

Le déclenchement du travail

Autor(en): **Quay, N. De / Vial, Y. / Grandi, P. De**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici**

Band (Jahr): **91 (1993)**

Heft 9

PDF erstellt am: **19.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-950888>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Le déclenchement du travail

N. de Quay, médecin-assistant – Y. Vial, chef de clinique, département de gynécologie-obstétrique
Professeur P. De Grandi, Professeur H. Bossart, CHUV – 1011 Lausanne

1. Introduction

Des signes de souffrance intra-utérine de même que la péjoration de l'état maternel en cours de grossesse peuvent parfois amener l'obstétricien à déclencher artificiellement le travail.

La plupart des provocations sont le fait de dépassement de terme ou de status après rupture prématurée des membranes (RPM) et d'oligoamnios (c.f. tableau 1).

2. Physiologie du début de travail

Les mécanismes précis du déclenchement du travail restent à l'heure actuelle encore mal connus. Les prostaglandines (PG) y jouent certainement un rôle fondamental.

Tableau 1

Indications de l'induction du travail
- Dépassement du terme plus de 42 semaines
- Rupture prématurée des membranes (oligoamnios) depuis plus de 24 heures
- Indications maternelles
- pré-éclampsie, gestose
- faux travail persistant
- maladies maternelles; tel le diabète...
- œdèmes gênants
- désir maternel
- Indications liées à l'enfant
- retard de croissance intra-utérin
- macrosomie
- incompatibilité rhésus
- CTG suspect/Manning moins de 6
- mort intra-utérine ou anomalies sévères

Remarque: Les raisons évoquées en caractères gras représentent 80% de nos indications

De nombreux facteurs les régulent: **Les œstrogènes** qui favorisent leur synthèse de même qu'ils augmentent l'excitabilité de la fibre musculaire. **La progestérone**, synthétisée principalement par le placenta, possède une action inhibitrice sur la contraction.

Il existe des **facteurs maternels** comme la distension des fibres musculaires de l'utérus augmentant leur propre excitabilité; où l'ocytocine libérée par l'hypophyse et jouant dans la contraction, par stimulation de récepteurs situés dans le myomètre, un rôle direct de première importance.

Il existe également des **facteurs fœtaux**, comme l'ACTH synthétisée par l'hypophysaire fœtal, jouant un rôle dans le déclenchement du travail.

Enfin certains **facteurs exogènes** comme:

- l'amniotomie
 - le décollement du pôle inférieur de l'œuf
 - une infection débutante
- augmentent la synthèse de PG, déclenchant ce processus contractile.

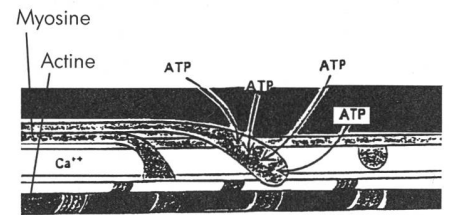
La physiologie de la mise en route de l'accouchement est complexe, de par son origine multifactorielle.

3. La contraction utérine

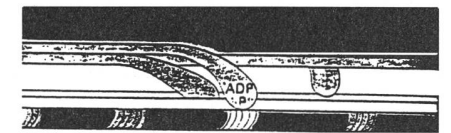
de la cellule musculaire à l'arbitrage fœtal

Le myomètre est formé de cellules musculaires lisses. Le mécanisme de la contraction s'explique par le glissement les uns par rapport aux autres des filaments **d'actine** et de **myosine**. Ce processus est intimement lié à la concentration intracellulaire de calcium et aux réserves énergétiques de la cellule (ATP) (Fig. 1).

