

Le déclenchement artificiel du travail

Comité éditorial de l'UVMaF

2013

Table des matières

Introduction.....	3
1. Les conditions du déclenchement.....	3
2. Les indications du déclenchement artificiel du travail.....	4
2.1. Le déclenchement d'indication médicale.....	4
2.2. Le déclenchement d'opportunité ou de convenance.....	5
3. Les contre-indications.....	5
4. Les techniques du déclenchement en cas de conditions cervicales favorables (BISHOP>6).....	6
4.1. La perfusion d'ocytociques et amniotomie.....	6
4.2. Les prostaglandines.....	6
4.3. Les anti-progestérone.....	6
5. Les techniques du déclenchement en cas de conditions cervicales défavorables.....	7
6. Les principes de surveillance d'un travail déclenché.....	7
7. Bibliographie.....	8
Conclusion.....	8

Prérequis

- Déterminisme de la parturition (cf : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/parturition/site/html/1.html>).
- Effets de la contraction utérine (cf : http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/travail_debut/site/html/) sur la circulation placentaire, le rythme cardiaque fœtal (cf : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/rcf/site/html/>) et l'équilibre acido-basique.
- Surveillance du travail (cf : http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/travail_mecanisme/site/html/).
- Base pharmacologique des ocytociques et prostaglandines.

Objectifs spécifiques

- Connaître les indications et contre-indications du déclenchement.
- Connaître les différents moyens de déclenchement artificiel du travail.
- Participer au choix du mode de déclenchement.
- Être capable de surveiller un travail déclenché et dépister les anomalies.

Introduction

Le déclenchement du travail est l'induction artificielle des contractions utérines avant leur survenue spontanée dans le but d'obtenir un accouchement par les voies naturelles chez une femme qui n'était pas jusque là en travail. (J.LANSAC)

Il est réalisé soit pour des indications maternelles ou fœtales afin de diminuer la morbidité et la mortalité périnatale sans augmenter la morbidité maternelle soit pour des raisons de convenance.

La décision du déclenchement relève de la compétence de l'obstétricien. La sage-femme participe au choix du mode de déclenchement.

1. Les conditions du déclenchement

- La vérification de la date de début de grossesse est nécessaire.
- Après informations claires écrites ou orales, sur les indications, risques et les modalités de déclenchement, il s'agit d'obtenir l'acceptation de la patiente.
- Le pronostic pour un accouchement par voie basse doit être favorable.
- L'équipe médicale (obstétricien, anesthésiste et pédiatre suivants les cas...) doit être disponible.
- L'appréciation des caractéristiques physiques du col utérin par le toucher vaginal est primordial pour déterminer les possibilités de déclenchement. Certains scores tels que celui de BISHOP ou celui de FRIEDMAN peuvent être utilisés afin de décider de la nécessité d'une maturation cervicale avant le déclenchement. Pour le score de BISHOP, il s'agit de noter chaque item de 0 à 3 et d'en faire la somme par la suite. Plus le score est élevé, plus les conditions d'accouchement sont favorables. La maturation est acquise si le score est supérieur à 6. Le déclenchement sur col défavorable (score de BISHOP inférieur à 3) est sujet à un nombre d'échecs important et aboutit à :
 - un travail long,
 - une augmentation du taux de césarienne (hypertonie, anomalies du RCF...)
 - une augmentation du taux de complications maternelles et fœtales.

- La consultation d'anesthésie doit être faite et le bilan biologique préopératoire vérifié
- Il faut vérifier l'absence de contre-indications materno-foetales et obstétricales
- Avant la mise en route du déclenchement, il faut s'assurer du RCF normal

Le déclenchement artificiel du travail, quelle que soit la méthode, doit être réalisé à proximité d'une salle de césarienne. Les conditions de déclenchement doivent respecter le protocole du service.

Tableau 1 : Évaluation de la maturation du col selon le score de BISHOP

	0	1	2	3
Dilatation du col utérin en cm	0	1 à 2	3 à 4	5
Effacement du col utérin en %	0 à 30 (long)	40 à 50 (mi-long)	60 à 70 (court)	80 et plus (effacé)
Consistance du col utérin	Ferme	Moyenne	Molle	
Position du col utérin	Postérieure	Centrale	Antérieure	
Position de la tête foetale par rapport aux épines sciatiques	Haute et mobile (3 cm au dessus)	Amorcée (2 cm au dessus)	Fixée (inférieur à 1 cm au dessus)	Engagée (1 à 2 cm en dessous)

2. Les indications du déclenchement artificiel du travail

Il existe deux types de déclenchement artificiel du travail : le déclenchement d'indication médicale et le déclenchement d'opportunité ou de convenance. Quelque soit les indications de déclenchement, il est nécessaire de respecter les protocoles du service.

