



HAL
open science

La prise en charge des utérus bi-cicatriciels dans les maternités des Hauts de France

Marion Sergeant

► **To cite this version:**

Marion Sergeant. La prise en charge des utérus bi-cicatriciels dans les maternités des Hauts de France. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01666291

HAL Id: dumas-01666291

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01666291>

Submitted on 18 Dec 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

**LA PRISE EN CHARGE
DES UTERUS BI-CICATRICELS
DANS LES MATERNITES DES HAUTS
DE FRANCE**

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Marion SERGEANT

Sous la direction du

Dr Denis HOUZE DE L'AULNOIT

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2015- 2016

UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
FILIERE MAIEUTIQUE

**LA PRISE EN CHARGE
DES UTERUS BI-CICATRICELS
DANS LES MATERNITES DES HAUTS
DE FRANCE**

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme

Présenté et soutenu par

Marion SERGEANT

Sous la direction du

Dr Denis HOUZE DE L'AULNOIT

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2015- 2016

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont aidées, de près ou de loin, dans la réalisation de ce mémoire. Tout particulièrement :

Monsieur Houze De L'Aulnoit, mon directeur de mémoire, pour avoir accepté d'encadrer ce mémoire, pour ses conseils avisés et son aide précieuse à la réalisation de ce travail.

Madame Henrard, sage femme enseignante référente de mon mémoire, pour son soutien, ses précieuses corrections et sa disponibilité.

Les secrétaires du service de gynécologie-obstétrique pour l'aide à la sortie des dossiers des archives.

A l'équipe pédagogique de la faculté pour la qualité de leur formation, l'écoute et la disponibilité tout au long de mes études.

Mes parents, pour leur soutien, leur confiance et leur amour tout au long de ma scolarité.

Mes grandes sœurs et particulièrement Hélène, sage-femme, pour sa contribution dans ce travail et son soutien tout au long de mes études.

Mes amis, pour ses merveilleuses années passées à leur côté et qui, sans eux, je ne serais pas là aujourd'hui.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4
1. La césarienne.....	4
2. Accouchement voie basse après césarienne.....	5
3. Rupture utérine	8
4. Utérus cicatriciel	9
MATERIEL ET METHODE	12
1. Type d'étude	12
2. Terrain - lieu - période.....	12
3. Critères d'inclusion et d'exclusion	12
4. Critères de jugement.....	12
5. Outils	13
6. Mode de recueil de données	13
7. Méthode d'analyse	13
8. Considérations éthiques et autorisations.....	13
RESULTATS.....	15
1. Profil de la population.....	15
2. Antécédents obstétricaux.....	15
3. Etude de la grossesse	16
4. Accouchement.....	18
DISCUSSION	25
1. Critique de l'étude.....	25
2. Analyse et comparaison des résultats.....	26
2.1. Profil de la population	26
2.1.1. Pratique des maternités	26
2.1.2. Voie d'accouchement de l'échantillon.....	26
2.2. Comparaison TVBAC et CPAP	28
2.2.1. Morbi/mortalité maternelle	28
2.2.2. Morbidité néonatale.....	30
CONCLUSION	32

GLOSSAIRE

ACOG: the American Congress of Obstétriciens and gynécologists

aRCF : anomalie du rythme cardiaque fœtal

AVAC : accouchement vaginal après césarienne

BSOGC : la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

CPAC : césarienne programmée après césarienne

CPAP : césarienne prophylactique après césarienne

DG : diabète gestationnel

GG : grossesse gémellaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HDD : hémorragie de la délivrance

HTA : hypertension artérielle

IMC : indice de masse corporelle

IMG : interruption médicale de grossesse

LAM : liquide amniotique méconial

MAP : menace d'accouchement prématuré

MIU : mort in utéro

PE : pré-éclampsie

PRP : promonto-rétro pubien

RCIU : retard de croissance intra-utérin

RPM : rupture prématurée des membranes

SA : semaine d'aménorrhée

SI : segment inférieur

ST : séroconversion toxoplasmique

TM : transverse médian

TVBAC : tentative de voie basse après césarienne

VB : voie basse

INTRODUCTION

1. La césarienne

Définition

La césarienne est une intervention chirurgicale qui vise à extraire le nouveau-né après incision de l'utérus. Il peut s'agir d'une césarienne en urgence ou d'une césarienne programmée. Il existe plusieurs façons d'effectuer une hystérotomie, toutes avec leurs spécificités concernant le sens de l'incision (horizontale, verticale, transversale), et leur localisation (au niveau du corps ou de l'isthme). [1]

D'un point de vue épidémiologique, le taux de césarienne en France est de 20% soit 160 000 césariennes par an (selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2010) avec : [2]

- 7 % de césariennes en cours de travail
- 13 % de césariennes hors travail

Ce taux n'a cessé d'augmenter entre 1980 et 2003 pour stagner depuis à 20%. [3]

Tableau I : Evolution du taux de césarienne suivant les antécédents-parité et antécédents de césariennes connus [2]:

Antécédents	2003	2010
Primipares	23,0 %	23,2 % [IC95 % 21,4 – 23,2]
Multipares sans antécédents de césarienne	8,8 %	8,3 % [IC95 % 7,6 – 8,8]
Multipares avec antécédents de césarienne	64,4 %	64,0 % [IC95 % 61,6 – 64,8]
Ensemble des naissances*	20,2 %	20,8 % [IC95 % 20,1 – 21,5]

Avec : *avec parité et antécédents de césarienne connus.

Bénéfices et risques

La réalisation d'une césarienne permet de réduire le risque maternel ou fœtal pour lequel la césarienne a été indiquée (accouchement dystocique, hypoxie etc...). De plus, il permet d'éliminer le risque d'un traumatisme périnéal (déchirure périnéale, incontinence anale). [4]

En revanche, la césarienne entraîne une augmentation de la morbidité maternelle avec un risque hémorragique, infectieux et des anomalies du placenta pour les futures grossesses. La césarienne augmente surtout le risque de rupture utérine (placenta accreta ou inséré bas avec une augmentation du risque avec le nombre de césarienne). L'incidence globale chez une femme ayant un antécédent de césarienne est estimée entre 0,1 et 0,5 % avec 90% des ruptures utérines survenant sur utérus cicatriciel. [17]

De même, il peut arriver qu'au cours de l'intervention, on rencontre des difficultés en raison d'adhérences consécutives aux césariennes précédentes, au niveau de la paroi abdominale ou de certains organes (plaies chirurgicales au niveau de l'intestin ou de la vessie par exemple). [3]

Enfin, un risque thrombo-embolique plus important que lors d'une voie basse.

La mise en travail entraîne chez le fœtus un stress libérant des hormones catécholamines ayant un rôle important dans la maturation pulmonaire et la mise en place de l'allaitement notamment. Lors d'une césarienne programmée, on retrouve donc de manière significative une moins bonne adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né (détresse respiratoire, baisse du tonus et de la capacité de succion).

De plus, le lien mère-enfant est perturbé (retard au premier contact mère-enfant dû aux soins nécessaires et la non disponibilité de la mère pendant l'intervention). [5] La mise en place de l'allaitement est retardée lors d'une césarienne itérative car les hormones libérées pendant le travail (par action des contractions utérines) ne sont présentes. (Annexe I et II)

2. Accouchement voie basse après césarienne

Bénéfices et risques

Au niveau maternel

L'accouchement par voie basse est associé à une mortalité et à une morbidité maternelle plus faibles que l'accouchement par césarienne avant travail. De plus, La voie basse a meilleur pronostic pour les futures grossesses et la durée du séjour hospitalier est plus courte après un accouchement voie basse. [6]

Cependant, l'accouchement voie basse expose à un risque de lésion des organes pelviens (lésions urinaires et anales). [7] Lors des tentatives de voie basse, quand une décision de césarienne en urgence est prise, le temps est compté et le chirurgien risque de trouver des

adhérences qui retardent l'extraction mais aussi il risque de léser les organes pelviens pour accéder plus vite à l'enfant. [3]

De plus, le risque de rupture utérine complète est significativement augmenté en cas de tentative de voie basse après césarienne par rapport à la césarienne programmée après césarienne. Ce risque est toutefois faible, d'environ 0,2 % à 0,8 % en cas d'utérus uni cicatriciel.

Dans les échecs de tentative de voie basse après césariennes, la nécessité d'effectuer une césarienne en urgence au cours du travail augmente les risques de plaies opératoires, de complications hémorragiques nécessitant une hystérectomie ou une transfusion sanguine, et de complications infectieuses (endométrites du post-partum). La morbidité maternelle d'une TVBAC après un antécédent de césarienne diminue avec le nombre de succès d'une TVBAC précédente. [6]

Au niveau néonatal

Globalement, les complications néonatales sont rares quelque soit le mode d'accouchement en cas d'antécédent de césarienne.

Le risque de détresse respiratoire transitoire est significativement plus important dans le groupe de CPAC (6 %) comparé au groupe TVBAC (3 %). Pour diminuer ce risque, et en dehors de situations particulières, la CPAC ne doit pas être réalisée avant 39 SA.

Cependant, la prévalence d'encéphalopathie anoxo-ischémique est faible et semble significativement plus importante dans le groupe TVBAC (0,8/1000) comparé au groupe CPAC (0/1 000). Le taux d'intubation en cas de liquide amniotique méconial est significativement plus important dans le groupe TVBAC comparé au groupe CPAC. Le taux de sepsis néonatal suspecté et prouvé est significativement plus important en cas de TVBAC (5 % et 1 %, respectivement) comparé à la CPAC (2 % et 0 %, respectivement). [6]

Les résultats des études sur l'impact du mode d'accouchement sur le score d'Apgar bas sont discordants et ne permettent pas de conclure tandis que la majorité des études ne retrouve pas d'augmentation d'admissions en unité de soins intensifs selon le mode d'accouchement (TVBAC versus CPAC). [6]

Facteurs prédictifs

D'après les recommandations du CNGOF, les facteurs associés à la réussite des tentatives de voies basses chez les utérus cicatriciels sont : [8]

- l'antécédent d'accouchement voie basse surtout si elle a eu lieu après une césarienne
- le score de bishop favorable à l'entrée en salle de travail
- le travail spontané
- la présentation céphalique

Les facteurs diminuant la réussite des tentatives de voies basses sont : [8]

- l'âge maternel > à 40 ans
- l'indice de masse corporel > à 30
- la macrosomie
- le terme > 41 semaines d'aménorrhées
- l'antécédent de césarienne
- la gémellarité
- l'antécédent de césarienne pour non-progression du travail ou non-descente de la présentation fœtale à dilatation complète,
- le recours au déclenchement du travail, quelle que soit la méthode utilisée.

