

A decorative graphic on the left side of the slide, consisting of a vertical brown line and several thin, curved lines in brown and grey. A large, solid red arrow points to the right, partially overlapping the title text.

QUEL METHODE POUR BIEN DECLENCHER LE TRAVAIL?

DR TAHIRI GHETEMME Jellila
Praticien Hospitalier

ETAT DES LIEUX

- Taux de déclenchement en France : 26% (ENP 2021) vs 20% 1995.
- Y compris dans les pays scandinaves pourtant réputés pour une moindre médicalisation des accouchements



QUI DECLENCHER?

	2021		
	n	%	IC à 95 %
Motif principal de déclenchement ^(1,2)			
Post-terme ou prévention du post-terme	726	23,5	22,0 - 25,0
Rupture prématurée des membranes	630	20,4	19,0 - 21,9
Anomalie de la présentation	11	0,4	0,2 - 0,6
RCIU ou hypotrophie	140	4,5	3,8 - 5,3
Macrosomie	264	8,5	7,6 - 9,6
Autre anomalie de la vitalité fœtale	326	10,5	9,5 - 11,7
Utérus cicatriciel	15	0,5	0,3 - 0,8
Diabète gestationnel ou préexistant	293	9,5	8,5 - 10,6
Pathologie maternelle hypertensive	247	8,0	7,1 - 9,0
Autre pathologie maternelle	183	5,9	5,1 - 6,8
Autre motif	147	4,8	4,0 - 5,6
Pas de motif médical	108	3,5	2,9 - 4,2
	(3 090)		



Indication non médicale (1/2)

➤ HAS 2017:

❖ utérus non cicatriciel ;

- ❖ à partir de 39 SA + 0 jours;
- ❖ col favorable : score de Bishop ≥ 7 ;
- ❖ demande ou accord de la patiente et information des modalités et des risques potentiels.

Indication non médicale (2/2)

➡ Essai ARRIVE Grobman et al: 2018

6106 femmes nullipares, avec une grossesse monofoetale, à bas risque, randomisées entre un groupe déclenchement systématique en 39 et 39SA+4 j et un groupe expectative

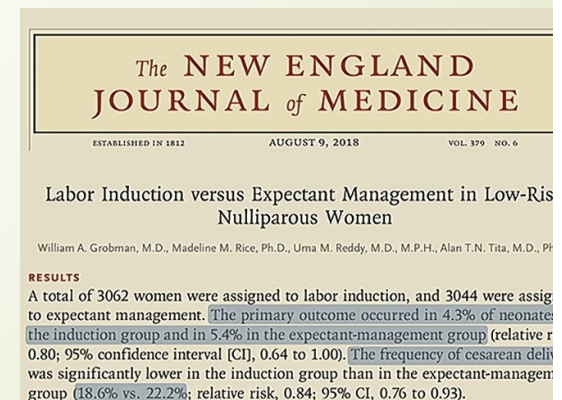
- ➡ → **taux de césarienne réduit de 16%** (18,6 en cas de déclenchement vs 22,2%) y compris en cas de col immature

Mais

Même si résultats de l'essai sont robustes d'un point de vue scientifique, on ne peut pas extrapoler ces données à notre pratique:

- Population (afro américaine, IMC élevé)
- système de soin différents (précarité sociale)
- Taux de césarienne élevé à 22% alors que population dite « bas risque » (en France, 21% tout niveau de risque confondu)
- QUID de la population qui n'a pas souhaité l'inclusion dans l'étude (73% des patientes, population comparable?)

