



GROUPE HOSPITALIER PITIE SALPETRIERE
Service de gynécologie Obstétrique
Professeur M DOMMERMUES

Auteurs : K.Baulan, J.Nizard,
D.Rouabhi, V. Nicolas, M.Bailleux
Date rédaction : 15/01/2017

Validation : Pr Dommergues ; Dr
Junot; Dr Vauthier-Brouzes

MODALITES D'ADMINISTRATION DE L'OXYTOCINE DANS LE TRAVAIL SPONTANE

1 - RAPPEL PHARMACOLOGIQUE

- Présentation en ampoule injectable 5UI/1mL
- Conservation entre +2°C et +8°C
- Délai d'action <1min par voie IV, 2-4 min par voie IM
- Durée de réponse utérine 30 à 40 min par voie IM; plus courte par voie IV
- Demi-vie courte 3 à 17 min
- Taux plasmatique atteint un plateau en 40 min

- Pas d'administration IV rapide en raison du risque d'hypotension immédiate transitoire + flush et tachycardie réflexe.
- Pour éviter des changements significatifs de PA et FC, **utilisation prudente chez les patientes porteuses d'une maladie cardiovasculaire préexistante** (cardiomyopathie hypertrophique, maladie valvulaire et/ou maladie ischémique du cœur incluant les vasospasmes des artères coronaires) et patientes présentant un « syndrome QT long » ou apparentés.

2 - MODALITES D'ADMINISTRATION selon les références HAS (cf réglette recto)

- Administration par voie intraveineuse **lente** à l'aide d'une pompe à perfusion, sur une voie veineuse équipée d'une **valve anti-reflux**.
- Standardisation de la dilution et des débits exprimés en mUI/min.
- Diluer 5 UI de SYNTOCINON dans 500mL de sérum glucosé isotonique G5 (ou dans 500mL de sérum physiologique en cas de diabète).
- **Débuter à une dose initiale de 2mUI/min**
- **Attendre 30min entre 2 augmentations de dose.**
- **Augmenter par palier de 2mUI/min sans dépasser le débit maximum de 20mUI/min (120mL/h).**
- **Utilisation à dose efficace minimale** : arrêter l'augmentation des doses dès l'obtention d'une modification cervicale et/ou $CU \geq 4/10$ min.
- Noter la dose totale reçue d'unités d'oxytocine dans le dossier médical.

Recommandation pour la pratique clinique 2017	Administration de l'oxytocine au cours du travail spontané.										
	Débit (mUI/min)	Vitesse (mL/h)									
5 UI d'oxytocine dans 500 mL de glucose 5% Minimum 30 min entre chaque palier Ne pas dépasser 20 mUI/min	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

RAPPELS

- Dose forte d'oxytocine quand $>4\text{mUI/min}$
- Pas de différenciation selon les caractéristiques de la patiente (IMC)

2- UTILISATION DE L'OXYTOCINE AU COURS DU TRAVAIL SPONTANÉ (cf réglette verso)

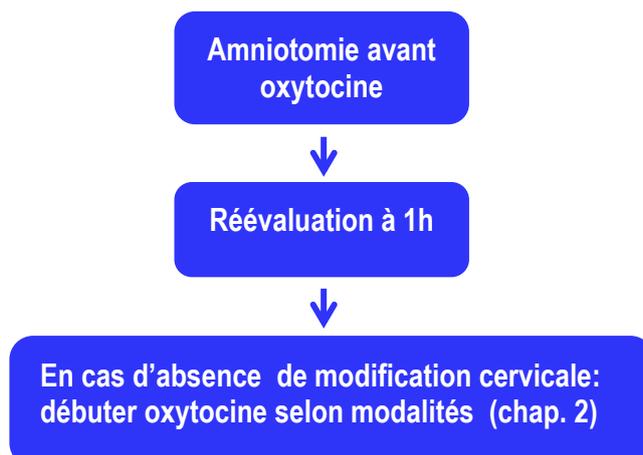
2-1 Premier stade du travail : depuis l'apparition de contractions utérines régulières associées à des modifications cervicales jusqu'à dilatation complète.

