

# Grossesse prolongée : Expectative VS Déclenchement systématique

Pr Ag Bechir Zouaoui



**Gynazur 26-28 juin 2019**

# INTRODUCTION

---

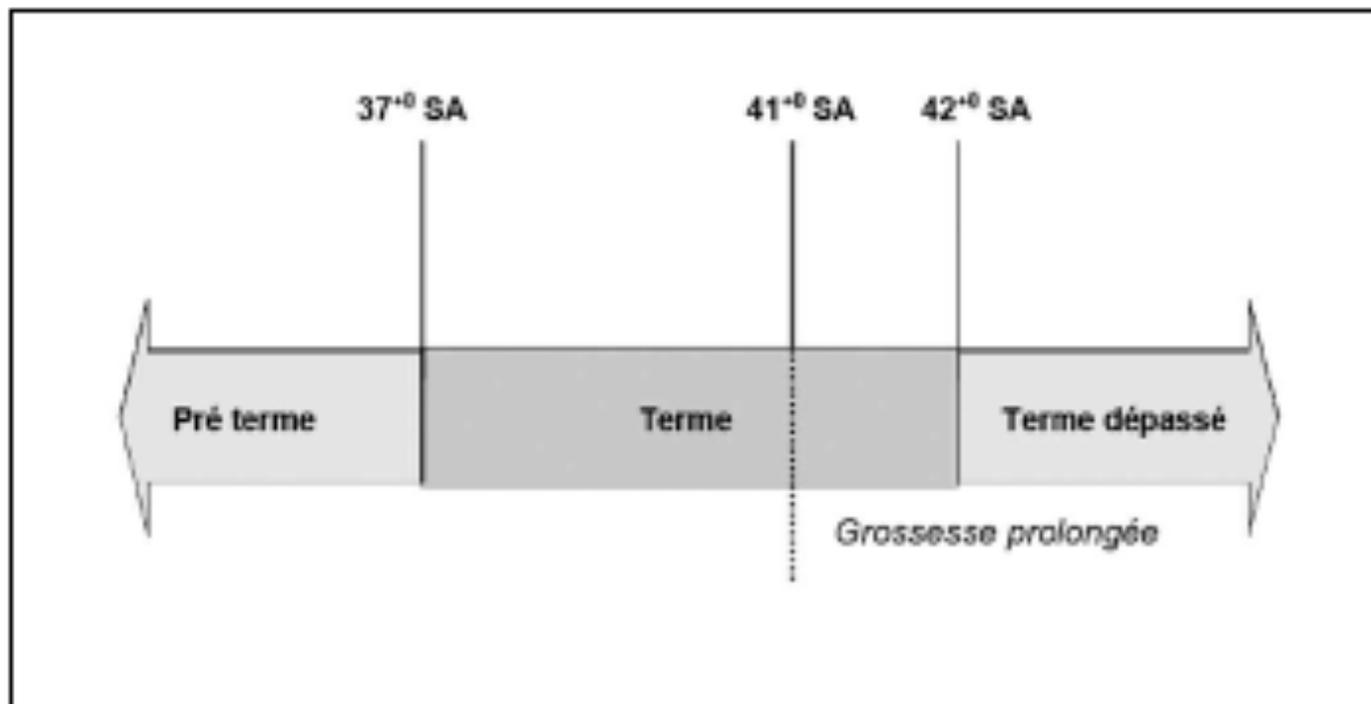
Recommandations  
pour la pratique clinique

Grossesse prolongée et terme  
dépassé  
*Prolonged and postdates  
pregnancies*

Élaborées par le Collège national des gynécologues  
et obstétriciens français



Par convention et de façon arbitraire, il est établi que la grossesse est dite « prolongée » au-delà de  $41^{+0}$  SA, mais que le terme n'est dit « dépassé » qu'à partir de  $42^{+0}$  SA (accord professionnel).



