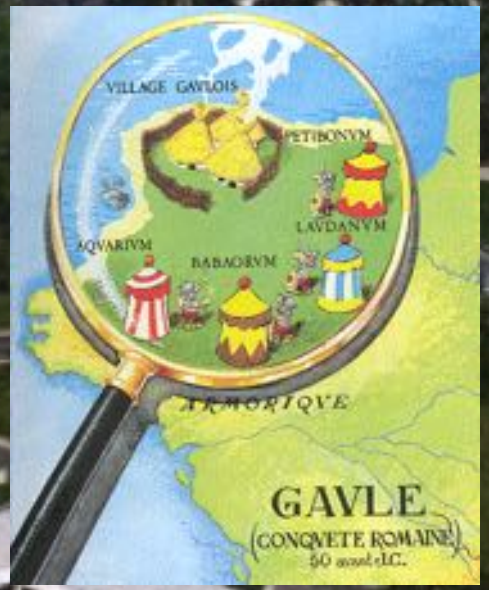
DEUXIÈME STADE JUSQU'À 4 HEURES: POURQUOI PAS?

Dre Johanne Lalande, MD, FRCP(S)

CIUSSS de l'Ouest-de-l'île de Montréal

Montréal, arrondissement Lasalle, Québec



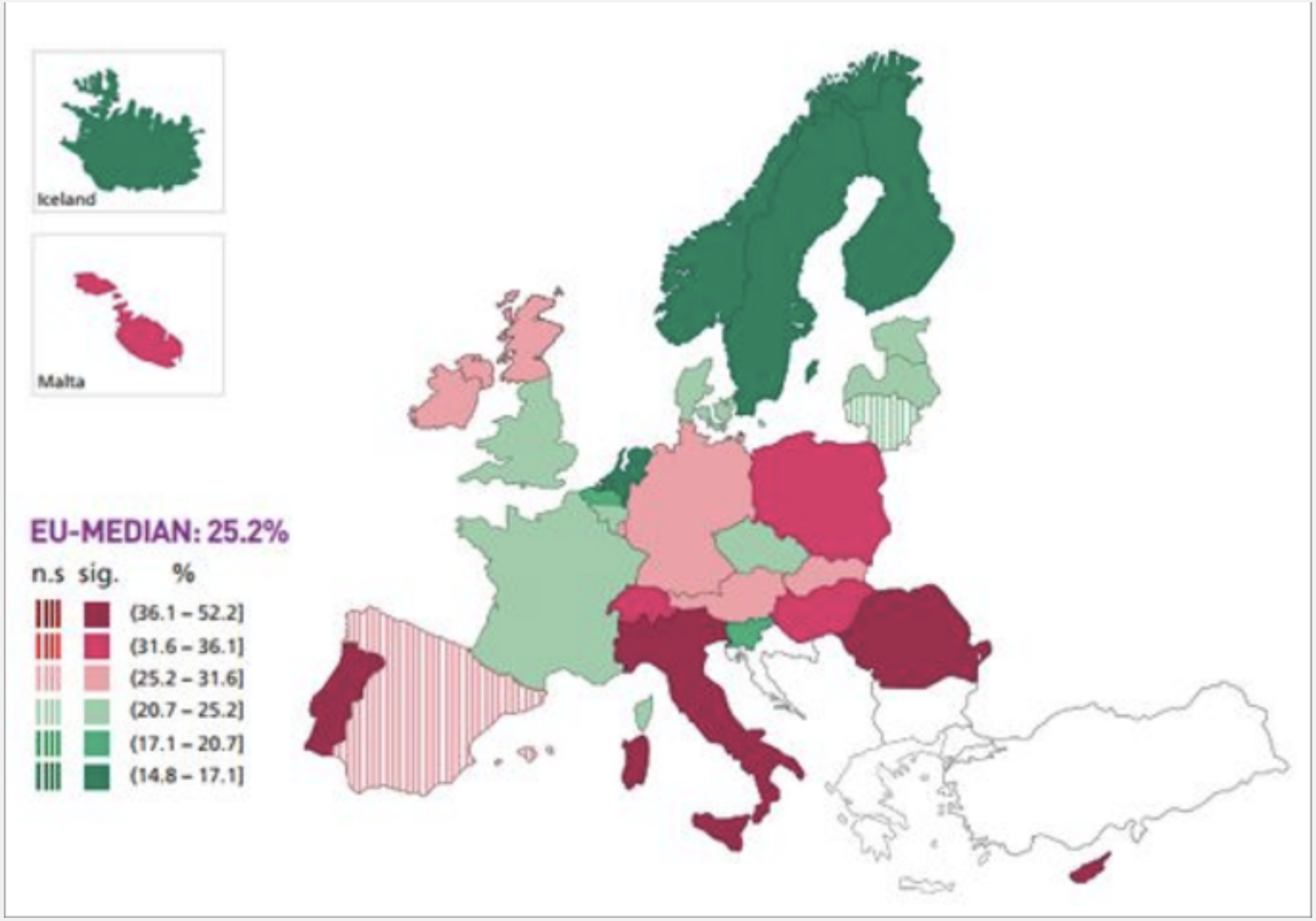
Cette photo par Auteur inconnu est soumis à la licence CC BY-SA-NC

NOTRE DIFFÉRENCE:

- Le respect de la physiologie du travail

Point tournant de l'humanité:

Il faut réduire le taux de césarienne!


