



RECOMMANDATIONS POUR L'ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE

JOURNEES PERINATALE
MAYOTTE 2018



5 AU 8 DÉCEMBRE 2017
LILLE

COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

Dr T. ABOSSOLO

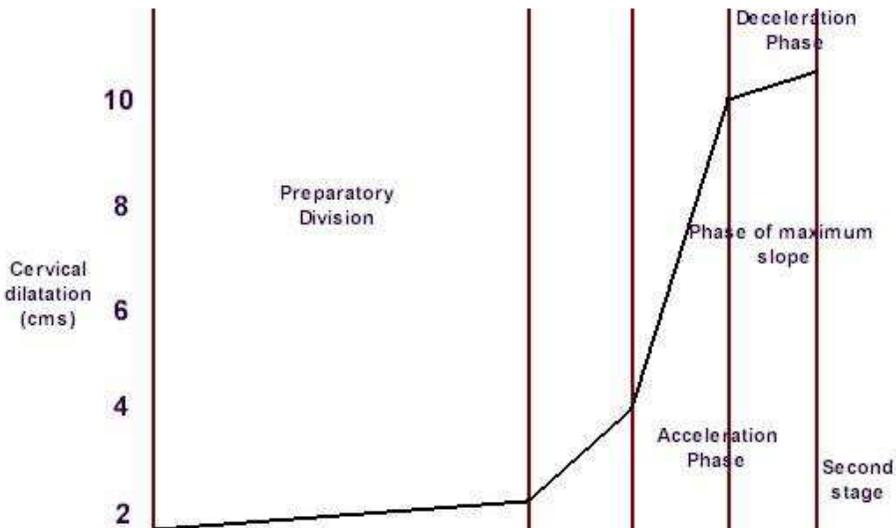
CHU Saint Denis La REUNION
Service : Pr P. VON THEOBALD



+ Surveillance du travail

ce que l'on faisait

Partogramme de Friedman 1954



DUREE DU TRAVAIL 8 à 12 H



- A jeun / pose d'une voie veineuse
- Partogramme
- TV / heure
- Pose d'un monitoring
- Péridurale
- RAM
- Ocytocine
- Rotation manuelle de la tête foetale
- Direction des efforts expulsifs

> 1 cm / 2H



Réflexion sur les modalités de prise en charge de l'accouchement physiologique

- Pertinence de notre suivi
- Consentement des patientes sur les actes réalisés

Les femmes devraient avoir le choix des soins qui leur sont prodigués (Department of Health 2007) et avoir accès aux données de la littérature sur la surveillance du travail (NCCWCH, 2007).

+ Recommandations CNGOF

Accompagnement de l'accouchement physiologique

Surveillance accouchement à bas risque

ACCOUCHEMENT PHYSIOLOGIQUE : déroulement spontané

Sont intégrés dans le concept d'accouchement physiologique

- La possibilité de recourir à une péridurale
- La mise en place d'une voie veineuse systématique
- L'administration préventive d'ocytocine (APO)

Laughon et al. 2012

- 1960 : 39491
- 2002-2008 : 98539
- Phase de latence plus longue + 2,6 h. pour nullipares et + 2 h. pour multipares
- Après ajustement sur les caractéristiques maternelles et la grossesse
- Point d'inflexion plus tardif, vers 6 cm

Zhang et al. 2010

- Vitesse de dilatation du col aux EU 2002-2008
- Plus lente que le partogramme de Friedman
- Surtout entre 4 et 6 cm. de dilatation
- Avec accélération de la phase active tardive vers 6 cm (quelque soit la parité)