## *Situation*

*fréquente en obstétrique  
(15 à 20 % des grossesses  $\geq$  41 SA)*

*Progressivement angoissante  
pour la future mère mais  
aussi pour l'obstétricien*



Grossesse prolongée → augmentation:

- Mortalité périnatale X 2 (37-41SA)  
X 3 (41-42A)  
X 6 > 42SA

- et de la morbidité foétale

- Diminution du liquide amniotique, ARCF, émission méconiale in utéro

- Complications néonatales (syndrome d'inhalation méconiale, souffrance néonatale, macrosomie, accouchement dystocique et admission en USI..).

- Complications maternelles

(césariennes, DVP, hémorragies, infections.)

→ une prise en charge adéquate

**Recommandations  
pour la pratique clinique**

**Grossesse prolongée et terme  
dépassé  
*Prolonged and postdates  
pregnancies***

Élaborées par le Collège national des gynécologues  
et obstétriciens français

**Publié le 7 décembre 2011**

# Pour le déclenchement à 41 SA

---



# Pour le déclenchement à 41 SA

- Les équipes qui prônent une attitude active à 41SA visent à éviter les complications de la prolongation de la grossesse.



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

# Complications fœtales et néonatales des grossesses prolongées<sup>☆</sup>

Fetal and neonatal complications related to prolonged pregnancy

**A.A. Chantry<sup>a,b</sup>, E. Lopez<sup>c,\*</sup>**

<sup>a</sup> Inserm, UMR 953, recherche épidémiologique en santé périnatale, santé des femmes et des enfants, 75020 Paris, France

<sup>b</sup> UPMC, université Paris-6, 75006 Paris, France

<sup>c</sup> Service de médecine néonatale de Port-Royal, Hôtel-Dieu, groupe hospitalier Cochin-Broca, AP-HP, 123, boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France

Disponible sur Internet le 11 février 2012

*Résultats.* – Le fœtus issu d'une grossesse prolongée ( $\geq 41^{+0}$  SA) présente une augmentation du risque de morbidité comme la macrosomie (poids de naissance  $> 4000$  g)

l'oligoamnios décrit dans près de 10 à 15% des cas, qui s'accompagne lui-même d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) et d'émission méconiale in utero.

La fréquence des décès fœtaux à partir de  $42^{+0}$  SA est estimée entre 1,6 et 3,0 pour 1000 naissances vivantes selon les pays.

Le nouveau-né post-terme (âge gestationnel  $\geq 42^{+0}$  SA) comparé au nouveau-né à terme présente une augmentation du risque de pH artériel au cordon bas, de score d'Apgar inférieur à 7 à cinq minutes ou d'admissions en unité de soins intensifs néonatales et du risque d'asphyxie périnatale. Le nouveau-né post-terme présente un risque majoré de complications neurologiques (convulsions néonatales, encéphalopathie anoxo-ischémique, infirmité motrice cérébrale, troubles du développement psychomoteur et



**BJOG**

An International Journal of  
Obstetrics and Gynaecology

DOI: 10.1111/j.1471-0528.2008.02065.x  
[www.blackwellpublishing.com/bjog](http://www.blackwellpublishing.com/bjog)

Systematic review

## Indications for induction of labour: a best-evidence review

E Mozurkewich,<sup>a</sup> J Chilimigras,<sup>a</sup> E Koepke,<sup>a</sup> K Keeton,<sup>a</sup> VJ King<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Division of Maternal-Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA

<sup>b</sup> Department of Family Medicine, Oregon Health and Science University, Portland, OR, USA

Correspondence: Dr E Mozurkewich, F4835, PO Box 0264, Mott Hospital, 1500 E. Medical Center Drive, Ann Arbor, MI 48109-0264, USA.  
Email [mozurk@umich.edu](mailto:mozurk@umich.edu)

Accepted 2 November 2008. Published Online 4 February 2009.

- Le déclenchement systématique du travail à 41 SA réduit la mortalité périnatale et le syndrome d'inhalation méconiale sans augmentation du taux de césariennes par rapport au suivi sans déclenchement au-delà de 43 SA .