Iceland
Malta
EU-MEDIAN: 25.2%
n.s sig. %
(36.1 – 52.2]
(31.6 – 36.1]
(25.2 – 31.6]
(20.7 – 25.2]
(17.1 – 20.7]
(14.8 – 17.1]

TAUX DE CÉSARIENNES AU CANADA, 2001 À 2013 (%)							
	2001	2003	2005	2007	2009	2011	2013
Canada	22,5	24,8	26,3	26,7	26,8	27,1	27,3
T.-N.	26,6	27,9	30,1	30,3	31,5	30,6	31,1
Î.-P.-É.	27,9	30,3	29,8	31,7	30,4	28,9	31,3
N.-É.	25,3	27,6	28	26,8	27,2	26,5	27,1
N.-B.	26,6	28,6	28,7	28	28,9	27,3	27,4
Qué.	19,5	21,5	22,9	23,3	23,3	23,6	24,2
Ont.	22,9	26	27,7	28,1	28,4	28,6	28
Man.	18,2	19,9	21,3	20,1	20,2	21,4	21,6
Sask.	18,4	20,1	21,1	21,7	22,1	23,1	23,5
Alb.	22,5	24,4	26,3	27,9	27,4	27,4	28,9
C.-B.	27,1	28,7	30,4	31,3	31,1	32	32,9
Yukon	25,9	24,3	27,2	22,9	23	25	23,2
T. N.-O.	23,3	24,2	24,8	19,8	19,6	21,9	20,1
Nun.	9,2	9,5	8,2	6,8	7,8	11,3	9,9

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

LIEN ENTRE LE DEUXIÈME STADE PROLONGÉ ET LE TAUX DE CÉSARIENNE

- Années 1950-1990:
  - Beaucoup de forceps prophylaxiques
  - Excellentes expertises de obstétriciens malgré beaucoup de complications
  - Peu de césariennes au deuxième stade
- Années actuelles:
  - Perte de l'expertise des forceps
  - Crainte de poursuites médico-légales
  - Augmentation du taux de césarienne au deuxième stade

CÉSARIENNE AU DEUXIÈME STADE

- Augmentation très importante et rapide dans les 10 dernières années
  - Groupe irlandais de Unterscheider sonne l'alarme en 2011 suite à une augmentation de 100% en 2 ans
  - 44,1% des patientes n'avaient même pas eu d'essai d'AVA
  - Raison principale invoquée: 2ième stade prolongé (moyenne 146min)
  - 40,7% n'avaient pas reçu d'ocytocine
  - 13% des bébés admis au NICU
  - 14,3% d'hémorragies post-partum dont 23% nécessitant transfusions
    - *EuroJourofObgyn, volume 157,Issu2, aug 2011*
- Césarienne au deuxième stade = très risquée
- Taux d'instrumentation trop bas

