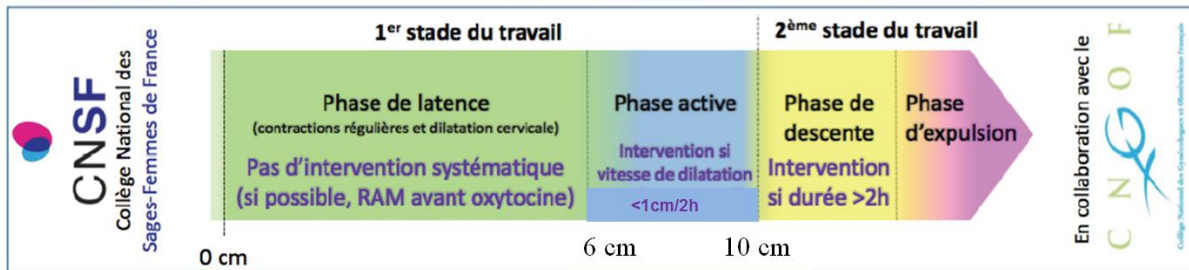




# INDUCTION DU TRAVAIL

## 1. FONDAMENTAUX (cf protocole Modalité d'administration de l'oxytocine dans le travail spontané)

### a. Différents stades du travail



### b. Modalités d'administration de l'oxytocine

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

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

Les effets maternels indésirables de l'oxytocine sont l'**hyperactivité utérine** (hypercinésie de fréquence si CU ≥ 6/10min) et l'**hémorragie du post-partum**.  
Les effets fœtaux et néonataux indésirables de l'oxytocine sont les anomalies du rythme cardiaque fœtal, la morbidité néonatale, l'hyponatrémie, l'ictère néonatal et les difficultés néonatales de succion.

## 2. INDUCTION ARTIFICIELLE DU TRAVAIL

### a. Les indications

#### **Dépassement de terme.** (cf protocole grossesse prolongée)

Lors du dernier RDV de consultation, proposer un décollement des membranes si terme  $\geq$  39SA.

Si la femme enceinte n'a pas accouché à 41SA ; il est recommandé d'instaurer une surveillance fœtale toutes les 48h.

Au-delà de 41SA, si le col est favorable (BISHOP  $\geq$  6), il est recommandé de proposer un déclenchement du travail à la patiente.

Dans tous les cas, à 41SA+4 jours, il est recommandé d'induire le travail par maturation si le col est défavorable (ballonnet) ou par déclenchement.

L'objectif est celui d'une naissance avant 42 SA + 0.

*Chez les patientes ayant un utérus cicatriciel et qui ont un accord voie basse, il est recommandé de faire une maturation du col par ballonnet à 41SA+3 au plus tard ou de déclencher le travail si le col est favorable à 41SA+5 au plus tard.*

#### **Rupture prématurée des membranes après 37 SA.** (cf protocole RPM $\geq$ 24 SA)

- Femme non en travail, PV négatif, LAC :

Expectative jusqu'à 12h de RPM

Antibiothérapie : AMOXICILLINE 2g IV puis 1g/8h IV ou DALACINE PO en cas d'allergie

Bilan infectieux à l'admission

A 12h de RPM :

- o BISHOP  $\geq$  6 : déclenchement à l'oxytocine
- o BISHOP  $<$  6 : maturation cervicale par PROPESS
- Femme non en travail, LA teinté ou PV positif à streptocoque B ou anomalie du bilan infectieux (CRP $>$ 20 ou leucocytes  $>$ 15 000) sans signe clinique de chorioamniotite: pas d'expectative, déclenchement ou maturation par PROPESS sous couverture antibiotique.

*Si contre-indication aux prostaglandines (utérus cicatriciel, siège...), réévaluation uniquement à 24h : déclenchement si BISHOP  $\geq$  6 ou césarienne.*

#### **Diabète gestationnel.** (cf protocole diabète gestationnel)

Si le diabète est déséquilibré ou avec retentissement fœtal (macrosomie fœtale avec PA $>$ 90<sup>ème</sup> percentile) ou nécessitant une insulinothérapie  $>$  20ui, il est recommandé d'induire le travail à 39SA.

Si le diabète est au contraire bien équilibré soit sous régime soit sous insuline  $<$  20ui, sans macrosomie fœtale, il est recommandé d'induire le travail à 41SA.

