



UNIVERSITÉ DE LILLE

UFR3S-MÉDECINE

Année : 2026

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**État des lieux des tentatives d'accouchement par voie basse après
deux antécédents de césarienne à la maternité Jeanne de Flandre**

Présentée et soutenue publiquement le 3 avril 2026 à 16h
au Pôle Formation
par **Clara HERVIER**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Charles GARABEDIAN

Madame le Docteur Mathilde SIBILLE

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Geoffroy CHEVALIER

AVERTISSEMENT

L'université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	8
RESUME.....	9
I. INTRODUCTION.....	7
II. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	9
1. Étude et critères d'éligibilité	9
2. Recueil de données	9
3. Analyse statistique des données	10
4. Objectifs.....	10
5. Éthique.....	11
III. RÉSULTATS.....	12
1. Caractéristiques des patientes.....	12
2. Issues maternelles et fœtales	12
3. Antécédents obstétricaux et type d'accouchement antérieur.....	15
4. Indications des césariennes en cas de TAVB.....	15
IV. DISCUSSION.....	17
1. Résultats principaux.....	17
2. Taux de tentative d'accouchement par voie basse	17
3. Taux d'accouchement par voie basse effectif	17
4. Rupture utérine et déclenchement du travail	18
5. Morbidité néonatale	19
6. Morbidité maternelle	19

7. Forces de l'étude	20
8. Limites de l'étude.....	20
V. CONCLUSION	22
VI. FIGURES ET TABLEAUX.....	23
VII. RÉFÉRENCES	31

LISTE DES ABREVIATIONS

AG : âge gestationnel

ARCF : anomalie du rythme cardiaque fœtal

AVB : accouchement par voie basse

CCT : césarienne en cours de travail

CP : césarienne programmée

HTA : hypertension artérielle

HPP : hémorragie du post-partum

HRP : hématome rétroplacentaire

IMC : indice de masse corporelle

LOSA : lésion du sphincter de l'anus

NC : non connu

pH : potentiel hydrogène

pHa : potentiel hydrogène artériel

TAVB : tentative d'accouchement par voie basse

RÉSUMÉ

Contexte - En France, la tentative d'accouchement par voie basse (TAVB) chez les patientes présentant deux antécédents de césarienne est une option valable selon les recommandations françaises et internationales, mais reste une pratique peu répandue.

Objectifs - Identifier le taux de succès ainsi que les complications maternelles et fœtales, en cas de TAVB à la maternité du CHU de Lille.

Matériel et Méthodes – Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective unicentrique réalisée au CHU de Lille, menée du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2024. Les patientes incluses étaient celles souhaitant une TAVB avec un antécédent de deux césariennes antérieures. Les caractéristiques maternelles, celles de la grossesse, du travail et les données néonatales ont été recueillies à partir des dossiers de suivi de grossesse.

Résultats - Dans notre centre, 13 % des patientes porteuses d'un utérus bicatriciel entre 2017 et 2024 ont eu une TAVB, soit 53 patientes. Le taux d'accouchement par voie basse (AVB) effectif était de 65 %. Il était de 85 % en cas d'antécédent d'AVB et de 52 % en l'absence d'AVB. Quatre patientes (7 %) ont présenté une hémorragie du post-partum entre 1 et 1,5 L. Aucune autre complication maternelle sévère n'est survenue (rupture utérine, hystérectomie, décès maternel). Seuls deux nouveau-nés ont été transférés dans un service de néonatalogie avec des issues satisfaisantes à distance.

Conclusion : Cette étude suggère que la TAVB après deux césariennes peut être envisagée chez des patientes sélectionnées, avec un taux de réussite et des issues maternelles et néonatales rassurantes.

Mots clés : Césarienne – bicatriciel – accouchement par voie basse – rupture utérine

I. INTRODUCTION

Le taux de césariennes a connu une augmentation progressive au cours des dernières décennies (1), pour atteindre environ 20 % (2) des naissances en France. La question de la voie d'accouchement après une césarienne est donc une problématique fréquente en pratique obstétricale. La principale crainte d'un AVB après césarienne est la rupture utérine (3). La rupture utérine est définie comme une déhiscence utérine avec séreuse intacte ou une rupture complète du segment inférieur, survenant au niveau d'une cicatrice de césarienne antérieure (3,4).

Le deuxième risque est l'échec d'une tentative d'accouchement par voie basse (TAVB) aboutissant à une césarienne pendant le travail, situation associée à une morbidité maternelle et néonatale plus élevée qu'une césarienne programmée. La réalisation d'une césarienne itérative augmente quant à elle le risque infectieux, hémorragique, thromboembolique, de plaies d'organe et de placenta accréta pour une future grossesse (5,6).

Après un premier accouchement par césarienne, une TAVB est possible. À l'inverse, elle est contre-indiquée après trois antécédents de césarienne. Après deux accouchements par césarienne, la voie d'accouchement est moins consensuelle. Le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) indique que « la tentative d'accouchement par voie basse en cas d'utérus bicatriciel demeure possible lors de situations obstétricales favorables » (7). Au niveau international, les sociétés savantes d'obstétriques, notamment celles de la FIGO (8) des États-Unis (9), du Canada (10,11), et d'Angleterre (11) donnent des recommandations similaires : une TAVB après deux césariennes est possible selon certains critères et après information de la patiente concernant la prise de risque.

L'objectif de ce travail était d'identifier, dans notre centre, la proportion de patientes

souhaitant une TAVB après deux antécédents de césarienne, le taux de succès de cette tentative, les facteurs associés à sa réussite, ainsi que les issues maternelles et néonatales associées.

II. MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Étude et critères d'éligibilité

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective unicentrique réalisée au CHU de Jeanne de Flandre (Lille, France), menée du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2024.

Les patientes incluses étaient celles souhaitant une TAVB avec deux antécédents de césarienne. La TAVB nécessitait l'accord d'un obstétricien. Les patientes ayant un antécédent de plus de deux césariennes, les cas de mort fœtale et les interruptions médicales de grossesse, ainsi que les accouchements survenus à un terme < 24 SA, n'ont pas été inclus. Toutes les grossesses incluses étaient en présentation céphalique au moment de l'accouchement. La cohorte comprenait exclusivement des grossesses uniques, à l'exception d'une grossesse gémellaire dont le premier jumeau était en présentation céphalique et le second en siège.

Les patientes avec deux antécédents de césariennes étaient identifiées dans le logiciel Sillage. Depuis 2017, l'antécédent d'utérus cicatriciel et le nombre de césariennes antérieures sont complétés par les sages-femmes au moment de l'accouchement. Pour les patientes avec antécédent d'utérus cicatriciel, lorsque le nombre de césariennes antérieures n'était pas précisé, l'information était recherchée dans le compte rendu opératoire et/ou la lettre de sortie.

L'ensemble des données a été recueilli à partir des dossiers de suivi de grossesse manuscrits ou informatisés.

2. Recueil de données

Les variables étudiées étaient les caractéristiques maternelles (âge, IMC, origine géographique, antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux, consommation de

toxiques), les données obstétricales (recours à la procréation médicale assistée, issues des grossesses antérieures, indications des césariennes antérieures, nombre d'accouchements par voie basse antérieurs, présence d'une pathologie obstétricale en cours de grossesse), les issues maternelles de la grossesse d'intérêt (hémorragie du post-partum, rupture utérine, plaie d'organe de voisinage, hystérectomie) et les issues fœtales (poids de naissance, score d'Apgar, pH artériel et veineux au cordon, transfert en néonatalogie).

3. Analyse statistique des données

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel RStudio. Les variables qualitatives sont présentées sous forme de pourcentages et les variables quantitatives sous forme de médiane et d'intervalle interquartile [Q1–Q3]. La normalité de la distribution a été évaluée par le test de Shapiro–Wilk et n'était pas vérifiée. Les variables quantitatives ont donc été comparées à l'aide du test non paramétrique de Mann–Whitney. Les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test exact de Fisher. Un seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

4. Objectifs

L'objectif principal était d'établir le taux de TAVB et son taux de succès. Les objectifs secondaires étaient de déterminer les complications maternelles (rupture utérine, hémorragie, infection, plaie d'organe, transfusion, hospitalisation en réanimation ou en soins intensifs) et les complications néonatales (score d'Apgar <7 à 5 minutes, pH artériel $<7,10$, transfert en service de néonatalogie ou décès néonatal).

5. Éthique

Cette étude observationnelle rétrospective a fait l'objet d'une déclaration auprès du CEROG (Comité d'éthique de la recherche en gynécologie-obstétrique du CNGOF), conformément aux recommandations nationales pour les études rétrospectives sans intervention, autorisation numéro CEROG#2025-OBS-1003 (29/10/2025). Toutes les données ont été anonymisées avant l'analyse afin de garantir la confidentialité des patientes.

III. RÉSULTATS

Au total, de 2017 à 2024 dans notre centre, 420 patientes étaient porteuses d'un utérus bicatriciel. 367 patientes (87 %) ont eu une césarienne programmée. 53 patientes (13 %) ont eu une TAVB. La tentative a permis un AVB effectif pour 34 patientes (65 %). En cas d'antécédent d'AVB, la tentative permettait un AVB dans 85 % des cas. En l'absence d'antécédent d'AVB, la tentative permettait un AVB dans 52 % des cas.

1. Caractéristiques des patientes

Les caractéristiques des patientes ayant eu une TAVB sont détaillées dans le tableau 1. Ces données sont comparées entre le groupe ayant accouché par voie basse et le groupe ayant accouché par césarienne malgré la TAVB. L'âge médian était de 35 ans [32–38]. L'indice de masse corporelle médian était de 26 kg/m² [24–30] sans différence entre les deux groupes. La parité médiane était significativement plus élevée dans le groupe AVB (4 [3–4,75]) que dans le groupe césarienne (3 [3–3] ; (p = 0,01)). Il n'a pas été retrouvé de différence concernant les pathologies en cours de grossesse. Notre population comprenait deux patientes avec un antécédent d'hystérotomie corporelle. Ces deux patientes ont accouché par voie basse après un travail très rapide. Le terme médian d'accouchement était de 39,9 SA [39,0–40,2] dans le groupe AVB et de 40,4 SA [38,9–41,1] dans le groupe césarienne. Le terme médian de l'information sur la voie d'accouchement était de 32 semaines d'aménorrhée (SA) [27–32] dans le groupe AVB et de 33,5 SA [27,75–35] dans le groupe césarienne, sans différence significative (p=0,48)

2. Issues maternelles et fœtales

Les issues maternelles et fœtales sont présentées dans le tableau 2.

Issues maternelles

L'hémorragie du post-partum (perte sanguine > 500 mL) était significativement moins fréquente dans le groupe AVB que dans le groupe césarienne (1 patiente, 3 % vs 9 patientes, 47 % ; $p < 0,001$). Dans le groupe césarienne, quatre patientes (21 %) ont présenté une hémorragie sévère, contre aucune dans le groupe AVB.