- ➡ PHRC EN COURS/ FRENCH ARRIVE





PREDICTION DU SUCCES DU DECLENCHEMENT

- Plusieurs facteurs sont liés au succès ou à l'échec du déclenchement.
- Distinction facteurs liés à la patiente/contexte et les facteurs liés au col



FACTEURS CERVICAUX

SUCCES

- Dilatation
- Effacement
- Position antérieure
- Consistance molle

ECHEC

- Hauteur de la présentation



FACTEURS NON CERVICAUX

SUCCES

- Parité
- Taille
- Age gestationnel
- Atcds de voie basse

ECHEC

- IMC
- Macrosomie
- Atcd de césarienne
- Âge maternel
- Diabète
- Prise de poids pdt la grossesse
- HTA

Prédiction du succès du déclenchement

SCORE DE BISHOP	0	1	2	3
Dilatation du col utérin	fermé	1 - 2 cm	3 - 4 cm	Effacé
Effacement	Long (0 - 30 %)	Mi long (40 - 50 %)	Court (60 - 70 %)	Effacé (80 %)
Consistance	Ferme	Moyenne	Molle	-
Position	Postérieure	Centrale	Antérieure	-
Présentation	Haute et mobile	Appliquée	Fixée	Engagée

Score de Bishop
Bishop ≥ 6) : direction
du travail par
amniotomie-
ocytocine

Score de Bishop
Simplifié
+ PARITE (+2 si
multipare (AVB $\geq$
24SA))
Si score ≥ 4 : direction
du travail par
amniotomie-
ocytocine

SCORE DE BISHOP	0	1	2	3
Dilatation du col utérin	fermé	1 - 2 cm	3 - 4 cm	Effacé
Effacement	Long (0 - 30 %)	Mi long (40 - 50 %)	Court (60 - 70 %)	Effacé (80 %)
Consistance	Ferme	Moyenne	Molle	
Position	Postérieure	Centrale	Antérieure	
Présentation	Haute et mobile	Appliquée	Fixée	Engagée

COMMENT DECLENCHE -T-ON?

Si déclenchement, méthode initiale ⁽²⁾

Rupture artificielle des membranes	38,1	<,0001	140	4,5	3,8 - 5,3
Oxytocine seule			640	20,6	19,2 - 22,1
Rupture des membranes et oxytocine			177	5,7	4,9 - 6,6
Maturation cervicale	61,9 (2 722)		2 147 (3 104)	69,2	67,5 - 70,8

Si maturation, technique en première intention ⁽²⁾

Dispositif intra-vaginal de prostaglandine	-	1 040	48,7	46,5 - 50,8
Gel de prostaglandine	-	207	9,7	8,5 - 11,0
Misoprostol	-	367	17,2	15,6 - 18,8
Ballonet	-	512	23,9	22,2 - 25,8
Autre (laminaires, etc...)	-	11	0,5	0,3 - 0,9
		(2 137)		

Mise en marché du misoprostol per os en 2018

Augmentation de l'utilisation du ballonnet (5% en 2015)

Hétérogénéité des moyens de déclenchement et de leurs modalités d'utilisation

PGE2 dispositif vaginal: 1 ou 2 poses?

PGE2 en gel: 1mg ou 2mg, intervalle entre les deux poses?

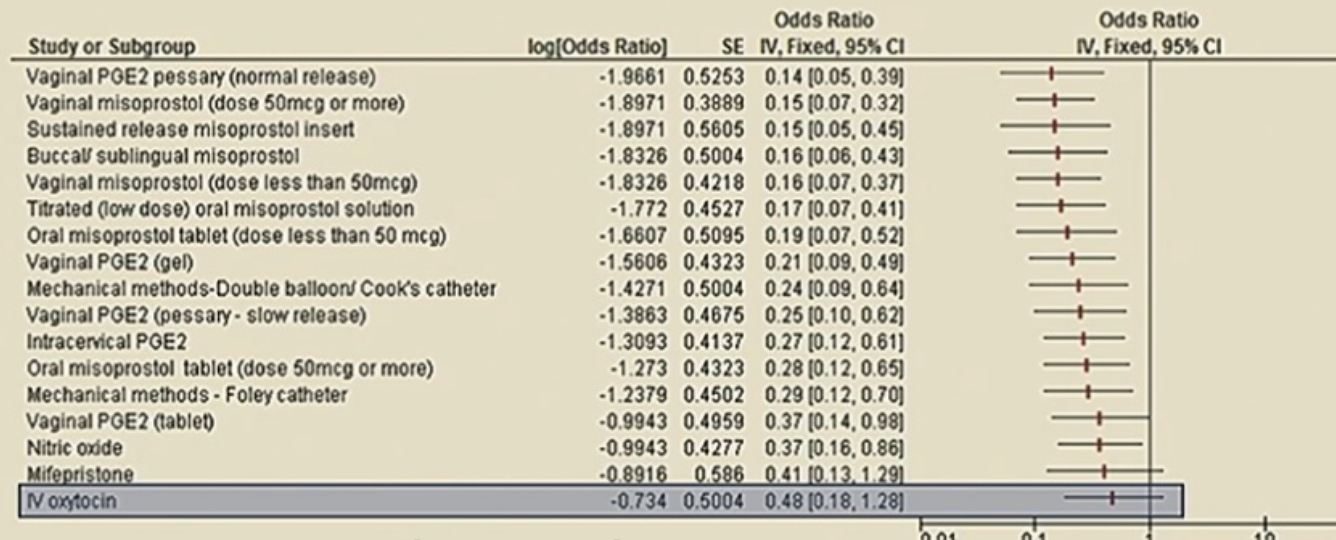
Misoprostol Per os: toutes les 2h ou 4h? 24 ou 48h

