

Zeitschrift: Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 117 (2019)
Heft: 7-8

Artikel: Déclenchement du travail à terme et après le terme
Autor: Boulvain, Michel / Chuzeville, Aurélie
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-948994>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Déclenchement du travail à terme et après le terme

Quels sont les risques liés au dépassement du terme et quels éléments doivent être pris en compte pour la décision du déclenchement d'un accouchement? Cet article établit une revue de littérature sélective consacrée au déclenchement du travail notamment en cas de dépassement de terme. Il propose ainsi une mise en perspective pour la pratique, et des éléments de réflexion à discuter avec les femmes enceintes et les couples.

TEXTE :

MICHEL BOULVAIN ET AURELIE CHUZEVILLE

Le pourcentage des grossesses pour lesquelles le travail d'accouchement est déclenché est variable d'une maternité à l'autre, important et en augmentation constante. Les méthodes pour déclencher le travail sont nombreuses et aboutissent dans la majorité des cas à des contractions et au travail d'accouchement. Leur efficacité et leur sécurité ont été étudiées dans de très nombreux (plus de 1000, généralement de petite taille d'échantillon) essais randomisés qui ont comparé les méthodes entre elles. Ces comparaisons ont permis d'établir des protocoles de déclenche-

ment du travail dans les différentes unités. Globalement, quand le col est défavorable, l'utilisation de prostaglandines (misoprostol ou dinoprostone) ou de moyens mécaniques (sonde de Foley) pendant 12 à 24 heures permet d'obtenir la maturation du col. Parfois, ces interventions sont suffisantes pour obtenir des contractions régulières et le travail d'accouchement. Le plus souvent une perfusion d'ocytocine est néanmoins nécessaire pour aboutir au travail. Quand le col est favorable, le déclenchement peut se faire par

placenta augmente. Ceci peut aboutir à une adaptation du fœtus, qui ralentit sa croissance et préserve ses organes essentiels (cœur et cerveau). C'est ce qui explique la diminution de la quantité de liquide amniotique qu'on observe souvent à terme et fait suspecter une altération du bien-être fœtal. Beaucoup de pathologies associées à la grossesse, telles que le diabète, l'hypertension ou le retard de croissance intra-utérin, aggravent ce déséquilibre, qui survient à un âge gestationnel plus précoce. Dans cette situation, un épisode aigu comme la compression transi-

toire du cordon ou des contractions, habituellement bien supporté si les réserves sont normales, peut aboutir à une anoxie et au décès. Cette issue est évidemment dramatique et très mal vécue car en théorie facilement évitable. L'enjeu important et l'efficacité des moyens pour déclencher le travail expliquent le recours fréquent à cette intervention.

Entre 4 et 6 % des grossesses continueraient au-delà de 42 semaines en l'absence d'intervention.

ment du travail dans les différentes unités. Globalement, quand le col est défavorable, l'utilisation de prostaglandines (misoprostol ou dinoprostone) ou de moyens mécaniques (sonde de Foley) pendant 12 à 24 heures permet d'obtenir la maturation du col. Parfois, ces interventions sont suffisantes pour obtenir des contractions régulières et le travail d'accouchement. Le plus souvent une perfusion d'ocytocine est néanmoins nécessaire pour aboutir au travail. Quand le col est favorable, le déclenchement peut se faire par

Enjeux du dépassement de terme

Entre 4 et 6 % des grossesses continueraient au-delà de 42 semaines en l'absence d'intervention. Ce pourcentage est peut-être un peu surévalué, étant donné qu'il s'agit d'études assez anciennes, avec une datation échographique moins systématique qu'actuellement. Au terme de la grossesse, les besoins du fœtus augmentent, tandis que la fonction du placenta diminue. Lors du dépassement du terme, le risque de déséquilibre entre les besoins du fœtus et les apports en oxygène via le

placenta augmente. Ceci peut aboutir à une adaptation du fœtus, qui ralentit sa croissance et préserve ses organes essentiels (cœur et cerveau). C'est ce qui explique la diminution de la quantité de liquide amniotique qu'on observe souvent à terme et fait suspecter une altération du bien-être fœtal. Beaucoup de pathologies associées à la grossesse, telles que le diabète, l'hypertension ou le retard de croissance intra-utérin, aggravent ce déséquilibre, qui survient à un âge gestationnel plus précoce. Dans cette situation, un épisode aigu comme la compression transi-

Quand intervenir?

Toute intervention pendant la grossesse, une situation à priori normale et ayant dans l'immense majorité des cas une issue favorable, est discutable. Par contre l'absence d'intervention est contestée, y compris par voie juridique, quand l'issue est défavorable. Comme les issues obstétricales sont difficiles à prévoir, il est nécessaire d'évaluer le pour et le contre dans chaque situation individuelle, en essayant de n'intervenir qu'à bon escient. La prise en charge du dépassement du terme est un exemple de cette balance délicate, incluant la bonne connaissance des données de la littérature, et les caractéristiques et facteurs de risque de la grossesse. Il faut

Déclenchement et risques d'issues défavorables

informer le couple du résultat de cette évaluation et tenir compte de leurs préférences dans la décision.

