HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

L'EXPRESSION ABDOMINALE DURANT LA 2e PHASE DE L'ACCOUCHEMENT

Argumentaire

JANVIER 2007

Les recommandations sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé
Service communication
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax :+33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de santé en Janvier 2007

© Haute Autorité de santé – 2007

Sommaire

1. Dossier de saisine 2

2. Méthode 2

3. Recherche documentaire 3

4. Définition 5

5. Données de la littérature 5
5.1 Études épidémiologiques 5
5.2 Recommandations professionnelles 6
5.3 Revues de la littérature 6
5.4 Essais randomisés 7
5.5 Études non randomisées 8
5.6 Autres 10

6. Conclusion 11
Annexe 1. Règles de cotation 12
Annexe 2. Synthèse des réponses de la 1re cotation individuelle 15
Annexe 3. Synthèse des réponses de la 2de cotation individuelle 19
Bibliographie 23
Participants 25

1. Dossier de saisine

Le dossier de saisine a été complété par le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE). L'intitulé de la demande est : « évaluation des risques et codification de la pratique de l'expression abdominale (phases 2 et 3 de l'accouchement) ».
La demande porte sur :

- l'évaluation des risques liés à cette pratique :
  - incidence sur le nombre d'atteintes au périnée (déchirure ou épisiotomie), au système urinaire, prolapsus, etc.,
  - facteur de risque en termes hémorragiques ;
- codification de cette pratique très opérateur-dépendante et controversée.

Les destinataires principaux de ce projet seraient :

- les patients : information sur les risques et consentement éclairé ;
- les organismes payeurs : réduction des coûts liés à une morbidité éventuelle ;
- les professionnels : amélioration des pratiques professionnelles (notamment des solutions alternatives) et réduction des séquelles.

2. Méthode

Ce consensus formalisé a été élaboré selon la méthode décrite dans le guide méthodologique « Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé - Janvier 2006 » édité par la Haute Autorité de santé.

La Haute Autorité de santé a constitué un groupe de pilotage à partir des coordonnées de professionnels proposées par les sociétés savantes et organisations professionnelles concernées par le thème et à partir des noms de professionnels reconnus pour leur implication dans le thème (gynécologues-obstétriciens et sages-femmes). Un président, chargé de coordonner et suivre l'ensemble du travail, a été désigné au sein du groupe de pilotage. Une analyse critique de la littérature a été réalisée par 2 collaborateurs de la Haute Autorité de santé et présentée au groupe de pilotage. Le groupe de pilotage, constitué de 10 membres, a ensuite rédigé des recommandations destinées à être soumises à un groupe de cotation.

Un groupe de cotation a été constitué selon la même procédure que le groupe de pilotage, mais en incluant aussi des professionnels proposés par les membres du groupe de pilotage. Les critères portant sur une bonne connaissance de la pratique professionnelle et une représentation équilibrée des modes d'exercice et des différents courants d'opinion, ainsi que sur la diversité de l'origine géographique, ont été respectés. Dix-neuf experts ont ainsi été recrutés. Ils ont reçu un questionnaire dans lequel ils devaient coter de façon individuelle à l'aide d'une échelle numérique discontinue les recommandations émises par le groupe de pilotage (1re cotation individuelle). Un expert n'a pas retourné son questionnaire et a donc été exclu du groupe de cotation conformément à la méthode. Une réunion a été organisée pour présenter les résultats de cette 1re cotation individuelle et apporter en fonction des résultats des modifications ou des précisions à ces recommandations (réunion du groupe de cotation). Onze membres du groupe de cotation se sont rendus à cette réunion. Conformément à la méthode, les 7 experts n'ayant pas participé à la réunion ont été exclus du groupe de cotation. Après la réunion, il a été demandé aux 11 experts de coter de façon individuelle les recommandations issues de la réunion du groupe de cotation (2de cotation individuelle). Deux experts n'ont pas retourné leur questionnaire et ont donc été exclus du groupe de cotation. Les réponses des 9 experts ayant participé à l'ensemble du processus (1re cotation individuelle, réunion, 2de cotation individuelle) ont été, conformément à la méthode, retenues

dans le cadre de ce travail. Les règles de cotation, l'analyse des réponses et la formulation des recommandations sont présentées en annexe 1 ; les résultats des cotations individuelles en annexes 2 et 3.
La version finale des recommandations, comprenant les modifications retenues après la seconde cotation, a été validée par le groupe de pilotage.

La commission évaluation des stratégies de santé a modifié le texte de la proposition 25 de la version finale pour une question de lisibilité et de compréhension. Le texte de la proposition 25 qui était : « Dans le cas exceptionnel où une expression abdominale serait pratiquée, elle doit être notée dans le dossier médical de la patiente par la personne en charge de l'accouchement, en précisant le contexte, les modalités de réalisation et les difficultés éventuellement rencontrées. » a été transformé en : « Si une expression abdominale est pratiquée malgré les recommandations précédentes, elle doit être notée dans le dossier médical de la patiente par la personne en charge de l'accouchement, en précisant le contexte, les modalités de réalisation et les difficultés éventuellement rencontrées. »
Le Collège de la Haute Autorité de santé a validé le rapport final et autorisé sa diffusion en demandant que la proposition 22 : « L'expression abdominale ne peut en aucun cas être un moyen pour raccourcir la durée de la 2e phase de l'accouchement » soit supprimée, car considérée comme inutile pour la structuration et la compréhension des recommandations.

3. Recherche documentaire

La recherche bibliographique a été faite par interrogation de la base de données bibliographiques Medline. Elle a porté sur les sujets et types d'études détaillés dans le *tableau 1* et a été limitée à la période comprise entre janvier 1995 et décembre 2005. Seules les publications françaises et anglaises ont été retenues.

La recherche bibliographique a été complétée par la consultation de la *Cochrane Library,* des sites Internet des agences d'évaluation et des sociétés savantes.

Tableau 1. Recherche documentaire.

	Type d'étude/sujet	Période de recherche	Nombre de références
	Termes utilisés Expression abdominale	Janvier 1995 – décembre 2005	M
Étape 1	*Pressure* OU *Fundal Pressure* [titre, résumé]		
ET			
Étape 2	(*Delivery*, *Obstetric* OU *Obstetrical Nursing* OU *Obstetric Labor Complications*)		
Niveaux de preuve :	Recommandations		2
	Méta-analyses, revues de littérature		11
	Essais contrôlés randomisés		37
	Études de cohortes		23
	Nombre total de références obtenues		73

M : Medline

Le CIANE a fourni une liste de références sur l'expression abdominale datée de juillet 2004, issue de la base de données de l'AFAR (Alliance francophone pour l'accouchement respecté). Ces références, ainsi que celles identifiées par la recherche documentaire de la HAS et qui concernent le thème de cette note de synthèse, sont présentées dans le *tableau 2.*

Les études qui concernent la question posée « expression abdominale au cours de la 2e phase de l'accouchement » ont été retenues dans cette synthèse. Les études de mauvaise qualité méthodologique sont présentées succinctement, alors que celles de meilleure qualité méthodologique sont détaillées.

Tableau 2. Études identifiées par le CIANE et la HAS.