Ballonnet: simple ou double? Volume ? (30-60-80cc) durée de pose (12 ou 24h?))

Essai PROBAAT 2011	grossesse singleton à terme, PC, membranes intactes, col défavorable, pas d'atcd de césarienne	Foley/ Pg en gel	Taux de césarienne similaires (23%20% RR1,13 IC 95: 0,87-1,47)
ERC Salim 2011		Cathéter de Foley/ Cook	Douleur significativement moindre et moins d'effets adverses (presentation dystocique): 1,4% vs 7,4% (p=0,02)
Meta analyse 2015 Alfirevic	280 ERC 48068 femmes	PG gel / Pg vaginale/ misoprostol oral	Pas de difference significative sur le taux de césarienne OR: 0,90; IC 95% 0,76-1,06 et OR: 0,83 IC 95% 0,63-1,07
PROBAAT II 2016	1859 femmes, grossesse singleton à terme, PC, membranes intactes, col défavorable, pas d'atcd de césarienne	Catheter de Foley /misoprostol oral	Pas de difference significative sur le taux de césarienne: 16,8% vs 20,1%, RR: 0,84 IC 95% 0,69-1,02

NICE 2021- Méta analyse en réseau 564 essais randomisés

Figure 6: Forest plot showing NMA derived OR for vaginal birth not achieved within 24 hours for all interventions compared to placebo: subgroup analysis for women with Bishop score ≤ 6



Sur col Défavorable, l'efficacité des méthodes de déclenchement est comparable.

Aucune étude n' a montré une supériorité d'une méthode de déclenchement par rapport à une autre

Sauf pour l'ocytocine: comparaison versus placebo

Que faire après une 1^{ère} ligne de maturation cervicale?

- Privilégier l'oxytocine (NICE 2021)
- Intérêt à rompre précocement les membranes :
 - Métaanalyse AJOG MFM 2024
 - 5 RCT – 849 femmes
 - Presque 2 heures de différence en faveur de l'amniotomie précoce à partir de l'administration d'oxytocine

Early vs. delayed amniotomy in individuals undergoing pre-induction cervical ripening with transcervical Foley balloon: a meta-analysis

Yara Hage Diab, MD; Maya Diab, MD; Rebecca Horgan, MD; Marissa Berry, MD; Antonio Saad, MD; Helen B. Gomez Slagle, MD; George Saade, MD; Tetsuya Kawakita, MD, MS



Vers une approche combinée

Aucune étude n'a fait la preuve de l'efficacité d'une deuxième ligne de déclenchement

