

Donner naissance après une césarienne

*s'informer
pour mieux
choisir*

Informations

Motivations



Vous avez déjà eu une césarienne,

vous êtes enceinte et vous vous interrogez sur la façon dont vous allez donner naissance. Devrez-vous avoir une autre césarienne ou pourrez-vous accoucher par voie naturelle? Voici quelques renseignements pour alimenter votre réflexion et vous aider à choisir.

L'hôpital où vous avez prévu accoucher participe actuellement au projet PRISMA, qui vise à évaluer l'efficacité d'un programme de formation aux professionnels de la santé pour la prise en charge de femmes enceintes qui, comme vous, ont un antécédent de césarienne.

L'actuel livret d'information, qui vous a été remis par votre médecin, est un outil utilisé pour faciliter la prise de décision dans le choix du mode de votre prochain accouchement. La simple utilisation de ce guide avec votre médecin sera considérée comme l'expression de votre consentement à participer au projet. Votre participation à ce projet étant anonyme, il ne sera jamais possible de vous identifier.

Votre collaboration est précieuse pour nous permettre de réaliser cette étude. C'est pourquoi nous tenons à vous remercier pour le temps et l'attention que vous acceptez de consacrer à votre participation.

Citation suggérée : Marylene Dugas, Nils Chaillet, Allison Shorten, *Donner naissance après une césarienne, s'informer pour mieux choisir*. Impression : Service d'impression de l'Université de Montréal (SIUM), Montréal, 2016.

Ce guide s'adresse à vous si

- Vous êtes enceinte et avez donné naissance par césarienne lors d'une grossesse précédente.

Quelles options s'offrent à vous ?

- Tenter un accouchement vaginal après césarienne (AVAC).
- Programmer une césarienne.

À propos de l'information de ce livret

L'information contenue dans ce livret est basée sur les recommandations de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) ainsi que sur les résultats des dernières recherches en périnatalité.

L'objectif de ce livret est :

- De vous aider à déterminer ce qui est important pour vous et dans quelle mesure.
- Bien comprendre les risques et bénéfices de chacune des options (section « *Informations* »).
- Cerner vos préférences et vos besoins par rapport à ces options (section « *Motivations* »).
- De vous aider à prendre une décision éclairée avec votre médecin concernant la naissance de votre bébé.

Les différentes sections de ce guide vous aideront à :

- Mieux connaître les options qui s'offrent à vous.
- Bien comprendre les risques et bénéfices de chacune des options.
- Cerner vos préférences et vos besoins par rapport à ces options.

Veillez garder en tête que, tout au long de votre grossesse, votre situation peut changer, de telle sorte qu'un accouchement vaginal ou une césarienne devienne l'option à privilégier. Dans ce cas, la décision qui vous semblait la plus valable après la lecture de ce livret pourrait ne pas être celle qui sera privilégiée. Votre médecin vous indiquera si une telle situation se présente.

Les informations contenues dans ce livret sont données à titre indicatif et ne remplacent pas les conseils et l'encadrement de votre médecin. Les auteurs déclinent toute responsabilité par rapport à une décision prise uniquement sur la base des renseignements contenus dans ce livret. Pour toutes informations complémentaires, n'hésitez pas à communiquer avec votre médecin.

Instructions

Vous avez déjà eu une césarienne, vous êtes enceinte et vous vous interrogez sur la façon dont vous allez mettre au monde votre enfant. Devrez-vous avoir une autre césarienne ou pourrez-vous accoucher par voie naturelle ? Cet outil vous permettra d'en apprendre davantage sur les options qui s'offrent à vous et vous aidera à prendre la meilleure décision pour vous et votre bébé.

- 1 Prévoyez environ 30 minutes.
- 2 Veuillez lire attentivement le livret.
- 3 Complétez par la suite la section « *Motivations* ».
- 4 Assurez-vous d'apporter ce livret à votre médecin lors de votre prochain rendez-vous pour pouvoir discuter de vos préférences.

Sommaire

1 SECTION *Informations*

- Description des options disponibles et présentation des risques et bénéfices associés à chaque option.
- Tableau résumant les risques et bénéfices de chacune des options.