Études (auteur, année)	Études identifiées par le CIANE	Études analysées par la HAS
Gross, 1987 (1)	X	X
Amiel-Tison, 1988 (2)	X	X
Kline-Kaye, 1990 (3)	X	X
Penney, 1992 (4)	X	X
Cosner, 1996 (5)	X	X
Hankins, 1998 (6)	X	Non retenue
Zetterström, 1999 (7)	X	X
Buljina+, ND	X	Non retenue
de Leeuw, 2001 (8)	X	X
Simpson, 2001 (9)	X	X
Vangeenderhuysen, 2002 (10)	X	X
Pan, 2002 (11)	X	X
Buhimschi, 2002 (12)	X	X
Institut des mamans, 2003 (13)	X	X
Bicheron F, ND°	X	Non retenue
Goodburn, 1995 (14)		X
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2005 (15)		X
Merhi, 2005 (16)		X
Mocsáry, 1970 (17)		X
O'Brien, 1984 (18)		X
Lee, 1978 (19)		X

+ article en croate portant sur les lésions du plexus brachial (hors sujet)
° enquête inexploitable portant sur l'utilisation d u *vacuum extractor* (hors sujet)
ND : non disponible

4. Définition

Les définitions de l'expression abdominale identifiées dans la littérature sont les suivantes :

- l'expression abdominale se réfère à l'application d'une pression constante sur le fond de l'utérus. Bien qu'une pression « délicate », « ferme » et/ou « constante » soit recommandée, quantifier avec précision ces termes est difficile, si ce n'est impossible. L'expression abdominale doit être appliquée de façon « délicate » (théoriquement) avec une main sur le fond utérin et un angle de 30° à 45 ° par rapport à la colonne vertébrale de la mère en direction du pelvis. Ainsi, la pression est appliquée dans une direction longitudinale. Il est important de ne pas appliquer une pression verticale, en direction de la colonne vertébrale de la mère, qui pourrait entraîner une compression directe de la veine cave de la mère et une hypotension (9) ;
- l'expression abdominale est définie comme l'application d'une pression délicate et régulière sur le fundus, partie arrondie du corps utérin qui s'étend au-delà du point d'attachement des trompes de Fallope (3) ;
- l'expression abdominale est décrite comme une force externe appliquée sur la portion la plus haute de l'utérus dans une direction caudale avec l'intention spécifique de raccourcir la durée de la deuxième phase de l'accouchement (12).

5. Données de la littérature

5.1 Études épidémiologiques

Une enquête nationale sur la pratique de l'expression abdominale a été réalisée en 1990 aux États-Unis (3) dont l'objectif était :

- d'estimer la fréquence de l'application de l'expression abdominale durant la deuxième phase de l'accouchement et de ses complications chez la mère ;
- d'identifier les personnes responsables de l'application de cette manœuvre, la technique utilisée et les indications de celle-ci.

Des questionnaires ont été envoyés à 250 établissements choisis d'une manière aléatoire à partir de la liste exhaustive de tous les établissements du pays, ayant un département d'obstétrique ou un centre de naissances. Soixante-quatorze (30 %) hôpitaux (réalisant entre 5 à 7 200 accouchements par an) ont retourné le questionnaire complété. L'expression abdominale était pratiquée pendant la 2e phase de l'accouchement dans 62 (84 %) établissements. Les principales indications pour la pratique de cette manœuvre étaient la détresse fœtale, l'épuisement de la mère, la délivrance par césarienne, l'anesthésie régionale et la dystocie des épaules. Cette manœuvre était pratiquée à la fois par le médecin ou l'infirmière dans 48 établissements, exclusivement par le médecin dans 5 établissements et uniquement par les infirmières dans 7 établissements.
Dans 52 % (32/62) des établissements où une expression abdominale avait été réalisée, aucune information quant à la pratique ou pas de cette manœuvre n'était retrouvée dans le dossier médical ou infirmier de la femme enceinte.

Une étude prospective a été réalisée dans une région rurale du Bangladesh entre 1991 et 1993 utilisant la méthode de *focus group* (méthode d'évaluation rapide, basée sur l'analyse qualitative d'expériences, d'opinions ou ressentis rapportés au cours de réunions de groupes de discussions sur une thématique donnée). Des mères de tout âge ayant donné naissance à un enfant ou plus et des *traditional birth attendants* (sages-femmes locales) ont été départagées en 9 groupes de 8 à 10 participantes réunies pendant 2 heures pour discuter trois grands thèmes autour de la grossesse, dont les pratiques et expériences d'accouchement. Certaines *traditional birth attendants* considéraient l'expression abdominale comme une manœuvre efficace pour prévenir les déchirures du périnée (14).

La seule donnée épidémiologique française identifiée sur l'expression abdominale est celle présentée dans l'enquête intitulée « Pratiques obstétricales et frustrations des mamans : quelle réalité ? », dont les principaux résultats sont disponibles sur le site Internet de l'Institut des mamans (13). Cette enquête a été réalisée auprès d'un échantillon national de 679 femmes ayant accouché entre le 1er janvier 2002 et le 31 janvier 2003, représentatif des mères de famille à l'échelon national (méthode des quotas), en fonction du nombre d'enfants. Les réponses ont été recueillies *via* Internet, au cours du mois de mai 2003. Chez les femmes ayant accouché par voie basse (chiffre non mentionné dans les résultats de l'enquête), 49 % ont déclaré avoir eu une expression abdominale**.**

Au total, les études épidémiologiques identifiées en France ou à l'étranger ne permettent pas d'avoir une visibilité sur la fréquence de la pratique de l'expression abdominale durant l'accouchement. Par ailleurs, l'absence de notification de cette manœuvre dans le dossier de la femme enceinte ne facilite pas la réalisation d'études sur ce thème.

5.2 Recommandations professionnelles

Aucune recommandation portant sur l'expression abdominale n'a été identifiée.

En revanche :

- le *guideline* n°42 de décembre 2005 du *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (15) portant sur la dystocie des épaules comporte la recommandation suivante : « L'expression abdominale ne doit pas être employée : l'expression abdominale ne doit pas être utilisée pour le traitement de la dystocie des épaules. Elle est associée à un taux élevé et inacceptable de complications néonatales et peut conduire à une rupture utérine ». Le grade de cette recommandation est un grade C : « preuve obtenue à partir de rapports ou opinions d'un comité d'experts et/ou expérience clinique d'autorités compétentes. Indique l'absence d'études cliniques de bonne qualité sur le thème de la recommandation » ;
- sur le site Internet du SYNGOF, la recherche de travaux sur l'expression abdominale conduit à un document (20) de conduites à tenir portant sur le relèvement des bras dans le cadre des complications du siège. La définition mentionnée est : « C'est la dystocie des épaules propre à l'accouchement du fœtus par le siège ». Les étiologies sont : « 1) disproportion fœto-pelvienne (excès du volume fœtal, anomalie du bassin) 2) manœuvres intempestives sur le fœtus (tractions, expression abdominale, efforts expulsifs trop précoces) ».

5.3 Revues de la littérature

Il existe 2 revues de la littérature datant de 2001 et 2005 (9,16).
Dans celle de 2001, les auteurs présentent une revue de la littérature non systématique et sans recherche bibliographique préalable (9). Cet article synthétise l'opinion des deux auteurs. Les auteurs ont colligé à partir de cas publiés ou rapportés, sans aucune référence bibliographique pour ces derniers, les lésions/complications du fœtus ou de la mère pouvant être associées à l'expression abdominale. Ces lésions/complications sont présentées dans le *tableau 3.*

Tableau 3. Lésions/complications du fœtus ou de la mère pouvant être associées à l'expression abdominale (9).