Critères d'acceptation de la voie vaginale selon les caractéristiques de la cicatrice utérine :

- La TVBAC après deux césariennes pourrait augmenter le risque de rupture utérine par comparaison aux patientes n'ayant eu qu'une seule césarienne.

La TVBAC en cas d'utérus bi-cicatriciel demeure cependant possible lors de certaines situations obstétricales que nous détaillerons.

- Possibilité d'accepter une TVBAC en cas d'utérus malformé si la cicatrice d'hystérotomie de la césarienne précédente est segmentaire transversale (accord professionnel).

Un antécédent de césarienne avec une incision verticale segmentaire n'est pas une contre-indication à la voie vaginale (accord professionnel). Cependant, une césarienne itérative est recommandée en cas d'incision corporéale en raison du risque élevé de rupture utérine.

Une CPAC est recommandée à partir de 3 antécédents de césarienne en dehors du contexte de la mort fœtale in utero et de l'interruption médicale de grossesse. [6]

Le choix de l'AVAC ou de la césarienne itérative doit tenir compte des chances de réussite de l'AVAC, comparé avec les risques de dystocie pouvant amener à une césarienne en urgence qui serait susceptible d'être compliquée par d'éventuelles adhérences et complications opératoires. [6]

Etudes sur les utérus bi-cicatriciels :

Tahseen et Griffiths ont publié une étude ayant pour objectif d'évaluer le taux de succès et le risque maternel et fœtal d'une tentative de voie basse après deux césariennes et de comparer ces résultats à ceux obtenus d'une part avec une tentative de voie basse après une césarienne et, d'autre part, avec une troisième césarienne. Aucun essai contrôlé randomisé n'a été identifié. Au total, 17 études ont été incluses (4 cohortes et 13 séries de cas).

Le taux de succès moyen d'une tentative de voie basse après deux césariennes a été de 71,2 %. Il n'a pas été mis en évidence de différence dans la survenue de complications maternelles entre une tentative de voie basse après deux césariennes et la réalisation d'une troisième césarienne. La principale limite de cette revue est liée à une possible hétérogénéité des études incluses car ces études couvrent une longue période de temps (plus de deux décennies) au cours de laquelle, le taux de tentative de voie basse après césarienne a été l'objet de variations importantes (taux élevé vers 1990 et actuellement bas). Les études portant sur la dernière décennie pourraient représenter des populations biaisées dans lesquelles seules les femmes motivées ont été encouragées à envisager une tentative de voie basse après césarienne. De plus le travail a pu être pris en charge différemment en fonction de la période de temps. La proportion des femmes ayant eu une tentative de voie basse après deux césariennes est de 9 % à 69 %. Le type d'incision utérine des césariennes antérieures (transverse basse ou verticale) n'a pas été précisé dans toutes les études. Cette revue est également exposée comme les autres méta-analyses d'études observationnelles à la possibilité d'une surreprésentation de résultats favorables dans la littérature publiée. (Annexe III) [9]

3. Rupture utérine

La rupture utérine est une complication pouvant engager le pronostic vital. La rupture utérine, définie comme une solution de continuité atteignant toute l'épaisseur de la paroi utérine, y compris la séreuse, est une constatation anatomique visible ou palpable plutôt qu'un résultat clinique. Cependant, elle peut être associée à des complications hémorragiques, maternelles et fœtales. La rupture utérine est à différencier de la désunion (ou la séreuse est intacte) qui est une rupture incomplète en général asymptomatique. [4]

Bien souvent, le risque de rupture utérine durant travail est utilisé pour décourager une TVBAC, alors que ce risque est statistiquement faible. Globalement, il est de 0,3 % chez des femmes ayant un antécédent de césarienne et de 1,3% chez les utérus bi-cicatriciels. Ce risque de rupture utérine est augmenté de façon statistiquement significative lors d'une tentative de voie basse comparé à une césarienne programmée.

Tableau II : Taux de rupture utérine après césarienne en pourcentage selon la voie d'accouchement d'après la revue de l'AHRQ.

Rupture utérine pour 100 000 naissances après césarienne d'après la revue de l'AHRQ (77)

	En cas de TVB IC95 %	En cas de CP IC95 %	RR TVB vs CP [IC95 %]	p	Différence de risque calculée	Études incluses dans la méta- analyse
Quel que soit l'âge gestationnel	0,47 % 0,28 – 0,77	0,026 % 0,009 – 0,082	20,74 [9,77 – 44,02]	< 0,001	5,1 ruptures de plus pour 100 femmes ayant une TVB [de 2,3 en plus à 11,2 en plus]	4 études de cohortes n = 47 202

HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / janvier 2012

Des facteurs influencent l'incidence d'une rupture utérine : [4]

- La direction de la cicatrice : une incision corporeale verticale est associée à une augmentation du risque de rupture utérine
- un déclenchement du travail (quelle que soit la méthode de déclenchement)
- Le risque de rupture utérine augmente avec un intervalle court entre l'accouchement par césarienne et la date de conception de la grossesse suivante.

Une TVBAC peut être autorisée même en cas de délai inférieur à 6 mois si les conditions obstétricales sont favorables (accord professionnel).

4. Utérus cicatriciel

Définition :

D'après la HAS, l'utérus cicatriciel se définit comme un utérus comportant en un endroit de l'isthme ou du corps utérin, une ou plusieurs cicatrices myométriales. Cette définition exclut les cicatrices cervicales, les cicatrices purement muqueuses et les cicatrices purement séreuses. [4]
Un utérus bi-cicatriciel est donc un utérus comportant deux cicatrices myométriales.

Etat des lieux :

Avec l'augmentation du nombre des césariennes réalisées, la prévalence des utérus cicatriciels a augmenté : [2]

- 11% des parturientes (patientes primipares et multipares) en 2010 contre 8% en 1995.
- 9% des patientes multipares en 2010 contre 14% en 1995.

Les indications d'une césarienne chez les patientes porteuses d'un utérus cicatriciel : [12]

- Les bassins chirurgicaux (Magnin < 200 mm ou bi-épineux <100 mm)
- Un antécédent de rupture utérine
- Les cicatrices corporéales ou segmento-corporéales
- Une césarienne sans compte rendu opératoire
- Un utérus tri-cicatriciel ou plus
- Une présentation transverse
- Une anomalie d'insertion placentaire (placenta praevia, accreta)
- Une macrosomie fœtale
- Un indice de masse corporelle supérieure à 50
- Un refus de la voie basse par la patiente

Dans les années antérieures à 2012, une patiente ayant un utérus bi-cicatriciel avait une césarienne d'emblée. L'indication de césarienne était justifiée par le risque de rupture utérine augmenté par la précédente césarienne.

L'utérus, augmente physiologiquement de volume au cours de la grossesse. Cependant, son tissu cicatriciel non étirable, est ainsi soumis à une plus grande tension. La cicatrice a donc un risque de désunion voire de rupture.

Avec l'augmentation de cette population plus à risque, les praticiens ont réévalué leur pratique amenant en 2012 à la publication par la HAS de nouvelles recommandations sur les indications de césarienne à terme. [4]

Elle préconise une tentative de voie basse en cas d'utérus bi-cicatriciel au cas par cas et conseille une césarienne itérative programmée en cas d'antécédent de trois césariennes et plus.

Dans d'autres pays tels que le Canada, la SOGC indique qu'un accouchement vaginal après deux césariennes réussira probablement, même si le risque de rupture est plus élevé. [10]

Aux Etats-Unis, l'ACOG a révisé sa position en 2010 et l'accouchement par voie basse sur un utérus bi-cicatriciel n'est plus contre-indiqué. [11]

Ainsi, les dernières recommandations pointent dans le même sens, c'est à dire une césarienne moins systématique.

Cette évolution des pratiques nous pousse à la question suivante :

**Quelle est la prise en charge des utérus bi-cicatriciels dans des maternités du réseau
Ombrel?**

L'objectif principal de notre étude est de faire un état des lieux de la prise en charge des parturientes ayant un utérus bi-cicatriciel dans la région suite aux nouvelles recommandations, et ainsi permettre de mesurer la proportion de patientes ayant l'accord voie basse et accouchant par les voies naturelles.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer le pronostic maternel et néonatal selon la voie d'accouchement.

Nous allons dans un premier temps détailler les méthodes d'analyses, exposer nos résultats puis les discuter.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive, quantitative, rétrospective et multicentrique sur analyse des dossiers obstétricaux.

2. Terrain – lieu – période

Chaque patiente s'est vue attribuer un numéro.

Les trois centres de recueil se sont vus affecter d'une lettre:

- Centre V : maternité de niveau III
- Centre J : maternité de niveau III
- Centre S : maternité de niveau II b

Période de recueil : novembre 2016 à Janvier 2017

Analyse statistique et rapport de fin d'étude : de Janvier 2017 à avril 2017

Mon étude concernait les dossiers des années 2015 et 2016.

3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Le critère d'inclusion de l'étude était les femmes ayant un utérus bi-cicatriciel, majeures, informées et ayant accepté l'utilisation de leurs données médicales.

Les critères de non inclusion étaient les patientes mineures ou ayant accouché à domicile.

4. Critères de jugement

L'étude s'est intéressée aux caractéristiques des patientes (âge, IMC, parité), ainsi qu'aux antécédents obstétricaux (antécédent de voie basse, leurs motifs, le type d'hystérotomie et les difficultés rencontrées pendant la césarienne).

Les informations concernant la grossesse en cours ont été relevées comme le nombre de fœtus, l'intervalle entre l'accouchement et le début de grossesse, l'estimation du poids fœtal, l'insertion placentaire, les pathologies pendant la grossesse.

De plus, l'étude s'est intéressée aux données de l'accouchement ; la présentation du fœtus, le terme d'accouchement, la couleur du liquide amniotique, le mode de délivrance et l'hémorragie de la délivrance éventuelle.

Pour les césariennes, le motif de la césarienne programmée, les difficultés rencontrées pendant l'acte et leurs causes. Mais aussi l'indication et la dilatation du col lors d'une tentative de voie basse qui a échoué.

Pour les voies basses, l'utilisation d'ocytocine, la durée et la surveillance particulière du travail, la durée des efforts expulsifs, l'état du périnée, la réalisation d'une épisiotomie et l'indication d'instrumentation si nécessaire.

L'état néonatal a été étudié en fonction du poids de naissance, du pH veineux et artériel, du score d'Apgar, des lactates et du déficit en base, ainsi que la nécessité d'une réanimation et d'un transfert.

