

Déclenchement du travail

Cours de DES gynécologie-obstétrique
14 février 2004

Docteur Emmanuel ARDIET

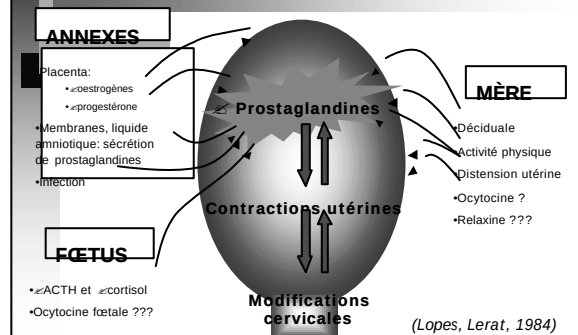
Définition

- Intervention médicale visant à induire le travail avant que la nature ne l'ait fait spontanément
- On distingue généralement:
 - Le déclenchement de convenance** (= accouchement programmé), réalisé à terme
 - Le déclenchement d'indication médicale**, réalisé généralement avant terme et le plus souvent sur col non favorable
 - (on exclura de cet exposé le déclenchement pour IMG ou mort in utero)
- Texte de référence: **Conférence de Consensus du CNGOF de 1995 sur le déclenchement de l'accouchement**

Un peu de physiologie...

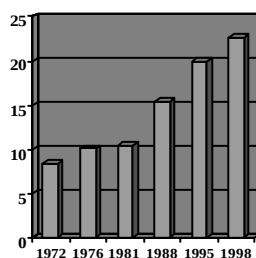
- Rôle central des prostaglandines dans le déclenchement du travail:
 - Modification de l'activité contractile du myomètre
 - Maturation cervicale par action sur le collagène
- Synthèse des prostaglandines dans la déciduale et dans les membranes; phénomène auto-entretenu au cours du travail (hypoxie, perturbations mécaniques)
- Facteurs régulateurs de la synthèse des prostaglandines:
 - Oestrogènes**: facilitent les contractions, la synthèse des prostaglandines, développent le myomètre et l'excitabilité des fibres musculaires lisses
 - Progestérone**: action inhibitrice sur les contractions
 - Facteurs maternels**: activité physique, distension utérine, sécrétion d'ocytocine, rôle de la relaxine ?
 - Facteurs fœtaux**: rôle probable de la surrénale fœtale dans le déclenchement du travail, rôle de l'ocytocine fœtale ?

Facteurs de déclenchement du travail



Fréquence du déclenchement artificiel du travail

- Augmentation régulière en France depuis 1972, surtout pour les déclenchements de convenance
- Jusqu'à 40% de déclenchements dans certains états américains !



Indications médicales au déclenchement du travail

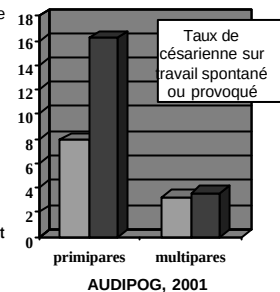
- Rupture prématurée des membranes** (après une période d'expectative de 24 heures en général)
- Dépassement de terme**
- HTA gravidique et prééclampsie**
- Diabète** gestationnel ou antérieur à la grossesse
- Cholestase** gravidique
- Indications fœtales**: RCIU, allo-immunisation, malformation nécessitant une prise en charge néonatale
- Indication maternelle** pure (cardiopathie, cancer, néphropathie)

Intérêts du déclenchement artificiel du travail

- Interruption d'une grossesse potentiellement dangereuse pour la mère/l'enfant (cf. indications)
- D'où réduction de la morbidité/mortalité materno-fœtale (déclenchements d'indication médicale)
- Pour les déclenchements de convenance:
 - Organisation planifiée d'une salle de travail sur la journée
 - Meilleure organisation de la garde
 - Organisation familiale plus facile pour la parturiente et son entourage
 - Réalisation plus facile d'une analgésie péridurale