Parmi les patientes ayant accouché par voie basse, quatre (11 %) ont nécessité une naissance instrumentale (forceps ou ventouse). La durée médiane des efforts expulsifs était de 4 minutes [3–10,5]. Un AVB s'est compliqué d'une lésion obstétricale du sphincter anal de stade 3b. Aucun cas de rupture utérine ni d'hystérectomie d'hémostase n'a été rapporté.

Issues néonatales

Dans l'ensemble de la population, les issues néonatales étaient globalement favorables, avec des scores d'Apgar majoritairement élevés à 1 et 5 minutes, un pH artériel médian de 7,18 [7,14–7,25], et l'absence de décès néonatal.

Les scores d'Apgar différaient néanmoins entre les groupes. À une minute, le score médian était de 10 [5,5–10] dans le groupe césarienne contre 10 [10–10] dans le groupe AVB ($p < 0,01$). À cinq minutes, les médianes étaient respectivement de 10 [9,5–10] et 10 [10–10] ($p < 0,01$).

Cinq nouveau-nés (25 %) présentaient un score d'Apgar < 7 à une minute dans le groupe césarienne, contre aucun dans le groupe AVB ($p = 0,03$). Parmi ces cinq nouveau-nés, un seul avait encore un score d'Apgar < 7 à cinq minutes. Il s'agissait d'une césarienne réalisée en urgence pour anomalies du rythme cardiaque fœtal, après un délai prolongé entre la décision et la réalisation de l'intervention lié au refus

initial de la patiente. Le nouveau-né avait à la naissance un score d'Apgar de 2 à une minute puis de 6 à cinq minutes avec un pH artériel ombilical à 6,93 et un pH veineux à 6,98. Le nouveau-né a été transféré en réanimation néonatale. Il a présenté une encéphalopathie anoxo-ischémique de stade I, d'évolution favorable, sans indication d'hypothermie thérapeutique.

Dans le groupe AVB, le pH artériel était de 7,20 [7,16 –7.25] vs 7,17 [7,09 –7.23] dans le groupe césarienne ($p = 0.07$). Huit nouveau-nés (42 %) avaient un pH < 7,15 dans le groupe césarienne contre 7 (20 %) dans le groupe AVB ($p = 0,1$).

Parmi ces situations, une patiente ayant bénéficié d'une césarienne en cours de travail pour dystocie cervicale a donné naissance à un enfant de 3 290 g, avec un score d'Apgar de 2 à une minute, 8 à cinq minutes et 10 à dix minutes, et un pH artériel de 6,98 (pH veineux 7,02). Une anesthésie générale a été nécessaire en raison d'une anesthésie insuffisante à l'incision. Les suites néonatales ont été simples, sans transfert en néonatalogie.

Une autre patiente, admise à 38 SA + 4 jours et dirigée en salle de naissance, a présenté des anomalies du rythme cardiaque fœtal conduisant à une césarienne en cours de travail. En peropératoire, le segment inférieur était décrit comme très fin, en état de pré-rupture. Le nouveau-né est né avec un pH artériel de 7,00, un pH veineux de 7,03 et un score d'Apgar de 10 à une et cinq minutes, les suites étaient simples, sans nécessité de transfert en néonatalogie.

Deux nouveau-nés (10 %) ont été transférés en réanimation néonatale dans le groupe césarienne contre aucun dans le groupe AVB ($p = 0,03$). Le premier cas est décrit ci-dessus. Le second concernait une patiente suivie depuis 24 SA et 5 jours pour rupture prématurée des membranes et RCIU < au 1er percentile. Le travail a débuté prématurément à 31 SA et 5 jours et, devant des anomalies du rythme cardiaque fœtal

et une suspicion d'infection intra-utérine, une césarienne a été réalisée en cours de travail. Le nouveau-né pesant 1 778 g, présentait un score d'Apgar 7 à une minute puis 9 à cinq minutes, avec un pH artériel à 7,19. Le transfert en réanimation néonatale était indiqué en raison de la prématurité. Son séjour a duré huit semaines.

Aucun décès néonatal n'est survenu.

Globalement les complications néonatales sévères restaient rares dans les deux groupes.

3. Antécédents obstétricaux et type d'accouchement antérieur

Les voies d'accouchement antérieures (AVB, césariennes programmées, en urgence avant travail ou pendant le travail) et les indications de césarienne sont présentées dans les tableaux 3 et 4.

La séquence de voies d'accouchement la plus fréquente était : deux antécédents de césariennes en cours de travail sans accouchements par voie basse. Pour ces patientes, 7/16 (43 %) ont accouché par voie basse. La séquence césarienne en cours de travail puis césarienne programmée était la deuxième plus fréquente (n = 11). Pour ces patientes, 7 (63 %) ont accouché par voie basse. Les patientes avec antécédents de deux césariennes pour ARCF ont toutes les quatre eu une troisième césarienne. Les indications étaient : récurrences d'ARCF (n = 2), absence de mise en travail à terme dépassé (n = 1), et dystocie cervicale (n = 1). Les patientes avec au moins une indication de césarienne pour défaut d'engagement ont toutes eu un AVB (n = 8).

4. Indications des césariennes en cas de TAVB

Lorsqu'une césarienne était nécessaire chez ces patientes avec un utérus bicatriciel, les indications étaient : l'absence de mise en travail spontanée (n = 5), des anomalies

du rythme cardiaque fœtal (ARCF) en cours de travail (n = 7), une dystocie cervicale (n = 5), et l'association d'une dystocie cervicale et d'ARCF (n = 2).

IV. DISCUSSION

1. Résultats principaux

Dans notre centre, 13 % des patientes porteuses d'un utérus bicatriciel entre 2017 et 2024 ont eu une TAVB. Le taux d'AVB effectif était de 65 %. Il était de 85 % en cas d'antécédent d'AVB et de 52 % en l'absence d'AVB.

