

UTERUS CICATRICAL

S.PERREVE

DEFINITION

- Utérus comportant en un endroit quelconque de l'isthme ou du corps **une ou plusieurs cicatrices myométriales** (exclut les cicatrices utérines intéressant uniquement la séreuse et la muqueuse).

PROBLEMATIQUE

- Le nombre important de césariennes : taux annuel en France de 17% impose de reconsidérer les indications de la 1ère césarienne et de l'épreuve du travail sur utérus cicatriciel.

En conservant une mortalité et morbidité materno-fœtale minimale.

- Accouchement sur utérus cicatriciel dominé par le risque de rupture utérine = RR 3,3.
- La cicatrice utérine = perte des qualités d'extensibilité et contractilité propre aux fibres musculaires lisses.

EPIDEMIOLOGIE

- Fréquence : 8 à 12 % sur le nombre total d'accouchements.
- 50 à 70 % bénéficient d'une épreuve du travail avec un taux de succès de 75%.
- Morbidité maternelle et foétale + élevée en cas d'échec d'épreuve du travail ou de césarienne prophylactique que lors d'un accouchement voie basse.

ETIOLOGIES

❖ OBSTETRIQUES (les + fréquentes)

- ✓ **Césariennes+++** : cicatrices segmentaires transversales++, segmento-corporéales, corporéales incluant les mini-césariennes pour avortement tardif, cicatrices de rupture utérine spontanée...

❖ GYNECOLOGIQUES.

- ✓ **Myomectomies intramurales+++ (CRO++)**
- ✓ Hystéroplasties des utérus cloisonnés ou bicornes
- ✓ Résections de la portion interstitielle de la trompe dans les salpingectomie pour GEU
- ✓ Perforations utérines des explorations intra-utérines

Hystéroscopie opératoire pour résection d'un myome sous-muqueux, cure de synéchie ou section d'une cloison n'augmentent pas le risque de rupture utérine.

COMPLICATIONS

❖ LA RUPTURE UTERINE++

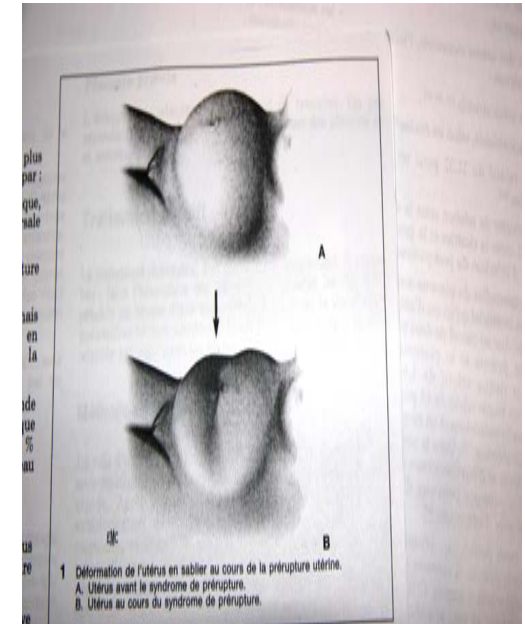
- COMPLETE (entre 0,2 et 1,4 %): souvent sur cicatrices corporeales++.
URGENCE OBSTETRICALE !!

=désunion des deux berges de la cicatrice avec une **déchirure des 3 tuniques** de la paroi utérine avec ou non rupture des membranes.
Expulsion fréquente du fœtus dans l'abdomen.

Clinique

1)phase de pré-rupture :

- Hypercinésie
- Hypertonie puis utérus rétracté en sablier.
- Douleurs intenses continues distinctes des CU.
- Souffrance fœtale constante.



2)rupture utérine :

- classique douleur en « coup de poignard » puis sédation brusque des douleurs
- Hypocinésie
- Métrorragies modérées
- Signes de choc maternel
- Ascension/disparition de la présentation.

La forme sur utérus cicatriciel est souvent + insidieuse..

Pronostic et ttt : Mortalité foétale < 5 ‰

Mortalité maternelle faible, **Morbidité ++** => complications+++
HEMORRAGIQUES, TRAUMATIQUES (déchirure vaginale, cervicale et rupture vésicale), INFECTIEUSES.

PEC chirurgicale : suture utérine voir hystérectomie +/- ligatures des artères hypogastriques et suture des lésions associées.

- INCOMPLETE SOUS-PERITONEALE ou «DEHISCENCE»+++ (0,5 et 2,2 %).

= Le péritoine viscéral et les membranes restent intactes.