Est-ce que le déclenchement du travail augmente le risque de césarienne et d'autres issues défavorables? De nombreuses études d'observation ont montré que le déclenchement du travail est associé à un doublement du risque de césarienne (Boulvain *et al.*, 2001). Ces études comparent un groupe de femmes ayant un déclenchement du travail à un groupe témoin de femmes ayant débuté spontanément le travail. Malgré tous les efforts des auteurs pour ajuster l'effet des facteurs de confusion, cet excès de risque persiste. Ce risque augmenté n'est cependant pas valide, car les deux groupes ne sont pas comparables. Des facteurs non mesurables, ou non mesurés car inconnus, sont associés au fait de déclencher le travail et sont aussi des facteurs de risque de césarienne.

La seule façon de contrôler de manière complète les facteurs de confusion et d'obtenir des groupes comparables est la randomisation. Le hasard répartit les facteurs de risques connus et inconnus, mesurables et non mesurables de manière égale entre les groupes. Bien entendu, quand le nombre de femmes incluses est faible (moins de 100 participantes) le hasard peut produire des groupes légèrement déséquilibrés, mais sans biais systématique. Dans les essais randomisés comparant déclenchement du travail et attitude expectative dans plusieurs situations (terme ou post-terme, rupture prématurée des membranes, diabète, hypertension, retard de croissance intra-utérin [RCIU], macrosomie), le risque de césarienne n'est pas augmenté ou plus faible dans le groupe déclenché (Wood *et al.*, 2014).

Déclenchement du travail à terme ou après terme

La revue publiée dans la Cochrane Library inclut 30 essais randomisés (12 479 femmes) comparant un déclenchement du travail à terme à une attitude ex-

pectative (Middleton *et al.*, 2018). Ces études ont montré une diminution du risque d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes (RR 0,70, IC95% 0,50 à 0,98; 16 études, 9047 nouveau-nés) et de césarienne (RR 0,92, IC95% CI 0,85 à 0,99; 27 études, 11 738 femmes).

Les essais randomisés visant à évaluer le rapport risque/bénéfice à terme pourraient être divisés en deux groupes: après 41 semaines et avant 41 semaines de grossesse. Cette division est justifiée par le fait que l'issue qu'on craint le plus, la mortalité in-utéro, commence à augmenter significativement après 41 semaines.

Déclenchement du travail après 41 semaines

La majorité des essais randomisés mentionnés plus haut ont été conduits pour comparer le déclenchement du travail à une attitude expectative, en surveillant le bien-être fœtal, après 41 semaines. Le risque de décès intra-utérin était de 1/4217 vs 7/4191, soit une différence de risque d'approximativement 1 pour 1000. L'étude la plus importante en taille et en qualité est l'étude Post-Term canadienne (Hannah *et al.*, 1992), qui montre cette même différence de mortalité (2 cas dans le groupe «expectative», aucun dans le groupe «déclenché»). Dans cette étude, l'âge gestationnel moyen lors du déclenchement était de 41 semaines et 3 jours, ce qui a entraîné le choix de ce terme dans de nombreux hôpitaux. Les recommandations

suisse (gynécologie suisse SSGO, 2014) préconisent une surveillance du rythme cardiaque fœtal à partir de 40 semaines et un déclenchement du travail à 41 semaines («au plus tard à 41 semaines 3/7»).

Il est donc nécessaire de déclencher le travail chez 1000 femmes enceintes à 41 semaines pour éviter un décès intra-utérin. Cette information doit faire partie de la réflexion dans la prise en charge à partir de 41 semaines, mais doit être également présente à l'esprit en fin de grossesse (entre 39 et 41 semaines), surtout en cas de caractéristique maternelle défavorable (par exemple âge maternel supérieur à 40 ans, diabète, hypertension) ou de pathologie fœtale (par exemple RCIU) pouvant augmenter le risque d'une attitude expectative. Un essai randomisé, incluant 900 femmes par groupe, a comparé un déclenchement

Les essais randomisés visant à évaluer le rapport risque/bénéfice à terme pourraient être divisés en deux groupes: après 41 semaines et avant 41 semaines de grossesse.

à 41 semaines 0/7 à un déclenchement à 42 0/7 (Keulen *et al.*, 2019). La durée médiane d'expectative dans le groupe «42 semaines» était de 2 jours, la probabilité de travail spontané étant élevée après 41 semaines. Les auteurs ont rapporté un décès dans le groupe «41 semaines» *versus* deux dans le groupe «42 semaines», ce qui est en accord avec les estimations précédentes. Une étude beaucoup plus large (10 000 femmes) est en cours en Suède pour évaluer la même comparaison.