2 SECTION *Motivations*

- Exercices.
 - Permet d'effectuer une synthèse de vos préférences.
 - Permet d'identifier les éléments clés participant à la réflexion et d'en évaluer l'importance.
 - Permet de situer votre choix par rapport aux options disponibles sur une échelle de préférence.
- Questions.
 - À poser à votre médecin afin de compléter l'information reçue.

1 *Informations*

L'Accouchement Vaginal Après Césarienne (AVAC)

Qu'est-ce qu'un AVAC ?

AVAC signifie « Accouchement Vaginal Après Césarienne ». Si vous avez déjà eu une césarienne, et êtes présentement enceinte, la question se pose : Avoir une autre césarienne ou un accouchement vaginal ?

Qu'est-ce qu'une césarienne programmée ?

Une césarienne programmée est planifiée à terme, à quelques jours de la date prévue d'accouchement. La césarienne permet l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus lorsque les conditions maternelles et/ou fœtales ne sont pas favorables à un accouchement vaginal. L'intervention est réalisée le plus souvent sous péridurale ou rachianesthésie et, dans de rares cas, sous anesthésie générale.

Pourquoi choisir un AVAC ?

L'AVAC peut être une expérience très satisfaisante. Par ailleurs, réussir un AVAC permet d'éviter des complications associées à une autre césarienne. Les pratiques médicales ont également évolué de façon à rendre l'AVAC sécuritaire. Pour les femmes qui font une tentative, les chances de compléter un AVAC sont maintenant d'environ 72 % (près de 3 femmes sur 4). Il existe toujours un risque d'avoir une césarienne durant le travail, mais ce risque existe pour tout accouchement.



Près de **72 femmes** sur 100 auront un accouchement vaginal réussi (AVAC)

Pour près de **28 femmes** sur 100, l'enfant naîtra finalement par césarienne après le début du travail

Quelles sont les conditions pour choisir un AVAC ?

La plupart des femmes peuvent avoir un AVAC. Vos chances de réussir l'AVAC dépendent de la raison de votre césarienne antérieure et surtout de l'évolution de votre grossesse actuelle. Votre médecin étudiera votre dossier médical et vous apportera toutes les informations nécessaires pour que, ensemble, vous puissiez prendre une décision éclairée.

CONTRE-INDICATIONS À UN AVAC

- › Avoir déjà eu une rupture utérine.
- › Avoir déjà eu une chirurgie importante sur l'utérus autre qu'une césarienne.
- › Avoir déjà eu une cicatrice verticale haute sur l'utérus.
- › Capacité à pratiquer une césarienne urgente non disponible.
- › Grossesse dans les 3 mois suivant la césarienne.
- › Autres contre-indications à l'accouchement vaginal.

Quelles sont vos options si votre condition évolue durant la grossesse et l'accouchement ?

- Votre condition sera évaluée par votre médecin tout au long de la grossesse afin de s'assurer que vous demeurez une bonne candidate à l'accouchement vaginal.
- Votre condition sera réévaluée en fin de grossesse à partir de critères reliés au commencement du travail.
- Au début du suivi et à la fin de la grossesse, votre médecin évaluera vos chances de succès d'AVAC et déterminera avec vous si un accouchement vaginal est sécuritaire pour vous et votre bébé. Votre médecin pourra également vous demander de faire évaluer votre risque de rupture utérine, lors du troisième trimestre de grossesse, à partir d'une évaluation échographique (MSI). Cet examen permettra de mesurer l'épaisseur du segment inférieur.
- Si vous choisissez de tenter l'AVAC, vous serez surveillée tout au long du travail. Une césarienne sera rapidement pratiquée si elle s'avère bénéfique pour vous ou votre bébé.
- En cas de travail prolongé ou d'inefficacité des efforts expulsifs une césarienne en travail sera également décidée.

CONSIDÉRATIONS SPÉCIALES À DISCUTER AVEC VOTRE MÉDECIN

- › Avoir eu une césarienne moins de 18 mois avant la date prévue de l'accouchement.
- › Avoir déjà eu plus d'une césarienne antérieure.
- › Avoir une cicatrice utérine mince lors de l'évaluation du risque de rupture utérine (MSI).
- › Attendre des jumeaux.
- › Poids estimé du bébé de plus de 4 kg.
- › Présentation du bébé par le siège.
- › Besoin de déclenchement du travail avec col non favorable.

Quels sont les avantages d'un AVAC ?

