

	RECOMMANDATION	
	Déclenchement artificiel du travail en milieu hospitalier (hors déclenchement en ambulatoire)	Rédaction : Dr Gauchotte Emilie Dr Creutz Margaux Pr Morel Olivier Validation : CSPT CoPéGE le 03/03/2023

I. ORGANISATION D'UN DÉCLENCHEMENT

Préalables :

- Tous les déclenchements à programmer sont discutés de manière collégiale pour valider l'indication.
- Information éclairée de la patiente et recueil de son accord. Les modalités et les risques potentiels doivent être bien expliqués et tracés dans le dossier.
- Les situations à risque doivent être identifiées et signalées par l'équipe, ces situations nécessitent une surveillance accrue.
- En cas de déclenchement urgent et de situation à risque : indication du déclenchement à valider par un médecin sénior.

Avant de décider du déclenchement/maturation cervicale :

- Vérifier la présence de la consultation d'anesthésie
- Vérifier le résultat du PV du 9ème mois
- Vérifier le taux de plaquettes (moins de 1 mois) et les RAI (moins de 3 jours)
- Vérifier la carte de groupe sanguin (validité)
- Indication du déclenchement doit être notée dans le dossier par le médecin responsable
- S'assurer de l'**absence de contre-indication** à la voie basse (présentation transverse,)
- Avant de procéder à un déclenchement, il faut s'assurer de la disponibilité des moyens nécessaires à la surveillance maternelle et monitoring fœtale.

Surveillance des patientes en cours de déclenchement en pré-travail (BEA et PG)

1. Surveillance du RCF au moins 30 minutes avant le début de la maturation cervicale
2. Après pose BEA/PG, surveillance du RCF pendant 2 heures
3. En l'absence d'anomalie du RCF, déambulation possible
4. Evaluer et tracer la douleur par EN dans le dossier même si la patiente n'a pas de douleur, à l'entrée en prétravail puis toutes les 6 h.
5. Indications de **réévaluation de la patiente** : TV, RCF
 - a. En cas de situations à risque : situations identifiées par le staff dont grossesses avant 37 SA, RCIU, prééclampsie
Nécessité d'une surveillance accrue de l'état fœtal par RCF
 - b. Patiente algique, **évaluer EN**
 - c. Rupture de la poche des eaux
 - d. Tout autre symptôme nécessitant un contrôle de l'état fœtal : métrorragies, HTA...
 - e. Contractions utérines
 - i. En dehors des situations à risque : RCF dès le début des CU puis toutes les 2h si persistance des CU
 - ii. En cas de situations à risque : situations identifiées par le staff dont grossesses avant 37 SA, RCIU, prééclampsie
Nécessité d'une surveillance accrue de l'état fœtal par RCF notamment lors de contractions utérines : RCF dès le début des CU puis en continu si persistance des CU, travail dirigé d'indication plus large dans ce contexte.
 - iii. Réévaluation toutes les 2 h de la douleur, EN
 - f. Si patiente algique EN > 4
 - i. Mesures d'accompagnement en prétravail : douche, ballon
 - ii. Proposer systématiquement la pose d'une APD quel que soit l'état du col,

II. INDICATIONS PRINCIPALES

Les indications médicales principales sont les suivantes :

- Cholestase gravidique
- Dépassement de terme et grossesses prolongées
- Diabète pré-gestationnel et gestationnel
- Grossesses gémellaires
- HTA gravidique et pré-éclampsie
- Rupture prématurée des membranes
- Retard de croissance intra-utérin
- Présence d'une macrosomie hors diabète gestationnel
- Traitement anti-coagulant.

Autres indications possibles :

- **Antécédents d'accouchement rapide**
 - A partir de 39 SA
 - ATCD de travail rapide (< 2 heures)
 - Domicile éloigné
- **Pathologie maternelle**
 - Cardiopathie, neuropathie, néphropathie chronique, pathologie générale inflammatoire, immunologique ou infectieuse après discussion et avis du spécialiste concerné.
- **Accouchement indiqué sur un type II ou III pour motif fœtal avec domicile éloigné**
- **Le déclenchement de convenance sur demande maternelle**

III. CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications absolues

- **Contre-indications à la voie basse (à valider de manière collégiale avec les avis obstétricaux, pédiatriques et-anesthésiques).**

IV. LES DIFFERENTS MOYENS DE MATURATION CERVICALE ET DE DÉCLENCHEMENT

Le ballon extra-amniotique

1. Mécanisme

Effet mécanique de maturation cervicale par inflammation et irritation du segment inférieur provoquant des CU et la synthèse locale de prostaglandines

2. Contre-indications

Suspicion d'infection materno-fœtale

Placenta bas inséré

Maladies infectieuses transmissibles au fœtus (VIH, VHC, VHB), à *discuter en fonction de la charge virale*.

