

Le déclenchement du travail

Emmanuel Closset, 27 novembre 2009

Fréquent...

- 1981: 10%
- 1998: 20%

Buts du déclenchement

- Convenance =
 - organisation pour la femme,
 - équipe présente pour l'accouchement
- Médical =
 - Abréger la grossesse sans trop de césariennes

Echec de déclenchement

- Absence de dilatation jusque 5 cm
- 20 % en cas de conditions défavorables
- Quelques % en cas de conditions favorables
- Diminuer les déclenchements sur conditions défavorables contribue à diminuer le nombre de césariennes : parfois mieux vaut attendre avec une bonne surveillance

Conditions obstétricales

- Score de Bishop ☺
 - Le plus répandu
 - Col mûr à partir de 6
- Score de Hughey
 - Tient compte de la parité
- *Impression* : « col sympa »

SCORE	0	1	2	3
Dilatation	0	1-2	3-4	5+
Effacement (%)	0-30	40-50	60-70	80+
Hauteur ép.sciatiques	-3	-2	-1/0	1+
Consistance	ferme	moyenne	molle	-
Position	postérieure	intermédiaire	centrée	-

QUELS PRODUITS

Deux principaux

- Ocytocine IV
 - « contractions » > « maturation »
- Prostaglandines
 - « maturation » > « contractions »
 - Maturation = modifications du tissu conjonctif du col → effacement et dilatation

...mais aucun traitement qui n'ait qu'un seul des 2 effets...ne pas les administrer en même temps

L'amniotomie

- La rupture artificielle des membranes
 - Suffit parfois
 - Très souvent associée à l'ocytocine
 - Quelques contre-indications infectieuses: HIV, herpès...

Utilisation de l'ocytocine

Recommandations HAS
Avril 2008

Tableau 1. Exemple de concentrations en milli-unités par minute en fonction de différents dosages et débits de perfusion

Perfusion 5 UI dans 500 ml de solution isototonique		Perfusion 10 UI dans 500 ml de solution isototonique		Seringue 5 UI dans 49 ml de solution isototonique	
Débit	Concentration MU/min	Débit	Concentration MU/min	Débit	Concentration MU/min
15 mL/h 5 gouttes/min	2,5	15 mL/h 5 gouttes/min	5	1,5 mL/h	2,5
30 mL/h 10 gouttes/min	5	30 mL/h 10 gouttes/min	10	3 mL/h	5
60 mL/h 20 gouttes/min	10	60 mL/h 20 gouttes/min	20	6 mL/h	10
120 mL/h 40 gouttes/min	20	120 mL/h 40 gouttes/min	40	12 mL/h	20

Recommandations

- Début à 2.5 milli U/minute (=15 mL/h)
- Augmentation progressive toutes les **20 à 30 minutes**
- Employer la dose d'ocytocine la plus faible pour obtenir **au max.** 3 à 4 CU par 10 min
- Bonne dynamique utérine = 12,5 MU/min (75mL/h)
- Dose max recommandée = 20 MU/min (120 mL/h)
- ...Ne jamais dépasser 32 MU/min... (195 mL/h!!)

Recommandations

- Après obtention d'une bonne dynamique utérine: *baisse ou arrêt de l'ocytocine*
- Dans les protocoles, spécifier la dose administrée en **MU/min** plutôt que le volume perfusé mL./min...habitudes à changer...
- **Monitoring fœtal** avant le début de l'ocytocine et monitoring continu

Recommandations

- Hypertonie + ARCF + oxytocine → arrêt
- Hypertonie + ARCF sans oxytocine → tocolytique

Prostaglandines

- Naturelles: PGF_{2α}, PGE₂...action / collagène cervical
 - IV, orales: (non)
 - Intolérance digestive, hypertonie / ARCF
 - Pas moins efficaces: locales
 - Dinoprostone 10mg dispositif vaginal (Proress®): 0,33 mg/h
 - PGE₂ 0,5mg intra cervical (Prépidil®)
 - PGE₂ gel vaginal 1 ou 2 mg (Prostine®)
- Inconvénients
 - Hypertonies: 5%, imposant sur une surveillance tant que les CU sont douloureuses
 - ½ vie a priori courte mais effet prolongé...
 - Stockage au frigo
 - Prix
 - Proress 93€
 - Prostine 1 mg 48€, 2 mg 62€