Lésions/complications du fœtus	Lésions/complications de la mère
- dystocie des épaules avec risque de lésions du plexus brachial, fractures de l'humérus et des clavicules, hypoxie, asphyxie et mort - augmentation de la pression intracrânienne conduisant à une diminution de la fréquence cardiaque et de la perfusion cérébrale - compression du cordon ombilical affectant négativement les échanges materno-fœtaux - altérations fonctionnelles des espaces intervilleux du placenta augmentant le risque d'hypoxie et d'asphyxie - hémorragie sous-cutanée du cuir chevelu - lésions de la moelle épinière	- blessures du périnée (déchirures du 3e et 4e degrés et déchirures du sphincter anal) - rupture utérine - inversion utérine - hypotension - détresse respiratoire - ecchymoses abdominales - fractures de côtes - rupture hépatique - douleurs

Dans la plus récente, les auteurs font une revue de la littérature dans le but de vérifier si l'utilisation de l'expression abdominale devrait avoir un rôle dans la gestion de la deuxième phase de l'accouchement (16). Pour ce faire, les auteurs ont effectué une recherche bibliographique dans Medline et la base de données Cochrane en utilisant les termes « *fundal pression* » et « *second stage of labour* ». Cette recherche a montré qu'il existe un nombre très limité d'articles concernant la sécurité et/ou l'efficacité de l'expression abdominale. À l'issue de cette recherche non systématisée (dates d'interrogation et critères de sélection des articles non mentionnés), les auteurs concluent que :

- le rôle de l'expression abdominale est sous-étudié et reste controversé durant la 2e phase de l'accouchement. Des incertitudes sur son rôle peuvent contribuer aux désaccords entre les infirmières et les médecins sur l'opportunité de sa pratique ;
- des méthodes alternatives existent et devraient être utilisées quand cela est possible ;
- l'expression abdominale est rarement documentée dans les dossiers médicaux et presque jamais dans les hôpitaux par peur de poursuites judiciaires. Cette absence de mention dans les dossiers médicaux contribue à la difficulté qui existe de quantifier les risques de cette manœuvre sur la mère ou le fœtus ;
- les méthodes décrites dans la littérature sur sa performance n'ont été validées dans aucun essai ;
- avec presque aucune preuve de son efficacité et jusqu'à ce que des recherches appropriées établissent sa sécurité d'emploi, l'expression abdominale devrait être utilisée avec prudence, si ce n'est pas du tout, en pratique clinique.

5.4 Essais randomisés

Un seul essai, publié en 1999 (21), a été identifié. Il compare, au cours de la 2e phase de l'accouchement, l'utilisation d'une ceinture obstétricale gonflable associée à des soins standard aux soins standard seuls.

Il présente des biais majeurs liés à :

- la randomisation ;
- la sélection des femmes enceintes incluses dans l'étude (exclusion non expliquée de 489 patientes et de patientes du secteur privé) ;
- l'inadéquation de l'analyse statistique des données (les auteurs ont tenté de justifier l'effectif retenu de 500 patientes en faisant un calcul *a posteriori* à l'occasion d'une analyse intermédiaire non programmée).

Cet essai a évalué l'efficacité d'une ceinture obstétricale gonflable qui n'est pas substituable à la manœuvre d'expression abdominale.

Par ailleurs, aucun essai randomisé portant sur l'expression abdominale n'a été identifié.

5.5 Études non randomisées

► Expression abdominale et pression intra-utérine

Dans une étude prospective (12), la pression intra-utérine a été enregistrée au repos, lors des contractions utérines et/ou des manœuvres de Valsalva et/ou de l'expression abdominale chez 40 femmes enceintes. Les auteurs ont observé que la manœuvre de Valsalva réalisée durant une contraction a accru la force expulsive de cette contraction de 55 %, alors qu'une augmentation de 28 % était observée avec l'expression abdominale. L'analyse d'une force expulsive associant manœuvre de Valsalva et expression abdominale à la contraction utérine a révélé que 53 % de cette force était générée par la contraction utérine, 30 % par la méthode de Valsalva et 17 % par l'expression abdominale. Chez certaines patientes (chiffre non donné), l'expression utérine n'entraînait pas d'augmentation de la pression intra-utérine.

► Expression abdominale et handicap cérébral chez l'enfant né à terme

Pour Amiel-Tison *et al.* (2), une pression externe importante sur la tête du fœtus, spontanée (tétanie utérine) ou iatrogène (expression abdominale, forceps), entraînant l'augmentation de la pression intracrânienne et une diminution de la circulation sanguine cérébrale, pourrait être une des causes du handicap cérébral chez l'enfant né à terme.

► Expression abdominale et rupture utérine

Une série de 63 cas (10) et un cas publié (11) ont été identifiés :

- vingt-neuf (46 %) des 63 cas de rupture utérine enregistrés entre 1997 et 1998 dans une maternité publique du Niger avaient eu une expression abdominale (10) ;
- un cas décrit chez une patiente de 33 ans où l'expression abdominale et la faiblesse du muscle utérin ont été considérées par les auteurs comme des facteurs de risque (11).

► Expression abdominale et dystocie des épaules

Dans 24 cas de dystocie des épaules, une expression abdominale associée à une traction avait été réalisée chez 13 patientes, ayant conduit à des complications néonatales chez 10 d'entre elles (77 %). L'expression abdominale était associée à tous les cas de complications orthopédiques et neurologiques (1).

► Expression abdominale et inversion utérine

Dans une description de 3 cas d'inversion utérine survenue lors de la 3e phase de l'accouchement, l'application d'une expression abdominale sur un utérus souple était considérée comme une des causes possibles (19).

► Expression abdominale, durée de la 2e phase d'accouchement et déchirures périnéales

Dans ce travail, 6 sages-femmes, dont l'auteur de la publication, ont noté au fur et à mesure sur la liste des accouchements survenus entre juillet 1991 et août 1992 ceux pour lesquels une expression abdominale était pratiquée et pour quelle raison (5). Trente-quatre cas ont été ainsi identifiés. Les raisons notées sur la liste des accouchements étaient les suivantes : 15 (44,1 %) pour bradycardie, 7 (20,6 %) pour rythme cardiaque fœtal non rassurant et 2e phase de l'accouchement prolongée, 6 (17,6 %) pour épaules étroites, 3 (8,8 %) pour épuisement maternel et non précisé dans 3 cas (8,8 %). Dans 14 (41 %) des 34 cas, la mention de la pratique d'une expression abdominale n'était pas retrouvée dans le dossier de la patiente. L'auteur a créé rétrospectivement un groupe contrôle en choisissant 34 patientes ayant eu un accouchement normal, survenu après celui d'une patiente ayant eu une expression abdominale et en appariant sur la parité. La comparaison entre les deux groupes par un test t a mis en évidence une différence significative sur la durée moyenne en minutes de la 2e phase de l'accouchement, avec 68,1 ± 63,3 pour le groupe expression abdominale *versus* 38,9 ± 43,3 pour le groupe contrôle ($p = 0,03$). L'existence de 7 patientes pour lesquelles l'indication de l'expression abdominale a été un rythme cardiaque fœtal non rassurant et une 2e phase de l'accouchement prolongée a induit une surestimation de la

durée moyenne de cette phase de l'accouchement. Aucune différence n'a été retrouvée entre les deux groupes sur le poids de l'enfant à la naissance et le score d'Apgar à 1 et 5 minutes. D'après les auteurs, le groupe expression abdominale aurait significativement eu un plus grand taux de déchirures périnéales que le groupe contrôle, mais les données présentées dans l'article ne permettent pas de le vérifier.
Cette étude présente par ailleurs certaines limites :

- un effectif réduit ;
- un biais de sélection, car l'auteur ne sait pas combien d'accouchements avec expression abdominale n'ont pas été notés sur la liste des accouchements, ni combien ont été notés seulement parce que l'auteur encourageait l'utilisation de cette liste.

