveau-né.

Concernant l'espace inter-génésique, il était dans la grande majorité de 1 à 3 ans (n=49). Sur ce critère de temps, la différence **est significative** entre les deux groupes $p=0.045$. Le délai entre la grossesse et la césarienne antérieure a donc une importance significative, quant à la réussite de l'épreuve utérine dans notre étude.

Seulement, 5 patientes sur les 100 étudiées ont mis en route une nouvelle grossesse moins de 1 an avant l'accouchement précédent. D'après le CNGOF, une TVBAC peut être autorisée même en cas de délai inférieur à 6 mois, si les conditions obstétricales sont favorables.

Par ailleurs, les indications de la précédente césarienne étaient multiples. Nous avons donc choisi d'étudier celles retrouvées le plus fréquemment. Ainsi, l'indication de la césarienne antérieure ne diffère pas de manière significative que l'épreuve utérine soit une réussite ou non ($p= 0.246$).

De plus, il est important de préciser que, lors du recueil de données, il était difficile de différencier les dystocies dynamiques de celles mécaniques, car le plus souvent elles sont associées. C'est pourquoi, nous avons fait le choix de notifier comme variables indépendantes : non engagement de la présentation, échec de déclenchement et échec d'extraction instrumentale. En effet, seules les dystocies dynamiques et mécaniques écrites sous ce dénommé dans le dossier ont été comptabilisée en tant que telles.

3.3.2. Paramètres concernant la grossesse en cours

Tableau 4 : Caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement actuels des patientes

	Groupe « césarienne » N= 20	Groupe « AVB » N=80	p value
Prise de poids pendant la grossesse (en kg)			
(moyenne, écart-type)	10.21 (7.25)	13.58 (5.74)	0.990
Age gestationnel à l'accouchement (SA)			
(Moyenne, Ecart-type)	39.8 (1.38)	39.8 (1.25)	0,997
• > 41SA	5 (25)	13 (16.25)	0.348
• ≤ 41 SA	15 (75)	67 (83.75)	0.348
Hauteur utérine (en cm)			
(Moyenne, Ecart-type)	33.9 (2.80)	32.6 (2.18)	0.033
Caractéristique du col à l'admission en SDN (Moyenne, Ecart-type)			
• Bishop	5.75 (2.38)	6.1 (2.52)	0.418
• Effacement du col	1.9 (0.85)	2.09 (0.90)	0.340
• Hauteur de la présentation fœtale	1.1 (0.79)	1.3 (0.64)	0.309
Dilatation du col (en cm) au moment de la pose de l'APD			
(Moyenne, Ecart-type)	2.84 (0.76)	3.56 (1.46)	0.038

Caractéristique de la rupture de la PDE (N, %)			
Rupture artificielle des membranes	10 (50)	38 (47.5)	0.841
RSM	10 (50)	42 (52.5)	0.841
Dose maximum (en ml/h) de Syntocinon® administrée			
(Moyenne, Ecart-type)	5 (2.64)	4.2 (1.97)	0.269
Existence d’une stagnation en cours de travail			
(N, %)	9 (45)	4 (5)	3.96 E-5
Type d’orientation de la présentation			
(N, %)			
OIDA	1 (5)	7 (8.75)	0.705
OIDP	6 (20)	18 (22.5)	
OIGA	5 (25)	22 (27.5)	
OIGP	5 (25)	10 (12.5)	
OIGT	1 (5)	8 (10)	
Poids de naissance du nouveau-né (en g)			
(Moyenne, Ecart-type)	3300 (532)	3268 (410)	0.806
≥ 4000	3 (15)	2 (2.5)	0.053
< 4000	17 (85)	78 (97.5)	

En ce qui concerne la grossesse actuelle, le terme de l'accouchement était de 39SA± 1.47. Nous recensons 18 TD. L'AG est similaire dans les deux groupes « césarienne » et « AVB » et nous ne constatons pas de différence significative. Celle-ci peut notamment s'expliquer par le fait que l'un de nos critères d'inclusion était une grossesse à terme. Ainsi, nous avons probablement un lissage automatique des deux groupes. C'est pourquoi, nous

avons décidé de rechercher l'existence d'une significativité en cas de TD. Là encore, le risque de césarienne en cours de travail n'était pas significativement plus élevé en cas de dépassement de terme ($p=0.348$).

De plus, la HU a été comparée entre les 20 patientes, ayant eu une césarienne et les 80 patientes ayant accouché voie basse. Nous avons évalué la hauteur utérine moyenne de 33.9 ± 2.80 cm chez les patientes dont l'épreuve utérine a été un échec versus 32.6 ± 2.18 cm chez les patientes ayant accouché voie basse. La différence entre les deux groupes est considérée comme **significative** $p=0.033$.

Nous avons analysé le score de Bishop établi à l'admission en salle de naissance chez les patientes avant tout déclenchement ou passage en salle, en cas de travail spontané. On constate alors que le Bishop moyen chez les patientes ayant eu une césarienne en cours de travail est de 5.75 versus 6.1 pour celles dont l'épreuve utérine a été une réussite. Le résultat n'est donc pas significatif ($p=0.418$). Par ailleurs, on ne distingue pas de différence significative entre les deux groupes concernant l'effacement et la dilatation du col.

A travers notre étude, nous avons également évalué la dilatation moyenne du col au moment de la pose d'APD. Dans le groupe « césarienne », la dilatation moyenne était de 2.84 ± 0.76 cm contre 3.56 ± 1.46 cm dans le groupe « AVB ». Nous pouvons souligner que la dilatation est significativement plus importante, lors de la pose d'APD chez les femmes ayant accouché voie basse que celles ayant bénéficié d'une césarienne ($p=0.038$).