5. Outils

Le recueil de données a été réalisé sur le logiciel Excel.

6. Mode de recueil de données

J'ai recueilli les données à partir des dossiers obstétricaux papiers des patientes dans les archives des hôpitaux. Grâce au mot clé « utérus bi-cicatriciel », un logiciel spécifique à chaque maternité a permis d'extraire les numéros de dossiers nécessaires à l'étude.

7. Méthode d'analyse

Les données étant quantitatives, le test statistique utilisé était le test de Fisher pour comparer de petits échantillons.

Les résultats sont considérés comme significatifs lorsque p est inférieur à 0,05 avec un intervalle de confiance à 95%.

8. Considérations éthiques et autorisations

J'ai reçu un avis favorable du CCTIRS le 12 Septembre 2016 du fait de l'utilisation d'une banque de données et d'une étude multicentrique (Annexe IV).

Une déclaration à la CNIL à été effectuée par l'intermédiaire du correspondant Informatique et Libertés rattaché à la Faculté. (Annexe V et VI).

De plus, j'ai récolté les autorisations des cadres des différents hôpitaux où j'ai réalisé mon étude (Annexe VII et VIII).

Aucune information médicale en dehors de mes critères de jugements n'a été recueillie. De plus, les lieux de recueil des informations et les personnes ont été anonymisées.

RESULTATS

1. Profil de la population

Sur 185 dossiers recueillis, je dénombre 182 patientes retenues pour l'étude, soit 3 dossiers non intégrés par manque d'informations.

Centre V → 74 dossiers

Centre J → 76 dossiers

Centre S → 32 dossiers

L'âge moyen du groupe était de 32,5 ans. Avec un minimum à 21 ans et un maximum à 44 ans. Il n'y a pas eu de tentative de voie basse sur des patientes de plus de 40 ans.

Les femmes du groupe ont un indice de masse corporelle (IMC) moyen à 27 kg/m². 6 dossiers n'étaient pas renseignés concernant l'IMC.

Tableau III : Répartition de l'échantillon en fonction de la parité.

Parité	II P	III P	IV P	V P	VI P	VIII P	X P	TOTAL
Effectif	152	22	2	3	1	1	1	182
%	83,5	12,1	1,1	1,65	0,55	0,55	0,55	100

La majorité des patientes attendait leur troisième enfant ; soit 83,5 % de l'échantillon n'ayant jamais accouché voie basse.

2. Antécédents obstétricaux

30 patientes avaient un antécédent de voie basse soit 16,5 % de l'échantillon.

Concernant le type de cicatrice utérine, 14 patientes avaient un antécédent de cicatrice corporelle (n=14/182, soit 7,7 %).

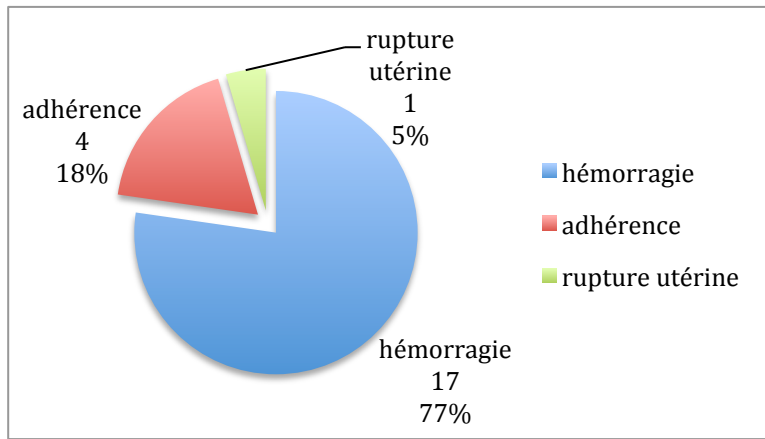


Figure 1 : Difficultés rencontrées lors des césariennes antérieures.

On note que 12,1 % (n=22) de l'échantillon a eu des complications lors des césariennes précédentes. 77% (n=17) de ce groupe ont eu une hémorragie de la délivrance.

3. Etude de la grossesse

2 patientes ont eu un intervalle inférieur ou égal à neuf mois entre leurs deux dernières grossesses. (6 mois pour l'une et 4 mois pour l'autre).

Ci-dessous, un graphique présentant les différentes pathologies rencontrées pendant la grossesse.

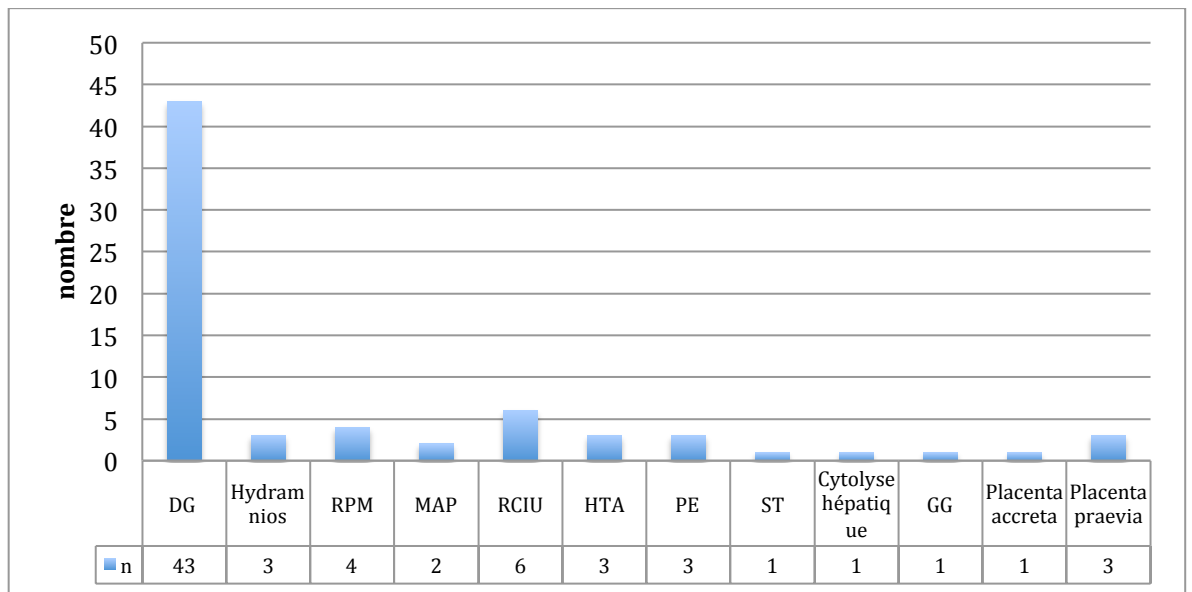


Figure 2 : Pathologie lors de la grossesse.

71 patientes (39 %) ont eu une pathologie lors de la grossesse (HTA, PE, RCIU, MAP, RPM, hydramnios, diabète gestationnel, cytolysé hépatique, séroconversion toxoplasmique et insertion placentaire anormale).

On retrouve 43 diabètes gestationnels (23,6%) dont 10 avec répercussion fœtale (macrosomie, hydramnios).

Nous retrouvons 4 insertions placentaires anormales.

Tableau IV : Estimation du poids fœtal au 3^{ème} trimestre.

Estima- tion du poids foetal	≤5 ^{ème} percentile	5 ^{ème} >P< 25 ^{ème}	25 ^{ème} >P < 50 ^{ème}	50 ^{ème} <P > 75 ^{ème}	75 ^{ème} <P> 95 ^{ème}	≥95 ^{ème} P	Non réponse	Total
Effectif	17	31	47	58	18	7	4	182
%	9,3	17	25,9	31,9	9,9	3,8	2,2	100

On retrouve une majorité des fœtus entre le 25^{ème} et le 75^{ème} percentile au troisième trimestre.

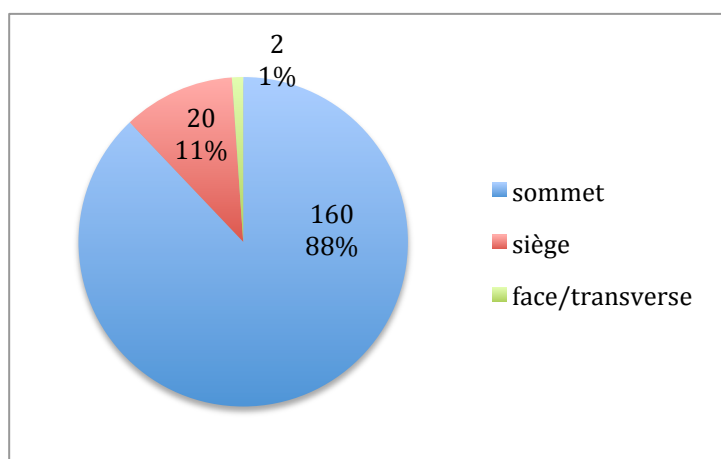


Figure 3 : Présentation du fœtus.

Nous retrouvons dans l'échantillon 20 présentations par le siège (11%) et 2 faces ou transverses.

4. Accouchement

4.1 Terme d'accouchement

Tableau V : Terme d'accouchement de la population.

Terme	14	24	30	31	33	34	35	36	37	38	39	40	41	Total
Effectif	1	2	2	2	4	1	6	7	7	35	100	12	3	182
Pourcentage	0,5	1,1	1,1	1,1	2,2	1,1	3,3	3,7	3,7	19,2	54,9	6,6	1,5	100

Concernant le terme d'accouchement, 85,9 % des patientes ont accouché durant le 9^{ème} mois. 13,6 % ont accouchées prématurément (< à 37 SA) et on note 1 fausse couche tardive à 14 semaines d'aménorrhées.

4.2 Mode d'accouchement

Tableau VI : Issues d'accouchements des patientes de l'échantillon.

Issue d'accouchement	CPAP		TVBAC			Fausse couche tardive
	<37SA	≥37SA	Césarienne lors de TVBAC	VB sans instrumentation	Instrumentation	
ATCD VB	7	1 17	2	8	0	0
Pas ATCD VB	14	113	5	13	2	1
Total	21	130	7	21	2	1
pourcentage	83		3,8	12,6		0,6

Il y a eu **30 tentatives de voie basse après césarienne** (n=30/182, soit 16,4%). 33,3% des TVBAC présentaient un antécédent de voie basse. (n=10/30) 23 ont accouché voie basse (TVBAC réussites). (n=23/182, soit 12,6%) Nous avons donc un taux de réussite de 76.7%. (n=23/30) Il y a eu 7 césariennes en urgence.

2 extractions ont été réalisées pour anomalies du rythme cardiaque à l'expulsion et efforts expulsifs inefficaces.

