

	<i>Proposition de procédure médicale</i>	
	RESEAU PERINAT GUYANE	PROTOCOLE GYN OBST N°23
	Déclenchement artificiel du travail pour grossesse prolongée.	
Rédigée par : Dr Gabriel Carles	Rédigée par :	Date de diffusion : 18 11 2014
Vérifiée par : A Louison	Version : 1	Validé par le conseil scientifique en date du 17/10/2014
approuvé par :	Modifié le :	Total pages : 5

Avertissement : La présente procédure est une proposition du Réseau PERINAT GUYANE. Elle ne sera considérée comme effective que lorsqu'elle aura été validée par le ou les responsables médicaux concernés de chaque structure du Réseau.

Avant propos : ce protocole **concerne uniquement** la grossesse **normale** à terme ou ayant dépassé le terme (autre cas : voir le protocole obstétrical n°22 du réseau Périnatal Guyane).

DAT : déclenchement artificiel du travail

SA : semaines d'aménorrhées

RCF : rythme cardiaque foetal

I – Déclenchement artificiel du travail (DAT) pour grossesse prolongée au-delà de 41 SA : indications et contre indications

Le prolongement d'une grossesse **normale** au-delà de 41 SA peut être une indication de déclenchement dès 41SA +1j, plus particulièrement chez les femmes d'origine africaine ou asiatique.

CONTRE-INDICATIONS :

- Contre-indications absolues : bassin chirurgical, obstacle praevia, disproportion foetopelvienne avérée.
- Contre-indications relatives : utérus bicatriciel (discuter moyens mécaniques)

II- DAT pour grossesse prolongée : préalables et conditions

II-1-PREPARATION DU DECLENCHEMENT

Chaque patiente doit bénéficier d'une consultation le jour du terme, soit à 41 SA. Cette consultation doit être programmée avec la patiente lors de la consultation du 9^{ème} mois.

La consultation du jour du terme doit être l'occasion de :

- vérifier la date du terme et les conditions de datation de la grossesse
- évaluer le bien être foetal,
- évaluer l'état cervical +/- décollement des membranes.

II-2-EVALUATION DES CONDITIONS LOCALES DE DECLENCHEMENT

- Score de Bishop

	0	1	2	3
Dilatation du col	Fermé	1-2cm	3-4cm	≥5cm
Effacement du col	Long	½ long	Court	Effacé
Consistance du col	Rigide	Souple	Mou	
Position du col	Postérieure	Intermédiaire	Antérieure	
Hauteur de la présentation	Mobile	Amorcée	Fixée	engagée

Rajouter 2 points aux multipares ≥ 3 sans cicatrice utérine

Score favorable si ≥ 6 ; score défavorable si < 6

- Moyen complémentaire : échographie du col : favorable si longueur du col < 20mm

II-3- CONDITIONS PREALABLES

- Information et recueil du consentement éclairé de la patiente.
- Indication et prescription du déclenchement notées et signées dans le dossier médical de la patiente par le médecin de garde.
- Admission en salle de naissance le matin à jeun (sauf boissons sucrées).
- Réévaluation des conditions cervicales, vérification du terme.
- Enregistrement du RCF pendant 30min immédiatement avant la réalisation du DAT.
- Information du médecin de garde.

III-TECHNIQUES dans le cadre du DAT pour grossesse prolongéeIII-1-COL FAVORABLE = Bishop ≥ 6 :

Patiente convoquée à 41 SA+ 1 jour pour DAT:

Ocytocine (Syntocinon®) puis amniotomie +/- anesthésie péridurale

Seringue électrique : 1 ampoule (5 UI = 1ml) dans 49 ml de glucose à 5%

Débuter à 1,5 ml/h soit 2,5 m UI/min

Augmenter de 1,5 ml/h toutes les 20min

Vitesse maximum de 12ml/h = 20 mUI /min

Utiliser au maximum 20UI (4 seringues)

Débit à la seringue électrique (50cc)	Nombre de mUI/min
1,5 ml/h	2,5
3 ml/h	5
4,5 ml/h	7,5
6 ml/h	10
7,5 ml/h	12,5
9 ml/h	15
10,5 ml/h	17,5
12 ml/h	20

