



HAL
open science

Décollement du pôle inférieur de l'oeuf dans les grossesses prolongées : étude rétrospective cas-témoins au CHR Metz-Thionville Hôpital Bel-Air en 2017

Maëva Grillo

► **To cite this version:**

Maëva Grillo. Décollement du pôle inférieur de l'oeuf dans les grossesses prolongées : étude rétrospective cas-témoins au CHR Metz-Thionville Hôpital Bel-Air en 2017. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03870413

HAL Id: hal-03870413

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03870413>

Submitted on 24 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine
Ecole de sages-femmes de Metz

Diplôme d'état de sage-femme

Décollement du pôle inférieur de l'œuf
dans les grossesses prolongées :
Etude rétrospective cas-témoins
au CHR Metz-Thionville hôpital Bel-Air en 2017

Mémoire présenté et soutenu par

GRILLO Maeva

Née le 28 juin 1994

Promotion 2014 – 2018

Directeur de mémoire : Docteur Marie-France OLIERIC,
gynécologue-obstétricienne

Experte : Marie CLUZET,
sage-femme diplômée d'Etat

Remerciements,

A ma directrice de mémoire, le docteur Marie-France Olieric ainsi qu'à mon experte de mémoire, Marie Cluzet, pour leur disponibilité et leur aide au cours de la réalisation de ce mémoire.

Aux diverses sages-femmes rencontrées tout au long de ma formation.

A mes parents et ma sœur, ainsi qu'à mes amis, pour leur soutien tout au long de mes études.

Et surtout, à ma formatrice de l'école de sage-femme en 5^{ème} année, Catherine Mergen-Morel, pour son soutien et sa présence tout au long de cette dernière année d'étude.

Liste des abréviations

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

CHR : Centre Hospitalier Régional

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CRH : Corticotropin Releasing Hormone

DDR : date des dernières règles

DPA : date présumée d'accouchement

DPIO : décollement du pôle inférieur de l'œuf

HAS : Haute Autorité de Santé

LCC : longueur craniale-caudale

NICE : National Institute for Clinical Excellence

NSW : New South Wales

PGC : plus grande citerne

RCF : rythme cardiaque fœtal

RCOG : Royal College of Obstetricians and Gynecologists

RPL : Réseau Périnatal Lorrain

SA : semaines d'aménorrhée

SOGC : Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada

SOMMAIRE

I.	GENERALITES.....	8
1.	LE TERME	8
1.1.	DUREE DE LA GROSSESSE, GROSSESSE PROLONGEE, TERME DEPASSE	8
1.2.	METHODE DE CALCUL	8
1.2.1.	Date des dernières règles.....	9
1.2.2.	Datation échographique	9
1.3.	FACTEURS DE VARIATIONS POUVANT INFLUENCER L'AGE GESTATIONNEL	10
2.	DETERMINISMES DU TRAVAIL	10
2.1.	Les œstrogènes.....	10
2.2.	La progestérone	10
2.3.	L'ocytocine	11
2.4.	Les prostaglandines	11
2.5.	La CRH (Corticotropin-releasing hormone).....	11
2.6.	La corticosurrénale fœtale	11
3.	GROSSESSE PROLONGEE	12
3.1.	INCIDENCES	12
3.2.	CONSEQUENCES	12
3.2.1.	Complications fœtales et néonatales.....	12
3.2.2.	Complications maternelles.....	14
3.3.	RECOMMANDATIONS DES SOCIETES SAVANTES	14
3.4.	MOYENS DE SURVEILLANCE	16
3.4.1.	Cliniques	16
3.4.2.	Paracliniques	17
4.	METHODE DE MATURATION CERVICALE ET DECLENCHEMENT DU TRAVAIL.....	20
4.1.	PROSTAGLANDINES	20
4.1.1.	Prostaglandines E2 (dinoprostone)	20

4.1.2. Prostaglandines E1 (misoprostol).....	20
4.2. OXYTOCINE	20
4.3. SONDE DE FOLEY	21
4.4. AUTRES METHODES.....	21
5. DECOLLEMENT DU POLE INFERIEUR DE L'ŒUF	21
5.1. MECANISME	21
5.2. EFFETS INDESIRABLES.....	22
5.3. RECOMMANDATIONS.....	22
5.4. DPIO et sage-femme.....	23
II. MATERIEL ET METHODE.....	24
1. PROBLEMATIQUE.....	24
2. OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	24
2.1. RETOMBEES ATTENDUES	24
2.2. OBJECTIFS.....	24
2.2.1. Objectif principal	24
2.2.2. Objectifs secondaires	24
3. HYPOTHESES	24
4. TYPE D'ETUDE	25
5. POPULATION D'ETUDE	25
6. PRESENTATION DES GROUPES.....	25
6.1. LE GROUPE « CAS ».....	25
6.2. LE GROUPE TEMOIN.....	26
7. VARIABLES RECUEILLIES	26
8. METHODES STATISTIQUES.....	26
III. RESULTATS	27
1. CARACTERISTIQUES DES PATIENTES	27
2. CARACTERISTIQUES CERVICALES	27
3. ANALYSE DES EFFETS NEGATIFS	28

4.	MODE DE MISE EN TRAVAIL	28
5.	MODE D'ACCOUCHEMENT	29
6.	HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE.....	29
7.	DELAI ENTRE LA CONSULTATION / LE DPIO ET LA MISE EN TRAVAIL SPONTANE	30
8.	ETUDE DE LA MORBIDITE NEONATALE	30
8.1.	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION NEONATALE	30
8.2.	ETUDE DE LA MORBIDITE NEONATALE	31
IV.	DISCUSSION	32
1.	ANALYSE ET COMPARAISON DES RESULTATS.....	32
1.1.	TAUX DE MISE EN TRAVAIL SPONTANE ET MATURATION CERVICALE ...	32
1.1.1.	Taux de mise en travail spontané (H1)	32
1.1.2.	Maturation cervicale (H2).....	33
1.2.	Effets négatifs maternels et obstétricaux (H4).....	33
1.3.	Caractéristiques de l'accouchement (H3).....	34
1.5.	Morbidité néonatale (H3)	35
2.	LIMITES DE L'ETUDE.....	36
	CONCLUSION	37
	BIBLIOGRAPHIE	38
	ANNEXES	41
	RESUME	50

INTRODUCTION

La grossesse prolongée concerne 15 à 20% des femmes enceintes en France. La définition de la grossesse prolongée est la grossesse se situant entre 41^{+0j} SA (semaines d'aménorrhée) et 41^{+6j} SA. [1]

Les préoccupations sur la hausse du risque auquel est exposé le fœtus après terme remontent au 20^{ème} siècle. Les différentes études à ce sujet ont permis de démontrer que la morbi-mortalité périnatale est augmentée en cas de grossesse prolongée. Il existe également une élévation modérée du pourcentage des complications maternelles. [2]

Les recommandations des différentes sociétés savantes (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, American College of Obstetricians and Gynecologists) s'accordent pour conseiller une surveillance accrue de la grossesse à partir de 41 SA ainsi que la proposition d'un déclenchement entre 41^{+0j} SA et 41^{+6j} SA.

Dans ces recommandations, on retrouve le décollement du pôle inférieur de l'œuf (DPIO) dans une stratégie de prise en charge des grossesses prolongées. [1 – 4] Le DPIO est un geste technique facilement réalisable considéré comme une méthode mécanique « lente » de déclenchement du travail. [5] Le DPIO est encore appelé décollement des membranes ou balayage des membranes.

En stage, j'ai pu découvrir ce qu'était le DPIO et pourquoi il était réalisé, c'est-à-dire pour déclencher le travail, sans réellement connaître son mécanisme ainsi que ses effets maternels et obstétricaux. C'est pourquoi je me suis intéressée à ce geste et plus particulièrement à ses effets et bénéfices dans la période spécifique de la grossesse prolongée.

L'objectif de notre étude est de démontrer l'efficacité du décollement du pôle inférieur de l'œuf dans le déclenchement du travail et la maturation cervicale.

Dans un premier temps, nous décrirons la grossesse prolongée, ses conséquences et les recommandations la concernant. Nous définirons la période du terme et nous présenterons les différentes méthodes de maturation cervicale et de déclenchement du travail et plus particulièrement le DPIO. Dans un second temps, nous expliquerons la méthode et le matériel employés pour la réalisation de notre étude rétrospective sur le CHR Metz-Thionville Hôpital Bel-Air, au sujet du DPIO dans les grossesses prolongées. Puis, nous présenterons les résultats de notre étude. Dans un dernier temps, la discussion comparera nos résultats à ceux de la littérature.

I. GENERALITES

1. LE TERME

1.1. DUREE DE LA GROSSESSE, GROSSESSE PROLONGEE, TERME DEPASSE

La durée de la gestation varie entre 280 et 290 jours à partir du premier jour de la date des dernières règles (DDR) pour un cycle régulier de 28 jours. On exprime la durée de la grossesse en semaines d'aménorrhée (SA) ce qui correspond à une durée allant de 40^{+0j} SA à 41^{+3j} SA. Cette variation de la durée s'explique par les différents modes de calcul de terme existants ainsi que des variables inter et intra-individuelle.

Le terme est la période s'étendant de 37^{+0} à 41^{+6} SA. On parle de grossesse prolongée à partir de 41 SA et de terme dépassé à partir de 42 SA. [1]

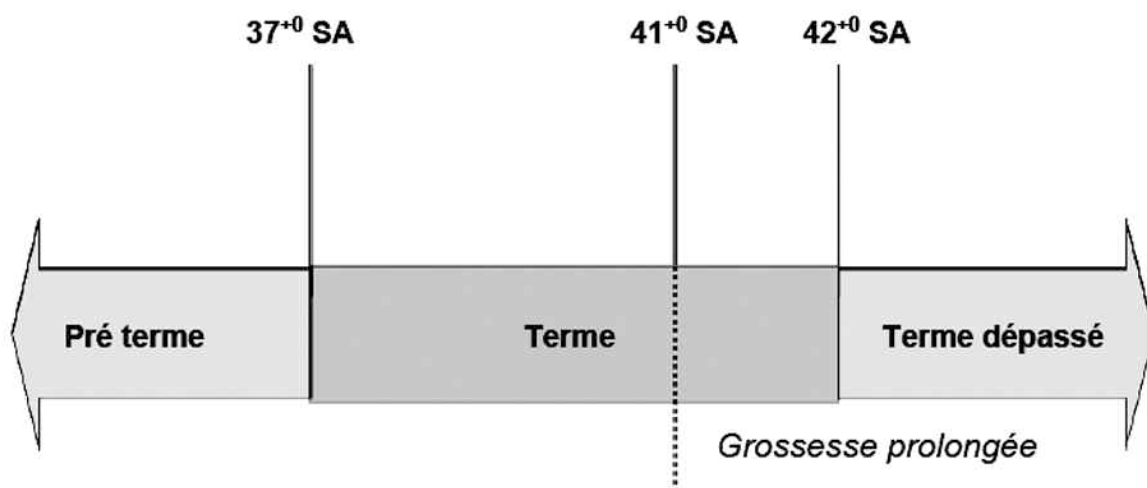


Figure 1 : Définitions du terme, de la grossesse prolongée et du terme dépassé

1.2. METHODE DE CALCUL

Le diagnostic de grossesse prolongée et terme dépassé repose sur l'établissement de la date présumée d'accouchement (DPA), d'où la nécessité d'une datation précise et précoce de la grossesse pour en améliorer la prise en charge. Deux méthodes sont utilisées : la date des dernières règles (DDR) et la datation échographique.

1.2.1. Date des dernières règles

La date des dernières règles correspond au premier jour du cycle des dernières règles. La règle de Naegele permet de définir une date présumée d'accouchement à partir de la DDR. Le calcul consiste à ajouter à la DDR 7 jours et 9 mois. Ceci correspond à une durée de gestation d'environ 280 jours en considérant que chaque mois a une durée égale ($365 \text{ jours} / 12 = 30,4$).

En France, la DPA est fixée à 41^{+0} SA après la DDR soit 287 jours. On peut alors utiliser le calcul suivant : on additionne à la DDR 14 jours et 9 mois. Cette règle considère que l'ovulation a lieu le 14^{ème} jour du cycle. [6]

La DDR n'est pas le moyen le plus précis pour estimer une DPA. Il peut y avoir une erreur de mémorisation de la DDR ou une confusion, des cycles irréguliers, des métrorragies survenues confondues avec des règles. La DDR permet de réaliser une première estimation de l'âge gestationnel lors d'une première consultation par exemple mais ce n'est pas la méthode de calcul à privilégier car elle est trop approximative.