On note **151 césariennes prophylactiques** réalisées (n=151/182, soit 83%) dont 21 réalisées avant 37 SA (n=21/151, soit 13,9%). 15,9% avaient un antécédent d'accouchement voie basse. (n=24/151)

Soit 158 césariennes réalisées au total (n= 158/182, soit 86,8%) contre 23 accouchements voies basses (n= 23, soit 12,6%) et 1 fausse couche tardive à 14 SA. (n=1, soit 0,6%)

4.2.1 Tentatives de voies basses après césariennes

Sur les 30 TVBAC, 10 avaient un antécédent d'accouchement voie basse. (33,3%)

4.2.1.1 Tentatives de voies basses réussites

Sur les 23 issues d'accouchement voie basse, 15 patientes n'avaient jamais accouché voie basse auparavant (n= 15/23, soit 65,2%) contre 8 ayant un antécédent de voie basse.

- L'âge moyen était de 32 ans [27-39]
- L'IMC moyen était à 24,8 [19-39] avec 4 patientes ayant un IMC >30
- 30,4% avaient eu une césarienne pour dystocie cervicale ou bassin chirurgical. (n=7/23)
- Aucun déclenchement, il ne s'agit que de travail spontané.
- durée moyenne du travail : 5 heures [1-11]
- 5 enfants ont présenté des anomalies du rythme cardiaque et 1 pH au scalp à été réalisé
- Pas de liquide amniotique teinté ou méconial
- 5 tocographes internes
- utilisation d'ocytocine dans 10 dossiers avec un maximum à 30 ml/h (n=10/23)
- Durée moyenne des efforts expulsifs : 11 minutes [1-29]
- 2 extractions instrumentales réalisées. L'une pour anomalie du rythme cardiaque à l'expulsion et l'autre pour efforts inefficaces. Toutes deux sans antécédents de voie basse.
- 9 déchirures simples et 3 épisiotomies (n= 12/23, 52,2%)
- 21 délivrances dirigées complètes (n=21/23)

- 2 délivrances artificielles (une pour non décollement et l'autre pour placenta incomplet)
- 1 HDD sur une atonie utérine
- Aucune rupture utérine.

Concernant l'état néonatal,

- Poids moyen de 3080 grammes
- Aucun nouveau-né n'a présenté d'Apgar < 7 à une minute de vie
- 2 nouveau-nés ont eu un pH artériel < 7,15 (4 non réponses) et 5 ont eu un pH veineux < 7,25 (3 non réponses)
- Aucun nouveau-né n'a eu de lactates > 6 (14 non réponses) et 1 seul a eu un déficit de bases > 8 (3 non réponses)
- Aucune réanimation néonatale réalisée (ventilation au masque, intubation ou transfert en unité de néonatalogie)
- 2 morts in-utéro sans cause retrouvée et 1 interruption médicale de grossesse pour pathologie malformative.

4.2.1.2 Echec de tentative de voie basse

- L'âge moyen était de 35 ans [25-40]
- L'IMC moyen était à 27,6 [21-36] avec 3 patientes ayant un IMC > 30
- Le terme moyen lors de l'accouchement était de 30 SA révolue [39-41]
- 7 césariennes au cours du travail (n= 7/30, soit 23,3%), dont 5 pour stagnation de la dilatation et aRCF et 2 pour aRCF seul
- 2 patientes avaient un antécédent d'accouchement voie basse (n=2/7)
- dilatation moyenne lors de la césarienne : 4 centimètres [3-5]. Aucune césarienne n'a été réalisée au dessus de 5 centimètres
- Liquide amniotique méconial pour 2 patientes (n=2/7)
- 2 hémorragies de la délivrance lors des césariennes en urgence. (n=2/7, 28,6%)
- aucune rupture n'a été retrouvée

Concernant l'état néonatal,

- Poids moyen à 3238,6 grammes
- 1 prématuré à 36+5 SA dans les échecs de TVBAC

- 1 nouveau-né a eu un pH artériel < 7,15 et 2 ont eu un pH veineux < 7,25 (2 non réponses)
- 2 nouveau-nés ont eu des lactates > 6 (4 non réponses) et seul 1 a eu un déficit de bases > 8
- 1 nouveau-né à terme soit 14,3 % a eu une adaptation à la vie extra-utérine difficile avec un Apgar à 1 minute < 7
- 1 ventilation au masque chez un prématuré de 36+5 SA et 1 ventilation chez un nouveau-né à terme. Aucune réanimation n'a été faite
- 1 transfert en unité de néonatalogie pour un nouveau-né prématuré.

4.2.2 Les césariennes avant travail

L'âge moyen du groupe était de 23,4 ans [21-44]

L'IMC moyen était à 27 [17-58] avec 50 femmes ayant un IMC > 30

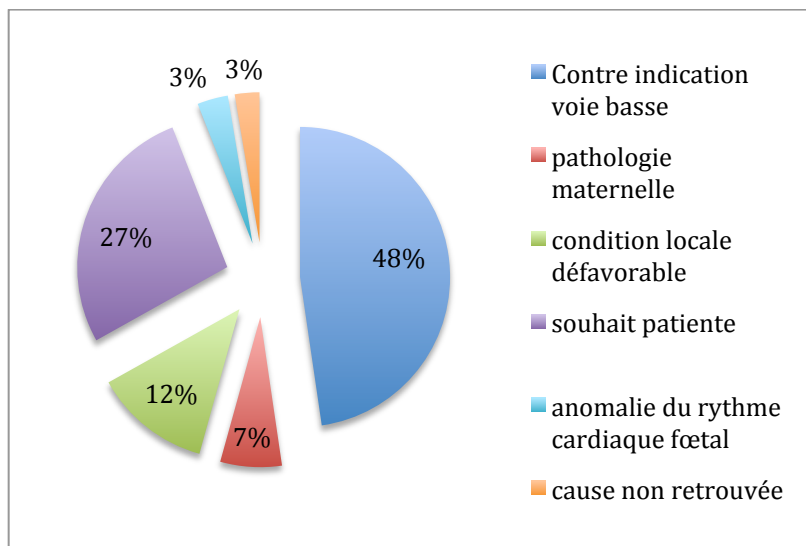


Figure 4 : Causes des césariennes prophylactiques.

On retrouve 19 patientes ayant eu une césarienne mais qui avaient l'accord d'une TVBAC si elles se mettaient en travail spontanément avant 39 SA. (n=19/151, 12,6%)

41 patientes n'ont pas accepté la tentative de voie basse. (n= 41/151, soit 27,2%)

4 causes non retrouvées.

Voici les indications de la césarienne avant travail :

Contre indication à la voie basse :

- antécédent de rupture utérine, n= 1
- bassin chirurgical, n= 3
- cicatrice corporéale, n= 14
- présentation transverse du fœtus, n= 3
- anomalie d'insertion placentaire, n= 3
- obésité morbide, n= 7
- macrosomie fœtale, n= 7
- grossesse gémellaire, n= 1
- intervalle inférieur à neuf mois entre les deux grossesses, n= 2
- TVBAC sur utérus bi-cicatriciel non réalisé dans l'hôpital, n= 31
- Anomalie du rythme cardiaque fœtal, n= 5

Dans les pathologies maternelles, nous retrouvons :

- 1 thrombopénie,
- 5 pré-éclampsies,
- 1 diabète de type I,
- 3 antécédents de déchirure du col, de déchirure périnéale de stage IV.

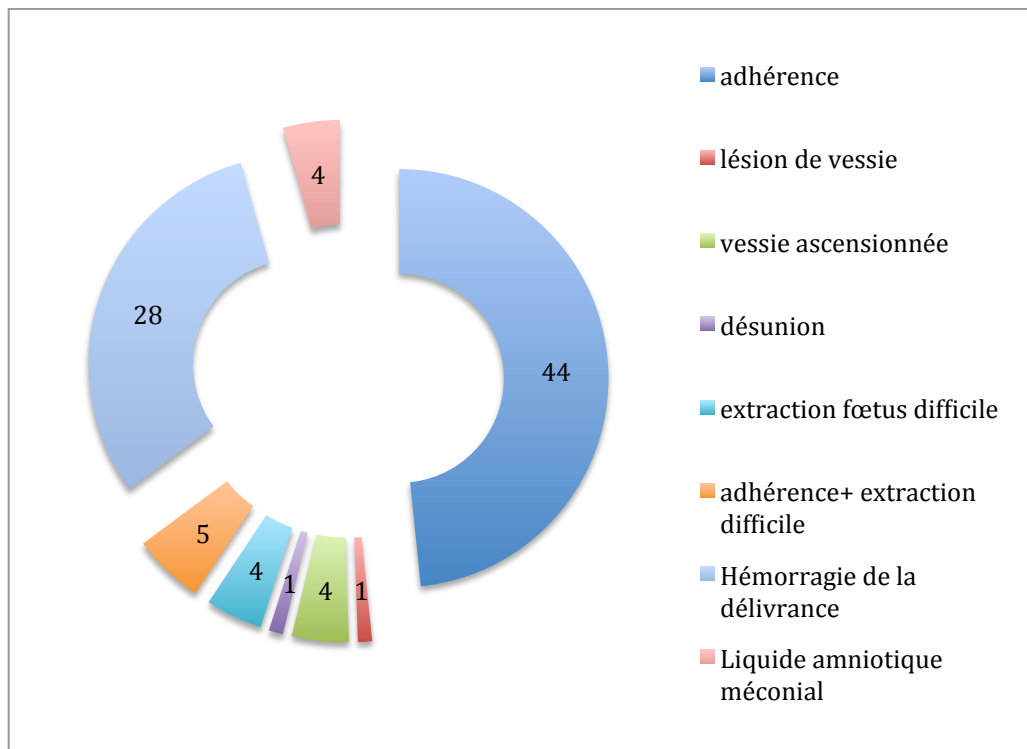


Figure 5 : Causes des difficultés lors de la césarienne.