Essai randomisé Obstet Gynecol 2016 : 125 patientes par groupes

Foley -
misoprostol

Foley +
misoprostol

Foley +
Ocytocine

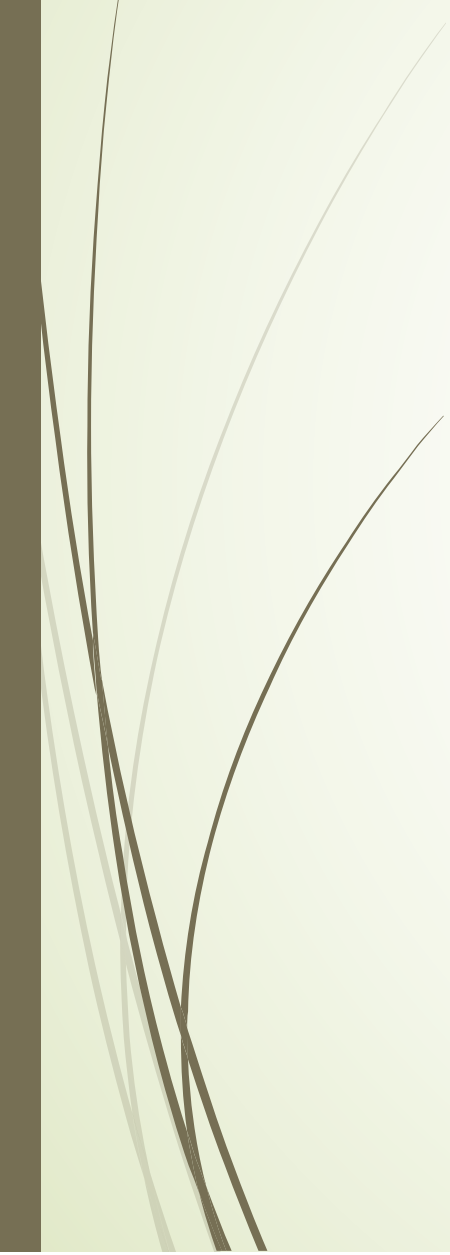


En faveur de
l'utilisation combinée

Metaanalyse 2024 (AJOG-207
ECT-41000 femmes): confirme



CAS PARTICULIERS

- 
- Utérus cicatriciel
 - Siège
 - RCIU
 - Obésité

Cas particuliers (1/4)

► Utérus cicatriciel

- Taux d'accouchement voie basse: 62% vs 73 % si travail spontané (ENP 2021)
- Taux de rupture utérine 1% vs 0,5% en cas de travail spontané

► RPC 2012:

- L'ocytocine doit être utilisée avec prudence,
- L'utilisation des prostaglandines E2 doit tenir compte des facteurs obstétricaux et maternels pouvant influencer le succès d'une tentative de voie basse et doivent être utilisées avec la plus grande prudence.
- Le misoprostol semble augmenter de façon importante le risque de rupture utérine en cas d'utérus cicatriciel (NP4). Son utilisation en l'état des connaissances n'est pas recommandée (accord professionnel).
- Si utérus bicicatriciel, il est recommandé de ne pas déclencher le travail (accord professionnel).
- Les données actuelles sont insuffisantes pour évaluer le risque de rupture utérine après déclenchement par ballonnet et que son utilisation est possible avec prudence (accord professionnel)

► Revue Cochrane en 2017 et méta analyse en 2019:

- Pas assez de revues de bonne qualité pour déterminer la meilleure méthode d'induction du travail chez les femmes ayant un antécédent de césarienne,

- 
- En attente des résultats de **l'étude CICAMODA**, étude observationnelle nationale sur le mode d'accouchement des patientes ayant des antécédents de césarienne,

Cas Particuliers (2/4)

➔ Siege

➔ Taux d'accouchement voie basse:
70% vs 75 % si travail spontané (ENP 2021)

➔ RPC 2019:

- pas de CI au déclenchement si toutes les conditions d'acceptabilité de la voie basse sont réunies (grade C).
- Pas d'augmentation de la morbidité périnatale en comparaison à un travail spontané et en comparaison à la césarienne programmée y compris si col défavorable (NP3)
- ➔ Il paraît possible d'utiliser l'ocytocine ou les Pg (grade C),



Cas Particuliers (3/4)

➤ Retard de croissance intra uterin

➤ RPC 2013:

- Pas de CI au déclenchement même avant terme et /ou sur col défavorable
- Les Pg peuvent être utilisées en dehors de situations à très haut risques (ARCF, terme précoce, Diastole nulle au Doppler)

➤ Méta analyse de 2020: 1711 RCIU

- Méthodes mécaniques semblaient associées à une morbidité plus faible sans pouvoir définir une méthode optimale de déclenchement
- Facteurs prédictifs de succès: IMC faible, multiparité, utérus non cicatriciel, absence de pré eclampsie, d'ARCF avant déclenchement et d'anomalies Doppler.