50% des patientes ayant eu une césarienne en cours de travail ont été déclenchés versus 21.25% des femmes ayant accouché voie basse. Or, rappelons qu'en cas de déclenchement pour toutes patientes, une APD est recommandée et sera donc posée plus précocement qu'en cas de travail spontané, afin de réaliser une amniotomie ou d'administrer de l'ocytocine pour continuer le déclenchement en cas de pose de BEA. Il est alors tout à fait possible d'expliquer la différence de dilatation retrouvée du fait de cette pratique.

La prise de poids pendant la grossesse, le mode de rupture de la PDE, la dose maximum de Syntocinon administrée ainsi que le type d'orientation de la présentation fœtale pendant le travail ne diffèrent pas de manière significative entre le groupe de patientes ayant accouché voie basse et le groupe de patientes ayant bénéficié d'une césarienne en cours de travail.

Par ailleurs, 9 patientes sur 20 pour qui une césarienne a été réalisée, ont présenté une stagnation de la dilatation en cours de travail. A contrario, seulement 4 patientes sur 80 dans le groupe « AVB » ont rencontré cette situation. Cette différence est **significative** avec un $p = 3.96 \text{ E-}5$.

Précisons que parmi ces 9 patientes césarisées en 2ème intention, 4 d'entre elles avait déjà été césarisées antérieurement, suite à une stagnation de la dilatation. Malheureusement par manque de précisions dans les dossiers, il n'a pas été possible d'établir un parallèle entre le degré de dilatation du col lors de la césarienne actuelle et celle antérieure et de préciser s'il était le même ou non.

Le poids de naissance du nouveau-né était en moyenne de $3275 \pm 434 \text{ g}$. Cependant, ce dernier n'est pas significativement plus élevé ($p = 0.806$) entre les deux groupes de patientes étudiées. De plus, nous avons décidé d'analyser et voir si en revanche une différence existait, lorsque le poids de naissance du nouveau-né était supérieur à 4000g. En effet, selon le terme de la grossesse, un enfant de 4000 kg est considéré comme macrosome et un panel de risques sont associés. Là aussi, la différence n'était pas significative ($p = 0.053$). Un enfant avec un poids $> 4000\text{g}$ n'augmente pas le risque d'avoir une césarienne en cours de travail. Cependant, le nombre de nouveau-né avec un poids $> 4000\text{g}$ n'était que de 5% dans notre étude, ce qui semble dérisoire et explique probablement le manque de significativité.

4. DISCUSSION

3.1. *Biais et validité de l'étude*

Nous pouvons, avant même de commencer la discussion, préciser l'existence de plusieurs biais dans notre étude.

Le principal biais est la différence importante en termes d'effectifs, entre les deux groupes « césarienne » et « AVB » que l'on ne peut évidemment pas négliger. Du fait de ces faibles effectifs, les éléments significatifs ne peuvent donc pas être généralisés.

De plus, comme tout recueil de données sur dossier, il existe évidemment des données manquantes ou des termes imprécis qui amènent alors une confusion dans la compréhension. Nous avons surtout relevé cela pour l'indication de la précédente césarienne. En effet, la différenciation entre dystocie mécanique et dynamique n'était pas toujours claire et donc difficile à interpréter. De plus, le compte-rendu opératoire n'était pas retrouvé pour apporter des précisions notamment sur les complications, le type de suture et l'indication véritable.

Par ailleurs, l'épreuve utérine selon l'obstétricien et l'équipe de garde n'est pas toujours menée de la même façon. En effet, aucun protocole n'est rédigé dans le réseau ELENA, en ce qui concerne les femmes porteuses d'un utérus unicatriciel.

La décision du mode de déclenchement était dépendante du score de Bishop. Or celui-ci s'appuie sur un examen vaginal qui reste subjectif et diffère d'un professionnel à l'autre. Ainsi, toutes les patientes avec un même col n'ont pas toujours bénéficié du même type de déclenchement. De la même manière, la mesure de la HU est, elle aussi, personnel dépendante. Elle dépend également du poids du nouveau-né, de la quantité de liquide amniotique ou encore de la paroi abdominale maternelle. C'est pourquoi, malgré une différence significative retrouvée dans notre étude, il faut rester prudent sur son interprétation.

Un biais d'information peut également être cité. En effet, suivant comment a été dispensée l'information sur les bénéfices/risques d'un accouchement voie basse, les patientes souhaitaient dans certains cas une césarienne prophylactique d'emblée.

Le principal point fort de cette étude est la mise en évidence d'en effet défavorable du déclenchement artificiel du travail sur la réussite de l'épreuve utérine. Cette constatation est perçue, quelque soit le mode de déclenchement.

3.2. *Discussion des résultats*

Nous avons décidé de comparer nos résultats avec des données retrouvées dans la littérature. En effet, certains critères non significatifs dans notre étude sont pourtant retrouvés comme influents sur la réussite de l'épreuve utérine dans des études à plus grande échelle.

On remarque que, malgré la meilleure prise en charge des utérus cicatriciels et notamment de l'épreuve utérine, le taux de césariennes itératives reste à un niveau encore élevé de 21% en 2010 [3]. Cette tendance contribue donc à l'augmentation du taux global d'utérus cicatriciel et par conséquent augmente la morbidité et la mortalité maternelle. Cependant, les recommandations des sociétés savantes tendent à faire diminuer ce taux en cadrant de manière plus précise la prise en charge de ces patientes ayant déjà été césarisées. De plus, nous sommes loin du dogme de Cragnin qui disait « une césarienne une fois, une césarienne toujours ».