Lors de ces césariennes avant travail, il y a eu 94 difficultés (n= 94/151, soit 62,3%). On y retrouve entre autre 1 désunion de cicatrice utérine et 2 ruptures utérines hors travail au 7^{ème} mois de grossesse et toutes les trois sur des cicatrices corporeales. De plus, 28 HDD ont été retrouvées lors des césariennes prophylactiques. (n= 28/151, 18,5%)

Concernant l'état néonatal,

- Poids moyen à 3304 grammes
- 19 prématurés lors des césariennes programmées
- 4 liquides amniotiques méconiaux (LAM)
- 11 nouveau-nés ont eu un pH artériel < 7,15 (4 non réponses) et 13 ont eu un pH veineux < 7,25 (38 non réponses)
- 2 nouveau-nés ont eu des lactates > 6 (69 non réponses) et 6 ont eu un déficit de bases > 8 (22 non réponses)
- 9 nouveau-nés soit 6 % ont eu une adaptation à la vie extra-utérine difficile avec un Apgar à 1 minute < 7. Ce résultat comprend 5 prématurés. (n=9/151, 6%)
- 10 ventilations au masque chez des prématurés ont été réalisées et 2 chez des nouveau-nés à terme (n=12/151, 7,9%)
- 3 intubations chez des nouveau-nés prématurés et 1 intubation chez un nouveau-né présentant des malformations (n=4/151, 2,6%)
- 10 transferts en unité de néonatalogie (n=10/151, 6,62%)

- 2 décès néonataux sur rupture utérine hors travail au 7^{ème} mois. (n=2/151)

4.2.3 Comparaison des données sur la morbidité maternelle et néonatale

	HDD	Plaie vésicale	Sutures périnéales
Voie basse	1	0	12
Echec de TVBAC	2	0	0
CPAP	28	1	0

Tableau VII : Données sur la morbidité maternelle selon la voie d'accouchement.

	LAM	Apgar < 7 à 1 min	pH artériel < 7,15	Déficits de bases >8	Ventilation au masque	Intubation	Transfert en unité de néonatalogie	Total
Voie basse	0	0	2	1	0	0	0	20
Echec TBVAC	2	1	0	1	1	0	0	6
CPAP	4	5	11	4	2	0	0	133

Tableau VIII: Données néonatales des nouveau-nés à terme ne présentant pas de pathologie selon les différents mode d'accouchement.

Ce tableau présente les informations recueillies sur l'état néonatal de 159 nouveau-nés en mettant de côté les enfants prématurés (< 37 SA) et ceux présentant des malformations ou pathologies découvertes en anténatale. Il y a eu 23 nouveau-nés exclus : 4 MIU (dont 2 sans causes retrouvées et 2 sur rupture utérine), 1 IMG dans le groupe des voies basses, 1 nouveau né atteint de trisomie 21, 16 prématurés et 1 fausse couche tardive à 14 SA.

3,7% des nouveau-nés nés de césarienne avant travail on eu une adaptation à la vie extra-utérine difficile. 1,5% ont nécessité une ventilation au masque mais nous ne retrouvons aucun transfert.

DISCUSSION

1. Critique de l'étude

1.1. Point fort de l'étude

L'atout de ce travail est le peu de littérature sur ce sujet et l'absence d'études depuis les nouvelles recommandations de 2012 sur l'indication de césarienne à terme sur les utérus cicatriciels. Il permet de tirer une première conclusion sur la prise en charge des utérus bi-cicatriciels dans les Hauts de France sur ces nouvelles pratiques et d'apprécier les critères de morbidité maternels et néonataux dans les limites méthodologiques.

De plus, ce travail se base sur des données récentes de 2015 et 2016 pour apprécier au mieux la prise en charge.

L'étude comporte peu de critères d'exclusions permettant de refléter au mieux les résultats sur la population générale. De ce fait, seules les patientes ayant accouché à domicile n'ont pas été inclus.

1.2. Limites de l'étude

La limite de ce travail est la puissance faible de l'étude avec un échantillon de 180 dossiers. J'ai voulu inclure cinq centres hospitaliers de la région (quatre centres de niveau III et un centre de niveau II B). Cependant, j'ai rencontré des difficultés de recueil ou de réponses favorables pour deux centres hospitaliers de niveau III. L'étude n'a pas été réalisée dans les centres de niveau I car il n'y a pas de prise en charge des femmes ayant utérus bi-cicatriciels dans ces maternités.

De ce fait, la comparaison des groupes TVBAC et CPAP ne peut pas être faite de manière significative car il y a une différence importante d'effectif entre les deux groupes (30-151). Il en est de même avec la comparaison avec la littérature. Il est donc difficile de généraliser nos résultats à la population générale.

L'autre limite de cette étude est le défaut d'informations concernant la morbidité maternelle et néonatale accentuant une conclusion difficile sur ces sujets.

La prise d'information dans les dossiers faite par une seule personne expose à des biais de lecture des données, d'interprétation et de confusion.

2. Analyse et comparaison des résultats

2.1. Profil de la population

2.1.1. Pratique des maternités

La prise en charge des patientes présentant un utérus bi-cicatriciel diffère selon le niveau des maternités dans les Hauts de France. Seul les niveaux III proposent des TVBAC car une prise en charge des complications maternelles et/ou néonatales peut être nécessaire avec un service de réanimation néonatale sur place. L'accord de l'épreuve du travail se fait au cas par cas selon les antécédents médicaux et obstétricaux de la patiente et selon le déroulement de la grossesse. Les niveaux IIB ne réalisent des TVBAC que lors de MIU ou IMG, lorsque l'état néonatal n'est plus à craindre.

2.1.2. Voie d'accouchement de l'échantillon

Nous n'avons que 16,5% de tentative de voie basse dans l'étude mais un taux de réussite de 76,7%. Ce faible taux de tentative peut s'expliquer par :

Une pratique récente, non généralisée par les obstétriciens. Elle est proposée en fonction de la motivation de la patiente, des pratiques de l'obstétricien, du niveau de la maternité et des antécédents de la patiente.

Un taux non négligeable de refus de patientes d'une TVBAC (27,2%) après explication des risques de rupture utérine (1,3%) et des conséquences d'un échec de tentative de voie basse.[9]

Le nombre de patientes entrant dans les critères d'acceptation de la TVBAC si elles se mettent en travail spontanément avant 39 SA, date à laquelle la césarienne est programmée si nécessaire. Cette décision était prise entre le médecin et la patiente après réflexion bénéfices-risques entre l'accouchement voie basse et la césarienne.

L'inclusion d'une maternité de niveau IIB ne réalisant pas de TVBAC (sauf IMG et MIU). Cette maternité représente 17,6% de l'échantillon global.

Le taux de réussite des TVBAC dans l'étude est significativement comparable à ceux de la littérature (entre 74.6% et 83%) [8,15,16]. Ce taux est également semblable au taux de réussite d'une tentative de voie basse sur utérus uni-cicatriciel. [15].

Lors des CPAP, 15,9% avaient un antécédent de voie basse contre 33,3% dans les TVBAC. L'antécédent d'accouchement voie basse est donc bien un critère favorisant l'accord de la TVBAC.

Sachant que le meilleur facteur pronostic d'une réussite de TVBAC chez l'utérus cicatriciel est l'antécédent d'accouchement voie basse, nous pouvions nous attendre à un résultat semblable dans notre étude. [8] Cependant, d'après nos résultats, le taux de réussite des accouchements voie basse n'est pas influencé par l'antécédent d'accouchement par voie vaginale. Nos données concordent avec l'étude de Spaans, où l'antécédent d'accouchement voie basse n'influe pas sur la réussite de la TVBAC. [16]

Chez les femmes ayant accouché voie basse, 65,1% avaient un bassin qui n'avait pas fait ses preuves. Lorsque l'on prend en compte les causes des césariennes antérieures chez ces patientes, on retrouve 69,6% ayant présenté un motif autre que la dystocie cervicale ou un bassin chirurgical. Il serait intéressant d'étudier l'influence des motifs des 2 césariennes antérieures sur le succès de la TVBAC.

Concernant les autres facteurs diminuant le taux de réussite de la TVBAC: [8,12]

D'après la littérature, l'âge > 40 ans est un facteur diminuant la réussite de la TVBAC. Nous ne pouvons pas conclure sur ce point car il n'y a pas eu de patientes de plus de 40 ans dans le groupe des TVBAC pouvant s'expliquer par une sélection stricte des patientes. A noter cependant que l'âge moyen dans le groupe des échecs de TVBAC semble supérieur à celui du groupe des voies basses. Nous pouvons conclure que l'augmentation de l'âge maternel est inversement proportionnel à la réussite de la TVBAC. Nos résultats vont donc dans le sens de la littérature.

De même, l'obésité est un facteur diminuant la réussite de l'accouchement voie basse. Notre résultat est confirmé par la littérature avec 42,9% de patientes dans le groupe des échecs de TVBAC ayant un IMC > 30.

Un terme > 41 SA lors de l'accouchement joue un rôle dans la réussite de la voie basse. Nous n'avons aucun terme > 41 SA lors des TVBAC ce qui ne nous permet pas de conclure sur ce sujet. De plus, nous ne retrouvons aucun fœtus macrosome détecté en anténatal inclus dans les TVBAC.

Le taux d'échec d'accouchement voie basse dans l'étude (23,3%) est acceptable avec un groupe ayant peu de facteurs diminuant la réussite de la TVBAC si ce n'est un IMC élevé et pas d'antécédent d'accouchement voie basse pour près de la moitié.

Nous avons 86,8 % de l'échantillon ayant accouché par césarienne (CPAP et échec de TVBAC). Sachant qu'une grossesse sur utérus tri-cicatriciel entraîne des risques majorés d'anomalies placentaires et de rupture utérine, les patientes doivent être averties de ce risque inhérent à une nouvelle grossesse. Notons tout de même que la probabilité d'une quatrième grossesse chez une patiente ayant un utérus tri-cicatriciel diminue avec l'âge maternel.

2.2. Comparaison TVBAC et CPAP

Les faibles effectifs de chaque sous groupe et l'hétérogénéité des 3 groupes rendent difficile l'interprétation et la comparaison des résultats face à la littérature.

2.2.1. Morbi/mortalité maternelle

Aucune mort maternelle n'a été retrouvée dans l'étude.

2.2.1.1. Rupture utérine

2 patientes ont présenté une rupture utérine dans l'étude (1,1%). Cependant, elles ont été observées hors travail, au 7^{ème} mois, sur des patientes non éligibles à la TVBAC (antécédent de cicatrice corporelle pour les deux).

Des segments inférieurs fins lors des césariennes ont été décrits dans les comptes rendus opératoires. Nous n'avons pas exploité ces informations car ce n'est pas un indicateur de la survenue d'une éventuelle rupture utérine. De plus la désunion de cicatrice dans l'étude n'a pas été intégrée au taux de rupture utérine comme dans la littérature. [9]

Nous ne pouvons pas prouver une discordance entre le taux de rupture utérine après une TVBAC dans notre étude avec ceux de la littérature du fait du faible effectif. (Taux de 1.36 % à 3,7% dans la littérature). [9,18]

Nous savons que les facteurs de risque de rupture utérine chez les utérus cicatriciels sont l'antécédent de cicatrice corporelle, l'absence d'accouchement voie basse, un délai court entre deux grossesses et l'utilisation d'ocytociques pendant le travail. [4,9]

- 7,7 % des patientes avaient un antécédent de cicatrice corporelle et 1,1 % présentaient un délais court < 9 mois entre leurs dernières grossesses mais aucune ne rentraient dans les TVBAC
- 66,7 % des TVBAC n'avaient pas d'antécédent d'accouchement voie basse
- des ocytociques ont été utilisés pendant le travail chez 33,3% des TVBAC à un débit maximum de 30ml/h.