Un AVAC présente à peu près les mêmes avantages qu'un accouchement vaginal chez une femme sans césarienne antérieure. En plus de permettre un contact immédiat et soutenu avec son bébé, un AVAC permet une mobilité accrue après l'accouchement.

Un AVAC permet également de réduire les risques de complications reliés à une nouvelle césarienne, tels que :

POUR LA MÈRE, RÉDUIRE LES RISQUES DE :

À court terme

- › Séjour à l'hôpital plus long / Récupération plus lente / Douleurs post opératoires.
- › Difficultés lors de l'allaitement.
- › Blessure (lésion) à la vessie ou aux intestins.
- › Hématome de la paroi abdominale.
- › Abscesses / infection de la cicatrice abdominale.
- › Infection urinaire / Endométrite.
- › Thrombose veineuse profonde des membres inférieurs (phlébite).
- › Complications gastro-intestinales (occlusion, lacérations, ballonnements).
- › Admission aux soins intensifs.
- › Réhospitalisation.
- › Complications graves (rares) : hystérectomie, embolie, hémorragie nécessitant une transfusion, décès maternel (moins de 2 décès sur 100 000 tentatives d'AVAC contre 9 à 10 sur 100 000 césariennes programmées – Risque 5 fois plus élevé en cas de césarienne).

À long terme

- › Complications placentaires lors d'une future grossesse pouvant conduire à un risque accru d'hémorragie et d'hystérectomie (placenta prævia ou accreta) ainsi qu'à des complications pour le bébé.
- › Problèmes d'adhérences (douleur persistante au niveau de la cicatrice et lors de relations sexuelles).

POUR LE BÉBÉ, RÉDUIRE LES RISQUES DE :

- › Blessure faite par un instrument chirurgical.
- › Troubles respiratoires après la naissance
- › Troubles cardio-respiratoires pouvant nécessiter une réanimation et l'admission aux soins intensifs et pouvant entraîner le décès du bébé.

De plus, réussir un AVAC augmente vos chances d'accoucher par voie vaginale et diminue les complications lors d'une future grossesse.

Quels sont les inconvénients et risques d'un AVAC ?

La plupart des inconvénients d'un AVAC sont similaires à ceux d'un accouchement vaginal sans antécédent de césarienne.

PARMI CEUX-CI :

- › Avoir une césarienne durant le travail.
- › Avoir une épisiotomie / Avoir un accouchement assisté (forceps, ventouse).
- › Blessures / lacérations reliées à un accouchement assisté pour vous et votre bébé.
- › Risque de déchirure périnéale.
- › Risque d'infection du liquide amniotique (chorioamniotite).
- › Douleurs au niveau du périnée et/ou aux points de suture après l'accouchement.
- › Pour un premier accouchement vaginal : Risque d'incontinence urinaire passagère, disparaissant dans les trois premiers mois suivant l'accouchement.

Risque de complications spécifiques à l'AVAC :

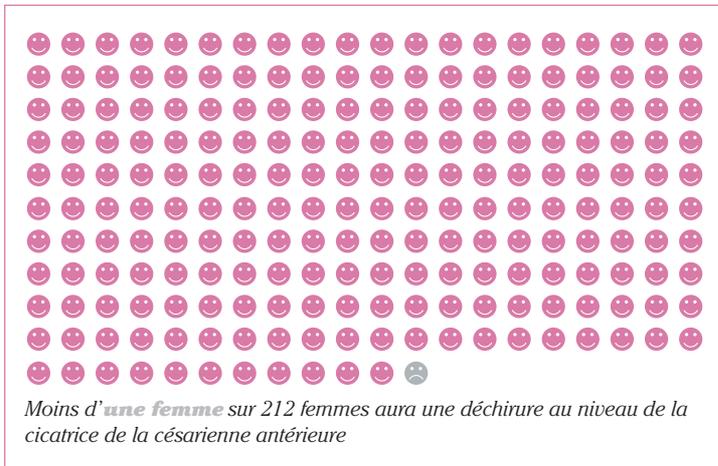
Dans de rares cas, l'utérus peut se rompre au niveau de la cicatrice de la césarienne antérieure, ce qui vous expose, vous et votre bébé, à un risque de complications associées à une rupture utérine.