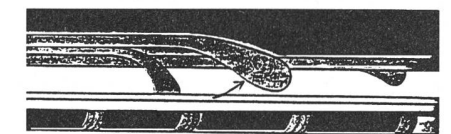
Les contractions utérines (CU) ressenties en cours de grossesse et celles qui caractérisent le **faux-travail** résultent de l'étéirement de la fibre musculaire d'où dépolarisation de la cellule musculaire (Fig. 2) et naissance de **CU non coordonnées, de faible intensité**. Par contre, au début du travail, la régularité des CU, leur intensité, est expliquée par l'augmenta-



- Les sites d'actine sont actifs par la présence de calcium



- La myosine est liée aux sites d'actine



- Libération actine - myosine

Fig. 1

tion des «ponts» intercellulaires appelés **«gap junctions»** (Fig. 3 & 4) qui permettent la transmission de la dépolarisation d'une cellule musculaire lisse de l'utérus à une autre.

L'augmentation du nombre de ces «gap junctions», en fin de grossesse, croît parallèlement à l'augmentation des prostaglandines.

Les membranes fœtales de même que la décidue sécrètent des prostaglandines au moment du **travail**, d'où une augmentation des «gap junctions», naissance de **contractions intenses** et début du travail.

Des études récentes révèlent l'existence d'une protéine: la **gravidine**, synthétisée par le fœtus durant le 1er et le 2e trimestres de la grossesse, est retrou-

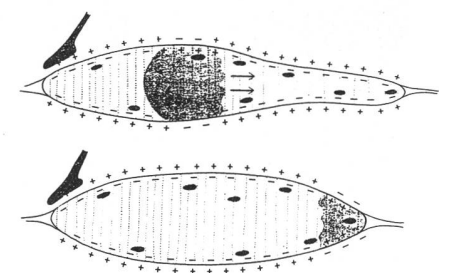


Fig. 2) Progression de l'onde de dépolarisation

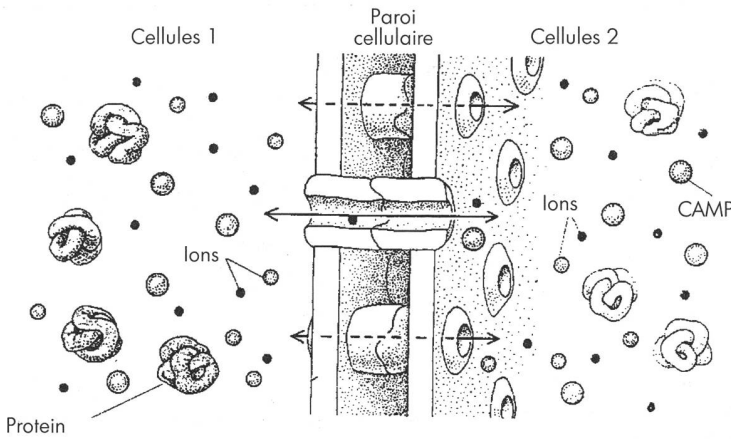


Fig. 3 & 4 Gap Junction

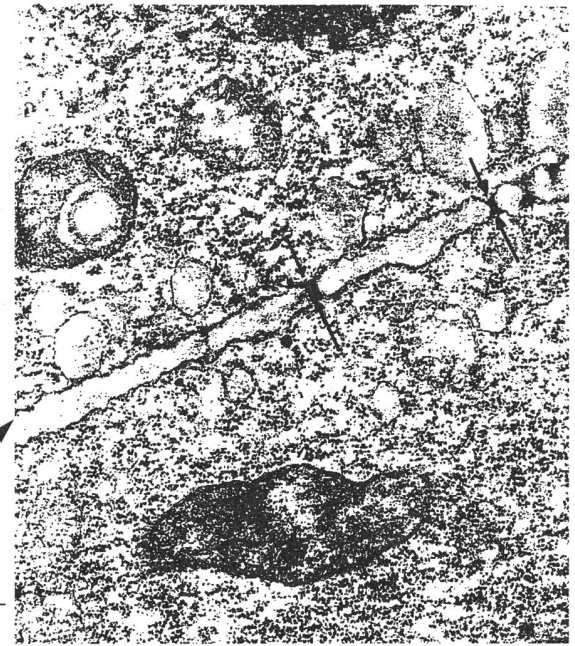


Fig. 4 Photographie microscope électronique x 19'000

vée dans le liquide amniotique. Par son action inhibitrice de la synthèse des prostaglandines, elle empêche l'apparition de contraction voire d'accouchement prématuré. Le fœtus joue donc un rôle dans le maintien de sa grossesse!

