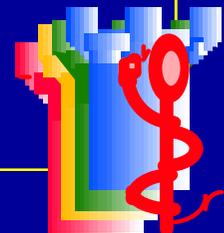


Déclenchement du travail

J. Lansac

Département de Gynécologie Obstétrique CHU TOURS

08/06/2010



Définition

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 .**

Fréquence du déclenchement

- Augmentation nette en France
 - 10,4% en 1981
 - 20,5% en 1998

Conférence de Consensus. J Gynecol Obstet Biol 1995

- Etude multicentrique observationnelle :
 - 1192 déclenchements
 - Indications médicales 75% Opportunité 25%
 - Déclenchement pour indication médicale : 25% PGE2
 - Déclenchement de convenance : 5% PGE2

Goffinet F et al. J Gynecol Obstet Biol 2003

Pourquoi déclencher ?

- Motif médical car intérêt pour :
 - La mère : HTA, Diabète , insuffisance cardiaque , respiratoire ...
 - L 'enfant :RPM, RCIU, terme dépassé
- D 'opportunité :
 - Arrange la famille
 - Arrange l 'équipe médicale



Conditions du déclenchement

- Accouchement par voie basse possible
- Maturation du col bonne : Bishop >6
-----> Déclenchement par Syntocinon
- Maturation du col non faite : Bishop <6
----> Nécessité de maturation avant déclenchement



Indications médicales

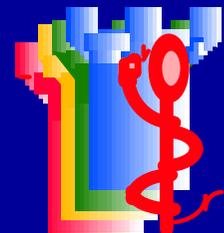
Utiles pour la mère et ou l'enfant

- Rupture prématurée des membranes >12H
- Terme dépassé >42SA (40%)
- HTA gravidique (25%) après 36SA sans SF
- Diabète (10%)
- RCIU (5%)
- Iso-immunisation (2%)
- Maternelle : cardiopathie , respiratoire , cancer



Indication d'opportunité

- **25% des grossesses normales** (Goffinet 2003)
- **Pas d'avantages médicaux** sauf :
 - éloignement de l'hôpital
 - Travail très rapide
- **Avantages sociaux**, organisationnels, psychologiques
- **Conditions** :
 - 38 S révolues, présentation céphalique
 - Grossesse normale
 - Pas de disproportion foeto- maternelle
 - Bishop ≥ 7 donc pas de maturation nécessaire



Contre indications

- Déclenchement médical :
 - Accouchement voie basse impossible :
 - bassin chirurgical ,
 - Obstacla praevia
 - Souffrance fœtale chronique ou aigue
 - Utérus cicatriciel ?
 - Siège ? Jumeaux ?
- Déclenchement opportunité:
 - Terme <39SA
 - Présentation non céphalique
 - Bishop<7
 - Refus de la femme après information

08/06/2010

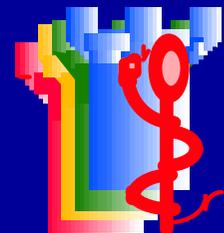


Contre indications liées à la technique :

- Amniotomie interdite si:
 - présentation haute mobile
 - Infection cervicovaginale
- Prostaglandines interdites si :
 - Asthme
 - Glaucome
 - Allergie aux prostaglandines .
 - RPM: pas de Pg. Intra cervicale car risque infectieux

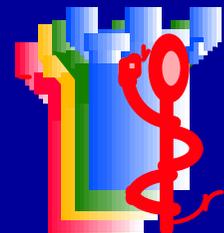
Technique de déclenchement Bishop ≥ 6

- Conditions :
 - Femme à jeun
 - Examen normal vérification de l'absence de contre indications .
 - Enregistrement RCF normal
- Méthodes :
 - **Décollement des membranes** : libère Pg (Goffinet 1999)
 - **Perfusion Syntocinon + amniotomie**
 - **Prostaglandines**
 - **Anti progestérone**



