



Le déclenchement de l'accouchement Conférence de Consensus



Paris 29 et 30 novembre 1995

Collège national des gynécologues et obstétriciens français

Conclusions du jury formulées définitivement après discussion avec l'assemblée

Comité d'organisation: M.A. Bruhat, G. Bréart, M. Tournaire. Composition du jury: M.A. Bruhat (président), H.J. Philippe (coordonnateur), P. Chabert, J. Deberre, J.Y. Grall, A.S. Hurel, A. Labbé, X. Le Coutour, J. Lehmann, F. Planiol, Y. Rouquet, G. Schlaeder.

Le déclenchement de l'accouchement représente une décision médicale dont l'objectif est d'obtenir l'accouchement en induisant le travail par des techniques adaptées et sous une surveillance stricte.

Le jury de la conférence tient à remercier les 34 auteurs qui ont fourni un document de synthèse à partir de l'analyse de la littérature.

Ayant pris connaissance des rapports et entendu les exposés des rapporteurs et leurs réponses aux nombreuses questions du public médical, le jury, après avoir délibéré, donne les réponses suivantes aux cinq questions posées.

QUELLE EST LA PLACE DU DÉCLENCHEMENT EN FRANCE ET DANS LE MONDE?

En France, de 1972 à 1995, la fréquence des déclenchements a varié de 8,5 à 20%, mais il existe une disparité importante suivant les régions et suivant les établissements.

La fréquence des déclenchements pour indications médicales est stable de 1988 à 1994: 11,2%; mais ceux sans indication médicale ont augmenté progressivement de 4,2 à 7,3 %.

A l'étranger, dans les années 80, la fréquence était pour:

le Danemark, de 12%,

la Pologne, de 15 %,

la Norvège, de 17,5 %,

le Pays de Galles, de 36%,

la Finlande, de 17 à 29%,

alors qu'elle était de 10,4% en France.

QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS DES TECHNIQUES DE DÉCLENCHEMENT?

Les techniques de déclenchement doivent induire une activité contractile jusqu'à l'accouchement, après maturation du col utérin si nécessaire.

Procédés mécaniques

Les procédés mécaniques (bougies, lamineuses, ballons) n'ont pas fait la preuve d'une efficacité supérieure aux autres méthodes.

Procédés pharmacologiques

Ocytocine (Syntocinon~)

L'ocytocine est le produit ocytocique de référence. Il a l'avantage d'une grande maniabilité. Il est associé à une rupture artificielle des membranes.

Le débit initial est de 0,5 à 1 MUI/min par voie intraveineuse, puis l'augmentation doit être progressive par paliers minimums de 3045 min jusqu'à l'obtention d'une contractilité régulière, avec un maximum du débit de perfusion de 20 MUI/min.

Le principal avantage est sa maniabilité liée à sa voie d'administration. La surveillance doit comporter l'enregistrement permanent du rythme cardiaque fœtal (RCF) et des contractions utérines.

Il est souhaitable de prendre des précautions supplémentaires en cas d'utérus cicatriciel ou de fœtus fragile (hypotrophe, prématuré).

PGE2 (Prostine, Prepidil)

Pour le déclenchement, son efficacité est proche de celle de l'ocytocine; la voie d'administration recommandée est la voie vaginale à une posologie de 1 mg afin de tester la sensibilité utérine, puis adaptée à la réponse après un délai de 4 à 6 heures.

Elle ne nécessite pas de rupture artificielle des membranes.

Pour la maturation, on utilise de préférence la voie intracervicale (Prepidil ~ 0,5 mg) en évitant un passage extraamniotique, source d'hypercinésie.

Leur utilisation nécessite une surveillance étroite comportant un enregistrement préalable du RCF et de la contractilité utérine; il sera prolongé au minimum les deux heures suivant la pose puis renouvelé de manière discontinue en fonction de la contractilité utérine.

Leur principal avantage est qu'ils permettent une déambulation de la parturiente.

D'autres procédés

Analogues de PGE (misoprostol) et mifépristone, utilisés avec succès dans les interruptions de grossesse, ne sont pas encore évalués et ne peuvent être recommandés actuellement dans le déclenchement du fœtus vivant à terme.

