réseau sécurité naissance
NAÎTRE ENSEMBLE

Résultats de l'analyse de pratiques : choix de la voie d'accouchement en cas d'utérus unicicatriciel

Audit réalisé à l'initiative de la commission des obstétriciens
M. Olivier, AS. Coutin et avec la collaboration de S. Bennani et MC. Faurant

Objectif principal :

Évaluer la politique de voie d'accouchement (choix, information) **sur utérus uni cicatriciel** dans les maternités du réseau.

Objectifs secondaires :

- **Évaluer les intentions d'accouchement** sur utérus uni-cicatriciel : tentative d'accouchement par voie basse (TAVB) acceptée ou césarienne (CS) programmée ;
- **Évaluer le mode d'accouchement** effectif : VB ou CS ;
- **Évaluer l'information donnée aux femmes** : enquête auprès des professionnels ;
- **Connaître les issues d'accouchement** des femmes avec utérus uni-cicatriciels.

Critères d'inclusion / exclusion

- Inclusion des utérus uni-cicatriciel successifs sans sélection ni tri
  Définition précise : accouchement > 22 SA (voie basse ou césarienne) d'une patiente ayant un antécédent d'une seule césarienne, avec grossesse unique, quel que soit l'état de l'enfant vivant ou mort-né, quelle que soit la parité, que l'antécédent de césarienne ait eu lieu lors de l'accouchement précédent ou lors d'un accouchement antérieur, IMG exclues.

Période d'enquête

Inclusion par chaque maternité des utérus uni-cicatriciels ayant eu lieu **à partir du 1er janvier 2015 jusqu'à trouver rétrospectivement un minimum de 12 dossiers consécutifs.**

20 / 23 maternités des Pays de La Loire participantes

Descriptif des accouchements sur la période de l'étude :

- **3 625** accouchements
- **16,2%** de CS
- **83,8%** de VB
- Part des CS programmées = **36,7%**

Modalités des intentions de TAVB

- **11,6%** de radio-pelvimétrie réalisée
- **7,5%** d'échographie de la cicatrice utérine réalisée
- **80,4%** de compte rendu opératoire récupéré

Modalités des intentions de CS programmée

- **2,4%** d'indication sur seul élément d'utérus cicatriciel
- **22%** de proposition de VB faite à la patiente
- Aucune absence du compte rendu opératoire de 1ère CS ayant conduit seul à une CS programmée
- **9,8%** de radio-pelvimétrie réalisée
- **7,3%** d'échographie de la cicatrice utérine réalisée
- **63,4%** de compte rendu opératoire récupéré

Issues

- **41,7%** de CS
- Part des VB instrumentales = **18,6%**
- **10,2%** de déclenchements

- **73,8%** de correspondance entre l'intention et l'issue
- **95,1%** de correspondance entre l'intention et l'issue quand CS programmée prévue
- **69,3%** de correspondance entre l'intention et l'issue quand TAVB prévue

Traçabilité

Dossiers de CS programmée

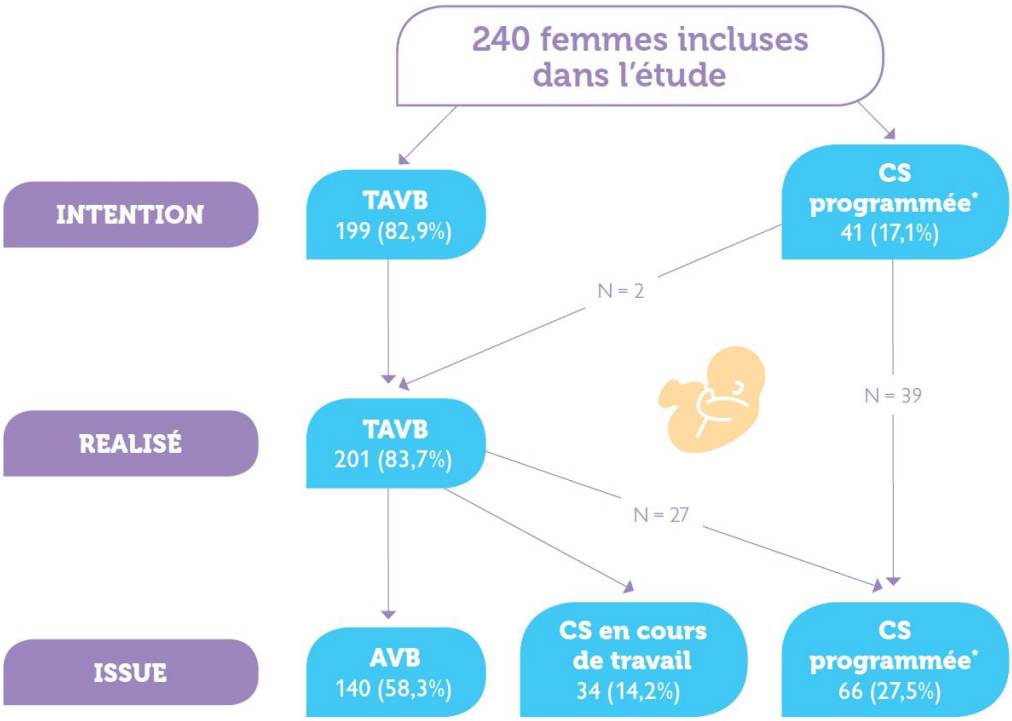
- **14,6%** sans aucune information notée dans le dossier
- **85,4%** avec au moins 1 information notée dans le dossier

Dossiers d'intention de TAVB

- **69,3%** sans aucune information notée dans le dossier
- **30,7%** avec au moins 1 information notée dans le dossier

Total de 40% des dossiers avec au moins une information notée dans le dossier.

réseau sécurité naissance
NAÎTRE ENSEMBLE



**Inclut des CS programmées en semi-urgence en dehors du travail (ex : rupture des membranes et conditions défavorables, pré-éclampsie et conditions locales dévaforables...).*

Rappel des RPC 2012 sur accouchement en cas d'utérus cicatriciel

http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_uterus_cicatriciel_2012.pdf

- **La réalisation d'une radiopelvimétrie n'est pas nécessaire pour décider de la voie d'accouchement** ni pour la conduite du travail en cas de TAVB après césarienne.
- En l'absence du CR opératoire de la césarienne précédente, **une TAVB après césarienne est possible.**
- **L'évaluation du risque de rupture utérine** par échographie en cas d'utérus cicatriciel **n'a pas d'utilité clinique prouvée** et n'est donc pas recommandée au cours de la grossesse pour décider de la voie d'accouchement.
- Il est recommandé que **la décision de la voie d'accouchement soit validée par un obstétricien au cours du 8ème mois.** L'option retenue doit être motivée et notée dans le dossier médical. Il est recommandé que l'information dispensée aux patientes porteuses d'un utérus cicatriciel en vue de leur accouchement présente la TAVB et la césarienne programmée.
- La TAVB et la césarienne programmée présentent toutes les deux des **risques faibles de complications sévères** pour la mère et l'enfant. Le rapport bénéfices / risques pour la mère à court et à long terme est favorable à la TAVB. Mais le rapport bénéfices / risques à court terme pour l'enfant est favorable à la césarienne programmée.
- **La TAVB après césarienne est l'option à privilégier dans la grande majorité des cas.** Peu de situations cliniques justifient en elle mêmes une césarienne programmée.