Propess®

- Cf. Fiche signalétique:
 - Maturation à partir de 37 SA
- Technique simple
 - À placer en position transversale
 - Allongée 20-30 minutes après
 - Taille x 2 à 3 entre insertion et retrait
- **Retirer quel que soit l'état du col si les CU surviennent toutes les 3 min ou plus**
- Oxytocine OK 30 min après
- « Délai d'action »: Propess soir ou matin ?

Le misoprostol (Cytotec®)

- Analogue synthétique de PGE₁
 - Utilisé / ulcère digestif, pas d'AMM pour le déclenchement
 - Cp 200 µg, prix modique
 - Action/ myomètre: « contracturant » > « maturant »
 - Diminuer les doses ? 50µg (¼cp) à 25 µg (1/8 cp non sécable...)
 - Par rapport aux autres PG
 - Délai accouchement <
 - ARCF sur CU >
 - LA méconial >
 - César idem, mais
 - César pour ARCF >
 - César pour dystocie <

Mifépristone (RU 486)

- Stéroïde, effet anti progestérone
- Peu d'études:
 - Moitié des patientes en travail dans les 3 jours
 - Mais surtout efficace proche de 41 SA
 - Moins efficace que PG
 - Pas l'AMM

Moyens mécaniques

- Sont les 1ers moyens historiquement
 - Laminaires
 - Dilapan
 - Ballonnets
 - Sonde urinaire de Foley gonflée (10ml), +/- traction
 - Nouveau: sonde à double ballonnet, pas de traction nécessaire
 - Bougies ???
- Inconvénients
 - Risque infectieux (à éviter si RPM)
 - C.I. si placenta praevia
 - Insertion parfois douloureuse
 - Efficacité identique aux PG sur le taux de césarienne, mais délai plus long
- Avantages
 - Moins d'ARCF par hypercinsie
 - Plus efficaces que l'oxytocine sur col non favorable: sondes utilisées par certaines équipes sur utérus cicatriciel avec col peu modifié

Le décollement des membranes

- Pas de placenta praevia
- Peut être proposé si déclenchement envisagé (grade A des recommandations HAS)
- Avantages
 - Pas + d'infection
- Inconvénients
 - Parfois douleurs et saignements provoqués
 - Marche seulement si conditions déjà favorables ?

Autres...

- Acupuncture, homéopathie:
 - les données disponibles ne permettent pas de conclure pour la HAS
- Donneur de NO: essai NOCETER en cours
- Stimulation mammaire: efficace ??

PRECAUTIONS

Précautions: convenance

- Conditions non favorables
 - Reporter
- Amniotomie
 - Procidence / tête haute
 - Vaisseaux praevia
- Ocytocine
 - Bolus: tendance à \nearrow TA
 - Débit >40 gouttes: effet anti diurétique théorique
 - Délai après prostaglandines en gel: 4 heures
- Péridurale si possible (travaux longs)

Précautions: col non favorable

- Prostaglandines
 - Asthme, glaucome, allergie (rare)
 - Cf. fiches Propess et Prostine: précautions pour les 2 premiers sans CI formelle
 - Respecter les doses (rupture sur utérus sain décrite)
 - Délai entre 2 poses:
 - 6 heures / Prostine
 - Immédiat / 2^{ème} Propess (mais pas d'études)
 - Consignes à la patiente pour prévenir si
 - Rupture des membranes
 - Reprise des contractions
- Antalgiques possibles (exemple protocole JDF)

INDICATIONS

EN FONCTION DES CONDITIONS

① Col très défavorable (Bishop 0 à 3)

- Ocytocine: non, risque césar+++
- Prépédil > Prostine mais risque d'hypercinésie
- Propess+++
 - Succès identiques à Prépédil: 3/4 voie basse
- Que faire si les conditions restent défavorables au bout de 24h ?
 - DSP pour certains (études: peu de résultats)
 - 2^{ème} application pour d'autres
 - En tout cas, aucun argument pour un 3^{ème} jour...