1.2.2. Datation échographique

La datation échographique est le moyen le plus fiable pour estimer le début de grossesse et le moyen à privilégier.

Les experts recommandent l'utilisation de la mesure de la longueur cranio-caudale (LCC) selon Robinson entre 11^{+0} SA et 13^{+6} SA pour l'estimation du début de grossesse : la LCC est comprise entre 45 et 84 mm. La formule de Robinson donne l'équivalence entre la LCC en millimètres et l'âge gestationnel en SA. (1) La mesure de la LCC doit être réalisée suivant les critères qualités déterminés par le Comité National technique de l'échographie de dépistage prénatal. Selon ces critères la mesure est fiable à plus ou moins 5 jours. [7] (2)

En l'absence d'échographie du premier trimestre et d'éléments pour dater la grossesse, il faut privilégier l'utilisation des paramètres échographiques céphaliques pour estimer l'âge gestationnel que l'on peut combiner à d'autres paramètres échographiques tel que le périmètre abdominal, le diamètre abdominal transverse, la longueur du fémur. A partir de 22 SA, un contrôle biométrique à 15 – 20 jours est conseillé pour réévaluer la dynamique de croissance et permet parfois de mieux préciser l'âge gestationnel. Plus l'âge gestationnel est avancé, plus la fiabilité de l'estimation échographique de l'âge gestationnel diminue. [1, 7, 8]

1.3. FACTEURS DE VARIATIONS POUVANT INFLUENCER L'ÂGE GESTATIONNEL

On retrouve des facteurs maternels et fœtaux pouvant influencer l'âge gestationnel :

- Les facteurs maternels :
 - Age > 35 ans
 - Nulliparité
 - Obésité : les femmes en surpoids ou obèse présentent un risque accru de grossesse prolongée
 - Origine ethnique : les femmes africaines et asiatiques auraient une durée de la grossesse réduite comparée aux femmes d'origine caucasienne
- Les facteurs fœtaux : certaines pathologies comme les malformations du système nerveux central sont décrites comme des facteurs de risque de dépassement de terme. [6, 7]

2. DETERMINISMES DU TRAVAIL [9 – 12]

Le mécanisme de la parturition humaine est complexe et met en jeu les compartiments maternel, fœtal et placentaire. Malgré de nombreuses études, le mécanisme intégral de la parturition reste mal connu. Différents facteurs biochimiques sont impliqués dans la mise en route spontanée du travail.

2.1. Les œstrogènes

Il existe une augmentation de la production d'œstrogènes vers le terme. Les œstrogènes ne provoquent pas des contractions mais permettent une modification myométriale et cervicale dans le but de préparer l'utérus à la parturition. Ces hormones sont responsables d'une série de changements au niveau du myomètre y compris une augmentation du nombre de récepteurs de la prostaglandine, de l'ocytocine et une régulation des enzymes responsables de la contraction musculaire provoquée par leur augmentation. Les œstrogènes contrôlent également la maturation cervicale par une modification de la composition des molécules du col utérin.

2.2. La progestérone

La progestérone est l'hormone du maintien de la grossesse en permettant une quiescence utérine tout au long de la grossesse.

Il existe un équilibre du rapport œstrogènes/progestérone pendant la grossesse. Il n'y aurait pas de diminution du taux de progestérone à la fin de grossesse mais une augmentation du taux d'œstrogènes ainsi qu'une diminution de la réponse des récepteurs à la progestérone provoquant un déséquilibre du rapport œstrogènes/progestérone en faveur des œstrogènes.

2.3. L'ocytocine

Cette hormone est produite par l'hypothalamus. Une augmentation de la sécrétion d'ocytocine est observée pendant le travail. L'ocytocine agit sur le myomètre pour provoquer des contractions. Elle a un rôle probable dans l'entretien des contractions utérines pendant le travail mais pas son induction.

2.4. Les prostaglandines

Les prostaglandines ont probablement un rôle central dans la parturition humaine en stimulant la contractilité myométriale et la maturation cervicale.

La production des prostaglandines est diminuée par la progestérone et augmentée par les œstrogènes, les cytokines inflammatoires et la CRH (corticotropin-releasing hormone) ce qui entraîne l'élévation du taux des prostaglandines en fin de grossesse dans le liquide amniotique.

On retrouve une augmentation des prostaglandines avant et pendant le travail dans l'utérus et les membranes.

2.5. La CRH (Corticotropin-releasing hormone)

La CRH est sécrétée par l'hypothalamus. C'est l'un des neuropeptides les plus importants impliqués dans la parturition. La CRH régule la contractilité myométriale en exerçant des rôles divers selon le stade de la grossesse. Elle est impliquée à la fois dans la relaxation et dans la contraction du myomètre par des boucles de rétroaction positive et négative.

La CRH module la production de divers facteurs biochimiques pouvant être impliqués dans la parturition via des mécanismes complexes.

2.6. La corticosurrénale fœtale

Il y aurait une augmentation de la cortisolémie fœtale précédant la mise en route spontanée du travail du fait d'une stimulation de l'hypophyse fœtale par la CRH provoquant la libération d'ACTH qui induit la production de cortisol par les corticosurrénales fœtales. Le cortisol produit par le fœtus modifie l'activité endocrine placentaire. Le fœtus jouerait alors lui-même un rôle dans l'initiation du travail.

Un schéma représentant le mécanisme de la parturition chez la brebis qui est assez similaire de celui de l'Homme est représenté en annexe. (3)

3. GROSSESSE PROLONGEE

3.1. INCIDENCE [13]

Il existe des variations importantes des pourcentages selon les pays et les populations étudiées. Pour rappel, la grossesse prolongée est définie à partir de 41⁺⁰ SA et le terme dépassé à partir de 42⁺⁰ SA.

En France, d'après les données de l'enquête périnatale de 2003, la proportion des grossesses à terme dépassé concernait environ 1% des grossesses. Cette incidence est stable comparée à l'enquête périnatale réalisée en 1998. En revanche, la proportion de grossesses prolongées a augmenté entre 1998 et 2003, passant de 15,1% à 19,7%.

En Europe, dans une enquête statistique concernant les 27 pays de l'Union Européenne se basant sur les données de 2004, on a pu remarquer une importante variation du pourcentage des grossesses à terme dépassé entre les pays européens allant de 0,2% à 7,1%.

Aux Etats-Unis, on retrouve également une variabilité de l'incidence des grossesses à terme dépassé entre les états étudiés variant de 1 à 10% des grossesses.

Ces variations temporelles et entre les pays du taux des grossesses prolongées et termes dépassés sont le reflet des différentes pratiques obstétricales. D'une part, les variations temporelles sont expliquées par l'évolution des pratiques obstétricales avec une datation plus précoce et plus précise de la grossesse ainsi qu'un recours plus fréquent au déclenchement du travail. D'autre part, les variations entre pays sont expliquées par la différence de définition et de prise en charge des grossesses prolongées et termes dépassés ainsi que les caractéristiques individuelles des femmes influant sur l'âge gestationnel.

3.2. CONSEQUENCES [1, 14]

3.2.1. Complications fœtales et néonatales

La mortalité et la morbidité fœtale et néonatale s'accroît en cas de grossesse prolongée. De 37⁺⁰ SA à 43 SA, le risque de mortalité périnatale augmente progressivement passant de 0,7‰ à 5,8‰.

Morbidité fœtale :

Lors d'une grossesse prolongée, la hausse de la morbidité fœtale est liée à un risque augmenté d'oligoamnios, d'anomalies du rythme cardiaque fœtal ainsi que d'émission méconiale in utéro.

Le liquide amniotique est le reflet de la diurèse fœtal et est un élément de surveillance du bien-être fœtal. Lors de la prolongation de la grossesse, la circulation utéroplacentaire peut être altérée provoquant une moindre oxygénation des tissus fœtaux. Dans ce cas, le fœtus est exposé à une hypoxie ce qui entraîne une redistribution de l'oxygène. La redistribution de l'oxygène à la fonction rénale peut être diminuée ceci provoquant une diminution de la quantité du liquide amniotique.

Morbidité néonatale :

➤ Syndrome de post-maturité :

Il se traduit par une peau sèche, fripée, une desquamation cutanée au niveau des pieds et des mains, un allongement des phanères, une absence de vernix. Le nouveau-né peut-être macrosome ou hypotrophe, présenter des signes de déshydratation et d'amaigrissement. Des hypothermies ou hypoglycémies peuvent survenir.

➤ Syndrome d'inhalation méconiale :

Ce syndrome est responsable d'une importante morbidité respiratoire. Son incidence augmente régulièrement entre 38⁺⁰ et 42⁺⁶ SA. Il est caractérisé par une détresse respiratoire précoce dans un contexte de liquide amniotique méconial nécessitant une réanimation avec parfois une intubation et une ventilation mécanique.

➤ pH artériel au cordon, score d'Apgar et admission un unité de soins intensifs :

Les risques d'acidose néonatale, de score d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes de vie ainsi que les admissions en unité de soins intensifs néonatale augmentent également progressivement de 38⁺⁰ à 42⁺⁶ SA.

➤ Complications neurologiques :

Les nouveau-nés post-terme présentent un risque majoré de complications neurologiques à type de convulsions néonatales, d'encéphalopathies anoxo-ischémiques, d'infirmités motrices cérébrales, de troubles du développement psychomoteur et d'épilepsie sans que l'on puisse confirmer directement le lien avec le post-terme.

➤ Macrosomie :

Le risque est cinq fois plus élevé chez le nouveau-né post terme d'être macrosome. La macrosomie augmente le risque d'hypoglycémie ainsi que de traumatismes obstétricaux.

➤ Traumatismes obstétricaux :

Il y a une augmentation du risque de traumatisme obstétricaux à type de dystocie des épaules et fractures osseuses.

➤ Risque de sepsis néonatal :

Le risque de sepsis néonatal est augmenté de 1,3 chez le nouveau-né post-terme.

3.2.2. Complications maternelles

La morbidité maternelle liée à la grossesse prolongée est due au prolongement de la grossesse mais aussi à son traitement. La complication obstétricale la plus fréquente est la césarienne. Le taux de césarienne dans ce cas, notamment en urgence, est multipliée par 1,5 (grade B). La grossesse prolongée s'accompagne également d'un risque accru d'extraction instrumentale et d'une élévation modérée du risque de lésions périnéales des 3^e et 4^e degrés, d'hémorragies du post-partum, de chorioamniotite et d'endométrite. [1, 13]

3.3. RECOMMANDATIONS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Des recommandations récentes ont été établies sur la prise en charge des grossesses prolongées et termes dépassés par différentes sociétés savantes au niveau européen et international.

➤ *CNGOF : Recommandations pour la pratique clinique sur la grossesse prolongée et terme dépassé publié le 7 décembre 2011*

Le CNGOF conseille d'instaurer une surveillance fœtale à partir de 41^{+0j} SA à raison de deux à trois fois par semaine. Les moyens de surveillance à utiliser sont :

- Un enregistrement du rythme cardiaque fœtal
- Une estimation de la quantité de liquide amniotique à l'échographie par mesure de la plus grande citerne (PGC). L'oligoamnios est défini pour une PGC inférieure à 2 cm.

Un déclenchement doit être proposé à la patiente entre 41^{+0j} SA et 42^{+6j} SA. Le moment du déclenchement est à déterminer en fonction des caractéristiques maternelles, de la préférence des patientes et de l'organisation du service. [1, 15]

➤ *Haute Autorité de Santé (HAS) : Recommandations professionnelles : déclenchement artificiel du travail à partir de 37 SA publié en 2008*

Le risque de complications associées au dépassement de terme impose une surveillance précise à partir du jour du terme (grade A).