Afin de réduire les risques associés à une tentative d'AVAC et de vous permettre de prendre une décision éclairée, il est important de faire évaluer vos chances de succès d'AVAC avec votre médecin, et de faire évaluer par échographie votre risque de rupture utérine (MSI).



Qu'est-ce qu'une rupture utérine ?

Une rupture utérine est une déchirure au niveau de l'incision utérine faite lors de la césarienne pouvant se produire durant la grossesse ou lors de l'accouchement. La rupture utérine est un phénomène rare **se produisant dans moins de 0.5% des tentatives d'AVAC** en Amérique du Nord (1 sur 212).



Comment se manifeste une rupture utérine ?

Une rupture utérine peut se présenter sous plusieurs formes :

- Si l'incision utérine n'est pas complètement déchirée, on parle alors de déhiscence. Il s'agit de la forme la plus fréquente. La déhiscence utérine est seulement détectable durant l'accouchement par césarienne et celle-ci n'est en général pas associée à des complications.
- Si l'incision utérine est complètement déchirée (rare), on parle alors de rupture utérine. Une césarienne en urgence sera alors décidée. Durant le travail, les symptômes suivants peuvent être des indicateurs de la rupture : Baisse de l'intensité des contractions utérines, saignement vaginal, ralentissement du rythme cardiaque fœtal, douleur ressentie à l'abdomen ou aux épaules.

La rupture utérine peut avoir de graves conséquences maternelles (hémorragies nécessitant une transfusion, hystérectomie) ou pour le bébé (troubles neurologiques dus à un manque d'oxygène, décès).

Bien que graves, ces conséquences restent rares (risque de décès du bébé est < 1/1000).

Comment vous aider à choisir entre un AVAC et une nouvelle césarienne ?

N'hésitez pas à discuter à l'avance avec votre médecin pour évaluer si un AVAC est indiqué dans votre situation.

- Assurez-vous que votre médecin a vos dossiers chirurgicaux antérieurs en main pour vous aider à bien comprendre la raison de votre césarienne antérieure.
- Prenez le temps de vous informer auprès de votre médecin à propos des avantages et des inconvénients d'un AVAC ou d'une césarienne.
- Prenez le temps de faire évaluer vos chances de succès d'AVAC avec votre médecin, et de faire évaluer par échographie votre risque de rupture utérine.
- Renseignez-vous également à votre centre de naissance sur les politiques en vigueur concernant un AVAC.

Si vous vous questionnez toujours sur la pertinence d'avoir un AVAC, vous pourriez demander à avoir une 2^e opinion auprès d'un autre spécialiste.

SI APRES DISCUSSION AVEC VOTRE MÉDECIN, VOUS OPTEZ POUR UNE CÉSARIENNE PROGRAMMÉE

Il est important de planifier votre césarienne après la 39^e semaine de grossesse afin de diminuer le risque de complications respiratoires pour votre bébé.

Vous devez garder en tête cependant que, même si vous avez choisi l'accouchement par césarienne, il peut arriver que le travail débute avant la date fixée pour la chirurgie. À ce moment, votre médecin reconsidérera avec vous la possibilité d'accoucher par voie vaginale (AVAC).



Ce qu'il faut savoir pour bien se préparer à un AVAC

PENDANT LA GROSSESSE

- › Avoir du soutien (conjoint, proche, médecin).
- › Suivre des cours de préparation à la naissance.
- › Avoir confiance dans ses capacités à accoucher.
- › Avoir une personne significative ou un(e) accompagnant(e) à vos côtés.

PUIS-JE DONNER NAISSANCE À LA MAISON ?

Il est fortement recommandé d'accoucher à l'hôpital. En effet, en cas de rupture utérine, seule la rapidité de la césarienne permettra d'éviter des complications pour vous ou votre bébé.

SI VOUS AVEZ DÉJÀ EU DEUX CÉSARIENNES OU PLUS ?

L'AVAC est possible, bien que le risque de rupture et de complications soit légèrement plus élevé.

LA PÉRIDURALE DEMEURE-T-ELLE POSSIBLE ?

Oui, la péridurale est souvent administrée lors d'un AVAC. L'utilisation de la péridurale n'influence pas les chances de succès de l'AVAC ni la capacité à diagnostiquer une rupture utérine. Elle devrait être utilisée selon les mêmes conditions admissibles aux femmes sans antécédent de césarienne.

