HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée

Avril 2008

Déclenchement pour indications médicales

Dépassement du terme	La réalisation d'une échographie du premier trimestre à 11 – 13 semaines d'aménorrhée (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. Le risque de complications associées au dépassement de terme impose une surveillance précise à partir du jour du terme. 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'initier 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'en 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 prématurée 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'en 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 de mettre la femme enceinte sous antibioprophylaxie. En cas de portage de streptocoques B, il est recommandé de débuter immédiatement une antibioprophylaxie adaptée.
Diabète	La conduite à tenir en cas de diabète insulinodépendant 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 pas d'argument qui justifie une conduite à tenir différente de celle d'une grossesse normale.

Grossesses gémellaires	Dans les grossesses gémellaires, la mortalité périnatale est augmentée après 39 SA. 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-utérin	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 (déclenchement ou césarienne) après concertation avec le pédiatre de la structure.
Antécédent 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 sera décidé en fonction des souhaits de la femme enceinte et des conditions d'organisation matérielle.
Hypertension artérielle et pré-éclampsie	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).

Déclenchement pour indications non médicales

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 (cf. *note d'information destinée aux patientes*).

Méthodes de déclenchement	
Décollement des membranes	Un décollement des membranes peut être proposé quand un déclenchement sans raison médicale urgente est envisagé. 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.
Ocytocine	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 milli-unités 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 milli-unités par minute. La dose maximum recommandée d'ocytocine est de 20 milli-unités par minute. Si des doses plus importantes sont nécessaires, elles ne doivent en aucun cas excéder 32 milli-unités 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 devront : • spécifier la dose d'ocytocine administrée (en milli-unités 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 antireflux ou d'une seringue électrique avec valve antireflux.
Prostaglandines E2	Le déclenchement par les prostaglandines E2 doit privilégier la forme intravaginale, car, à efficacité égale, cette voie d'administration se montre moins agressive que la forme intracervicale.
Comparaison ocytocine/ 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.
Autres méthodes de déclenchement du travail	Le misoprostol (prostaglandine E1) et la mifépristone n'ont pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le déclenchement artificiel du travail. L'utilisation de la sonde de Foley n'est pas recommandée en routine dans 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 déclenchement 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 monitorage de la fréquence cardiaque fœtale et de la contractilité utérine ; • un monitorage fœtal doit être réalisé immédiatement avant le déclenchement ; • si l'ocytocine est utilisée pour initier le travail, un monitorage fœtal électronique continu doit être mis en place ; • en cas de déclenchement par les prostaglandines E2 en application vaginale, un monitorage fœtal continu doit être réalisé pendant au moins 2 heures. En l'absence d'anomalie, le monitorage 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 réalisation	Le déclenchement artificiel du travail, quelle que soit la méthode, doit être réalisé à proximité d'une salle de césarienne.

Cas particuliers : grossesses à risque

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

© Haute Autorité de Santé – 2008

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :
« Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée »
Adaptation des recommandations pour la pratique clinique existantes– Avril 2008
Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité
sur **www.has-sante.fr**