On peut recommander le schéma suivant, les dates étant données à plus ou moins 1 jour :

- si la femme enceinte n'a pas accouché à 41 SA + 0 jour, il est recommandé d'instaurer une surveillance foetale toutes les 48 heures ;
- en l'absence d'accouchement, à 41 SA + 6 jours, il est recommandé de réaliser un déclenchement, éventuellement précédé d'une maturation cervicale par prostaglandines ;
- il est possible de réaliser un déclenchement à partir de 41 SA + 0 jour, à condition que le col soit favorable, et d'en avoir informé la femme enceinte et obtenu son accord. Le protocole de déclenchement sera établi en fonction du score de Bishop (4). Cette attitude peut être motivée par une impossibilité de surveillance régulière, une demande de la femme enceinte ou une nécessité d'organisation des soins. [5, 15]

➤ *Directive clinique de la Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGC) de septembre 2008 sur la prise en charge de la grossesse entre la 41^{e+0} et la 42^{e+0} semaine de gestation :*

Les recommandations de la SOGC préconisent la proposition d'un déclenchement entre la 41^{e+0} et la 42^{e+0} semaine de gestation et une surveillance de la grossesse prolongée par au moins une évaluation de la quantité de liquide amniotique et un enregistrement du rythme cardiaque fœtal. Les semaines de gestation correspondent aux semaines d'aménorrhée. [2, 15]

➤ *NICE (National Institute for Clinical Excellence) clinical guideline : Inducing labour publiée en juillet 2008*

Au Royaume-Uni, les recommandations du NICE conseillent d'offrir aux femmes la possibilité d'un déclenchement entre 41⁺⁰ SA et 42⁺⁰ SA. En cas de refus des femmes, il faut instaurer une surveillance accrue de la grossesse bihebdomadaire à partir de 42⁺⁰ SA avec enregistrement du rythme cardiaque fœtal et évaluation de la quantité de liquide amniotique par mesure de la PGC. [15 – 16]

➤ *ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) Guidelines: Management of Late-Term and Postterm Pregnancies publiées en décembre 2014*

L'ACOG recommandent l'instauration d'une surveillance foetale entre la 41^e et la 42^e SA avec tenue d'un enregistrement du rythme cardiaque fœtal et une évaluation de la quantité de liquide amniotique. [4, 15]

➤ *NSW Kids and Families : Management of Pregnancy Beyond 41 Weeks Gestation publié en juillet 2014*

En Australie, on retrouve également des recommandations récentes sur la prise en charge des grossesses prolongées préconisant une surveillance bihebdomadaire de la grossesse à partir de 41⁺⁰ SA avec enregistrement du rythme cardiaque fœtal et mesure de la quantité de liquide amniotique et d'offrir l'option du déclenchement aux femmes après informations éclairées sur les risques et bénéfices. [17]

➤ *Recommandations du Réseau Périnatal Lorrain (RPL) de septembre 2016 :*

Des recommandations au niveau local ont également été établies par le RPL. Elles définissent la prise en charge à instaurer pour les grossesses prolongées avec une surveillance à débiter à partir de 41⁺⁰ SA à plus ou moins un jour puis toutes les 48 à 72 heures jusqu'à 42 SA.

Différents éléments de surveillance sont décrits :

- Anamnestiques : Mouvements actifs fœtaux, métrorragies, pertes de liquide, autres symptômes
- Cliniques : Mesure de la hauteur utérine, toucher vaginal
- Paracliniques : Rythme cardiaque fœtal, échographie avec mesure de la PGC de liquide amniotique

Un déclenchement doit être proposé dès 41⁺⁰ SA en l'absence de pathologie et en cas de col favorable (selon le Bishop). [18]

Les différentes recommandations françaises et internationales citées ont été mises à jour récemment et s'accordent sur la conduite à tenir en cas de grossesse prolongée. La surveillance de la grossesse prolongée à partir de 41⁺⁰ SA ainsi que la réalisation d'un déclenchement permettent une diminution du taux de mortalité périnatale.

3.4. MOYENS DE SURVEILLANCE

3.4.1. Cliniques

➤ Les mouvements actifs fœtaux :

C'est une information à rechercher dans l'anamnèse lors d'une consultation pour grossesse prolongée. Une diminution des mouvements actifs fœtaux semble liée à une augmentation du risque de morbidité périnatale (grade C). D'après les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF de décembre 2011, il n'existe pas de méthode particulière de comptage des mouvements actifs fœtaux à utiliser.

Les mouvements actifs fœtaux sont définis par le ressenti maternel. C'est pourquoi il faut conseiller aux patientes de consulter en cas de diminution de perception des mouvements actifs fœtaux. [1, 19] En pratique courante, une diminution des mouvements actifs fœtaux dans le cadre des grossesses prolongées peut être un élément pour proposer une hospitalisation pour réaliser une surveillance rapprochée et éventuellement un déclenchement.

➤ La hauteur utérine :

Une mesure inférieure à celle attendue pour l'âge gestationnel doit faire évoquer un oligoamnios, une restriction de croissance de constitution tardive ou une descente du mobile fœtal. Une hauteur utérine supérieure à la norme attendue en fin de grossesse doit inversement faire évoquer un excès de liquide amniotique ou une macrosomie. [20]

➤ Le toucher vaginal :

Il permet d'évaluer les conditions cervicales locales et l'accommodation foeto-pelvienne. Ces données sont utilisées pour établir le score de Bishop utilisé pour prédire le pronostic obstétrical. Les valeurs du score sont comprises de 0 à 13. [20] (4)

3.4.2. Paracliniques

➤ Le liquide amniotique :

La quantité de liquide amniotique est le reflet de la diurèse fœtale. Elle est estimée à l'échographie par mesure de la plus grande citerne de liquide amniotique. Son évaluation est un paramètre important pour l'évaluation du bien-être fœtal. Un oligoamnios survient dans 10 à 15% des grossesses prolongées. Il est défini pour une PGC inférieure à 2 cm. Il existerait une association significative entre la découverte d'un oligoamnios et la survenue d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, un liquide amniotique méconial et une augmentation du taux de césarienne. Cependant la prédiction d'une issue défavorable par un oligoamnios reste modérée. [1, 14, 21]

➤ Le rythme cardiaque fœtal :

L'analyse du rythme cardiaque fœtal (RCF) est un examen de première ligne dans la surveillance du bien-être fœtal. Bien que l'analyse du RCF dans la surveillance des grossesses prolongées ne soit pas associée à une amélioration de l'issue périnatale, sa réalisation dans la surveillance d'une grossesse prolongée reste incontournable.

Les critères d'un rythme cardiaque fœtal normal d'après la classification FIGO 2015 sont :

- Rythme de base compris entre 110 et 160 battements par minute

- Variabilité normale si comprise entre 5 et 25 battements par minute
- Absence de ralentissements
- Présence d'accélération

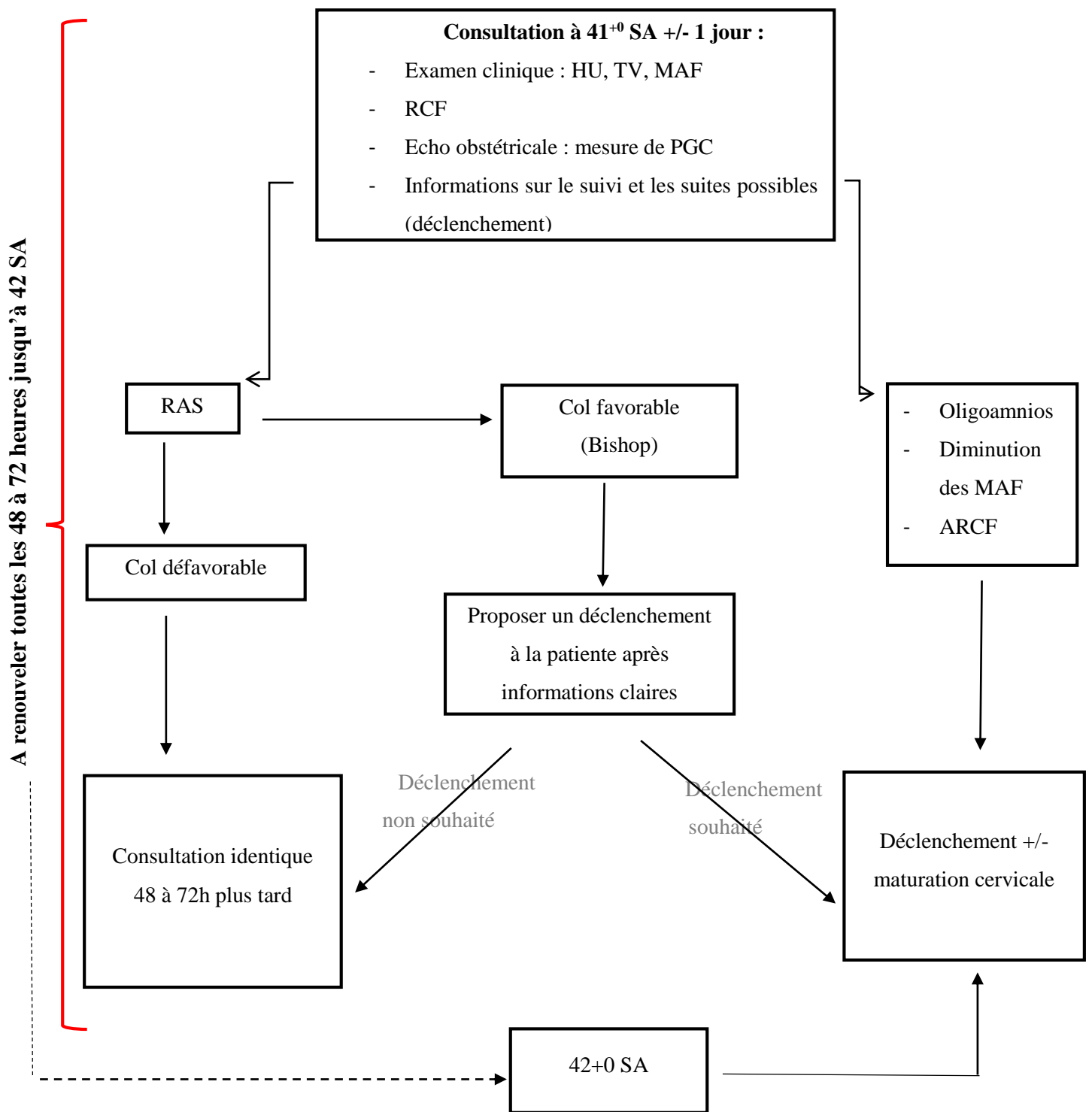
Ces critères sont à corrélés à la présence ou non de contractions utérines et leur nombre sur dix minutes.

Un RCF normal est en faveur d'une bonne vitalité fœtale au moment de l'enregistrement. Celui-ci doit être au moins de vingt minutes. [1 ; 22 ; 23]

La réalisation du score biophysique de bien-être fœtal de Manning et l'étude des indices Doppler ne sont pas recommandées par le CNGOF pour la surveillance des grossesses prolongées. [1] (5)

La surveillance peut être résumée sous forme d'un organigramme présenté par la *Figure 2* réalisé à partir des recommandations de l'HAS et du CNGOF et se basant sur celui proposé par le RPL.

Figure 2 : Organigramme de surveillance des grossesses prolongées



RCF : rythme cardiaque fœtal

HU : hauteur utérine

TV : toucher vaginal

PGC : plus grande citerne

RAS : rien à signaler

ARCF : altération du rythme cardiaque fœtal

MAF : mouvements actifs fœtaux

4. METHODE DE MATURATION CERVICALE ET DECLenchement DU TRAVAIL

4.1. PROSTAGLANDINES

4.1.1. Prostaglandines E2 (dinoprostone)

Elles peuvent être utilisées pour déclencher le travail que le col soit favorable ou non (grade A). En cas de conditions locales défavorables, les prostaglandines E2 (PGE2) permettent de diminuer le recours à l'ocytocine et d'en diminuer les doses requises. Elles existent sous deux formes :

- Gel de dinoprostone : Prostin[®] 1 et 2 mg
- Tampon vaginal à diffusion progressive et continue de 10 mg de dinoprostone : Propess[®]

Il faut privilégier l'utilisation des PGE2 sous la forme intravaginale. Il existe un risque d'hypercinésie et/ou d'hypertonie utérine lors de l'utilisation des PGE2 pouvant induire des altérations du rythme cardiaque fœtal. Les prostaglandines sont à éviter en cas d'utérus cicatriciel.