70 % de notre échantillon de TVBAC présentait un facteur de risque de rupture utérine, qui ne s'est pas confirmé.

Pour conclure, le taux de rupture utérine, nulle dans notre étude, ne peut être généralisée du fait de notre échantillon de petite taille. Il est indéniable que le nombre de cicatrice utérine augmente proportionnellement le risque de rupture utérine.

2.2.1.2. Hémorragie de la délivrance

Nous retrouvons un pourcentage plus élevé d'HDD lors des échecs de TVBAC donc de césariennes en urgence. Le taux d'HDD lors des CPAP n'est pas non plus négligeable. Seul les accouchements voies basses semblent moins à risque d'HDD. Nos résultats sont confirmés par ceux de Beucher. [17]

2.2.1.3. Plaies vésicales

La réalisation d'une césarienne en urgence pendant le travail, plus l'antécédent de 2 césariennes augmentant les adhérences, amène à un risque accrue de plaies vésicales. Nous retrouvons dans l'étude 1 lésion de vessie lors d'une césarienne programmée soit 0,6%. Ce risque inhérent à la césarienne reste donc rare. Nos résultats sont confirmés par ceux de Macones (1,8%) et de Beucher (0,5%) où nous ne retrouvons pas de différence significative. [15,17]

2.2.1.4. Etat périnéal

12 lésions périnéales ont été retrouvées mais aucune déchirure de grade III ou IV. Il n'y a donc pas eu de conséquences délétères graves sur l'état périnéal dans les accouchements voies basses de l'étude.

Nous n'avons pas étudié les autres critères de morbidité maternelle comme l'infection urinaire, la transfusion et l'hystérectomie car les informations faisaient défaut dans les dossiers obstétricaux.

Il est difficile de conclure sur le groupe le plus à risque de complications maternelles avec l'hétérogénéité des groupes et le manque de puissance.

Nous retrouvons une morbidité maternelle globale plus importante dans le groupe des TVBAC, essentiellement liée au échec de TVBAC engendrant une césarienne en urgence. Cependant, la morbidité maternelle reste mineure dans chaque groupe. Ce résultat est en accord avec Macones mais pour des causes différentes. [15] Dans son étude, la morbidité comprend la rupture utérine, les plaies vésicales, la transfusion et l'hyperthermie. Elle est globalement plus importante dans le groupe des utérus bi-cicatriciels tentant la voie basse que dans le groupe des patientes césarisées de manière itérative, mais seule l'hyperthermie est significativement plus importante. [17]

La morbidité maternelle lors des TVBAC est plus importante à court terme comparé aux CPAP mais semble plus faible à long terme.

2.2.2. Morbidité néonatale

Nous avons évalué le pronostic néonatal en se basant sur le score d'Apgar > 7 à 1 minute, un pH artériel > 7,15 et un pH veineux > 7,25, des lactates < 6 et un déficit de bases < 8, la réalisation d'une réanimation avec la ventilation au masque ou l'intubation du nouveau-né ainsi que le transfert en unité néonatale. Le manque d'information concernant le pH veineux et les lactates ne nous permet pas de les discuter.

Nous retirons les 21 prématurés de l'étude et les nouveau-nés présentant des malformations pour comparer la morbidité néonatale.

Pour les voies basses, le pronostic néonatal est excellent avec une bonne adaptation à la vie extra utérine des nouveau-nés et aucune réanimation n'a été faite. Notre taux nul est contradictoire avec Tahseen et Griffiths ou ils retrouvent 7.78 % d'admission en unité néonatale pour les nouveau-nés de voie basse (différence significative). [9] Cette divergence peut s'expliquer par notre faible effectif ou une prise de risque plus faible lors des TVBAC dans notre étude.

Lors des échecs de TVBAC, 1 nouveau-né a eu une adaptation à la vie extra utérine difficile et a nécessité une réanimation par ventilation. Notre faible effectif élève le pourcentage à 14,2%

Pour les CPAP, 3,3% ont eu une adaptation à la vie extra-utérine difficile avec un Apgar à 1 minute < 7 et 2 ventilations ont été faites.

Si l'on compare nos 3 groupes, il y a eu une moins bonne adaptation à la vie extra utérine lors des échecs de TVBAC mais nous ne pouvons pas tirer de conclusions valables.

Il n'y a eu aucune admission en unité néonatale dans l'étude. De plus, aucun nouveau-né n'est décédé en per natal. Ces résultats concordent avec ceux de Tahseen et Griffiths (0,09% ; pas de différence significative avec notre étude). [6,9]

De nombreux auteurs s'accordent pour dire que l'adaptation à la vie extra-utérine est moins bonne lors d'une césarienne avant travail. [9] Dans notre étude, l'adaptation à la vie utérine est excellente dans l'échantillon global. Notre effectif faible ne permet pas de donner de conclusions valables.

Le taux de réussite de la tentative de voie basse après deux césariennes, semblable à celui des utérus uni-cicatriciel, ainsi que les risques materno-fœtaux non négligeables mais faibles qu'expose l'épreuve du travail tend vers la poursuite de ces nouvelles pratiques. Il semble adapté de continuer de proposer une tentative de voie basse chez une patiente porteuse d'un utérus bi-cicatriciel dans les maternités de niveaux II et niveau III. Les patientes doivent être sélectionnées de manière stricte car la sélection rigoureuse est un facteur de réussite de la TVBAC et permet de minimiser les complications maternelles et néonatales.

Les patientes doivent être informées des risques inhérents à la TVBAC comme le taux de rupture utérine de 1,3% entraînant un risque d'acidose néonatale, la possibilité d'une césarienne en urgence durant le travail mais aussi l'incidence d'une troisième césarienne sur ses grossesses futures et les complications opératoires possibles. Elles peuvent ainsi choisir la voie d'accouchement qu'elles désirent.

Lorsque la décision de voie basse est prise, la surveillance du travail doit être rigoureuse à la recherche de signes de rupture utérine : aRCF, saignements vaginaux, affaiblissement des contractions utérines, stagnation du travail, utérus en sablier, douleurs en dehors des contractions où non soulagées par l'analgésie péridurale.

CONCLUSION

Les recommandations de la HAS de 2012 visaient à limiter l'expansion d'une population à risque présentant un utérus pluri-cicatriciel. La césarienne expose à une morbidité maternelle plus importante et une adaptation à la vie extra-utérine plus difficile par rapport à la voie basse. Cependant, la tentative de voie basse expose à un risque de rupture utérine accru. Le questionnement sur la voie d'accouchement à privilégier est donc intéressant. Plusieurs études, réalisées ces dernières années, se veulent rassurantes quant aux risques des tentatives de voies basses.

Notre étude cherchait à étudier la prise en charge actuelle de ces patientes ayant un utérus bi-cicatriciel ; puis de comparer la morbidité maternelle et néonatale selon la voie d'accouchement.

La prise en charge de ces femmes a évolué ces dernières années mais n'est pas uniformisée dans la région des Hauts de France. L'épreuve du travail est proposée dans des maternités de niveau III selon des critères strictes d'acceptation de la voie basse. Malgré l'évolution des pratiques du corps professionnel, le refus des patientes reste un frein.

Nos résultats ont montré un faible taux de tentative de voie basse mais un pourcentage élevé de réussite semblable au pourcentage de la population des utérus uni-cicatriciel.

La morbidité maternelle est plus faible lors des césariennes prophylactiques après césariennes mais reste globalement faible entre les TVBAC et les CPAP. Ce sont les échecs de tentative de voie basse qui exposent à plus de complications maternelles telle qu'une hémorragie de la délivrance. Aucune rupture utérine n'a été retrouvée lors des TVBAC.

Les données sur la morbidité néonatale ne nous permettent pas de tirer de conclusions valables. Chez les nouveau-nés à terme sans pathologie, la morbidité néonatale est bonne dans l'échantillon global. Aucune mort per-partum ni admission en unité néonatale n'a été observée.

Le groupe le plus à risque de complications materno-fœtales est le groupe des échecs de TVBAC mais ce risque reste faible. Lorsque l'on étudie les bénéfices/risques maternels et néonataux à long terme selon les voies d'accouchements, la TVBAC semble l'option à privilégier lorsqu'elle est possible et nécessite une surveillance appropriée. Le succès d'une TVBAC augmente la probabilité que les accouchements suivants aient lieu par voie basse, et diminue les risques de complications liés aux multiples césariennes.

Il serait intéressant de réévaluer dans quelques temps la prise en charge des patientes présentant un utérus bi-cicatriciel avec un échantillon plus grand.

BIBLIOGRAPHIE

1. Futura Santé. Césarienne. Futura science. [En ligne]. [Consulté le 19/04/2016]. [2 pages]. Consultable à l'URL: <http://www.futura-sciences.com/magazines/sante/infos/dico/d/medecine-cesarienne-11948/>
2. Blondel B. Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. [En ligne]. Mai 2011. [Consulté le 15/12/2015]. Consultable à l'URL: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
3. Césarine. La césarienne. [En ligne]. Mars 2015. [Consulté le 23/01/16]. Consultable à l'URL: http://www.cesarine.org/avant/etat_des_lieux.php
4. HAS. Indications de la césarienne programmée à terme. Recommandation de bonne pratique. [En ligne]. 2012 Janvier. [Consulté le 15/12/2015]. [19 pages]. Consultable à l'URL: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/reco2clics_indications-cesarienne.pdf
5. D'Ercole C, Bretelle F, Piéchon L, Shojai R, Boubli L. La césarienne a-t-elle une indication en cas d'utérus cicatriciel ? Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Vol 29, N° SUP 2, Novembre 2000, Pages 51-67.
6. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Recommandations pour la pratique clinique, Cinquième partie, 2012, Pages 591-619.
7. CNGOF. Césarienne : conséquences et indications. Recommandations pour la pratique clinique. [En ligne]. 2000. [Consulté le 20/03/2016]. Consultable à l'URL: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM
8. Bouaziz J. Garderons nous les cicatrices de nos pratiques et de nos peurs? L'utérus cicatriciel en 2012. Gynéco-online. [En ligne]. 2013. [Consulté le 7/01/2016]. Consultable à l'URL : <http://www.gyneco-online.com/gynecologie/garderons-nous-les-cicatrices-de-nos-pratiques-et-de-nos-peurs-...-l'uterus-cicatriciel-en>
9. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. BJOG, Volume 117, Issue 1, Septembre 2009, Pages 5–19.
10. Martel MJ, MD, Saskatoon SK, Catherine Jane, MacKinnon, Brantford ON. Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), No 155, Février 2005, Page 164-174
Interligne
11. Jeanne-Marie Guise, MD, MPH, Karen Eden, PhD, Cathy Emeis, PhD, CNM, Mary Anna Denman, MD, Nicole Marshall, MD, Rongwei (Rochelle) Fu, PhD, Rosalind Janik, BA, Peggy Nygren, MA, Miranda Walker, MA, and Marian McDonagh, PharmD. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. AHRQ, Number 191, March 2010, Page 142.