En outre, nous avons noté, dans notre étude, qu'un grand nombre de césariennes étaient programmées, avant toute tentative d'épreuve utérine. Ce taux est tout de même de 23.1%. Il est relativement important en comparaison par exemple avec l'étude d'Abbasi et al. Dans cette dernière, le taux de césarienne programmée était de 13.8%. [4]. En effet, par inquiétude ou manque d'informations, de nombreuses femmes refusent l'AVB et préfèrent bénéficier d'une césarienne d'emblée. Or, nous avons pour rôle de conseiller les patientes et de leur présenter les bénéfices-risques qui sont, selon le CNGOF, en faveur d'une TVBAC. Cependant, il est bien cité que « Si la patiente maintient son choix d'une césarienne itérative après une information éclairée et un délai de réflexion, il est possible d'accéder à sa demande ». [9]

Par ailleurs, l'épreuve utérine a été autorisée chez 100 patientes, soit un taux de 76.9% sur l'ensemble des utérus cicatriciels inclus dans notre série. Le taux de réussite de l'épreuve utérine, sur les femmes porteuses d'un utérus cicatriciel de notre étude est de 80%. Ce dernier est relativement similaire au taux évoqué dans la littérature. En effet, le CNGOF relève un taux de 75% [9]. De façon similaire, Abbasi et al retrouve un taux à 84.5% [4].

En revanche, nous n'avons retrouvé aucun cas de rupture utérine dans notre série comparativement aux études réalisées par d'autres auteurs. Cette observation peut s'expliquer par le fait, que nous avons exclu toutes les patientes avec une grossesse à risque et porteuses

d'un utérus pluri-cicatriciel, qui augmente significativement le risque de rupture. De plus, notre effectif n'est pas suffisant pour évaluer de manière satisfaisante ce risque relativement peu fréquent. Cependant, il est important de noter qu'une révision utérine n'était pas faite en systématique, dans le but de contrôler la cicatrice après l'accouchement. En effet, d'après les dernières recommandations du CNGOF : « après un AVAC, il n'est pas recommandé de réaliser une révision utérine systématique du seul fait de l'existence d'une cicatrice utérine antérieure ». Il est donc probable que certaines déhiscences utérines n'aient pas été détectées et donc sous estimées dans notre cas. Nous confirmons donc l'utilité de la réalisation de cet examen uniquement sur signes d'appel, ce qui a été le cas dans notre étude.

Aucune mortalité aussi bien fœtale que maternelle n'a été observée dans notre série, du fait probable de notre effectif réduit.

Au travers de notre étude, nous n'avons pas analysé les utérus pluri-cicatriciels. Pourtant, dans la littérature, il est vrai qu'un certain nombre de discussions ont lieu en vue de savoir si l'AVB est recommandée et autorisée, en cas d'utérus bicicatriciels. Cette conduite à tenir est encore très controversée et différente d'un établissement à l'autre.

Enfin, nous préciserons que peu de radiopelvimétries avaient été réalisées dans notre étude, c'est pourquoi nous n'avons pas jugé pertinent de les étudier.

3.2.1. Caractéristiques du déclenchement artificiel du travail

Dans le but de répondre à notre objectif principal, nous avons recherché l'impact que pouvait avoir le déclenchement sur le mode d'accouchement.

Au cours de notre étude, le déclenchement artificiel du travail expose à un risque accru de césarienne, en cours de travail de 50%. Soit 1 patiente sur 2 déclenchée bénéficie d'une césarienne, signant l'échec de l'épreuve utérine. Notre résultat est significatif $p=0.01$. Nous n'avons pas pu comparer ce taux à d'autres retrouvés dans des études de plus grande échelle. En effet, la Cochrane Database, à la suite d'une méta analyse, n'avait pas eu la possibilité de conclure, après analyse des césariennes itératives versus les déclenchements du travail sur utérus cicatriciels [28].

La majorité de la littérature étudie davantage l'impact du déclenchement sur le risque de rupture utérine chez une patiente précédemment césarisée. Dans l'étude de Landon et al,

on retrouve un taux de rupture utérine de 0.4% en cas de travail spontané versus 1%, si ce dernier est induit. [14]. C'est le cas aussi dans l'étude de Ravasia et al puisque le risque de rupture utérine est significativement plus élevé, en cas de déclenchement artificiel du travail (1.4%) en comparaison au travail spontané (0.45%). De plus, il est précisé que l'utilisation de prostaglandines E2 majeure d'autant plus ce risque. En effet, le risque relatif était de 6.41 entre l'utilisation de ce mode de déclenchement et le travail spontané. [25].

De la même façon, Lydon-Rochelle et al font ressortir ce risque de rupture utérine d'autant plus important, en cas de déclenchement par prostaglandine (24.5/1000) versus sans prostaglandine (7.7/1000).[29]

De plus, Landon et al relèvent qu'une rupture utérine est retrouvée dans 0.9%, dans le cas des patientes déclenchées par sonde de Foley associée ou non avec de l'ocytocine contre 1.1% chez les patientes déclenchées uniquement par ocytociques. [14]. L'étude de Meetei et al en conclut donc que l'utilisation de la sonde de Foley, comme moyen de déclenchement associée à de l'ocytocine, semble être le moyen le plus adapté, en cas de col défavorable chez des patientes porteuses d'un utérus unicatriciel. [27].