**Europe PMC Funders Group**

**Author Manuscript**

**Cochrane Database Syst Rev. Author manuscript; available in PMC 2014 June 22.**

Published in final edited form as:

*Cochrane Database Syst Rev.* ; 6: CD004945. doi:10.1002/14651858.CD004945.pub3.

## **Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term**

**A Metin Gülmezoglu<sup>1</sup>, Caroline A Crowther<sup>2</sup>, Philippa Middleton<sup>2</sup>, and Emer Heatley<sup>2</sup>**

**Main results—We included 22 trials reporting on 9383 women.**

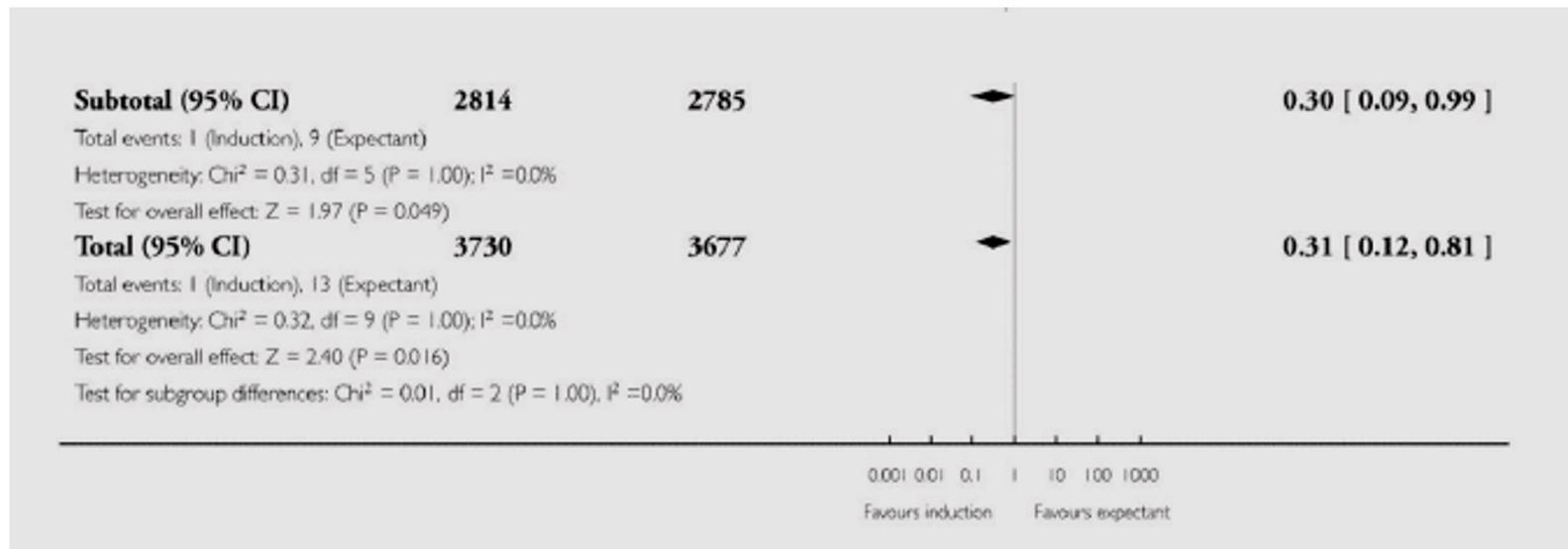
## Analysis 1.1

### Comparison 1 Labour induction versus expectant management by gestational age (all trials), Outcome 1 Perinatal death

Review: Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term

Comparison: 1 Labour induction versus expectant management by gestational age (all trials)