STADE 1

STADE 2

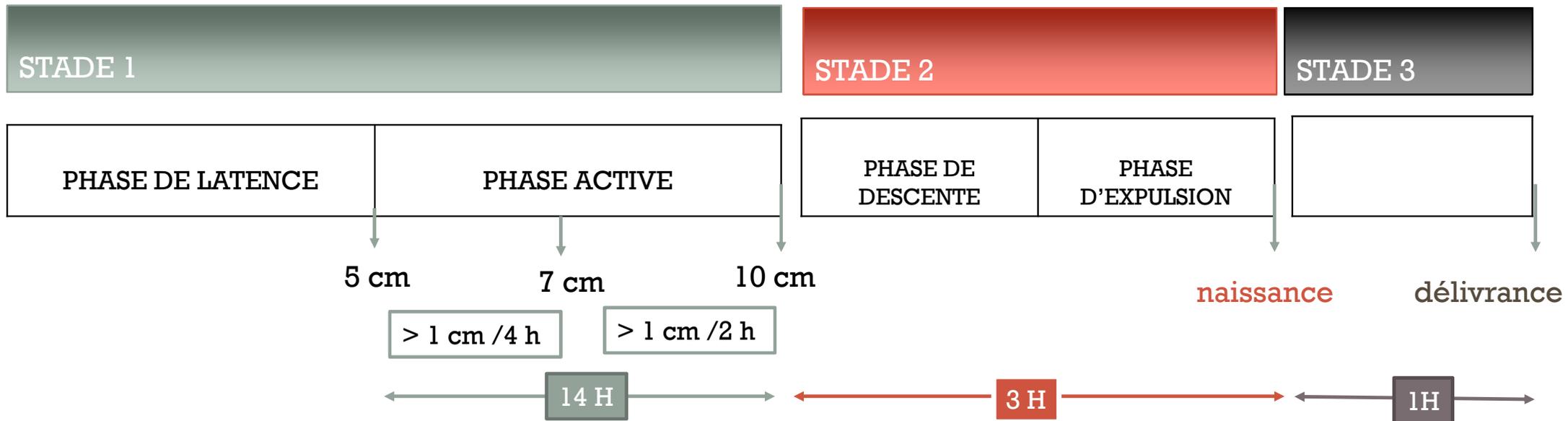
STADE 3

PHASE DE LATENCE

PHASE ACTIVE

PHASE DE DESCENTE

PHASE D'EXPULSION



1^{er} Stade

- La phase de latence s'étend jusqu'à 5-6 cm de dilatation. Pas d'intervention nécessaire .
- la phase active de travail ,

2^{ème} Stade

- Données de la littérature : pas de durée maximale
- **Augmentation de la morbidité maternelle au-delà de 3 h**

3^{ème} Stade

Délivrance réalisée avec un délai maximal de 1h

A jeun

Partogramme

TV / heure

Pose d'un monitoring

RAM

Oxytocine

Péridurale

Rotation manuelle de la tête foetale

Direction des efforts expulsifs

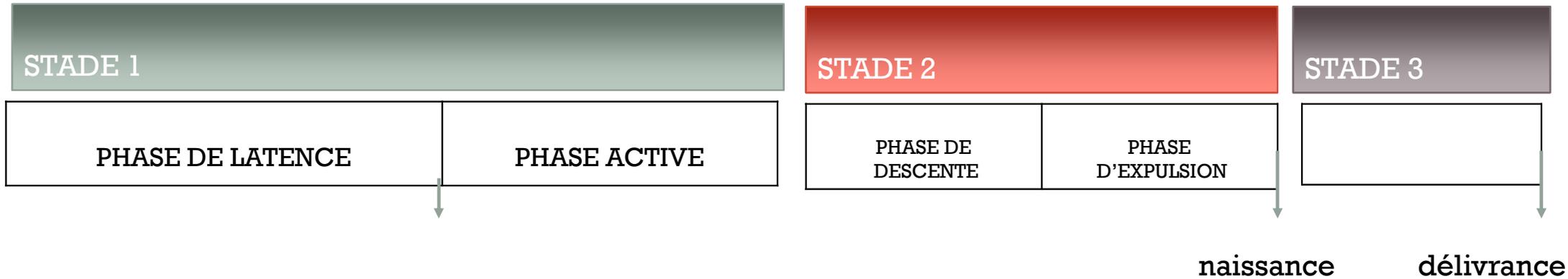
EVALUATION DES INTERVENTIONS MEDICAMENTEUSES ET TECHNIQUES

Ces interventions sont difficiles à évaluer en termes de bénéfice maternel et néonatal car les complications qui surviennent peuvent être la conséquence de l'intervention, mais aussi de l'anomalie qui l'a justifiée

Beaucoup de recommandations sont des avis d'expert ou présentent des niveaux de preuve faible



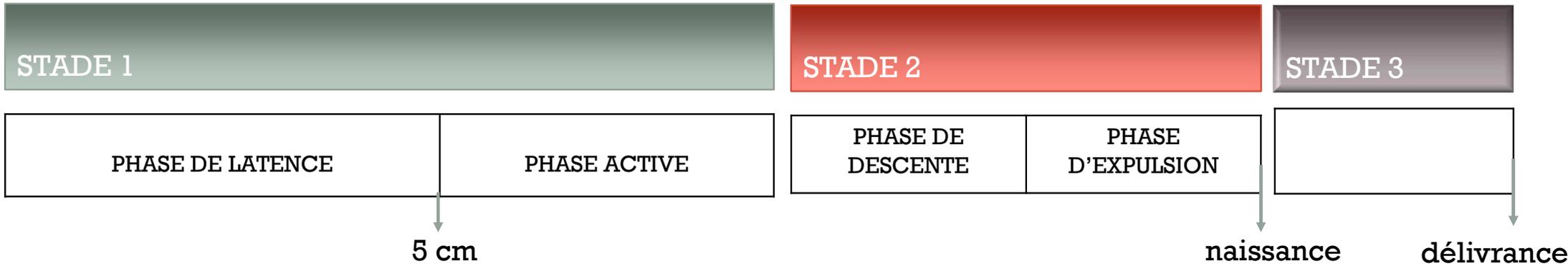
Rester à jeun .