[1, 5, 24]

4.1.2. Prostaglandines E1 (misoprostol)

Le misoprostol n'a pas d'Autorisation de mise sur le marché (AMM) pour le déclenchement artificiel du travail. D'après les RPC du CNGOF de 2011, « il s'agit d'un moyen efficace et peu onéreux pour déclencher le travail, notamment sur col très défavorable (grade A). » L'HAS, dans ces recommandations sur le déclenchement artificiel du travail de 2008, confirme l'efficacité du misoprostol retrouvée dans différentes études qui semble comparable à celle des prostaglandines E2. Deux voies d'administration sont possibles : la voie vaginale et la voie orale sans que l'on puisse dire laquelle est la plus optimale. Comme avec les PGE2, on retrouve un risque d'hypercinésie et d'hypertonie associées ou non à des modifications du rythme cardiaque fœtal. C'est pourquoi le CNGOF conseille d'utiliser les doses les plus faibles de l'ordre de 25 µg par voie vaginale à administrer toutes les 3 à 6 heures (grade A). Le misoprostol est contre-indiqué en cas d'utérus cicatriciel. [1, 5, 24]

4.2. OCYTOCINE

C'est la méthode de référence pour déclencher le travail sur col favorable. En cas de col défavorable (score de Bishop < 5), l'ocytocine permet également de déclencher le travail mais en seconde intention. L'HAS a établi un protocole d'utilisation de l'ocytocine dans le cadre du déclenchement artificiel du travail dans ces recommandations de 2008. (6) En cas de perfusion

d'ocytocine chez une femme à membranes intactes, une amniotomie sera réalisée dès que possible. [1, 5, 24].

4.3. SONDE DE FOLEY

C'est un moyen mécanique de déclenchement du travail par mise en place d'une sonde en intracervicale. D'après le CNGOF, il s'agit d'un moyen efficace de déclenchement du travail « avec moins d'hyperstimulations utérines que les prostaglandines, sans augmentation du taux de césariennes (grade A). » Le risque infectieux est potentiellement augmenté par l'utilisation d'une sonde de Foley. [1] L'HAS ne recommande pas son utilisation en routine dans le déclenchement artificiel du travail. [5]

4.4. AUTRES METHODES

Il n'y a pas d'efficacité prouvée actuellement de l'acupuncture pour déclencher le travail à terme ou de l'homéopathie. Les données existantes sur la stimulation mamelonnaire et/ou l'activité sexuelle sont insuffisantes et contradictoires pour émettre des avis favorables ou non sur ces méthodes. [1, 5, 24]

4.5. CAS PARTICULIER DE L'UTERUS CICATRICIEL

Un antécédent d'utérus cicatriciel expose la patiente au risque de rupture utérine lors d'un travail spontané de l'ordre de 0,5% (grade A). Le risque est modérément augmenté en cas de déclenchement par ocytocine (0,7%) et multiplié par 5 lors d'un déclenchement par prostaglandines (grade A). Il est donc conseillé d'éviter de recourir aux prostaglandines dans le cas de l'utérus cicatriciel. [1] La maturation cervicale en cas de col défavorable serait possible par sonde à ballonnet et n'induirait pas plus de morbidité materno-fœtale d'après une étude rétrospective réalisée sur trois ans par L.Rossard et al. [25]

5. DECOLLEMENT DU POLE INFERIEUR DE L'ŒUF

5.1. MECANISME

Le décollement des membranes est un moyen mécanique de déclenchement du travail. Pour le réaliser, il faut que le col utérin soit suffisamment ouvert pour y introduire un ou deux doigts. Il consiste en l'introduction d'un ou deux doigts dans l'orifice cervical et au balayage du segment

inférieur de l'utérus par un mouvement circulaire du ou des doigts. (Schéma 1) Ce geste provoque l'augmentation de la production des prostaglandines locales par agressions des cellules de la décidua. Comme vu précédemment, les prostaglandines sont une des hormones fondamentales dans le mécanisme de parturition humaine en agissant sur la contractilité du myomètre et la maturation cervicale. Le décollement du pôle inférieur de l'œuf, par l'augmentation du taux des prostaglandines qu'il induit, permettrait alors l'entrée en travail ou une modification cervicale. [1, 26]



Schéma 1 : Décollement du pôle inférieur de l'œuf

5.2. EFFETS INDESIRABLES

Le DPIO n'augmente pas le risque infectieux maternel et néonatal ni le risque de rupture des membranes. La réalisation de ce geste peut être à l'origine de contractions et de métrorragies et sa pratique peut être douloureuse. [1, 5]

5.3. RECOMMANDATIONS

Les recommandations françaises du CNGOF sur les grossesses prolongées de 2011 et celles de l'HAS sur le déclenchement artificiel du travail de 2008 s'accordent pour considérer le DPIO comme une méthode mécanique efficace de déclenchement du travail. En effet, d'après le CNGOF « le décollement des membranes peut réduire la durée de la grossesse par une augmentation du nombre de patientes entrant en travail spontanément dans la semaine suivant le décollement (grade B). Comparé à l'expectative, il n'augmente pas le taux de césarienne (grade A) et réduit le recours au déclenchement de 41% à 41⁺⁰ SA et de 72% à 42⁺⁰ SA (grade B). » L'HAS précise qu'un DPIO peut

être proposé s'il n'y a pas d'indication médicale urgente au déclenchement. Il est à proposer aux patientes après information éclairée sur sa technique, ses avantages et ses désagréments. [1, 5]

Au niveau international, le décollement des membranes apparaît également dans des recommandations sur la prise en charge des grossesses prolongées. La SOGC propose d'offrir aux femmes l'option du décollement des membranes entre 38 et 41 semaines de gestation après information sur les bénéfices/risques de ce geste. [2] Les recommandations du NICE et de l'ACOG conseillent également de proposer un décollement des membranes lorsqu'il n'existe pas de contre-indications pour réduire l'incidence des grossesses prolongées et termes dépassés. [4 ; 16] En Australie, le NSW dans ces recommandations sur les grossesses prolongées préconisent également d'offrir aux femmes l'option du décollement des membranes à 41⁺⁰ SA qui peut être répétée régulièrement jusqu'à la mise en travail spontané. [17]

5.4. DPIO et sage-femme

Le DPIO est un geste pouvant être réalisé par une sage-femme ou un médecin. Il ne nécessite pas de prescription médicale. La décision de sa réalisation peut alors être prise par une sage-femme sans nécessité d'en informer le médecin. Elle le réalisera dans des cas spécifiques (grossesse prolongée, macrosomie ou autres) afin de déclencher le travail.

II. MATERIEL ET METHODE

1. PROBLEMATIQUE

Comment le décollement du pôle inférieur de l'œuf impacte la maturation cervicale et l'induction du travail dans les grossesses prolongées ?

2. OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. RETOMBEES ATTENDUES

Améliorer les pratiques professionnelles concernant la prise en charge des grossesses prolongées et la réalisation du DPIO.

2.2. OBJECTIFS

2.2.1. Objectif principal

Faire un état des lieux de l'incidence du décollement du pôle inférieur de l'œuf en 2017 au CHR de Thionville sur le déclenchement du travail lors de la grossesse prolongée.

2.2.2. Objectifs secondaires

Nos objectifs secondaires sont :

- Comparer les délais de mise en travail chez les patientes ayant bénéficiées d'un DPIO et celles n'en ayant pas eu
- Evaluer les effets négatifs maternels et obstétricaux du DPIO (douleur, métrorragie, rupture prématurée des membranes, faux-travail)
- Décrire le retentissement du DPIO sur la morbidité materno-fœtale
- Comparer les résultats de l'étude à la littérature

3. HYPOTHESES

- H1 : Le décollement des membranes permet une mise en route spontanée du travail
- H2 : Le DPIO induit une maturation cervicale via une augmentation du score de Bishop
- H3 : Le DPIO ne modifie pas le pronostic materno-fœtal
- H4 : Le DPIO ne provoque pas d'effets indésirables maternels et obstétricaux.

4. TYPE D'ETUDE

Il s'agit d'une étude épidémiologique, observationnelle, rétrospective, cas-témoin, par étude de dossier, monocentrique, réalisé sur le CHR Metz-Thionville hôpital Bel-Air du 15 juin 2017 au 15 décembre 2017. Le protocole de prise en charge des grossesses prolongées de l'hôpital Bel-Air offre l'option de la proposition d'un décollement des membranes aux patientes par les professionnels de santé lors de la visite de surveillance. (7)

Le cas-témoin est une méthodologie adaptée pour la comparaison de groupes de faible effectif.

5. POPULATION D'ETUDE

La population étudiée est représentée par les femmes consultant pour une visite de terme, c'est-à-dire à partir de 41 SA au service d'hospitalisation de jour de la maternité de l'hôpital Bel-Air. Par soucis d'organisation, les patientes sont parfois vues à 40⁺⁶ SA. Nous avons pris le parti d'inclure également ces patientes dans la population d'étude.

	Cas	Témoin
Critères d'inclusion	Appariés sur :	
	<ul style="list-style-type: none">- Grossesse singleton- Entre 40⁺⁶ et 42 SA- Nullipare ou multipare- Présentation céphalique- Conditions locales favorables : ouverture du col au minimum d'un doigt sur toute la longueur, présence de la poche des eaux- Patiente en dehors de la phase du travail- Déroulement physiologique de la grossesse	
	DPIO +	DPIO -
Critères d'exclusion	<ul style="list-style-type: none">- Déclenchement pour raison médicale urgente- Césarienne pour raison médicale urgente	

6. PRESENTATION DES GROUPES

6.1. LE GROUPE « CAS »

Ce groupe est composé de patientes répondant aux critères d'inclusion et chez lesquelles un ou plusieurs DPIO ont été réalisés à partir de la réalisation de la surveillance de la grossesse prolongée selon le protocole de la maternité de l'hôpital Bel-Air.

Ce groupe comporte 25 patientes et est appelé le groupe « DPIO ».

6.2. LE GROUPE TEMOIN

Ce groupe est composé de patientes appariées au groupe cas selon certains critères d'inclusion et chez lesquelles aucun DPIO n'a été pratiqué lors de la surveillance pour grossesse prolongée. Chez ces patientes, un simple toucher vaginal a été réalisé lors de la visite de surveillance pour connaître les conditions cervicales.

Ce groupe comporte 30 patientes et est appelé le groupe « témoin ».

7. VARIABLES RECUEILLIES

Le recueil des données est réalisé à partir des dossiers médicaux de manière anonyme. Les mêmes variables sont recueillies dans les deux groupes (8).

Les principaux critères de jugement de cette étude sont :

- Le taux de travail spontané et le taux de maturation/déclenchement
- Les scores de Bishop aux différents temps d'examen
- La morbidité materno-fœtale
- Les effets indésirables maternels et obstétricaux

L'entrée en travail est définie par la présence de contractions régulières plus ou moins douloureuses, de l'ordre de trois contractions minimum par dix minutes ainsi qu'une modification cervicale d'une dilatation supérieure ou égale à trois centimètres.

8. METHODES STATISTIQUES

Les données ont été saisies sur le logiciel Excel puis analysées sur Excel à l'aide du logiciel Xlstat.

Pour la comparaison, nous allons utiliser l'OR (Odds Ratio) qui est le test de l'étude cas-témoins. L'existence d'un lien statistique significatif et de la force de l'association se basera sur la valeur de l'OR et de la position de 1 dans l'intervalle de confiance (IC) à 95%.

III. RESULTATS

1. CARACTERISTIQUES DES PATIENTES

Le *Tableau I* présentait les caractéristiques des populations dans le groupe DPIO et le groupe témoin. L'effectif des cas était de 25, celui des témoins était de 30.

Tableau I : Caractéristiques des deux populations - Etude cas-témoins DPIO CHR Metz-Thionville en 2017
(moyenne \pm écart-type ou n(%))

	DPIO (n= 25)	Témoins (n = 30)
Gestité	2,6 \pm 1,5	2,2 \pm 1,7
Parité :	0,9 \pm 0,9	0,7 \pm 0,9
- Nullipare (%)	10 (40)	16 (52,8)
- Multipare (%)	15 (60)	14 (46,2)
AG exact à la consultation	41,2 \pm 0,3	41,1 \pm 0,2

AG : âge gestationnel

2. CARACTERISTIQUES CERVICALES

Le *Tableau II* présentait les caractéristiques cervicales des deux populations aux différents temps d'examen.