12. J. Lansac. Accouchement avec un utérus cicatriciel. CHU de Tours. [En ligne]. [Consulté le 23/03/2016]. Consultable à l'URL : http://umvf.cerimes.fr/media/ressWikinu/Gynecologie/College/Lansac-obst-Accouchement_Uterus_cicatriciel.pdf
13. C Arnaud, C Stéphane, B Khaldoun. Code « couleur » dans les accouchements par césarienne. CHU Besançon. [En ligne]. Juin 2009. [Consulté le 16/01/2016]. Consultable à l'URL : http://www.rpfc.fr/espacepro/wp-content/pdf/procedure_code_couleur.pdf
14. CNGOF. Hémorragies du post-partum immédiat. Recommandations pour la pratique clinique. Volume 33, supplément au n° 8, Novembre 2004.
15. Macones GA, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? AM. J. Obstet. Gynecol. Avril 2005, 192(4):1223–8; discussion 1228–9.
16. Spaans WA, Van Der Vliet LME, Roell-Schorer EAM, Bleker OP, Van Roosmalen J. Trial of labour after two or three previous caesarean sections. European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology. Septembre 2003, 10;110 (1):16–9.
17. Beucher G, Dolley P, Lévy-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. Volume 41, n° 8, décembre 2012, pages 708-726.
18. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop CM, Cohen A, Lieberman E. Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. Obstet. Gynecol. 1999 oct;181(4):872–6.
19. M. Ouali. Accouchement sur utérus cicatriciel. Mémoire de fin d'étude présenté et soutenu en 2015. L'EHS (ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE).
20. Corouge J. Réhabilitation précoce après césarienne. Congrès JLAR. [En ligne]. 2015. [Consulté le 16/01/2016]. Consultable à l'URL: http://www.jlar.com/Congres_anterieurs/jlar2015/corouge_REHABILITATION_PRECOCE_A_PRES_CESARIENNE2015.pdf

ANNEXES

Annexe I : Principales complications maternelles et néonatales associées ou évitées par la césarienne, d'après le CNGOF.

Principales complications maternelles et néonatales associées ou évitées par la césarienne, d'après CNGOF 2000, AHRQ 2006

Complications maternelles	
Mortalité	
Morbidité à court terme (jusqu'à 1 an)	
Morbidité majeure	<ul style="list-style-type: none"> • Hémorragies • Embolies amniotiques • Thrombo-embolies • Complications de l'hypertension artérielle • Infections • Complications d'anesthésie
Morbidité mineure	<ul style="list-style-type: none"> • Endométrite, infection urinaire, fièvre inexpliquée, anémie, asthénie • Douleurs abdominales, douleurs mammaires et difficultés d'allaitement • Incontinence urinaire • Admission en soins intensifs, réhospitalisation, durée du séjour hospitalier, etc.
Morbidité à long terme	
Conséquences urologiques et anales	<ul style="list-style-type: none"> • Incontinence urinaire • Troubles de la statique pelvienne • Incontinence fécale
Conséquences obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> • Accouchement ultérieur par césarienne • Baisse de la fécondité ultérieure • Rupture utérine • <i>Placenta prævia et placenta accreta</i>
Autres conséquences	Conséquences psychologiques, sexuelles, esthétiques
Complications néonatales	
Mortalité	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalité périnatale • Mortalité néonatale • Mortalité en cours d'hospitalisation
Morbidité	
Morbidité pulmonaire	
Morbidité neurologique	<ul style="list-style-type: none"> • Détresse néonatale aiguë • Accidents hémorragiques cérébraux (hémorragies intraventriculaires chez le prématuré, hémorragies méningées, sous durales ou parenchymateuses chez le nouveau-né) • Lésions traumatiques après césarienne (paralysie faciale, plexus braxial)

Annexe II : Avantages et inconvénients de chaque mode d'accouchement.

Avantages de la TVBAC Diminution des risques	Inconvénients de la TVBAC Augmentation des risques	Pas de différence entre TVBAC et CPAC	Pas de données sur une différence entre TVBAC et CPAC
Mortalité maternelle (NP3)	Rupture utérine complète (NP2)	Complications opératoires (NP2) Hémorragie du post-partum (NP2) Transfusion sanguine (NP2) Hystérectomie (NP2) Endométrite et fièvre du post-partum (NP3) Infection de paroi (NP3) MTEV (NP3)	Troubles de la statique pelvienne Incontinence urinaire et anale Troubles de l'allaitement Troubles psychologiques Douleurs chroniques Troubles de la fertilité
Taux de succès global élevé (NP2) Diminution de la morbidité maternelle (NP2)	<i>Augmentation de la morbidité maternelle en cas d'échec de la TVBAC (NP2)</i> Morbidity maternelle globale Plaies opératoires Hémorragie du post-partum Hystérectomie Endométrite du post-partum		
<i>Lors des accouchements suivant une TVBAC réussie</i> Augmentation des chances de voie basse (NP2) Diminution de la morbidité maternelle (NP2) Diminution des complications des utérus multicatriciels (NP3)			

Annexe III : Tableau présentant les résultats de l'étude de Tahseen et Griffiths de 2010.

Résultats de la revue systématique de la littérature de Tahseen et Griffiths, 2010 (90)

Auteur, année, référence, pays	Nombre d'études Nombre de femmes	Taux de succès d'une TVB	Données descriptives
TVB-2	17 5 666	71,7 (extrêmes : 45 % et 89 %)	Rupture utérine (16 études) : 1,36 % (extrêmes : 0 % et 5,4 %) Hystérectomie (8 études) : 0,55 % (extrêmes : 0 % et 3,6 %) Transfusion (8 études) : 2,01 % (extrêmes : 0 % et 6,7 %) Asphyxie ou mort périnatale (attribuable au mode d'accouchement) (6 études) : 0,09 % (extrêmes : 0 % et 0,33 %)
Comparaison TVB-2/TVB-1	6 TVB-2 n = 50 685 TVB-1 n = 4 565	TVB-1 : 76,5 % TVB-2 : 71,7 % OR TVB-2 vs TVB-1 : 1,48 [1,23 – 1,78] p < 0,0001	Rupture utérine (5 études) : TVB-1 : 0,72 % TVB-2 : 1,59 % OR TVB-2 vs TVB-1 : 0,42 [0,29 – 0,60] p < 0,0001 Hystérectomie (3 études) : TVB-1 : 0,56 % TVB-2 : 0,19 % OR TVB-2 vs TVB-1 : 0,29 [0,13 – 0,61] p = 0,001 Transfusion (8 études) : TVB-1 : 1,21 % TVB-2 : 1,99 % OR T1 vs TVB-2 : 0,56 [0,40 – 0,77] p = 0,0004 Asphyxie ou mort périnatale (attribuable au mode d'accouchement) (4 études) : TVB-1 : 0,05 % TVB-2 : 0,09 % ; p = 0,35
Comparaison TVB-2/C-3	8 TVB-2 n = 2 829 C-3 n = 10 897	-	Hystérectomie (7 études) : TVB-2 : 0,40 % C-3 : 0,63 % OR : 0,75 [0,23 – 2,43] NS Transfusion (6 études) : TVB-2 : 1,68 % C-3 : 1,67 % OR : 0,94 [0,45 – 1,96] NS Fièvre (6 études) : TVB-2 : 6,03 % C-3 : 6,39 % OR : 0,81 [0,55 – 1,18] NS Asphyxie ou mort périnatale (attribuable au mode d'accouchement) (2 études) : TVB-2 : 0,09 % C-3 : 0,01 % ; p = 0,14

Avec : C-3 : troisième césarienne ; TVB-1 : tentative de voie basse après une césarienne ; TVB-2 : tentative de voie basse après deux césariennes ; NS : non significatif statistiquement.



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RECHERCHE ET DE L'INNOVATION

**Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé**

Dossier n° 16-659

Intitulé de la demande : La prise en charge des utérus bi-cicatriciels dans les maternités de niveau IIb et niveau III de la région Hauts de France.

Responsable scientifique : Denis HOUZE DE L'AULNOIT
Hôpital Saint-Vincent de Paul
Praticien chef de service
Boulevard de Belfort - BP 287
59020 LILLE Cedex

Demandeur : Amélie LANSIAUX
Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille
Département de la Recherche Médicale
Hôpital Saint Philibert
115 rue du Grand But - BP 249
59462 LOMME Cedex

Dossier reçu le : 12 juillet 2016

Dossier examiné le : 12 septembre 2016

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Toutefois, le comité demande de prendre en compte les remarques suivantes :

1.- La lettre d'information fait référence à des données de 2015 et 2016 ce qui n'est pas mentionné dans le protocole. Le calendrier d'inclusion indiquant septembre 2016, le comité recommande de modifier le calendrier de l'étude dans le protocole et rappelle que le recueil de données ne peut démarrer sans l'autorisation de la CNIL.

2.- Selon le protocole, la lettre d'information est adressée au domicile des patientes. Il convient donc de préciser si c'est bien le centre investigateur qui se charge de l'envoi des courriers à ses patientes. Dans le cas contraire, il est nécessaire de préciser comment sont gérées les adresses nécessaires à cet envoi (recueil, saisie, conservation, destruction).

3.- La lettre d'information doit être revue :

- L'objectif de la recherche doit être formulé dans des termes courants en évitant le jargon médical (parturiente, utérus bicatriciel).

- S'agissant d'une étude rétrospective sans impact sur la prise en charge, le recueil écrit et signé de la non-opposition est inutile. La mention claire du droit d'opposition et des moyens de s'opposer dans la notice d'information sont suffisants. Ainsi, seuls un exemplaire de la lettre portant la seule signature du responsable de l'étude et le formulaire d'opposition sont nécessaires.

