



Le déclenchement artificiel du travail pourquoi ?

6

Lisa Graves

Le col de M^{me} Segundo est dilaté à 2 cm et effacé à 80 %. Elle vous mentionne qu'elle ressent des contractions occasionnelles depuis quelques jours. Vous soupirez de soulagement et espérez que le travail commencera spontanément, vous évitant ainsi de déclencher le travail chez cette patiente qui souhaite un accouchement vaginal après césarienne (AVAC).

LE DÉCLENCHEMENT du travail sert à provoquer artificiellement le début des contractions pour obtenir un accouchement vaginal. Actuellement, le taux de déclenchement du travail varie selon les endroits, mais semble en hausse selon plusieurs sources¹.

Indications et contre-indications

Toutes les contre-indications à un accouchement vaginal s'appliquent aussi au déclenchement artificiel du travail (tableau I). La présence d'une cicatrice sur le segment inférieur de l'utérus à la suite d'une césarienne transversale basse n'est pas une contre-indication absolue au déclenchement du travail^{3,4}. Toutefois, le taux de rupture utérine augmente dans le cas des AVAC provoqués à l'aide d'agents médicamenteux. Actuellement, les prostaglandines sont probablement contre-indiquées en présence d'une cicatrice sur le segment utérin inférieur, quoique des études d'observation récentes ont indiqué qu'il était difficile de faire la différence

La D^{re} Lisa Graves, médecin de famille, exerce à l'Hôpital général juif et enseigne à la Faculté de médecine de l'Université McGill.

Tableau I

Contre-indications au déclenchement artificiel du travail

- ⊕ Placenta prævia
- ⊕ Présentation du siège
- ⊕ Césarienne antérieure classique
- ⊕ Présentation transverse

entre l'effet des prostaglandines et celui des autres agents ocytotiques.

Les indications de déclenchement du travail sont plus claires. Elles sont classées en trois catégories, soit déclenchement immédiat, urgent et non urgent (tableau II). Tous les établissements devraient avoir un

protocole pour établir la priorité des motifs pour déclencher le travail, le plus fréquent étant le dépassement du terme. Il existe des preuves raisonnables pour appuyer le déclenchement du travail après 41 semaines révolues de grossesse^{5,6}. Il persiste cependant une certaine incertitude quant au meilleur moment au cours de la dernière semaine pour le faire. Parmi les autres indications, on note des indices d'une détérioration du bien-être foetal, comme un ralentissement

Catégories de déclenchement du travail

Catégorie	Délai	Exemples
Déclenchement immédiat	Immédiat	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Hypertension gravidique grave avec protéinurie ⊕ Retard de croissance intra-utérin important avec tracé inquiétant
Déclenchement urgent	Dans les 24 heures	<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Hypertension gravidique modérée avec protéinurie
Déclenchement non urgent		<ul style="list-style-type: none"> ⊕ Dépassement du terme ⊕ Convenance

Source : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. ALARM Manual. 11^e éd. 2004.

Tableau III**Score de Bishop pour déterminer la maturation du col utérin¹¹**

Col	Score			
	0	1	2	3
Position	postérieure	centrale	antérieure	antérieure
Consistance	ferme	moyenne	molle	molle
Effacement	0 % – 30 %	40 % – 50 %	60 % – 70 %	> 80 %
Dilatation (cm)	col fermé	1 – 2	3 – 4	> 5
Hauteur de la présentation	–3	–2	–1	+1, +2

Tableau IV**Méthodes de maturation du col**

Méthode	Commentaire
Sonde de Foley	Les preuves de réussite dans la littérature sont limitées.
Gel vaginal de prostaglandines	Peut être utilisé comme gel ou comme un tampon imprégné. Peut être associé à des contractions tétaniques.
Gel intracervical de prostaglandines	Le gel vaginal est aussi efficace.
Ocytocine	Est moins susceptible de provoquer la maturation adéquate du col.
Balayage des membranes	N'est pas toléré par toutes les femmes.

important de la croissance intra-utérine, et l'état de la mère.

Le déclenchement du travail est également indiqué à la suite d'une rupture prématurée des membranes dans le cas d'une grossesse à terme. Cependant, il est intéressant de noter qu'une étude importante sur le déclenchement du travail après une rupture prématurée des membranes n'a pas révélé de différences significatives dans l'issue de la grossesse dans le groupe ayant reçu le traitement conservateur par rapport à celui où le personnel a été plus interventionniste⁷. À

tané, de 17,5 % en cas de déclenchement non urgent et de 17,7 % en cas de déclenchement pour des motifs médicaux⁹.

Maturation du col

L'échec du déclenchement du travail est plus fréquent quand le col n'est pas favorable. Le col est mûr lorsque le score de Bishop atteint 6 ou plus (tableau III). Il existe plusieurs méthodes pour accélérer la maturation du col. Chacune a ses avantages et est associée à un degré de tolérance variable chez chaque patiente (tableau IV).

la suite de l'analyse subséquente des résultats pour le même groupe quant à la satisfaction maternelle, les auteurs préconisent de respecter la préférence des femmes, car le taux de satisfaction était plus élevé chez celles dont le travail avait été déclenché⁸.