UNE INDUCTION DU TRAVAIL (OU DÉCLENCHEMENT) EST-ELLE POSSIBLE ?

Oui, une induction du travail est possible, plus particulièrement si votre col est favorable. Il est conseillé d'attendre 41 semaines de grossesse pour maximiser les chances d'entrer en travail spontané. Certaines conditions médicales demandent une induction avant 41 semaines.

Lorsqu'une induction du travail s'avère nécessaire et que le col n'est pas favorable, il est possible de «maturer» le col de façon mécanique (ex: sonde Foley). Cette technique est liée à un plus haut taux d'échec de l'AVAC et devrait être réservée aux femmes avec des conditions très favorables à l'AVAC. L'utilisation de prostaglandines est contre-indiquée. Elles peuvent augmenter le risque de rupture utérine.

Prenez le temps de vous informer auprès de votre médecin afin de déterminer si une induction est justifiée dans votre cas et si oui, quels en sont les bénéfices et les effets secondaires.

COMMENT LA SANTÉ DE VOTRE BÉBÉ EST-ELLE ÉVALUÉE LORSQUE LE TRAVAIL EST COMMENCÉ ?

Il est recommandé d'avoir recours à un monitoring fœtal continu lors d'un AVAC afin de surveiller les battements du cœur de votre bébé ainsi que vos contractions utérines. Le moniteur pourra être retiré périodiquement pour vous permettre de marcher si votre situation et celle de votre bébé est normale.

CE QUI FAVORISE LE DÉROULEMENT OPTIMAL D'UN ACCOUCHEMENT VAGINAL

- › Attendre que le travail débute spontanément.
- › Bouger, changer de position, se mettre à la verticale, se promener.
- › Diète légère et boissons hydratantes permettant de conserver votre énergie.
- › Se faire masser, relaxer entre les contractions et bien respirer.
- › Écouter de la musique, prendre un bain, pratiquer la visualisation.
- › Soutien d'une personne significative ou d'un(e) accompagnant(e) durant le travail.

Pour de plus amples renseignements

Pour toutes questions concernant votre situation, n'hésitez pas à en parler avec votre médecin ou à vous adresser à votre centre de naissance.

Résumé des deux options

	<i>Tenter un AVAC</i>	<i>Césarienne programmée</i>
<i>Ce que cela implique</i>	<ul style="list-style-type: none"> › Tenter un accouchement vaginal › Vous serez étroitement surveillée tout au long de votre accouchement › Une césarienne sera pratiquée au besoin › Hospitalisation : 48 heures 	<ul style="list-style-type: none"> › Votre bébé vient au monde par chirurgie › L'intervention est réalisée sous anesthésie péridurale ou rachidienne › Une anesthésie générale est parfois nécessaire › Hospitalisation : 3 à 4 jours
<i>Bénéfices</i>	<ul style="list-style-type: none"> › Vivre l'expérience d'un accouchement vaginal › Avoir un contact immédiat et soutenu avec son bébé › Augmenter les chances de succès de l'allaitement et les bénéfices associés › Réduire les risques liés à une nouvelle chirurgie › Réduire les risques de complications lors d'une future grossesse › Réduire la douleur post-partum et la prise de médicaments › Récupération plus rapide / Mobilité post-partum accrue › Réduire les complications associées à un placenta prævia ou accreta (rare*) 	<ul style="list-style-type: none"> › Éviter la douleur due au travail › Éviter un travail prolongé › Éviter un échec d'AVAC › Réduire les risques de vivre une césarienne urgente en travail › Éviter des douleurs au niveau du périnée après l'accouchement › Éviter les complications liées à un accouchement assisté (blessures) › Réduire les risques d'incontinence urinaire passagère associée à un premier accouchement vaginal › Réduire les risques de rupture utérine (rare*) › Réduire les risques de complications associées à la rupture utérine (rare*)
<i>Risques et inconvénients</i>	<ul style="list-style-type: none"> › Avoir une césarienne non urgente durant le travail › Avoir une césarienne urgente durant le travail › Avoir un accouchement assisté (forceps, ventouse) › Risque de douleurs au niveau du périnée après l'accouchement › Risque d'incontinence urinaire passagère associée à un premier accouchement vaginal › Douleurs lors des relations sexuelles si déchirure périnéale › Risque de blessures sévères liées à un accouchement assisté (rare*) › Avoir une rupture utérine (rare*) › Risque de complications sévères liées à une rupture utérine (rare*) 	<ul style="list-style-type: none"> › Être séparé de son bébé après l'accouchement (soins, nausées) › Risque de complications cardio-respiratoires pour votre bébé › Risque accru d'Infection maternelle › Douleurs post-partum persistantes › Douleurs lors des relations sexuelles › Risque de blessures reliées à la chirurgie (mère et bébé) › Difficultés à fonctionner après l'opération / Récupération lente › Réduire le succès de l'allaitement › Risque accru de réhospitalisation post-partum › Risque accru de complications lors d'une future grossesse (placentaires) › Risque d'occlusion intestinale (rare*) › Risque de complications sévères : hystérectomie, embolie pulmonaire, transfusion, décès maternel (rare*)