4. Possibilités d'induction

Divers modes de provocation sont proposés à l'obstétricien qui les choisira selon le status obstétrical. Celui-ci est évalué par le score de Bishop (c.f. tableau 2) dont la précision est subjective et dépend du toucher vaginal (Fig. 5). Un score de Bishop supérieur à 7 indique un col favorable pour une provocation et le risque d'échec d'induction du travail par ocytocine est très faible. Par contre, lorsque le score est inférieur à 7, le risque d'échec d'induction primaire par les ocytocines s'élève rapidement. Il faut alors proposer à la patiente une maturation préalable du col. Les moyens les plus couramment utilisés sont ceux faisant recours aux prostaglandines (PGE_2); ils nécessitent une asepsie rigoureuse, un monitoring cardio-tocographique et la pose préalable d'une perfusion permettant de maîtriser sans délai l'apparition d'une contraction utérine. Chaque équipe choisira son mode de tocolyse d'urgence. Nous employons une solution de Tocodrine de 20 mg dans 100 ml de glucose à 5% que nous faisons couler rapidement à 99 gouttes/min. Ces solutions préparées par notre pharmacie sont conservées au réfrigérateur pendant 6 semaines.

Tableau. 2 ETUDE DU COL PAR LE SCORE DE BISHOP

Score de Bishop	0	1	2	3
Dilatation en cm	0	1-2	3-4	5 ou +
Effacement	30%	40-50%	60-70%	80%
Descente	Haute, mobile - 3	-1 -2	0	+1 +2
Consistance	Ferme	Moyenne	Molle	
Position	Postérieure	Moyenne	Antérieure	

The diagrams show the cervix in three stages of dilation and effacement. The first diagram (score 0) shows a closed, firm cervix. The second diagram (score 1) shows a partially dilated and softened cervix. The third diagram (score 3) shows a fully dilated and effaced cervix. Below the diagrams is a table summarizing the data.

Score	0	1	3
0	0	1	3
0	0	1	2
0	0	1	2
0	0	0	1
0	0	4	11

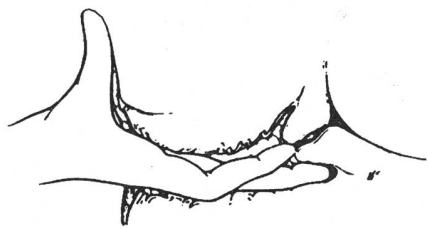


Fig. 5

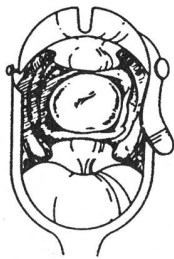


Fig. 6

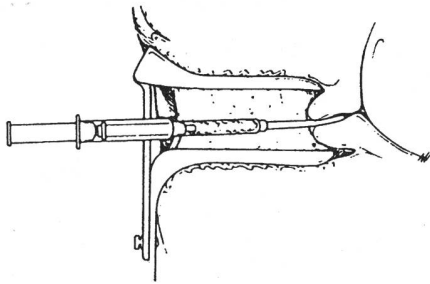


Fig. 7

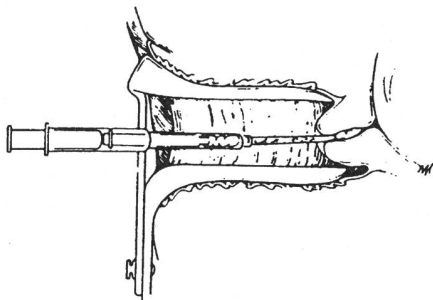
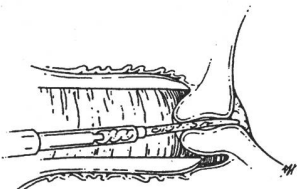


Fig. 8



Eviter
une application
extra-anniale
du gel
(celle-ci augmentant le risque
d'hyperstimulation myométriale).