- Rectifier dans l'alinéa 3 « sans en supporter aucune responsabilité » par « sans aucun préjudice pour vous ».

- Les mentions relatives à la loi informatique et libertés doivent figurer dans le corps du texte selon la même typographie que les autres informations (cf. site du CCTIRS - <http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid20537/cctirs.html>).

Fait à Paris, le 16 septembre 2016

Jean-Louis Serre
Président du Comité consultatif

Annexe V : Formulaire CNIL pour le département de la recherche médicale.



Traitement n°1	La prise en charge des utérus bi-cicatriciels dans les maternités de niveau IIb et niveau III de la région Hauts de France	
Nom du responsable du traitement	marion-sergeant marion-sergeant@hotmail.fr	
Date de mise en œuvre	08/11/2016	
Finalité principale	<ul style="list-style-type: none"> - Décrire la prise en charge des femmes accouchant présentant un utérus bi-cicatriciel (antécédent de deux césariennes) pendant le travail et l'accouchement dans les différents centres choisis. Faire un état des lieux suite aux recommandations récentes et à l'évolution des pratiques. 	
Détail des finalités du traitement	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluer l'issue d'accouchement des patientes c'est-à-dire de comparer les complications maternelles et néonatales selon l'issue d'accouchement. Il s'agit donc d'observer une tendance aux complications selon la voie d'accouchement. 	
Service chargé de la mise en œuvre	Service d'obstétrique	
Echanges de données hors du groupe GHICL	Non	
Fonction et coordonnées de la personne ou du service auprès duquel s'exerce le droit d'accès	- Pour toute demande (accès, opposition ou rectification) dans le cadre d'un projet de recherche : Monsieur Julien PAMELARD, Data manager et Correspondant Informatique et Libertés Recherche Hôpital Saint Philibert – Département de Recherche Médicale Rue du Grand But - BP 249- 59 462 Lomme CEDEX	
Catégories de personnes concernées par le traitement	Patient	
Données traitées	Catégories de données traitées	Détails des données traitées
	1- Ensemble des informations de santé collectées auprès du patient dans le cadre de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents médicaux et informations sur la grossesse actuelle - Informations sur le mode d'accouchement ; - Informations sur le mode de délivrance ; - Informations sur l'état néo natal de l'enfant.
	2-Numéro d'identification	Numéro d'inclusion suivant l'ordre chronologique des inclusions
	Catégories de destinataires	Données concernées

Catégories de destinataires	<ul style="list-style-type: none"> - Mme Marion SERGEANT - Etudiante en maïeutique - Faculté de médecine et de Maïeutique de Lille Université Catholique de Lille - Pr Denis HOUZE DE L'AULNOIT - Praticien chef de service Hôpital Saint-Vincent de Paul - GHICL 	<p>1,2</p> <p>1,2</p>
Durée de conservation	15 ans après le dernier séjour	
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> - Serveur sécurisé (politique du groupe) - Profils nominatifs par professionnel - Traçabilité nominative des accès... 	
Moyens pour informer l'intéressé de ses droits	<ul style="list-style-type: none"> - Affiche à chaque point d'accueil - Mention dans le livret d'accueil - Mention sur le site internet - Mention sur les courriers de confirmation de rendez-vous 	
Mise à jour (date et objet)	08/11/2016 V1	



**Avis du comité interne d'éthique de la recherche médicale (CIER) du
GHICL**

Bureau restreint

Numéro d'ordre de l'avis : 2016-06-05 FMM
Intitulé de la recherche : La prise en charge d'un utérus bi-cicatriciel
Responsable du projet : Marion SERGEANT
Promoteur : GHICL
Lieu où se déroule la recherche : Maternité de Saint Vincent de Paul, Hôpital de Valenciennes et Hôpital de Lens

Documents sur lesquels le comité [protocole, document d'information et/ou de consentement remis aux sujets participants...]: Grille CIER
Date de réunion du comité d'éthique restreint : 07/07/2016
Personnes ayant délibéré :
✓ L'expert médical : Dr Lansiaux
✓ Le responsable adjoint du DRM : Mme Demilly

Avis du comité d'éthique du GHICL

Avis favorable sans restriction
 Avis favorable avec demande de modifications (avis temporaire) : voir fiche « demande de modifications du CIER » jointe à cet avis
 Avis défavorable
 ○ motivations :
 ○ recommandations :

La Responsable adjointe du DRM

Nom : DEMILLY Magali
Date : 6 07/07/2016
Signature :

L'Expert médical du GHICL

Nom : LANSIAUX Amélie
Date :
Signature :

Suite aux corrections rapidement apportées, le CIER donne un

Avis favorable sans restriction

Annexe VII : Demande de données statistiques ou médicales, Jeanne de Flandre.

DEMANDES DE DONNEES STATISTIQUES OU MEDICALES

Nom et prénom du demandeur : SERGEANT Marion

Fonction : élève sage femme ☎ : 06 66 92 33 59
marion-sergeant@hfdmail.fr

Cadre du travail : _____ (mémoire, thèse, article... Si demande extérieure, à qui sont transmises les données ?)

Responsable du travail (directeur de mémoire ESF¹) : D^r Houze

Date : _ / _ / _ / Signature : _____

Si mémoire ESF, gynécologue obstétricien référent² : _____

Date : _ / _ / _ / Signature : _____

GHICL
HÔPITAL SAINT-VINCENT DE PAUL
Service de Gynécologie-Obstétrique
Bd de Belfort - BP 387 - 59020 LILLE Cedex
Tél. Standard 03 20 87 48 48

Date de la demande : 08/11/16 Date souhaitée pour la remise des travaux : _ / _ / _ /

But : Prise en charge des utérus bi-cicatriciels
Mémoire : Etude sur les nouvelles recommandations de 2012 sur les tentatives de voies basses.

Stratégie envisagée : (s'agit-il d'une description simple, d'une étude comparative, etc ? précisez comment vous allez mener vos comparaisons)

période 2015 - 2016
utérus cicatriciels, ~~et~~ âge gest.

Données nécessaires : Acc¹ de JDF, ~~et~~ IUG, compris.

Ipp : non nuchal, plexon, n^o JELB, DDN, clate
issu^e.

1. Le Directeur peut être médical (gynécologue obstétricien ou autre) ou non médical, junior ou senior.
2. Le gynécologue obstétricien référent doit être un médecin senior de l'hôpital Jeanne de Flandre. Il assume la responsabilité d'une éventuelle redondance du thème avec d'autres travaux en cours dans la maternité. Il peut s'agir de la même personne dans certains cas.

Département de Gestion de l'Information et de la Documentation

Unité d'Evaluation Médicale, Z Mansouri ☎ 03 20 44 59 62 poste 37 486

Unité de Gestion des dossiers médicaux : Mme Diafi ☎ 03 20 44 59 62 poste 32 187

Annexe VIII : Demande autorisation des hôpitaux pour étude dans le cadre d'un mémoire.



FACULTE DE MEDECINE ET MAIEUTIQUE
 Filière Maïeutique
 56 rue du Port - 59046 LILLE Cedex
 Tél. : 03-20-13-47-36
 flm-maieutique@univ-catholille.fr



DEMANDE D'AUTORISATION
 pour mener une étude dans le cadre du mémoire de fin d'études

ETUDIANT NOM - Prénom :	Date de la demande :
-----------------------------------	----------------------

DEMANDE

Sujet de la recherche :

Description de l'étude : (joindre le protocole de recherche et l'outil d'étude)

Lieu	
Service	
Période de l'étude	
Modalités de l'étude	Questionnaire <input type="checkbox"/> Entretiens <input type="checkbox"/> Recueil de données <input type="checkbox"/> Autres (précisez)

Signatures :

	DIRECTEUR DE MEMOIRE	RESPONSABLE DE LA FILIERE MAIEUTIQUE
Nom :		
Qualité :		
Signature :		

AUTORISATION

Nom :	
Qualité :	
Signature :	

Remarques :

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

ANNEE : 2016

TITRE : LA PRISE EN CHARGE DES UTERUS BI-CICATRICIELS DANS LES MATERNITES DES HAUTS DE FRANCE.

AUTEUR : Marion SERGEANT

Sous la Direction de Monsieur HOUZE DE L'AULNOIT.

MOTS-CLES : utérus bi-cicatriciel, tentative de voie basse après césarienne, césarienne prophylactique après césarienne, morbidité.

RESUME : Avec l'augmentation du nombre de césariennes réalisées (20% en 2010), la prévalence du taux d'utérus cicatriciels a considérablement augmenté. Il est donc intéressant de se questionner sur la prise en charge des utérus bi-cicatriciels après les recommandations de 2012 n'interdisant plus la voie basse.

Ce mémoire a pour but de faire un état des lieux de la prise en charge des utérus bi-cicatriciels dans la région des Hauts de France. Nous avons étudié, de façon rétrospective et multicentrique, la proportion de patientes ayant l'accord voie basse et accouchant par les voies naturelles. De plus, nous avons comparé la morbidité maternelle et néonatale des voies basses et des césariennes sur 182 patientes ayant accouché sur les années 2015 et 2016.

Nous avons 16,5% de tentatives de voie basse avec un taux de réussite de 76.7%. Nous retrouvons une hémorragie de la délivrance lors des accouchements voie basse soit 4,3%, 28,6% lors des échecs de tentative de voie basse après deux césariennes (TVBAC) et 18,5% lors des césariennes prophylactiques après césarienne (CPAC). Il y a eu deux ruptures utérines au cours de la grossesse sur des antécédents de cicatrice corporelle mais aucune rupture utérine n'a eu lieu lors des TVBAC. Lors des CPAC, 3,3% des nouveau-nés ont eu une adaptation à la vie extra-utérine difficile contre 0% lors des accouchements voie basse et un nouveau-né lors des échecs de TVBAC. Il n'y a pas eu de transfert en unité de néonatalogie dans l'échantillon global.

Pour conclure, la morbidité maternelle est plus importante lors des TVBAC du fait des échecs d'accouchement voie basse, plus à risque de complications maternelles. Il est difficile de conclure sur la comparaison de la morbidité néonatale de par notre faible effectif. Chez les nouveau-nés à terme sans pathologie, l'état néonatal est bon dans l'échantillon global. Les complications sont rares. Il n'y a pas de différence importante concernant les risques materno-foetaux entre les TVBAC et les CPAC dans notre étude. Selon le rapport bénéfices/risques des différents modes d'accouchement, une TVBAC sur sélection stricte des patientes semble à privilégier, en restant cependant prudent.