Déclenchement du travail avant 41 semaines

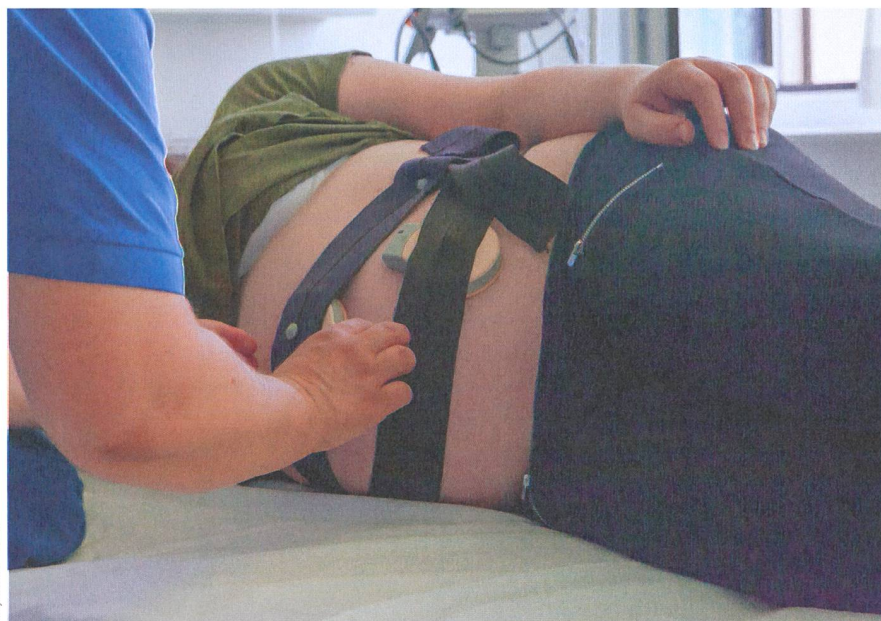
Plusieurs essais randomisés, incluant des femmes avant 41 semaines, avaient été conduits il y a plus de 30 ans et les prises en charge (surveillance) et le niveau de risque de mortalité intra-utérine étaient différents de ceux qu'on connaît aujourd'hui. Il est donc difficile d'inclure ces résultats dans la réflexion concernant la pratique actuelle. On retrouve néanmoins la mortalité de 1/1000 par semaine supplémentaire in utéro. Ces études ont montré aussi une augmentation du risque d'accouchement instrumenté dans le groupe déclenché et de la présence de liquide méconial en cas d'expectative.

Déclencher à 39 semaines?

Plus récemment, l'étude multicentrique ARRIVE incluant 3000 femmes par groupe a été réalisée aux Etats-Unis (Grobman *et al.*, 2018). Le but de cette étude était de déterminer si un accouchement déclenché sans raison médicale chez une primipare à 39 semaines était bénéfique et/ou comportait des risques. Les résultats ont provoqué un débat important. Le risque de morbidité périnatale (4,3% vs 5,4%; RR 0,80, IC95% 0,64 à 1,00) était un peu plus faible dans le groupe déclenché que dans le groupe «expectative». De plus, le risque de césarienne (18,6% vs 22,2%; RR 0,84, IC95% 0,76 à 0,93) était aussi réduit en cas de déclenchement. Les résultats de cette étude posent la question: faut-il déclencher le travail systématiquement à 39 semaines?

Interprétation de l'étude ARRIVE

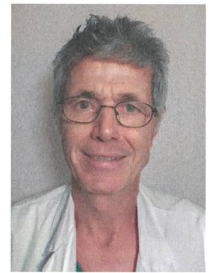
Cette étude permet d'éclairer la discussion avec le couple à propos du rapport risque/bénéfice d'une attitude expectative versus un déclenchement du travail après 39 se-



Antje Kroll-Witzer

L'objectif principal devrait être une mère et un nouveau-né en bonne santé après un accouchement aussi proche que possible des attentes du couple.

AUTEURS



Michel Boulvain,
Pr, médecin chef co-responsable, service
d'obstétrique, Groupement hospitalier
de l'ouest lémanique, site de Nyon,
Pôle Parents-Enfants.



Aurélie Chuzeville,
Dre, cheffe de Clinique, Groupement
hospitalier de l'ouest lémanique,
site de Nyon, Pôle Parents-Enfants.

maines. Sur un plateau de la balance on peut placer les résultats principaux de l'étude, mais il faut tenir compte d'une durée d'hospitalisation plus longue avant l'accouchement. Ceci ne veut pas dire que le travail soit plus long, de nombreuses études ayant montré une durée semblable du travail actif que le début soit spontané ou déclenché. Ceci est dû au délai avant d'obtenir un col favorable et des contractions régulières en cas de déclenchement artificiel du travail. Il est aussi important de tenir compte des préférences du couple, certains voulant à tout prix éviter un déclenchement artificiel du travail, d'autres préférant un déclenchement dès que possible.