Avant un déclenchement ou une maturation, une EPF datant de moins d'une semaine doit être disponible dans le dossier pour s'assurer de l'absence de contre-indication.

#### **Diabète pré-existant à la grossesse.** (cf protocole diabète pré-existant)

Il est recommandé d'induire le travail à 39SA.

Avant un déclenchement ou une maturation, une EPF datant de moins d'une semaine doit être disponible dans le dossier pour s'assurer de l'absence de contre-indication.

### **Grossesses gémellaires.** (cf protocole grossesses gémellaires)

Dans le cas d'une grossesse gémellaire bichoriale biamniotique, il est recommandé d'induire le travail à 38SA.

Dans le cas d'un fœtus avec PAG < 10<sup>ème</sup> percentile, il est recommandé d'induire le travail à 37SA.

Dans le cas d'un fœtus avec PAG < 5<sup>ème</sup> percentile, il est recommandé d'induire le travail à 36SA.

### **Suspicion de macrosomie fœtale**

Indication : grossesse unique en présentation céphalique, utérus non cicatriciel, pas de CI à la voie basse, pas de diabète.

Si EPF > 95<sup>ème</sup> percentile à 36-37SA :

- Vérifier l'absence de diabète gestationnel par une GAJ/GPP
- Proposer une maturation cervicale ou un déclenchement à 39 SA

Rappels des seuils selon EPF : à l'entrée en SDN, il faut disposer d'une EPF de moins de 1 semaine (hypothèse de prise de 300g/semaine)

	Maturation/déclenchement	Accord voie basse
Diabète	< 4250g	< 4500g
Pas de diabète	< 4500g	< 5000g

Pour information : le 95<sup>ème</sup> percentile est EPF ≥ 3700g à 37SA, EPF ≥ 3900g à 38SA et EPF ≥ 4100g à 39 SA.

### **Suspicion de PAG**

Si PAG < 5<sup>ème</sup> percentile, un objectif de terme à 37 SA est raisonnable.

Si PAG entre le 5<sup>ème</sup> et le 10<sup>ème</sup> percentile, un objectif de terme à 39 SA est raisonnable.

### **Cholestase**

Si cholestase isolée (pas de comorbidité), stable et acides biliaires < 40 umol/L (au plus haut), il est recommandé d'induire le travail à 39 SA.

Si cholestase non isolée ou acides biliaires > 40 umol/L (au moins 1 fois), il est recommandé d'induire le travail à 37 SA.

### **Pathologies hypertensives (HTA chronique, PE...)**

En cas d'HTA chronique nécessitant un traitement anti-hypertenseur, un objectif de terme de 39 SA est raisonnable (à adapter si comorbidités, PAG...).

En cas de pré-éclampsie modérée, il est recommandé d'induire le travail à 38 SA. (cf protocole pré-éclampsie)

**Pathologies maternelles pré-existantes** : l'objectif de terme est à évaluer au cas par cas en staff pluridisciplinaire.

**IMC pré-gestationnel  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$**  : l'objectif de terme est 39 SA.

**Déclenchement de « convenance »**. Un déclenchement pour une raison non médicale ne peut être envisagé que si les conditions suivantes sont réunies : utérus non cicatriciel, présentation céphalique, terme précis, à partir de 39SA, col favorable avec score de BISHOP  $\geq 6$ , demande de la patiente avec informations des modalités et des risques potentiels et place en salle de naissance.

### **b. Cas particuliers**

**Cas particulier de la présentation du siège** : voir protocole siège

**Cas particulier de l'utérus cicatriciel** : le déclenchement artificiel du travail reste une option raisonnable, mais le risque de rupture utérine qui y est associé doit être discuté avec la patiente. La maturation par prostaglandines est contre-indiquée. La maturation par ballonnet pendant maximum 24h est possible.

### **c. Pré-requis**

Le déclenchement du travail s'avère indiqué lorsque le risque qui est associé à la poursuite de la grossesse, pour la mère ou le fœtus, est plus élevé que le risque qui est associé au déclenchement du travail et à l'accouchement.

La patiente doit être prévenue du risque d'incapacité à obtenir le travail, ainsi que des risques accrus de césarienne, d'accouchement par extraction instrumentale, d'hypertonie utérine, de chorioamniotite.

#### **Pour tout déclenchement ou maturation**

S'assurer de la disponibilité des moyens nécessaires à la surveillance materno-foetale.