Objectif : dose minimale efficace pour obtenir une bonne dynamique utérine (3-4 CU régulières/10 min)

Possibilité de diminuer voire d'arrêter l'administration de l'ocytocine dès l'objectif atteint. Si hyperactivité utérine :

- hypercinésie (> 6 CU/10 min) : arrêt de l'administration d'ocytocine
- hypercinésie + anomalies du RCF (ARCF) : appel au médecin de garde et Salbutamol (Salbumol®) 0,125mg en IVD lente soit ¼ ampoule à 0.5mg.
- hypertonie utérine et ARCF : Trinitrine (Natispray®) 0,30mg soit 2 bouffées sub-linguales

III-2-COL MODEREMENT DEFAVORABLE : Bishop de 4 à 6

Patiente convoquée à 41 SA + 1 pour DAT

En l'absence de contre indication : **Misoprostol (Cytotec®)** 50µg soit ¼ comprimé par voie vaginale à renouveler après 4 h puis selon résultat .

Surveillance RCF en continu pendant 2h.

A renouveler le lendemain ou relais par ocytocine

Contre-indications au déclenchement par Misoprostol:

utérus cicatriciel, parité ≥ 5, (RCIU, dopplers pathologiques, grossesses gémellaires) :

dans ces cas et si l'administration d'ocytocine n'est pas envisageable, choisir soit les prostaglandines E2, soit les méthodes mécaniques (laminaires, sonde de Foley)

III-3-COL DEFAVORABLE : Bishop ≤ 3

Mifepristone (Mifégyne®) : 2 comprimés à 200mg à 41 SA

Patiente convoquée à 41 + 2 SA pour DAT :

- Bishop ≥ 6 : ocytocine
- Bishop 3 à 6 : en l'absence de contre indication : Misoprostol (Cytotec®) 50µg soit ¼ comprimé vaginal à renouveler après 4h
- Bishop ≤ 3 : Ballonnet ou laminaire puis misoprostol ou ocytocine selon les résultats et les contre indications éventuelles ; si pose de laminaire, revoir le statut cervical le lendemain

III-4-CAS PARTICULIERS :

➤ utérus unicatriciel

Après avis collégial en staff, la conduite à tenir est notée et signée dans le dossier

- Bishop ≥ 6 : ocytocine, amniotomie
- Bishop < 6 :
 - Prostaglandines gel E2 (Prostine E2®) : 1mg puis 2mg 6h après selon résultats
 - ou moyens mécaniques : laminaires ou ballonnet (sonde de Foley introduite au-delà de l'orifice interne du col, gonflée avec 30cc de sérum physiologique. Mise en traction avec poche à urine remplie de 100cc d'eau)

➤ siège

En cas de col favorable, après avis staff, si accord voie basse et consentement de la patiente : ocytocine uniquement.

III-5-DECLENCHEMENT DE CONVENANCE avant le terme

Ou en cas d'éloignement du domicile ou d'antécédent d'accouchement rapide

Conditions :

- Terme précis > 39 SA
- Information et consentement maternel
- Utérus non cicatriciel
- Col favorable : Bishop ≥ 7
- Adhésion de l'équipe

Technique : ocytocine, amniotomie

La patiente doit être informée du risque augmenté de césarienne et sa demande et l'accord du médecin responsable doit figurer dans le dossier.

Références :

Fiche de la Haute Autorité de Santé : déclenchement artificiel du travail – 2008

Avis d'experts : État des lieux et expertise de l'usage hors AMM du misoprostol en gynécologie-obstétrique : travail du CNGOF 2013

Recommandations de Pratiques Cliniques RPC : Grossesse prolongée et terme dépassé CNGOF 2011

Annexe : proposition de fiche d'information

FICHE D'INFORMATION DESTINÉE AUX FEMMES ENCEINTES CONCERNANT LE DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT

Madame,

Un déclenchement artificiel du travail est envisagé pour votre accouchement, à votre demande ou à la suite d'une proposition du médecin qui vous suit. Le déclenchement artificiel du travail consiste à **provoquer des contractions de l'utérus** pour faire démarrer le travail, c'est-à-dire le processus qui aboutit à l'accouchement. La présente fiche a pour but d'accompagner les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme en ce qui concerne les principes, les avantages et les inconvénients du déclenchement. Cette information a pour objectif de vous permettre de prendre une décision éclairée concernant les modalités de votre accouchement.