Outcome: 1 Perinatal death



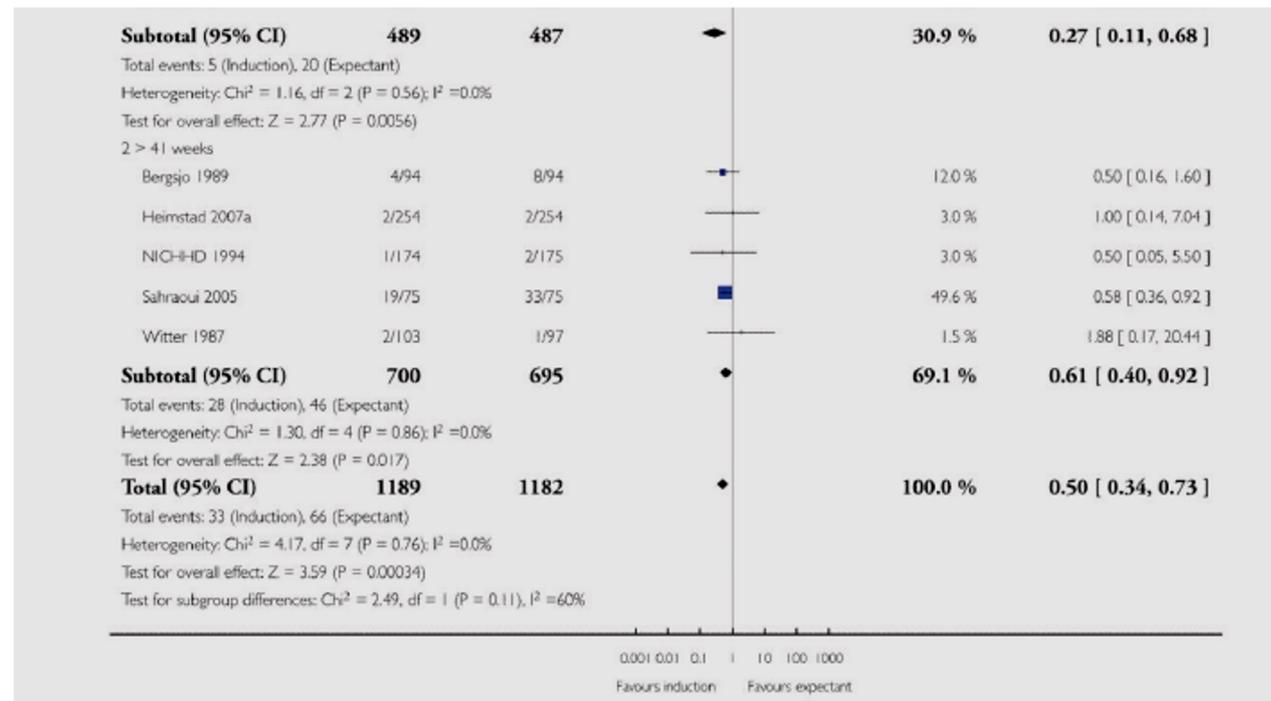
## Analysis 1.5

### Comparison 1 Labour induction versus expectant management by gestational age (all trials), Outcome 5 Meconium aspiration syndrome

Review: Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term

Comparison: 1 Labour induction versus expectant management by gestational age (all trials)