② Conditions intermédiaires (Bishop 4 ou 5)

- Prostine plutôt que DSP ou Prépédil
 - Induction du travail: idem
 - Mais a priori un peu moins de césar
- Prostine plutôt que Propess
 - Coût moindre sauf si échec et 2^{ème} pose

③ Conditions favorables

- Ocytocine = référence
- PG = peut-être
 - Moins de césar ?
 - Plus d'hypertonie, mais pas + de césar pour ARCF
 - Plus simple
 - Plus proche du physiologique
 - Phase de latence plus lente mais ensuite + rapide
 - HAS 2008 = quand le col est mature, les 2 méthodes peuvent être employées

Quelle méthode en résumé

- Col favorable
 - Ocytocine IV + amniotomie
 - Col défavorable
 - Cas urgent+++
 - Ocytocine +/- amniotomie **ou** Prostine 2mg
 - Sinon césarienne
 - Cas moins urgent
 - Propess...prix < 2 Prostine...pratique
 - Rupture des membranes:
 - CI Prépédil (infection, hypertonie)
 - Limiter les TV
- 

SURVEILLANCE

Surveillance

- Rapprochée, en équipe: **dossier**
- Risque d'urgence
 - Voie veineuse (?)
 - Patiente à jeun (?)
 - Salle de césarienne à proximité
- Etat foetal: cf. HAS 2008
 - Monitoring foetal avant le début du déclenchement
 - Poursuivi pendant 2h en cas de PG intra vaginales, intermittent si RAS jusqu'au début du travail
 - Monitoring continu si l'ocytocine est utilisée. En cas d'hypertonie: arrêt de la perf +/- tocolyse
- Etat maternel ?
 - Surveillance TA / pouls, T°, dilatation...

MOTIFS DE DECLenchement

INDICATIONS... ...voir détails ensuite

- Indications médicales
 - Maternelles (rares):
 - pathologies nécessitant un traitement, plus facile après la naissance
 - anticoagulants (fenêtre d'arrêt pour la péri...)
 - Fœtales :
 - RCIU, **dépassement de terme**, cholestase
 - Rupture prématurée des membranes
 - Diabète, macrosomie
 - Iso immunisation Rhésus
 - Malformations: laparochisis à 36 SA...
 - Materno fœtales:
 - HTA +/- **prééclampsie**
 - **Antécédents**

Indications maternelles

- Pathologies maternelles
 - Infections
 - Coliques néphrétiques
 - Cancer
 - Insuffisance respiratoire
 - Cardiopathies
 - Thrombophilies
 - Parfois OK arrêt HBPM 24-48h

Indications fœtales (1)

- RCIU / arrêt de croissance
 - Cas par cas: parfois TTCU
 - Sévérité: « barre » au 3^{ème} percentile ??
 - Terme: « barre » à 33 SA pour envisager une voie basse ??
 - Urgent (= césarienne) ou non
 - HAS = pas assez de données pour donner des recommandations
- Cholestase gravidique :
 - si avérée, déclenchement à partir de 37 SA

Indications fœtales (2)

- Terme dépassé: cf. *recommandations* HAS avril 2008
 - Écho de datation +++ permet de réduire les termes considérés à tort comme dépassés (grade A – HAS)
 - Surveillance / 48 h à partir de 41 SA + 0
 - Déclenchement à partir de 41 + 6
 - Déclenchement possible à 41 + 0 si conditions favorables et patiente d'accord
 - **Gémellaires**: mortalité périnatale ↗ après 39 SA (grade A): recommandé de ne pas dépasser 39 + 6 même si pas de complication apparente

Indications fœtales (3)

- Rupture prématurée des membranes
 - Attention pas trop de TV !!!
 - Avant terme: discuté...
 - Balance prématuré / infecté
 - 34 / 35 / 36 SA ??
 - À terme
 - Attente possible : 80% accouchement dans les 24h
 - HAS: déclenchement possible d'emblée si conditions favorables. Expectative maxi 48 h sauf exception. Antibiotrophylaxie à partir de 12h, ou immédiatement en cas de portage de Streptocoque B.

