



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL A PARTIR DE 37 SEMAINES D'AMENORRHEE (SA)

Recommandations professionnelles

Avril 2008

THEME

Ces recommandations professionnelles sur le thème du « déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée » ont été élaborées par la Haute Autorité de Santé à la demande du Collectif inter-associatif autour de la naissance (CIANE).

L'objectif de ce travail était de réaliser une évaluation des méthodes de déclenchement artificiel du travail afin de produire des recommandations professionnelles pour :

- homogénéiser les pratiques en matière de déclenchement artificiel du travail;
- éviter les risques liés à cette pratique : césarienne, extraction-épisiotomie, souffrance foetale ;
- définir le contenu de l'information destinée aux patientes.

Ce travail s'inscrit dans la suite des recommandations professionnelles de la HAS dans le domaine de la périnatalité : « expression abdominale au cours de la 2^e phase de l'accouchement » (HAS, avril 2007) et « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (HAS, mai 2007).

METHODE

Ces recommandations ont été réalisées selon la méthode décrite dans le guide méthodologique « méthode et processus d'adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes – Février 2007 », disponible sur le site www.has-sante.fr

CIBLES

Gynécologues-obstétriciens et aux femmes enceintes, ainsi qu'aux sages-femmes, médecins anesthésistes-réanimateurs, pédiatres, généralistes et intervenants dans le cadre de la PMI.

GRADATION DES RECOMMANDATIONS

Les recommandations sont classées en grade A, B ou C selon les modalités suivantes :

- Grade A. Preuve scientifique : études de fort niveau de preuve comme des essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées (niveau de preuve 1);
- Grade B. Présomption scientifique : études de niveau intermédiaire de preuve, comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte (niveau de preuve 2);
- Grade C. Faible niveau de preuve : études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas (niveau de preuve 4).

En l'absence de données scientifiques, les recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après avis du groupe de lecture. L'absence de précision du niveau de preuve pour une recommandation donnée indique que celle-ci résulte d'un accord professionnel.

L'absence de preuve ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. L'absence de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

DECLENCHEMENT POUR INDICATIONS MEDICALES

DECLENCHEMENT POUR INDICATIONS NON MEDICALES

METHODES DE DECLENCHEMENT

SURVEILLANCE DU DECLENCHEMENT DU TRAVAIL

CAS PARTICULIERS : GROSSESSES A RISQUE

INFORMATION DESTINEE AUX FEMMES ENCEINTES

DECLENCHEMENT POUR INDICATIONS MEDICALES

DEPASSEMENT DU TERME

La réalisation d'une échographie du premier trimestre à 11-13 SA permet une détermination précise du terme à partir de la mesure de la longueur crânio-caudale du fœtus. Sa pratique systématique contribue à réduire la fréquence des termes considérés à tort comme dépassés (grade A).

Le risque de complications associées au dépassement de terme impose une surveillance précise à partir du jour du terme (grade A).

On peut recommander le schéma suivant, les dates étant données à plus ou moins 1 jour :

- si la femme enceinte n'a pas accouché à 41 SA + 0 jour, il est recommandé d'instaurer une surveillance fœtale toutes les 48 heures;
- en l'absence d'accouchement, à 41 SA + 6 jours, il est recommandé de réaliser un déclenchement, éventuellement précédé d'une maturation cervicale par prostaglandines ;
- il est possible de réaliser un déclenchement à partir de 41 SA + 0 jour, à condition que le col soit favorable et d'avoir informé la femme enceinte et obtenu son accord. Cette attitude peut être motivée par une impossibilité de surveillance régulière, une demande de la femme enceinte ou une nécessité d'organisation des soins.

RUPTURE PREMATUREE DES MEMBRANES

En cas de rupture prématurée des membranes confirmée, la conduite à tenir doit prendre en compte le risque infectieux qui augmente avec la durée de l'exposition.

Si les conditions cervicales sont favorables, un déclenchement immédiat peut être envisagé à condition d'avoir informé la femme enceinte et obtenu son accord.

Le délai d'expectative, sauf exception, ne devrait pas excéder 48 heures.

Si l'accouchement n'a pas eu lieu dans les 12 heures, il est recommandé d'instaurer chez la femme enceinte une antibioprofylaxie.

En cas de portage de streptocoques B, il est recommandé de débiter immédiatement une antibioprofylaxie adaptée.

