

AVIS

Consultation des Guides cliniques en obstétrique-gynécologie au CHU Sainte-Justine.

Ce guide a été rédigé par un médecin spécialisé en médecine fœto-maternelle et révisé par une équipe de professionnels spécialisés afin que son contenu soit le plus exact, pratique et utile au quotidien pour le personnel soignant la clientèle obstétricale.

Le contenu de ce guide reflète la pratique actuelle aux unités obstétricales du CHU Sainte-Justine. Ces pratiques sont sujettes à changement avec la publication de nouvelles données scientifiques, l'accessibilité à de nouveaux traitements et l'adoption ou la modification de lignes de conduite basées sur la disponibilité des preuves scientifiques. Considérant ces changements et les possibilités d'erreur de rédaction, ni les auteurs, réviseurs et contributeurs, ni le CHU Sainte-Justine ne garantissent que l'information contenue au présent guide soit exacte, complète et exempte d'erreurs.

Ce guide a été développé à l'unité d'obstétrique du CHU Sainte-Justine, un centre canadien qui soigne des patientes en situation de grossesse. Les recommandations qui y figurent peuvent ne pas convenir à d'autres milieux dont la clientèle, le mode de fonctionnement et les équipements de surveillance peuvent être différents. L'auteure, les réviseurs et les contributeurs du guide ne pourront en aucun temps être tenus responsables de conséquences découlant de l'utilisation de l'information publiée dans ces guides. Les recommandations proposées ne doivent en aucun cas remplacer le jugement clinique de chaque professionnel dans les soins individualisés, en tenant compte des technologies disponibles. La dose prescrite, le mode d'administration et les éléments de surveillance du traitement doivent toujours être adaptés au patient et à sa condition.



GUIDE CLINIQUE: AVAC

Accouchement vaginal après une césarienne

Généralités

Conditions idéales pour minimiser le risque de rupture utérine lors d'un essai d'AVAC

Hystérotomie connue
 Transversale basse non compliquée
 Fermée en deux plans
 Surjet non croisée
 Intervalle entre la césarienne et l'AVAC supérieur à 16 mois
 Travail spontanée normal

Toutefois:
 L'induction du travail est à considérer si le col est favorable
 Dans tout autre cas déviant des conditions idéales, il faut exercer prudence et assurer une surveillance fœtale et maternelle continue, et être à l'affut de signes et symtômes suggestifs de rupture utérine

Évaluation ante-partum

Voici un calculateur développé par le Maternal-Fetal-Medecine Unit Network (MFMU) pour évaluer les chances de succès d'un AVAC **en période ante-partum**.
 Vous pouvez y avoir accès en cliquant sur le lien ci-dessous

[Calculateur chance de succès AVAC ante-partum](#)

CLICK HERE for calculator based on information available at admission.
 This calculator is based on the equation published in the article "Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean: obstetrical. It is designed for educational use and is based on a population of women who received care at the hospitals within the MFMU Network. Responsibility for its correct application is accepted by the end user.
 Grubbman WL, Lai Y, Landin MB, Spring CY, Levens KJ, Rouse DJ, Varner HW, Heaman AH, Carlini SH, Harper M, Wagner RJ, Gordon Y, Medonick M, Carpenter M, O'Sullivan MJ, Gibas BB, Langer TD, Thorp JM, Barris SH, Weaver BM. National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), Maternal and Fetal Medicine Unit Network (MFMU). "Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery". Obstetrics and Gynecology, volume 109, pages 809-11, 2007.

Risques de rupture utérine selon les facteurs suivants:

1. Type d'hystérotomie transversale basse	
1.1 Inconnue (protocole opératoire non disponible)	
1.1.1 Risque de rupture similaire à césarienne transversale basse puisque ce type d'hystérotomie est mondialement pratiqué en premier choix dans les cas de grossesses à terme. (2 bonnes études à l'appui)	
1.2 Extension en J	
1.2.1 Peu de données, risque possiblement accrue	
1.3 Extension en T	
1.3.1 Risque de rupture utérine accrue, considérer comme césarienne classique	
1.4 Extension cervicale	
1.4.1 Facteur de risque associé à la prématurité aux grossesses ultérieures	
1.4.2 N'est pas un facteur de risque pour la rupture utérine en travail	
1.5 Hystérotomie verticale (césarienne classique)	

1.5.1 Risque de rupture accrue : 5%-10%	
1.5.2 Rupture utérine peut survenir avant le travail actif, considérer césarienne élective à partir de 37 semaines	
2- Fermeture de l'hystérotomie	
2.1 Fermeture en deux plans	
2.1.1 Risque de rupture utérine inférieur à 1 %	
2.2 Fermeture en un plan	
2.2.1 Augmentation de l'incidence de mesure du segment inférieur, inférieur à 2 mm, d'où risque de rupture utérine accrue	
2.2.2 Lorsque l'hystérotomie est faite sans travail ou en début de travail, i.e. segment inférieur peu développé, fermeture en plan associé à une augmentation incidence de perte intégrité du myomètre, d'où risque de rupture utérine accrue.	
3- Type de surjet	
3.1 Surjet simple	
3.1.1 Risque de rupture inférieur à 1%	
3.2 Surjet croisé	
3.2.1 Associé à déhiscence par ischémie : Risque de rupture utérine probablement accrue	
4- Nombre de césarienne	
4.1 Une césarienne	
4.1.1 Risque de rupture évalué entre .5% et .9%	
4.2 Deux césariennes	
4.2.1 Risque de rupture évalué entre .9% et 1.8%	
4.3 Trois césariennes ou plus	
4.3.1 Risque de rupture probablement supérieur à 2% (peu de littérature)	
5- Intervalle de temps entre la césarienne et l'AVAC	
5.1 Seize mois et moins	
5.1.1 Risque de rupture utérine probablement accrue	
5.2 Plus de seize mois	
5.2.1 Risque de rupture utérine inférieur à 1%	
6- Antécédent d'AVAC réussi	
6.1 Risque de rupture persiste, cependant risque inférieur à 1%	
7- Induction du travail	
7.1 Col favorable: Risque de rupture utérine 1.1%	
7.2 Col non favorable: Risque de rupture utérine 1.5% à 2.5%	
8- Maturation cervicale	
8.1 Ballonet: Risque de rupture utérine de 1.1%	
8.2 Prostaglandines : Risque de rupture utérine 1.5% à 2.5%	
9- Travail trainant	
9.1 Stimulation avec oxytocine: Avec prudence, risque pourrait être accrue selon la dose d'oxytocine et la durée du travail	
9.2 Durée du travail:	
10- Travail précipité	
10.1 Risque de rupture utérine pourrait être accru	
11- 2ième stade prolongé	

11.1 À éviter car risque de rupture utérine accru	
Risque de rupture accrue si:	
Stimulation avec haute dose d'ocytocine	
Delayed pushing : Plus de 1 heure	
Antécédent d'accouchement vaginal réussi: 2ieme stade plus de 2 hrs	
12- Surdistension utérine	
12.1 Macrosomie: peu de données, pourrait être associé à un risque accrue	
12.2 Grossesse gémellaire: Probablement même risque qu'avec un singleton	
12.3 Polyhydramnios: Peu de données	
Signes et symptômes suggérant une rupture utérine	
1- Douleur abdominal aigue persistant entre les contractions	4- Saignement vaginal
2- Tétanie utérine	5- Douleur à l'épaule
3- Tracé cœur foetal anormal	6- Tachycardie maternelle et hypotension