Quatre patientes (7 %) ont présenté une hémorragie du post-partum comprise entre 1 et 1,5 L, toutes après une césarienne. Aucune autre complication maternelle sévère n'est survenue (rupture utérine, hystérectomie, décès maternel).

Seuls deux nouveau-nés ont été transférés dans un service de néonatalogie : le premier nouveau-né transféré l'a été pour prématurité, sans lien avec la voie d'accouchement. Le deuxième concernait la patiente avec un long délai entre la décision de césarienne et l'accord de la patiente pour la réaliser.

2. Taux de tentative d'accouchement par voie basse

Dans notre centre, 13 % des patientes porteuses d'un utérus bicatriciel ont eu une TAVB. Ce taux relativement faible reflète probablement une politique de sélection prudente des patientes. Il peut également s'expliquer par la préférence maternelle pour une césarienne programmée, souvent perçue comme plus sécurisante après deux césariennes antérieures. Ce taux de tentative est comparable à celui rapporté dans la littérature, qui se situe entre 2,9 et 27 % (4,12–15).

3. Taux d'accouchement par voie basse effectif

Dans notre étude, la TAVB a abouti à un accouchement vaginal effectif dans 65 % des cas. Ce taux de réussite peut être considéré comme satisfaisant et cliniquement

acceptable, et il est comparable aux taux rapportés dans la littérature entre 40 et 75 % (1,3,4,14,15).

Toutefois, ce taux global masque des différences importantes selon les caractéristiques obstétricales des patientes. La présence d'un antécédent d'AVB était associée à un taux de succès nettement plus élevé, atteignant 85 %, tandis qu'en l'absence d'un tel antécédent, la réussite de la tentative n'était observée que dans 52 % des cas dans notre population. Cette information apparaît majeure dans la discussion avec la patiente car, l'existence d'un antécédent d'AVB constituant un élément favorable lorsqu'une TAVB est envisagée et souhaitée. Ces résultats sont en accord avec les données de la littérature, qui identifient l'antécédent d'AVB comme l'un des principaux facteurs prédictifs indépendants de succès du TAVB, y compris après deux césariennes, avec des taux de réussite significativement plus élevés dans cette population (1,3,4).

4. Rupture utérine et déclenchement du travail

Aucun cas de rupture utérine n'a été relevé dans notre population. Dans la littérature, le taux de rupture utérine est compris entre 0,6 % et 1,8 % (3,4,12–14,16). L'absence de rupture utérine dans notre population s'explique par notre petit effectif mais aussi possiblement par une sélection prudente des patientes. L'absence de déclenchement du travail proposé à ces patientes diminue également ce risque. Une faible dose d'ocytocine a été administrée chez trois patientes en salle de naissance ; aucune n'a reçu de prostaglandines ni bénéficié d'un ballonnet de dilatation cervicale. Chez les patientes porteuses d'un utérus bicatriciel, la gestion du travail impose une surveillance obstétricale renforcée en raison du risque accru de rupture utérine. Dans notre centre, l'utilisation d'ocytocine repose sur une décision individualisée par un

obstétricien senior, avec des posologies prudentes.

5. Morbidité néonatale

Seuls deux nouveau-nés ont été transférés dans un service de néonatalogie : le premier nouveau-né transféré l'a été pour prématurité, sans lien avec la voie d'accouchement. Le deuxième concernait la patiente avec un long délai entre la décision de césarienne et l'accord de la patiente pour la réaliser. Aucun nouveau-né n'a nécessité d'hypothermie thérapeutique. Aucun décès n'est survenu. Dans notre série, les issues néonatales apparaissent donc rassurantes. Toutefois, si plusieurs travaux rapportent des taux faibles de complications sévères après TAVB sur utérus multicatriciel (12–14), certaines études décrivent une légère augmentation du risque de complications néonatales sévères comparativement à la césarienne itérative programmée, notamment en cas d'échec du TAVB (1,15). Ces éléments soulignent l'importance d'une sélection rigoureuse des patientes et d'une surveillance obstétricale adaptée.

6. Morbidité maternelle

Quatre hémorragies du post-partum, comprises entre 1 L et 1,5 L, sont survenues dans le groupe césarienne, les césariennes réalisées en cours de travail constituant un facteur de risque connu d'hémorragie du post-partum. L'absence de rupture utérine et d'hystérectomie d'hémostase dans les deux groupes constitue un élément rassurant. Dans notre série, les complications maternelles et néonatales observées restent comparables à celles décrites dans la littérature (12,14,15,17) et surviennent principalement dans le contexte d'un échec de tentative nécessitant une césarienne secondaire. Si nos résultats apparaissent rassurants, ils doivent toutefois être

interprétés avec prudence. En effet, comme le rapportent Macones et al. (4), le risque de rupture utérine et de complications maternelles majeures est plus élevé en cas de TAVB qu'en cas de césarienne répétée programmée, bien que le risque absolu de ces événements demeure faible.

7. Forces de l'étude

Cette étude présente plusieurs forces. Il s'agit d'une étude française, rétrospective et monocentrique, reflétant les pratiques obstétricales d'un centre hospitalier universitaire. Elle s'inscrit dans un contexte d'augmentation du taux de césariennes, rendant la prise en charge des patientes porteuses d'un utérus bicatriciel de plus en plus fréquente. La taille modérée de la population a permis une analyse détaillée des parcours obstétricaux, notamment des circonstances et des indications des césariennes antérieures. Ces résultats pourraient nous permettre d'affiner nos critères de sélection des patientes ayant une TAVB.