► Expression abdominale et déchirures du sphincter anal

Durant 10 semaines, du 1er avril au 9 juin 1995, Zetterström *et al.* (7) ont étudié et analysé les données de 845 patientes ayant accouché par voie basse à l'hôpital *Danderyd* (Suède) dans le but de déterminer les facteurs associés à une déchirure du sphincter anal. Cinquante-quatre patientes avaient cette déchirure diagnostiquée lors de l'accouchement. En analyse univariée, la déchirure du sphincter anal était significativement associée avec la nulliparité, l'âge gestationnel > 294 jours, la durée de la 1re phase de l'accouchement, la 2e phase de l'accouchement > 1 heure, la durée du travail > 12 heures, l'augmentation d'ocytocine, l'anesthésie épidurale, la position assise, la position de lithotomie, la position en génuflexion, la position verticale, l'expression abdominale, l'utilisation d'instruments, l'épisiotomie médiane et le poids du fœtus (avec des paliers de 250 g, continu). Les facteurs de risque indépendants identifiés en analyse multivariée par régression logistique sont présentés dans le *tableau 4*. *L'odds ratio* pour l'expression abdominale était de 4,6 avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre 2,3 et 7,9.

Tableau 4. Facteurs de risque de déchirure du sphincter anal : résultats de l'analyse multivariée ayant utilisé la régression logistique (7).

Facteurs de risque	*Odds ratio* (intervalle de confiance à 95 %)
Nulliparité	9,8 (3,6-26,2)
Âge gestationnel > 294 jours	2,5 (1,0-6,2)
Expression abdominale	***4,6 (2,3-7,9)***
Épisiotomie médiane	5,5 (1,4-18,7)
Poids du fœtus (par paliers de 250 grammes, continu)	1,3 (1,1-1,6)

de Leeuw *et al.* (8) ont recherché les facteurs de risque associés à une déchirure de périnée du 3e degré, définie dans cette étude comme toute déchirure incluant les muscles du sphincter anal, avec ou sans rupture de la muqueuse anale. La population étudiée était celle des accouchements par voie basse enregistrés dans la base de donnée nationale obstétricale hollandaise en 1994 et 1995. Sur les 321 726 accouchements enregistrés durant cette période, 32 148 césariennes et 4 795 accouchements par voie basse dont le dossier était incomplet ou comportait des données erronées ont été exclus. La population étudiée était donc constituée de 284 783 accouchements par voie basse, dont 238 503 spontanés et 46 280 ayant nécessité une assistance. Les facteurs étudiés ont été regroupés en 5 grandes thématiques : parité, présentation fœtale, épisiotomie, déclenchement artificiel du travail, accouchement par voie basse assisté.
La fréquence de déchirure du 3e degré du périnée était de 1,94 % (5 528/284 783) dans la population de l'étude. L'expression abdominale a été appliquée dans 4,6 % des accouchements par voie basse, soit seule, soit en association avec d'autres interventions. Une analyse multivariée (régression logistique) permettant d'ajuster les différents facteurs de risque potentiels et d'identifier ceux ayant un rôle « propre » dans la survenue d'une déchirure de périnée du 3e degré au cours de l'accouchement a été effectuée. Les résultats

sont présentés dans le *tableau 5*. *L'odds ratio* ajusté pour l'expression abdominale appliquée seule était de 1,83 avec un intervalle de confiance à 95 % compris entre 1,57 et 2,14.

Tableau 5. Facteurs de risque associés à la survenue de déchirures du périnée du 3e degré (n = 284 783) (8).

Facteur de risque	Présence % (n/N)	Régression logistique OR adj. (IC 95 %)
Parité		
Multipare	1,35 (2 173/159 903)	
Primipare	2,69 (3 355/124 880)	2,39 (2,24-2,56)
Présentation fœtale		
Occipito-antérieure	1,92 (5 082/264 426)	
Occipito-postérieure	3,28 (250/7 624)	1,73 (1,52-1,98)
Présentation du siège	1,05 (103/9 842)	1,00 (0,78-1,26)
Autres	3,21 (93/2 891)	1,59 (1,28-1,98)
Episiotomie		
Pas d'épisiotomie	2,28 (4 185/183 919)	
Episiotomie médiolatérale	1,27 (1 234/97 250)	0,21 (0,19-0,23)
Episiotomie médiane	3,02 (109/3 614)	0,81 (0,66-0,98)
Déclenchement artificiel du travail		
Oui		
Non	1,91 (4 556/238383)	
	2,09 (972/46400)	1,19 (1,11-1,28)
Accouchement par voie basse assisté		
Pas d'assistance	1,70 (4 052/238 503)	
Expression abdominale seule	***2,08 (191/9 176)***	***1,83 (1,57-2,14)***
Expression abdominale + *vacuum extractor*	***2,78 (74/2 661)***	***1,78 (1,40-2,28)***
Expression abdominale + forceps	***5,17 (27/522)***	***4,62 (3,09-6,89)***
Vacuum extractor seul	3,03 (646/21 254)	1,68 (1,52-1,86)
Vacuum extractor + forceps	7,77 (51/656)	4,74 (3,49-6,45)
Forceps seuls	4,65 (348/7 478)	3,53 (3,11-4,02)
Intervention pour dystocie des épaules	3,89 (46/1 180)	2,03 (1,49-2,74)
Extraction du siège	2,10 (27/1 284)	2,91 (1,88-4,51)

n : nombre de patientes ayant une déchirure du 3e degré, N : nombre de patientes concernées,
OR adj. : *odds ratios* ajustés.

Ces deux études (7, 8) démontrent que les femmes ayant eu une expression abdominale au cours de la 2e phase de l'accouchement ont un risque significativement plus élevé de déchirures anales et de déchirures du périnée de 3e degré comparativement à celles qui n'en ont pas eu.

5.6 Autres

► Ordre des sages-femmes

Propositions de modifications des dispositions du Code de déontologie des sages-femmes : article R. 4127-318 du Code de la santé publique :

« 8°- L'extraction par le *vacuum extractor* à la partie basse de l'excavation pelvienne en cas d'insuffisance d'efforts expulsifs en accord avec le médecin de garde ou d'astreinte en gynécologie obstétrique. Cette technique permet de raccourcir la durée de l'effort d'expulsion parfois prolongée par la fatigue maternelle associée de surcroît à l'inhibition de la contractilité utérine consécutive à la péridurale. Par ailleurs, cette technique évitera l'expression abdominale traumatisante et dangereuse qui est à nouveau trop souvent pratiquée faute de pouvoir utiliser le *vacuum extractor*. »

► **Traité d'obstétrique. Cabrol D, Pons JC, Goffinet F. ed Médecine-Sciences Flammarion. Paris, 2003**

« Expression abdominale : l'expression du fond utérin par l'opérateur lors des efforts expulsifs est contre-indiquée par les classiques qui lui reprochent de pouvoir entraîner des traumatismes cérébraux chez le fœtus ou périnéaux chez la mère. Il faut cependant reconnaître qu'une expression modérée du fond utérin, bien conduite, contemporaine d'une contraction utérine et d'un effort expulsif maternel, peut aider à accélérer l'expulsion s'il en est besoin ou à diminuer les efforts de traction lors d'une extraction instrumentale. » Paragraphe issu du « Traité d'obstétrique » (22).

► **Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. Expertise collective, Inserm, 2004.**

L'expression abdominale n'est pas mentionnée dans cette expertise collective de l'Inserm (23).

6. Conclusion

Il existe peu de données dans la littérature sur l'expression abdominale.

Les données épidémiologiques identifiées dans cette recherche sont de mauvaise qualité et ne permettent pas d'avoir une visibilité sur l'incidence et la prévalence de l'expression abdominale en France ou à l'étranger.

Cette revue de la littérature a mis en évidence 2 études de bonne qualité méthodologique (7, 8) qui ont montré que l'expression abdominale est un facteur de risque majeur de complications chez la mère par déchirures du sphincter anal ou déchirures périnéales du 3e degré, avec :

- 4,6 fois plus de risque d'avoir des déchirures du sphincter anal chez les femmes ayant eu une expression abdominale au cours de la 2e phase de l'accouchement que chez celles qui n'en ont pas eu (7) ;
- 1,83 fois plus de risque d'avoir des déchirures du périnée du 3e degré chez les femmes ayant eu une expression abdominale au cours de la 2e phase de l'accouchement que chez celles qui n'en ont pas eu (8).