Cas Particuliers (4/4)

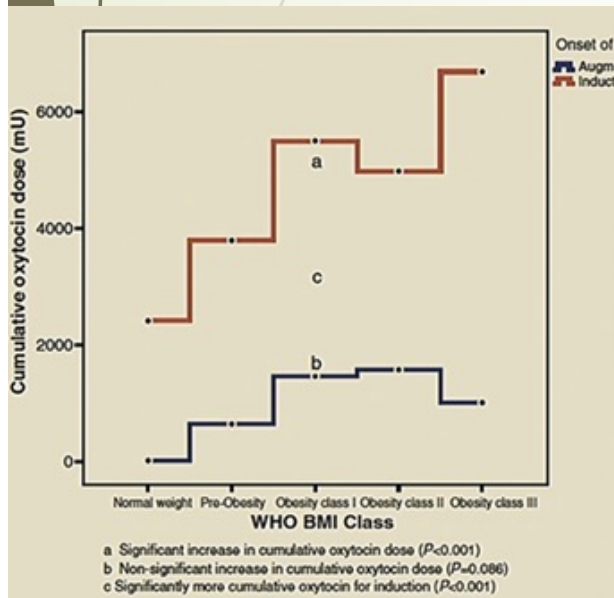
➡ Obésité

- Échec de déclenchement plus fréquent
- Discussion de la place du ballonnet ; pose difficile?
- Augmentation de la posologie d'ocytocine, tolérer des phases de latence plus longue

➔ Essai multicentrique Big W

Comparaison de 2 procédures de maturation sur le taux de césarienne

Misoprostol oral 25 ug + Foley vs misoprostol seul





METHODES NON PHARMACOLOGIQUES

- Décollement des membranes
 - Peut être proposé quand un déclenchement sans raison médicale urgente est envisagé (grade A).
 - Peut réduire la durée de la grossesse : 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
 - Réduit le recours au déclenchement de 41 % à 41+0 SA et de 72 % à 42+0 SA (grade B).
- Il n'augmente ni le risque de rupture des membranes, ni les risques infectieux maternels et néonataux (grade B),
- Désagréments (contractions, métrorragies, douleurs) doivent être clairement exposés et acceptés avant son éventuelle réalisation.

METHODES NON PHARMACOLOGIQUES

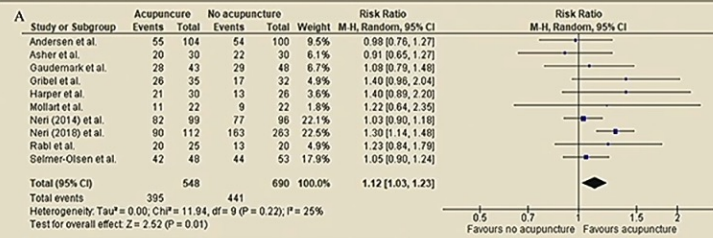
Systematic Review

The role of acupuncture in the present approach to labor induction: a systematic review and meta-analysis

Montserrat Zamora-Brito, BSc; Carles Fernández-Jané, PhD; Raquel Pérez-Guervós, BSc; Rosa Solans-Oliva, BSc; Angela Arranz-Betegón, PhD; Montse Palacio, PhD

