

DÉCLARATION DE PRINCIPE*

ACCOUCHEMENT VAGINAL APRÈS UNE CÉSARIENNE

No. 68, décembre 1997

La présente déclaration de principe a été élaborée par le Comité de médecine foeto-maternelle de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et sanctionnée par son Conseil. Elle remplace la déclaration de principe publiée dans le Journal SOGC en décembre 1993.

COMITE DE MEDECINE FOETO-MATERNELLE

Membres :

Karen Ash, MD, FRCSC	Ottawa (Ont.)
Gregory Connors, MD, FRCSC	Calgary (Alb.)
Philip F. Hall, MD, FRCSC	Winnipeg (Man.)
Line Leduc, MD, FRCSC	Montréal (Qc)
Robert Liston (président), MD, FRCSC	Halifax (N.-É.)
Douglas McMillan, MD, FRCSC	Calgary (Alb.)
Frank Sanderson, MD, FRCSC	St-Jean (N.B.)

La politique «une césarienne entraîne une autre» est dorénavant inadmissible. Bien que le taux de césariennes par rapport au nombre total de naissances^{1,2} varie de moins de 10 % à plus de 30 % dans le monde, au Canada, près de 20 % des femmes mettent leur enfant au monde de cette façon. L'inquiétude générale que soulève l'accroissement du nombre de césariennes au Canada a débouché sur une conférence nationale, en 1985, dont l'objet était de parvenir à un consensus sur certains aspects de l'accouchement par césarienne. À

l'issue du colloque, on a rendu public une déclaration nationale sur l'accouchement par césarienne assortie de lignes directrices établissant dans quelles circonstances on devrait recourir à une telle procédure³. Bien que la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada et l'Association of Professors of Obstetrics and Gynaecology aient ratifié cette déclaration et que cette dernière ait été largement diffusée aux médecins, aux hôpitaux, aux services de préparation à l'accouchement et à divers intéressés, son effet fut limité jusqu'à ce qu'une politique de mise en oeuvre soit élaborée en 1991^{4,5}. Le nombre d'accouchements vaginaux après une césarienne (AVAC) est passé de 3 à 33 % au cours des années ultérieures—le plateau et la diminution subséquente des taux de césariennes au Canada sont uniquement causés par l'augmentation du nombre d'accouchement vaginaux après une césarienne^{6,7}.

CONTEXTE

Le taux de réussite de l'épreuve du travail et d'accouchement vaginal après une césarienne varie de 50 à 80 % et dépend des connaissances et de l'attitude des

* Déclaration de principe : le document d'opinions fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celle-ci et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

PROGRAMME DE FMC DE QUÉBEC

CHÂTEAU MONT STE-ANNE BEAUPRÉ (QUÉBEC) DU 12 AU 14 FÉVRIER 1998

BIENVENUE DANS LES LAURENTIDES!

Située à environ 20 minutes de Québec, le Château Mont Sainte-Anne vous invite à partager la beauté, la quiétude et le confort de ses infrastructures.

Tarif préférentiel de 139 \$ (simple/double)
Bloc de chambres réservé jusqu'au
9 janvier 1998.

FRAIS D'INSCRIPTION* Membre de la SOGC

Ob/Gyn / Associé MD / AOGQ / AOPQ	180 \$
Sages-femmes	180 \$
Associé PhD / Associé Soins inf.	90 \$
Associé Soins de santé / Associé Auxiliaires	90 \$
Membre junior / Résident	25 \$
Membre à vie / honoraire	s/o

*En vigueur jusqu'au 30 janvier 1998. Veuillez communiquer avec la SOGC pour connaître les frais s'appliquant après le 30 janvier 1998 ainsi qu'aux non-membres.