Par ailleurs, les données disponibles n'ont pas permis de mettre en évidence de relation entre l'expression abdominale et la durée de la 2e phase d'accouchement, la rupture utérine, l'inversion utérine ou d'éventuelles répercussions sur le fœtus.

Aucune étude n'a porté sur les éventuels bénéfices de l'expression abdominale, ne permettant donc pas de conclure sur le rapport bénéfices/risques de cette manœuvre.

Annexe 1. Règles de cotation

Quel que soit le tour de cotation, les membres du GC (dits « cotateurs ») doivent remplir le questionnaire intégralement.

Pour la phase de cotation, en regard de chaque proposition du questionnaire est placée une échelle numérique discontinue graduée de 1 à 9 :

- la valeur 1 signifie que selon le cotateur la proposition est totalement inappropriée (ou non indiquée, ou non acceptable) ;
- la valeur 9 signifie que selon le cotateur la proposition est totalement appropriée (ou indiquée, ou acceptable) ;
- les valeurs 2 à 8 traduisent les situations intermédiaires possibles, la valeur « 5 » correspondant à l'indécision du cotateur.

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	
Totalement inappropriée										**Totalement appropriée**

Pour chaque proposition listée, le cotateur doit impérativement donner une réponse en entourant l'un des chiffres entre 1 et 9. Les réponses situées entre 2 chiffres ou englobant 2 chiffres sont interdites. La cotation doit être fondée sur :

- la synthèse des données publiées dans la littérature (jointe au questionnaire et dont le but est d'informer sur l'état des connaissances publiées) ;
- l'expérience du cotateur dans le domaine abordé.

Il peut arriver que certaines propositions soient contradictoires ou complémentaires dans la mesure où plusieurs points de vue opposés ou complémentaires ont respectivement pu être émis au sein du GP. Toutes les propositions doivent néanmoins être appréciées sur le fond et sur la forme <u>et</u> cotées, qu'elles soient ou ne soient pas jugées acceptables.

Analyse des réponses et formulation des recommandations

Les règles concernant l'analyse des réponses du GC à chaque proposition sont préétablies et doivent apparaître dans le document final. Toutes les instructions spécifiques sont préalablement expliquées à chaque membre du GC dans un document méthodologique envoyé avec le questionnaire et l'argumentaire bibliographique. L'analyse des réponses et leur synthèse relèvent du rôle du méthodologiste du GP, en relation étroite avec le président et le chargé de projet.

Modélisation de l'avis du groupe de cotation

Après réception des questionnaires, les réponses des cotateurs sont analysées, en déterminant pour chaque proposition l'intervalle de distribution des réponses sur l'échelle de 1 à 9 (cotations extrêmes) et en calculant la médiane des réponses. Lors de l'analyse des résultats du 1er tour de cotation, toutes les réponses sont prises en compte ; lors de l'analyse des résultats du 2d tour de cotation (de même que dans la méthode RAND/UCLA), un degré de tolérance dans la définition de l'accord et de sa force est accepté et deux des réponses extrêmes, l'une minimale et l'autre maximale (en l'absence de valeur manquante), peuvent être écartées.

Intervalle de distribution des réponses. L'étalement des réponses permet de définir s'il y a accord ou désaccord entre les membres du groupe sur une proposition donnée. En cas d'accord entre les membres du groupe, l'analyse des réponses permet également de préciser la force de l'accord. Ainsi :

- si l'intervalle des réponses est situé à l'intérieur des bornes d'une seule des 3 zones [1 à 3] ou [4 à 6] ou [7 à 9], il existe un accord « fort » entre les membres du GC sur le caractère approprié de l'intervention, sur son caractère inapproprié ou sur une indécision quant à son caractère approprié (il s'agit de 3 types d'accords possibles, cf. ci-dessous « positionnement de la médiane ») ;
- si l'intervalle des réponses empiète sur une borne (par exemple intervalles [1 à 4] ou [5 à 8]), il existe un accord qualifié de « relatif » entre les membres du GC ;
- en cas d'étalement des réponses sur l'ensemble des 3 zones ou de réponses comprises dans les 2 zones extrêmes [1 à 3] et [7 à 9], il existe un désaccord entre les membres du GC sur le caractère approprié d'une proposition.

Positionnement de la médiane. En cas d'accord, fort ou relatif, le positionnement permet de définir 3 zones, décrites dans le *tableau 1*.

Les propositions pour lesquelles un accord fort d'indication ou de contre-indication a été obtenu lors de la 1re cotation sont acceptées telles quelles (sans 2de cotation) et ne sont pas rediscutées lors de réunion. Toutes les autres combinaisons de réponses sont rediscutées et, le cas échéant, reformulées ou amendées, y compris celles pour lesquelles il existe un accord fort en zone d'indécision. Dans ce dernier cas, les cotations peuvent en effet résulter d'une mauvaise formulation de la proposition ou d'une mauvaise compréhension par le groupe de cotation. L'opportunité d'une nouvelle formulation peut ainsi être envisagée au cours de la réunion.

Tableau 1. Avis du GC en fonction du positionnement de la médiane (en cas d'accord fort ou relatif).

Positionnement de la médiane	Dénomination de la zone	Avis du GC dans la situation définie par la question
[7 – 9]	zone d'indication	l'intervention est appropriée ou indiquée
[4 – 6]	zone d'indécision	le GC est en accord mais ne peut se prononcer sur le caractère approprié et l'indication (ou non) de l'intervention
[1 – 3]	zone de non-indication	l'intervention est inappropriée ou non-indiquée

Gestion des valeurs manquantes

Lors de la phase préparatoire, si une fréquence élevée de valeurs manquantes est prévisible et que la défection met en péril la rigueur d'élaboration ou la cohérence des recommandations, il est recommandé que le GP fragmente le texte en plusieurs parties et constitue un GC indépendant pour chacune de ces sous-parties en faisant varier la composition de ces GC en fonction du sujet abordé et des compétences requises.

Lors de l'analyse des résultats du 1er tour de cotation, il est recommandé de considérer que les valeurs manquantes correspondent à des réponses opposées à l'avis du reste du groupe ce qui a pour seule conséquence de rediscuter de la proposition de recommandation lors de la réunion du GC.

Lors de l'analyse des résultats du 2d tour de cotation, la gestion des valeurs manquantes est particulièrement importante pour l'analyse de la 2de phase de cotation.

En cas de valeur(s) manquante(s) lors de la 2de cotation, il est recommandé de contacter activement et individuellement le ou les cotateur(s) concerné(s) afin de lui ou de leur demander de se positionner. S'il reste des valeurs manquantes après cette étape, il est recommandé de réaliser l'analyse à partir des seules réponses disponibles. La proposition de recommandation ne pourra être retenue (indépendamment de sa formulation) que s'il n'existe au final qu'une seule valeur manquante ou réponse à l'extrême opposé de la zone

où se situe la médiane des réponses. Ce seuil étant arbitraire, quelle que soit la conduite choisie, celle-ci devra être définie *a priori*, avoir été décrite au GC avant les cotations et apparaître de manière explicite dans le chapitre « méthodologie » du document final.

Formulation des recommandations

La formulation des recommandations varie en fonction du type d'accord ou du désaccord entre les membres du groupe sur l'indication de l'intervention (cf. *tableau 2*) [1].

Tableau 2. Exemples de formulation des recommandations à l'issue de la cotation.