Tableau II : Score de Bishop aux différents temps d'examen - Etude cas-témoins DPIO CHR Metz-Thionville en 2017

	DPIO	Témoins	Odds Ratio IC 95%
Score de Bishop initial	(n=25) 4,7 \pm 1,2	(n=30) 3,8 \pm 1,4	0.94 [0.15 – 6.01]
Score de Bishop aux consultations intermédiaires :			
- 2^e consultation	(n=10) 5,5 \pm 1,2	(n=14) 4,2 \pm 1,9	
- 3^e consultation		(n=4) 3,8 \pm 1,3	

Les deux populations n'étaient pas différentes concernant le score de Bishop au moment de la première consultation (1 appartenant à l'IC à 95%).

La comparaison n'a été possible qu'entre la première consultation et la 2^e consultation. On ne pouvait pas mettre en évidence une différence significative concernant la maturation cervicale entre le groupe DPIO et le groupe témoin.

3. ANALYSE DES EFFETS NEGATIFS

- **Faux travail** : Dans les jours suivant la première consultation, il y a eu deux consultations aux urgences obstétricales pour faux travail, dont un faux travail dans chaque groupe. Il n'y avait donc pas de différence significative entre les deux groupes concernant le taux de faux travail (OR = 1,21 ; IC 95% [0.07 – 20.38]).
- **Métrorragies** : Il n'y avait aucune consultation pour métrorragies les jours suivant la consultation pour chacun des groupes.
- **Rupture prématurée des membranes** : On ne notait aucune rupture des membranes au moment des touchers vaginaux avec ou sans décollement du pôle inférieur de l'œuf ni immédiatement après. Dans les jours suivant, on retrouvait 7 ruptures prématurées des membranes dans le groupe DPIO et 2 dans le groupe témoin. **Cette différence était significative (OR = 5,44, IC 95% [1.01 – 29.17]).**

4. MODE DE MISE EN TRAVAIL

Le *Tableau III* présentait les résultats des deux groupes concernant le mode de mise en travail.

Tableau III : Mode de mise en travail - Etude cas-témoins DPIO CHR Metz-Thionville en 2017

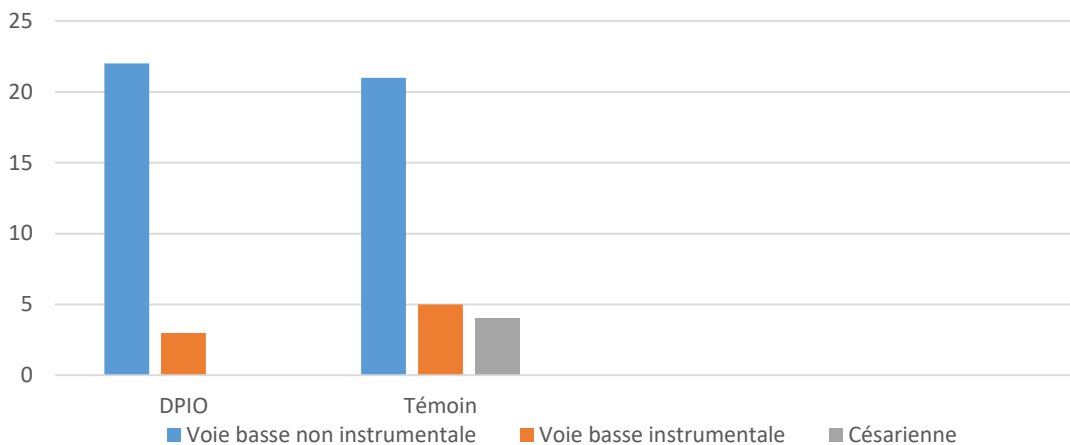
	DPIO (n=25)	Témoin (n=30)	OR IC 95%
Spontané (%)	18 (72)	23 (76)	0,78 [0.23 – 2.63]*
Maturation +/- Déclenchement (%)	7 (28)	7 (23)	

* travail spontané versus maturation +/- déclenchement

Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le mode de mise en travail.

5. MODE D'ACCOUCHEMENT

Le *Graphique I* présentait les résultats des deux populations concernant la voie d'accouchement.



Graphique I : Mode d'accouchement - Etude cas-témoins CHR Metz-Thionville en 2017

88% des patientes du groupe DPIO et 69% des patientes du groupe témoin accouchaient spontanément par voie basse.

12% des patientes du groupe DPIO et 17% des patientes du groupe témoin accouchement par voie basse à l'aide d'une extraction instrumentale.

Aucune patiente du groupe DPIO et 13% des patientes du groupe témoin n'ont eu de césarienne.

Il n'y avait pas de différence significative concernant le mode d'accouchement entre les deux groupes (voie basse non instrumentale versus voie basse instrumentale : OR = 1,75, IC 95% [0.37 – 8.26]).

6. HEMORRAGIE DE LA DELIVRANCE

On retrouvait une hémorragie de la délivrance dans le groupe DPIO versus deux dans le groupe témoin. Cette différence n'était pas significative car OR = 0.58 et 1 appartient à l'IC 95% : [0.05 – 6.8].

7. DELAI ENTRE LA CONSULTATION / LE DPIO ET LA MISE EN TRAVAIL SPONTANE

Le *Tableau IV* présentait les résultats concernant le délai entre la consultation ou la réalisation du DPIO et la mise en travail spontané.

Tableau IV : Délai de mise en travail spontané - Etude cas-témoins DPIO CHR Metz-Thionville en 2017

	DPIO (n=17)	Témoins (n=20)	OR IC 95%
< 24 heures	10	6	3,33 [0.86 – 12.96]
> 24 heures	7	14	

10 patientes du groupe DPIO entraient spontanément en travail dans les 24 heures suivant le geste versus 6 des patientes du groupe témoin.

7 des patientes du groupe DPIO entraient spontanément en travail plus de 24 heures après le geste versus 14 des patientes du groupe témoin.

Cette différence n'était pas significative car 1 appartient à l'IC 95%.

8. ETUDE DE LA MORBIDITE NEONATALE

8.1. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION NEONATALE

Le *Tableau V* présentait les caractéristiques de la population néonatale.

Tableau V : Caractéristiques de la population néonatale - Etude cas-témoins DPIO CHR Metz-Thionville en 2017

	DPIO (n=25)	Témoins (n=30)
PV 8^e mois Streptocoques B +	4 (25)	1 (3,3)
Poids de naissance en grammes (9)	3631 ± 376	3677 ± 332

PV : prélèvement vaginal

8.2. ETUDE DE LA MORBIDITE NEONATALE

Le *Tableau VI* présentait les paramètres étudiés pour la morbidité néonatale.

Tableau VI : Morbidité néonatale - Etude cas-témoins DPIO CHR Metz-Thionville en 2017

	DPIO	Témoins	OR IC 95%
Score d'Apgar :	(n=25)	(n = 30)	
- <7 à 1 min (%)	1	2	0,58 [0.05 – 6.8]
- <7 à 5 min (%)	0	0	
pH artériel :	(n=17)	(n=25)	
- pH < 7,20	1	9	0,11 [0.01 – 0.97]
- pH > 7,20	16	16	
Liquide amniotique méconial	2	1	2,52 [0.21 – 29.56]
Transfert en néonatalogie	1	0	
Infection néonatale	0	0	

Score d'Apgar (10) : Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant le score d'Apgar à 1 et 5 min de vie.

pH artériel : Il y avait une différence significative entre les deux groupes concernant le pH artériel au cordon à la naissance.

On ne retrouvait pas de différence significative concernant les autres paramètres étudiés entre les deux groupes.

IV. DISCUSSION

1. ANALYSE ET COMPARAISON DES RESULTATS

La méta-analyse de Boulvain et al publiée en janvier 2010 regroupe un ensemble d'essais cliniques comparant le décollement des membranes réalisé au troisième trimestre de la grossesse à l'absence de traitement ou à d'autres méthodes de déclenchement du travail. 22 essais ont été inclus dans cette étude dont 20 comparant le décollement du pôle inférieur de l'œuf à l'absence de traitement. Les objectifs de cette méta-analyse étaient de déterminer les effets du décollement des membranes pour le déclenchement du travail au troisième trimestre de la grossesse. [27]

Nous utiliserons la méta-analyse de Boulvain et al ainsi que d'autres études pour comparer nos résultats à ceux existants dans la littérature.

1.1. TAUX DE MISE EN TRAVAIL SPONTANE ET MATURATION CERVICALE

1.1.1. Taux de mise en travail spontané (H1)

Dans notre étude, il n'y a pas de différence significative concernant le taux de mise en travail spontané entre le groupe DPIO et le groupe témoin.

D'après la méta-analyse de Boulvain et al, la pratique du balayage des membranes permet de déclencher le travail et permet ainsi une réduction de l'utilisation d'autres méthodes de déclenchement. [27]

Dans l'étude de Miranda et al réalisé en 2006 aux Pays-Bas, on évalue l'efficacité du décollement des membranes à 41 SA dans la prévention des termes dépassés dans les grossesses à bas risques. 742 femmes enceintes ont été incluses dans cette étude. Il en ressort que le décollement des membranes augmente le taux de mise en en travail spontané avant 42 SA. [28]

L'étude de Yildirim et al comparant l'efficacité du DPIO dans l'induction du travail dans les grossesses à terme comprises entre 38 et 40 SA conclut en faveur d'un taux de mise en travail spontané supérieur chez les femmes ayant eu un décollement des membranes. [29]

D'après la littérature, le décollement des membranes est associé à une augmentation de la proportion des femmes entrant spontanément en travail.

L'hypothèse H1 sur l'induction du travail par le DPIO n'est pas confirmée pas notre étude car on ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes à propos du mode de mise en travail : spontané versus maturation et/ou déclenchement. Or les recherches dans la littérature sont en accord avec l'hypothèse que nous avons émis sur une augmentation du nombre de patiente entrant en travail spontanément suite à la réalisation d'un DPIO.

1.1.2. Maturation cervicale (H2)

Dans notre étude, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant la maturation cervicale.

Nous n'avons pas retrouvé d'études similaires étudiant les effets du DPIO sur la maturation cervicale. La comparaison avec la littérature n'est donc pas possible.

L'hypothèse H2 sur la maturation cervicale provoquée par le DPIO n'est pas confirmée car on ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes concernant le score de Bishop.

1.2. Effets négatifs maternels et obstétricaux (H4)

Les effets négatifs maternels et obstétricaux observés dans notre étude sont la rupture prématurée des membranes, des métrorragies et les faux-travails. On ne met pas en évidence une augmentation du risque de métrorragies ainsi que de faux-travail par le décollement du pôle inférieur de l'œuf. En revanche, une augmentation du risque de rupture prématurée des membranes par le DPIO est mise en évidence par notre étude.

Dans l'étude de Miranda et al, on ne retrouve pas de différence entre les deux groupes concernant le taux de rupture prématurée des membranes. [28] De même, l'étude de Wong et al ne montre pas d'augmentation significative du taux de rupture prématurée des membranes ainsi que de métrorragies. [30] Dans la méta-analyse de Boulvain et al, on remarque un signalement plus fréquent de contractions irrégulières ainsi que de saignements dans le groupe décollement des membranes sans que cette différence soit significative. [27]

L'hypothèse H4 sur les effets négatifs maternels et obstétricaux du DPIO est confirmée par notre étude et la littérature hormis pour la rupture prématurée des membranes. Nos résultats sont conformes à ceux retrouvés dans la littérature concernant les métrorragies ainsi que le nombre de faux-travaux. En revanche, on retrouve une différence significative sur le nombre de rupture prématurée des membranes, le DPIO apparaissant alors comme un facteur de risque mais la littérature s'accorde pour ne pas définir le DPIO comme facteur de risque de RPM.

1.3. Caractéristiques de l'accouchement (H3)

Dans notre étude, il n'y a pas de différence entre les deux groupes concernant l'issue de la voie d'accouchement : pas d'augmentation d'extractions instrumentales lors d'un accouchement par voie basse et pas d'augmentation du nombre de césariennes.

La même observation est réalisée dans l'étude de Yildirim et al qui ne retrouvent pas de différence significative concernant le mode d'accouchement entre les deux groupes. [29]

Concernant le taux d'hémorragies de la délivrance, on n'observe pas de différence significative entre les deux groupes dans notre étude. La même observation est réalisée dans la méta-analyse de Boulvain et al qui considère le décollement des membranes comme un geste sûr en l'absence d'autres complications. [27]

Notre étude est en accord avec la littérature, le décollement du pôle inférieur de l'œuf n'influe pas sur le mode d'accouchement et sur les hémorragies de la délivrance. Ce geste ne modifie donc pas la morbidité maternelle.