2-1-a Phase de latence $< 6\text{ cm}$

- Pas de recours systématique à la rupture des membranes ou à l'oxytocine car pas de définition de la dystocie dynamique avant 6 cm.
- Analgésie péridurale précoce possible sans association systématique de l'oxytocine.
- Il est nécessaire de savoir attendre et de respecter cette phase.

2-1-b Phase active $\geq 6\text{ cm}$

- La vitesse de dilatation est considérée comme anormale si elle est $< 1\text{cm}/2\text{h}$ au delà de 6cm de dilatation.
- En cas de dystocie dynamique au cours de la phase active, il est recommandé de pratiquer une amniotomie et d'attendre 1h avant l'administration d'oxytocine.



2-3 Deuxième stade du travail : de la dilatation complète à la naissance

2-3-a Phase de descente

Au bout de 2h à dilatation complète sans engagement de la présentation, il est recommandé d'administrer de l'oxytocine et d'attendre une 3^{ème} heure si le rythme cardiaque fœtal le permet.
Il est recommandé de vérifier l'orientation de la présentation dans ce contexte.

2-3-b Phase d'expulsion

Le délai entre le début des efforts expulsifs et la naissance ne doit pas excéder 1h si le RCF le permet.
Au-delà de ce délai, il est recommandé d'avoir recours à une extraction instrumentale.

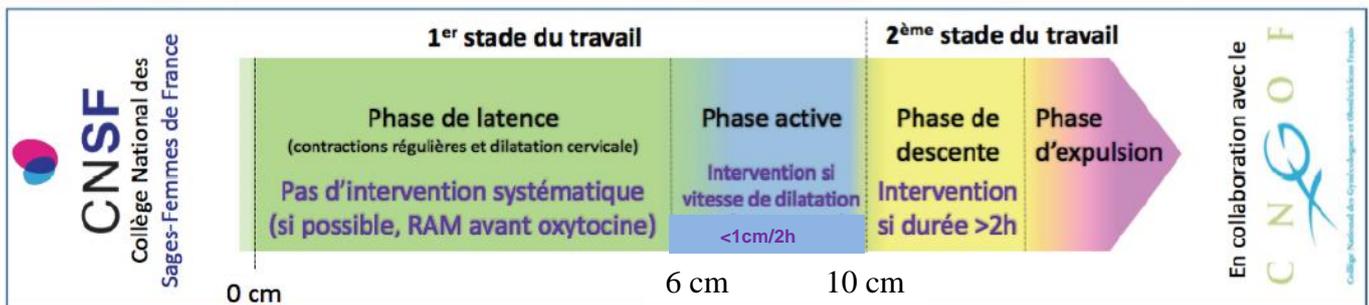
2-4 Troisième stade du travail : de l'accouchement à la délivrance

Administration préventive d'oxytocine (délivrance dirigée) systématique : 5UI (soit 1 ampoule) en IV lente (>1min) au dégagement de l'épaule antérieure.

AU TOTAL :

UTILISATION DE L'OXYTOCINE AU COURS DU TRAVAIL SPONTANE

- Pas d'administration systématique (Risque HPPx1-5)
- Administration sur indications (cf protocole)
- Dose minimale efficace
- Surveillance mère et enfant continue



Références :

- Protocole déclenchement et maturation cervicale
- HAS. Recommandations Avril 2008 – Déclenchement du travail après 37SA
- J.Belghiti Administration d'ocytocine au cours du travail en France. Résultats de l'enquête nationale périnatale 2010
- Belghiti et coll. "Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study" *BMJ* 2011
- Clark CI New perspective of old drug. *Am J Obstet Gynecol* 2009
- Cahill AG Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008
- Coulm B , Tessier V ; Recommandations pour l'administration d'ocytocine au cours du travail spontané. Chapitre 4 : efficacité de l'ocytocine au cours du travail spontané selon les modalités d'administration. *Revue de la sage-femme* 2016
- Dupont C Oxytocin administration during spontaneous labour: Guidelines for clinical practice. *Guidelines Gynecol Obstet Fertil Senol.*2017
- Zhang J, Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.*2010