Check for updates

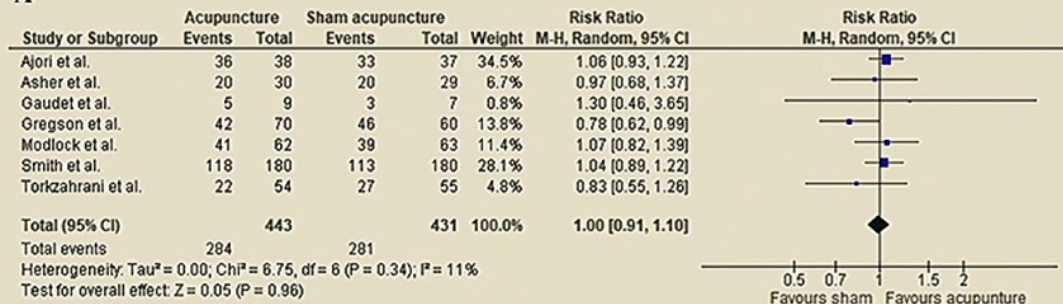
FIGURE 3
Meta-analysis Acupuncture vs No-acupuncture



On ne peut pas conclure sur l'intérêt de l'utilisation de l'acupuncture

FIGURE 2
Meta-analysis Acupunctures vs Sham acupuncture

A



METHODES NON PHARMACOLOGIQUES

Herbes et huiles médicinales:
Pas d'impact de la consommation

Rapports sexuels: Méta analyse de 2019:
3 essais randomisés, 1483 femmes, pas
de différence

Effect of Coitus at Term on Length of
Gestation, Induction of Labor, and Mode of
Delivery

Peng Chang Tan, MD, PhD, Anggrisa Andri, MD, PhD, Nur Azmi, MD, PhD,
and M. N. Nirmalan, MD, PhD

Sexual intercourse for cervical ripening and induction of labour
(Review)

Kavanaugh J, Kelly AJ, Thomas J

THE JOURNAL OF
SEXUAL MEDICINE

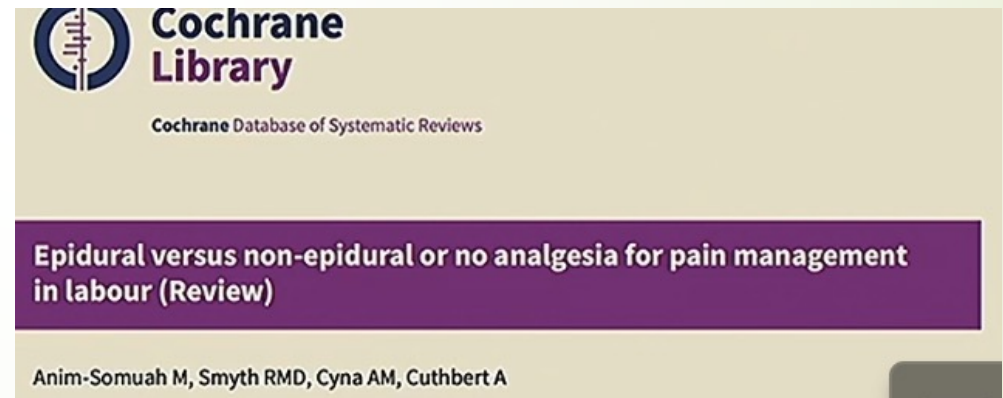
GESTION DE LA DOULEUR

Interet démontré aux méthodes d'accompagnement:

Mobilisation, ballon, bain, douche, massages → au moins équivalent aux antalgiques IV

Pas d'impact sur la durée du déclenchement ou le taux de césarienne ou le taux de naissances instrumentales

Pose précoce: pas d'impact sur l'efficacité de l'analgésie





CONSENTEMENT DE LA PATIENTE/ VECU

- Déterminer le projet de la patiente
- Actrice de ses soins / autonomisation
- Information claire afin de recueillir son choix éclairé (fiche d'information)
- Vécu: très complexe à évaluer; multifactoriel et peu d'études l'évalue (souvent critère secondaire)
- → Mauvais vécu de l'accouchement et stress post traumatique majoré si déclenchement et si absence d'information



Quelle méthode pour bien déclencher le travail?

- Pas de consensus
- Pas de potion magique
- La meilleure méthode dépend:
 - Du contexte maternel
 - Du contexte fœtal
 - Des conditions locales
 - Du choix éclairé de la patiente
 - Des habitudes de service



➤ MERCI de votre attention et soyons humbles...