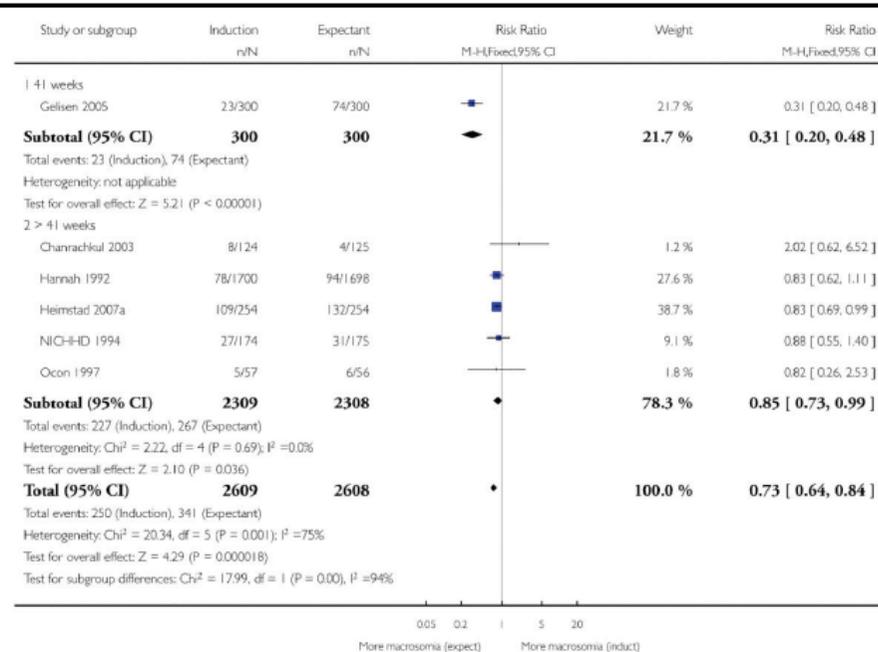
Outcome: 5 Meconium aspiration syndrome



## Analysis 1.8

### Comparison 1 Labour induction versus expectant management by gestational age (all trials), Outcome 8 Birthweight > 4000 g

Review: Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term  
 Comparison: 1 Labour induction versus expectant management by gestational age (all trials)  
 Outcome: 8 Birthweight > 4000 g



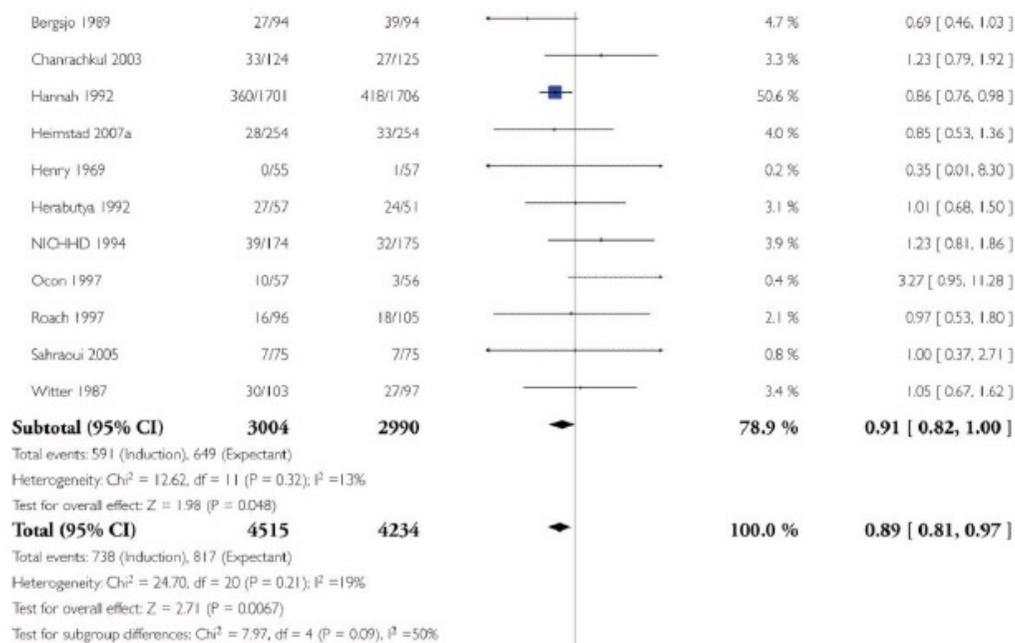
## Analysis 1.10

### Comparison 1 Labour induction versus expectant management by gestational age (all trials), Outcome 10 Caesarean section

Review: Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term

Comparison: 1 Labour induction versus expectant management by gestational age (all trials)

Outcome: 10 Caesarean section



**Europe PMC Funders Group**

**Author Manuscript**

**Cochrane Database Syst Rev. Author manuscript; available in PMC 2014 June 22.**

Published in final edited form as:

*Cochrane Database Syst Rev.* ; 6: CD004945. doi:10.1002/14651858.CD004945.pub3.