DIABETE

La conduite à tenir en cas de diabète insulino-dépendant relève d'une décision pluridisciplinaire au cas par cas. Si le diabète est mal équilibré ou avec retentissement fœtal, il est recommandé de ne pas dépasser 38 SA + 6 jours.

En cas de diabète gestationnel bien équilibré et sans retentissement fœtal, il n'y a pas d'argument qui justifie une conduite à tenir différente de celle d'une grossesse normale.

GROSSESSES GEMELLAIRES

Dans les grossesses gémellaires, la mortalité périnatale est augmentée après 39 SA (grade A). Bien que les données de la littérature ne permettent pas de conclure sur l'intérêt d'un déclenchement systématique en cas de grossesse gémellaire non compliquée, il est recommandé de ne pas dépasser 39 SA + 6 jours.

SUSPICION DE MACROSOMIE FŒTALE

Les données actuelles ne permettent pas d'affirmer que le déclenchement artificiel du travail chez une femme non diabétique avec suspicion de macrosomie fœtale contribue à réduire la morbidité maternelle et néonatale.

RETARD DE CROISSANCE INTRA-UTERIN

On ne dispose pas de suffisamment de données permettant de formuler une appréciation sur les avantages ou les risques du déclenchement artificiel du travail en cas de retard de croissance intra-utérin à terme. L'arrêt de croissance est une situation à haut risque périnatal qui doit conduire à provoquer la naissance

ANTECEDENT D'ACCOUCHEMENT RAPIDE

Un antécédent d'accouchement rapide (< 2 heures) peut être une indication de déclenchement du travail à partir de 39 SA si le col est favorable. Le déclenchement du travail est décidé en fonction des souhaits de la femme enceinte et des conditions d'organisation matérielle.

HYPERTENSION ARTERIELLE ET PRE-ECLAMPSIE

L'hypertension artérielle isolée, sans signes fonctionnels, de même que l'hyperuricémie ou la protéinurie isolées, ne constituent pas une indication de déclenchement du travail ; une surveillance est cependant nécessaire.

La pré-éclampsie doit conduire à provoquer la naissance de l'enfant (déclenchement ou césarienne).

DECLENCHEMENT POUR INDICATIONS NON MEDICALES

DECLENCHEMENT POUR INDICATIONS NON MEDICALES

Un déclenchement pour une indication non médicale ne peut être envisagé que si les conditions suivantes sont réunies :

- utérus non cicatriciel ;
- terme précis ;
- à partir de 39 SA + 0 jours (273 jours) ;
- col favorable : score de Bishop ≥ 7 ;
- demande ou accord de la patiente et information des modalités et des risques potentiels.

METHODES DE DECLENCHEMENT

DECOLLEMENT DES MEMBRANES

Un décollement des membranes peut être proposé quand un déclenchement sans raison médicale urgente est envisagé (grade A).

Au moment où il est proposé, la patiente doit être informée du fait que le décollement de membranes n'est pas associé à une augmentation d'infections maternelles et néonatales, mais que cette pratique ne provoque pas à chaque fois le déclenchement de l'accouchement, qu'elle peut être douloureuse et entraîner une fréquence plus grande de saignements lors des touchers vaginaux (grade A).

OCYTOCINE (1/2)

En cas de perfusion d'ocytocine chez une femme enceinte ayant des membranes intactes, une amniotomie sera pratiquée dès que possible.

En cas de déclenchement par ocytocine, il est recommandé d'employer le protocole suivant :

- commencer par 2,5 milliunités par minute ;
- augmenter progressivement la dose toutes les 20 à 30 minutes.

Il faut employer la dose d'ocytocine la plus faible possible en visant à obtenir au maximum trois à quatre contractions par dix minutes.

Une bonne dynamique utérine peut être obtenue avec une perfusion de 12 milliunités par minute.

La dose maximum recommandée d'ocytocine est de 20 milliunités par minute. Si des doses plus importantes sont nécessaires, elles ne doivent en aucun cas excéder 32 milliunités par minute.

Après avoir obtenu une bonne dynamique utérine et des contractions régulières, on peut diminuer le débit de la perfusion d'ocytocine ou même arrêter celle-ci.

Les protocoles utilisant l'ocytocine dans le déclenchement doivent :

- spécifier la dose d'ocytocine administrée (en milliunités par minute) plutôt que le volume du liquide perfusé (en millilitres par minute) ;
- administrer l'ocytocine à l'aide d'une pompe à perfusion électrique avec valve anti-reflux ou d'une seringue électrique avec valve anti-reflux.