Fig. 9

A. Les gels de PGE₂

Ils sont conservés au congélateur et nécessitent une phase de décongélation. Leur application se fait sous contrôle de la vue (Fig. 6). Le gel est introduit par l'intermédiaire d'un cathéter (Fig. 7 & 8) de manière strictement intracervicale (Fig. 7 & 8). L'application extra-anniale est à éviter (Fig. 9) car elle augmente le risque d'hyperstimulation du myomètre. Le dosage employé est de 0,5 mg de PGE₂ dilués dans 3 ml de gel. Cette application a montré son efficacité, sa sécurité, et sa très bonne tolérance tant maternelle que fœtale. Toutefois, il faudra respecter un délai de 6 heures entre chaque application afin d'éviter une hypertonie. Les rares cas d'hyperstimulation utérine doivent être immédiatement traités par un agent tocolytique et seront repérés par un enregistrement cardio-tocographique qui aura débuté 20 minutes avant la pose du gel et continué pendant 40 minutes après celle-ci.

B. Les ovules intra-vaginaux de PGE₂

Les manipulations nécessaires à la pose des ovules intra-vaginaux de PGE₂ (Prostin[®] E₂) sont nettement moins astreignantes que la pose du gel. En effet, il peut se mettre dans le cul-de-sac postérieur lors d'un toucher (Fig. 10). La résorption des ovules va favoriser une **action locale et systémique** des prostaglandines. Habituellement, la dose employée par ovule est de 3 mg de prostaglandines. La surveillance et le traitement des hypertonies est identique à celui pratiqué lors de la pose de gels de prostaglandines. L'application des prostaglandines en gel ou en ovules se fait à raison de 2 poses par 24 heures; lors de mort in utero les gels sont posés toutes les 2 heures jusqu'à induction de contractions. La place accordée aux prostaglandines ne dépasse pas 48 h de tentative. Dans les rares cas d'échec, nous recourons à une autre méthode d'induction par exemple: - rupture artificielle des membranes ou - perfusion de Syntocinon.

C. La rupture artificielle des membranes (RAM)

C'est la technique de choix lorsque le score de Bishop est favorable. Ses performances sont excellentes et il est rare

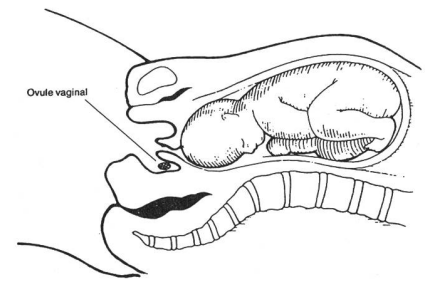


Fig. 10
Pose d'un ovule vaginal de PGE₂

d'assister à un échec de la provocation dans ces situations. Par contre, proposer une rupture artificielle des membranes sur un status obstétrical défavorable fait courir le risque d'une augmentation de la morbidité tant maternelle que fœtale. Techniquement, elle se fait sous contrôle de la vue. Lorsque la présentation est haute, à l'aide d'une aiguille qui permet un écoulement progressif du liquide amniotique soit par un amniouk (Fig. 11) si la présentation est fixée. Ces précautions sont nécessaires pour éviter une procidence du cordon. Il va sans dire qu'un placenta praevia est une contre-indication à la rupture des membranes (Fig. 12). Dans la littérature, de même que dans notre expérience personnelle, il n'est pas décrit d'augmentation de procidence du cordon dans les RAM/versus rupture prématurée (RPM) ou spontanée (RSM) des membranes