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada conçoit l'utilisation de l'ocytocine en faisant preuve de prudence. Par contre, il préconise l'utilisation de la sonde de Foley, comme moyen de déclenchement acceptable, en cas de col non favorable. En effet, il décrit ce moyen comme sûr, dans le contexte d'un AVBAC. [17] Toutefois, les études restent insuffisantes, concernant les méthodes mécaniques.

De notre côté, le risque de césarienne est augmenté quel qu'en soit le mode de déclenchement privilégié. Cette constatation est donc essentielle. Le score de Bishop est essentiel dans la décision du type de déclenchement et doit donc être impérativement calculé à l'admission. En revanche, force est de constater le faible effectif de patientes déclenchées dans notre étude (n=27) expliquant le manque probable de significativité et la difficulté de faire des analyses croisées du fait de sous-groupes de trop faible effectifs.

3.2.2. Les facteurs prédictifs de la réussite de l'épreuve utérine

Paramètres renseignant sur la parturiente

En ce qui concerne l'âge, Bujold a remarqué qu'un âge maternel supérieur ou égal à 35 ans est associé à un taux plus élevé d'échec de l'épreuve utérine. [18]

Cependant, dans notre travail, nous n'avons pas fait les mêmes constatations c'est-à-dire que le mode d'accouchement n'est pas dépendant de l'âge maternel.

Selon Durnwald et al, la chance d'accoucher VB, après une première césarienne, diminue en cas d'obésité (IMC compris entre 25 et 29.9kg/m²) à 54.6% en comparaison avec un IMC normal (70.5%). De plus, il précisait que la prise de poids entre les deux grossesses réduisait également les chances de réussite de l'épreuve utérine. [23]. De la même manière, Hibbard et al pointent le risque plus important de rupture utérine ou déhiscence, en cas d'obésité morbide, c'est-à-dire un IMC > 40 (2.1%) versus un IMC normal : 18.5-24.9 kg/m² (0.9%). [24] Cette constatation est controversée par le CNGOF : « L'obésité maternelle morbide (IMC > 40) est associée à une réduction des taux de succès de la TVBAC mais pas à une augmentation significative des ruptures utérines » (NP3) [9].

Les résultats de notre étude ne désignent pas ce critère comme un facteur pouvant influencer la voie d'accouchement.

Pour ce qui est de l'ATCD de voie basse, après ou avant la césarienne, toutes les études ne vont pas dans le même sens. En effet, il peut être à la fois un facteur de risque de rupture chez les grandes multipares et à la fois un facteur prédictif de la réussite de l'épreuve.

Selon Shimonovitz et al [20], le risque de rupture utérine est le plus fort, lors du premier accouchement VB. En effet, si celui-ci est une réussite, alors ce risque de rupture chute significativement. Selon ces résultats, le taux de rupture était de 1.6%, lors du premier VBAC versus, 0.3% après un deuxième et 0.2% lors du troisième.

Par ailleurs, Hibbard et al pensent que la multiparité associée à des ATCD d'AVB intervient de manière positive, dans le succès de l'épreuve utérine. [19]

De la même façon, selon Michael J et al, l'absence de précédent accouchement VB est associée à une augmentation du risque de césarienne liée à un échec de la réussite utérine [22].

Dans notre étude, nous avons choisi de ne pas étudier les ATCD d'accouchement voie basse, après la césarienne mais seulement ceux, avant cette dernière. Nous souhaitons avoir des groupes les plus comparables possible tout en évitant des sous groupes dans lesquels

l'effectif aurait été réduit. Nous avons ainsi remarqué que le nombre d'accouchement par voie basse n'a pas changé, de façon significative, la réussite de l'épreuve utérine.

Paramètres renseignant sur la cicatrice existante

Concernant l'indication de la césarienne, nous retrouvons dans la littérature qu'un ATCD de césarienne pour dystocie influence davantage l'échec de l'épreuve utérine, par rapport à une indication non mécanique, telle qu'une ARCF. Mais les avis sont controversés à ce sujet.

Selon Bujold et al, le taux de succès de TVBAC, après une césarienne pour dystocie, est compris entre 65 et 75%. [21] Ainsi, il n'est pas nécessaire de proposer d'emblée une césarienne, lorsque la première avait eu lieu pour ces raisons. En effet, chaque accouchement est différent, avec des phénomènes variables rendant impossible toute prédiction de l'issue de l'accouchement. Il est donc tout à fait raisonnable de proposer une épreuve utérine, chez les femmes, dont la césarienne antérieure était motivée par une dystocie.

Selon l'étude de Haumonté et al, la chance de réussite d'une TVBAC est divisée par deux, en cas de césarienne antérieure motivée pour stagnation de la dilatation ou non progression du travail. [30]

Dans notre série, nous avons tout de même constaté que 67% des femmes césarisées la première fois pour stagnation de la dilatation, ont bénéficié à nouveau d'une césarienne, au cours du travail, lors de la grossesse suivante. Pourtant, aucune différence significative n'a été retrouvée entre les deux groupes concernant l'indication de la précédente césarienne.

A travers l'ensemble des études retrouvées, aucune ne s'intéresse de près à l'espace inter-génésique. On retrouve simplement son influence sur le risque de rupture utérine, tel que dans l'étude de Bujold et al. En effet, ils constatent qu'un intervalle de temps inférieur à 24 mois est associé à une augmentation du risque de rupture utérine. Le risque est de 4.8% chez les patientes ayant eu une grossesse suivante à moins de 12 mois de la césarienne, de 2.7% entre 13 et 24 mois et de 0.9% après 25 mois. [26]

Dans notre cas, l'espace inter-génésique s'est révélé être différent de manière significative, selon le mode d'accouchement de la patiente.

