

Editorial

Accouchement chez les gestantes avec antécédent de césarienne : il y a encore du chemin à parcourir

Le taux de césariennes a connu une augmentation inquiétante depuis ces dernières décennies (1). Cette tendance s'est accompagnée d'une hausse de certaines complications obstétricales telles que le *placenta accreta* et le *placenta praevia* (2). Les raisons avancées pour ces taux élevés de césariennes sont entre autres les considérations médico-légales, l'utilisation accrue de la surveillance électronique du fœtus, l'insuffisance de formation en manœuvres opératoires vaginales et en accouchement du siège (3). A cause de l'augmentation du nombre de césarienne par femme, progressivement la cicatrice utérine a pris une place importante dans les indications obstétricales de césariennes itératives (4). Avec comme conséquence, l'augmentation des difficultés opératoires lors des chirurgies ultérieures dues aux adhérences péritonéales avec le risque de lésions iatrogènes de la vessie et de l'intestin (5). Cette flambée a suscité plusieurs préoccupations notamment celle des comparaisons standardisées des données à travers les différents pays et celle d'identification des sous-groupes spécifiques responsables de cette augmentation afin de mettre en place de stratégies appropriées. Plusieurs critères ont été proposés, parmi lesquels la classification de Robson s'impose comme la classification rencontrant le mieux les besoins internationaux et locaux en cette matière (6). Ainsi, une enquête de l'OMS (7) utilisant cette classification publiée en 2015 avait montré que les femmes avec antécédent de césarienne sont un déterminant majeur de l'augmentation du taux de césariennes surtout dans les pays à faibles ressources. A cet égard, des rencontres des sociétés savantes notamment l'American College of Obstetricians and Gynecologists (8) avait émis la recommandation selon laquelle « la plupart des femmes avec antécédent d'une césarienne segmentaire sont candidates et devraient recevoir des conseils suffisants pour un accouchement par voie basse ». Dans cette même optique, le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists a récemment élaboré des lignes directrices pour l'accouchement après césarienne (9).

En présence d'une cicatrice utérine, l'accouchement comporte des risques majeurs qu'il soit réalisé par voie basse ou par voie haute. La césarienne itérative, en dehors de complications à long terme liées à la présence des adhérences péritonéales et du coût, est associée à une augmentation du risque d'hémorragie, d'infection, de lésions iatrogènes de la vessie et de l'intestin et une augmentation du risque thromboembolique (5). Le nouveau-né présente un risque de détresse respiratoire pouvant occasionner un séjour en unité de néonatalogie (3). Quant à l'accouchement par voie basse après une césarienne, il est associé à une diminution de la morbidité maternelle et du risque de complications lors des grossesses ultérieures (8). En revanche, les femmes avec utérus cicatriciel ont un risque élevé de rupture utérine qui peut menacer gravement la vie de la mère et du fœtus (4).

Des variations considérables sont notées d'un milieu à un autre dans la proportion des femmes soumises à une épreuve utérine sur utérus cicatriciel de même que dans les taux de succès rapportés (3). A ce jour, la grande préoccupation demeure la description du profil à risque de la rupture utérine devant alors orienter vers la césarienne élective. L'étude des facteurs de risque de la rupture utérine est rendue difficile par la rareté de cette complication (10). Il n'existe pas encore d'études randomisées menées sur le sujet et devant aboutir à des recommandations pour la pratique clinique (3). Toutefois, il existe quelques facteurs que le clinicien doit avoir à l'esprit devant tout cas d'utérus cicatriciel. Il s'agit entre autres d'un espace inter-génésique court (11), d'un nombre de césarienne d'au moins deux (3, 9), d'un poids fœtal important (5) et d'un travail induit (4).

Ainsi, la décision sur la voie à favoriser en cas d'utérus cicatriciel, lorsqu'il n'existe pas de contre-indication à la voie basse, n'est pas facile. En effet, il a été noté des ruptures utérines, même en l'absence de facteurs de risque (3). La recherche des facteurs liés à la cicatrice et pouvant prédire la solidité de celle-ci pendant le travail d'accouchement est alors devenu une préoccupation majeure. Certaines études ont rapporté des données encourageantes sur la prédiction de la rupture utérine en fonction de l'épaisseur de la cicatrice utérine mesurée au troisième trimestre (12). Ces études ont montré une association avec le risque de rupture utérine (12-13), bien qu'il n'y ait pas de consensus actuellement sur l'épaisseur acceptable (12).