## **Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term**

**A Metin Gülmezoglu<sup>1</sup>, Caroline A Crowther<sup>2</sup>, Philippa Middleton<sup>2</sup>, and Emer Heatley<sup>2</sup>**

**Authors' conclusions**—A policy of labour induction compared with expectant management is associated with fewer perinatal deaths and fewer caesarean sections. Some infant morbidities such as meconium aspiration syndrome were also reduced with a policy of post-term labour induction



Original Article

# When should pregnancies that extended beyond term be induced?

DOI: 10.3109/14767058.2016.1169520

Inna Bleicher<sup>a\*</sup>, Dana Vitner<sup>a</sup>, Adir Iofe<sup>b</sup>, Shlomi Sagi<sup>a</sup>, David Bader<sup>d</sup> & Ron Gonen<sup>a</sup>

**Publishing models and article dates explained**

Received: 29 Jan 2016

Accepted: 20 Mar 2016

Accepted author version posted online: 22 Mar 2016

Published online: 14 Apr 2016

- Retrospective cohort study of a 2 years period
- N = 968
- Induction of labor at  $\geq 41$  versus at  $\geq 42$  weeks

*The rate of Cesarean Delivery was lower during the 41-policy period, 19% versus 27% ( $p = 0.0067$ ). No significant differences in maternal or neonatal outcomes were noted.*

# Contre le déclenchement systématique à 41 SA



Am J Obstet Gynecol. 1994 Mar;170(3):716-23.

**A clinical trial of induction of labor versus expectant management in postterm pregnancy. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units.**

- Une étude faisant valeur de référence.
- Etude prospective randomisée (4566 patientes).
- L'inclusion des patientes se faisait entre 41 SA et 43 SA.
- Les patientes étaient randomisées en deux groupes:
  - le premier pour expectative avec surveillance RCF et ultrasonore deux fois par semaine jusqu'à 44 SA.
  - Le deuxième induction du travail

- Aucune différence n'a été constatée dans les deux groupes tant sur la morbi-mortalité périnatale et néonatale que sur la morbidité maternelle et le taux de césariennes.

Les auteurs ont conclu qu'une attitude expectative est une alternative à l'induction systématique en cas de grossesse à 41 SA non compliquée.

## Randomised comparison of early versus late induction of labour in post-term pregnancy

KÅRE AUGENSEN, PER BERGSJØ, TORUNN EIKELAND, KJELL ASKVIK,  
JOHANNES CARLSEN

- Aucune différence dans l'incidence des césariennes, des extractions instrumentales, de l'utilisation d'analgésiques ou des signes d'asphyxie périnatale n'a été montrée.

Les auteurs concluent qu'il n'y a pas d'intérêt à proposer une induction de travail de manière systématique, mais qu'une surveillance maternelle et fœtale régulière, même jusqu'à 44 SA, n'est pas dangereuse ni pour la mère ni pour le fœtus.

# Forty Weeks and Beyond: Pregnancy Outcomes by Week of Gestation

*JAMES M. ALEXANDER, MD, DONALD D. MCINTIRE, PhD, AND  
KENNETH J. LEVENO, MD*

VOL. 96, NO. 2, AUGUST 2000

***Methods:*** We reviewed all singleton pregnancies delivered at 40 or more weeks' gestation between 1988 and 1998 at Parkland Memorial Hospital, Dallas, Texas.

***Results:*** We studied 56,317 pregnancies

- Une augmentation des complications du travail de 40 à 42 SA (travail long, en particulier la 2<sup>ème</sup> phase, nombre d'extractions instrumentales, nombre de césariennes).
- En revanche, les complications néonatales n'augmentent que très peu et uniquement après 42 semaines.

Les auteurs concluent qu'une politique d'intervention systématique à 41 semaines concerne trop de patientes pour un bénéfice néonatal non mesurable et au prix d'une augmentation des complications du travail.

# vécu psychologique



Available online at [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

SCIENCE @ DIRECT®

European Journal of Obstetrics & Gynecology and  
Reproductive Biology 123 (2005) 56–61

EUROPEAN JOURNAL OF  
OBSTETRICS &  
GYNECOLOGY  
AND REPRODUCTIVE BIOLOGY

[www.elsevier.com/locate/ejogrb](http://www.elsevier.com/locate/ejogrb)

## Women's perceptions, expectations and satisfaction with induced labour—A questionnaire-based study

- Le principal inconvénient soulevé est la durée entre le début de l'induction du travail et l'accouchement qui a paru «trop longue»
- On apprend alors que 40 % des patientes sont déçues par la longueur du travail induit et qu'il y a une différence significative en faveur du travail spontané.