Inconvénients du déclenchement artificiel du travail

- Travail plus long et plus intense (Hauth, 1986)
- [Hyper médicalisation de l'accouchement]
- Plus de **césariennes en cours de travail** (surtout chez les primipares), plus d'**extractions instrumentales** (défaut de rotation du sommet, probablement du fait de l'analgésie péridurale)
- Un **déclenchement de convenance se fait uniquement sur col favorable** (CNGOF, 1995)



Techniques de déclenchement

- 4 classes de techniques:
 - Méthodes mécaniques
 - Méthodes « chirurgicales »
 - Méthodes pharmacologiques
 - Techniques diverses
- Le choix de la technique se fait en fonction des conditions cervicales et du délai avec lequel l'accouchement doit être obtenu

Méthodes mécaniques

- **Décollement des membranes**
 - Semble efficace dans l'expérience quotidienne, mais bénéfices non démontrés dans des études bien menées.
 - NNT=7 pour éviter un déclenchement médicamenteux
 - Pas d'augmentation du risque infectieux (Cochrane, 2004)
- **Dilatateurs cervicaux, ballonnets**
 - Principe: stimulation mécanique de l'utérus par la distension de l'orifice interne et le décollement du pôle inférieur de l'œuf
 - Nombreuses variétés de ballonnets existantes, lamineaires, Dilapans®
 - De moins en moins utilisés au bénéfice des méthodes médicamenteuses
- Perfusion extra-amniotique de sérum salé

Méthode « chirurgicale »: amniotomie

- Rupture artificielle des membranes (pince à rompre)
- Nécessité d'une présentation amorcée ou fixée
- Mécanismes d'action:
 - Amélioration des forces de pression sur le col
 - Sécrétion endogène de prostaglandines
- Semble insuffisante pour déclencher le travail à elle seule; nécessité de l'associer à la perfusion d'ocytocine (Cochrane 2003)

Ocytocine

- Le Syntocinon® en perfusion IV est la méthode la plus utilisée
- Utilisation:
 - Pompe électrique ++ (existence de dispositifs adaptant automatiquement le débit aux contractions utérines: Autosoma®)
 - Faible débit (débuter à 2.5 mUI/min)
 - Augmentation progressive par paliers de 20 à 30 minutes
- Effets secondaires:
 - Hypertonie-hypercinésie
 - Effet ADH-like aux posologies élevées (>20 mUI/min); réduction des apports hydriques dans cette situation
 - Effets cardiovasculaires: augmentation de la TA
 - Hyperbilirubinémie néonatale: probablement hors de cause

Prostaglandines

- **Propriétés:**
 - Contraction du muscle utérin
 - Maturation du col utérin
- **Voies d'administration:**
 - intraveineuse (nombreux effets secondaires)
 - orale (abandonnée, sauf pour le Cytotec®)
 - intracervicale
 - intravaginale
- **Molécules utilisées:**
 - PGF2₁ (Dinoprost®)
 - PGE2 (Prepidil®, Prostine®, Propess®)
 - Misoprostol (Cytotec®)

Dinoprostone (PGE2)

- La molécule la plus utilisée actuellement, quasiment toujours par voie **intravaginale**
- **Efficacité démontrée** (probabilité que l'accouchement n'ait pas lieu dans les 24h: RR=0.19) sans augmentation du taux de césariennes bien qu'il y ait plus d'hyperstimulations utérines (RR=4.1) [Cochrane 2004, incluant 57 études et totalisant 10039 patientes]
- Pas de supériorité d'un dosage ou d'un mode d'administration (intra-vaginal, intra-cervical, libération prolongée) par rapport à un autre
- Risques rares mais graves: rupture utérine

Misoprostol (Cytotec ®)

- **Analogue de la PGE1** utilisé comme gastroprotecteur, aux propriétés ocytotiques et de maturation cervicale
- Résultats très prometteurs en obstétrique par voie orale ou intravaginale (Cochrane, 2004). Mais risque d'**hyperstimulation** et de **rupture utérines**
- Problème de la détermination de la dose optimale et de la meilleure voie d'administration
- Intérêts +++: faible coût, conservation facile
- **Pas d'AMM dans cette indication**