Donc, en l'absence d'une indication obstétricale autre que la cicatrice utérine, il n'y a pas à ce jour, de données suffisantes permettant de tirer des conclusions définitives (4) d'où l'importance de l'établissement des lignes directrices pour chaque milieu, basées sur les données disponibles. Des études ultérieures bien menées et de préférence des essais randomisés et contrôlés sont nécessaires pour tirer des conclusions devant éclairer la décision de la césarienne ou de l'accouchement par voie basse. Il y a lieu d'attendre beaucoup de deux études

actuellement en cours, l'une aux USA (LUSTrial, ClinicalTrials.gov: NCT01916044) et l'autre au Canada (PRISMA trial, ISRCTN registry: 15346559) qui recrutent les gestantes pour des essais sur la problématique de la voie d'accouchement sur utérus cicatriciel. Cependant, des études locales sont d'une importance capitale étant donné les disparités éventuelles dans les conditions environnementales et peut être génétiques et qui pourraient différencier, à quelques égards, la prise en charge dans nos milieux.

En attendant, ce qui devrait rester à l'esprit du praticien est le risque permanent de rupture utérine lié à l'accouchement par voie basse en cas d'utérus cicatriciel. Les gestantes présentant des facteurs de risque devraient bénéficier d'une césarienne élective les épargnant d'une rupture utérine aux conséquences fâcheuses. En l'absence de facteurs de risque identifiés, l'utérus cicatriciel impose une surveillance de la grossesse et de l'accouchement par un personnel qualifié et dans une institution adéquate. La surveillance du travail devra se faire avec une expectative armée pour une extraction par voie haute en cas de complication.

Childbirth in pregnant women with previous caesarean section: there is still a long way to go

Caesarean section rates increased dramatically in recent decades (1). This trend was associated with an increase in some obstetric complications such as *placenta accreta* and *placenta praevia* (2). The reasons for these high proportions of caesarean sections include medico-legal issues, increased use of electronic fetal monitoring, reduced training in operative vaginal procedures and vaginal breech births (3). Because of the increase in the number of caesarean sections per woman, the uterine scar has gradually become an important indication of repeated caesarean sections (4). Consequently, this was also associated with increased surgical difficulties during subsequent surgeries due to peritoneal adhesions with the risk of iatrogenic injuries of the bladder and bowel (5). This outbreak has raised several concerns, including the need for standardized comparisons of data across countries and the identification of specific subpopulations driving changes in caesarean section rates, in order to develop appropriate strategies. Several criteria have been proposed, among which the Robson's Classification is considered as the best to fulfill current international and local needs in this issue (6). A survey according to this classification published by the World Health Organization (7) showed that women having history of caesarean section are an important determinant in increasing caesarean rates, especially in low-income countries. In this context, a number of scientific societies, including the American College of Obstetricians and Gynecologists (8), come up with the recommendation that "most women with one previous caesarean delivery with a low-transverse incision are candidates for and should be counseled about vaginal birth after caesarean". Similarly, the United Kingdom, the Royal College of Obstetricians and Gynecologists recently developed guidelines for post-caesarean delivery (9).

In the presence of a uterine scar, childbirth involves major risks whether carried out by a vaginal route or by caesarean section. In addition, apart from the long-term complications associated with peritoneal adhesions and the cost, caesarean section is associated with an increased risk of hemorrhage, infection, iatrogenic injuries of the bladder and bowel, and increase in thromboembolic risk (5). The baby presents a risk of respiratory distress which may result in a stay in a neonatal intensive care unit (3). Vaginal birth after caesarean section is associated with decreased maternal morbidity and in the risk of complications in subsequent pregnancies (8). However, women with scarred uterus have a high risk of uterine rupture which can seriously threaten the life of the mother and the baby (4).

Significant variations are noted in relation to the proportion of women subjected to a vaginal birth after caesarean section as well as in reported success rates (3). To date, the main concern remains the description of the risk profile of uterine rupture which should then lead to plan a caesarean section. The study of uterine rupture risk factors is made difficult because the event is scarce (10). There are as yet no randomized studies on the subject that should lead to recommendations for clinical practice (3). However, there are few factors regularly cited in the literature and which should be embedded in clinician mind when dealing with scarred uterus. These include a short interpregnancy interval (11), at least two caesarean sections (3, 9), significant fetal weight (5) and induced labor (4).

Thus, the decision whether the birth will be conducted vaginally or by caesarean in a scarred uterus is not easy. Indeed, uterine rupture has been noted even in the absence of risk factors (3). Therefore, predicting uterine rupture during childbirth in scarred uterus has become a major concern. Some studies reported encouraging data on the prediction of uterine rupture as a function of the thickness of the uterine scar measured in the third trimester (12).

These studies have shown an association with the risk of uterine rupture (12- 13), although there is currently no consensus on the definitive thickness to consider (12).

Then, in the absence of an obstetric indication other than the uterine scar, there is not sufficient evidence to date to draw definitive conclusions (4). This should encourage the establishment of guidelines for each environment helping for decision-making and based on available data. Subsequent well-conducted studies, preferably randomized controlled trials are needed to help decision between caesarean or vaginal delivery in the presence on scarred uterus. Many studies are currently ongoing, one in the US (LUSTrial, ClinicalTrials.gov: NCT01916044) and another in Canada (PRISMA trial, ISRCTN registry: 15346559) which recruit pregnant women for clinical trial to address the issue of the delivery route on scarred uterus. However, local studies are of paramount importance given the possible disparities in environmental and genetic conditions which could differentiate in some way the management in our settings.

In the meantime, what should be kept in mind by the practitioner is the permanent risk of uterine rupture associated with vaginal delivery in the case of scarred uterus. Pregnant women with risk factors should benefit from a planned caesarean section, saving them from a uterine rupture with unfortunate consequences. In the absence of identified risk factors, patients with scarred uterus require pregnant monitoring and delivery by trained health worker in an appropriate institution. Labor monitoring should be carried out with preparedness for caesarean section when complications occur.

Nzau-Ngoma Emmanuel

Département de Gynécobstétrique
Cliniques Universitaires de Kinshasa
Email : embango@yahoo.fr
Université de Kinshasa

Références

1. Betrán AP, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu M, Torloni MR. The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One* 2016; **11**: e0148343.
2. Solheim KN, Esakoff TF, Little SE, Cheng YW, Sparks TN, Caughey AB. The effect of cesarean delivery rates on the future incidence of placenta previa, placenta accreta, and maternal mortality. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 2011; **24**: 1341-1346.
3. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013; 12, Art. No.: CD004224.
4. Dodd JM, Crowther CA, Grivell RM, Deussen AR. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014; 12, Art. No.: CD004906.
5. Marshall N, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: a systematic review. *Am J of Obstet and Gynecol* 2011; **205** : 262.e1-8.
6. Torloni MR, Betran AP, Souza JP, Widmer M, Allen T, Gulmezoglu M *et al.* Classifications for Cesarean Section. A systematic Review. *Plos One* 2011; **205**:262e1-8.
7. Vogel JP, Betran AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J *et al.* Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. *Lancet Glob Health* 2015; **3**: e260-270
8. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaginal Birth after Previous Cesarean Delivery. Washington DC: ACOG : (ACOG Practice Bulletin; no 115) , 2010
9. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Birth After Previous Cesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. Octobre 2015.
10. Nancy O'Brien-Abel, RNC, MN. Uterine Rupture During VBAC Trial of Labor: Risk Factors and Fetal Response. *J Midwifery & Women's Health* 2003; **48** : 249 - 257.
11. Stamilio DM, DeFranco EDO; Paré E; Odibo AO, Peipert JF, Allsworth JE *et al.* Short Interpregnancy Interval: Risk of Uterine Rupture and Complications of Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstet & Gynecol* 2007; **110**: 1075 - 1082.
12. Jastrow N, Vikhareva O, Gauthier RJ, IRION O, Boulvain M, Bujold E. Can third-trimester assessment of uterine scar in women with prior Cesarean section predict uterine rupture? *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2016; **47** : 410-414.

13. Kumari A, Srivastav R, Sahu S. Transvaginal ultrasonic evaluation of lower uterine segment to predict integrity of caesarean scar during pregnancy and its relation with obstetric outcome . *Indian J Obstet Gynaecol.* 2015 ; 2: 7 - 10.