Avis du GC	Formulation de la proposition
Accord sur l'indication d'une intervention	▪ « *Il est recommandé de…* »
Accord sur une « indécision »	▪ « *Le groupe de travail ne peut conclure…* » ▪ « *Le groupe ne dispose pas des éléments pour conclure…* »
Accord sur la non-indication d'une intervention	▪ « *Il n'est pas recommandé de…* » ou « *Il est recommandé de ne pas…* » (en fonction de la formulation initiale) ▪ suppression de la proposition (en particulier s'il existe une proposition alternative)
Désaccord entre les membres du GC **sur l'indication ou la non-indication d'une intervention**	▪ « *Le groupe de travail ne peut se prononcer de manière univoque…* » ▪ « *Le groupe de travail est en désaccord sur…* » ▪ « *Le groupe de travail ne peut conclure…* » (en fonction de la formulation initiale et du sujet abordé)

La force de l'accord professionnel obtenu au sein du GC peut être exprimée de plusieurs manières, parmi lesquelles la HAS retient la mention, dans l'argumentaire ou en annexe, des nombres de réponses situées dans les zones d'indication [7 - 9] et de non-indication [1 - 3] et du nombre de valeurs manquantes pour chacune des recommandations. Quelle que soit la conduite choisie, celle-ci devra être définie *a priori* et apparaître de manière explicite dans le chapitre « méthodologie » du document final.

Le cas échéant, les situations qui font l'objet d'une indécision ou d'un désaccord entre les membres du GC peuvent en complément faire l'objet d'une mention sur la nécessité d'engager des protocoles de recherche clinique (par exemple dans un chapitre *ad hoc* sur les perspectives à l'issue des recommandations).

[1] Le concept de « nécessité » développé par la RAND/UCLA n'a pas été retenu dans la mesure où son principe peut être intégré dans la formulation même des différentes propositions de recommandations.

Annexe 2. Synthèse des réponses de la 1re cotation individuelle

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Minimum	Maximum	Médiane
I. Introduction												
Les situations suivantes sont hors du champ de ces recommandations du fait d'indications particulières et de modalités techniques spécifiques :												
Cotation 1 - l'expression sus-pubienne associée à la manœuvre de Mac Roberts en cas de dystocie des épaules ;	0	0	0	0	1	0	0	0	8	5	9	9
Cotation 2 - l'expression abdominale appliquée sur la tête dernière en cas de présentation du siège ;	0	0	1	0	1	1	1	1	4	3	9	8
Cotation 3 - l'expression abdominale lors de la césarienne ;	0	0	0	0	0	1	0	0	8	6	9	9
Cotation 4 - l'expression sus-pubienne et le massage utérin lors de la prise en charge de la délivrance en général.	0	0	0	0	3	0	0	0	6	5	9	9
Cotation 5 Ces recommandations sont destinées aux gynécologues-obstétriciens, aux sages-femmes et aux autres personnels travaillant en salle de naissance.	0	0	0	0	0	1	0	1	7	6	9	9
II. Recommandations ***II.1 Définitions***												
Cotation 6 Définition de l'expression abdominale : l'expression abdominale se réfère à l'application d'une pression sur le fond de l'utérus, avec l'intention spécifique de raccourcir la durée de la 2e phase de l'accouchement.	0	0	0	0	1	1	0	0	7	5	9	9
Cotation 7 Définition de la 2e phase de l'accouchement : la 2e phase de l'accouchement correspond à la période allant de la dilatation complète du col à la naissance de l'enfant par les voies naturelles. Elle comprend trois phases successives : l'engagement de la présentation, puis la descente et la rotation et enfin le dégagement.	1	0	0	0	0	0	0	0	8	1	9	9

II.2 Utilisation actuelle de l'expression abdominale												
Cotation 8 D'après les experts, cette technique fait partie de la pratique obstétricale.	0	0	1	0	1	1	2	1	3	3	9	7
Cotation 9 On ne dispose pas d'enquêtes françaises de pratique publiées sur ce sujet.	0	0	0	0	0	0	0	1	8	8	9	9
Cotation 10 Cette manœuvre n'est ni enseignée, ni codifiée, ni évaluée.	0	0	0	0	0	0	1	1	7	7	9	9
Cotation 11 Elle est banalisée, et très rarement répertoriée dans le dossier de la parturiente.	0	0	0	0	1	1	1	0	6	5	9	9
La pratique de l'expression abdominale :												
Cotation 12 - n'évite pas le recours à l'extraction instrumentale ou à la césarienne ;	0	0	1	0	3	0	0	1	4	3	9	8
Cotation 13 - peut retarder la décision d'une extraction instrumentale ou d'une césarienne.	1	0	0	1	0	1	2	1	3	1	9	7
II.3 Complications de l'expression abdominale												
Cotation 14 La fréquence et la gravité des complications de l'expression abdominale ne sont pas connues précisément (séries de cas, avis d'experts, etc.).	0	0	0	0	0	0	0	2	7	8	9	9
Cotation 15 Contrairement à une idée communément admise par les professionnels de santé, la pratique de l'expression abdominale est mal vécue par la patiente et son entourage (stress physique et psychique) sur le moment et après l'accouchement.	0	0	0	0	1	1	1	0	6	5	9	9
Cotation 16 Les complications le plus souvent rapportées de l'expression abdominale sont : - les douleurs abdominales ou périnéales persistantes après l'accouchement ; - les ecchymoses abdominales.	0	0	0	0	1	1	3	1	3	5	9	7
Cotation 17 Les autres complications plus rares sont : - les fractures de côtes ; - les lésions périnéales (2 études de bonne qualité méthodologique ont montré que l'expression abdominale est un facteur de risque de déchirures du sphincter anal et de déchirures périnéales du 3e degré).	0	0	0	0	0	0	2	2	5	7	9	9

Cotation 18 Les complications exceptionnelles sont : - la rupture de rate ; - la rupture hépatique ; - la rupture utérine ; - la déchirure du pédicule lombo-ovarien.	0	0	0	0	1	0	3	1	4	5	9	8
II.4 Recommandations												
Cotation 19 Il n'y a pas d'indications médicalement validées pour réaliser une expression abdominale.	0	1	0	0	0	0	1	1	6	2	9	9
Cotation 20 Le vécu traumatique des patientes et de leur entourage et l'existence de complications, rares mais graves, justifient l'abandon de cette pratique.	0	0	0	0	1	0	1	2	5	5	9	9
Cotation 21 L'expression abdominale ne peut en aucun cas être une manœuvre utilisée dans le but de raccourcir la durée de la 2e phase de l'accouchement.	0	1	0	0	0	0	1	3	4	2	9	8
Cotation 22 Dans les situations qui nécessitent d'écourter la 2e phase de l'accouchement, le recours, en fonction du contexte clinique, à une extraction instrumentale ou à une césarienne est recommandé.	0	0	1	0	0	0	1	1	6	3	9	9
*Cotation 23** Dans les situations où la 2e phase de l'accouchement doit être raccourcie (anomalie du rythme cardiaque fœtal et/ou non-progression de la présentation), les techniques dont on connaît les indications, l'efficacité et les risques sont : - les forceps ; - la ventouse obstétricale ; - les spatules ; - la césarienne.	0	0	0	0	0	0	1	1	6	7	9	9
Cotation 24 Dans les situations où il existe une indication urgente à accélérer la naissance (essentiellement une anomalie grave et persistante du rythme cardiaque fœtal) et où une extraction instrumentale n'est pas immédiatement réalisable, l'expression abdominale pourrait être une solution de recours exceptionnelle.	2	0	0	0	2	1	0	0	4	1	9	6
Cotation 25 Dans le cas exceptionnel où une expression abdominale serait pratiquée, elle doit être notée dans le dossier médical de la patiente par la personne en charge de l'accouchement, en précisant le contexte, les modalités de réalisation et les difficultés éventuellement rencontrées.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9