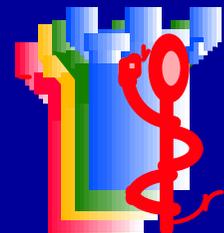
Déclenchement par le Syntocinon

- Perfusion syntocinon: 5UI/500CC sérum Glucosé iso.
- 2,5 mUI/min (5 gtt/min)/20min puis augmenter de 1 mUI(2gtt) /15 à 30min ---->CU toutes les 3 min .
- Rompre les membranes si CU toutes les 3/4 min , col ouvert, tête appliquée .
- ----> dilatation 1 cm /H
- Si débit >12,5mUI/min (25Gttes)--->toco interne
- Anesthésie péridurale si douleurs



Déclenchement par prostaglandines

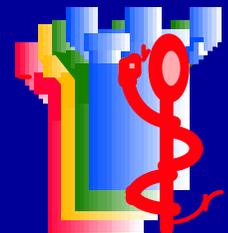
- Prostine E2 gel à 1 ou 2mg dans le cul de sac postérieur du vagin
- Dinoprostone (Prépidil®) 0,5mg dans canal cervical .
- Dinoprostone (Propess®) 10mg dans vagin
- Misoprostol (Cytotec ®) 25 µg/ 4h (Pas AMM)
- Efficacité idem Syntocinon+RAM mais plus cher



Déclenchement par Mifégyne

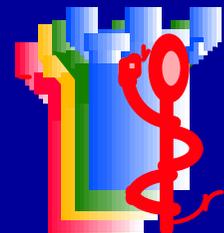
- Anti progestérone
- 600 mg :3 comprimés en une prise
- Pas AMM en France

08/06/2010



Efficacité

- Durée travail idem accouchement spontané
- Augmentation des extractions instrumentales
- Augmentation des césariennes : 10 à 16% primipare?
- Résultats néo nats idem .



Technique de déclenchement Bishop <6

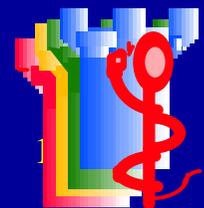
- Maturation par prostaglandine nécessaire
 - Prostine E2 gel à 1 ou 2mg dans le cul de sac postérieur du vagin
 - Dinoprostone (Prépidil®) 0,5mg dans canal cervical .
 - Dinoprostone (Propess®) 10mg dans vagin
 - Misoprostol (Cytotec ®) 25 µg/ 4h (Pas AMM)
- Après 3 heures de surveillance du RCF déambulation possible .
- Nouveau Bishop 6 à 12 H après

