

L'AVAC et la cicatrice de la césarienne

La césarienne est une opération qui consiste à faire une incision dans l'utérus de la femme afin d'extraire le nouveau-né.

[Camille Bernard](#)



Cette procédure demeure une intervention visant à diminuer les risques de complications maternelles et foetales lors d'un diagnostic défavorable à un accouchement vaginal ou en cas de complications durant le travail.

Une césarienne devrait être pratiquée uniquement afin d'assurer le bien-être de la mère et du nouveau-né. Malgré que la césarienne semble donner une impression de sécurité à certaines femmes ou praticiens, il est indiqué d'y recourir que si des risques pour la santé maternelle et néonatale sont clairement présents.

Le taux de césarienne ne cesse d'augmenter dans les pays industrialisés bien que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande qu'au plus 15% des accouchements soient faits par césarienne. Ce taux a évolué de 21,2 à 26,3 au Canada (2000/2006) et au Québec de 18,5 à 23,2% (2000/2009), pour les césariennes primaires : 13,9% ; césariennes planifiées : 9,3%.

Les causes les plus fréquentes nécessitant une césarienne sont :

- une seconde grossesse avec une césarienne antérieure
- un arrêt de dilatation du col de l'utérus ou de la descente du bébé
- les présentations anormales du bébé (dont la présentation en siège)
- lors d'une fréquence cardiaque fœtale atypique ou anormale durant le travail
- lors de certaines grossesses gémellaires (jumeaux)

L'éventualité d'une césarienne pour chacune de ces situations n'est pas la seule option. Cependant, la césarienne est parfois le résultat d'une cascade d'interventions obstétricales réalisées en fin de grossesse, ou en salle d'accouchement lors du travail menant conséquemment à une césarienne d'urgence. Certains professionnels de la santé ou certaines femmes peuvent privilégier une césarienne planifiée plutôt que de tenter un accouchement vaginal. Cependant la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) s'inquiète de cette tendance émergente.



La césarienne : vrai ou faux?

Il arrive que le choix de recourir à la césarienne soit fondé sur des mythes plutôt que sur des raisons qui correspondent à la réalité de la femme enceinte.

La césarienne prévient ou diminue l'incontinence urinaire, c'est-à-dire le fait d'être incapable de retenir son urine?

Faux. Il n'y a aucune preuve scientifique qui démontre que la césarienne prévient l'incontinence.

La césarienne permet une meilleure vie sexuelle après la naissance?

Faux. Six mois après la naissance, les études démontrent qu'il semble n'y avoir aucune différence entre les femmes qui ont eu une césarienne et celles qui n'en ont pas eu.

La césarienne retarde les premiers contacts avec le bébé?

Vrai et faux. La majorité des hôpitaux encourage le contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né dès sa naissance. Cependant, les routines des salles d'opération et de réveil dans certaines situations peuvent retarder les premiers contacts avec le bébé.

La césarienne est la seule façon d'accoucher d'un "gros" bébé?

Faux. Actuellement, aucun test ne peut prédire précisément le poids d'un bébé et, si une césarienne est nécessaire, la décision devrait se prendre pendant le travail et pas avant.

La césarienne est inévitable si le bébé se présente par le siège?

Faux. Si la plupart des bébés se présentant par le siège naissent dans le passé par césarienne, les associations médicales recommandent aujourd'hui que dans certaines circonstances, on pratique un accouchement naturel.

La césarienne est inévitable pour accoucher de jumeaux?

Faux. Il est possible dans certains cas d'accoucher par voie vaginale lorsque la femme attend des jumeaux.

Césarienne un jour, césarienne toujours?

Faux. Un bon nombre de femmes qui ont déjà eu une césarienne peuvent accoucher naturellement par la suite (selon certaines conditions cliniques). C'est ce qu'on appelle un accouchement vaginal après césarienne (AVAC).

L'AVAC

Après l'accouchement, lorsque les femmes et leur conjoint sont informés des circonstances liées à la césarienne, ceux-ci sont davantage en

mesure de prendre une décision éclairée sur le choix du mode d'accouchement pour une seconde grossesse. C'est la responsabilité du médecin et de la sage-femme de discuter avec les parents des événements survenus durant le travail qui a occasionné le choix de la césarienne.



La majorité des femmes peuvent envisager d'avoir un accouchement vaginal après une césarienne (AVAC), après 18 ou 24 mois (selon le cas) suivant la césarienne. Les conditions de réussite sont directement en lien avec les causes de la première césarienne et l'évolution de la seconde grossesse. Ces conditions de réussite doivent être réévaluées tout au long de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Selon certains critères d'admissibilité, les femmes peuvent discuter avec leur médecin de leur chance de réaliser un AVAC.