La consommation de liquides clairs (eau , thé sans lait , café noir sucrés ou non, boisson gazeuse ou non , jus de fruits sans pulpe)
est autorisé pendant toute la durée du travail (y compris dans le post partum immédiat)
sans limitation de volume

chez les patientes ayant un faible risque anesthésique (grade B)

le Partogramme



Lavender et al , 2013 ,
Cochrane Library :

Concernant l'utilisation
de partogramme versus
pas de partogramme :

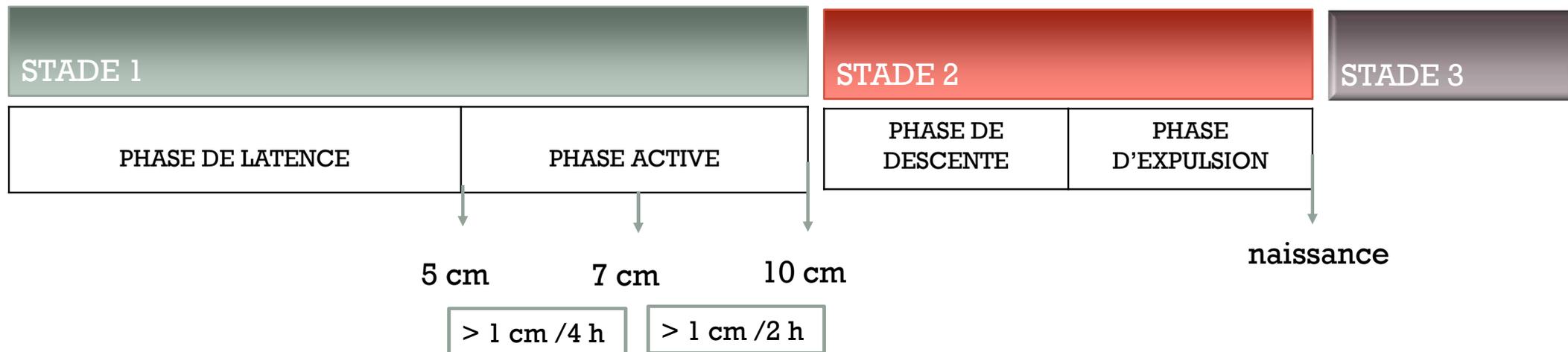
Aucune différence
significative sur les
principaux indicateurs

Reste recommandé pour
la traçabilité (AE)

A débuter au plus tard
au début de la phase
active

le Toucher Vaginal

Downe et al, 2013 , Cochrane Library : aucune différence sur les principaux indicateurs à multiplier les TV



Proposer un TV **toutes les 2 à 4h** , avant si la patiente le demande , ou en cas de signe d'appel (AE)

Proposer un TV **toutes les heures** (AE)

+ L'Oxytocine et la RAM

PAYS BAS	ROYAUME UNI	SUEDE	FRANCE
19%	23%	33%	64%

10

L' Oxytocine

Augmentation du risque d'anomalies du RCF

Augmentation du risque de césarienne

Augmentation du risque d'HDD

Satin 1992

- Augmente risque d'hyperstimulation utérine
- Expose les mères et les fœtus au risque d'hypoxie fœtale et de césarienne pendant le travail

Belghiti 2011

- (à partir de l'essai PITHAGORE 6)
Utilisation d'ocytocine au cours du travail :
Associée à une augmentation du risque d'HPP :
- effet dose-dépendant
 - sur-risque d'HPP grave même avec des doses modérées

Cochrane 2012 Wei : RAM + oxytocine
Intérêt de réaliser précocement une RAM associée à l'ocytocine, en dehors de toute stagnation ?

Réduction faible, mais significative du risque de césarienne : RR = 0,87

Diminution de la durée du temps de travail de 1,28 heures en moyenne (significatif) mais pertinence discutable

La RAM

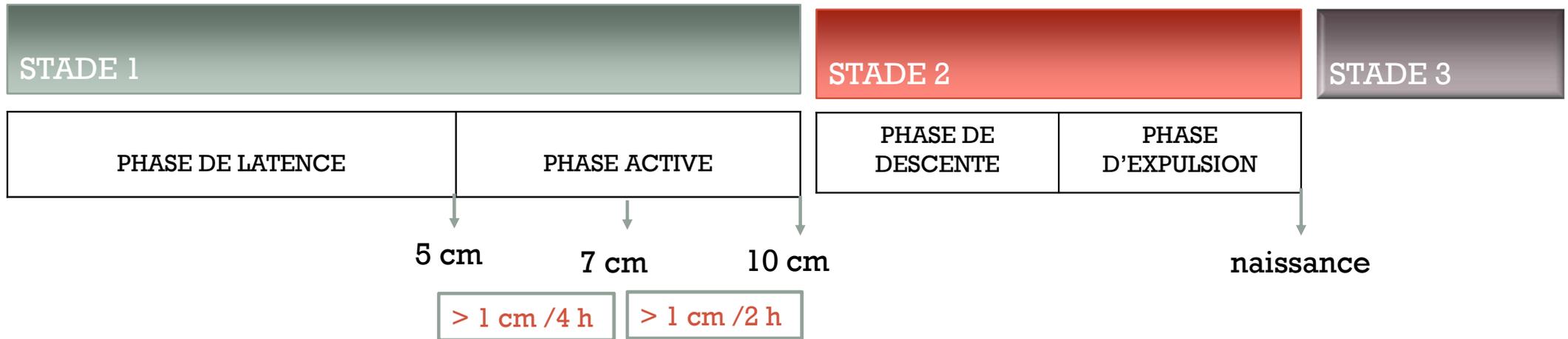
Ne raccourcit pas le temps de travail au premier stade

Cochrane 2013 Smyth : RAM

- Méta-analyse - 15 essais randomisés (5583 femmes)
RAM systématique versus conservation de la PDE au cours du travail
Durée du 1er stade non raccourcie
- dans RAM systématique :
 - différence moyenne - 20,43 min.