Les issues maternelles et néonatales observées dans cette étude sont globalement rassurantes, suggérant que la TAVB peut être envisagée chez des patientes sélectionnées, sans augmentation majeure des complications.

8. Limites de l'étude

Cette étude présente toutefois plusieurs limites. Son caractère rétrospectif expose à un risque de biais d'information, lié à l'exhaustivité variable des dossiers médicaux. Le faible effectif de la population étudiée constitue une limite importante, réduisant la puissance statistique et ne permettant pas la réalisation d'analyses multivariées afin d'identifier des facteurs indépendants associés à la réussite de l'AVB. L'absence de complication sévère, notamment de rupture utérine, est à interpréter dans ce contexte

de petit effectif.

Le caractère monocentrique limite la généralisation des résultats, les pratiques pouvant différer selon les établissements. De plus, l'absence de comparaison avec les patientes ayant eu une césarienne programmée ne permet pas de comparer les complications entre les deux stratégies. Il n'est également pas possible de savoir si les patientes ayant eu une TAVB étaient une population particulièrement sélectionnée avec des caractéristiques différentes de celles ayant eu une césarienne programmée.

V. CONCLUSION

Dans notre population, 13 % des patientes ont bénéficié d'une TAVB. Le taux de succès global s'élevait à 65 %, atteignant 85 % en cas d'antécédent d'AVB. La morbidité materno-fœtale observée demeurait faible. Dans ce contexte, la TAVB après deux césariennes apparaît comme une option envisageable chez des patientes sélectionnées, associée à un taux de succès satisfaisant et à une morbidité materno-fœtale faible, sous réserve d'une information claire et d'une prise en charge adaptée.

VI. FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Diagramme de flux

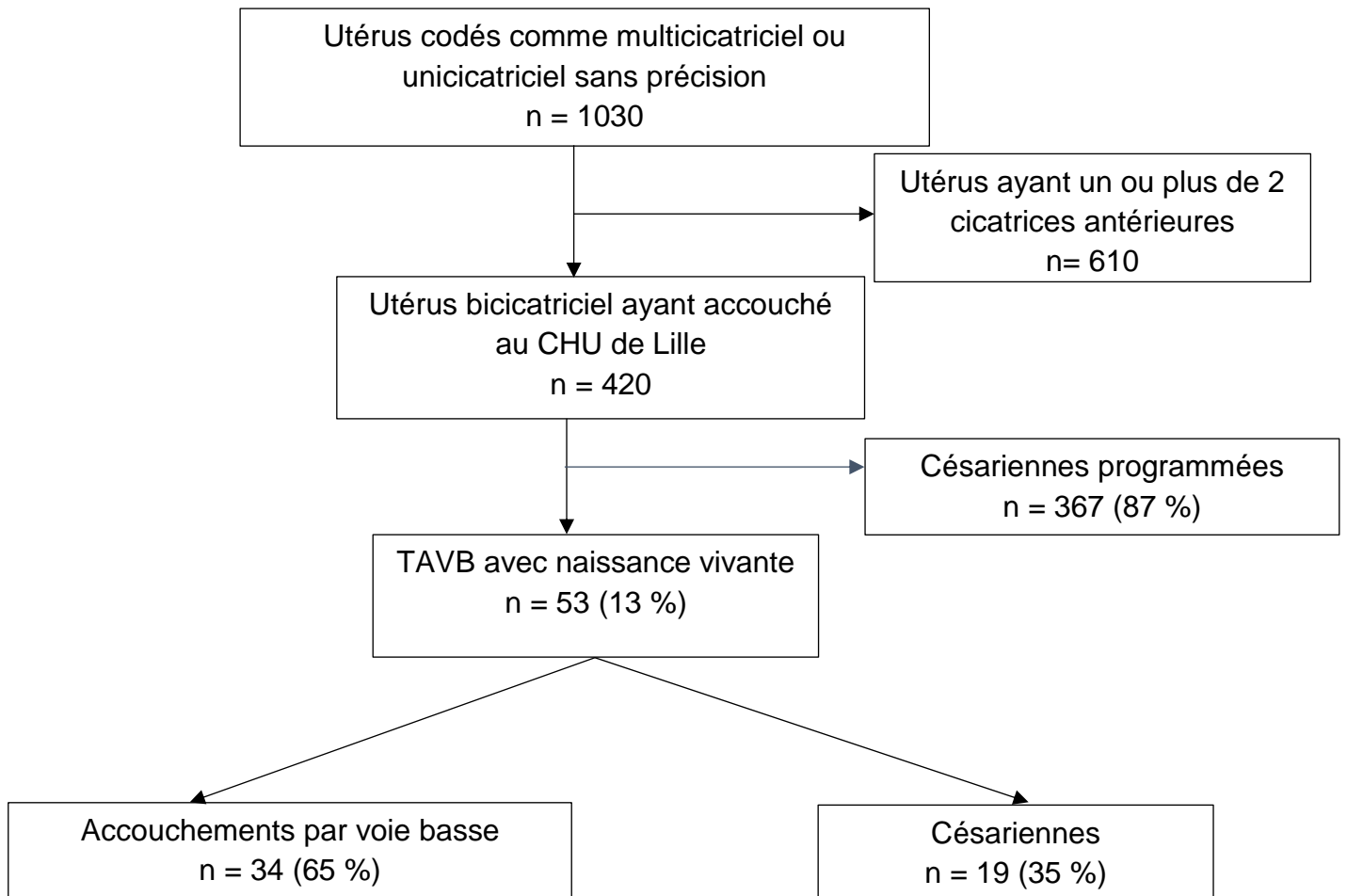


Tableau 1 : Caractéristiques des patientes ayant eu une tentative d'accouchement par voie basse