A propos de l'âge gestationnel de la césarienne antérieure, aucune étude ne s'est intéressée à ce critère, lorsque la grossesse était à terme. Seules quelques-unes ont étudié

l'influence de l'âge gestationnel, lorsque celui-ci était inférieur à 32 SA ou 34SA. Aucune différence n'en était alors ressortie. Dans notre étude, nous n'avons pas retrouvé de différence comparable entre les deux groupes étudiés.

Paramètres renseignant sur la grossesse actuelle et les modalités d'accouchement

Concernant un grand nombre de ces paramètres, il n'existe pas d'étude, qui ait évalué leur influence, sur la réussite de l'épreuve utérine. En effet, la littérature est tournée davantage sur la prise en charge, les succès d'accouchement voie basse ainsi que le risque de rupture utérine. De plus, il n'existe que très peu de travaux concernant uniquement les utérus unicatriciels ou alors la limite entre pluri et unicatriciel est difficile à apprécier.

La HU est ressortie comme un facteur prédictif de réussite de l'épreuve utérine avec un résultat significatif. En effet, elle était en moyenne de 33.9 cm dans le groupe «césarienne » contre 32.6 cm dans le groupe « AVB ». Une HU augmentée est donc un facteur prédictif défavorable de la réussite utérine. Nous ne pouvons pas comparer ce résultat à la littérature puisque cela n'est pas évoqué et personne ne l'a prise en compte dans son analyse.

Par ailleurs, notre étude a montré des différences significatives concernant la dilatation du col au moment de la pose d'APD. Cette différence peut en partie s'expliquer par le fait que dans le groupe « césarienne », 50% des patientes ont été déclenchées versus 21.35% dans le groupe « AVB ». Or, dans le cadre d'un déclenchement, une APD est conseillée et posée de manière plus précoce qu'en cas de travail spontané. En effet, en cas de déclenchement Syntocinon® ou de poursuite de déclenchement par Syntocinon®, après pose de sonde de Foley, la douleur est plus intense et souvent plus difficile à tolérer par la patiente. Nous n'avons retrouvé aucune donnée de la littérature concernant ce critère d'observation.

En ce qui concerne l'âge gestationnel, nous n'avons repéré aucune différence significative dans nos deux populations. Cependant, il est important de relever que l'effectif de TD était restreint d'où le manque de significativité.

La majorité des études relève qu'un AG > 41SA est source d'échec de l'épreuve utérine [30].

En termes de facteurs pronostics de succès de la TVBAC, nous avons plusieurs fois retrouvé dans les sources étudiées le score de Bishop à l'admission, en salle de naissance. Dans un deuxième temps, la hauteur de la PC ainsi que l'effacement du col étaient évalués séparément. Il en ressort qu'un col considéré comme favorable à l'entrée avec un Bishop, par conséquent, favorable aussi, était un facteur de succès de l'épreuve utérine. En effet, la chance de voir cette dernière se terminer par un AVB était multipliée par 2. [30].

Nous n'avons pas abouti, à la suite de nos analyses, aux mêmes conclusions de données car aucun résultat n'était significatif, en ce qui concerne le score de Bishop. Mais il reste très important dans la prise de décision et n'est pas à négliger.

Regardons maintenant le critère que nous avons retrouvé significativement différent entre les deux groupes : la stagnation en cours du travail. Il est, en effet, facile d'expliquer cette significativité. L'utérus cicatriciel est considéré comme une situation à risque aussi bien pendant la grossesse qu'au cours du travail et de l'accouchement. Ainsi, l'équipe obstétricale est plus vigilante. Lorsqu'une stagnation de la dilatation est constatée, au cours de l'épreuve utérine, nous intervenons plus facilement et dans un temps plus limité, afin d'éviter toute complication.

Pour ce qui est du poids à la naissance, nous retrouvons dans la littérature qu'un poids de naissance $> 4000\text{g}$ augmente le risque d'échec de l'épreuve utérine. [22]. Il est même indiqué qu'il diminuerait par deux, la probabilité de succès de la TVBAC. [30]

Nous n'avons pas trouvé, dans notre étude de différence significative, en fonction du poids de naissance dans nos deux groupes. Ceci peut s'expliquer du fait de la sélection assez stricte que nous avons faite de notre population. En effet, toutes les macrosomies ou RCIU présumées pendant la grossesse, ont été exclues ainsi que toute les grossesses non à terme.

3.3. Recommandations

Il est important, après avoir étudié tous ces facteurs considérés comme à risque, de mettre en place une stratégie, afin d'évaluer en amont la chance de réussite de l'épreuve utérine.

Dans un premier temps, au cours du suivi de la grossesse, il est important d'interroger la patiente sur sa césarienne antérieure et son ressenti. Si possible, le compte rendu opératoire

est récupéré afin de connaître l'indication réelle, les difficultés rencontrées lors du geste ainsi que la date exacte de réalisation.

Il faut informer la patiente sur l'importance de ne pas prendre trop de poids pendant la grossesse. Des consultations diététiques peuvent être proposées.

L'estimation du poids fœtal permet de détecter les macrosomies fœtale. Dans ce cas, une épreuve utérine peut être proposée sauf si disproportion fœto-maternelle avérée ou addition de plusieurs facteurs pronostiques défavorables.

La réalisation d'une radiopelvimétrie ne doit pas être faite en systématique mais réalisée en cas de doute.