Stratégie de déclenchement

Les objectifs sont différents suivant les indications:

dans les indications médicales, il s'agit de réduire la morbidité et la mortalité fœtomaternelles avec un risque accepté de césarienne;

dans les indications non médicales (accouchement programmé), il s'agit d'améliorer les conditions médicales, psychologiques et organisationnelles.

La stratégie du déclenchement va dépendre des indications, des conditions locales, de la parité et du délai de naissance souhaité.

Pour les indications médicales, on utilisera:

si les conditions locales sont favorables, de préférence l'association ocytocine et amniotomie;

si les conditions locales sont défavorables, une maturation cervicale préalable par prostaglandines (PGE2) intracervicales;

dans les conditions intermédiaires, une application intravaginale de PGE2.

Pour les indications non médicales, la préférence va actuellement à l'association ocytocine-amniotomie. Les conditions locales doivent être favorables, ne nécessitant, dans aucun cas, une maturation préalable.

DANS QUELLES INDICATIONS MÉDICALES UN DÉCLENCHEMENT ESTIL JUSTIFIÉ, COMPTE TENU DE SES AVANTAGES ET DE SES INCONVÉNIENTS?

Dans ces indications, la naissance doit avoir lieu pour des raisons fœtales ou/et maternelles. La décision médicale peut bénéficier d'avis complémentaires et, dans certaines situations, nécessiter un transfert in utero. Le déclenchement peut conduire à une augmentation de l'incidence des césariennes. Plusieurs indications peuvent être envisagées.

Dans certaines situations, la justification d'un déclenchement semble établie en raison d'une réduction de la morbidité et de la mortalité fœtomaternelles.

Grossesse prolongée: à partir de 41 SA en cas de conditions favorables, avec une datebutoir de 42 SA.

Rupture prématurée des membranes après 34 SA: dans les 12 heures suivant la rupture, et, en cas de conditions locales défavorables, l'utilisation de PGE2 vaginale permet de réduire le taux de césariennes. De plus, la limitation du nombre des touchers vaginaux permet de réduire la fréquence des infections périnatales.

Hypotrophie isolée avec arrêt de croissance, après 34 SA: en alternative à la césarienne selon le degré d'hypotrophie et les conditions locales.

Prééclampsie sévère, après 34 SA et sans signe péjoratif fœtomaternel.

Prééclampsie isolée, après 37 SA.

Cholestase gravidique sévère et antécédents de cholestase. Hématome rétroplacentaire (HRP) échographique ou antécédents d'HRP après 37 SA.

Mort in utero, dans le respect du contexte psychologique et de l'avenir obstétrical.

Certaines malformations fœtales évolutives après avis multidisciplinaires (par exemple: uropathies, hydrothorax...).

Dans certaines situations, la justification d'un déclenchement n'est pas établie; cependant, si les conditions locales sont favorables, un déclenchement pourra être envisagé dès 3839 SA.

Diabète bien équilibré.

Cholestase gravidique isolée. HTA isolée.

Cardiopathies.

Traitement anticoagulant (afin de pouvoir réaliser une analgésie péridurale si la patiente le désire).

Grossesse gémellaire normale.

Macrosomie.

Malformations fœtales nécessitant une prise en charge néonatale spécialisée.

Dans certaines situations, la justification d'un déclenchement n'est pas établie; cependant, elles ne constituent pas une contre-indication formelle sous réserve de l'acceptation préalable d'un accouchement par les voies naturelles.

Utérus cicatriciel: deux éléments complémentaires doivent être évalués au préalable: la qualité de la cicatrice utérine et le risque de survenue d'une situation identique à celle ayant conduit à la première intervention. La surveillance sera renforcée (topographie interne souhaitable) et les ocytociques devront pouvoir être interrompus en cas d'anomalies contractiles, privilégiant ainsi l'ocytocine en perfusion.

Siège: le déclenchement modifie l'épreuve dynamique, qui est un élément du pronostic obstétrical; cela rend nécessaire des conditions obstétricales initiales extrêmement favorables ou l'association à un autre motif médical de déclenchement (par exemple: rupture prématurée des membranes).