	AVB (n = 34)	Césarienne (n = 19)	Population (n = 53)	p
Caractéristiques maternelles				
Age	35,5 [32–38]	35 [32–37,5]	35 [32–38]	0,89
IMC	25,85 [23.07–30]	26 [24–30]	26 [24–30]	0,64
<u>Ethnie</u>				
Europe	16 (47 %)	6 (33 %)	22	
Afrique de Nord	10 (29 %)	6 (33 %)	16	
Afrique central	7 (21 %)	6 (33 %)	13	
Autres	1 (3 %)	1 (5 %)	2	
Antécédent d'AVB (oui/non)	17 (50 %)	3 (16 %)	20	0,72
Antécédent d'hystérotomie corporeale (HSC)	2 (5 %)	0	2	
Parité	4 [3-4.75]	3[3-3]	3 [3–4]	0,02
PMA	0	0	0	
Données obstétricales				
Gémellaire	1 (3 %)	0	1	1
Diabète gestationnel	5 (15 %)	6 (32 %)	11	0,17
Prééclampsie	0	0	0	0
MAP	1 (3 %)	0	1	1
RPM	2 (6 %)	0	2	1
HTA gravidique	0	1 (5 %)	1	0,36
Cholestase	0	1 (5 %)	1	0,36
<u>Pathologie fœtale</u>				
RCIU	1(3 %)	1 (5 %)	2	0,68
Syndrome malformatif	1(3 %)	1 (5 %)	2	0,68
Macrosomie	1(3 %)	0	1	1
<u>Information sur les modalités d'accouchement</u>				
Terme de l'information	32 [27–32]	33,5 [27,75–35]	27 [32,5–35]	0,48
Terme d'accouchement	39,92 [39,03–40,28]	40,42 [38,92–41.07]	40 [39–40,42]	0,14
Accouchement <37 SA	3 (8 %)	1 (5 %)	4	1
Accouchement instrumental	4 (11 %)	0	4	

Les variables catégorielles sont exprimées sous forme de pourcentages et celles quantitatives sont exprimées en médiane et en intervalle interquartile (Q1-Q3). Les données du groupe AVB et du groupe césarienne ont été comparées. Les données qualitatives ont été comparées à l'aide du test exact de Fisher. Les données quantitatives ont été comparées à l'aide du test de Mann-Whitney.

Abréviations : IMC : indice de masse corporelle, AVB : accouchement par voie basse, PMA : procréation médicalement assistée, RCIU : retard de croissance, MAP : menace d'accouchement prématuré, RPM : rupture prématurée des membranes, HTA : hypertension artérielle.

Tableau 2 : Issues maternelles et fœtales des patientes ayant eu une tentative d'accouchement par voie basse.

Variables	AVB (n = 35)	Césarienne (n = 19)	Population (n = 53)	p
Issues maternelles				
HPP (n, %)	1 (3 %)	9 (47 %)	10	< 0,01
• 0,5–1 L	1	5 (26 %)	6	
• 1 L–1,5 L	0	4 (21 %)	4	< 0,01
• >1,5 L	0	0	0	
Durée des efforts expulsifs (minutes)	4 [3–10,5]	NA	NA	
Rupture utérine	0	0	0	
Hystérectomie	0	0	0	
HRP	0	0	0	
LOSA	1 (3 %)	0	1	
Décès maternel	0	0	0	
Issues fœtales				
Poids de naissance (g)	3400 [2980–3540]	3308 [3028–3511]	3375 [2980–3520]	0,96
Apgar à 1 min	10 [10–10]	10 [5,5–10]	10 [10–10]	< 0,01
Apgar à 5 min	10 [10–10]	10 [9,5–10]	10 [10–10]	< 0,01
Apgar <7 à 1 min	0	5 (25 %)	5	< 0,01
Apgar <7 à 5 min	0	1(5 %)	1	0,35
pH artériel	7,20 [7,16–7,25]	7,17 [7,09–7,23]	7,18 [7,14–7,25]	0,08
pH artériel < 7,15	7 (20 %)	8 (42 %)	15	0,10
pH artériel ≤ 7,05	0	4 (21 %)	4	0,03
Transfert en néonatalogie	0	2 (10 %)	2	0,03
Décès néonatal	0	0	0	

Les variables catégorielles sont exprimées sous forme de pourcentages et celles quantitatives sont exprimées en médiane et en intervalle interquartile (Q1-Q3).

Les données du groupe AVB et du groupe césarienne ont été comparées.

Les données qualitatives ont été comparées à l'aide du test exact de Fisher. Les données quantitatives ont été comparées à l'aide du test de Mann-Whitney.

Abréviations : HPP : hémorragie du post-partum – HRP : hématome rétroplacentaire – LOSA : lésion obstétricale du sphincter anal

Tableau 3 : Séquences des voies d'accouchements antérieurs avant la tentative d'accouchement par voie basse.

Séquences	AVB (n = 34)	Césarienne (n = 19)	Total (n = 53)
CCT-CCT	7 (44 %)	9 (56 %)	16
CCT-CP	7 (63 %)	4 (37 %)	11
CP-CCT	2 (67 %)	1 (33 %)	3
CAT-CCT	0 (0 %)	1 (100 %)	1
CCT-CAT	0 (0 %)	1 (100 %)	1
CAT-CP	1 (100 %)	0 (0 %)	1
CCT-CCT-AVB	5 (100 %)	0 (0 %)	5
CCT-CCT-AVB-AVB	5 (100 %)	0 (0 %)	5
AVB-AVB-CCT-CCT	1 (50 %)	1 (50 %)	2
CCT-AVB-CP	1 (50 %)	1 (50 %)	2
CCT-CCT-AVB-AVB-AVB	0 (0 %)	1 (100 %)	1
AVB-AVB-AVB-AVB-CCT-CP-AVB	1 (100 %)	0 (0 %)	1
CCT-AVB-CCT	1 (100 %)	0 (0 %)	1
AVB-AVB-AVB-CCT-CCT	1 (100 %)	0 (0 %)	1
AVB-AVB-CCT-CP	1 (100 %)	0 (0 %)	1
CP-AVB-CP	1 (100 %)	0 (0 %)	1

Séquences des voies d'accouchements antérieurs : dans le groupe césarienne et dans le groupe AVB.

*Abréviations : CCT : césarienne en cours de travail CP : césarienne programmée
CAT : césarienne avant travail (en urgences en dehors du travail)*

Tableau 4 : Indications des césariennes antérieures à la tentative d'accouchement par voie basse.

Séquences	AVB (n = 34)	Césarienne (n = 19)	Taux de réussite
ARCF – CP (anémie fœtale)	1	0	100 %
ARCF – CP (Grossesse gémellaire)	1	0	100 %
ARCF – CP (utérus cicatriciel non-souhait voie basse)	2	0	100 %
ARCF (HSC) – CP (atcd d'HSC)	1	0	100 %
ARCF – CP (absence de compte rendu opératoire antérieur)	0	1	100 %
ARCF – ARCF	0	4	0 %
ARCF – Dystocie cervicale	1	1	50 %
ARCF – ARCF et dystocie cervicale	0	1	0 %
ARCF et dystocie cervicale - ARCF	1	0	100 %
ARCF et dystocie cervicale – ARCF et dystocie cervicale	0	1	0 %
Dystocie cervicale – Dystocie cervicale	0	2	0 %
Dystocie cervicale – Défaut d'engagement	3	0	100 %
Dystocie cervicale – CP (siège non-souhait VB)	1	0	100 %
Dystocie cervicale – CP (Grossesse gémellaire)	0	1	0 %
Dystocie cervicale – CP (utérus cicatriciel non-souhait voie basse)	1	1	50 %
Dystocie cervicale – CP (Conditions locales défavorables)	0	1	0 %
Défaut d'engagement – Défaut d'engagement	1	0	100 %
CP (Bassin rétrécit) – ARCF	1	0	100 %
CP (Grossesse gémellaire) – ARCF	1	0	100 %
CP (Siège non-souhait voie basse) – Procidence	0	1	0 %
Echec double instrument – ARCF	1	1	50 %
Echec double instrument – Dystocie d'engagement	1	0	100 %
HRP – ARCF et dystocie cervicale	0	1	0 %
Métrorragies – Défaut d'engagement	1	0	100 %
2 AVB – ARCF – ARCF	1	1	50 %
2 AVB – ARCF – CP (siège non-souhait voie basse)	1	0	100 %

3 AVB – NC – ARCF	1	0	100 %
4 AVB – ARCF (HSC) – CP (Atcd d'HSC)	1	0	100 %
ARCF et dystocie cervicale – ARCF - AVB	1	0	100 %
ARCF et dystocie cervicale – ARCF – AVB – AVB	1	0	100 %
ARCF et dystocie cervicale – ARCF – AVB – AVB – AVB	0	1	0 %
ARCF – AVB – CP (Utérus cicatriciel non-souhait voie basse)	0	1	0 %
Dystocie cervicale – AVB - CP (siège non-souhait VB)	1	0	100 %
NC – NC – AVB (IMG 22 SA)	1	0	100 %
NC – NC – AVB (IMG 22 SA) – AVB	1	0	100 %
NC – NC – AVB (IMG 22 SA) – AVB – AVB	1	0	100 %
Défaut d'engagement – Défaut d'engagement – AVB	1	0	100 %
Défaut d'engagement – Défaut d'engagement – AVB – AVB	1	0	100 %
Métrorragies – Défaut d'engagement – AVB	1	0	100 %
Métrorragies – Défaut d'engagement – AVB – AVB	1	0	100 %
Echec double instrument – Défaut d'engagement – AVB	1	0	100 %
CP (grossesse gémellaire) - AVB – CP (Macrosomie utérus cicatriciel)	1	0	100 %

Abréviations : ARCF : anomalie du rythme cardiaque fœtal, NC : non connue, HSC : hystérotomie segmentaire corporelle, CP : césarienne programmée

Tableau 5 : Indication des césariennes lors de la TAVB.

Indications	n = 19
ARCF	7
Absence mise en travail spontanée	5
Dystocie cervicale	5
ARCF + dystocie cervicale	2

Abréviation : ARCF : anomalie du rythme cardiaque fœtal.

VII. RÉFÉRENCES

1. McMullan JC, Creswell L, Frazer M, McFetridge L, Mitchell H, Coyne C, et al. Trial of labour following two previous caesarean sections – A UK cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1 juill 2024;298:182-6. doi:10.1016/j.ejogrb.2024.05.020 PubMed PMID: 38776845.
2. Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021 [Internet]. [cité 27 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-l-edition-2021>
3. Denjean S, Reis D, Bräuer M, Längler A. Trial of labour after two caesarean sections (TOLA2C) and risk of uterine rupture, a retrospective single centre study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 3 sept 2024;24(1):576. doi:10.1186/s12884-024-06763-x
4. Macones GA, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol.* avr 2005;192(4):1223-8; discussion 1228-1229. doi:10.1016/j.ajog.2004.12.082 PubMed PMID: 15846208.
5. Sondgeroth K, Wan L, Rampersad R, Stout M, Macones G, Cahill A, et al. Risk of Maternal Morbidity with Increasing Number of Cesareans. *Am J Perinatol.* mars 2019;36(04):346-51. doi:10.1055/s-0038-1673653
6. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal Morbidity Associated With Multiple Repeat Cesarean Deliveries. *Obstet Gynecol.* juin 2006;107(6):1226. doi:10.1097/01.AOG.0000219750.79480.84
7. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* sept 2005;34(5):513. doi:10.1016/S0368-2315(05)82867-

8. FIGO good practice recommendations for vaginal birth after cesarean section - Barnea - 2025 - International Journal of Gynecology & Obstetrics - Wiley Online Library [Internet]. [cité 4 déc 2025]. Disponible sur: https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijgo.70406?utm_source=chatgpt.com
9. Vaginal Birth After Cesarean Delivery [Internet]. [cité 4 déc 2025]. Disponible sur: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2019/02/vaginal-birth-after-cesarean-delivery>
10. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155 (Replaces guideline Number 147), February 2005. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. juin 2005;89(3):319-31. doi:10.1016/j.ijgo.2005.03.015 PubMed PMID: 16001462.
11. Dy J, DeMeester S, Lipworth H, Barrett J. No. 382-Trial of Labour After Caesarean. J Obstet Gynaecol Can. 1 juill 2019;41(7):992-1011. doi:10.1016/j.jogc.2018.11.008 PubMed PMID: 31227063.
12. Modzelewski J, Jakubiak-Proc M, Materny A, Sotniczuk M, Kajdy A, Rabijewski M. Safety and success rate of vaginal birth after two cesarean sections: retrospective cohort study. Ginekol Pol. 2019;90(8):444-51. doi:10.5603/GP.2019.0076
13. Rotem R, Hirsch A, Sela HY, Samueloff A, Grisaru-Granovsky S, Rottenstreich M. Maternal and Neonatal Outcomes Following Trial of Labor After Two Previous

Cesareans: a Retrospective Cohort Study. *Reprod Sci* Thousand Oaks Calif. avr 2021;28(4):1092-100. doi:10.1007/s43032-020-00378-1 PubMed PMID: 33185861.

14. Horgan R, Hossain S, Fulginiti A, Patras A, Massaro R, Abuhamad AZ, et al. Trial of labor after two cesarean sections: A retrospective case–control study. *J Obstet Gynaecol Res.* 2022;48(10):2528-33. doi:10.1111/jog.15351
15. Dombrowski M, Illuzzi JL, Reddy UM, Lipkind HS, Lee HC, Lin H, et al. Trial of Labor After Two Prior Cesarean Deliveries: Patient and Hospital Characteristics and Birth Outcomes. *Obstet Gynecol.* juill 2020;136(1):109-17. doi:10.1097/AOG.0000000000003845 PubMed PMID: 32541284; PubMed Central PMCID: PMC7321852.
16. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* janv 2010;117(1):5-19. doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02351.x PubMed PMID: 19781046.
17. Landon MB, Spong CY, Thom E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW, et al. Risk of Uterine Rupture With a Trial of Labor in Women With Multiple and Single Prior Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* juill 2006;108(1):12. doi:10.1097/01.AOG.0000224694.32531.f3

AUTEURE : Nom : HERVIER

Prénom : Clara

Date de soutenance : 03/04 /2026

Titre de la thèse : Etat des lieux des tentatives d'accouchement par voie basse après deux antécédents de césarienne à la maternité Jeanne de Flandre

Thèse - Médecine - Lille 2026

Cadre de classement : Obstétrique

DES + FST/option : Gynécologie obstétrique

Mots-clés : césarienne – bicatriciel – accouchement par voie basse – rupture utérine

Résumé :

Contexte - En France, la tentative d'accouchement par voie basse (TAVB) chez les patientes présentant deux antécédents de césarienne est une option valable selon les recommandations françaises et internationales mais reste une pratique peu répandue.

Objectifs - Identifier le taux de succès ainsi que les complications maternelles et fœtales, en cas de TAVB à la maternité du CHU de Lille.

Matériel et Méthodes – Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective unicentrique réalisée au CHU de Lille menée du 1er janvier 2017 au 31 décembre 2024. Les patientes incluses étaient celles souhaitant une TAVB avec un antécédent de deux césariennes antérieures. Les caractéristiques maternelles, celles de la grossesse, du travail et les données néonatales ont été recueillies à partir des dossiers de suivi de grossesse.

Résultats - Dans notre centre, 13 % des patientes porteuses d'un utérus bicatriciel entre 2017 et 2024 ont eu TAVB, soit 53 patientes. Le taux d'AVB effectif était de 65 %. Il était de 85 % en cas d'antécédent d'AVB et de 52 % en l'absence d'AVB. Quatre patientes (7 %) ont présenté une hémorragie du post-partum entre 1 et 1,5 litre. Aucune autre complication maternelle sévère n'est survenue (rupture utérine, hystérectomie, décès maternel). Seuls deux nouveau-nés ont été transférés dans un service de

néonatalogie avec des issues satisfaisantes à distance.

Conclusion : Cette étude suggère que la TAVB après deux césariennes peut être envisagée chez des patientes sélectionnées, avec un taux de réussite et des issues maternelles et néonatales rassurantes

Composition du Jury :

Président : Pr SUBTIL Damien

Asseseurs : Pr GARABEDIAN Charles – Dr SIBILLE Mathilde

Directeur de thèse : Dr CHEVALIER Geoffroy