Il est avant tout essentiel d'apporter des informations claires et compréhensives, aux patientes, concernant les risques encourus pendant la grossesse et l'épreuve utérine. Un consentement éclairé doit être donné par la patiente, en cas de volonté de tenter une épreuve utérine. Il est judicieux de créer une feuille de recueil de consentement, mettant en avant le fait que la patiente a bien bénéficié des informations relatives à l'épreuve utérine et à la césarienne, ainsi que les bénéfices/risques. Il est recommandé que la décision de voie d'accouchement soit validée par un obstétricien au cours du 8e mois. L'option retenue doit être motivée et notée dans le dossier médical, avec la date et le nom de l'obstétricien. [9]

Dans un second temps, au moment de l'admission de la patiente en SDN, il est essentiel de refaire le point sur le dossier à la recherche de tous facteurs pronostics favorables ou défavorables, à prendre en compte pour l'épreuve utérine. La mesure de la HU doit être minutieuse et interprétée car ressortie dans notre étude comme facteur prédictif. De plus, après un toucher vaginal, le score de Bishop doit être calculé car considéré comme un élément prédictif important selon la littérature.

En cas de déclenchement, il doit être motivé par une indication médicale. Il est recommandé de mettre en place, pendant 12 heures, un BEA, en cas de col défavorable et s'il n'y a pas de contre-indication détectée. A l'inverse, un déclenchement par ocytocine peut être conduit en cas de col favorable. Les PGE2 sont contre-indiquées dans le cas d'utérus cicatriciel.

En cours d'épreuve utérine, une surveillance rigoureuse est mise en place. L'obstétricien de garde doit être prévenu en début de travail, pour valider le choix de la TVBAC. Une APD

est à privilégier, afin d'améliorer le confort de la patiente et de prévenir une anesthésie générale, en cas de césarienne en urgence, de délivrance artificielle ou de RU.

La dilatation doit être harmonieuse, avec une dynamique utérine satisfaisante. Si elle stagne en phase active pendant 3h, une césarienne sera réalisée.

La pose d'une tocographie interne n'est pas obligatoire mais peut être utilisée si besoin en cas du mauvais enregistrement des CU.

Le RCF doit être enregistré en continu, dès l'entrée en travail. Il doit être analysé minutieusement. En cas d'ARCF, une césarienne doit être envisagée en fonction de la gravité.

L'utilisation d'ocytocine en cours de travail est possible, mais de manière précautionneuse. Elle doit être utilisée dans les doses minimales qui permettent une bonne dynamique utérine. Une amniotomie doit toujours être pratiquée, en premier lieu, avant administration d'ocytocine.

La RU n'est pas recommandée en systématique mais seulement sur signe d'appel de rupture utérine ou en cas de délivrance incomplète et d'hémorragie de la délivrance.

5. CONCLUSION

Depuis les années 2010, nous observons une véritable évolution des pratiques concernant l'utérus cicatriciel. Le nombre de tentatives voie basse après césarienne et de maturations cervicales augmentent significativement. En effet, suite aux recommandations du CNGOF, sorties en décembre 2012, la TVBAC est davantage encadrée et l'acceptation d'une épreuve utérine est réfléchiée en fonction des patientes porteuses d'un utérus cicatriciel. En effet, il est essentiel d'évaluer les bénéfices et les risques de cette prise en charge afin d'élaborer un pronostic au cas par cas.

A travers la lecture de la littérature, il en ressort deux facteurs très fortement associés à une réussite de la TVBAC. Le premier est l'ATCD d'AVB mais il n'est pas, dans nos recherches, ressorti comme déterminant. En deuxième lieu, la mise en travail spontanée est retrouvée. Nous avons fait le même constat au terme de notre étude. En effet, le déclenchement artificiel augmente par deux le risque de césarienne, au terme de l'épreuve utérine. Il est toutefois essentiel de privilégier la pose de ballonnet de Cook en cas de déclenchement en présence d'un col non favorable, quitte à poursuivre par du Syntocinon® en salle de naissance. En outre, en cas de score de Bishop favorable, l'utilisation de l'ocytocine est possible d'emblée. Chaque déclenchement doit évidemment être motivé par des raisons médicales et après respect des contre indications: antécédent de cicatrice corporelle, antécédent de rupture utérine, utérus multicicatriciels, fœtus en présentation podalique, estimation de poids fœtal, si réalisée, $> 4500\text{g}$, IMC > 50 (accord professionnel). De plus, d'autres facteurs sont donnés comme prédictifs de la réussite de l'épreuve utérine, selon le CNGOF, tel qu'un score de Bishop favorable à l'admission.

Toutefois, nos conclusions restent limitées par la taille modérée de notre série et les effectifs différents. De plus, il nous a été impossible d'évaluer le risque de rupture utérine dans notre étude car aucune n'a été recensée. Cette constatation semble légitime puisque, selon certains auteurs, il faudrait inclure 10000 à 12000 patientes pour en ressortir une différence significative des taux de rupture.

Des scores et nomogrammes ont été créés, afin d'apprécier les possibilités d'AVB, après une césarienne antérieure. Ils servent donc à identifier de manière plus précise les

patientes à risque élevé d'échec de TVB ou a contrario de succès. Cependant, il en ressort que ces derniers sont peu performants pour prédire les patientes à risque d'être césarisées en cours de travail. Leur utilité clinique est limitée, selon les avis d'experts. De plus, aucune évaluation de ces scores n'est rapportée en population française ce qui rend leur utilisation non recommandable.