Indications fœtales (4)

- Diabète
 - DID: 38 SA au plus tard souvent (GHR+++)
 - Variable selon les équipes
 - DNID, diabète gestationnel: ne pas dépasser 38 + 6 si déséquilibré ou retentissement fœtal type macrosomie (HAS)
 - Envisager une césarienne si PFE > 4500gr
- Macrosomie sans diabète:
 - Cas par cas (erreur écho 10% voire + !) car pas d'argument pour envisager un déclenchement pour réduire la morbidité (HAS)
 - Envisager César si PFE > 5000gr ???
 - Étude DAME, macrosomes sur écho :
 - > 3500 gr à 36 SA
 - > 3700 gr à 37 SA
 - > 3900 gr à 38 SA

Résultats étude DAME

	Déclenchement	Expectative	RR et IC 95%
Nombre	389	399	
Césarienne	109 (28%)	127 (32%)	0.88 (0.71-1.09)
Dystocie des épaules	15 (3,9%)	31 (7,8%)	0.50 (0.27-0.90)
Trauma NN	5 (1,3%)	18 (4,5%)	0.28 (0.11-0.76)

Bouvain O et le GROG

Indications fœtales + rares (5)

- Iso immunisation Rhésus
 - Pas de PSF après 32 SA~
 - Quasi plus jamais d'amnio (doppler cérébral – mesure VSM)
- Laparochisis
 - Déclenchement 36 SA (risque MIU)

Indications materno-foetales

- HTA +/- pré éclampsie
 - Prééclampsie *sévère* : > 31 SA après Célestène ?
 - Prééclampsie *non sévère* : > 35 SA ?
 - HTA isolée ou protéinurie isolée (ou hyperuricémie isolée): pas une indication en soi (HAS) mais surveillance
- Antécédents
 - Stress surtout si antécédent « inévitable »
 - Éloignement du domicile
 - « Date anniversaire » d'un accident obstétrical
 - Antécédent d'accouchement rapide

INDICATIONS

- Déclenchement de convenance: cf. HAS
 - Accord de la patiente
 - Conditions favorables: Bishop à 7 ou +
 - Terme à partir de 39 + 0 (datation++) (HAS)
 - *Utérus non cicatriciel*

Avantages du déclenchement de convenance

- Médicaux
 - Patiente à jeun...
 - Surveillance dès le début
 - Domicile éloigné
 - Antécédent d'accouchement rapide
- Psychologiques
 - Stress en fin de grossesse
 - Organisation familiale
- Pour l'équipe
 - Accouchement la journée (péri, travail, accouchement, nouveau-né...)

Inconvénients du déclenchement de convenance

- Ne pas laisser faire la nature
- + douloureux que le travail spontané
- Délai +long en salle
- + risque extraction instrumentale / + de péri ?

CONTRE-INDICATIONS

Contre-indications au déclenchement

- Voie basse non envisageable (même sans déclenchement)
- CI « classiques » aux prostaglandines... *à discuter*
 - Utérus cicatriciel
 - Présentation non céphalique
 - Prématurité
 - Grossesse multiple
 - Grande multiparité... *risque de rupture ?*

L'utérus cicatriciel (1)

- Avoir une indication formelle et des conditions favorables...subjectif !
- En principe PG CI si antécédent de césarienne ou autre chirurgie corporelle (ou cervicale)
 - Risque césarienne segmentaire < chirurgie corporelle
 - Risques de rupture utérine:
 - Si césarienne avant travail 0,3%
 - Voie basse spontanée 0,7%
 - Déclenchement ocytocine 2%
 - Maturation PG...4% ?