*Rare : risque inférieur à 1% des cas

2 Motivations

Glossaire

Accompagnante à la naissance : Femme ayant eu une formation pour soutenir physiquement et psychologiquement les femmes en travail; rencontre la femme enceinte ou le couple pendant la grossesse, est présente pendant le travail actif et l'accouchement, et offre du soutien pendant la période post-natale.

Adhérences : Une adhérence est un accolement pathologique par du tissu conjonctif de deux tissus, ou organes voisins, habituellement séparés. En obstétrique une intervention chirurgicale peut causer des adhérences entre la cicatrice et les organes voisins générant des douleurs post-partum et des douleurs lors des relations sexuelles.

AVAC : Accouchement vaginal après césarienne.

Ballonnements : Gonflement de l'abdomen.

Césarienne : Intervention chirurgicale qui consiste à inciser la paroi abdominale (le plus souvent, horizontalement au niveau du pubis) de la future maman afin d'extraire le fœtus. La césarienne est aussi appelée « accouchement par voie haute ».

Césarienne d'urgence (en travail) : Césarienne pratiquée après le début du travail.

Césarienne programmée : Une césarienne programmée est une césarienne qui est planifiée avant le début du travail.

Chorioamniotite : Infection du liquide amniotique.

Col (utérin) : Cône se trouvant au fond du vagin et permettant l'accès interne à l'utérus. Sa dilation et son effacement est un signe du travail.

Contre-indications : Circonstance dans laquelle un traitement ou un médicament ne doit pas être employé.

Cours de préparation à la naissance (aussi appelés rencontres prénatales) :

Cours assurés par un professionnel de la santé, par une éducatrice prénatale ou par une accompagnante à la naissance, visant à donner des informations sur la naissance aux futures mamans (exercices de respiration et de gestion de la douleur, étapes du travail, gestion des efforts expulsifs...).

Date prévue d'accouchement : Point de repère indiquant le terme (approximatif, se situant entre 38 et 42 semaines de grossesse).

Déchirure périnéale : Déchirure située entre la vulve et l'anus (voir Périnée).

Déclenchement : Provocation artificielle du travail chez une patiente ne présentant pas de signes précurseurs d'accouchement immédiat; ne devrait pas avoir lieu avant 41 semaines de grossesse, sauf si raison médicale.

Déhiscence : Déchirure partielle de l'incision utérine.

Dilatation du col : Ouverture progressive du col de l'utérus. La dilatation est maximale à 10 cm.

Doula : Une doula est une femme qui accompagne, soutient, informe le couple, la femme au moment d'une naissance (voir aussi Accompagnante à la naissance)

Échographie : Technique radiologique permettant une exploration des organes maternels et une visualisation de l'embryon, du fœtus et de ses organes.

Effacement : Raccourcissement du col de l'utérus sous l'action des contractions. Le côté vaginal du col et le côté utérin ne semblent former qu'un seul disque.

Embolie : Caillot qui circule dans le sang et finit par boucher une ramification artérielle irriguant le poumon.

Endomètre : Muqueuse tapissant la paroi interne de l'utérus et facilitant la nidation de l'oeuf.

Endométrite : L'endométrite est une infection de l'endomètre (voir endomètre).

Épisiotomie : Incision du périnée pratiquée pendant l'accouchement pour faciliter la naissance du bébé lorsqu'indiqué médicalement.

Expulsion : Moment de l'accouchement qui débute au moment où le corps du bébé apparaît au niveau de la vulve et se termine par la sortie complète du corps de l'enfant hors du corps de sa mère.

Forceps : Instrument constitué de deux grandes cuillères utilisé sur le crâne fœtale en vue de l'extraire des voies naturelles.

Hématome : Un hématome est un amas de sang sous l'épiderme causé par la rupture de la paroi d'un vaisseau sanguin sous-cutané.

Hémorragie : Une hémorragie est un écoulement de sang causé par la rupture d'un vaisseau sanguin.

Hystérectomie : L'hystérectomie est une grande opération qui a pour but d'enlever l'utérus chez la femme.

Incontinence urinaire : Pertes incontrôlables et involontaires d'urine, qui se produisent le jour ou la nuit.

Induction du travail : (voir Déclenchement).

Lacération : Déchirure de la peau ou des organes.

Liquide amniotique : Liquide stérile dans lequel baigne le fœtus et le protégeant des agressions extérieures (bactéries etc...).

Mesure du Segment Inférieur (MSI) : La mesure du segment inférieur de l'utérus est une procédure qui consiste à mesurer par échographie l'épaisseur du muscle utérin au niveau de la cicatrice laissée par la césarienne antérieure. Une mesure trop mince indique un plus grand risque de rupture utérine.

Monitoring fœtal continu : Enregistrement du rythme cardiaque du bébé à l'aide d'un appareil appelé cardiocographe. C'est un examen simple qui renseigne à la fois sur le rythme cardiaque du fœtus et sur la fréquence des contractions utérines. En général, il ne permet pas la mobilité, sauf s'il s'agit d'un appareil à téléométrie (sac qui permet la mobilité).

Mûrir (faire) : Se dit des actions qui visent à faire ouvrir le col de l'utérus dans le cadre d'un déclenchement.

Muscle utérin (myomètre) : Muscle de l'utérus.

Occlusion intestinale : Une occlusion intestinale est un arrêt complet du passage des matières et des gaz dans un segment de l'intestin. Il s'agit d'un problème de santé grave.

Péridurale : Anesthésie régionale, permettant à la mère de ne plus sentir la douleur des contractions lors de l'accouchement. Elle se pratique au niveau de la moelle épinière et s'accompagne d'interventions comme la pose d'un soluté, le monitoring du rythme cardiaque du bébé, l'arrêt de l'alimentation, et parfois la pose d'une sonde urinaire. Elle peut ralentir le travail, nuire à la rotation du bébé et augmente la possibilité de forceps ou de ventouse pour faire sortir le bébé.

Périnée : Ensemble de muscles situés entre le clitoris et l'anus. Cet ensemble soutient et est traversé par les organes génitaux, urinaires et anaux.

Ressources pour en savoir plus

Placenta : Organe assurant les échanges entre le sang de la mère et le sang du fœtus (qui nourrit le fœtus). Il sécrète également des hormones nécessaires au maintien de la grossesse.

Placenta accréta : Le placenta accreta est une insertion du placenta dans le muscle utérin. Le placenta est alors difficile à déloger. Cette situation est fréquente en cas de placenta inséré bas sur une cicatrice de césarienne.

Placenta prævia : Placenta qui recouvre le col utérin. Son décollement peut provoquer des saignements provenant du sang maternel (et aucun cas du sang fœtal). Si le placenta reste prævia le jour du travail, il empêchera la tête du fœtus de s'engager, une césarienne sera donc décidée par l'équipe médicale.

Post-partum : Période qui suit immédiatement la naissance du bébé, soit l'ensemble de phénomènes se déroulant suite à l'accouchement chez une femme.

Prostaglandines : Hormones administrées afin de mûrir le col dans le cadre d'un déclenchement. Elles sont contre-indiquées lors d'un AVAC.

Rachianesthésie (Rachidienne, anesthésie) : Ponction lombaire et injection d'un liquide anesthésiant.

Rupture utérine : Déchirure au niveau de l'incision utérine pouvant se produire durant la grossesse ou lors de l'accouchement.