08/06/2010



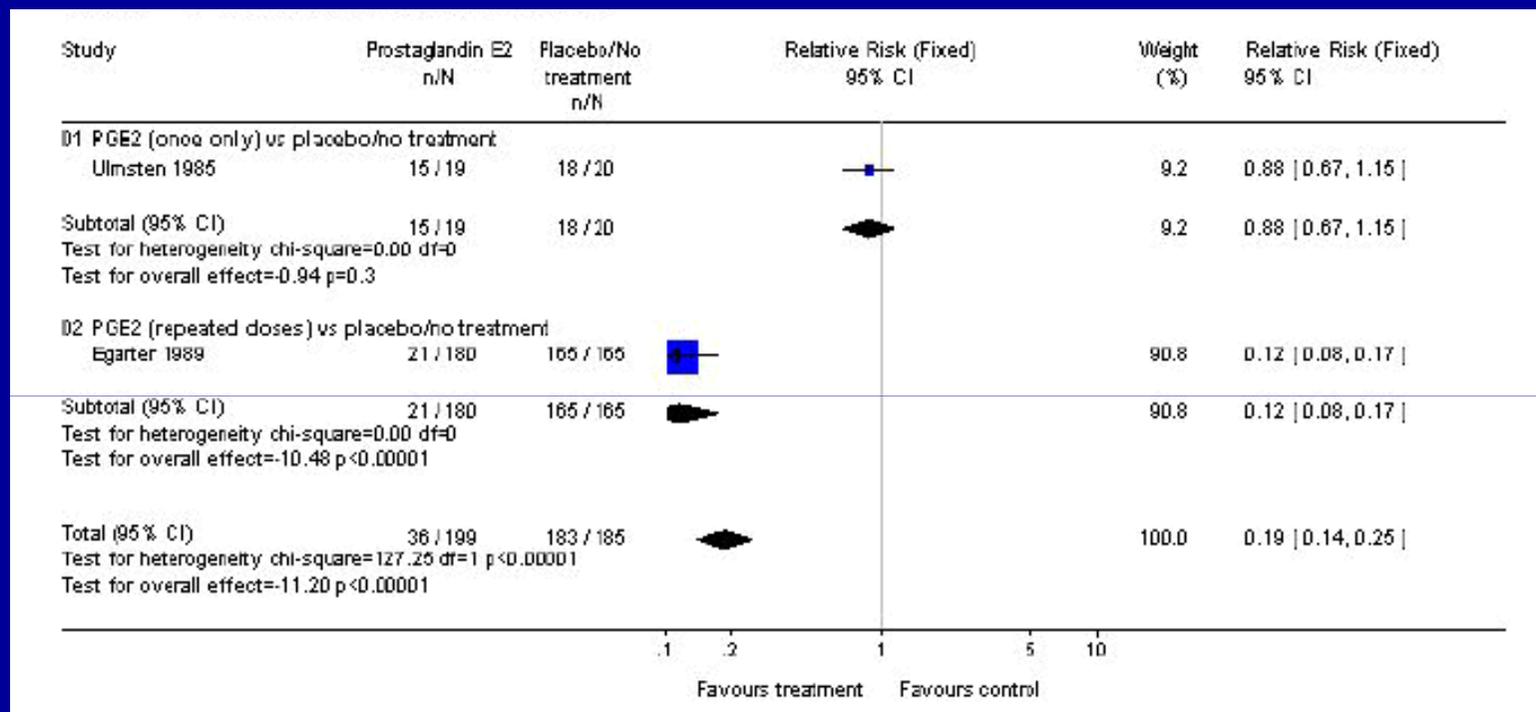
Evaluation 6 à 12 H après Pg

- En travail --->Prise en charge classique
- Bishop >6 ---> Syntocinon +RAM
- Bishop 3-6----> deuxième gel dePg
- Bishop Idem ---> attendre 24 H et réévaluer
 - Bishop Idem --->Nouveau gel
 - Bishop 3-6 ---> nouveau Gel
 - Bishop >6 : Syntocinon /□+RAM
 - Ne pas dépasser 3 doses de gel .



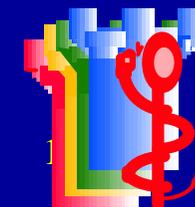
Quelle efficacité ?

- Cochrane database (101 études)



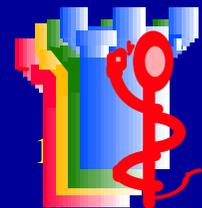
- Majoration du risque d'hyperstimulation avec modification du RCF :
4.6% vs 0.51%, RR 4.14, 95% CI [1.93 to 8.90]
- 20 à 25% d'échec avec de césariennes

08/06/2010



Résultats des déclenchements CHU Tours 2003

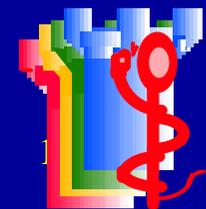
- Etude randomisée : Prostin E2 1mg / Dinoprostone 10 mg (Propess)
- 159 patientes incluses dans l'étude
- Parité moyenne 1,8 [1-4]
- 9,2% Mb rompues
- 108 Bishop < 5
- Taux global de VB 75,9% Césariennes = 24%



Résultats CHU Tours 2003

	Dinoprostone 10mg (n=78)	Prostine 1mg (n=80)	p
Délai obtention 3cm	15,2 +/- 10,4	17,4 +/- 11,4	0,09
Délai mise en travail	14,8 +/- 10,5	15,2 +/- 11,9	0,19
Délai accouchement	29,5 +/- 17	35,7 +/- 16,4	0,31
Taux VB	75,5	76,1	0,28
Césarienne	24,5	23,9	0,32