Mifepristone (Mifegyne ®)

- Stéroïde de synthèse à **action anti-progestérone**: pourrait reproduire les phénomènes observés dans le déclenchement spontané du travail
- Couramment utilisé pour les IVG et IMG
- Quelques études ont montré une certaine **efficacité pour le déclenchement sur fœtus vivant** (chances d'accoucher dans les 48h : RR=2.82) - Cochrane 2004
- Décès fœtaux avec l'utilisation de ce produit ? (Milliez, 1997)

Autres méthodes médicamenteuses

- **Relaxine**: protéine naturelle produite par la décidue et le chorion. Rôle inhibiteur des contractions en cours de grossesse qui s'inverserait à terme avec rôle dans la maturation cervicale ? (MacLennan, 1991)
- **Hyaluronidase**: l'acide hyaluronique augmente au cours de la grossesse et de façon marquée en début de travail, s'accompagnant d'une hydratation tissulaire. L'injection d'acide hyaluronique augmenterait la souplesse du col utérin ?
- **Oestrogènes (gels d'œstradiol)**: pas d'efficacité démontrée (Cochrane, 2001)
- **Corticoïdes** en intramusculaire ou intraamniotique: (Liggins 1968, Mati 1973, Barkai 1997, Ziaei 2003)

Techniques diverses de maturation et de déclenchement

- **Acupuncture**, avec ou sans électrostimulation
- **Homéopathie**: 'Caulophyllum'
- **Phytothérapie**
- **Stimulation mamelonnaire**: semble efficace (risque de ne pas être en travail dans les trois jours RR=0.67, Cochrane 2004)
- **Rapports sexuels**: efficacité non démontrée (littérature médicale abondante: voir Summers, J.Nur.Midw 1997)

Appréciation des conditions locales

- Elle fait appel à l'**examen clinique** essentiellement... malheureusement subjectif. Évaluation semi-quantitative avec des scores d'induction:
 - Score de Bishop +++
 - Scores de Burnett, Fields, Friedman, Lange, Hughey, Bremme, Taurelle...
- **Distensibilité cervicale** (cervicotonomètre); Cabrol, 1984
- **Échographie** endovaginale
- **Fibronectine** (Ahner, 1995)

Score de Bishop

	0	1	2	3
Dilatation (cm)	0	1-2	3-4	5 ou +
Effacement	0-30%	40-50%	60-70%	80% ou +
Présentation	Haute et mobile	Amorcée	Fixée	Engagée
Consistance	Ferme	Moyen	Mou	
Position	Postérieur	Moyen	Antérieur	

Score ? 6 : conditions favorables

Réalisation du déclenchement du travail en pratique

- Précautions indispensables:
 - Absence de contre-indications, confrontation foeto-pelvienne satisfaisante
 - Maturité fœtale bien évaluée (calcul du terme +++)
 - Surveillance fœtale pendant le déclenchement
 - Dossier de la patiente complet
 - Bilan biologique complet (coag, RAI, Phéno)
- Le choix de la technique de déclenchement se fait en fonction des conditions cervicales:
 - Conditions favorables: amniotomie - perfusion d'ocytocine
 - Conditions défavorables: maturation cervicale préalable (prostaglandines)

Implications médico-légales des déclenchements (CNGOF 1995)

Responsabilités médicales

- Le **médecin** assume totalement la **décision** du déclenchement
- La **surveillance** est assurée conjointement par le **médecin** et la **sage-femme**

Règles générales

- Tenue du dossier +++, avec **datation** de la grossesse
- **Consentement éclairé**
- **Indication** du déclenchement clairement reportée dans le dossier
- **Réévaluation** des conditions locales au moment du déclenchement
- **Technique** rigoureuse, **surveillance** du travail

À l'avenir ?

- Meilleure connaissance de la **physiologie** du déclenchement du travail
- Développement de **nouvelles molécules** plus efficaces ?
- Évaluation du **rapport bénéfice-risque** du déclenchement de l'accouchement, sur indication médicale et de convenance
- Recherche d'un paramètre objectif pour l'**évaluation des conditions locales**