Indication clairement explicitée dans le dossier avec date et nom du médecin senior ayant posé ou validé l'indication.

Remettre à la patiente le document d'information.

**Indication:** Nécessité d'une naissance anticipée selon les protocoles du service après évaluation bénéfices / risques au cas par cas.

#### **Choix de la technique d'induction du travail :**

Le score de BISHOP est prédictif de la réussite d'un accouchement obtenu par voie basse.

Bishop  $\geq 6$  déclenchement par oxytocine (SYNTOCINON)

Bishop < 6 maturation mécanique par ballonnet en cas de membranes intactes, ou par PROPESS si membranes rompues. Dans certains cas l'association des 2 techniques peut être proposée.

En cas de col perméable, une alternative au déclenchement, le décollement des membranes peut être proposé à la patiente.

*Décollement des membranes :*

- *Aide à la mise en route spontanée du travail*
- *Peut entraîner des contractions sans mise en travail, et donc être douloureux*
- *Le proposer et le réaliser qu'avec l'accord des femmes.*
- *Le portage de streptocoque B n'augmente pas les risques*

**Contre-indication à provoquer l'accouchement par voie basse :**

- o Nécessité d'une naissance immédiate
- o Placenta recouvrant, carcinome cervical invasif
- o Présentation dystocique, disproportion foeto-pelvienne manifeste
- o Récurrence herpétique en cours de poussée vulvaire, primo-infection datant de moins de 6 semaines.
- o Pathologie maternelle contre indiquant le travail
- o Utérus cicatriciel avec contre-indication à l'épreuve du travail (cf protocole utérus cicatriciel)

**Contre-indications spécifiques à la maturation cervicale :**

- o En cas de grossesse gémellaire, si décision de maturation cervicale après information de la patiente, privilégier la maturation cervicale mécanique.
- o Utérus cicatriciel : contre-indication à la maturation cervicale par prostaglandines
- o Présentation autre que céphalique

### **3. TECHNIQUE DE MATURATION CERVICALE**

#### **a. Par ballonnet intra-cervical**

**Avant la pose :**

- Indication clairement explicitée dans le dossier avec date et nom du médecin senior ayant posé ou validé l'indication.
- Patiente informée des enjeux du déclenchement
- Document d'information remis
- Au moins 20 minutes de RCF normal
- Voie veineuse

**Technique de pose : faire venir la patiente à 14h (pose idéalement en salle de naissance ou au pré-partum)**

- Position gynécologique
- Pose d'un spéculum

- Introduction de la sonde de Foley dans le col, puis gonfler le ballonnet (situé dans l'utérus au-dessus de l'OI) à 30 mL.

NB : les volumes seront adaptés à la tolérance.

En cas d'utilisation d'un ballonnet COOK, ne gonfler que le 1<sup>er</sup> ballonnet à 40ml.

- Retrait du spéculum, fixation de la sonde sur la cuisse par un tegaderm.
- Pas de sonde vésicale systématique
- Pas de KT de péridurale systématique
- Déambulation encouragée

Conduite à tenir en cas de pose compliquée :

- En cas de métrorragies ne cessant pas dans les 2min suivant la pose, retirer le ballonnet et laisser une expectative de 30min sous RCF. Au-delà de ces 30min, retenter la pose d'un ballonnet. En cas de récurrence de métrorragies, préférer la pose d'un PROPESS en l'absence de contre-indication.
- En cas de RAM à la pose du ballonnet, conduite à tenir identique à celle en cas de RPM.

### **Surveillance après la pose**

- Nouvel enregistrement du RCF de 30 minutes. Si normal, la patiente est libre de ses mouvements et encouragée à se mobiliser.
- Enregistrement du RCF toutes les 6 heures ou si perte du ballonnet, ou si contractions utérines.
- Retrait du double ballonnet et examen 24 H heures après la pose
  - Si score de Bishop > 6, déclenchement.
  - Si Bishop < 6, nouvelle pose de 24H avec le même protocole.
- Au bout de 48H de maturation, déclenchement à l'ocytocine.

