

Utérus cicatriciel

Cours de DES gynécologie-obstétrique
14 février 2004

Docteur Emmanuel ARDIET

Grossesse et utérus cicatriciel

Généralités

Étiologies

- **Obstétricales (surtout)**
 - Cicatrices de césariennes segmentaires
 - Cicatrices de césariennes corporéales
 - Cicatrices de perforation pendant un curetage
- **Gynécologiques**
 - Myomectomies (surtout)
 - Hystéroplasties des utérus cloisonnés ou bicornes
 - Résection d'une portion interstitielle de la trompe pour GEU

Complications gravidiques de la cicatrice utérine

- Grossesse ectopique: pas d'augmentation du risque (Kendrik 1996)
- Grossesse sur cicatrice (cf. infra)
- **Placenta praevia**
 - Mécanisme: moins bon allongement du segment inférieur en fin de grossesse du fait de la cicatrice
 - risque x2 à x5 selon les études
- **Placenta accreta**
 - pénétration anormale d'un ou plusieurs cotylédons dans la couche myométriale superficielle avec disparition de la couche basale
 - absence de déciduale basale au niveau de la cicatrice utérine
- **Placenta percreta**
 - pénétration anormale de cotylédons sur toute l'épaisseur du myomètre, voire extension aux organes de voisinage (vessie, Retzius, épiploon, mésentère, vaisseaux iliaques)
- Rupture utérine en cours de grossesse

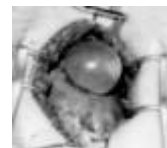
Grossesse sur cicatrice

- **Complication très rare** (qq cas publiés seulement); risque de **rupture utérine** +++
- Développement de la grossesse à la partie antérieure de l'isthme, absence de myomètre sain entre le sac et la vessie
- **Diagnostic différentiel**: métrorragies 1^{er} trimestre
- Diagnostic de certitude: **IRM**
- **Traitement**: Méthotrexate ou chirurgie



Rupture utérine en cours de grossesse

- La rupture spontanée aux deux premiers trimestres est exceptionnelle après césarienne (généralement: malformation utérine, résection de GEU interstitielle)
- Au 3^{ème} trimestre: antécédent de césarienne corporéale
- Cliniquement: tableau de choc hémorragique à début brutal



Exploration de la cicatrice utérine

- **Toucher vaginal** (au cours du travail)
...bien peu réalisable en pratique!
- **Échographie** (Rozenberg, 1996)
- **Hystérogaphie** (entre deux grossesses)
Classification de Magnin :
 - Groupes I et II: bon pronostic
 - Groupes III et IV: mauvais pronostic
- Il n'existe pas d'examen d'imagerie avec une **corrélation anatomoclinique** satisfaisante

Échographie de la cicatrice utérine: technique

- Voie abdominale, vessie pleine (visualisation de la **totalité** du segment inférieur)
- Recherche d'une **déhiscence** asymptomatique
- Puis recherche de la **zone la plus mince** du segment inférieur.
- **Mesure**: curseurs placés à l'interface entre l'urine et la vessie d'une part, et le liquide amniotique et la caduque, d'autre part.
- Valeur observée la plus basse = épaisseur du segment inférieur.

Échographie de la cicatrice utérine: mesure

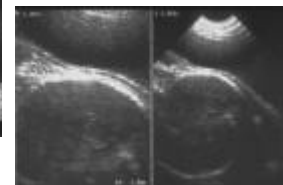
- Le segment inférieur normal est une structure à **deux couches**:
 - L'une **superficielle**, très échogène (partie superficielle du myomètre, juxtaposée à la vessie)
 - L'autre **profonde**, moins échogène (partie profonde du myomètre et à la caduque)
 - Parfois, les membranes (amnios et chorion) sont visibles sous forme d'un liseré hyperéchogène.
- Curseurs placés à l'interface entre l'urine et la vessie d'une part, et le liquide amniotique et la caduque, d'autre part.



Échographie de la cicatrice utérine: amincissement



Amincissement de la cicatrice (<3.5 mm)



Échographie de la cicatrice utérine: rupture utérine



Hystérogaphie



Groupe I: cicatrice invisible



Groupe II: petite déformation < 4 mm

Hystérographie



Groupe III: déformation limitée d'aspect morphologique bénin (coin, baïonnette, encoche)
[ici: association à une déformation isthmique]



Groupe IV: déformation >6 mm de mauvais aspect morphologique (bouchon de champagne, hernie, fistule)

Accouchement par voie basse et utérus cicatriciel

Prise en charge médicale
Pronostic

Edwin CRAGIN, 1916

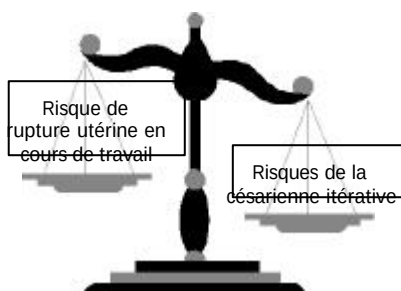
(Conservatism in obstetrics, NY State J Med 104: 1-5)

**Once a cesarean section,
always a cesarean section**

Oui, mais...