Clinique : peu symptomatique !

- douleur à la pression du segment inférieur
- signes de souffrance fœtale sur l' ERCF
- saignements
- retard de la délivrance.

Découverte ++ lors des césariennes et révisions utérines.

Pronostic et ttt : Complications maternelles inexistantes!

Pas de traitement particulier.

Suturée que si elle est symptomatique = hémorragique.

❖ IMPLANTATION PLACENTAIRE ANORMALE

Epidémiologie :

- Méta-analyse d'ANANTH : **Risque de PP augmente avec le nombre de césariennes** : RR passe de 4,5 pour une cicatrice; à 7,4 pour deux; à 6,5 pour trois et 44,9 pour quatre.
- CLARK : **En cas de PP, le risque de placenta accreta passe de 5 % en cas d'utérus non cicatriciel à 24 % puis 67 % pour les utérus uni puis multicicatriciels.**

Placenta praevia :

Insertion de tout ou partie du placenta sur le SI = à moins de 10 cm du col avant l'accouchement.

Insertions :

-latérales : entre 10 et 0 cm du col

-marginales : affleurant l'OI

-recouvrantes.

FDR : age maternel avancé,
multiparité, tabac

Atcd de PP, cicatrice utérine, curetages utérins.



Placenta accreta : pénétration anormale du placenta dans la couche myométriale superficielle avec disparition de la caduque basale. (absence de zone de clivage pour la délivrance)

Complications hémorragiques gravissimes de la délivrance.

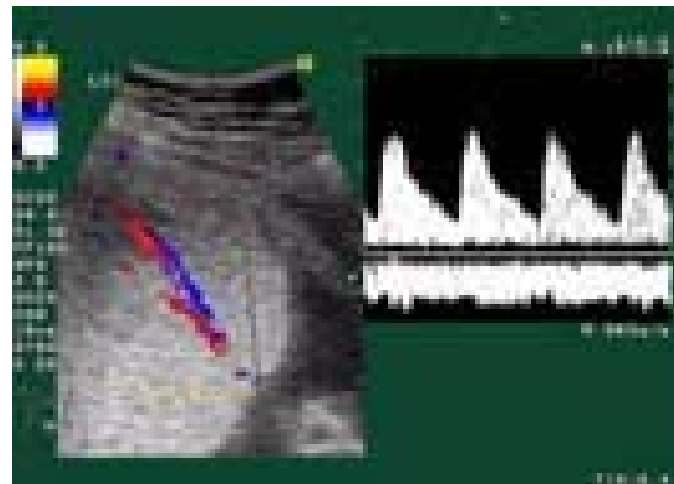
Fréquence (?) car dg le + souvent per-opératoire et dg écho difficile!

Signes échos :

- Dilatations veineuses au contact ou faisant saillies dans la vessie.
- Perte de la zone hypoéchogène myométriale rétro-placentaire (absence de caduque basale)
- Présence de grandes cavernes avec flux sanguin pulsatile dans toute l'épaisseur placentaire en regard du SI.

Si suspicion de P.accreta : **IRM +++**

PEC : anesthésique (autotransfusion)
et éventuelle embolisation des a.utérines.



Placenta percreta : rarissime++

Forme la + grave de P. accreta avec pénétration de toute l'épaisseur du myomètre par les villosités placentaires.

70 % insérés au niveau du SI.

Risque hémorragique++ = délivrance impossible

= rupture utérine silencieuse avec extension des villosités placentaires au pelvis++(vessie, espace de retzius, épiploon, méésentère, vx iliaques)

Clinique : métrorragies, signes urinaires(hématurie macro+,dysurie,pk)

Signes échos : EEV avec doppler couleurs:

- Amincissement ou interruption de l'interface hyperéchogène séreuse utérine-vessie.
- Masses exophytiques vascularisées traversant le myomètre.

IRM et cystoscopie++

PEC : embolisation +/- hystérectomie.

DECISION DU MODE D ACCOUCHEMENT D UN UTERUS CICATRICIEL

1. Renseignements tirés de la/des grossesse(s) précédente(s)

- ✓ ATCD de voie basse+++
- ✓ Origine de la cicatrice (CRO ++)
- ✓ Indication de la 1ère césarienne : les indications accidentelles ne sont pas des éléments péjoratifs pour tenter une épreuve du travail.
- ✓ Durée du travail avant la 1ère césarienne (dilatation cervicale > 4 cm de bon pronostic)
- ✓ Nombre de césariennes : césarienne prophylactique à partir de 2 (risque de rupture utérine 3 à 5 x plus élevé si utérus bicatriciel selon CAUGHEY).
- ✓ Délai entre césarienne-nouvelle grossesse (seuil de 18 mois)

2) Renseignements tirés de la grossesse actuelle.