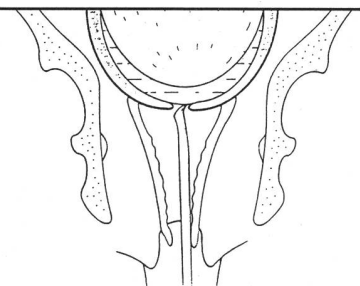


Fig. 11

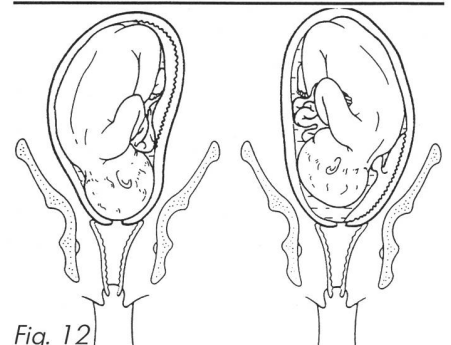


Fig. 12

D. La perfusion de syntocinon

C'est la méthode de référence pour la provocation sur **col favorable**, elle n'a aucune action directe sur la maturation du col. Elle reste notre technique de choix lors de provocations chez des patientes multipares avec col favorable. Nous l'employons également après échec de maturation cervicale (PGE₂), après 24 h de rupture des membranes et absence du début de travail. Il faut toutefois se souvenir qu'après l'emploi de prostaglandines, il ne faut pas introduire de perfusion de Syntocinon avant un délai de 4 heures.

Notre protocole d'induction est le suivant: préparer 10 U.I. de Syntocinon dans 1000 ml de glucose 5%, commencer par 10 gouttes/minute (20 gouttes = 1 ml) et augmenter graduellement la dose, 10 gouttes à un intervalle de 15 minutes.

E. Le décollement des membranes

Il consiste à décoller, lors d'un toucher, les membranes au niveau de l'orifice interne du col. Cette manoeuvre entraîne une sécrétion augmentée de prostaglandines, mécanisme de l'augmentation des contractions. Toutefois, aucune étude randomisée n'a prouvé son efficacité.

F. La sophrologie

La sophrologie est une science jeune, fondée en 1960 en Espagne, par le Prof. Alfonso CAYCEDO (neuropsychiatre colombien). On retrouve l'esprit de sa définition dans ces racines grecques:
 SOS : harmonie
 PHREN : esprit
 LOGOS : science

La grossesse modifie profondément la perception de l'image du schéma corporel de la femme. Toute lacune dans la connaissance de son corps est génératrice d'angoisses. Durant ces 9 mois, elle vit des émotions et des peurs inhabituelles. La sophropédagogie obstétricale (cours de préparation à la naissance) donnée par des sages-femmes et la sophrologue, permet à la parturiente de décoder sans angoisse son langage corporel et de démystifier les croyances erronées, pour parvenir à maîtriser le cercle «tension-douleur-peur». Nous utilisons des techniques de prise de conscience corporelle, *type Jacobson ou de Rivage*.

Dans le déclenchement du «travail», cette approche thérapeutique est associée aux techniques précitées (PGE₂, RAM...). Plus spécifiquement, le rôle de cette science est:

- de permettre à la future maman, grâce à l'apport de techniques de visualisation et d'anticipation, de vivre la provocation et l'accouchement à venir en les positivant: sophro-acceptation progressive.
- de stimuler par la pression des points spécifiques de la médecine traditionnelle chinoise associé à des exercices de relaxation, une dynamique utérine harmonieuse et mieux contrôlée.
- d'associer des exercices respiratoires dirigés afin d'offrir à la future maman la possibilité d'être énergique dans le calme (bonne utilisation de son énergie pour l'expulsion).

L'originalité de la sophrologie en obstétrique, c'est de conduire la femme vers son devenir, puisant l'énergie nécessaire en elle-même. Oser vivre pleinement sa maternité. Cette méthode est appliquée dans notre maternité depuis janvier 1993 par notre sophrologue agréé.

- «Madame Rosenmund-Ferrero, quelle est votre conclusion à ce trop bref survol de votre activité dans notre service d'obstétrique?»
 «Il y a une éducation physique à la joie, apprendre à se mettre en joie dans la détente heureuse de tout son corps et de son esprit, au lieu de se crispier dans une tension inquiète. Cette prise de conscience permet un heureux accouchement, non seulement sans crainte, mais dans la joie d'une mère consciente et prête pour l'accueil de son enfant qu'elle met elle-même au monde.»