PROGRAMME SCIENTIFIQUE

Renseignements généraux

- Journée entière consacrée aux sessions le jeudi 12 février, demi-journée consacrée aux sessions le vendredi 13 et samedi 14 février vous permettant ainsi quelques moments de détente
- Séances de travail en petits groupes au cours desquelles seront abordés des sujets s'adressant aux gynécologues et aux médecins de famille
- Présentations de cas et discussions en petits groupes lors des séances de travail

Contenu du programme

- Nouveaux développements en contraception, ménopause, ostéoporose, syndrome pré-menstruel Chirurgie gynécologique et endoscopique, HVAL, ablation de l'endomètre et cas difficiles : urètre, vaisseaux, vessie, adhérence
- Monitoring foetal, RPM, asphyxie
- Controverses actuelles en matière de diagnostic et de traitement Hormones



Pour de plus amples renseignements veuillez communiquer avec la SOGC :
Tél. : (613)730-4192 Téléc. : (613)730-4314
Courrier élec. : sogcwebmaster@medical.org

des patientes et des prestataires de soins de santé. De nombreuses femmes ayant subi une césarienne en raison d'une dystocie lors d'un premier accouchement pourront par la suite accoucher par voie vaginale de façon sécuritaire et sans aucun problème. Le taux légèrement plus bas de réussite d'AVAC à la suite d'un accouchement par césarienne en raison d'une dystocie, comparativement à un accouchement par le siège, est peut être plus la conséquence de l'attitude qu'ont la femme et les prestataires de soins de santé, qu'un trouble de la fonction utérine à proprement parler. On retrouve dans les publications scientifiques des 30 dernières années plusieurs rapports qui confirment le succès et la sécurité de l'épreuve du travail et de l'accouchement vaginal après une césarienne. Ces rapports attestent que la procédure est sûre, l'incidence d'une désunion, rupture des sutures sans conséquence pour la mère ou le fœtus, étant de 0,5 %. La rupture utérine chez la mère entraînant une hémorragie et des complications pour le fœtus pouvant même aller jusqu'à la mort ne se produit que dans 0,1 % des cas⁸⁻¹¹. On a rarement besoin de procéder à une hystérectomie. Dans l'ensemble, l'accouchement a une issue aussi favorable pour le fœtus qu'une grossesse sans complications. Par ailleurs, chez les femmes qui accouchent par voie vaginale après une césarienne, la morbidité maternelle demeure faible, on note rarement des complications post-partum et leur séjour à l'hôpital est plus court que chez celles qui ont subi une césarienne. En conséquence, un AVAC se déroulant sans complications entraîne à une diminution sensible des coûts des soins de santé, comparativement à une nouvelle césarienne.

L'accouchement vaginal après une césarienne est si efficace et si sûr que certains auteurs n'hésitent pas à recommander qu'on le rende obligatoire en l'absence de contre-indications¹²⁻¹⁴.

Les hôpitaux qui dispensent des soins obstétricaux et qui sont en mesure d'effectuer une césarienne d'urgence possèdent déjà l'équipement nécessaire pour procéder à des accouchements vaginaux après une césarienne. Les comités périnataux des hôpitaux devraient prendre connaissance de ces directives et promouvoir l'accouchement vaginal après une césarienne. La participation complète de la patiente au processus décisionnel revêt une importance primordiale^{15,16}.

RECOMMANDATIONS

A. FEMMES AYANT SUBI UNE CESARIENNE A LA PARTIE BASSE SEGMENTAIRE DE L'UTERUS :

1. ÉPREUVE DU TRAVAIL

On devrait préconiser l'épreuve du travail lors de l'élaboration du plan d'intervention. Le respect de l'autonomie de la femme, la participation de cette dernière et de son partenaire au processus décisionnel sont d'une importance cruciale. L'épreuve du travail et l'AVAC doivent se dérouler dans un hôpital ou un centre de soins de santé. Les médecins devraient se conformer à la déclaration de principe de la SOGC intitulée «Présence médicale durant le travail et l'accouchement, directives à l'intention des médecins» publiée dans le Journal SOGC en septembre 1996. Toute femme ayant subi une césarienne antérieurement doit être en mesure de donner son consentement de façon éclairée en ayant reçu préalablement la documentation appropriée¹⁷.

2. DÉSIGNATION DES INSTALLATIONS APPROPRIÉES À L'HÔPITAL

Chaque hôpital qui dispense des soins obstétricaux et où l'on est en mesure d'effectuer une césarienne d'urgence devrait pouvoir prodiguer des soins à une femme qui entreprend l'épreuve du travail après avoir subi une césarienne à la partie basse segmentaire de l'utérus. Chaque hôpital devrait élaborer le protocole à suivre dans une telle situation. Les femmes qui accouchent après une césarienne doivent être mises au courant des ressources de l'hôpital et de la disponibilité d'un chirurgien obstétricien, des services d'anesthésie et du personnel des blocs opératoires nécessaires en cas d'urgence.