➤ Confrontation foeto-pelvienne :

Pelvimétrie : faible valeur prédictive sur l'issue du w, « **pas nécessaire pour apprécier les possibilités d'accouchement par voie basse** »

(*RPC. pratique de la césarienne.2000. CNGOF*)

➤ Echographie de la cicatrice utérine :

Mesure du SI entre 36-38 SA : Seuil à 3,5 mm.

VPN : 99,3 %; VPP : 11,8% (**Rozenberg,Goffinet,Philippe,Nisand-Thickness of the lower segment: its influence on the management of patients with previos cesarean section.Obstet.Gynecol.1999,93 : 332-337**)

Surdistension utérine : macrosomie foetale, hydramnios, grossesse gémellaire.

➤ Présentation , localisation placentaire

➤ Douleurs de cicatrice

CESARIENNE PROPHYLACTIQUE

= au terme de 39 SA : évite une mise en W spontanée et une prématurité iatrogène.

- **ATCD de césarienne corporéale**, extension corporéale d'une hystérotomie segmentaire.
- **ATCD de myomectomie si** : ouverture du myomètre sur plus d'1/3, polomyomectomie, cavité utérine ouverte++ et si complications post-op (infection, hématome, fistule).

Myomectomie per coelioscopique pour fibromes interstitiels

- **Utérus pluri-cicatriciels**

- **Bassin anatomiquement anormal**

=bassins chirurgicaux++ : PRP<8,5cm;TM<9,5cm;Bisclatque<8cm;Magnin<20

Différent des rétrécissements pelviens (5 à 10 %) :

PRP<10,5cm;TM<12,5cm;Bisclatque<10cm

- **ATCD de rupture utérine**
- **Utérus malformé et cicatriciel, ATCD d'hystéroplastie difficile(Bret Palmer)**
- **Placenta recouvrant, placenta praevia antérieur**
(Risque de placenta accreta)
- **Pathologies maternelles**

EPREUVE DU TRAVAIL SUR UTERUS

CICATRICIEL

1) Critères d'acceptation de l'épreuve du travail

- ✓ 1 seule cicatrice de césarienne segmentaire
- ✓ Pas de malformations utérines
- ✓ Pas de pathos maternelles/foétales CI la voie basse
- ✓ Confrontation foeto-pelvienne favorable
- ✓ Présentation céphalique
- ✓ Pas de surdistension utérine majeure
- ✓ Localisation placentaire normale
- ✓ Accord de la patiente après une information éclairée
- ✓ Centre qualifié pour effectuer l'accouchement

2) Conditions à l'entrée en salle de travail

- Cs anesthésie, biologie récente, dossier complet
- Equipe obstétricale et BO disponibles
- Surveillance foetale dès le début du travail
- CardioTocographie interne dès les membranes rompues

3) Période de la dilatation cervicale utérine = régulière et harmonieuse (<12h)

Stagnation dilatation >1h: -Dystocie mécanique ?

-Dystocie dynamique pure ?

-Pré-rupture ?

Césarienne si : -Stagnation >2h

-modification soudaine de la dynamique utérine

Si hypocinésie de fréquence/intensité =>ocytociques, augmentation progressive par paliers. « **pas de CI à utiliser les ocytociques du fait d'un utérus cicatriciel, bien qu'il existe une augmentation modérée du risque de rupture utérine** » (*RCP-pratique de la césarienne.2000.CNGOF*)



4) Expulsion

=>Expression utérine CI !

=>Extraction instrumentale non systématique mais facile++

5) Délivrance - Révision utérine

=>Délivrance naturelle+

=>Révision utérine NON SYSTEMATIQUE !

- **si rupture utérine symptomatique**

- **si FDR++ de rupture**: travail long, EE soutenus prolongés, manœuvres difficiles.

- **si signes d'appel cliniques** : douleurs sus -pubienne persistante, rétention placentaire, saignements en cours de w ou lors de la délivrance.

- **si anomalies du RCF**

**PERROTIN.F;MARRET.H;FIGNON.A. Utérus cicatriciel: la
révision
systématique de la cicatrice de césarienne après
l'accouchement
par voie vaginale est elle toujours utile?
*J.Gyn.Obstet.Biol.Reprod 1999;28 : 333-262***

- La Rupture utérine vraie est symptomatique !