Risque de césarienne et score d'Apgar idem

L'oxytocine



En cas de progression insuffisante du travail,

- la seule intervention recommandée en première intention est la rupture de la poche des eaux.
- Après un délai d'une heure, si le travail n'a pas progressé, l'oxytocine est indiquée.

Ajuster les doses administrées de façon à rester efficace tout en minimisant les effets indésirables, qui sont proportionnels aux doses.

Ces nouvelles pratiques permettront

- un meilleur respect du rythme propre de l'accouchement,
- tout en réduisant les effets indésirables tels que les ARCF et les HDD.

L'enregistrement cardiocotocographique

12

STADE 1

STADE 2

STADE 3

PHASE DE LATENCE

PHASE ACTIVE

PHASE DE
DESCENTE

PHASE
D'EXPULSION



Monitoring RCF continu

VS

Auscultation intermittente



- Quelle surveillance proposée
- comment informer les patientes sur le choix possible
- A quelle rythme réaliser cette surveillance
- ...

+ Monitoring (RCF en continu) vs Auscultation intermittente

Plus d'extractions et de césariennes

Plus de convulsions

RCF en continu versus auscultation intermittente pour surveiller le travail a été réalisé

par
Mac Donald et al. en 1985

Thacker et al. 1995 ;
Supplee et Vezeau 1996 ;
Mongelli et al., 1997 ;
NICE - 2004 ;
Alfirevic et al., 2006

Méta analyse (Alfirevic et al 2013 mis à jour 2017) 13 essais portant sur plus de 37000 femmes , 2 seules études jugées de haute qualité

l' auscultation intermittente était aussi fiable que le RCF en continu pour détecter hypoxie fœtale chez les femmes à bas risque.

- **taux d' extractions instrumentales et de césariennes plus élevés lorsque le RCF continu était utilisé**
- **taux plus élevé de convulsions néonatales lorsque l'auscultation intermittente était utilisée, sans conséquence sur le devenir neurologique à long terme**

CTG continu vs AI

- **Réduction de 50% du taux de convulsions néonatales**
- **Augmentation du taux d'extraction et de césarienne**
- **Aucune différence dans les taux de paralysie cérébrale**
- **Aucune amélioration significative du taux global de mortalité périnatale**

+ Recommandations à l'admission sur le choix du type de surveillance du RCF : s'assurer être dans la filière physiologique



- De s'assurer que la femme a perçu des mouvements fœtaux dans les 24h avant l'admission (grade C)
- D'évaluer l'état initial du fœtus (AE)
 - Soit par AI durant une CU et immédiatement après , pendant au moins une minute (à répéter plusieurs fois de suite en cas de changement) en palpant le pouls maternel pour différencier les deux (grade C)
 - Soit à l'aide d'un enregistrement continu(pendant 20 mn)
- D'informer la patiente préalablement des bénéfices /risques de chaque technique
- En cas de diminution des MAF et/ou d'anomalie du RCF : sortie de la filière physiologique (AE)

L'enregistrement cardiococographique

STADE 1

PHASE DE LATENCE	PHASE ACTIVE
------------------	--------------

STADE 2

PHASE DE DESCENTE	PHASE D'EXPULSION
-------------------	-------------------

Monitoring RCF continu

ou

AI toutes les 15 mn pendant une CU et immédiatement une mn après et lors de la survenue de tout évènement (RPM, CU +intense ..)

- Vérification du pouls
- Traçabilité de cette surveillance(AE)

**SOUS RESERVE DES CONDITIONS ORGANISATIONNELLES :
UN PRATICIEN/FEMME**

Laisser le choix aux praticiens et aux femmes entre

AI toutes les 5 mn

Et

enregistrement continu

+ Auscultation intermittente

Le rythme cardiaque fœtal doit être noté à chaque fois qu'il a été enregistré.

Lorsque le pouls maternel a été enregistré, il doit également être consigné.

Une documentation précise du rythme cardiaque fœtal est essentielle, de préférence sous la forme d'un tableau

après une contraction, pendant une durée minimum de 60 s et au moins :

- toutes les 15 min pendant la première phase du travail ;
- toutes les 5 min pendant la seconde phase du travail

(NCCWCH 2007).



Débuter le RCF en continu dans les situations suivantes :

- si la femme le demande ;
- en présence de liquide amniotique méconial ;
- si le rythme cardiaque fœtal est inférieur à 110 bpm, ou supérieur à 160 bpm, ou s'il présente des décélérations, ou si l'on suspecte une baisse de variabilité ;
- en cas de fièvre maternelle ;
- en cas de métrorragies pendant le travail ;
- lorsqu'une perfusion d'ocytocine est nécessaire (déclenchement ou stagnation).