- Le taux de césarienne à l'époque était de 2% seulement.
- La technique d'hystérotomie était l'incision « classique » (segmento-corporéale). L'incision de Kerr date de 1921
- Cette affirmation n'avait pour but que de bien faire peser les indications d'une césarienne (pour éviter d'avoir à faire une césarienne itérative)
- L'auteur admettait volontiers des exceptions à cette règle

Position du problème



Critères d'acceptation de la tentative de voie basse après césarienne

- La décision se fait entre **intention de voie basse** et **césarienne itérative** (et non entre voie basse et voie haute): il peut être préférable de programmer une césarienne si le risque d'échec de la voie basse est trop important
- On se basera sur différents éléments pour prendre la décision:
 - Éléments relatifs à la précédente césarienne
 - Éléments relatifs à la grossesse en cours
 - Mortalité/morbidité maternelle
 - Mortalité/morbidité fœtale
 - Souhaits de la patiente (vécu des accouchements précédents)

Type d'incision antérieure

- **Cicatrice segmentaire** (transversale ou longitudinale): pas de contre-indication à la voie basse. On peut accepter une incision de 1cm en corporéal
- **Cicatrice segmento-corporéale** ou **corporéale**: césarienne itérative
- **Cicatrice inconnue**: pas d'indication à une voie haute uniquement sur cet argument (RPC 2000); prudence toutefois pour les patientes originaires de pays au niveau de soins différent du notre
- **Cicatrice « gynécologique »**: pas de contre-indication à la voie basse (considérées comme plus solides) sauf si résection d'une GEU interstitielle, myomectomie coelioscopique ?

Césarienne antérieure

- Indication de la césarienne: rôle pronostic
 - Une césarienne antérieure pour siège est de meilleur pronostic qu'une césarienne pour dystocie
 - ...mais un antécédent de dystocie n'est pas une indication de césarienne itérative pour autant (phénomènes dynamiques pendant l'accouchement)
 - Le taux de ruptures utérines n'est pas augmenté lorsque l'épreuve a lieu sur une cause récurrente (Rosen, 1991)
- Suites opératoires:
 - Les antécédents infectieux (fièvre, endométrite, péritonite) dans les suites ont été incriminés dans la survenue de ruptures utérines lors de l'accouchement ultérieur
 - Cette affirmation n'a pas encore été démontrée (Nielsen, 1991) et la notion d'infection dans les suites opératoires n'est pas une contre-indication à un accouchement par voie basse (CNGOF, RPC 2000)

Éléments concernant la grossesse en cours

- **Antécédent d'accouchement par voie basse:**
 - Un des meilleurs facteurs de bon pronostic de réussite de la voie basse, plus encore s'il s'agit d'une « voie basse intercalaire »
 - Serait aussi un facteur de risque de rupture utérine ?
- **Délai entre césarienne et grossesse en cours:**

Un délai court entre les deux grossesses semble un facteur de risque de rupture utérine: 6 mois pour Esposito (AJOG 2000), 1 an pour Cisse (1998), 18 mois pour Shipp (O&G 2001)

Place de la radiopelvimétrie

- Examen demandé classiquement en cas d'utérus cicatriciel
- Buts théoriques:
 - Aide au choix du mode d'accouchement
 - Modulation du travail en cas d'épreuve utérine
- Inconvénients:
 - Absence de consensus sur les mesures normales
 - Mauvaise valeur prédictive de l'issue de l'épreuve utérine ...et influence négative sur les choix du praticien ! (Krishnamurthy, 1991)
- Rôle « médicolégal » non négligeable
- Non recommandée systématiquement par le CNGOF (RPC 2000)

Risques maternels de la césarienne (Subtil, 2000)

- **Mortalité maternelle:**
 - Césarienne avant travail: RR=2.8 [5.6-13.9]
 - Césarienne en cours de travail: RR=8.8 [3.9-9.9]
- **Morbidité majeure:** les complications graves (HDD, sepsis, laparotomie itérative, TVP) sont plus fréquentes en cas de césarienne
- **Morbidité mineure:** les complications « mineures » (endométrite, infection urinaire, anémie, fièvre inexpliquée) sont plus fréquentes en cas de césarienne
- **Morbidité à long terme:**
 - **Conséquences urologiques et anales:** rôle « protecteur » de la césarienne même s'il n'est pas absolu
 - **Conséquences obstétricales** d'une cicatrice utérine: risque de césarienne itérative, de rupture utérine, de placenta praevia ou accreta
 - **Conséquences psychologiques, sexuelles et esthétiques:** la réalisation d'une césarienne est liée à une angoisse, une asthénie, une dépression et une sensation de frustration plus fréquentes