- Si déhiscence : - pas de ttt immédiat, ni retardé
 - opérateur dépendant
 - risque traumatique
 - risque infectieux
 - risque anesthésique

DECLENCHEMENT DU TRAVAIL

« Il n'y a pas de CI à réaliser un déclenchement par ocytociques du fait d'un utérus cicatriciel, bien qu'il existe une augmentation modérée du risque de rupture utérine »(*RPC-Pratique de la césarienne. 2000. CNGOF*)

Taux de réussite autour de 80 % sans complications materno-foétales (**Séries de 50 cas de Camus et de 87 cas de Canis sur déclenchement du w sur utérus cicatriciel**)

Taux de rupture augmenté : RR x 4,9 (*Blanchette.H. Is vaginal birth after cesarean safe ?AmJ Obstet Gynecol 2001;184*)

MATURATION

PGE2 : pas d' AMM sur utérus cicatriciel.

=>RR de rupture utérine de 15,6 (**LYDON-ROCHELLE**.*risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery* . N.Engl j Med 2001;345)

=>**Série de 82 cas de DOMMESENT** : administration de 0,5 mg de PGE2 par voie intracervicale après ad° B.mimétiques en IM

78 % : conditions favorables pour mise en route du w

67 % : accouchement voie basse

Aucune rupture utérine

MISOPROSTOL

Plaut (1999): sur 512 épreuves utérines, 89 ont reçus du cytotec avec 6 ruptures utérines.

Wing a interrompu son étude / de trop nombreuses ruptures

=> CI absolue dans l'utérus cicatriciel !!

CAS DISCUTES

➤ **SIEGE + UTERUS CICATRICIEL**

- VME ?
- Césarienne prophylactique ?
- Epreuve utérine sur présentation du siège ?

=>VME souvent retenue comme CI au moins relative.

Petites séries : **Shacher** = 11 versions réussies sans complications.

De Meeus = 38 tentatives de VME (65,8 % de succès dont 76 % d' AVB soit un taux global de voie basse de 50%)

=>Epreuve utérine sur siège peu documentée.

Ophir = parmi 71 cas , seulement 34% de césarienne prophylactique et 79% de succès parmi les épreuves utérines.

➤ **GROSSESSE GEMELLAIRE ET UTERUS CICATRICIEL**

Série de Miller (1996) : sur 210 cas, 44% candidates à l'épreuve utérine et 70% la réussissaient.

Absence d'augmentation de la morbidité materno-fœtale
Aucune rupture utérine.

Série d' Aboufalah (1999) : sur 31 cas, 68% de voie basse.

CCI: - effectifs réduits !

- possible recours à des manœuvres obstétricales endo-utérines =
facteur limitant.

➤ **MACROSOMIE ET UTERUS CICATRICIEL**

10 % des fœtus sont macrosomes+++

Taux de réussite de l'EU est < à celui des fœtus <4000g

Aboufalah (accouchement du gros bébé sur utérus cicatriciel : la place de l'épreuve utérine ?J Gynécol obstet Reprod 2000;29)

Série de 355 cas, EU proposée à 83,7% , réussite de 63,7% soit un taux global de voie basse de 53,2%.

Flamm (vaginal birth after cesarean section : results of multicentric study.Am j Obstet Gynecol 1998;158)

Taux global de voie basse de 58% pour poids entre 4kg et 4,5 kg et 43% pour les + de 4,5 kg.

Diminution significative du nbre de VB réussies / utérus intacts.

- ⇒ Les 2 études : - absence d'augmentation morbidité materno-fœtale++
- Risque de rupture à 0,3% et déhiscence à 0,7% identique aux taux pour bb de poids <.
 - risque de Plexus Brachial identique de 1,1%

- **Pas d'intérêt à proposer une césarienne prophylactique systématique en cas de suspicion de macrosomie fœtale** même si les résultats de l'épreuve du travail sont moins bons que pour les enfants de poids moyens.
- **La macrosomie n'augmente pas le taux de complications materno-fœtales.**

➤ **MIU ET UTERUS CICATRICIEL**

Protocole => J1 : Mifépristone

J2 : Mifépristone

J3 : <24 SA : Nalador ½ dose (1 amp/10H)

ou Cytotec ½ dose / 4h (max 3 prises)

>24 SA : laminaire puis déclenchement

Si connaissance du CRO et écho du SI > 3,5 mm : Nalador ½ dose

RU systématique !

Si échec => césarienne