L'enregistrement cardiotocographique

Situations particulières



Administration d'ocytocine :

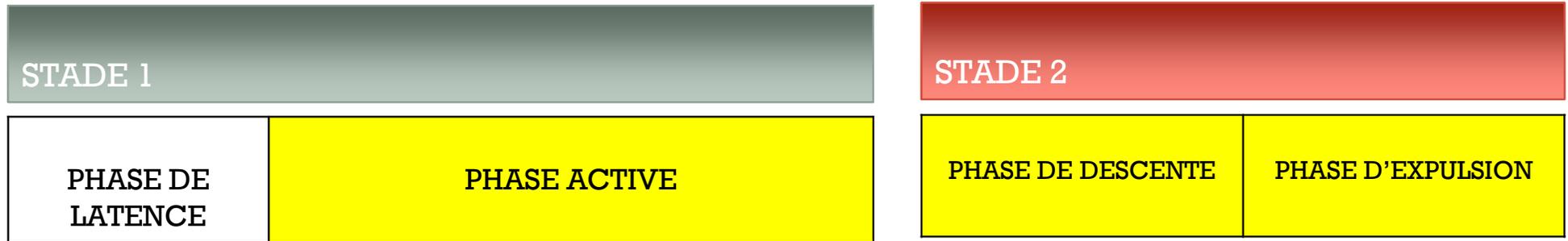
(recommandations CNSF 2016, CNGOF 2007)

La surveillance du RCF est recommandé (grade B) et, dans le contexte de l'organisation des soins en France , il est recommandé que **celle-ci soit continu (AP)**

Analgésie péridurale :

Il est recommandé de surveiller le **RCF de façon rapprochée** (toutes les 3 minutes) et durant les 20 mn qui suivent l'induction et après chaque bolus de plus de 10 ml (entretien) `

La péridurale



SUR DEMANDE DE LA PATIENTE – Doit être possible même si la patiente ne l'avait pas envisager

Quand démarrer

- **Il n'y a pas lieu d'exiger une dilatation minimale**
Possible dès l'admission en salle de naissance
La demande est guidée par l'intensité de la douleur ressentie (Grade A)

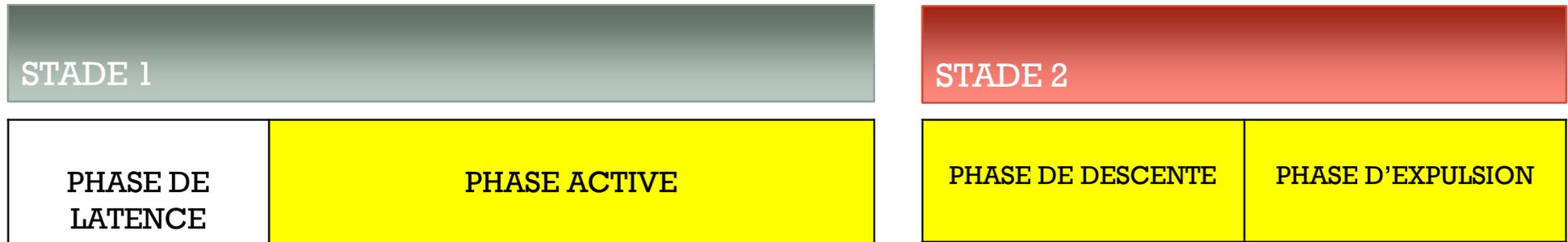
- Peut être proposée dans le post partum en cas de geste endo utérins (AE)
- Rachianalgésie faible dose peut être proposée si la dilatation est avancée(Grade C)

Choix de technique

- Il est recommandé de réaliser une **ALR faibles doses** qui respecte le vécu de l'accouchement (Grade A) . La patiente doit pouvoir se mobiliser
- L'auto administration par pompe est recommandée (grade A)

Il est recommandé de ne pas administrer de façon systématique et préventive des fluides ou des vasopresseurs du fait du simple fait de l'ALR (Grade A)

Alternatives non médicamenteuses analgésiques



Cochrane 2012 management for women in labour : an overview of systematic reviews :
aucune étude n'a prouvé l'efficacité de technique non médicamenteuse avec un NP élevé

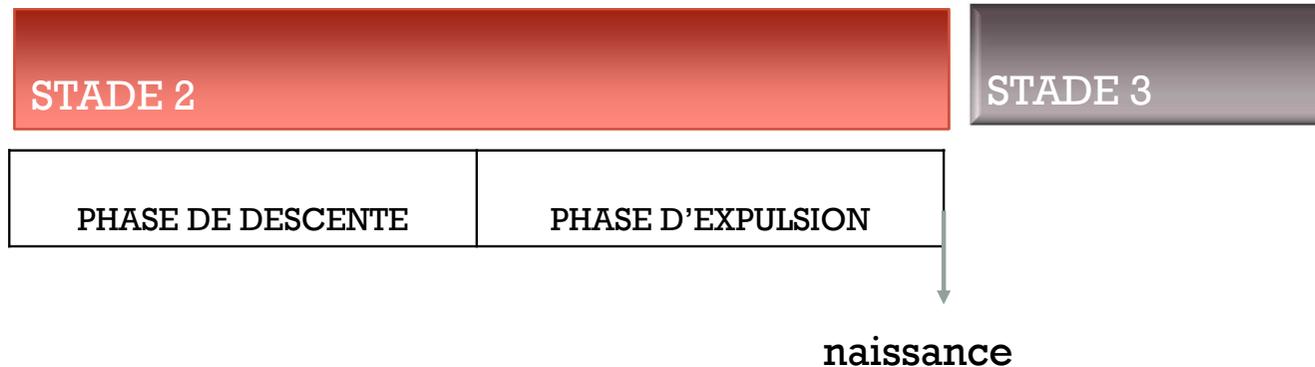
La plupart des interventions non médicamenteuses sont non invasives et ne semblent pas dangereuses pour la mère et pour l'enfant . Quelques preuves sont rapportées pour suggérer que