OCYTOCINE (2/2)

**Exemple de concentrations en milliunités par minute en fonction
de différents dosages et débits de perfusion**

Perfusion 5 UI dans 500 ml de solution isotonique		Perfusion 10 UI dans 500 ml de solution isotonique		Perfusion 5 UI dans 49 ml de solution isotonique	
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 5 gouttes/min	5	30 mL/h 5 gouttes/min	10	3 mL/h	5
10 mL/h 5 gouttes/min	10	10 mL/h 5 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

PROSTAGLANDINES E2

Le déclenchement par les prostaglandines E2 doit privilégier la forme intra-vaginale car, à efficacité égale, cette voie d'administration se montre moins agressive que la forme intra-cervicale.

COMPARAISON OCYTOCYNE/PROSTAGLANDINES E2

L'utilisation des prostaglandines E2 est préférable à l'utilisation de l'ocytocine pour le déclenchement du travail quand le col est immature. Les deux méthodes peuvent être employées quand le col est mature.

L'état des membranes n'a pas d'incidence sur le choix de la méthode de déclenchement.

MISOPROSTOL

Le misoprostol (prostaglandine E1) n'a pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le déclenchement artificiel du travail. Des études réalisées avec des faibles doses de misoprostol paraissent montrer une efficacité et une tolérance comparables à celles des prostaglandines E2. Son utilisation dans cette indication doit être réservée à des essais randomisés de puissance suffisante pour en évaluer le ratio bénéfices/risques.

SONDE DE FOLEY

L'utilisation de la sonde de Foley n'est pas recommandée en routine dans le déclenchement artificiel du travail.

AUTRES METHODES DE DECLENCHEMENT DE TRAVAIL

La mifépristone ne s'est pas révélée efficace pour induire la maturation cervicale et l'induction du travail (grade A). Elle n'a pas d'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le déclenchement artificiel du travail.

Les données disponibles ne permettent pas de conclure sur l'intérêt de l'utilisation de l'acupuncture ou l'homéopathie pour induire le travail.

SURVEILLANCE DU DECLENCHEMENT DU TRAVAIL

MONITORAGE

Pour tout déclenchement :

- avant de procéder à un déclenchement, il faut s'assurer de la disponibilité des moyens nécessaires à la surveillance maternelle et au monitoring de la fréquence cardiaque fœtale et de la contractilité utérine ;
- un monitoring fœtal doit être réalisé immédiatement avant le déclenchement ;
- si l'ocytocine est utilisée pour initier le travail, un monitoring fœtal électronique continu doit être mis en place ;
- en cas de déclenchement par les prostaglandines E2 en application vaginale, un monitoring fœtal continu doit être réalisé pendant au moins 2 heures. En l'absence d'anomalie, le monitoring peut être ensuite intermittent jusqu'à début du travail.

En cas d'hypertonie :

- sous perfusion d'ocytocine, la survenue d'une hypercontractilité utérine associée à un tracé cardiotocographie pathologique doit faire interrompre la perfusion ;
- en présence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal et d'hypercontractilité utérine sans relation avec la perfusion d'ocytocine, une tocolyse peut être envisagée.

LIEU DE REALISATION

Le déclenchement artificiel du travail, quelle que soit la méthode, doit être réalisé à proximité d'une salle de césarienne.

CAS PARTICULIERS : GROSSESSES A RISQUE

PRESENTATION DU SIEGE

La présentation du siège n'est pas une contre-indication absolue au déclenchement artificiel du travail en cas de bonnes conditions obstétricales.

GRANDE MULTIPARITE

Chez les grandes multipares (≥ 5 accouchements antérieurs), le déclenchement du travail par l'ocytocine peut être associé à une augmentation du risque de rupture utérine. Cependant, la grande multiparité n'est pas une contre-indication absolue au déclenchement artificiel du travail sous réserve d'une indication médicale, d'une information appropriée de la femme enceinte et d'une utilisation prudente de l'ocytocine.

UTERUS CICATRIEL

Un déclenchement artificiel du travail, pour une indication maternelle ou fœtale, peut s'avérer nécessaire chez une femme ayant un utérus cicatriciel. Le déclenchement artificiel du travail reste une option raisonnable mais le risque potentiel de rupture utérine qui y est associé doit être discuté avec la patiente. En sélectionnant des patientes ayant une forte probabilité d'accouchement par voie basse et en évitant d'utiliser les prostaglandines on peut minimiser le risque de rupture utérine.