3. Complications

Hémorragie génitale

4. Modalités et matériel

En service d'antepartum

Après 30 minutes de RCF normo oscillant normo réactif

Vérification de la position placentaire

Matériel :

- ✓ ballonnet de Cook®
- ✓ Seringues de 20cc
- ✓ Eau stérile
- ✓ Gants stériles
- ✓ Spéculum de taille adaptée
- ✓ +/- Pince de Pozzi
- ✓ Pince à pansement
- ✓ Compresses stériles
- ✓ Bétadine vaginale

Modalités :

1. Introduction de la sonde à travers le canal cervical vers l'avant ou l'arrière, à l'opposé de la position placentaire
2. Remplissage lent du ou des ballonnet(s) d'eau stérile jusqu'à 80 mL en fonction de la tolérance de la patiente
3. Fixation de la sonde sur la face interne de la cuisse de la patiente
4. Contrôle du RCF 2 heures après la pose puis déambulation possible

Prostaglandines E2

1. Présentation

- PROSTINE® 1 ou 2mg : gel intra-vaginal
- PROPESS® 10mg : Tampon intra-vaginal

2. Mécanisme

Action essentiellement locale de maturation cervicale (par action sur la structure du tissu conjonctif et modification des protéoglycanes) ; effet ocytocique si absorption vaginale rapide ou doses répétées.

3. Conditions

À privilégier en cas de col défavorable

Application en service de pré-travail ou antepartum

S'assurer de l'**absence de contre-indication à la voie basse**

Surveillance du RCF 30 min avant et 2 heures après la pose

Si PROSTINE® 1ère dose de 2mg ou 1 mg en fonction du col, des CU et de la multiparité, délai entre 2 poses de PROSTINE® : au moins 6 heures (en général 2 doses)

En l'absence d'anomalie, le monitoring peut être ensuite intermittent jusqu'au début du travail

Surveiller le relâchement utérin au palper

Si altération du RCF ou hypercinésie : informer l'équipe de garde et retirer immédiatement le PROPESS®

Retrait du PROPESS® après 24 heures si la maturation cervicale est insuffisante.

4. Délai prostaglandines-oxytocine

Délai avant perfusion d'Oxytocine et pose de PROSTINE® : au moins 3 heures

Délai avant perfusion d'Oxytocine et retrait de PROPESS® : au moins 30 minutes

5. Contre-indications

Hypersensibilité connue aux prostaglandines

Les contre-indications à la voie basse

Les utérus cicatriciels

Misoprostol par voie orale

1. Présentation

ANGUSTA® 25 µg comprimé par voie orale

2. Mécanisme

Le Misoprostol est un analogue synthétique de la prostaglandine E1 (PGE1), un composé ocytotique naturel. Les prostaglandines augmentent l'activité collagénase des fibroblastes du col de l'utérus et provoquent ainsi la maturation cervicale et la contraction utérine.

3. Conditions d'utilisation

A partir de 37 SA et grossesse singleton

À privilégier en cas de col défavorable

Administration en service de pré-travail ou antepartum

S'assurer de l'**absence de contre-indication à la voie basse**

Surveillance du RCF 30 min avant et 2 heures après la 1ère prise

En l'absence d'anomalie, le monitoring peut être ensuite intermittent (30 min toutes les 6 heures) ou adapté à l'activité utérine, jusqu'au début du travail

Surveiller le relâchement utérin au palper

Arrêt du traitement si :

- Anomalie du RCF
- Suspicion d'hypertonie utérine
- Rupture spontanée des membres selon la contractilité
- Mise en route du travail
- Survenue d'un événement indésirable

4. Contre-indications

Les utérus cicatriciels

Travail en cours

Anomalie du RCF, LA teinté ou méconial, état foetal inquiétant

Pré-éclampsie sévère

Hypersensibilité connue au Misoprostol

Insuffisance rénale (DFG < 15 ml/min/1,73 m²) ou hépatique

Les contre-indications à la voie basse

5. Modalités d'utilisation

La posologie est de 25 µg toutes les 2 h ou de 50 µg toutes les 4 h.

La dose maximale est de 200 µg par 24 heures soit 8 cp de 25 µg sur 24h. ANGUSTA® doit être pris par voie orale avec un verre d'eau.

En cas de vomissements dans les 5 min après la prise, un autre comprimé peut être donné.

Les comprimés ne sont pas à donner par avance à la patiente.

Il peut y avoir un effet synergique/additif du misoprostol et de l'ocytocine.

L'administration concomitante d'ocytocine est contre-indiquée.

Un renouvellement de la prescription après les 1ères 24h est possible sur décision du staff ou du médecin GO de garde.

L'allaitement est possible 4h après la dernière prise.

6. Délai misoprostol-ocytocine

Il est recommandé d'attendre 4 heures après la dernière dose d'ANGUSTA® avant d'administrer l'ocytocine.