QUAND UN DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT PEUT-IL ÊTRE ENVISAGÉ ?

Un déclenchement artificiel du travail peut vous être proposé **pour une raison médicale** ou être envisagé **pour des raisons de convenance** (sans indication médicale).

1. Si le déclenchement artificiel du travail vous a été proposé pour **une raison médicale**, liée à votre état de santé et/ou à celui de votre enfant, des précisions vous ont été apportées par l'équipe médicale. Même si votre grossesse est normale, deux situations peuvent conduire à envisager un déclenchement : grossesse prolongée (dépassement de terme) et rupture prématurée de la poche des eaux. Le **dépassement de terme** peut constituer dans quelques cas un risque pour l'enfant. C'est pour cette raison que, si vous n'avez pas accouché à la date prévue du terme, on vous a proposé une surveillance régulière et éventuellement un déclenchement. La **rupture prématurée de la poche des eaux avant le début du travail** peut parfois entraîner une infection chez l'enfant. Pour cette raison, un déclenchement artificiel du travail est habituellement proposé après un certain temps d'attente sous antibiotiques ; il est généralement déconseillé d'attendre plus de 2 jours.

2. En cas de grossesse normale, **lorsqu'il n'y a pas de raison médicale** pour provoquer l'accouchement, un « déclenchement de convenance » encore appelé « accouchement programmé » peut être envisagé. Ce type de déclenchement ne peut être pratiqué qu'en fin de grossesse (à partir de 39 semaines, soit environ 8 mois et demi) et si le col est favorable (ramolli et un peu ouvert). Si vous avez demandé un déclenchement de convenance, vous pouvez changer d'avis tant que le déclenchement n'est pas commencé. Il peut arriver que l'équipe médicale ne puisse pas pratiquer le déclenchement parce que toutes les conditions organisationnelles et de sécurité ne sont pas réunies.

COMMENT SE PASSE UN DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DE L'ACCOUCHEMENT ?

Pour déclencher le travail, on dispose de deux méthodes principales :

- la maturation cervicale par administration médicamenteuse intravaginale ou par méthode mécanique
- la perfusion intraveineuse d'ocytocine associée à une rupture de la poche des eaux.

Ces deux méthodes peuvent être employées seules ou successivement. De plus, le décollement des membranes pratiqué au cours d'un toucher vaginal en introduisant un doigt à l'intérieur du col peut entraîner des contractions qui suffisent parfois à déclencher le travail ; c'est une manoeuvre qui peut être douloureuse et provoquer des saignements.

Lorsqu'il y a une indication médicale pour provoquer un accouchement, le déclenchement peut être envisagé quel que soit l'état du col.

Dans le cas d'un déclenchement de convenance, les conditions nécessaires pour réaliser un déclenchement sont : une grossesse d'au moins 39 semaines d'aménorrhée (environ 8 mois et demi) et un col de l'utérus favorable (col ramolli et déjà un peu ouvert).

La pratique du déclenchement entraîne, dès le début du travail, la nécessité d'un monitoring fœtal continu, et généralement des contractions de forte intensité qui peuvent être plus douloureuses qu'un début de travail spontané. En attendant que le travail soit suffisamment avancé pour permettre la mise en place d'une analgésie péridurale si vous le souhaitez, d'autres moyens antidouleur pourront vous être proposés. Dans l'accouchement déclenché, comme dans l'accouchement spontané, il peut se produire des contractions excessives de l'utérus ou un arrêt de la dilatation du col qui nécessite une césarienne. Ces complications sont un peu plus fréquentes lorsque le déclenchement a lieu sur un col qui n'est pas favorable.

Cette fiche d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au médecin ou à la sage-femme toutes les questions que vous souhaitez.