3. AVIS OU CONSULTATION ANTÉNATLS ET INTRAPARTUM DE L'OBSTÉTRICIEN OU DU CHIRURGIEN

Une consultation avec un obstétricien avant l'accouchement n'est pas obligatoire. Néanmoins, le prestataire de soins primaires doit déterminer si l'épreuve du travail est appropriée, après consultation du rapport du chirurgien sur la césarienne antérieure. On doit se procurer les documents indiquant l'emplacement et le genre d'incision à l'utérus. Certains facteurs peuvent rendre la consultation anténatale d'un spécialiste préférable.



4. CONTRE-INDICATIONS À UN AVAC

Parmi les contre-indications à l'épreuve du travail pour une femme ayant subi antérieurement une césarienne, on retrouve :

- a. Incision classique, en T inversé ou type d'incision antérieure à l'utérus inconnu^{18,19};
- b. Hystérotomie antérieure;
- c. Myomectomie antérieure avec pénétration dans la cavité utérine ou importante dissection du myomètre;
- d. Rupture antérieure de l'utérus;
- e. Placenta praevia ou présentation transversale ou toute autre contre-indication à l'épreuve du travail.

5. ACCÉLÉRATION DU TRAVAIL PAR ADMINISTRATION D'OCYTOCINE

Accélérer le travail en administrant de l'ocytocine n'est pas contre-indiqué et les publications confirment la sécurité de cette technique pour certaines femmes soigneusement sélectionnées et qui ont déjà subi une incision horizontale sous-ombilicale^{8,9,13,20}. Comme dans tous les autres cas où l'on fait appel à cette technique, il convient de surveiller soigneusement la façon dont se déroule le travail. On devrait faire preuve de prudence lorsqu'on accélère le travail chez les femmes qui ont déjà subi une incision à la partie basse segmentaire de l'utérus et qu'il y a arrêt de progression du fœtus lors de la phase active du travail (à la fin du premier stade ou au deuxième stade). On devrait procéder à l'accélération du travail uniquement si l'on est en mesure d'effectuer à une césarienne d'urgence.

6. DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL

a. Ocytocine

Le déclenchement du travail augmente le risque de travail spontané chez une femme ayant déjà subi une césarienne. Cependant, le déclenchement du travail par injection d'ocytocine n'est pas contre-indiqué^{21,22}. Un examen des publications portant sur plus de 3 000 femmes qui avaient antérieurement subi une incision à la partie basse segmentaire de l'utérus et à qui on avait administré de l'ocytocine suggère qu'en dépit d'une incidence légèrement plus élevée, comparativement aux femmes dans la même situation chez qui le travail débute spontanément, les taux de désunion des sutures et de rupture de l'utérus demeurent faibles (1,8 % dans

le premier cas, moins de 0,5 % dans le second). Un usage judicieux de l'ocytocine demeure acceptable en tenant compte des autres facteurs obstétricaux. Comme dans le cas du travail spontané, la disponibilité des services d'anesthésie, du personnel des blocs opératoires et des chirurgiens obstétricaux devrait être discuté avec la femme avant le déclenchement qui doit se produire en milieu hospitalier. Les médecins devraient consulter la déclaration de principe de la SOGC intitulée «Déclenchement du travail» publiée dans le Journal SOGC en février 1997²³.

b. Utilisation des prostaglandines

L'innocuité de la gelée de prostaglandines utilisée chez les femmes qui ont déjà subi une incision à la partie basse segmentaire de l'utérus n'a pas été établie et des recherches plus poussées sont nécessaires. On peut associer l'utilisation de préparations à base de prostaglandines à de très fortes contractions utérines et il existe peu de données sur leurs utilisations chez les femmes qui ont accouché par césarienne. À l'heure actuelle, si on utilise la gelée de prostaglandines chez une femme qui a déjà subi une incision à la partie basse segmentaire de l'utérus, elle doit comprendre que les connaissances sont limitées de ce domaine. De plus, les médecins et les ressources nécessaires doivent être disponibles afin d'intervenir immédiatement en cas d'urgence^{21,22,24}.