1.4. Délai randomisation / mise en travail spontané

Dans notre étude, on compare le pourcentage de femmes entrant en travail spontanément dans les 24 heures suivant la consultation / le DPIO ou plus de 24 heures après. On retrouve un nombre plus important de femmes entrant en travail spontanément dans les 24 heures suivant le geste comparé au groupe témoin sans que cette différence soit significative.

Dans l'étude de Miranda et al, on remarque que le décollement des membranes réduit la durée entre la randomisation et l'accouchement de un jour. [28]

Même si nos résultats ne sont pas significatifs du fait d'un faible nombre d'inclus, ils s'accordent avec ceux retrouvés dans l'étude de Miranda et al sur une réduction de la durée entre la randomisation et la mise en travail spontané par le décollement du pôle inférieur de l'œuf.

1.5. Morbidité néonatale (H3)

Dans notre étude, pour analyser la morbidité néonatale nous nous sommes intéressés au score d'Apgar à 1 et 5 minutes de vie, au pH artériel réalisé au cordon à la naissance, aux infections néonatales, au nombre de liquide amniotique méconial ainsi qu'au nombre de transfert en service de néonatalogie. Aucune de ces caractéristiques n'a été modifiée par la réalisation d'un décollement des membranes. Au contraire, nous avons retrouvés une différence significative concernant le pH artériel en faveur d'un pH plus élevé dans le groupe DPIO. Nous n'avons pas trouvé d'explications à cette différence.

Dans la méta-analyse de Boulvain et al, il n'a pas été observé de différence concernant le risque d'infection néonatale. [27]

L'étude de Yildirim et al ne retrouve pas de différence significative à propos des complications fœtales. [29]

Au total, nos résultats sont similaires avec ceux retrouvés dans la littérature quant à la morbidité néonatale.

L'hypothèse H3 sur le pronostic materno-fœtale est confirmée par notre étude car on ne retrouve pas de différence significative entre les deux groupes. Sur le plan maternel, l'issue de la voie d'accouchement est statistiquement la même entre les deux groupes ainsi que le nombre d'hémorragie de la délivrance. Sur le plan fœtal, la morbidité sur ces items étudiés (Apgar à 1 et 5 min de vie, pH artériel au cordon à la naissance, liquide amniotique méconial, transfert en néonatalogie, infection néonatale) est statistiquement la même entre les deux groupes hormis pour le pH artériel au cordon où une différence significative est retrouvée en faveur du DPIO.

2. LIMITES DE L'ETUDE

Cette étude présente des limites.

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée à partir des dossiers patients. Le nombre d'inclus étant modeste (n=25 dans le groupe DPIO et n=30 dans le groupe témoin), la puissance de l'étude aurait pu être augmentée par un nombre de cas appariés aux témoins supérieur. En effet, dans le cadre d'une étude cas-témoin, il est possible d'apparier jusqu'à 5 témoins pour 1 cas.

De plus, le choix a été fait de n'y inclure que les patientes ayant un col favorable à la réalisation d'un décollement des membranes, c'est-à-dire ayant une ouverture cervicale au moins supérieure ou égale à 1 doigt pour que la comparaison soit similaire dans les deux groupes. Ces critères d'inclusion strictes ont eu pour effet un nombre de retrait important de patientes initialement recrutées pour l'étude.

L'étude étant réalisée sur la base des dossiers patients, certaines informations recherchées n'ont parfois pas été retrouvées.

CONCLUSION

Notre objectif était d'évaluer l'effet du décollement du pôle inférieur de l'œuf sur le déclenchement du travail et la maturation cervicale au CHR Metz-Thionville hôpital Bel-Air en 2017. Les résultats de notre étude n'ont pas permis de confirmer notre hypothèse. Or en comparant nos résultats avec ceux de la littérature, nous avons retrouvé plusieurs études concluant sur une efficacité du DPIO dans l'induction du travail et une réduction de la durée de la grossesse.

La littérature est en accord avec nos résultats pour confirmer que le décollement du pôle inférieur de l'œuf est un geste sûr n'entraînant pas une augmentation de la morbidité materno-fœtale. De plus, ses effets indésirables maternels et obstétricaux sont faibles et se limitent à la réalisation du geste pouvant être plus douloureux qu'un simple toucher vaginal ainsi que des contractions irrégulières.

Le décollement du pôle inférieur de l'œuf peut être considéré comme une méthode de déclenchement du travail. Ses bénéfices cliniques ne sont pas prouvés. C'est une méthode facilement réalisable avec un faible coût économique. Dans une société souhaitant obtenir un accouchement le plus physiologique et naturel possible, le décollement des membranes est une alternative non médicamenteuse intéressante à proposer aux patientes. Après une information éclairée sur ses bénéfices et risques, il faut en continuer sa pratique car même si les bénéfices cliniques sont faibles, elle ne provoque pas d'effets indésirables obstétricaux et n'a pas de conséquence sur la morbidité materno-fœtale. De plus, les études la considèrent comme efficace pour diminuer la durée de la grossesse, ce qui est intéressant dans le cadre des grossesses prolongées et termes dépassés.

Il serait intéressant de réaliser une étude prospective de plus grande envergure permettant d'éclaircir l'efficacité du DPIO sur les grossesses prolongées et de connaître ses effets dans des sous-groupes spécifiques (caractéristiques cervicales de départ, présence de contractions, répétition du geste, etc).

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique « Grossesse prolongée et terme dépassé ». Décembre 2011. Disponible sur www.cngof-asso.fr
- [2] La Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada. Directive clinique sur la prise en charge de la grossesse entre la 41^e +0 et la 42^e +0 semaine de gestation. Septembre 2008, n°214. Disponible sur <https://sogc.org/fr/>
- [3] Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. RCOG statement on NICE Quality Standard for antenatal care. 17 September 2012. Available from <https://www.rcog.org.uk/en/news/rcog-statement-on-nice-quality-standard-for-antenatal-care/>
- [4] Contemporary OB/GYN. ACOG Guidelines: Management of Late-Term and Postterm Pregnancies. Décembre 05, 2014. Available from <http://contemporaryobgyn.modernmedicine.com/contemporary-obgyn/news/acog-guidelines-management-late-term-and-postterm-pregnancies?page=full>
- [5] Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles : déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. Avril 2008, 5-7.
- [6] Le Ray C, Anselem O. Comment définir la date présumée de l'accouchement et le dépassement de terme. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2011 ; 40 : 703 – 8.
- [7] Nadjafizadeh M. Date présumée de l'accouchement : incertitude sur la durée de gestation et la date du début de grossesse. Vocation Sage-femme. Janvier 2013 ; n°100.
- [8] Salomon L.J. Comment déterminer la date de début de grossesse ?. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2011 ; 40 : 726 – 33.
- [9] Vannucini S, Bocchi C, Petraglia F, et al. Endocrinology of human parturition. Annales d'Endocrinologie. 2016 ; 77 : 105 – 13.
- [10] Peter J. Etude de l'accouchement normal : 1- Phénomènes dynamiques [en ligne]. Janvier 2010. Disponible sur : <http://www.gyneobs.com>
- [11] Inserm. Physiologie de la parturition. Grande prématurité, dépistage et prévention du risque [en ligne]. Disponible sur <http://www.ipubli.inserm.fr>
- [12] Déterminisme de la parturition. La parturition [en ligne]. Disponible sur http://public.iutenligne.net/fondements_GB/bio/sciences_bio/physio/pages/fecond/parturi/Sommaire.htm
- [13] Chantry A. Epidémiologie de la grossesse prolongée : incidence et morbidité maternelle. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2011 ; 40 : 709 – 16.

- [14] Chantry A, Lopez E. Complications fœtales et néonatales des grossesses prolongées. La revue Sage-femme. 2012 ; 11 : 54 – 62.
- [15] Sentilhes L, Bouet P-E, Mezzadri M, et al. Evaluation de la balance bénéfique/risque selon l'âge gestationnel pour induire la naissance en cas de grossesse prolongée. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2011 ; 40 : 747 – 66.
- [16] NICE. Inducing labour. July 2008. Available from : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg70/chapter/1-Guidance>
- [17] NSW Kids and Families. Maternity – Management of Pregnancy Beyond 41 Weeks Gestation. 23 July 2014. Available from : http://www1.health.nsw.gov.au/pds/ActivePDSDocuments/GL2014_015.pdf
- [18] Réseau Périnatal Lorrain. Terme dépassé et grossesse prolongée. Septembre 2016. Disponible sur <https://www.reseauperinatallorain.fr/recommandations-rpl/>
- [19] Debord M-P. Place du compte des mouvements actifs fœtaux et de l'amnioscopie dans la surveillance des grossesses prolongées. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2011 ; 40 : 767 – 73.
- [20] Beucher G, Dreyfus M. Prise en charge du dépassement de terme. La revue Sage-femme. 2008 ; 7 : 118 – 29.
- [21] Sénat M-V. Place de l'évaluation de la quantité de liquide amniotique, du score biophysique et du doppler dans la surveillance des grossesses prolongées. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2011 ; 40 : 785 – 95.
- [22] Coatleven F. Place du rythme cardiaque fœtal et de son analyse informatisée dans la surveillance de la grossesse prolongée. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2011 ; 40 : 774 – 84.
- [23] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Classification FIGO du rythme cardiaque fœtal. 2015. Disponible sur www.cngof-asso.fr
- [24] Winer N. Modalités du déclenchement dans les grossesses prolongées. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2011 ; 40 : 796 – 811.
- [25] Rossard L, Arlicot C, Blasco H, et al. Maturation cervicale par sonde à ballonnet sur utérus cicatriciel : étude rétrospective sur trois ans. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2013 ; 42 : 480 – 7.
- [26] Dinochau C. Déclenchement artificiel du travail, le décollement des membranes à terme. Vocation Sage-femme. Janvier-Février 2013 ; n°100.
- [27] Boulvain M, Stan CM, Irion O. Balayage des membranes pour déclencher le travail. Pregnancy and Childbirth Group. 20 janvier 2010. Disponible sur : <http://www.cochrane.org/fr/evidence>

[28] de Miranda E, van der Bom J, Bonsel G, Bleker O, Rosendaal F. Membrane sweeping and prevention of post-term pregnancy in low-risk pregnancies: a randomised controlled trial. BJOG. 2006 ; 113 : 402 – 8.

[29] Gokhan Y, Kemal G, Özge I-K, et al. Membrane sweeping to induce labor in low-risk patients at term pregnancy : A randomised controlled trial. The Journal or Maternal-Fetal & Neonatal Medicine. 2010 ; 23 : 681 – 7.

[30] Wong SF, Hui SK, Choi H, et al. Does sweeping of membranes beyond 40 weeks reduce the need for formal induction of labour ?. BJOG. June 2002 ; 109 : 632 – 6.