II.5 Suivi de la recommandation professionnelle												
Cotation 26 Le comité de pilotage préconise la réalisation d'une enquête de pratique à distance de la publication de ces recommandations afin d'évaluer la part résiduelle de l'expression abdominale dans les accouchements.	0	0	0	0	0	0	0	1	8	8	9	9
II.6 Perspectives												
Le comité de pilotage propose de s'interroger, hors les cas d'urgence avérée, sur : *Cotation 27* - la durée optimale de la 2e phase du travail et en particulier la phase d'expulsion, notamment dans l'objectif de limiter le recours à l'épisiotomie ;	1	0	0	0	0	0	2	0	6	1	9	9
Cotation 28 - la prévention de la dystocie par : - postures et déambulation pendant les 1re et 2e phases de travail, - les modalités de l'analgésie (en particulier péridurale), - les apports caloriques et leurs modalités d'administration, - l'accompagnement des parturientes.	0	0	0	0	0	0	0	2	7	8	9	9

* 1 réponse non donnée (« je ne peux pas me prononcer car je ne sais pas où en est la littérature sur ces points »)

Annexe 3. Synthèse des réponses de la 2de cotation individuelle

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Minimum	Maximum	Médiane
I. Introduction												
Les situations suivantes sont hors du champ de ces recommandations du fait d'indications particulières et de modalités techniques spécifiques :												
Cotation 1 - l'expression sus-pubienne associée à la manœuvre de Mac Roberts en cas de dystocie des épaules ;	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
Cotation 2 - l'expression abdominale appliquée lors d'une rétention sur tête dernière en cas de présentation du siège ;	0	0	0	0	0	0	0	1	8	8	9	9
Cotation 3 - l'expression abdominale lors de la césarienne ;	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
Cotation 4 - l'expression sus-pubienne et le massage utérin lors de la prise en charge de la délivrance en général.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
Cotation 5 Ces recommandations sont destinées aux médecins, aux sages-femmes et aux autres personnels lors d'un accouchement.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
II. Recommandations ***II.1 Définitions***												
Cotation 6 Définition de l'expression abdominale : l'expression abdominale se réfère à l'application d'une pression sur le fond de l'utérus, avec l'intention spécifique de raccourcir la durée de la 2e phase de l'accouchement.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
Cotation 7 Définition de la 2e phase de l'accouchement : la 2e phase de l'accouchement correspond à la période allant de la dilatation complète du col à la naissance de l'enfant par les voies naturelles. Elle comprend trois phases successives : l'engagement de la présentation, puis la descente et la rotation et enfin le dégagement.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
II.2 Utilisation actuelle de l'expression abdominale												
Cotation 8 D'après les experts, cette pratique est d'usage courant.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Minimum	Maximum	Médiane
Cotation 9 On ne dispose pas d'enquêtes françaises de pratique publiées sur ce sujet.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
Cotation 10 Il n'existe aucune indication validée de l'expression abdominale.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
Cotation 11 Cette manœuvre n'est ni enseignée, ni codifiée, ni évaluée.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
Cotation 12 Elle est banalisée, et très rarement répertoriée dans le dossier de la parturiente.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
La pratique de l'expression abdominale :												
Cotation 13 - ne permet pas d'éviter systématiquement le recours à l'extraction instrumentale ou à la césarienne ;	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
Cotation 14 - peut retarder la décision d'une extraction instrumentale ou d'une césarienne.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
II.3 Complications de l'expression abdominale												
Cotation 15 La fréquence et la gravité des complications de l'expression abdominale ne sont pas connues précisément (séries de cas, avis d'experts, etc.).	0	0	0	0	0	0	0	1	8	8	9	9
Cotation 16 Contrairement à une idée communément admise par les professionnels de santé, la pratique de l'expression abdominale est mal vécue par la patiente et son entourage (stress physique et psychique) sur le moment et après l'accouchement.	0	0	0	0	0	0	0	1	8	8	9	9
Cotation 17 Les complications le plus souvent rapportées de l'expression abdominale sont : - les douleurs abdominales persistantes après l'accouchement ; - les ecchymoses abdominales.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
Cotation 18 Les autres complications plus rares sont : - les fractures de côtes ; - les lésions périnéales (2 études de bonne qualité méthodologique ont montré que l'expression abdominale est un facteur de risque de déchirures du sphincter anal et de déchirures périnéales du 3e degré).	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Minimum	Maximum	Médiane
Cotation 19 Les complications exceptionnelles sont : - la rupture de rate ; - la rupture hépatique ; - la rupture utérine ; - la déchirure du pédicule lombo-ovarien.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
II.4 Recommandations												
Cotation 20 Il n'y a pas d'indications médicalement validées pour réaliser une expression abdominale.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
Cotation 21 Le vécu traumatique des patientes et de leur entourage et l'existence de complications, rares mais graves, justifient l'abandon de cet usage.	0	0	0	0	0	0	0	1	8	8	9	9
Cotation 22 L'expression abdominale ne peut en aucun cas être un moyen pour raccourcir la durée de la 2e phase de l'accouchement.	1	0	0	0	0	0	0	1	7	1	9	9
Cotation 23 Dans les situations qui nécessitent d'écourter la 2e phase de travail, le recours, en fonction du contexte clinique, à une extraction instrumentale (forceps, ventouse obstétricale, spatules) ou à une césarienne est recommandé.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
Cotation 24 Dans les situations où il existe une indication urgente à accélérer la naissance (essentiellement une anomalie grave et persistante du rythme cardiaque fœtal) et où une extraction instrumentale n'est pas immédiatement réalisable, l'expression abdominale pourrait être une solution de recours exceptionnelle.	6	0	0	0	0	0	0	0	3	1	9	1
Cotation 25 Dans le cas exceptionnel où une expression abdominale serait pratiquée, elle doit être notée dans le dossier médical de la patiente par la personne en charge de l'accouchement, en précisant le contexte, les modalités de réalisation et les difficultés éventuellement rencontrées.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
II.5 Suivi de la recommandation professionnelle												
Cotation 26 Le comité de pilotage préconise la réalisation d'une enquête de pratique à distance de la publication de ces recommandations afin d'évaluer la part résiduelle de l'expression abdominale dans les accouchements.	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9

Propositions de recommandations	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Minimum	Maximum	Médiane
II.6 Perspectives												
Le comité de pilotage propose de s'interroger, hors les cas d'urgence avérée, sur :												
Cotation 27 - les modalités optimales de la 2e phase du travail et en particulier la phase d'expulsion ;	0	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	9
Cotation 28 - la prévention de la dystocie par : - postures et déambulation, - les modalités de l'analgésie (en particulier péridurale), - les apports caloriques et leurs modalités d'administration, - l'accompagnement des parturientes.	0	0	0	0	0	0	0	1	8	8	9	9

Bibliographie

1. Gross SJ, Shime J, Farine D. Shoulder dystocia: predictors and outcome. A five-year review. Am J Obstet Gynecol 1987;156(2):334-6.

2. Amiel-Tison C, Sureau C, Shnider SM. Cerebral handicap in full-term neonates related to the mechanical forces of labour. Bailliere's Clin Obstet Gynaecol 1988;2(1):145-65.

3. Kline-Kaye V, Miller-Slade D. The use of fundal pressure during the second stage of labor. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1990;19(6):511-7.

4. Penney DS, Perlis DW. Shoulder dystocia: when to use suprapubic or fundal pressure. MCN Am J Matern Child Nurs 1992;17(1):34-6.