Il existe peu de preuves pour appuyer le déclenchement du travail pour des motifs sociaux, que ce soit par commodité pour la mère ou pour le médecin ou encore en présence de macrosomie fœtale sans autres facteurs de risque. Les cliniciens doivent tenir compte de l'augmentation du taux de césariennes (chez les femmes nullipares) par rapport aux raisons pour déclencher le travail. Le taux de césariennes est de 7,0 % lorsque le travail est spon-

Les indications de déclenchement du travail sont classées en trois catégories, soit déclenchement immédiat, urgent et non urgent. La raison la plus fréquente pour déclencher le travail est le dépassement du terme.

L'échec du déclenchement du travail est plus fréquent quand le col n'est pas favorable.

Le médicament de choix pour provoquer les contractions est l'ocytocine.

Repères

Travail

Le médicament de choix pour provoquer les contractions est l'ocytocine. Des bonnes preuves semblent indiquer qu'il est possible d'utiliser un protocole prévoyant l'administration de doses faibles ou encore de doses élevées¹. L'élément clé pour l'un ou l'autre de ces protocoles est de bien surveiller l'état du fœtus. Les études portant sur des doses élevées révèlent une diminution du taux de césariennes, mais une augmentation de l'hyperstimulation de l'utérus. Il peut aussi y avoir saturation physiologique des récepteurs ocytotiques. Il suffit de cesser l'administration du médicament pendant quelques heures pour restaurer la capacité des récepteurs. Une dose de 12 milliunités par minute permettra une progression du travail chez la majorité des femmes. Une amniotomie agit de façon synergique et augmente l'effet de l'ocytocine. Aucune preuve convaincante n'indique que la surveillance électronique de la fréquence cardiaque du fœtus est plus efficace que l'auscultation intermittente et la présence d'une infirmière pour chaque parturiente. Tous les services d'obstétrique où l'on procède au déclenchement artificiel du travail doivent être en mesure d'effectuer une surveillance adéquate du travail et posséder les ressources sur place en cas d'accouchement urgent.

En présence d'un col mûr, les prostaglandines seules peuvent être utilisées pour provoquer des contractions. Un balayage des membranes ou *stripping* peut aussi favoriser le début du travail. Il suffit de passer le doigt entre le col et les membranes amniotiques, puis de faire un mouvement de rotation. Ce geste permet de libérer des prostaglandines qui peuvent favoriser le travail. L'efficacité de cette méthode n'est pas prouvée¹⁰.

Surveillance de la grossesse prolongée

Une incertitude persiste quant à l'option que l'on devrait suggérer à une femme qui dépasse son terme. Bien que le médecin puisse proposer de provoquer l'accouchement à 41 semaines, certaines femmes préféreront, pour des raisons personnelles, attendre. Une surveillance adéquate de la grossesse après 41 semaines pourra inclure des tests de réactivité fœtale, des profils biophysiques et un décompte des mouvements fœtaux. 

Date de réception : 30 mars 2005

Date d'acceptation : 5 mai 2005

Mots-clés : déclenchement du travail, maturation du col, grossesse prolongée

Summary

Induction to start labor. The purpose of induction is to start labor artificially in order to achieve a vaginal birth. Contraindications for induction of labor are any contraindication to vaginal birth itself. The presence of a scar on the lower uterine segment as the result of a prior low transverse cesarean section is not an absolute contraindication to induction. There is an increased rate of uterine rupture with induction of VBACs related to the use of agents to induce labor. Good quality evidence exists to support the induction of pregnancy after 41 completed weeks. There is also support for the induction of labor following prelabour rupture of membranes. The failure rate of induction is increased when the cervix is not ripe. Oxytocin is the drug of choice for induction of contractions. Appropriate monitoring of the post-dates pregnancy may include non-stress test, biophysical profiles and fetal movement counts.

Keywords: induction, cervical ripening, post-term pregnancy

Bibliographie

1. Crane J. Induction of labour at term. *J Obstet Gynaecol Can* 2001 ; 23 (8) : 717-28.
2. Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. ALARM Manual. 11^e éd. 2004.
3. Landon MB, Haut JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW et coll. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004 ; 351 : 2581-9.
4. Lyndon-Rochelle M, Holt V, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2001 ; 345 : 3-8.
5. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A and the Canadian multi-center post-term pregnancy trial group. Induction of labour as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. *N Engl J Med* 1992 ; 326 : 1587-92.
6. Sanchez-Ramos L, Olivier F, Delke I, Kaunitz AM. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: A systematic review with meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2003 ; 101 : 1312-8.
7. Hannah ME, Ohlsson A, Farine D, Hewson SA, Hodnett ED, Myhr TL et coll. Induction of labor compared with expectant management for prelabour rupture of membranes at term. *N Engl J Med* 1996 ; 334 : 1005-10.
8. Hodnett ED, Hannah ME, Weston JA, Ohlsson A, Myhr TL, Wang EE, Hewson SA, Willan AR, Farine D. Women's evaluations of induction of labor versus expectant management for prelabour rupture of the membranes at term. TermPROM Study Group. *Birth* 1997 ; 24 (4) : 214-20.
9. Seyb ST, Berka RJ, Socol ML, Dooley SL. Risk of caesarean delivery with elective induction of labour at term in nulliparous women. *Obstet Gynecol* 1999 ; 94 (4) : 600-7.
10. Boulvain M, Stan C, Irion O. Membrane sweeping for the induction of labour. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2, Art No : CD 000451. DOI:1002/14651858.CD000451.
11. Bishop EH. Pelvic scoring for elective induction *Obstet Gynecol*, 2, 1964, 24, 266-268. www.greenjournal.org/content/vol24/issue2/index.shtml