2.1. Le déclenchement d'indication médicale

Tableau 2 : Indications médicales du déclenchement artificiel du travail

	Fœtales	Materno-fœtales	Maternelles
Indications médicales	A partir du terme échu	Syndromes vasculo-rénaux (pré éclampsie, HELLP syndrome...)	Mort in utéro
	Diabète mal équilibré	Rupture prématurée des membranes après 34-35 SA > 12H	Pathologies nécessitant la fin de la grossesse (Cardiopathies, Cancer ...)
	RCIU avec arrêt de croissance	Antécédent d'accouchement rapide (inférieur à 2H) pour une patiente éloignée de la maternité	
	Iso-immunisation		
	Grossesses gémeillaires		

	Pathologies fœtales nécessitant une prise en charge pédiatrique spécifique (hernie diaphragmatique)		
--	--	--	--

2.2. Le déclenchement d'opportunité ou de convenance

Il s'agit du déclenchement artificiel du travail en l'absence de pathologie maternelle ou fœtale le justifiant. Un déclenchement pour une indication non médicale ne peut être programmé que si la grossesse était normale, que les conditions locales sont satisfaisantes. L'indication ne peut ressortir que d'une décision conjointe de l'accoucheur et de la femme.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), il ne peut être envisagé que si les conditions suivantes sont réunies :

- utérus non cicatriciel,
- à partir de 39 SA,
- col favorable : score de Bishop ≥ 7 ,
- accord de la patiente et information des modalités et des risques potentiels.

3. Les contre-indications

Tableau 3 : Contre-indications du déclenchement artificiel du travail

	Obstétricales	Liées à la technique	Liées au col
Contre-indications absolues	Contre-indication à la voie basse : Bassin chirurgical, obstacle praevia, disproportion foeto pelvienne)	Prostaglandines proscrites si : - Allergie aux prostaglandines si crise d'asthme - Glaucome	Conditions locales défavorables : nécessité d'une maturation cervicale avant le déclenchement
	Souffrance fœtale aiguë	Prostaglandines intracervicales contre-indiquées en cas de rupture prématurée des membranes (Risque infectieux)	
Contre-indications relatives	utérus cicatriciel	Amniotomie interdite si présentation haute et mobile (risque de procidence du cordon)	
	grossesse gémellaire		
	présentation du siège		

4. Les techniques du déclenchement en cas de conditions cervicales favorables (BISHOP>6)

4.1. La perfusion d'ocytociques et amniotomie

L'ocytocine de synthèse (Syntocinon®) est identique à l'ocytocine naturelle. En cas d'utilisation dans le cadre du déclenchement, l'**amniotomie** doit être réalisée dès que :

- contractions régulières utérines toutes les 3 à 4 minutes,
- col ouvert
- présentation appliquée.

Modalités de réalisation

La dynamique utérine induite par une perfusion d'ocytociques étant généralement plus douloureuse, une anesthésie péridurale doit être volontiers proposé à la patiente.

Exemples de protocole :

Exemple n°1 :

- Perfusion en intra-veineuse : 5 UI diluées dans 500 cm³ de sérum glucosé isotonique,
- Débit réglé par une pompe péristaltique :
 - Débit initial : 2,5 mUI/min (5 gttes/min) durant 20 minutes
 - Puis augmenter de 1milliUI (2gttes) /15 à 30min jusqu'à l'obtention d'une contraction toutes les 3 min
 - Efficacité jugée sur l'effacement du col puis sa dilatation (1 cm/h)
- Si débit >12,5mUI/min (25Gttes), poser une tocographie interne

Exemple n°2 :

5000 mUI ou 5 UI dans 50 ml pousse-seringue
débuter à 2mU/min1,2 ml/h pendant 15 min
puis à 4 mU/min2,4 ml/h
puis augmenter toutes les 30 min
8mU/min.....4,8 ml/h
12 mU/min.....7,2 ml/h
16mU/min.....9,6 ml/h
20 mU/min.....12ml/ h
dose maximale: 30 mU/min

4.2. Les prostaglandines

L'action ocytocique des prostaglandines peut être utilisée pour déclencher le travail lorsque le col est favorable.

- Prostine E2 gel à 1 ou 2mg dans le cul de sac.
- Dinoprostone (Prépidil®) 0,5mg dans le canal cervical
- Dinoprostone (Propess®) 10mg dans le vagin
- Misoprostol (Cytotec®) 25 µg/ 4h par la voie vaginale (Pas AMM)

4.3. Les anti-progestérone

Elles sont utilisées pour le déclenchement artificiel du travail sur fœtus mort ou interruption médicale de grossesse.