ANNEXES

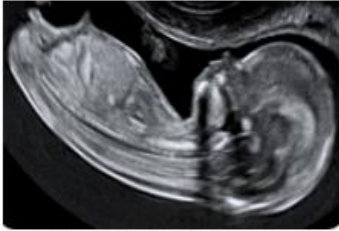


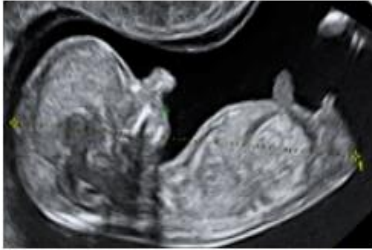



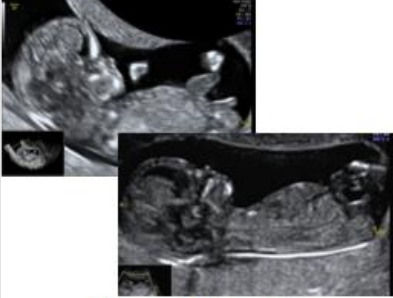




Annexe 1 : Terme en aménorrhée en fonction de la longueur crano-caudale (formule de Robinson)

Terme en aménorrhée en fonction de la longueur crano-caudale

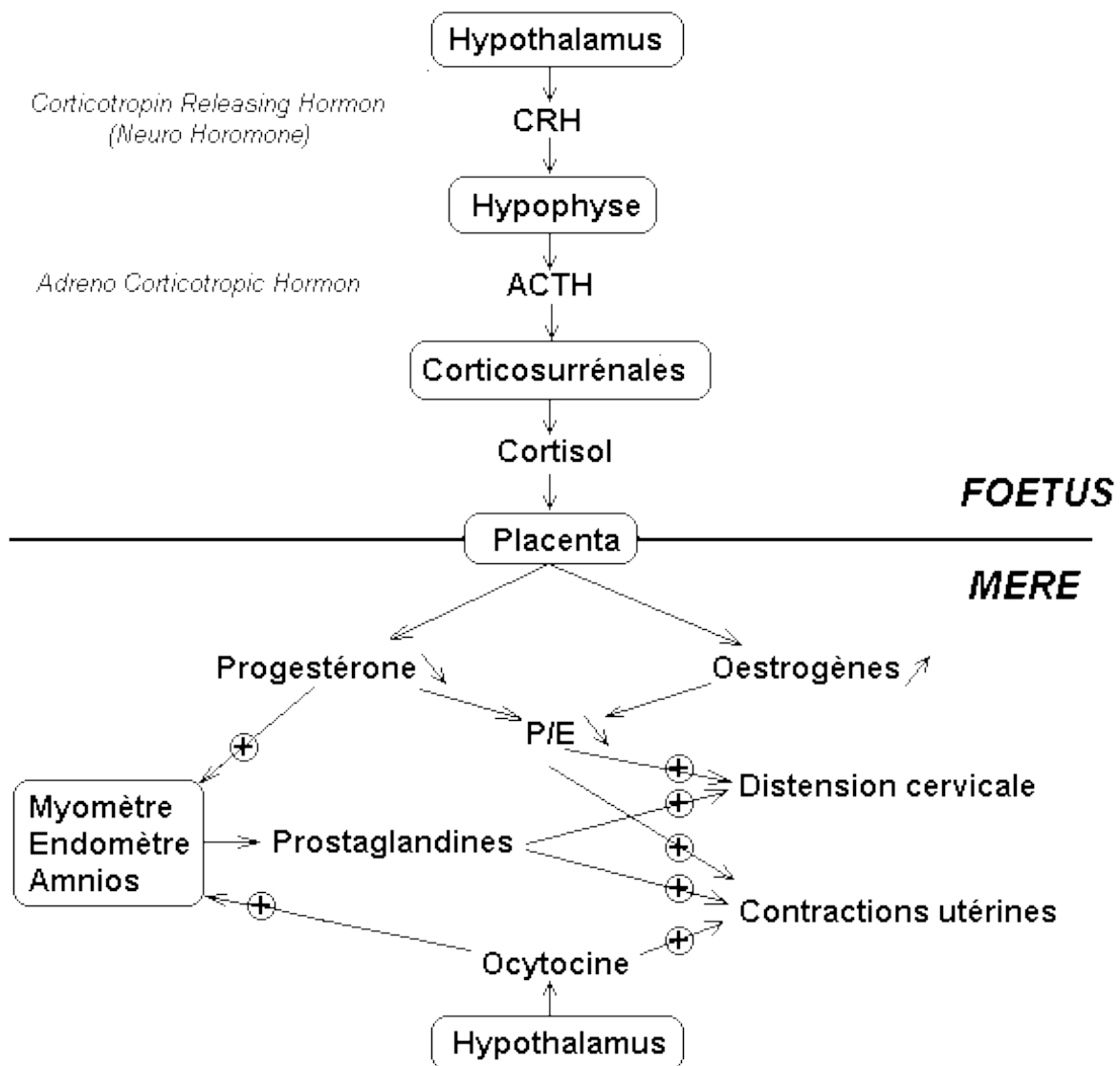
LCC	Semaines	Jours (révolus)	LCC	Semaines	Jours (révolus)
42	10	semaines et 5 jours	64	12	semaines et 4 jours
43	10	semaines et 6 jours	65	12	semaines et 4 jours
44	11	semaines et 0 jours	66	12	semaines et 5 jours
45	11	semaines et 0 jours	67	12	semaines et 5 jours
46	11	semaines et 1 jours	68	12	semaines et 6 jours
47	11	semaines et 1 jours	69	12	semaines et 6 jours
48	11	semaines et 2 jours	70	13	semaines et 0 jours
49	11	semaines et 3 jours	71	13	semaines et 0 jours
50	11	semaines et 3 jours	72	13	semaines et 1 jours
51	11	semaines et 4 jours	73	13	semaines et 1 jours
52	11	semaines et 4 jours	74	13	semaines et 1 jours
53	11	semaines et 5 jours	75	13	semaines et 2 jours
54	11	semaines et 5 jours	76	13	semaines et 2 jours
55	11	semaines et 6 jours	77	13	semaines et 3 jours
56	11	semaines et 6 jours	78	13	semaines et 3 jours
57	12	semaines et 0 jours	79	13	semaines et 4 jours
58	12	semaines et 1 jours	80	13	semaines et 4 jours
59	12	semaines et 1 jours	81	13	semaines et 5 jours
60	12	semaines et 2 jours	82	13	semaines et 5 jours
61	12	semaines et 2 jours	83	13	semaines et 6 jours
62	12	semaines et 3 jours	84	13	semaines et 6 jours

Robinson HP, Fleming JEE.
A critical evaluation of sonar "crown - rump length" measurements.
Br J Obstet Gynaecol 1975; 82: 702 - 710.

Annexe 2 : Critères qualités pour la mesure de la longueur crano-caudale par le Comité National technique de l'échographie de dépistage prénatal

Grille de lecture LCC			
	Excellent	Acceptable	Insuffisant
Coupe sagittale	 <p>Plan sagittal strict passant par le tubercule génital et par le profil facial (pointe du nez, menton et palais)</p>	 <p>Plan parasagittal (cuisse ou orbite vues)</p>	 <p>Coupe non sagittale (± frontale ou oblique)</p>
Position des Calipers	 <p>Calipers bien positionnés au niveau du pôle céphalique et du pôle caudal</p>	 <p>Un des calipers n'est pas tout à fait bien positionné</p>	 <p>Calipers mal placés ou limites craniocaudales imprécises</p>
Position de la tête	 <p>Tête en position intermédiaire</p>	 <p>Tête un peu fléchie ou défléchie</p>	 <p>Tête fléchie ou en hyperextension</p>
Zoom	 <p>Les pôles céphalique et caudal occupent la totalité de l'image</p>	 <p>Les pôles céphalique et caudal occupent au moins 75% de l'image</p>	 <p>Les pôles céphalique et caudal occupent moins de 75% de l'image</p>

Annexe 3 : Mécanisme de la parturition chez la brebis



Annexe 4 : Score de Bishop

Paramètres	0	1	2	3
Dilatation du col utérin	Fermé	1 – 2 cm	3 – 4 cm	≥ 5
Effacement du col utérin	Long 0 – 30%	Mi-long 40 – 50%	Court 60 – 70%	Effacé > 80%
Consistance du col utérin	Ferme	Moyenne	Molle	
Position du col utérin	Postérieure	Centrale	Antérieure	
Hauteur de la présentation	Mobile	Amorcée	Fixée	Engagée

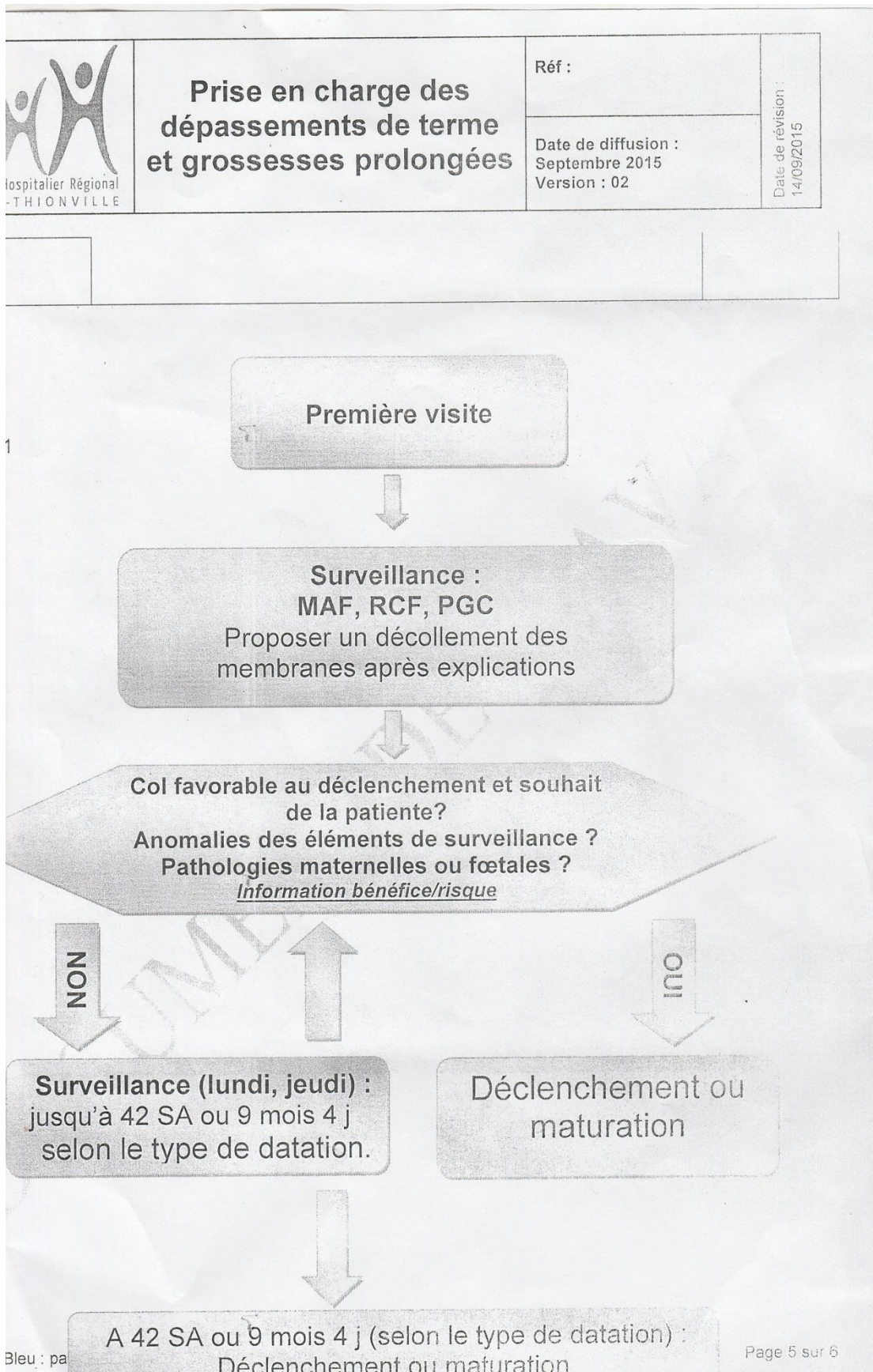
Annexe 5 : Score de Manning

Paramètres	Critères de normalité	+	-
Etude du RCF	>2 accélérations du RCF (>15 battements/mn et >15s sur une période de 30 mn)	2	0
Mouvements fœtaux	>3 mouvements actifs isolés des membres ou du tronc sur une période de 30 mn	2	0
Mouvements respiratoires	>1 épisode de 30 s de mouvements respiratoires sur une période de 30 mn	2	0
Tonus fœtal	>1 épisode d'extension avec retour en flexion d'un membre ou du tronc ou d'ouverture et fermeture d'une main sur une période de 30 mn Episodes de déglutition	2	0
Quantité de Liquide amniotique	>1 citerne de liquide amniotique >1cm dans 2 plans perpendiculaires ou index de Phélan < 5	2	0

Annexe 6 : HAS recommandations déclenchement artificiel du travail 2008

Tableau 1. Exemple de concentrations en milli-unités par minute en fonction de différents dosages et débits de perfusion					
Perfusion 5 UI dans 500 ml de solution isotonique		Perfusion 10 UI dans 500 ml de solution isotonique		Seringue 5 UI dans 49 ml de solution isotonique	
Débit	Concentration MU/min	Débit	Concentration MU/min	Débit	Concentration MU/min
15 mL/h 5 gouttes/min	2,5	15 mL/h 5 gouttes/min	5	1,5 mL/h	2,5
30 mL/h 10 gouttes/min	5	30 mL/h 10 gouttes/min	10	3 mL/h	5
60 mL/h 20 gouttes/min	10	60 mL/h 20 gouttes/min	20	6 mL/h	10
120 mL/h 40 gouttes/min	20	120 mL/h 40 gouttes/min	40	12 mL/h	20