Oxytocine (Syntocinon®)

1. Mécanisme

Analogue de l'hormone post-hypophysaire permettant d'induire le travail par augmentation de l'amplitude et de la force des CU.

2. Présentation

Ampoule de 1mL à la concentration de 5UI/mL

3. Conditions

À privilégier en cas de col favorable

S'assurer de l'absence de contre-indication à la voie basse

En salle de naissance

Pompe à débit contrôlé ou chrono-diffuseur

Pose de l'analgésie péridurale si volonté de la patiente

Sous contrôle du RCF en continu et tocographie externe

Surveillance tensionnelle maternelle

Suivi dans les 2 heures de la rupture artificielle des membranes si besoin.

4. Effets secondaires

Hypercinésie dynamique

Hypertonie utérine

Rupture utérine principalement en cas d'utérus cicatriciel

Intoxication à l'eau, hyponatrémie (effet diurétique de l'oxytocine).

5. Modalités administrations

Préparation : 5UI dans 500mL de soluté glucosé à 5% sur chrono-diffuseur

Début à 2 mUI/min puis augmentation par paliers de 2mUI/min, respecter au moins 30 min entre chaque palier sans dépasser 20mUI/min.

Il faut employer la dose d'oxytocine la plus faible possible en visant à obtenir au maximum 4 à 5 contractions par 10 min.

Recommandation pour la pratique clinique 2017	5 UI d'oxytocine dans 500 mL de glucosé 5% Minimum 30 min entre chaque palier Ne pas dépasser 20 mUI/min	Administration de l'oxytocine au cours du travail spontané.																					
		Débit (mUI/min)	Vitesse (mL/h)	2	12	4	24	6	36	8	48	10	60	12	72	14	84	16	96	18	108	20	120

Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Deneux-Tharaux C, Riethmuller D et le groupe RPC.

Gynecol. Obstet. Fertil.
J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.
Rev. Sage-Femme

Surveiller le relâchement utérin au palper

Pose de l'analgésie péridurale en fonction du souhait de la patiente

RAM dès que possible au maximum dans les 2 1ères heures du déclenchement (à moduler en fonction du contexte, par exemple : siège)

Lors de la RAM, attention au risque de procidence du cordon notamment en cas de présentation haute et non fixée ou d'hydramnios. Par précautions, faire une évacuation progressive du liquide amniotique avec une aiguille à l'aide d'un spéculum ou non, tout en exerçant une légère pression sur le fond utérin.

V. En cas d'hypertonie ou hypercinésie de fréquence (> 4 CU / 10 min)

- Si DAT par PROPESS® : retrait
- Si DAT par ANGUSTA ou SYNTOCINON® : arrêt
- Installer la patiente en Décubitus Latéral Gauche (DLG)
- Oxygène au masque
- Appel Interne de garde +/- senior de garde
- +/- Une pulvérisation de NATISPRAY® en sub-lingual ou NITRONAL® : risque d'hypotension artérielle donc surveillance tensionnelle toutes les 2 min et pose d'une VVP

RÉFÉRENCES & BIBLIOGRAPHIE

Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané du Collège National des Sages-femmes de France. 2016.

Recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français sur la prise en charge des grossesses prolongées 2011.

Recommandations de l'HAS 2008 : Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée.

Recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues-Obstétricien Français sur la prise en charge des grossesses gémellaires 2009.

Abiracheb F., Haddad B., Cabrol D. Déclenchement artificiel du travail à terme. In : Cabrol D., Pons J.C., Goffinet F. Traité d'obstétrique. Paris, Flammarion, 2003 : 781-93.

Boulvain M., Kelly A., Lohse C., Stan C., Irion O. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane DatabaseSystRev. 2001 ; (4) : CD001233.Review.

Cabrol D., Goffinet F. Déclenchement artificiel du travail. In : Cabrol D., Goffinet F. Maternité Port-Royal : Protocoles cliniques en obstétrique. Paris, Ed Masson, 2003 : 171-78.

Chung J.H., Huang W.H., Rumney P.J., Garite T.J., Nageotte M.P. A prospective randomized controlled trial that compared misoprostol, Foley catheter and combination misoprostol-Foley catheter for labor induction. Am J Obstet Gynecol. 2003 Oct ;189(4) :1031-5.

Hofineyr G.J., Gulmezoglu A.M. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane DatabaseSystRev. 2003 ;(1) : CD00941. Review.

Jozwiak M., OudeRengerink K., Benthem M. Foley catheter versus vaginal prostaglandin E2 gel for induction of labour at term (PROBAAT trial): an open-label, randomized controlled trial. The Lancet 2011 (378).

MIGLIORELLI, Federico, DE OLIVEIRA, Sara, MARTINEZ DE TEJADA WEBER, Begona. Etude « ARRIVE » : vers une recommandation globale de déclenchement du travail d'accouchement à terme ?. In: Revue médicale suisse, 2019, vol. 15, n° 668, p. 1920-1924. <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:143241>