5. Les techniques du déclenchement en cas de conditions cervicales défavorables

Les moyens mécaniques (bougies, ballon, sondes à ballonnets) sont moins utilisés que les prostaglandines et sont en cours d'évaluation. Ces substances ont une action ocytotique mais aussi une action de maturation du col. En effet, elles agissent sur la structure du tissu conjonctif et provoquent une modification du métabolisme des protéoglycanes, ce qui aboutit à un assouplissement du col.

Les prostaglandines utilisables en France sont :

- Prostine E2 gel à 1 ou 2mg dans le cul de sac postérieur du vagin. Nombre : jusqu'à trois applications (durée entre deux applications = 6 h). La première application est en général de 1mg pour les multipares et de 2mg pour les primipares.
- Dinoprostone (Prépidil®) 0,5mg dans canal cervical si le score de Bishop est ≤ 3 . Nombre : jusqu'à deux applications (durée entre les deux = 12h)
- Dinoprostone (Propess®) 10mg dans vagin sous forme d'un tampon dont l'avantage est de suspendre son action pharmacologique lors du retrait.
- Misoprostol (Cytotec ®) 25 μ g/ 4h (Pas AMM)

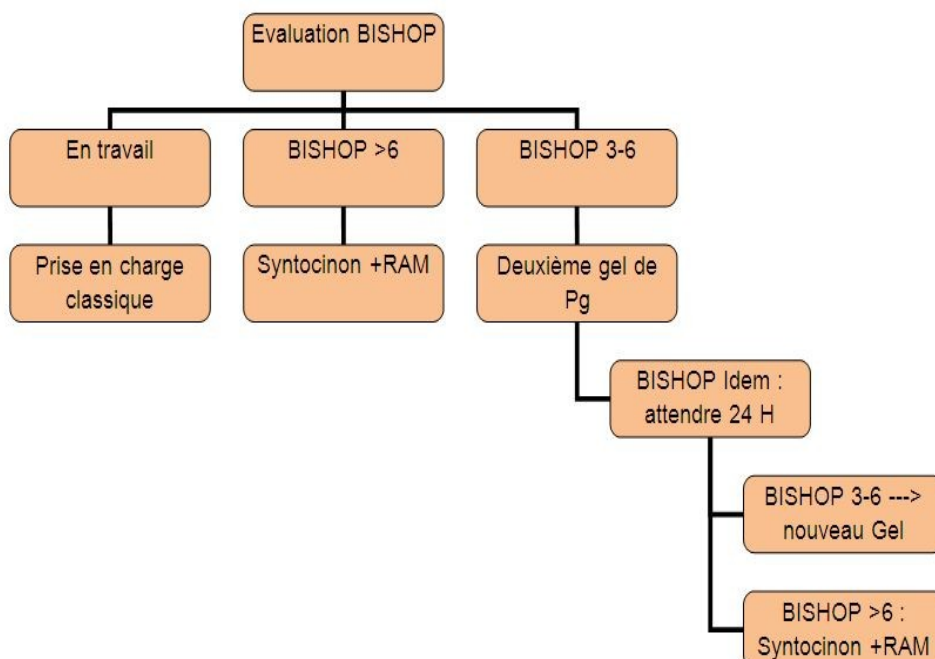
Le temps séparant l'application des prostaglandines et l'administration d'ocytocine est de 4 heures.

6. Les principes de surveillance d'un travail déclenché

- Quelle que soit la voie utilisée, la patiente est hospitalisée pendant la durée de la maturation.
- 30 minutes d'enregistrement cardiotocographique sont nécessaire avant l'application des prostaglandines et une pose d'une voie veineuse peut être envisagée
- Il est impératif de surveiller la patiente (cardiotocographie) durant les deux heures qui suivent la mise en place des prostaglandines du fait des risques d'hypertonie ou d'hypercinésie utérine, puis de réaliser un monitoring foetal intermittent jusqu'au début du travail.

Le score de BISHOP sera réévalué régulièrement en fonction de la dynamique utérine et du ressenti de la patiente.

Figure 1: Evolution de la conduite à tenir en fonction du BISHOP



7. Bibliographie

- **Cabrol D., Goffinet F.** : *Protocles cliniques en obstétrique. Abrégés de périnatalité. 3ème édition, Masson, 2009*
- [HAS. Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée . recommandation 2008](#)

Conclusion

Lorsque les conditions locales sont favorables, la perfusion de Syntocinon et la RAPDE représentent les méthodes de choix.

Lorsque les conditions sont défavorables, les prostaglandines par voie locale sont actuellement les plus utilisées.