# Considérations économiques

- Il est difficile de comparer le coût réel qu'engendrait une politique de déclenchement systématique de toutes les patientes à 41 SA par rapport à la surveillance des patientes entre 41 et 42 SA.
- Il faudrait prendre en considération les journées d'hospitalisation liées à la maturation cervicale, le temps d'occupation de la salle de travail, le coût de la césarienne en urgence et de ses complications, immédiates et lointaines, les morbidités et mortalités périnatales.
- Cette option du déclenchement ne peut être validée que si l'on démontre un bénéfice foetal solidement étayé sur la mortalité ou sur la morbidité, ce qui n'est actuellement et au vu de la littérature pas le cas.

# *ETUDE TUNISIENNE BICENTRIQUE*

---



# Objectifs

---

- Comparer 2 attitudes différentes en cas de grossesse prolongée :

*Déclenchement systématique à 41 SA / Expectative jusqu'au terme de 42 SA*



- Comparer les pronostics maternel et foetal respectifs de ces deux attitudes.

# Matériel et méthodes

---

- Étude prospective bi centrique



- Services:

- Services C du centre de maternité et de néonatalogie de Tunis
- Service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital Hédi Chaker de Sfax.



## Critères d'inclusion:

- Une grossesse mono fœtale
- Une grossesse non compliquée (aucune complication maternelle ni fœtale)
- Un fœtus vivant en présentation céphalique.
- Un terme précis de 41 SA confirmé par une échographie précoce réalisée au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.

- Toutes nos patientes ont bénéficié à 41 SA de :
- une échographie (vérification de la présentation, position du placenta, quantité du liquide amniotique, biométries foetales )
- Un monitoring cardiotocographique.

## Critères d'exclusion:

- Une pathologie maternelle : diabète, hypertension...
- Une contre indication à la voie basse.
- Une pathologie foétale : malformation, retard de croissance, macrosomie...
- Une anomalie à l'échographie de 41 SA.
- Une présentation autre que céphalique.
- Une grossesse multiple.
- Un utérus cicatriciel.
- Un rythme cardiaque foetal (RCF) pathologique.

# Protocoles

- Pour chaque patiente, le score de Bishop à 41 SA était noté.
- Protocole du service C du CMNT : Déclenchement systématique du travail à 41 SA.
- Protocole du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Hedi Chaker de Sfax:
  - Après inclusion, surveillance fœtale jusqu'à 42 SA (RCF + échographie LA).
  - En cas d'anomalie à la surveillance la patiente était hospitalisée pour accouchement.
  - Rythme de la surveillance était de 1 jour sur 2.
  - 42 SA sans entrée spontanée en travail → admission pour accouchement.

# Protocoles

- Les deux services utilisent le même protocole pour le déclenchement du travail.
- Si Bishop  $\geq 6$  Amniotomie/ syntocinon.
- En cas de Score de Bishop  $< 6 \rightarrow$  maturation cervicale par prostaglandines avant le déclenchement par ocytocine.
- Si membranes accessibles, un DPIO pouvait être réalisé dans un but de maturation cervicale et éventuellement de déclenchement du travail.
- Groupe expectative N= 69/ induction N= 94

# Analyse statistique

- Nous avons par la suite analysé et comparé:
  - les caractéristiques obstétricales des patientes des 2 groupes,
  - les actions entreprises,
  - la voie d'accouchement
  - et les issus maternelles et fœtales.
- La relation entre les variables catégoriques a été analysée avec le test- $\chi^2$  et la relation entre les variables quantitatives continues avec le coefficient de corrélation de Pearson.
- Pour les échantillons indépendants, le test-T de Student a été utilisé pour comparer les moyennes pour les hypothèses paramétriques et le test de Manon-whitney U a été utilisé comme test non paramétrique.
- Toutes les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SPSS 20.0 (SPSS Inc.,IL,USA).