### **Cas particulier de l'utérus cicatriciel : faire venir la patiente à 18h**

**- s'assurer de l'absence de contre-indication à un accouchement par voie basse.** (cf protocole utérus cicatriciel)

- Enregistrement du RCF pendant 30 min
- Pose du ballonnet par le CDG/interne selon les modalités expliquées ci-dessus
- Surveillance du RCF pendant 30 min
- La patiente remonte dans sa chambre et est encouragée à se mobiliser
- Surveillance clinique, réévaluation si douleur, contractions ...
- Retrait du ballonnet le lendemain soir à 19h et laisser dormir la patiente la nuit
- 7h le surlendemain (avant le staff) : Réévaluation des conditions locales obstétricales.
  - Bishop  $\geq$  6 : péridurale et déclenchement à l'ocytocine.
  - Bishop <6 : Césarienne.

### **Analgésie :**

**Si douleur : Attention ces situations augmentent le risque de rupture utérine**

- Si douleurs et entrée en travail : discuter APD avec médecin anesthésiste
- Si douleurs sans entrée en travail : césarienne

**▲ ▲ Attention : les signes de RUPTURE UTERINE sont souvent dissociés ou trompeurs.**

Evoquer le diagnostic devant :

- un rythme cardiaque foetal non rassurant, qui constitue un premier signe
- un arrêt des contractions utérines, une non progression de la dilatation, des métrorragies, une douleur atypique

## **b. Maturation par PROPESS**

**Avant la pose :**

- Indication clairement explicitée dans le dossier avec date et nom du médecin senior ayant posé ou validé l'indication
- Patiente informée des enjeux du déclenchement
- Document d'information remis
- Au moins 20 minutes de RCF normal
- Voie veineuse

**Technique de pose :**

- Position gynécologique
- Insertion du dispositif dans le cul de sac postérieur vaginal (sage-femme ou médecin)

**Surveillance après la pose**

- Nouvel enregistrement du RCF de 30 minutes. Si normal, la patiente est libre de ses mouvements et encouragée à se mobiliser.
- Enregistrement du RCF toutes les 6 heures, ou si contractions utérines
- Retrait du dispositif et examen 24 H après la pose
  - Si score de Bishop  $\geq 6$ , déclenchement.
  - Si Bishop  $< 6$ , nouvelle pose de 24H avec le même protocole.
- Au bout de 48H de maturation, déclenchement à l'ocytocine.

## **4. DECLENCHEMENT DU TRAVAIL**

### **a. Définition**

**Déclenchement du travail :** fait de provoquer des contractions utérines chez une femme enceinte ne se trouvant pas en travail, en vue d'obtenir un accouchement par voie basse dans les 24-48h.

**Hypercinésie de fréquence :**  $\geq 6$  CU/10min.

**Hypertonie utérine :** contractions utérines excessives d'une durée excédant 120 secondes, avec ou sans anomalies du rythme cardiaque foetal.

### **b. Modalités du déclenchement par oxytocine**

La mise en œuvre d'un enregistrement du rythme cardiaque foetal en continu est recommandée lorsqu'on a recours à l'ocytocine.

La RAM première est recommandée dans le déclenchement artificiel du travail dans l'optique d'utiliser le moins d'ocytociques possible. Il est recommandé de pratiquer une amniotomie et d'attendre 1h avant l'administration d'oxytocine.

Les modalités d'administration de l'oxytocine sont détaillées dans le chapitre 1.

Il est essentiel de diagnostiquer l'échec de déclenchement au bon moment pour conseiller les patientes et décider si l'on continue le déclenchement ou si l'on fait une césarienne.

La décision est basée sur la faible probabilité que la patiente entre dans la phase active du travail sans avoir de complications (chorioamniotite/endométrite, hémorragie du post-partum).

**Echec de déclenchement : absence d'entrée dans la phase active du travail ( $\geq 6\text{cm}$ ) au-delà de 12h d'administration d'oxytocine après RAM** (chez les nullipares comme chez les multipares).

*En cas d'utérus cicatriciel, l'échec de déclenchement est défini par l'absence d'entrée dans la phase active du travail au-delà de 6h d'administration d'oxytocine après RAM.*

**Au cours d'un déclenchement, l'ensemble des données obstétricales doit être pris en compte. La situation doit être régulièrement réévaluée.**

Dans les **situations à risque accru d'asphyxie périnatale** (obésité avec IMC préconceptionnel  $> 40$ , diabète sous insuline, PAG, terme dépassé...), il faut savoir **mettre fin au déclenchement devant des signes mineurs de mauvaise tolérance** (par exemple LA teinté, RCF douteux...)

**Lorsque la patiente entre dans la phase active du travail, la dilatation cervicale doit progresser de la même façon que ce soit un travail spontané ou un déclenchement.**