- l'immersion dans l'eau
- L'acupuncture
- Le massage
- La relaxation
- L'hypnose

Seraient bénéfique pour soulager la douleur pendant le travail

Importance de la mobilisation et du soutien continu (NP2)

Le 2^{ème} stade : Quand commencer les efforts expulsifs



➤ Morbidité au-delà de 3H

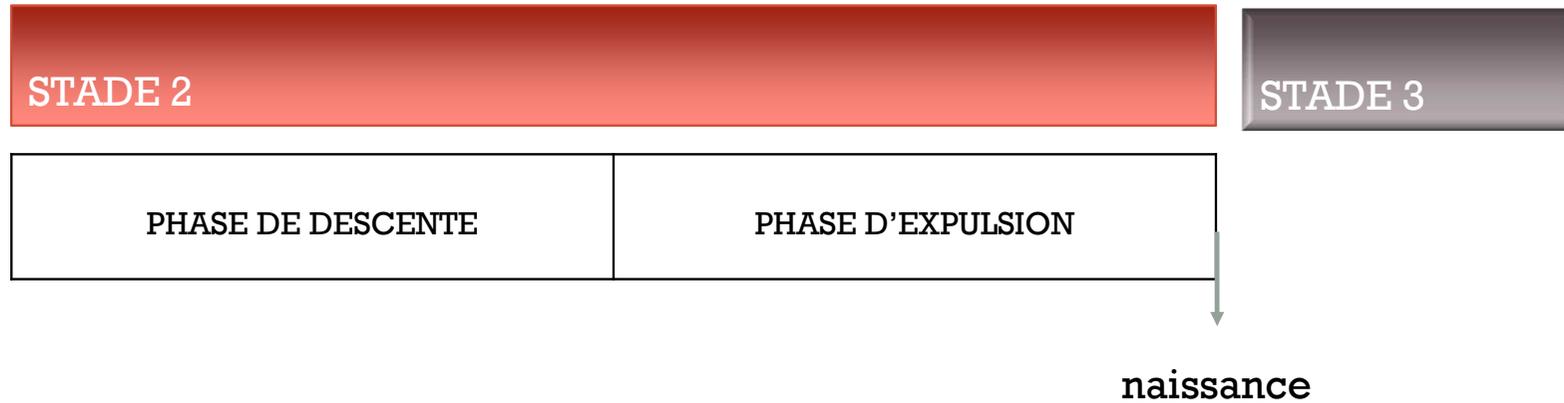


➤ Morbidité également lié aux interventions

Il est recommandé de ne pas débiter les EE dès l'identification d'une dilatation complète mais de **laisser descendre la présentation** (grade A)

Afin de diminuer la durée des EE et le taux de naissance opératoire , il est conseillé , si l'état maternel et foetal le permettent de débiter les EE **en cas d'envie impérieuse maternelle de pousser ou lorsque la présentation a atteint au moins le DM**

Le 2^{ème} stade : L'Oxytocine



Pas recommandée de manière systématique (grade B)

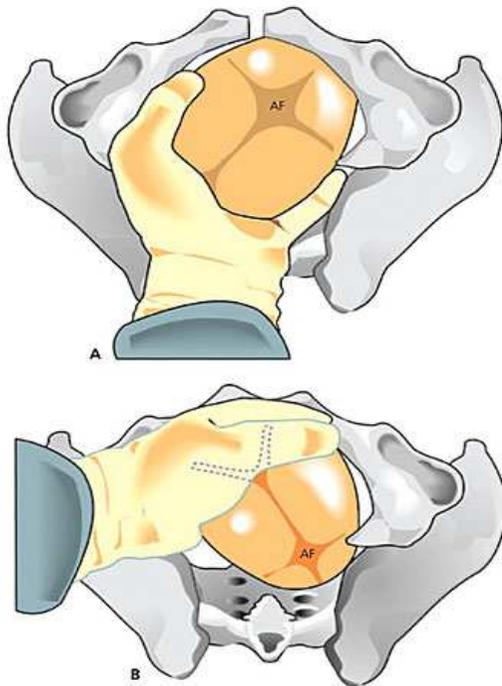
Recommandée en cas de dynamique insuffisante : Si au bout de 2h de DC , la patiente ne ressent pas l'envie de pousser et que la présentation n'a pas atteint le DM



Le 2^{ème} stade : La rotation manuelle de la tête foetale

Les variétés postérieures exposent à plus de complications maternelles en particulier à plus d'extraction instrumentale NP2

La RMTF de ces variété postérieures en antérieures pourrait réduire le nombre des extractions NP3



STADE 2		STADE 3
PHASE DE DESCENTE	PHASE D'EXPULSION	
<p>Pas d'argument pour le recommander systématiquement (AE) Option envisageable en cas de prolongation du stade 2 (AE)</p>		

L'utilisation systématique d'un échographe en salle de travail pour déterminer l'orientation n'est pas recommandé (grade B)

Le 2^{ème} stade : les postures maternelles

STADE 2

STADE 3

PHASE DE DESCENTE

PHASE D'EXPULSION

Postures verticales vs horizontales :