Les avantages d'un AVAC présentent généralement les mêmes que ceux d'un accouchement vaginal. En plus de la satisfaction pour certaines femmes d'avoir donné naissance par voie naturelle, l'AVAC permet le peau à peau avec le bébé dès la naissance et un contact immédiat et soutenu favorisant un allaitement précoce et optimal.



La cicatrice de la césarienne

La possibilité d'envisager un AVAC est aussi reliée à la cicatrice de la césarienne.

L'emplacement, la forme et la qualité de la cicatrice utérine doivent être discutés à propos de l'avenir obstétrical de la grossesse avec les intervenants de santé.

Lors de la césarienne, plusieurs plans (niveaux de tissus) ont été incisés. Par

conséquent, la cicatrice se situe sur la peau et sur d'autres organes internes dont l'utérus. La forme de la cicatrice est importante, mais aussi la partie de l'utérus qui a été incisée en lien avec les diverses circonstances (césarienne pratiquée très tôt ou selon la position du fœtus) justifiant l'intervention chirurgicale.

La qualité de la cicatrice de la césarienne peut être reliée aux soins et aux complications qui surviennent après l'accouchement. Le processus se déroule sur plusieurs semaines et mois après la césarienne. Des tiraillements désagréables ou douloureux peuvent subsister durant les 2 premiers mois. Une fois les points de suture ou agrafes retirés (5 à 10 jours après la césarienne) il est recommandé à la femme de se familiariser avec sa cicatrice par des massages doux et précis. Ceux-ci seront essentiellement favorables à une meilleure cicatrisation prévenant les adhérences ou autres complications.

L'ostéopathie et la cicatrice de la césarienne

Il est de plus en plus recommandé par les médecins et les sages-femmes de consulter un ostéopathe pour effectuer un travail sur la cicatrice de la césarienne. En effet, la cicatrice extérieure peut sembler être parfaite, mais les plans (tissus) internes ainsi que l'utérus peuvent avoir des adhérences locales et à distance.



La particularité de l'ostéopathie dans le traitement de la femme enceinte a comme objectif de traiter l'ensemble des systèmes et régions du corps qui ont subi des changements importants au moment des différents trimestres de la grossesse et suite à l'accouchement par voie naturelle ou par césarienne.

Dans le cas d'une césarienne, le travail de l'ostéopathe sera d'évaluer les structures qui auront subi des changements significatifs suite à la grossesse, à l'intervention chirurgicale et à la présence de la cicatrice. Les tissus cicatriciels et adhérences causés par la césarienne occasionnent souvent une altération de la souplesse des fascias (tissus de soutien) près de la cicatrice et ceux à distance. Cette modification dans la structure des fascias peut être responsable de tensions et de douleurs situées dans l'utérus, dans les organes avoisinants ainsi que dans d'autres structures telles que le bassin, le thorax, la colonne vertébrale, le crâne, etc.

L'ostéopathe dans le traitement spécifique à la cicatrice de la césarienne aura comme objectif, grâce à sa palpation et son expérience clinique, de relâcher les tensions causées par les adhérences de la cicatrice. Les différents plans (tissus) du bassin : la peau, les muscles, les fascias et l'utérus qui ont été incisés lors de la chirurgie seront travaillés minutieusement afin de rendre une souplesse et une qualité tissulaire à l'ensemble de ces structures locales et conséquemment de celles à distance.

« Ma longue expérience dans le suivi de la femme enceinte, j'estime qu'il est important de prendre le temps d'enseigner à ma patiente le massage de la cicatrice de la césarienne. En effet, il semble probable que les adhérences causées par la cicatrisation puissent être moins importantes lorsque les tissus sont assouplis sur une base régulière ».

Les traitements en ostéopathie et le massage de la cicatrice contribueraient à éviter la probabilité d'une rupture de la paroi de l'utérus au moment de l'accouchement. La rupture utérine lors d'un AVAC pourrait être reliée à la minceur et à la qualité de la paroi de l'utérus à l'endroit de la cicatrice (étude en cours, hôpital Ste Justine).

Que la femme enceinte envisage ou non un AVAC, il est de plus en plus indiqué dans le domaine de la périnatalité de consulter un ostéopathe

pour le suivi de grossesse et la préparation à l'accouchement. Le fait de consulter un ostéopathe spécialisé dans le traitement de la femme enceinte et de la cicatrice de la césarienne serait un atout significatif à la planification d'un AVAC.

Références

Directives cliniques sur l'accouchement vaginal chez les patientes ayant déjà subi une césarienne, Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC), 2005

Le Manuel Merck, traduction en français de la 18e édition, Merck Research Laboratories, 2006

Recommandations pour la pratique clinique : accouchement en cas d'utérus cicatriciel, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2012

Césarienne : conséquences et indications, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, 2000

Brabant I., Une naissance heureuse, Éditions Saint-Martin, 2001

Vadeboncoeur H., Une autre césarienne ou un accouchement naturel?, Éditions Carte Blanche, 2008