Il est avant tout essentiel de s'adapter à chaque patiente avec ces caractéristiques propres, de les évaluer et d'orienter sa prise en charge, selon ce qui paraît le plus favorable. De plus, nous sommes tenus de dispenser une information claire et loyale aux parturientes et de tenir compte du ressenti de leur première césarienne, de leurs souhaits et désirs. Nous avons, en tant que sages-femmes, un rôle primordial de prévention et d'information. Il serait bénéfique à la pratique de rédiger un protocole commun, afin d'optimiser la prise en charge de ces femmes porteuses d'un utérus unicatriciel.

Suite à ce mémoire, le réseau ELENA propose de mettre en place dans le département, un protocole concernant la prise en charge des utérus cicatriciels en vue de l'accouchement. Il aura pour but d'orienter au mieux les patientes et les professionnels dans la prise en charge de cette situation spécifique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Lansac J, Body G, Perrotin F, Marret H. Pratique de l'accouchement. Edition MASSON. p2111-219.
2. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel : recommandations pour la pratique clinique - Texte des recommandations (texte court). J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) .2012.
3. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 - les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003.2011.
4. Abbassi H, Aboulfalah A, El Karroumi M, Bouhya S, Bekkay M. Accouchement des utérus cicatriciels : peut-on élargir l'épreuve utérine ? J Gynecol Obstet Biol Reprod.1998 ; 27 : 425-429.
5. Deneux-Tharaux C. Utérus cicatriciel : aspects épidémiologiques. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2012 ; 41 : 697-707.
6. Europeristat. European perinatal health report. 2004. Disponible sur: www.europeristat.com
7. Coutelour A. Déclenchement artificiel du travail des utérus cicatriciels : ballon extra-amniotique versus Syntocinon®[Mémoire de diplôme d'état de Sage-femme]. Université de Lorraine, école de Sages-femmes Albert Fruhinsholz ; 2013, 60p.
8. Arzel.A, Boulot.P, Mercier.G, Letois.F. Enquête nationale sur la prise en charge et l'accouchement des utérus unicatriciels en France en 2009. Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction. 2012 ; 41 : 445-453.
9. Collège national des gynécologues et obstétriciens français. Recommandations pour la pratique clinique : Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Décembre 2012.
10. American College Of Obstetricians and Gynaecologists. Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2006;108:465-7.

11. Haute Autorité de santé (HAS). Recommandations professionnelles. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. Avril 2008.
12. Beucher G, Dolley P, Levy-Thissier S, Florian A, Dreyfus M. Bénéfices et risques maternels de la tentative de voie basse comparée à la césarienne programmée en cas d'antécédent de césarienne. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Décembre 2012 ; 41 : 708-726.
13. Sans Michel AC, Trastour C, Sakarovitch C, Delotte J, Foutas E, Bongain A. Etat des lieux de la prise en charge des utérus cicatriciels - Journal de la gynécologie et biologie de la reproduction. 2011 ; 40 : 639-650.
14. Landon M, Hauth J, Leveno K, Spong C, Leindecker S, Varner M, Moawad A, Caritis S et coll. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after cesarean delivery. The New England Journal of Medicine. December 2004; 351: 2581-2589.
15. Deruelle P, Lepage J, Depret S, Clouqueur E. Mode de déclenchement du travail et conduite du travail en cas d'utérus cicatriciel. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction. 2012 ; 41 : 788-802.
16. Rossard L, Arlicot C, Blasco H, Potin J, Denis C, Mercier D, Perrotin F. Maturation cervicale par sonde de ballonnet sur utérus cicatriciel : étude rétrospective sur trois ans. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2013 ; 42 : 480- 487.
17. Leduc D, Biringer A, Lee L, Dy J. Directive clinique de la SOGC : déclenchement du travail. J Obstet Gynaecol Can. septembre 2013 ; 35 : S1-S21.
18. Bujold E , Hammoud A , Hendler I , Berman S , Blachwell SC : trial of labor in patients with a previous cesarean section: does maternal age influence the outcome ? Am. J Obstet Gynecol, 2004; 190: 1113-1118.
19. Hibbard JU , Ismail MA , Wang Y , TE C , Karrisson T , Ismail AM . Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it ? J Obstet Gynecol. 2001 ; 184.
20. Shimonovitz S , Botosneano A , Hochner-celnikier D. Successful first vaginal birth after cesarean section: a predictor of reduced risk for uterine rupture in subsequent deliveries. Indian med assoc J. 2000; 2 : 526-8.

21. Bujold E, Gauthier RJ. Should we allow a trial of labor after previous cesarean for dystocia in the second stage of labor ? *Obstet Gynecol.* 2001; 98 : 652-655.
22. Michael J, Macmahon M.D, M.P.H et al. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *The New England Journal of Medicine.* 1996; 335.
23. Durnwald CP, Ehrenberg HM, Mercer BM. The impact of maternal obesity and weight gain on vaginal birth after cesarean section success. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 191:954-7.
24. Hibbard JU, Gilberts TR, Landon MB et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2006 ;108 : 125-33.
25. Ravasia DJ, Wood SSL, Pollard JK. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1176- 1179.
26. Bujold E, Mehta SH, Bujold C, Gauthier RJ. Interdelivery interval and rupture uterine. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; 187:1199-202.
27. Meetei LT, Suri V, Aggarwal N. Induction of labor in patients with previous cesarean section with unfavorable cervix. *J Med Soc.* 2014; 28: 29-33.
28. Dodd JM, Crowther CA, Grivell RM, Deussen AR. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014, Issue 12. Art.
29. Lydon-Rochelle M. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior caesarean delivery. *N Engl J Med.* 2001; 345:3-8.
30. Haumonté J-B, Raylet M, Sabiani L, Franké O, Bretelle F, Boubli L, d'Ercole C. Quels facteurs influencent la voie d'accouchement en cas de tentative de voie basse sur utérus cicatriciel ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction.* 2012 ; 41 : 735-752.