Qu'en est-il des méthodes alternatives de déclenchement?

Pour éviter un déclenchement par des méthodes «médicales», plusieurs interventions ont été proposées. Le décollement des membranes réduit le risque de devoir utiliser d'autres moyens de déclenchement (22 % vs 36 %; RR 0,60, IC95 % 0,51 à 0,71), mais est ressenti comme douloureux par les femmes, et peut entraîner des pertes de sang et un faux début du travail (Boulvain *et al.*, 2005). Les essais randomisés (22 études, 3456 femmes) évaluant différentes formes d'acupuncture n'ont pas mis en évidence de bénéfice à ces techniques (Smith *et al.*, 2017). L'huile de ricin (*castor oil* en anglais) ou d'onagre sont des précurseurs de prostaglandines utilisés depuis l'antiquité pour la stimulation des muscles lisses, y compris le muscle utérin. Des préparations artisanales sont utilisées pour le déclenchement du travail, souvent avec une surveillance limitée. Les essais randomisés qui ont été menés ne mettent pas en évidence un bénéfice, par contre une augmentation, non significative statistiquement, du risque de césarienne et de

liquide méconial était rapportée (Kelly *et al.*, 2013). Les autres méthodes (rapports sexuels, tisanes, homéopathie, nettoyage des vitres, etc.) n'ont pas, ou peu, été étudiés de manière valide (Lim *et al.*, 2013).

Décision partagée

La prise en charge de la fin de la grossesse est délicate, il faut à la fois répondre aux souhaits des futurs parents, tout en assurant une issue périnatale favorable et en intervenant le moins possible. C'est un exemple de décision partagée pour tenter d'aboutir à l'objectif principal qui devrait être une mère et un nouveau-né en bonne santé après un accouchement aussi proche que possible des attentes du couple. ☉

Cet article est tiré de l'exposé du Pr Michel Boulvain lors du Congrès suisse des sages-femmes du 23 mai.

Références

- Boulvain, M., Marcoux, S., Bureau, M., Fortier, M. & Fraser, W. (2001) Risks of induction of labour in uncomplicated term pregnancies. *Paediatr Perinat Epidemiol*; 15:131-8.
- Boulvain, M., Stan, C. & Irion, O. (2005) Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*; CD000451.
- Grobman, W. A., Rice, M. M., Reddy, U. M., Tita A. T. N., Silver, R. M., Mallett, G., Hill, K., Thom, E. A., El-Sayed, Y. Y., Perez-Delboy, A., Rouse, D. J., Saade, G. R., Boggess, K. A., Chauhan, S. P., Iams J. D., Chien, E. K., Casey, B. M., Gibbs, R. S., Srinivas, S. K., Swamy, G. K., Simhan, H. N. & Macones, G. A. (2018) Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *NEJM*; 379:513-523. doi:10.1056/NEJMoa1800566.
- Gynécologie suisse SSGO (2014) Directive clinique: Prise en charge de la grossesse prolongée et du terme dépassé (en cours d'actualisation). www.sggg.ch
- Hannah, M. E., Hannah, W. J., Hellmann, J., Hewson, S., Milner, R. & Willan, A. (1992) Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group. *N Engl J Med*; 326:1587-92.
- Kelly, A. J., Kavanagh, J. & Thomas, J. (2013) Castor oil, bath and/or enema for cervical priming and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*; CD003099.
- Keulen, J. K., Bruinsma, A., Kortekaas, J. C., van Dillen, J., Bossuyt, P. M., Oudijk M. A., Duijnhoven, R. G., van Kaam, A. H., Vandenbussche, F. P., van der Post, J. A., Mol, B. W. & de Miranda, E. (2019) Induction of labour at 41 weeks versus expectant management until 42 weeks (INDEX): multicentre, randomised non-inferiority trial. *BMJ*; 364:l344.
- Lim, C. E., Ng, R. W. & Xu, K. (2013) Non-hormonal methods for induction of labour. *Curr Opin Obstet Gynecol*; 25:441-7.
- Middleton, P., Shepherd, E. & Crowther, C. A. (2018) Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev*; CD004945.
- Smith, C. A., Armour, M. & Dahlen, H. G. (2017) Acupuncture or acupressure for induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev*. 10:CD002962.
- Wood, S., Cooper, S. & Ross, S. (2014) Does induction of labour increase the risk of caesarean section? A systematic review and meta-analysis of trials in women with intact membranes. *BJOG*; 121:674-85.