Décision d'épreuve du travail: score de B.L.Flamm (1997)

- Score construit sur 2500 patientes (régression logistique) et testé sur 2500 autres
- 49% de succès de voie basse pour un score 0-2
- 98% de succès de voie basse pour un score 8-10

Caractéristique	Score
Age < 40 ans	2
Avant et après la césarienne	4
Accouchement par voie basse	2
Avant la césarienne	1
Aucun	0
Indication autre que la dystocie cervicale pour la césarienne	1
Effacement >75%	2
TV à l'admission	1
Effacement 25-75%	1
Effacement <25%	0
Dilatation ≥ 4 cm	1

Surveillance du travail

- **ERCF:** il doit être réalisé en continu
- **Pression interne:**
 - La prise de la pression interne a été longtemps obligatoire. On sait désormais qu'elle n'apporte pas de renseignements fiables en cas de rupture utérine (Flamm 1988, Phelan 1998)
 - L'enregistrement des contractions utérines doit être de bonne qualité
- **Péridurale:**
 - Elle n'augmente pas les risques de rupture et n'en masque pas les symptômes
 - Elle semble plutôt indiquée en cas d'utérus cicatriciel (confort de la patiente, facilité de pratiquer une césarienne en urgence ou une révision utérine)
- **Ocytocine:** elle ne semble pas augmenter le risque de rupture utérine

Révision utérine après succès de voie basse

- Longtemps systématique, ce geste semble désormais (Perrotin 1999):
 - De **faible valeur diagnostique** (geste opérateur-dépendant)
 - **Sans conséquence bénéfique pour la patiente** (pas de traitement généralement en cas de découverte d'une déhiscence, pas de conséquence en cas de nouvelle voie basse)
 - Avec des **conséquences potentiellement négatives** pour la patiente (infection, anesthésie, inquiétude générée par la découverte d'une lésion asymptomatique de la cicatrice utérine)
- La réalisation systématique d'une révision utérine n'est donc pas recommandée par le CNGOF (RPC 2000)

Césarienne itérative

- Elle ne pose généralement pas de problème particulier
- Difficultés techniques possibles:
 - Ouverture pariétale plus difficile (sclérose)
 - Abord plus difficile de la cavité péritonéale (cul de sac vésico-utérin remontant haut sur l'utérus, adhérences en regard du segment inférieur, vessie ascensionnée)
 - Amincissement du segment inférieur (difficultés de suture)
 - Anomalies d'insertion placentaire
- Pas de limitation du nombre de césariennes
- Pas d'indication de LT devant une cicatrice défectueuse (Rudigoz, 2003)
- Sur le compte-rendu: ne pas oublier de préciser l'aspect du segment inférieur

Rupture utérine en cours de travail

- Symptomatologie:
 - Triade classique associant: **douleurs sus-pubiennes continues** (distinctes des CU), **diminution de l'intensité des CU, métrorragies**
 - Autres signes: état de choc, ARCF, aspect de l'utérus en bisac, arrêt de la dilatation malgré une activité utérine normale
 - Le tableau clinique est généralement peu bruyant; le signe d'appel le plus précoce est représenté par les ARCF
- Traitement: césarienne/laparotomie en urgence
- Traitement de la rupture utérine

Conséquences maternelles et fœtales de la rupture utérine

- Sur la mère:
 - **Mortalité faible**
 - **Morbidité ++**: transfusion (30%), hystérectomie (5-20%), lésions urologiques par trait de refend vers la vessie (5-10%), voie basse interdite ensuite
 - Les déhiscences sont généralement asymptomatiques et sans conséquence pour la patiente
- Sur l'enfant:
 - **Mortalité faible si déhiscence** (rupture sous péritonéale)
 - **Mortalité et morbidité périnatales sévères** en cas de rupture complète (décollement placentaire), plus encore lorsque l'enfant est dans la cavité abdominale. Ces complications sont directement corrélées au **délai d'extraction de l'enfant**

Risque de rupture utérine

- Il est très **difficile à évaluer** du fait:
 - De difficultés de définition: confusion entre les termes de désunion, défaut, pré rupture, déhiscence, amincissement...
 - De l'existence de ruptures asymptomatiques
- On distingue classiquement:
 - La rupture utérine **complète** (muqueuse, musculuse, séreuse)
 - La rupture utérine **incomplète** (sous-péritonéale)
- La plupart des grandes séries d'accouchement par voie basse après césarienne estiment ce risque **entre 0.5 et 1%** pour une tentative de voie basse et **0.3%** pour une césarienne itérative