BIBLIOGRAPHIE

Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F et al. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2012 ; 41 : e1-e15.

Castric C. Pronostic obstétrical et utérus unicatriciel : l'indication de la première césarienne a-t-elle un impact sur la voie d'accouchement ? [Mémoire de diplôme d'état de Sage-femme]. Brest : UFR de médecine et des sciences de la santé Brest; 2013, 59 p.

Joswiak M, Dodd JM. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013, Issue 3. Art.

Locatelli A, Regalia A-L, Ghidini A, Ciriello E, Biffi A, Pezzullo J.C. Risks of induction of labour in women with a uterine scar from previous low transverse caesarean section. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. December 2004 ; 111 : 1394–1399.

Mazeau P. Déclenchement des utérus cicatriciels. [Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine]. Université de Limoge ; 2013, 93p.

Mbarki R. Accouchement sur utérus cicatriciel. [Thèse pour l'obtention du doctorat en médecine]. Université Mohammed V Rabat ; 2010, 107p.

Mlynarczyk P. La prise en charge de l'utérus unicatriciel [Mémoire de diplôme d'état de Sage-femme]. Université de Lorraine, école de Sages-femmes de Metz ; 2013, 94p.

OMS. Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. Human Reproduction Programme. 2014.

Pascal J. La maturation cervicale en cas d'utérus uni-cicatriciel. [Mémoire de diplôme d'état de Sage-femme]. Institut catholique de Lille, 2014, 62p.

Peltre A-S. Quels facteurs influencent la réussite de l'épreuve utérine ? Quel est le rôle de la sage-femme dans le suivi de ces grossesses ? [Mémoire de diplôme d'état de Sage-femme]. Nancy : Université Henry Poincaré, école de Sages-femmes Albert Fruhinsholz ; 2014, 98 p.

Ricbourg A, Bouet P.E, Gillard Ph, Lafarge B, Barranger E, Descamps Ph, Sentilhes L. Indications du déclenchement artificiel du travail. La Lettre du Gynécologue. Septembre 2011 ; n°366 : 14-19.

Rivoalan L. Maturation des utérus uni-cicatriciels par ballonnets. [Mémoire de diplôme d'état de Sage-femme]. Université Joseph Fourier, UFR de médecine de Grenoble ; 2014, 40p.

Sarreau M, Leufflen L, Monceau E, Tariel D, Villemonteix P, Morel O, Pierre F. Maturation du col utérin défavorable par ballonnet supra-cervical sur utérus cicatriciel : étude rétrospective multicentrique de 151 patientes.. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2014 ; 43 : 46-55.

Simon E.G, Arthuis C.J, Perrotin F. Comment je fais... Une maturation du col par ballonnet. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2013 ; 41 : 740-742.

RESUME

Objectif : Rechercher l'impact du déclenchement artificiel chez les femmes porteuses d'un utérus unicatriciel d'origine obstétricale, en comparant la réussite de l'épreuve utérine c'est-à-dire un travail aboutissant à un accouchement voie basse et la réalisation d'une césarienne en cours de travail. Nous comparons également secondairement différents facteurs, afin de savoir si ces derniers peuvent être considérés comme prédictifs de la réussite de l'épreuve utérine.

Matériels et méthodes : Nous avons comparé dans une étude rétrospective réalisée sur le CHU de Saint-Etienne à partir de 100 dossiers entre juillet 2015 et mai 2016, un groupe « accouchement voie basse » composé de 80 patientes dont nous considérons que l'épreuve utérine a été une réussite versus un groupe « césarienne » composé de 20 patientes ayant, quant à elles vécu un échec du travail.

Résultats : La réalisation d'une césarienne en cours de travail était significativement plus fréquente dans le cas de déclenchement artificiel du travail que lors d'une mise en route spontanée (10 versus 10, $p=0.0096$). Cependant, le type de déclenchement, que celui-ci soit réalisé par BEA ou par ocytocine seule, n'influence en rien la fréquence du nombre de césariennes de manière significative ($p=0.71$). De la même manière, la raison du déclenchement et son retentissement sur la réussite de l'épreuve utérine ne sont pas statistiquement différents entre les deux groupes. ($p=0.24$).

Concernant les facteurs influençant la réussite de l'épreuve utérine, seuls la hauteur utérine ($p=0.033$), la stagnation du col observée lors du travail ($p=3.96E-5$) ainsi que la dilatation du col au moment de la pose de l'APD ($p=0.038$) montrent une augmentation significative du taux de césarienne.

Conclusion : L'objectif principal de l'étude est atteint. Le déclenchement artificiel du travail augmente le risque par deux de césariennes en cours de travail, lors d'une tentative d'épreuve utérine chez des femmes porteuses d'un utérus unicatriciel d'origine obstétricale, à terme. De plus, chaque facteur prédictif défavorable doit être pris en compte, afin de mieux orienter les patientes. L'information donnée à ces dernières est essentielle. C'est pourquoi, la place des sages-femmes dans cette prévention est centrale.

MOTS-CLES : utérus cicatriciel, épreuve utérine, déclenchement artificiel, ballonnet extra-amniotique

TITRE : Quel est l'impact du déclenchement sur le mode d'accouchement chez les femmes porteuses d'un utérus unicatriciel ? Quels sont les facteurs influençant la réussite de l'épreuve utérine ?