

Voie d'accouchement après deux césariennes : Perception et prise de décision des obstétriciens du « Grand-Ouest »

Mots clés : TVBAC-2, CPAC-2, césarienne, utérus bi-cicatriciel, voie d'accouchement, décision, perception, position, obstétriciens

Introduction : La morbidité propre à l'utérus cicatriciel pose la question de la voie d'accouchement en fonction des éléments du dossier obstétrical, d'autant qu'elle augmente avec le nombre de césariennes précédentes. On observe en effet un nombre croissant de césariennes pour antécédent d'utérus cicatriciel. Après deux césariennes, les sociétés savantes indiquent que la Tentative d'Accouchement par Voie Basse après deux Césariennes (TVBAC-2) est possible selon le contexte mais ne donnent pas plus de précisions. Avec les couples, les obstétriciens doivent donc décider de la voie d'accouchement en se fiant et à leur impression clinique puisque la littérature n'apporte qu'un très faible niveau de preuve. La façon dont ils perçoivent ce troisième accouchement et la façon dont ils prennent leur décision n'ont jamais été décrites et pourrait guider celles des autres obstétriciens.

Méthode : Nous avons réalisé une enquête d'opinion administrée par voie électronique aux gynécologues-obstétriciens des neuf réseaux de périnatalité du « Grand-Ouest » sur une période de dix-huit mois. Nous souhaitions connaître la proportion de maternités permettant la TVBAC-2 ainsi que les modalités de l'accord voie basse. Nous avons exploré la façon dont les obstétriciens percevaient ce troisième accouchement, décrit leurs positions sur la voie d'accouchement et étudié l'influence des antécédents de la patiente sur le processus décisionnel. Notre dernier objectif était de savoir si les caractéristiques des maternités d'exercice avaient une influence sur celui-ci.

Résultats : 50 % des maternités dont les obstétriciens ont participé permettaient la TVBAC-2 (décision le plus souvent collégiale) et 82 % de ceux-ci y étaient favorables. Plus le niveau de prise en charge néonatal et le nombre d'accouchement était élevé plus les maternités la pratiquaient mais il n'existait pas de « profil type » : tous les types de maternités étaient concernées. Ces deux facteurs influençaient également la décision des obstétriciens, de même que la possibilité pour les patientes d'accoucher par voie-basse dans la maternité d'exercice. En analyse multivariée, seuls le niveau de prise en charge néonatal et la perception qu'ont les obstétriciens des informations dont ils disposent influençaient leur position. Ils estimaient que la TVBAC-2 étaient plus risquée que la CPAC-2. Ils étaient notamment préoccupés par la morbidité pendant le travail en cas de TVBAC-2 ou en post-partum en cas de césarienne. Ils estimaient les taux de patientes accédant à la TVBAC-2 à 19.5 % (accord médical et motivation du couple) et de réussite pour 33.5 % d'entre elles. La crainte principale des obstétriciens était la rupture utérine puis la morbidité liée à la réalisation d'une césarienne en urgence pendant le travail. Tous les antécédents de la patiente n'avaient pas la même influence sur la décision de l'obstétriciens. Les éléments en faveur d'une TVBAC-2 étaient : antécédent de césarienne pour présentation du siège ou anomalie du rythme cardiaque fœtal, antécédent d'accouchement par voie basse, mort fœtale in-utero, interruption médicale de grossesse et terme entre 32 et 37 semaines d'aménorrhées.

Conclusion : Bien qu'il n'existe pas de recommandations spécifiques aux utérus bi-cicatriciels, certaines équipes réalisent déjà des TVBAC-2, sur des critères qui leurs sont propres. Les décisions des obstétriciens sont largement influencées par leur perception de ce troisième accouchement après deux césariennes ainsi que par les éléments du dossier des patientes. L'utérus bi-cicatriciel doit être plus étudié pour établir avec un haut niveau de preuve si la TVBAC-2 s'envisage et en définir clairement les conditions.