# Résultats

---

# Caractéristiques obstétricales des patientes

---

	<b>Global</b>	<b>Attitude active</b>	<b>Attitude expectative</b>	<b>P</b>
Age	28,4 [18-43]	28.13	28.87	0.37
Gestité	1,7 [1-5]	1.57	1.99	<0.01
moyenne				
Parité	1,6 [1-4]	1.56	1.75	0.15
moyenne				
Bishop moyen	2,9 [0-13]	2.67	3.19	0.29
à 41 SA				

---

# Mode d'entrée en travail et techniques de déclenchement

	<b>Global</b>	<b>Attitude active</b>	<b>Attitude expectative</b>	<b>P</b>
<b>Entrée spontanée en travail</b>	18.4%	0%	43%	<0.0001
<b>Patientes maturées par gel de Prépilidil</b>	61.3%	82%	33%	<0.0001
<b>Nombre de doses de gel de Prépilidil/patiente</b>	1,3 [0-3]	1.74	0.59	<0.001
<b>Déclenchement par décollement du pôle inférieur de l'œuf</b>	12.3%	18%	4%	P=0.008

# Mode d'accouchement

---

	<b>Global</b>	<b>Attitude active</b>	<b>Attitude expectative</b>	<b>P</b>
<b>Taux d'accouchements par voie basse</b>	76,1%	71%	83%	0.09
<b>Taux d'accouchements par césarienne</b>	23,9%	29%	17%	0.09

---

# Pronostic fœtal

- Pas de différence significative concernant les poids à la naissance entre les 2 groupes (3477g VS 3463 g ;  $p=0.76$ ).
- Aucun cas de complication fœtale dans les deux groupes.
- Aucun cas d'Apgar  $< 7$  à 5 min n'a été vu dans les deux groupes.
- Aucun cas d'admission en néonatalogie n'était survenu dans les deux groupes.

# Complications maternelles

		COMPLICATION			Total
		Aucune	Hémorragie	Infection	
Attitude	active	86	5	3	94
	expectative	65	2	2	69
Total		151	7	5	163
P		0.6	0.4	0.9	

# Conclusion

---

Une datation échographique de la grossesse permet de diminuer le risque que la grossesse soit dite prolongée et de déclencher l'accouchement à tort pour cette raison (grade A). En routine et pour une conception spontanée, il est recommandé d'utiliser la longueur craniocaudale (LCC) avant 14 SA pour déterminer la date de début de grossesse (DDG) et calculer l'âge gestationnel (grade C). Cette mesure doit idéalement être faite entre 11+0 et 13+6 SA (LCC entre 45 et 84 mm).

---

De 37-6 à 43-6 SA, le risque de mortalité périnatale augmente régulièrement et il n'y a pas de seuil à partir duquel il existerait une augmentation franche de la mortalité périnatale. Initier une surveillance foetale dès 40+0 SA nécessiterait d'organiser la surveillance de près de la moitié des femmes enceintes et rien n'indique qu'une telle politique s'accompagnerait d'une diminution de la morbi-mortalité néonatale.

---

En revanche, une surveillance foetale instaurée à partir de 41+0 SA concerne environ 20 % des femmes et permet de réduire la morbidité périnatale par rapport à une surveillance à partir de 42+0 SA (grade C).

---

En l'absence de pathologie, un déclenchement du travail devrait être proposé aux patientes entre 41+0 SA et 42+6 SA (grade B). Le moment du déclenchement sera déterminé en fonction des caractéristiques maternelles

Cependant, si la prolongation de la grossesse au-delà de 42 SA est choisie, elle semble assortie d'une augmentation des risques foetaux qui doivent être expliqués à la patiente et mis en balance avec les inconvénients potentiels d'un déclenchement

- Une prise en charge adaptée de la grossesse prolongée est recommandée à partir de 41 SA pour la grande majorité des collèges de gynécologie-obstétrique.
- La date idéale d'un éventuel déclenchement de travail en cas de grossesse prolongée est quant à elle sujette à controverses.