Résultats de l'épreuve utérine

	N	Tentative de VB	VB réussie	Taux global de VB
Phelan 1987	2708	66%	81%	54%
Flamm 1988	4929	64%	36%	26%
Flamm 1994	15098	62%	38%	28%
McMahon 1996	6138	47%	53%	32%
JdF 1997-2001	1796	55%	70%	39%

Cas particuliers

Déclenchement du travail et utérus cicatriciel

Moyen de déclenchement	Risque de rupture utérine calculé d'après étude de la littérature (IC _{95%})
Déclenchement par ocytocine	Probable sur-risque de rupture utérine mais demeurant faible: déclenchement autorisé par la plupart des sociétés savantes
Dinoprostone intravaginale	1.8% (1.2-2.7)
Dinoprostone intracervicale	0% (0-0.6)
Dispositif de libération prolongée de dinoprostone	7.0% (3.1-13.4)
Misoprostol	5.0 % (2.7-8.4)

E. ARDIET, Thèse Med., Lille, 2003

Présentation du siège

- La **présentation du siège n'est pas une contre-indication à la tentative de voie basse** si toutes les conditions sont réunies:
 - fœtus eutrophique
 - bassin normal
 - travail spontané
- La **version par manœuvres externes** n'est pas contre-indiquée en cas de césarienne antérieure (ce serait même une indication pour certains auteurs)

Grossesse gémellaire

- Le risque de rupture utérine pourrait être augmenté (distension utérine, manœuvres pour le 2ème jumeau)
- Toutefois, pas de sur-risque observé dans la plupart des séries publiées (dont Miller 1996, portant sur 210 gémellaires avec utérus cicatriciel)
- Les RPC de 2000 recommandent une certaine « prudence » dans cette situation mal évaluée

Macrosomie fœtale

- La tentative de voie basse ne semble pas contre-indiquée dans cette situation (hors diabète)
- Prudence +++ du fait de la distension utérine
- Une étude récente (Zelop, 2001) serait en faveur d'une césarienne prophylactique pour une estimation > 4000 g

Utérus multicicatriciels

- Le risque de rupture utérine est modérément augmenté en cas d'utérus bicicatriciel
- Prudence +++
- Un accouchement par voie basse est envisageable toutefois, après information de la patiente (D'Ercole, 2004)

Malformation utérine* et utérus cicatriciel

- Peu d'études consacrées à ce sujet (peu de patientes concernées en fait !)
- Il semble exister un sur-risque de rupture utérine (Ravasia, 1999)
- Pas d'attitude univoque préconisée par le CNGOF (manque de puissance des études publiées)
- Il est probablement raisonnable de proposer une césarienne dans cette situation

(* bicorne, unicorn, cloisonné)

Interruptions médicales de grossesse

- Pas de contre-indication à la voie basse
- Cytotec® non contre-indiqué (mais espacement des prises et diminution des dosages utilisés)
- Surveillance de la patiente ++
- Césarienne en cas d'échec

Implications médico-légales

- Au cours de la grossesse:
 - **Surveillance « classique »** de la grossesse; attention particulière à l'**insertion placentaire**
- Au moment de l'accouchement: aboutir à une « **décision partagée** » (Rudigoz, EMC 2003)
 - **Décision de césarienne itérative**: l'acceptation par la patiente ne pose généralement pas de problème
 - **Tentative de voie basse**: précision des modalités de surveillance, des risques et des avantages de chacune des deux options. S'assurer qu'il n'y a pas de contre-indication à la voie basse
 - En cas de **refus catégorique de la tentative de voie basse**: clause de conscience ou césarienne itérative (ne pas tenir compte du souhait de la patiente dans cette situation serait suicidaire!)
- Dans le dossier, inscrire « **voie basse possible** », préciser les détails de l'info donnée à la patiente

À l'avenir ?

- Meilleurs critères de sélection des patientes:
 - Les plus à risques de rupture utérine
 - Les plus susceptibles d'accoucher par voie basse
- Amélioration des techniques de la césarienne (meilleure cicatrisation myométriale, risque de rupture utérine plus faible):
 - Suture de l'hystérotomie avec des agrafes résorbables ? (Gilson, 1996)
 - Pas de suture du myomètre ? (Gül, 2000)
 - Hormone de croissance en post-opératoire ? (Bowers, 2001)
 - Utilisation de matériel prothétique ?

<http://alcciago.free.fr>