- Sans APD
 - Diminution
 - extractions instrumentales
 - épisiotomies
 - ARCF
 - Augmentation :
 - déchirures du 2nd degré
 - HDD
- Avec APD : pas d'influence démontrée

Décubitus latéral vs décubitus dorsal:
Facteurs protecteur de lésions périnéales

4 pattes vs décubitus dorsal :
Diminution et amélioration du confort

Des positions pour faciliter la naissance de votre bébé



Il n'existe pas de posture particulière ayant fait preuve de sa supériorité (NP2)

Il est recommandé d'encourager les femmes à adopter les postures qu'elles jugent les plus confortables (AE)

le 2^{ème} stade : l'épisiotomie



Il est recommandé de ne pas réaliser d'épisiotomie systématique, y compris chez la primipare et en cas de déchirure périnéale sévère (grade B)

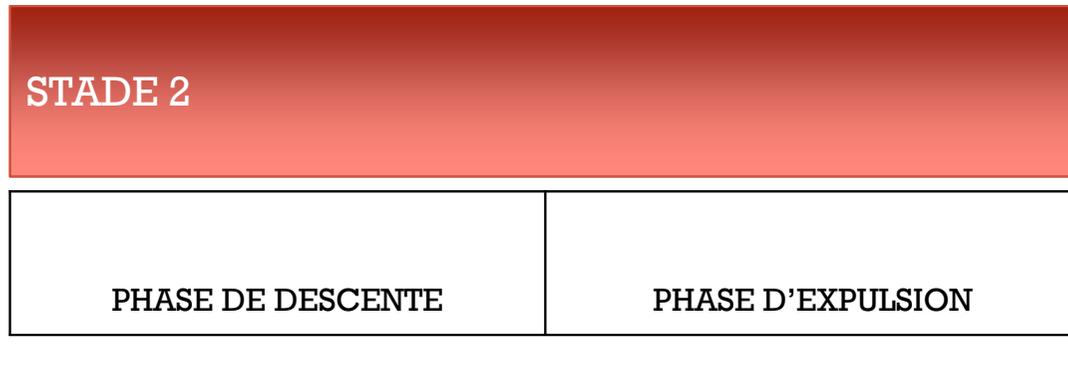
Aucune circonstance obstétricale spécifique (Anomalie du RCF ,fragilité périnéale ou une extraction instrumentale) ne justifie une épisiotomie systématique ,

mais dans toutes ces situations , une épisiotomie peut être judicieuse sur la base de l'expertise clinique de l'accoucheur (AE)

Si un épisiotomie est réalisée , elle doit être médio latérale et non médiane (grade A)



le 2^{ème} stade : l'accouchement



Pas de technique de poussée à recommander (grade B) .

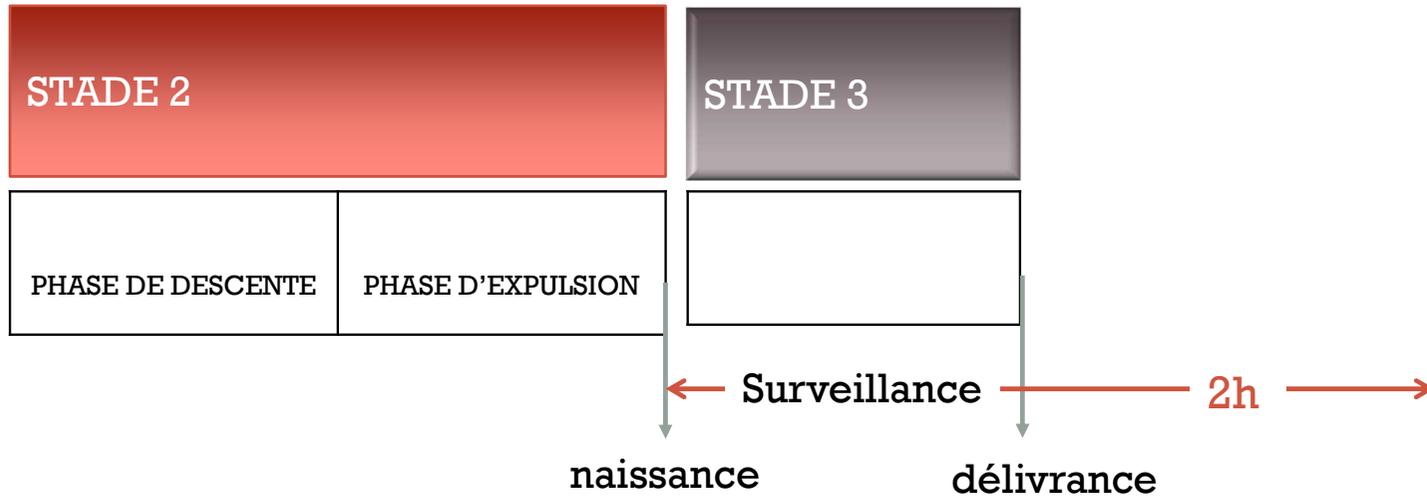
La femme doit pousser de la manière qui lui semble la plus efficace

Pas d'expression abdominale (grade B) :

- Augmente le taux de déchirure du 3^{ème} et 4^{ème} degré
- Vécu traumatisant pour les patientes