G. «Breast electrostimulation»

Cette méthode non employée dans notre service a démontré son efficacité dans une étude menée à Jérusalem. Il s'agit d'une stimulation constante appliquée au niveau des mamelons. Leurs résultats sont excellents puisque 100% des patientes accouchent dans un délai de 2-13,5 h après RPM et 50% dans les 24 h en dehors des RPM. Elle nécessite un Bishop plus grand que 4.

- Il n'y a pas de problèmes d'allaitements futurs et la méthode est si bien tolérée que les patientes qui l'ont appliquée, désirent y recourir lors d'une prochaine grossesse.

Le mécanisme précis n'est pas clairement établi. La stimulation des nerfs transcutanés induirait des CU via la sécrétion d'ocytocine par la neurohypophyse.

5. Mécanismes d'action

a) Les prostaglandines

peuvent agir à deux niveaux, soit localement lors de l'application purement intracervicale ou de façon systémique, principalement lors de l'emploi d'ovules (Fig. 13). On pensait autrefois que le col utérin jouait un rôle passif dans l'accouchement, répondant par une dilatation et un effacement aux contractions utérines. On sait aujourd'hui qu'il subit un processus actif tant biochimique

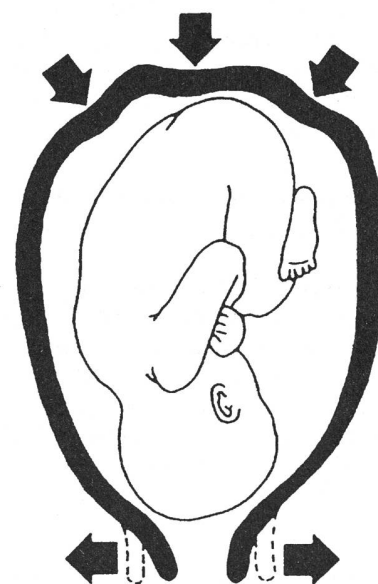


Fig. 13 Action d'un ovule de PGE₂;
 A: effet local
 B: effet systémique

qu'histologique. Les PGE₂ permettent la maturation du col en stimulant l'augmentation de la dégradation enzymatique du collagène et vont entraîner une augmentation de la synthèse de l'acide hyaluronique, créant un appel hydrique intracellulaire. Par ailleurs, elles stimulent la formation de «gap junctions» entraînant un accroissement de l'efficacité des contractions par une plus grande

coordination des différentes fibres musculaires. La sensibilisation de ces fibres est également augmentée suite à l'augmentation de la synthèse des récepteurs à l'ocytocine qu'elles stimulent: ceci expliquant la réponse plus forte à l'ocytocine après exposition aux PGE₂.

b) L'ocytocine

est un nonapeptide synthétisé par l'hypothalamus puis sécrété par l'hypophyse postérieure. Elle a une double action et l'on retrouve ses récepteurs dans le myomètre et la décidue. Les récepteurs myométriaux augmentent en nombre au cours de la grossesse et la réponse utérine à l'injection de Syntocinon est proportionnelle à leur nombre. Les récepteurs de la décidue augmentent pendant le travail avec un pic au moment de l'accouchement. Ils stimulent la formation de PGE₂ qui potentialisent l'effet des contractions en stimulant la formation de «gap junctions». Il faut rappeler que l'ocytocine est un agent purement utérotonique et agit donc uniquement sur le myomètre, il est donc nécessaire d'ajouter préalablement une préparation à base de prostaglandines dans des situations obstétricales défavorables.

La rupture artificielle des membranes

Comme déjà décrit, la rupture des membranes, voire leur décollement stimule la production endogène de prostaglandines ce qui aura comme résultat la sensibilisation du myomètre à l'ocytocine. Les contractions utérines deviendront efficaces et le travail s'instaurera plus facilement.