Conditions + défavorables

9/10 bénin

⊕ Cytotec

L'utérus cicatriciel (2)

- Comment choisir ?
 - Pour la mère:
 - Voie basse > césar programmée > césar en urgence
 - Pour l'enfant inverse...
 - César programmée > tentative de voie basse
- Déclenchement par ocytocine admis
 - Nécessité d'équipe rapidement disponible pour intervention urgente...
 - Tocographie interne ? A priori pas d'intérêt
 - « épreuve du travail »
- Déclenchement par prostaglandines
 - Abandonné dans un grand nombre de maternités (HAS: à éviter pour minimiser le risque de rupture utérine)
 - Envisageable uniquement si césar en extrême urgence possible en permanence...

Présentation du siège

- Avoir une indication formelle
- Controverse voie basse / césarienne
- La poche des eaux
 - Respect / mécanique obstétricale
 - Mais rupture artificielle / déclenchement...PGE2 vaginales semblent intéressantes...
- Propess, Prostine:
 - Fiches
 - Propess: CI si *anomalie de présentation fœtale autre que céphalique*
 - Prostine: CI si *présentation fœtale autre que céphalique*
 - possible en pratique

La prématurité

- +/- TTCU si RCIU
 - Déclenchement après 33-34 SA
 - Fonction de l'indication
 - Conditions favorables
 - Fiches
 - Propess: à partir de la 38^{ème}
 - Prostine: à proximité du terme
- ...en pratique, utilisés avant

Grossesses multiples

- Gémellaire
 - Fiches
 - Propess: précautions
 - Prostine: CI
 - Prostaglandines utilisées en pratique
- Multipares
 - Fiches
 - Propess: CI si antécédent de plus de 3 accouchements à terme
 - Prostine: prudence en cas de grande multiparité
 - PG utilisées en pratique
 - HAS: prudence avec l'ocytocine qui peut augmenter le risque de rupture utérine chez les **grandes multipares (5 accouchements antérieurs ou +)**

Autres « contre-indications »

- Macrosomie, cf. fiches Propess et Prostine
 - CI si *dysproportion feto pelvienne...*
...risque de rupture même sur utérus sain
- Rupture des membranes
 - HAS : ocytocine ou PG possibles
 - Fiche Propess:
 - Précautions si *rupture des membranes*
 - CI si *antécédent récent de pathologie inflammatoire pelvienne, à moins qu'un traitement adéquat n'ait été instauré*
 - Fiche Prostine:
 - Pas de CI mais explications (pas d'introduction dans l'orifice cervical)

Contraintes médico-légales

- Doivent apparaître dans le *dossier*:
 - But du déclenchement
 - Balance bénéfique / risque
 - Information de la patiente, *notamment si utérus cicatriciel*
 - Eléments de surveillance, avec horaires et noms des intervenants+++
- Décision médicale
 - En théorie le médecin doit s'enquérir du déroulement du déclenchement dont il a pris la décision
- Surveillance conjointe SF / médecin

Information écrite des femmes enceintes

- En complément de l'information orale qui prime
 - Ex. CNGOF sur www.cngof.asso.fr/

PROTOCOLES

Exemples de protocoles

- Déclenchement par prostaglandines
- Prise en charge de la douleur
- Interruption médicale de grossesse
- Recommandations professionnelles
« déclenchement artificiel du travail à partir de 37 SA »: téléchargeables gratuitement sur www.has-santé.fr

CONCLUSION

(D'après Y. Malinas)

Conclusion

L'Obstétrique traditionnelle...
...c'est surveiller un phénomène physiologique en se tenant prêt à intervenir à tous les instants

Conclusion

L'Obstétrique moderne...
...consiste à perturber le dit phénomène de telle sorte que l'intervention devienne indispensable à l'heure exacte où le personnel est disponible...
...c'est beaucoup plus difficile !!!

Y. Malinas