Sage-femme : La sage-femme est une professionnelle de la santé qui fait le suivi de la femme enceinte dès le début de sa grossesse, est responsable de l'accouchement et assure un suivi jusqu'à 6 semaines après l'accouchement. Elles travaillent en maison de naissances, mais peuvent aider leurs clientes à accoucher en centre hospitalier ainsi qu'à la maison.

Siège, Bébé en : La plupart des bébés adoptent une position « tête première » dans l'utérus. Cependant, il arrive parfois que le fessier ou les pieds du bébé se présentent en premier pendant l'accouchement. C'est ce que l'on appelle une présentation de siège.

Travail : Lors de l'accouchement, le travail se divise en 3 stades : Le 1^{er} stade débute par l'apparition des premières contractions. Durant cette période le col de l'utérus s'amincit et s'ouvre jusqu'à dilatation complète (10 cm) ; le 2^{ième} stade correspond à la dilatation complète du col jusqu'à la naissance de votre bébé ; et le 3^{ième} stade correspond à la phase d'évacuation du placenta après la naissance de votre bébé.

Utérus : Organe de l'appareil reproductif féminin, destiné à recevoir l'œuf lors de la nidation et offrir les moyens permettant à l'embryon puis au fœtus de se développer jusqu'au terme.

Vagin, vaginal : Organe génital féminin se situant entre la vulve et l'utérus.

Ventouse obstétricale : Instrument permettant une traction de la tête fœtale.

Voies naturelles, voie vaginale : Accouchement vaginal.

Vous pouvez obtenir davantage de renseignements sur l'AVAC en consultant la « Directive clinique sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne » sur le site Web de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) : www.sogc.org

Les sites Internet et livres suivants contiennent des informations supplémentaires :

www.sogc.org/fr

www.vbac.com

www.facebook.com/association.cesarine

www.aspq.org

Association pour la Santé publique du Québec (AS PQ).

Dépliant sur la césarienne

<http://www.aspq.org/uploads/pdf/4eebbfc721c15depliant-cesarienne.pdf>

www.inspq.qc.ca/MieuxVivre/

« Mieux vivre avec notre enfant »

Institut national de santé publique du Québec.

Hélène Vadeboncoeur. 2008.

Une autre césarienne ou un accouchement naturel? S'informer pour mieux décider.

Carte blanche. Montréal.

Éditeurs du contenu

Marylène Dugas, Ph.D., anthropologie médicale
Nils Chaillet, Ph.D., chercheur en périnatalité
Allison Shorten, Ph.D., sciences infirmières

Recherchistes

Eric Dubé, M.Sc.
Simon Blouin, Ph.D.
Maggy Wassef, M.Sc.
Pamela Palma, B.Sc.

Comité de révision

François M. Audibert, MD, obstétricien-gynécologue
François Beaudoin, MD, obstétricien-gynécologue
Normand Brassard, MD, obstétricien-gynécologue
Emmanuel Bujold, MD, obstétricien-gynécologue
Catherine Chouinard, Chargée de dossiers en périnatalité, ASPQ
Louise Duperron, MD, obstétricienne-gynécologue
William D. Fraser, MD, obstétricien-gynécologue
Robert J. Gauthier, MD, obstétricien-gynécologue
Lynda Hudon, MD, obstétricienne-gynécologue
Line Leduc, MD, obstétricienne-gynécologue
Vyta Senikas, MD, vice présidente administrative SOGC
Hélène Vadeboncoeur, Ph.D., Chercheure en périnatalité
Sandrine Wavrant, MD, obstétricienne-gynécologue

Comité de révision de la deuxième édition

Emmanuel Bujold, MD, obstétricien-gynécologue
Guy-Paul Gagné, MD, obstétricien-gynécologue
Robert J. Gauthier, MD, obstétricien-gynécologue
Fabien Simard, MD, obstétricien-gynécologue

Conception graphique et production

Service d'impression de l'Université de Montréal

Remerciements

Cet outil d'aide à la décision a été développé en utilisant le format d'aide à la décision développé par le Dr Allison Shorten (Yale University) intitulé : « Birth Choices, What is best for you, Vaginal or Cesarean Birth? » (Shorten, 2006) et du groupe de recherche sur les outils d'aide à la décision de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (IRHO), affilié à l'Université d'Ottawa.

Date

Décembre 2016

Prochaine mise à jour prévue

Décembre 2021

Certification

International Patient Decision Aid Standard (IPDAS) Collaboration