6. Les risques des déclenchements

L'hyperstimulation se définit comme un nombre de contractions supérieur à 7 en quinze minutes. Elle est surtout secondaire à l'emploi des ocytocines mais peut survenir également après application de gels de prostaglandines dans les 20 minutes à 6 heures après la pose. L'apparition d'hyperstimulation voire de contractures utérines nous a amenés à poser, préalablement à la provocation, une voie veineuse afin de pouvoir rapidement intervenir par l'injection de bêta-mimétiques.

Dans nos statistiques, on dénombre 7% d'hyperstimulation (plus fréquentes chez la multipare) et 1% de contractures. L'emploi de bêta-mimétiques est nécessaire dans moins de 5% de nos provocations.

Aucun effet néfaste n'a été démontré chez le nouveau-né, ni du point de vue de l'Apgar, ni du pH. Une surveillance attentive et l'emploi de tocolytique a permis d'éviter toute césarienne en urgence après provocation par PGE₂ dans les 18 derniers mois. Il faut quand même savoir que les PGE₂ stimulent également la musculature du tractus intestinal pouvant parfois mais rarement provoquer des vomissements ou des diarrhées. La prudence est de rigueur dans les antécédents d'asthme maternel.

7. Qu'en pensent les patientes?

Notre maternité voit cohabiter un mélange extraordinaire de cultures, de religions et de niveaux socio-économiques différents. Il est dès lors relativement difficile de juger objectivement l'impact des provocations chez nos patientes. Il existe toutefois un groupe de patientes en règle générale satisfaites par la décision de provocation. Il s'agit en effet de patientes en dépassement de terme, fatiguées, n'attendant plus que le moment de pouvoir accoucher et qui sont en règle générale facilement favorables à un déclenchement par prostaglandines. Par contre les patientes, qui pour des raisons fœtales, au cours d'une grossesse jusqu'alors harmonieuse, nécessitent une provocation prématurée ont beaucoup plus de mal à assumer cette irruption médicale dans le déroulement de leur grossesse.

Il est important de prendre le temps d'expliquer au couple la motivation de l'obstétricien, savoir employer des mots simples, des mots justes.

Il faut qu'ils aient bien compris notre but: donner les meilleures chances à l'enfant et à la mère.

Parfois, il est vrai, le moment est difficile, mais déclencher un travail ne se limite pas à mettre un gel de PGE₂, il s'agit d'accompagner une femme, un couple avec délicatesse dans cette période d'équilibre entre joie - angoisse - anxiété et douleur - tendresse - partage.

Cet équilibre se fragilise avec l'attente. Dans ces moments-là, comme dans toute hospitalisation, le rôle le plus important incombe à l'équipe soignante. C'est vous, sages-femmes, élèves sages-femmes, qui allez par votre disponibilité, votre patience, votre compétence et je dirais même votre tendresse, permettre à cette femme de traverser ces étapes avec force et confiance; de s'ouvrir à la joie, de s'épanouir dans sa maternité.

8. Résultats

Dans notre maternité du CHUV, durant l'année 1992, nous avons eu 1744 accouchements dont 294 (16%) suite à des provocations.

Le premier geste le plus fréquent dans l'initiation du déclenchement est la pose de prostaglandines 73%, puis la RAM 20% et enfin l'induction à l'ocytocine 7%.

Le pourcentage global de césariennes lors de provocations est identique à celui d'un déclenchement naturel.

9. Conclusion

L'emploi judicieux des différentes méthodes d'induction à l'accouchement démontre son efficacité et permet de limiter les risques de complications maternelles ou néonatales qui accompagnent certaines grossesses. Le couple doit être informé des raisons et des différentes étapes d'une provocation.

Les complications sont à connaître et à anticiper de la part de toute l'équipe obstétricale d'où la nécessité d'une formation continue efficace et d'une communication indispensable.

Toute provocation doit répondre à des indications strictes.

«Avoir un enfant doit rester la chose la plus naturelle au monde, d'où notre souci d'obstétricien de déclencher un travail ressemblant autant que possible au travail spontané.» □

**ASSF:
DES MEMBRES
INFORMÉES!**