N.B.: La césarienne doit être le plus souvent réalisée en vue d'une extraction immédiate, du fait de la gravité de la situation maternelle ou fatale: éclampsie, HRP clinique avec fœtus vivant, souffrance fatale aiguë, prééclampsie sévère avec signes péjoratifs...

QUELS SONT LES AVANTAGES ET LES INCONVÉNIENTS DES DÉCLENCHEMENTS SANS INDICATIONS MÉDICALES ?

La mise en balance des avantages et des inconvénients est d'autant plus importante qu'il s'agit d'un acte médical sans justification médicale.

Avantages

Médicaux

· Théoriques attendus:

amélioration de la sécurité maternelle et fœtale;
direction et surveillance précoces du travail.

. Réels:

réduction des grossesses prolongées;
diminution des liquides amniotiques méconiaux sans réduction des inhalations méconiales.

Psychologiques

Soulagement de la patiente en fin de grossesse.
Continuité de la relation patientemédecin/sagefemme.

Organisationnels

Présence du père et garde des enfants.
Meilleur accès à l'analgésie péridurale.
Meilleure organisation de la garde.

Inconvénients

Médicaux

Contractions plus intenses.
Hypotension, défaut de rotation du sommet et extractions instrumentales plus fréquentes, probablement en rapport avec la pratique d'une analgésie péridurale.

Psychologiques

Hypermédicalisation de l'accouchement.
Réponse médicale inadaptée à une demande de soutien psychologique.

Organisationnels

Augmentation de la durée de présence de la femme et de l'équipe médicale en salle de naissance.
Difficultés de gestion des salles d'accouchement.

En conclusion

En raison de l'absence d'avantages médicaux prouvés, il est difficile de recommander une politique de déclenchement systématique à partir de 39 SA.

En raison de l'absence d'augmentation de complications, il est possible de répondre favorablement au souhait d'une patiente de programmer son accouchement, sous deux réserves: conditions locales favorables et technique rigoureuse.

Les conditions générales comportent:

- adhésion de l'équipe médicale aux méthodes de déclenchement (avec accès possible à l'analgésie péridurale);
- adhésion après information complète de la patiente;
- absence de contre-indications médicales et psychologiques;
- déclenchement après 39 SA, terme certain;
- conditions locales favorables.

La technique comporte:

- ocytocine et amniotomie; le plus souvent, analgésie péridurale (suivant des protocoles permettant de réduire l'incidence des extractions instrumentales); surveillance maternelle et fœtale stricte.

QUELLES SONT LES IMPLICATIONS MÉDICO-LÉGALES DES DÉCLENCHEMENTS ?

Les responsabilités médicales

La responsabilité de la décision du déclenchement est entièrement assurée par le médecin.

La surveillance est effectuée sous la responsabilité conjointe de la sage-femme et du médecin responsable de la salle d'accouchement.

Règles générales à respecter

Tenue d'un dossier avec suivi de grossesse et datation précise.

Consentement éclairé indispensable.

Indication clairement et explicitement reportée dans le dossier par écrit (ou documents télématiques).

Nécessité d'une réévaluation des conditions locales au moment du déclenchement, surtout en cas de déclenchement d'indication non médicale.

Certitude d'une disponibilité irréprochable de moyens suffisants et conformes tant en matériel qu'en personnel médical et paramédical.

Technique rigoureuse de déclenchement avec surveillance transcrite sur le dossier.

Surveillance et disponibilité de l'obstétricien responsable du déclenchement, qui doit s'enquérir luimême régulièrement du déroulement du travail, au moment de l'accouchement et dans ses suites immédiates.

RECOMMANDATIONS COMPLÉMENTAIRES DES MEMBRES DU JURY

Il leur a semblé nécessaire de développer des études épidémiologiques et en particulier: d'étudier les nouvelles molécules qui pourraient être utilisées pour le déclenchement, au sein de protocoles rigoureux afin que nous puissions en disposer, si leur innocuité et leur efficacité étaient vérifiées; de réaliser des essais de phase IV pour l'ensemble des produits ocytotiques utilisés au cours de l'accouchement, en raison de leur extrême diffusion; d'évaluer les conséquences sur le nouveauné à moyen et long terme, comportant également le paramètre: relation mère-enfant; d'améliorer le recueil des données périnatales.

Pr M.A. Bruhat