5. Cosner KR. Use of fundal pressure during second-stage labor. A pilot Study. J Nurse Midwifery 1996;41(4):334-7.

6. Hankins GDV. Lower thoracic spinal cord injury: a severe complication of shoulder dystocia. Am J Perinatol 1998;15(7):443-4.

7. Zetterström J, López A, Anzén B, Norman M, Holmström B, Mellgren A. Anal sphincter tears at vaginal delivery: risk factors and clinical outcome of primary repair. Obstet Gynecol 1999;94(1):21-8.

8. de Leeuw JW, Struijk PC, Vierhout ME, Wallenburg HCS. Risk factors for third degree perineal rupture during delivery. BJOG 2001;108(4):383-7.

9. Simpson KR, Knox GE. Fundal pressure during the second stage of labor. MCN Am J Matern Child Nurs 2001;26(2):64-70.

10. Vangeenderhuysen C, Souidi A. Rupture utérine sur utérus gravide : étude d'une série continue de 63 cas à la maternité de référence de Niamey (Niger). Med Trop 2002;62(6):615-8.

11. Pan HS, Huang LW, Hwang JL, Lee CY, Tsai YL, Cheng WC. Uterine rupture in an unscarred uterus after application of fundal pressure. A case report. J Reprod Med 2002;47(12):1044-6.

12. Buhimschi CS, Buhimschi IA, Malinow AM, Kopelman JN, Weiner CP. The effect of fundal pressure manoeuvre on intrauterine pressure in the second stage of labour. BJOG 2002;109(5):520-6.

13. Institut des mamans. Pratiques obstétricales et frustrations des mamans : quelle réalité ? Paris: IM; 2003.

14. Goodburn EA, Gazi R, Chowdhury M. Beliefs and practices regarding delivery and postpartum maternal morbidity in rural Bangladesh. Stud Fam Plann 1995;26(1):22-32.

15. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Shoulder dystocia. Guideline n°42. London: RCOG; 2005.

16. Merhi ZO, Awonuga AO. The role of uterine fundal pressure in the management of the second stage of labor: a reappraisal. Obstet Gynecol Surv 2005;60(9):599-603.

17. Mocsáry P, Gaál J, Komáromy B, Mihály G, Pohánka O, Surányi S. Relationship between fetal intracranial pressure and fetal heart rate during labor. Am J Obstet Gynecol 1970;106(3):407-11.

18. O'Brien WF, Davis SE, Grissom MP, Eng RR, Golden SM. Effect of cephalic pressure on fetal cerebral blood flow. Am J Perinatol 1984;1(3):223-6.

19. Lee WK, Baggish MS, Lashgari M. Acute inversion of the uterus. Obstet Gynecol 1978;51(2):144-7.

20. Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France, Maillet R, Schaal JP, Collette C. Complications du siège : relèvement des bras. Montpellier: SYNGOF; 2006.

21. Cox J, Cotzias CS, Siakpere O, Osuagwu FI, Holmes EP, Paterson-Brown S. Does an inflatable obstetric belt facilitate spontaneous vaginal delivery in nulliparae with epidural analgesia ? Br J Obstet Gynaecol 1999;106(12):1280-6.

22. Haddad B, Cabrol D. Deuxième période du travail. In: Cabrol D, Pons JC, Goffinet F,ed. Traité d'obstétrique. Paris: Médecine-Sciences Flammarion; 2003. p. 764-76.

23. Déficiences et handicaps d'origine périnatale. Dépistage et prise en charge. Expertise collective, Inserm, 2004.

Participants

Les sociétés savantes et associations professionnelles suivantes ont été sollicitées pour l'élaboration de ces recommandations :

Collège national des gynécologues et des obstétriciens français
Conseil national de l'ordre des sages-femmes
Collège national des sages-femmes
Organisation nationale des syndicats de sages-femmes

Groupe de pilotage

Pr Bruno Carbonne, gynécologue-obstétricien, Paris – Président du groupe de pilotage
Dr Michel Laurence, chef de projet HAS, Saint-Denis La Plaine
Dr Najoua Mlika-Cabanne, adjoint au responsable du service des recommandations professionnelles, HAS, Saint-Denis La Plaine

Mme Muriel André, sage-femme, Bagnolet
Dr Thierry Harvey, gynécologue-obstétricien, Paris
Dr Gilles Kayem, gynécologue-obstétricien, Créteil
Mme Sabine Paysant-Monier, sage-femme, Maubeuge
Dr Alain Proust, gynécologue-obstétricien, Antony
Dr Michel Quentin, gynécologue-obstétricien, La Rochelle
Melle Michèle Rivière, sage-femme, Paris
Mme Agnès Simon, sage-femme, Neuilly
MME Michèle Zanardi-Braillon, sage-femme, Reims

Groupe de cotation

Mme Anne-Isabelle Boulogne, sage-femme, Poissy
Mme Hélène Boyé, sage-femme, Les Lilas
Pr Henri Cohen, gynécologue-obstétricien, Paris
Dr Sekou Coly, gynécologue-obstétricien, Orléans
Mme Christine Frèche, sage-femme, Saint-Jean-de-Verges
Mme Fabienne Galley-Raulin, sage-femme, Verdun
Melle Marie-Christine Johnson, sage-femme, Dijon
Dr Emmanuelle Pannier, gynécologue-obstétricien, Paris
Mme MaïtieTrelaün, sage-femme, Chevinay

La Haute Autorité de santé tient aussi à remercier les personnes suivantes pour leur collaboration à ce travail :

Dr Georges-Fabrice Blum, gynécologue-obstétricien, Mulhouse
Dr Philippe Boisselier, gynécologue-obstétricien, Châtellerault
Mme Mathilde Le Noac'h, sage-femme, Antony
Mme Catherine Llinares-Trapé, sage-femme, Montgailhard
Dr Bernard Maria, gynécologue-obstétricien, Villeneuve-Saint-Georges
Dr Patrick Stora, gynécologue-obstétricien, Lesparre
Dr Grégoire Théry, gynécologue-obstétricien, Thonon-les-Bains

Fiche descriptive

TITRE	**L'expression abdominale durant la 2e phase de l'accouchement**
Méthode de travail	Consensus formalisé
Date de mise en ligne	Avril 2007
Objectif(s)	Évaluer les bénéfices et les risques de l'expression abdominale et émettre des recommandations quant à sa pratique
Professionnel(s) concerné(s)	- Obstétriciens - Sages-femmes - Autres professionnels intervenant lors d'un accouchement
Demandeur	Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE)
Promoteur	Haute Autorité de santé
Pilotage du projet	Coordination : Dr Michel Laurence, chef de projet, Dr Najoua Mlika-Cabanne, adjoint au responsable du service des recommandations professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Patrice Dosquet) Secrétariat : Sladana Praizovic Recherche documentaire : Aurélien Dancoisne, avec l'aide de Laurence Frigère, service de documentation de la HAS (chef de service : Frédérique Pagès)
Participants	Collège national des gynécologues et des obstétriciens français, Conseil national de l'ordre des sages-femmes, Collège national des sages-femmes, Organisation nationale des syndicats de sages-femmes Groupe de pilotage (président : Pr Bruno Carbonne, gynécologue-obstétricien, Paris) Groupe de cotation
Recherche documentaire	De janvier 1995 à décembre 2005 73 références identifiées, dont 23 retenues et analysées
Auteurs de l'argumentaire	Dr Michel Laurence, chef de projet, HAS Dr Najoua Mlika-Cabanne, adjoint au responsable du service des recommandations professionnelles, HAS
Validation	Avis de la commission évaluation des stratégies de santé (décembre 2006) Validées par le Collège de la HAS le 31 janvier 2007
Autres formats	Fiche de synthèse Recommandations Téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr

ISBN :

HAS

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr