



Document d'aide à la décision d'Accouchement Vaginal après césarienne (AVAC)

L'**AVAC** permet d'accoucher par voie basse après avoir subi une ou plusieurs césariennes lors d'une grossesse précédente (AVAC, AVA2C, AVA3C, etc.). Le **choix entre un AVAC et une nouvelle césarienne** est une véritable question, à aborder au cas par cas, en tenant compte des données scientifiques globales, de vos antécédents personnels et de vos préférences.

UN AVAC EST-CE TOUJOURS POSSIBLE ET EST-CE QUE CA FONCTIONNE VRAIMENT?

Selon les études, les chances d'effectivement accoucher voie basse lors d'une tentative d'**AVAC sont de 60 à 80%** donc potentiellement autant que les femmes sans cicatrice utérine.

Certains facteurs diminuent ces chances :

- L'**Âge > 35 ans** réduit légèrement vos chances de 8%
- L'**Indice de Masse Corporelle (IMC) > 30**, Un **diabète pendant la grossesse**, Des **troubles hypertensifs** les réduisent par 2
- Une **Macrosomie Foetale** (bébé de grande taille) les diminue d'environ 40%
- **Certaines causes de la précédente césarienne** les divisent aussi de près de moitié comme un problème de disproportion entre le bébé et votre bassin, la stagnation du travail ou à un déclenchement qui n'aurait pas fonctionné
- L'**Induction médicale du travail** a un léger impact négatif

La bonne nouvelle c'est qu'à part pour votre âge et les causes de la 1ère césarienne, vous avez un pouvoir d'action pour éviter ou modifier les autres facteurs, notamment via l'hygiène de vie et les conditions de ce nouvel accouchement.

Mais vos chances peuvent également être augmentées par :

- Un **score de Bishop** (état de préparation du col de l'utérus pour l'accouchement) élevé avant le début du travail les multiplie par 4
- **Avoir eu un accouchement vaginal** avant votre césarienne triple vos chances de réussir un AVAC et **avoir déjà vécu un AVAC abouti** les multiplie par 5
- Si **la césarienne précédente était due à une "mauvaise" position du bébé** (comme une présentation par le siège) cela les multiplie par 1.5
- Plus vous avez déjà eu d'enfant plus vous avez de chances également

N.B les contre-indications à l'AVAC sont peu nombreuses. Les **3 principales** selon les sociétés savantes sont :

- **l'incision corporelle** lors de la césarienne précédente
- **un antécédent d'au moins 3 césariennes**
- **un Placenta Praevia**

Contrairement aux idées reçues des **jumeaux**, un bébé en **siège**, un **diabète** s'il est bien contrôlé, un **accouchement prématuré** (<37SA) ou **post terme** (>41SA), un antécédent de **2 césariennes** avec ou sans voie basse entre temps, n'empêchent pas de tenter un AVAC.



Accouchement Vaginal après césarienne (AVAC)

BENEFICES ET RISQUES DE L'AVAC OU D'UNE NOUVELLE CESARIENNE

Bénéfices de l'AVAC :

- Récupération plus rapide, et notamment moins de complications tels que les infections, douleurs et hémorragies
- Moins de risque de dépression postnatale
- Moins de risques pour les futures grossesses notamment les anomalies du placenta et les adhérences pelviennes.
- Plus de chance de vécu positif
- Moins de troubles de l'Allaitement
- Meilleure adaptation néonatale

Risques de l'AVAC :

Le principale risque est la **Rupture Utérine** et les autres sursurrisques sont quasiment tous de son fait. Elle concerne **1 à 2 femmes sur 200** qui tentent un AVAC (contre 2/10.000 si voie basse simple).

À de rares occasions, la rupture utérine peut avoir des effets graves :

- **hémorragie** pouvant aller jusqu'à l'ablation de l'utérus (hystérectomie)
- **lésion cérébrale ou décès du bébé** dans 3 à 6% des cas selon le terme. Mais attention ce sera donc 6 à 3 % des bébés issus des 0.5 à 1% de femmes ayant vécu une rupture utérine (3/10.000) et non pas de toutes celles ayant tenté un AVAC.

Ne pas déclencher le travail qui multiplie par 2 à 6 le risque et laisser un **délai d'au moins 2 ans** entre la dernière césarienne et l'AVAC diminue ce risque.

Le 2nd risque majeur est dû à la présence d'une cicatrice favorisant l'implantations basse du placenta (**Placenta Praevia**) ou anormalement profonde (**Placenta Accreta**) pouvant générer des hémorragies gravissimes. Même avec ces risques, les études suggèrent que la voie basse est moins à risque.

Bénéfices d'une nouvelle césarienne planifiée :

- Prévisibilité et réduction des risques d'imprévus
- Moins de risque de rupture utérine

Risques d'une nouvelle césarienne planifiée :

- Risques opératoires tels que les lésions d'organes, hémorragies, infections et complications anesthésiques
- Récupération plus longue nécessitant parfois un séjour prolongé à l'hôpital
- Chaque césarienne supplémentaire augmente le risque de **complications dans les futures grossesses**, notamment les placentas accreta qui peuvent causer des hémorragies gravissimes et le décès de la mère. Cela limite aussi le nombre d'enfants.
- Des **difficultés respiratoire** chez le bébé du fait de l'absence de résorption du liquide pulmonaire grâce aux contractions de travail et de l'absence de compression pulmonaire lors de la traversée du vagin. Ce risque est majoré si la césarienne est programmée avant 39SA.

Comment choisir le mieux pour moi ?

Pour réfléchir autour de ces chiffres en les intégrant à vos besoins personnels vous pouvez vous demander à quel point il est important pour vous de :

- Reprendre plus rapidement vos activités
- Privilégier la rencontre avec bébé
- Limiter les risques lié à une opération
- Limiter les risques d'imprévus
- Ne pas subir une césarienne en urgence
- Avoir plus de 2 enfants
- Favoriser l'allaitement maternel
- Vivre la naissance de manière naturelle et évaluer vos facteurs aggravant ou favorisant



Accouchement Vaginal après césarienne (AVAC)

C'EST DÉCIDER CE SERA UN AVAC, À QUOI REFLÉCHIR MAINTENANT ?

Où Accoucher ?

Les recommandations cliniques professionnelles conseillent d'accoucher dans un **établissement équipé pour réaliser une césarienne d'urgence** si nécessaire. Dans certains pays, en plus des options de clinique et d'hôpital public, l'option de Maison de naissance est également disponible. Dans tous les cas il est généralement conseillé de se trouver dans un endroit permettant de réaliser des césariennes dans un délai rapide, c'est-à-dire classiquement **30 minutes maximum** entre l'indication et l'extraction, mais idéalement plutôt de 15 minutes en cas de rupture utérine grave.

L'**accouchement à domicile** est possible dans plusieurs pays d'Europe, Amérique du Nord et Océanie mais si nous disposons de plusieurs études nous en avons peu de fort niveau de preuve. Celles-ci suggèrent que les femmes réalisant un AVAC à domicile ont plus de chance d'aboutir à une voie basse que celles accouchant à l'hôpital. La littérature montre aussi que dans les pays où les AVAC à domicile sont réservés aux femmes strictement à faible risque et encadrés par des sages-femmes expérimentés avec un plan d'urgence bien défini il n'y aurait pas de surrisque. Une étude canadienne a montré que les AVAC à domicile peuvent avoir des résultats positifs similaires à ceux en milieu hospitalier.

Dans les secteurs ne permettant pas l'AVAC à domicile ni en maison de naissance, l'option du **plateau technique** avec sage-femme libérale peut constituer une belle alternative répondant aux critères de délai d'urgence tout en offrant un suivi individualisé augmentant les chances que l'AVAC aboutisse à une naissance voie basse.

Quelles interventions accepter ou éviter ?

- Surveillance Clinique :

En dehors des anomalies du rythme cardiaque foetal les signes de rupture utérine comprennent une **pression artérielle basse** ou un **rythme cardiaque élevé** chez la mère, du **sang dans les urines**, des **saignements vaginaux excessifs**, une mère agitée ou la tête de bébé qui n'est plus accessible au Toucher Vaginal et remonte. La douleur est un signe inconstant. Enfin les recherches suggèrent qu'une pause de progression lors de la phase active augmente le risque de rupture utérine. Aussi accepter la surveillance des paramètres vitaux et le toucher vaginal peut être intéressant.

- Pose de voie veineuse :

du fait des risques augmentés la pose d'un cathéter obturateur sans injection de médicaments peut être intéressante. Vu la rareté de ces risques elle peut être différée ou refusée.

- La Péridurale :

Elle n'est pas indispensable tout comme la voie veineuse elle peut permettre de gagner du temps si complication. Cela est à mettre en balance avec le fait que pour augmenter les chances d'issue positive de l'AVAC la mobilisation durant le travail est un réel plus et donc l'absence d'analgésie.



Accouchement Vaginal après césarienne (AVAC)

C'EST DÉCIDER CE SERA UN AVAC, À QUOI REFLÉCHIR MAINTENANT ?

Quelles interventions accepter ou éviter (suite) ?

- Monitoring du coeur foetal en continu :

Les anomalies du rythme cardiaque foetal sont le signe le plus courant associé à la rupture utérine. Des **problèmes de rythme cardiaque foetal ont été signalés dans 70 % des cas de rupture** utérine. Pour cette raison, les sociétés savantes comme le CNGOF ou l'ACOG et certains modèles de soins sages-femmes hors hopital propose un monitoring continue du coeur foetal durant le travail. Les preuves scientifiques sont limitées ou contradictoires mais ce signe étant le plus prédictif d'une rupture utérine il en fait un élément clé de la surveillance d'un AVAC. Si **une écoute intermittente** est choisie il faudra que celle-ci soit fréquente et rigoureuse.

- La délivrance dirigée :

En dehors d'une anomalie de l'insertion placentaire **le risque hémorragique n'est pas augmenté** et cette injection ne sera pas suffisante sur un placenta accreta. Toutefois le risque hémorragique sévère général étant de 1% et augmenté en cas de stress ou de naissances techniquées, cette option reste à réfléchir selon le contexte de la naissance.

- La révision utérine systématique :

Les études ne retrouvent **pas de données en faveur de ce geste** hautement invasif et pourvoyeur d'infections.

Mettre vraiment toutes les chances de votre côté !

Avoir vécu une ou plusieurs césariennes ce n'est pas seulement porter une cicatrice utérine. Pour augmenter vos chances de vivre une naissance voie basse :

- reprenez votre dossier avec un.e professionnel.le neutre pour bien comprendre ce qui s'est passé, les causes et les facteurs qui ont pu majorer le problème
- Discutez en détail avec votre équipe médicale des risques et avantages vous concernant spécifiquement au regard de votre histoire médicale
- Assurez-vous d'avoir un suivi par un.e soignant.e qui croit en l'AVAC et en vous et qui vous soutiendra vraiment le jour J, favorisera votre mobilité et saura se montrer patient
- Envisagez de traiter les peurs ou traumatismes éventuels liés à votre précédent accouchement, travaillez à augmenter ou réhabiliter votre confiance dans votre corps
- Soyez active durant votre grossesse et veillez à votre hygiène de vie pour favoriser les éléments augmentant les chances de réussite et diminuer ceux qui majorent vos risques.
- Le jour J, mobilisez-vous, soyez à l'écoute de votre corps et favorisez un environnement calme et intime.

Et n'oubliez pas, **AVAC ou pas, la décision finale vous appartient**, après avoir reçu toutes les informations nécessaires. Un AVAC peut être une expérience positive et réparatrice