INFORMATION DESTINEE AUX FEMMES ENCEINTES

INFORMATION DESTINEE AUX FEMMES ENCEINTES (1/4)

Le groupe de travail a identifié les éléments d'information à donner aux femmes enceintes, à partir desquels pourra être défini le contenu d'une note écrite d'information. Cette note d'information complètera l'information orale. La date de la remise de la note d'information est notée dans le dossier médical de la femme enceinte.

1- Définition : qu'est-ce que le déclenchement artificiel du travail ?

2- Motifs : quelles sont les indications du déclenchement artificiel du travail ?

◦ Indications d'un déclenchement artificiel du travail pour raison médicale lié à l'état de santé de la mère et/ou celui de l'enfant :

- grossesse prolongée (dépassement de terme) : présenter les risques liés à un dépassement de terme et préciser qu'en l'absence d'anomalies, il n'y a pas d'indication formelle à déclencher le travail tant que la date prévue du terme n'est pas dépassée d'au moins 6 jours ;
- rupture prématurée de la poche des eaux avant le début du travail : présenter les risques et préciser qu'après la mise de la patiente sous antibiotiques, il est généralement déconseillé d'attendre plus de 2 jours pour déclencher le travail.

INFORMATION DESTINEE AUX FEMMES ENCEINTES (2/4)

◦ Indications d'un déclenchement artificiel du travail pour raison non médicale.

Lorsqu'il n'y a pas de raison médicale pour provoquer l'accouchement, un « déclenchement de convenance » appelé également « accouchement programmé » peut-être envisagé. Il convient d'informer la patiente sur :

- les conditions qui doivent être nécessairement respectées avant de pratiquer un déclenchement artificiel du travail sans indication médicale :
 - acte pratiqué en fin de grossesse : à partir de 39 SA, soit environ 8 mois et demi,
 - acte pratiqué si le col de l'utérus est favorable : ramolli et un peu ouvert ;
- la marge de manœuvre dont elle dispose : tant que le processus nécessaire au déclenchement n'a pas été mis en œuvre, la patiente peut changer d'avis ;
- le refus éventuel de l'équipe médicale de pratiquer un déclenchement de convenance car les conditions organisationnelles et de sécurité ne sont pas réunies ;
- sa liberté de refuser le déclenchement artificiel de son accouchement s'il lui est proposé pour des raisons liées à l'organisation de la maternité, en précisant que son refus n'aura pas de conséquences sur la qualité des soins qui lui seront prodigués.

INFORMATION DESTINEE AUX FEMMES ENCEINTES (3/4)

3 - Déroutement : comment se passe un déclenchement artificiel de l'accouchement ?

Informez sur les méthodes disponibles et sur les choix d'utilisation

- administration intra-vaginale d'un gel de prostaglandines ;
 - perfusion intraveineuse d'ocytocine associée à une rupture de la poche des eaux ;
 - décollement des membranes.

Mettre en balance les avantages et les inconvénients des différentes méthodes.

Préciser qu'en cas d'indication médicale, le déclenchement peut être envisagé quel que soit l'état du col : si le col est fermé, une ou deux applications de prostaglandines par voie vaginale peuvent être nécessaires.

Dans le cas d'un déclenchement de convenance, préciser les conditions nécessaires à la réalisation du déclenchement : grossesse d'au moins 39 SA et col de l'utérus favorable (col ramolli et déjà un peu ouvert).

INFORMATION DESTINEE AUX FEMMES ENCEINTES (4/4)

4 - Inconvénients : informer les patientes sur :

- la nécessité d'un monitoring foetal continu dès la mise en place du processus lié au déclenchement artificiel du travail ;
- la survenue de contractions de forte intensité qui peuvent s'avérer plus douloureuses qu'un début de travail spontané ;
- la possibilité d'utiliser, si elle le souhaite, des moyens antidouleurs avant que le travail soit suffisamment avancé pour permettre la mise en place d'une analgésie péridurale.

5- Risques : informer les patientes sur :

- le risque en cas de déclenchement artificiel du travail quelle que soit l'indication comme lors d'un accouchement spontané :
 - de contractions excessives de l'utérus,
 - de l'arrêt de la dilatation du col, qui nécessite une césarienne ;
- la survenue plus fréquente de ces complications lorsque le déclenchement a lieu sur un col qui n'est pas favorable.

**RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES
« DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL
A PARTIR DE 37 SEMAINES D'AMENORRHEE »**

Téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr :

- les recommandations
- la fiche de synthèse
- l'argumentaire scientifique