Hands on ou off : pas de données permettant de recommander une technique de dégagement de la tête foetale (grade C) ,
ni de pratiquer systématiquement la manœuvre de Ritgen pour protéger le périnée (grade B) ,
ni d'accompagner le mouvement de rotation de restitution de la tête foetale

le 3^{ème} stade : la surveillance



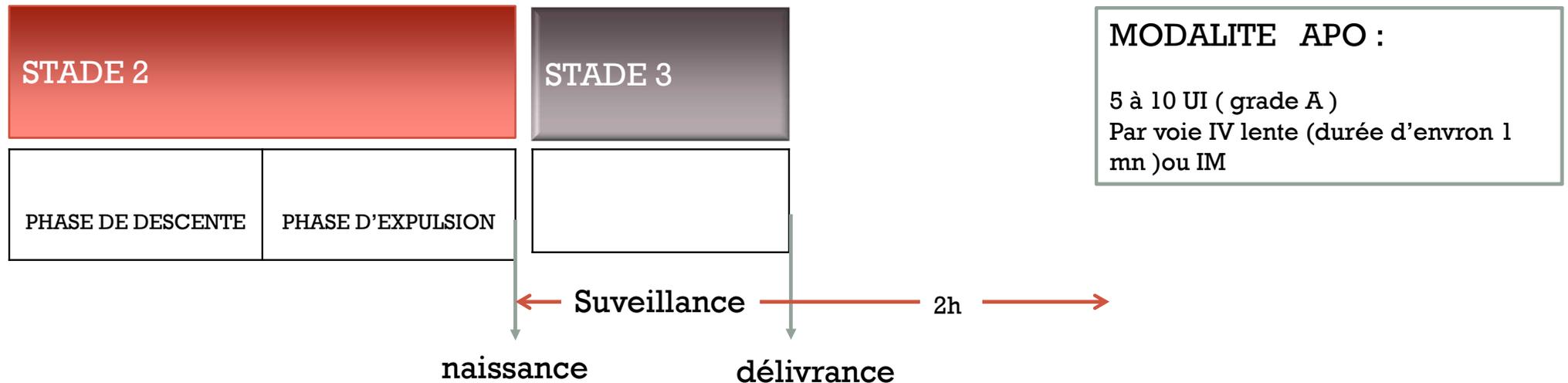
Surveillance rapprochée (pouls , tension , saignements , globe utérin)

- Pendant le 3^{ème} stade
- Et les 2h qui suivent

L'utilisation systématique d'un sac de recueil pour la quantification des pertes sanguines est laissée à l'appréciation des équipes en salle de naissance



le 3^{ème} stade : APO



L'administration préventive d'ocytocine (APO) est recommandée pour diminuer l'incidence des HPP (grade A) : diminue d'environ 50% le risque d'HPP (NP1)

Les autres utérotoniques ne sont pas recommandés si l'ocytocine est disponible

Le moment de l'injection (épaules ou après) n'influe pas significativement sur le risque d'HPP, ni sur le taux de rétention placentaire (NP2)

Si elle n'a pas pu se faire avant le délivrance , il est recommandé de la réaliser après (grade B)

STADE 3

Nouveau né en bonne santé

- Né à terme
- Son LA est clair
- Il respire ou pleure
- Il présente une bonne tonicité
- Son rythme cardiaque est supérieur à 100 bpm



1. Favoriser la mise en peau à peau dès la première minute avec un protocole de surveillance (grade B)
2. Retarder le clantage du cordon d'au moins 30 secondes(grade C)
3. Encourager et accompagner l'allaitement maternel et la 1^{ère} mise au sein dès que possible après l'accouchement (AE)
4. Il est recommandé de différer les soins post nataux de routine à >H1 (grade C)
5. Tout Nné doit bénéficier d'un premier examen réalisé par la sage femme , avec traçabilité écrite avant de quitter la salle de naissance (AE)

STADE 3

Nouveau ne en bonne santé

- Né à terme
- Son LA est clair
- Il respire ou pleure
- Il présente une bonne tonicité
- Son rythme cardiaque est supérieur à 100 bpm



ON NE LE FAIT PLUS SYSTEMATIQUEMENT

1. Il n'est pas recommandé de procéder systématiquement à l'aspiration de l'oropharynx ni des narines (AE)
2. En l'absence de signes évocateurs , il n'est pas recommandé de vérifier systématiquement la perméabilité de l'œsophage par la pratique du tes à la seringue



STOP A L'IMPUNITÉ DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES ET GYNÉCOLOGIQUES

POUR LE DROIT
A
L'ALLAITEMENT
ARTIFICIEL

MA
CESARIENNE
QUAND JE
VEUX

VOTRE BÉBÉ EST VIVANT,
QUEL EST LE PROBLÈME?

ON NE VEUT PAS DE
L'ACCOUCHEMENT
DE GRAND MAMAN

CESSEZ D'ÊTRE COMPLICITES

FAUT ARRÊTER
AVEC LES VO,
MOI, JE SAUVE DES VIES
TOUS LES JOURS!

ON EN A MARRE QU'ON
NOUS LAISSE SOUFFRIR
PENDANT DES HEURES

SANS NOUS,
VOUS SERIEZ
MORTES!

C'EST PAS
NOUS...