c. Sonde de Foley

Un autre moyen d'amener le col à maturité consiste à insérer une sonde de Foley dans le canal cervical, de façon extra-amniotique, et de la gonfler. L'utilisation de la sonde est plus économique que celle de la gelée de prostaglandines et elle peut être dégonflée et retirée si des effets secondaires surviennent. Toutefois, aucune donnée confirme ou n'infirme la capacité de la sonde à diminuer le taux de césariennes ou d'accouchements instrumentaux associés au déclenchement du travail²³.

7. MONITORAGE FOETAL

Un tracé anormal de la fréquence cardiaque est l'un des signes avant-coureurs les plus fréquents de désunion ou de rupture des sutures. Donc, en présence de déclenchement ou d'augmentation, on devrait procéder au monitoring électronique du cœur foetal de façon continue. On ne doit procéder au monitoring intermittent du cœur foetal que dans les cas où l'on n'utilise pas l'ocytocine pour déclencher ou augmenter le travail.



8. GROSSESSE GÉMELLAIRE OU PRÉSENTATIONS PAR LE SIÈGE

Jumeaux : l'épreuve du travail et l'accouchement par voie vaginale ne sont pas contre-indiqués dans le cas d'une grossesse gémellaire. Bien qu'on ne dispose que de peu de données en ce qui concerne l'épreuve du travail à la suite d'une césarienne à la partie basse segmentaire de l'utérus et d'une grossesse gémellaire, l'information disponible n'indique aucune variation sensible de la morbidité pour la mère ou le fœtus, comparativement à une grossesse unique^{25,26}.

Présentation par le siège : une incision horizontale à la partie basse segmentaire de l'utérus ne constitue pas une contre-indication à l'épreuve du travail lors d'une présentation par le siège. Comme dans tous les cas de présentation par le siège, une évaluation attentive de la situation est requise avant d'entreprendre l'épreuve du travail^{13,27}.

9. MACROSOMIE POSSIBLE DU FOETUS

Selon la documentation existante, le diagnostic d'une macrosomie éventuelle (poids estimatif du fœtus supérieur à 4 000 grammes) constitue une contre-indication à l'épreuve du travail à la suite d'une césarienne à la partie basse segmentaire de l'utérus^{13,28}.

B. FEMMES AYANT SUBI PLUS D'UNE INCISION HORIZONTALE A LA PARTIE BASSE SEGMENTAIRE DE L'UTERUS

L'épreuve du travail et l'accouchement par voie vaginale demeure une option acceptable, même pour les femmes qui ont subi plus d'une incision à la partie basse segmentaire de l'utérus, bien qu'il existe peu de données à ce sujet. Chaque cas devrait être évalué avec circonspection. Le pourcentage de désunion des sutures (moins de 4 % des cas) chez les femmes ayant subi plus d'une incision horizontale à la partie basse segmentaire de l'utérus est supérieur à celui relevé chez les femmes qui n'ont subi qu'une césarienne^{8,10,19,29}.

CONCLUSION

Chaque hôpital doté des installations lui permettant de dispenser des soins obstétriques devrait pouvoir offrir à la patiente un accouchement vaginal après césarienne. Les présentes lignes directrices aideront l'hôpital à revoir et à compléter son protocole sur l'accouchement par voie basse après une césarienne. La pleine participation de la

parturiente au processus décisionnel revêt une importance primordiale.