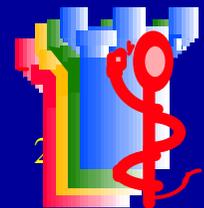
08/06/2010



Déclenchement avec enfant mort ou polymalformé

Contre indications :

- Placenta recouvrant
- Contre indications aux prostaglandines
- hydramnios ? à évacuer d 'abord
- Utérus cicatriciel ? Prudence



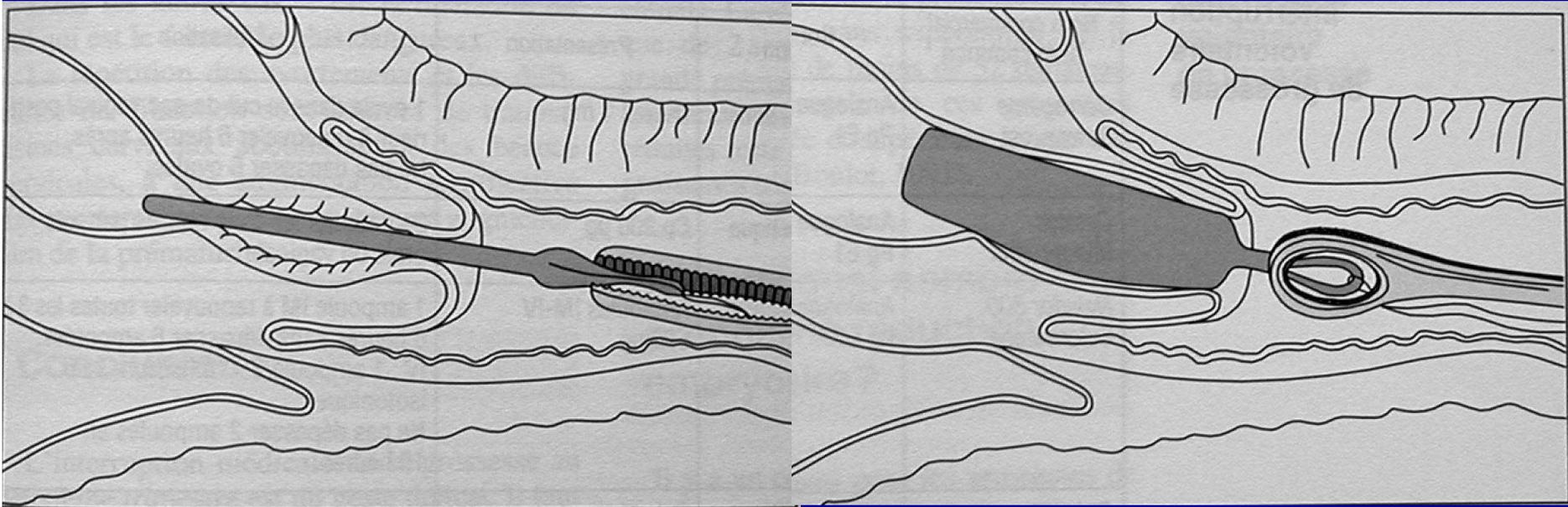
Technique du déclenchement avec enfant mort ou polymalformé

- J1:Mifégyne :3cp en une prise au domicile
- J2:Hospitalisation pose de lamineaires Dilapan® le soir
- J3:
 - geste foeticide si enfant vivant :5mg de curare (tracrium) ou 5ml de sérum salé dans cordon ou cœur .Prélèvement sang caryotype
 - Anesthésie péridurale si bilan coagulation normal (mort in utéro)
 - Misoprostol 2 cp 200mg /2H dans vagin
 - Déclenchement :le Sulprostone (Nalador ®) 1 amp dans 250 cc sérum salé IV à la pompe 5 gttes /min. augmenté de 5 gouttes/20mn jusqu' à CU , Max 20 gouttes /min .
 - RAM dès que possible

08/06/2010



Pose de Dilapan ®



Surveillance et expulsion

- Surveillance
 - Pouls , TA
 - Dilatation
 - Expulsion :sous AG
- Après expulsion:
 - Révision utérine
 - Reprise perfusion de Nalador ® est pendant deux heures à un débit de 10 gouttes /min .
 - Autopsie enfant