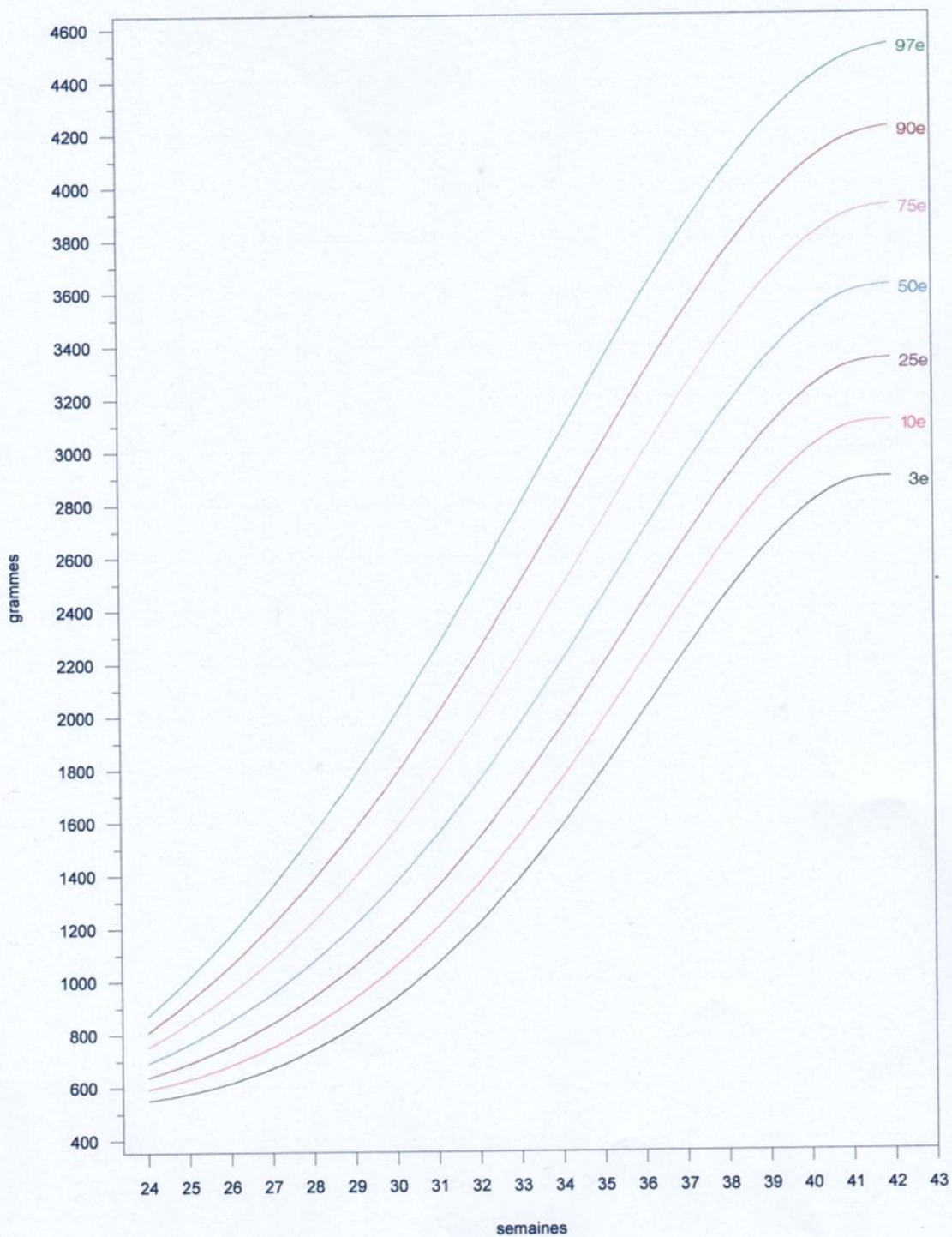
Annexe 7 : Organigramme prise en charge grossesse prolongée hôpital Bel-Air



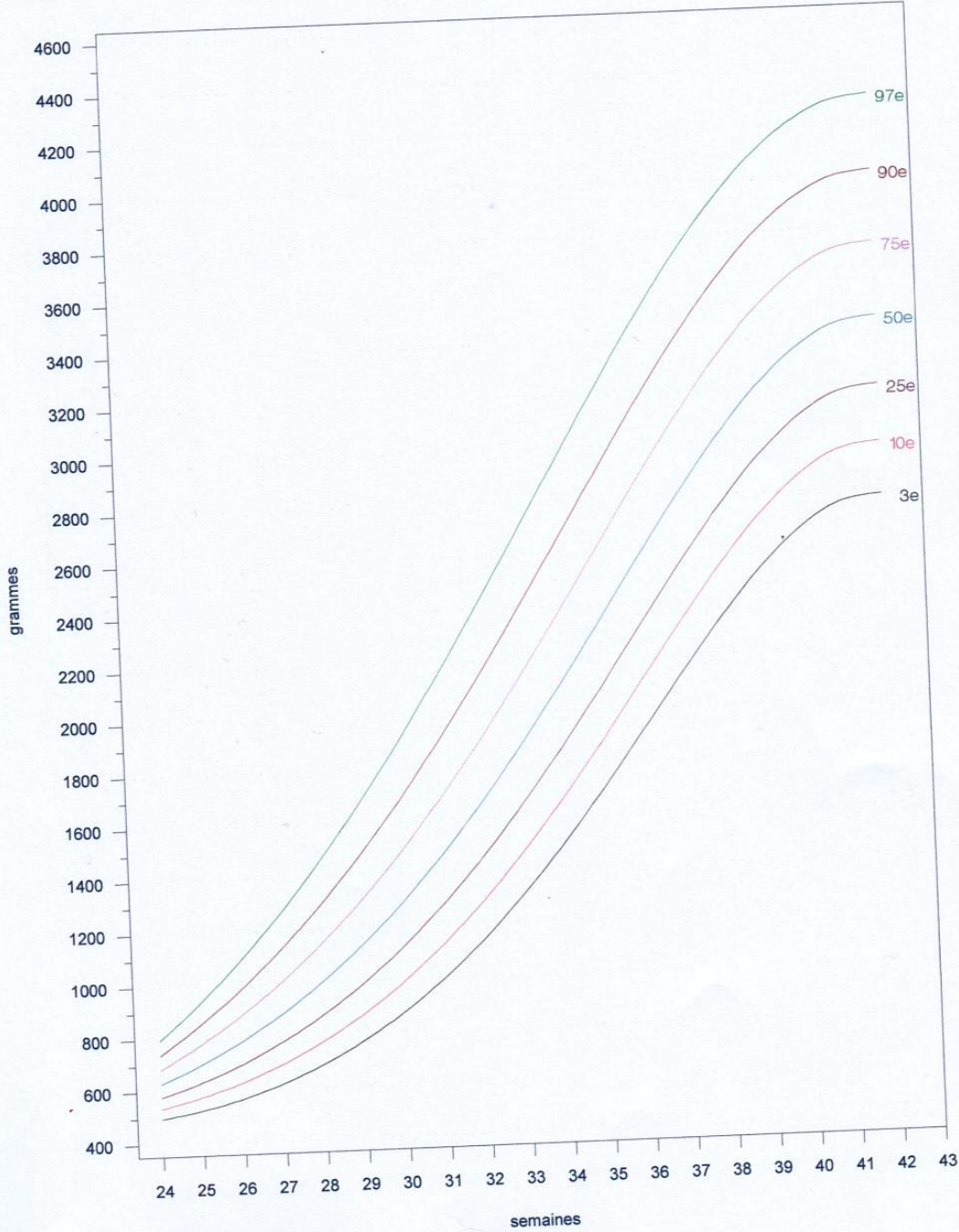
Annexe 8 : Recueil de données

- DPIO : Oui / Non
- Antécédents obstétricaux :
 - Gestité
 - Parité
 - Antécédent de terme dépassé
- Prélèvement vaginal du 9^e mois Streptocoque B positif : Oui/non
- Consultation de terme :
 - Date
 - Terme exact
 - Contractions utérines
 - Bishop avant geste
- Entre la consultation de terme et la mise en travail :
 - Consultations pour métrorragies
 - Consultations pour contractions utérines
- Travail :
 - Mise en travail : spontané / maturation / déclenchement / maturation + déclenchement
 - Date/heure/âge gestationnel à l'entrée en travail
 - Délai entre DPIO et entrée en travail
 - Rupture spontanée de la poche des eaux : heure/délai par rapport au geste
 - Couleur du liquide amniotique à la rupture
- Accouchement :
 - Mode : voie basse / instrument / césarienne
 - Si césarienne cause : fœtale / maternelle / obstétricale / mixte
 - Date / heure / âge gestationnel à l'accouchement
 - Durée du travail
 - Délai geste – accouchement
 - Hémorragie de la délivrance : oui / non
- Nouveau-né :
 - Apgar à 1 et 5 minutes
 - Ph
 - Lactates
 - Infection materno-fœtale

POIDS DES GARÇONS



POIDS DES FILLES



Annexe 10 : Score d'Apgar

Les critères	Les points		
	0	1	2
Le pouls	aucun	en dessous de 100	au dessus de 100
La réactivité	aucune	faible (grimace)	vigoureux (cri)
La coloration de la peau	pâle ou cyanosé (bleu)	corps rosé et extrémités bleues	entièrement rosé
Le tonus musculaire	aucun ou très peu	quelques mouvements au niveau des extrémités	activité importante
La respiration	aucune	faible ou irrégulière	bonne

RESUME

Décollement du pôle inférieur de l'œuf dans les grossesses prolongées :

Etude rétrospective cas-témoins au CHR Metz-Thionville hôpital Bel-Air

M. GRILLO

Ecole de sage-femme de Metz

Résumé

Introduction - La grossesse prolongée et le terme dépassé sont définis respectivement à partir de 41⁺⁰ SA et 42⁺⁰ SA. On sait que la morbi-mortalité périnatale est augmentée en cas de grossesse prolongée ainsi que la morbidité maternelle. Les recommandations françaises et internationales conseillent une surveillance rapprochée de la grossesse à partir de 41 SA ainsi que de proposer un déclenchement. Le décollement du pôle inférieur de l'œuf fait partie des méthodes de déclenchement pouvant être proposé aux patientes.

Méthode – Une étude rétrospective cas-témoin unicentrique par étude de dossier a été réalisée du 15 juin 2017 au 15 décembre 2017. 25 patientes ont été incluses dans le groupe décollement du pôle inférieur de l'œuf versus 30 dans le groupe témoin. Les résultats de l'étude ont été comparés avec la littérature.

Résultats – Le décollement des membranes n'a pas augmenté le taux de mise en travail spontané et n'a pas amélioré les caractéristiques cervicales. La morbidité materno-fœtale n'était pas augmentée par sa pratique ainsi que les effets indésirables.

Conclusion – La littérature elle conclut en une efficacité du décollement des membranes sur la mise en travail spontané. Les effets indésirables et la morbidité materno-fœtale n'étant pas augmentés, sa pratique à faible coût doit être incluse dans la stratégie de prise en charge des grossesses prolongées.

Mots clés : Grossesse prolongée – Décollement des membranes – déclenchement du travail – maturation cervicale – étude cas-témoins

Abstract

Introduction – The late term pregnancy and the post term pregnancy are defined respectively from 41 and 42 weeks of gestation. It's known that perinatal morbidity and mortality is increased in case of late term pregnancy as well as maternal morbidity. The French and international guidelines advise close monitoring of pregnancy from 41 weeks of gestation as well as propose an induction of labor. The membrane sweeping is one of methods for induction of labor can be proposed to pregnant women.

Methods – A retrospective case-control unicentric study by file study was carried out from June 15, 2017 to December 15, 2017. 25 patients were included in the group of sweeping membrane versus 30 in the control group. The results of the study were compared with the literature.

Results – The membrane sweeping did not increase spontaneous labor initiation rates and did not improve cervical features. The maternal-fetal morbidity and adverse effects were not increased by her practice.

Conclusion – The literature concludes in an efficiency of the membrane sweeping on the setting in spontaneous labor. Since adverse effects and maternal-fetal morbidity are not increased, its low-cost practice should be included in the strategy for the management of late term pregnancies.

Keywords : Late term pregnancies – Membrane sweeping – induction of labor – Cervical maturation – Case study