J SOC OBSTET GYNAECOL CAN 1997;19:1429-34

REFERENCES

1. Notzon, F. International Differences in the Use of Obstetric Interventions. *JAMA* 1990;263:3286-91.
2. Bolaji II, Meehan FP. Post caesarean section delivery. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology* 1993;51(3):181-92.
3. Indications for caesarean section: final statement of the panel of the National Conference on Aspects of Cesarean Birth. *Can Med Assoc J* 1986;134:1348-52.
4. Lomas J, Anderson G, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin M and Hannah W. Do Practice Guidelines Guide Practice? *N Engl J Med* 1989;321:1306-11.
5. Accouchement vaginal après césarienne. Communiqué de la SOGC, volume 8, no 1, février 1986.
6. Statistique Canada, Rapports sur la santé. 1996;8:17.
7. Soliman SR, Burrows RF. Cesarean section: analysis of the experience before and after the National Consensus Conference on Aspects of Cesarean Birth. *CMAJ* 1993;148(8):1315-20.
8. Cowan K, Kinch R.A.H, Ellis B, Anderson R. Trial of Labor Following Cesarean Delivery. *Obstet & Gynecol* 1994;83(6):933-6.
9. Videla FL, Satin AJ, Barth WH Jr, Hankins GD. Trial of labor: a disciplined approach to labor management resulting in a high rate of vaginal delivery. *American Journal of Perinatology* 1995; 12(3):181-4.
10. Miller DA, Diaz FG, Paul RH. Vaginal birth after cesarean: a 10-year experience. *Obstet Gynecol* 1994. 84(2):255-8.
11. Bilodeau H. Factors influencing the practice of vaginal birth after cesarean section. *American Journal of Public Health* 1993;83(8):1104-8.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Vaginal Delivery after Cesarean Birth. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion (1988), 64.
13. Penso C. Vaginal birth after cesarean section: an update on physician trends and patient perceptions. *Current Opinion in Obstet Gynecol* 1994;6(5):417-25.
14. Martins ME. Vaginal birth after cesarean delivery. *Clinics in Perinatology* 1996;23(1):141-53.
15. Roberts RG, Bell HS, Wall EM, Moy JG, Hess GH, Bower HP. Trial of labor or repeated cesarean section The woman's choice. *Archives of Family Medicine* 1997;6(2):120-5.
16. Fawcett J, Tulman J, Spedden J. Responses to vaginal birth after cesarean section. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 1994;23(3):253-9.
17. Kline J, Arias F. Analysis of factors determining the selection of repeated cesarean section or trial of labor in patients with histories of prior cesarean delivery. *Journal of Reproductive Medicine* 1993;38(4):289-92.



18. Grubb DK, Kjos SL, Paul RH. Latent labor with an unknown uterine scar. *Obstet Gynecol* 1996;88(3): 351-5.
19. Granovsky-Grisaru S, Shaya M, Diamant YZ. The management of labor in women with more than one uterine scar: is a repeat cesarean section really the only "safe" option? *Journal of Perinatal Medicine* 1994;22(1):13-7.
20. Chattopadhyay SK, Sherbeeni MM, Anokute CC. Planned vaginal delivery after two previous caesarean sections. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 1994;101(6):498-500.
21. Del Valle GO, Adair CD, Sanchez-Ramos L, Gaudier FL, McDyer DC, Delke I. Cervical ripening in women with previous cesarean deliveries. *Int. Journal of Gynaecology & Obstetrics* 1994; 47(1):17-21.
22. Chez RA. Cervical ripening and labor induction after previous cesarean delivery. *Clin. Obstet & Gyne* 1995;38(2):287-92.
23. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Déclaration de principe de la SOGC «Déclenchement du travail», *J Soc Obstét Gynécol Can* 1997;19(2):155-161.
24. Stone JL, Lockwood CJ, Berkowitz G, Alvarez M, Lapinski R, Valcamonico A, Berkowitz RL. Use of cervical prostaglandin E2 gel in patients with previous cesarean section. *American Journal of perinatology* 1994;11(4):309-12.
25. Brady K, Read JA. Vaginal Delivery of Twins after Previous Cesarean Section. *N Engl J Med* 1988;319:118-9.
26. Miller DA, Mullin P, Hou D, Paul RH. Vaginal birth after cesarean section in twin gestation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 1996 ;175(1):194-8.
27. Consensus canadien sur la conduite à tenir en cas de présentation du siège à terme. *J Soc Obstét Gynécol Can* 1994;16:1839-48.
28. Flamm BL, Goings JR. Vaginal Birth After Cesarean Section: is suspected Fetal Macrosomia a Contraindication? *Obstet Gynecol* 1989;74:694-7.
29. Enkin M. Labour and Delivery Following Previous Caesarean Section. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNL ed. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford University Press, Oxford 1989, 1196-1215.