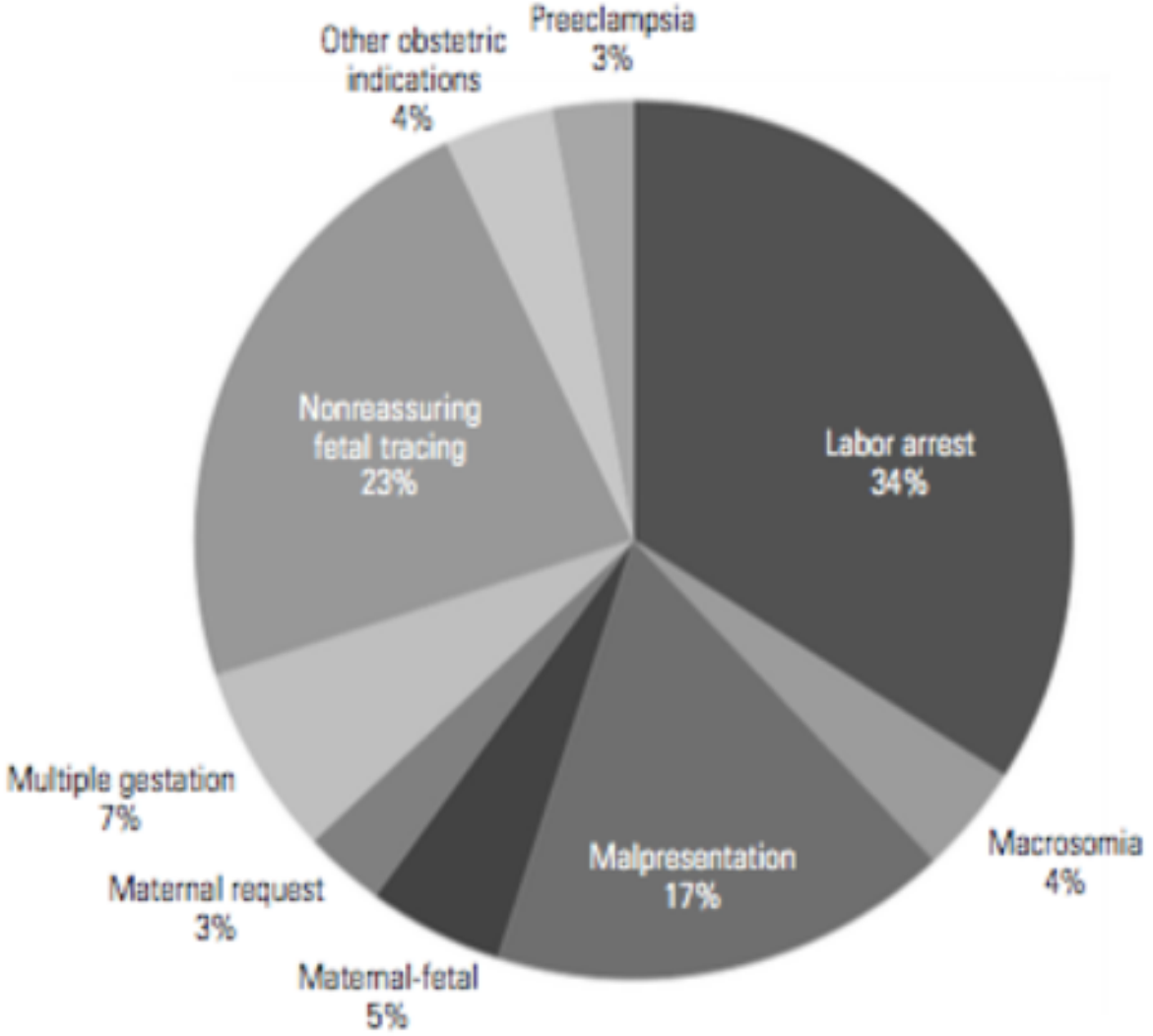


Fig. 3. Indications for primary cesarean delivery. (Data from Barber EL, Lundsberg LS, Belanger K, Pettker CM, Funai EF, Illuzzi JL. Indications contributing to the increasing cesarean delivery rate. Obstet Gynecol 2011;118:29–38.) ⇦

LA SOLUTION

- D’abord tout faire pour réduire le taux de césarienne primaire
- D’où le consensus conjoint de l’ACOG et la SMFM de 2014

Society for Maternal•Fetal Medicine

- Changements dans la gestion du 1er stade
- Changements des définitions d'arrêt de progression au 1er stade
- Durée maximale du deuxième stade non fixée
- Avant de diagnostiquer un arrêt de descente il faut 2 heures de poussées actives chez la multipare et 3 heures chez la primipare
- Encourager l'accouchement vaginal assisté plutôt que la césarienne
- Déployer tous les efforts pour reconnaître et changer, si possible, la variété de position occipito-postérieure

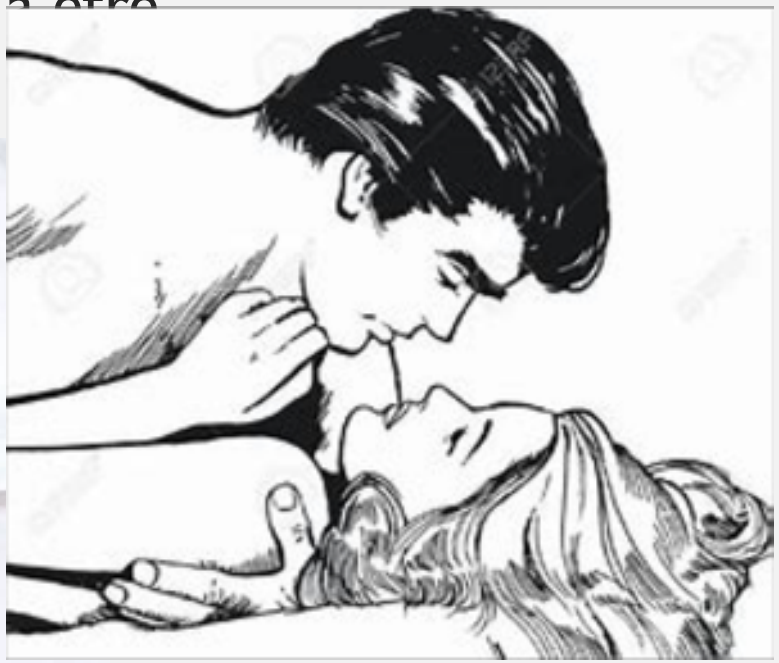
- *Obgyn 2014; 123.01.026*

« LATE PUSHING »

- Plus physiologique
- Permet au bébé de se placer dans la variété de position adéquate
- Doit être associé à des changements de position
- Pas de durée pré-établi, le but est d'attendre que la présentation fœtale soit au plancher pelvien

MAIS D'OÙ VIENNENT LES LIMITES DE TEMPS?

- L'accouchement est la seule fonction humaine à être soumise à tant de pression « temporelle »



LE TEMPS…

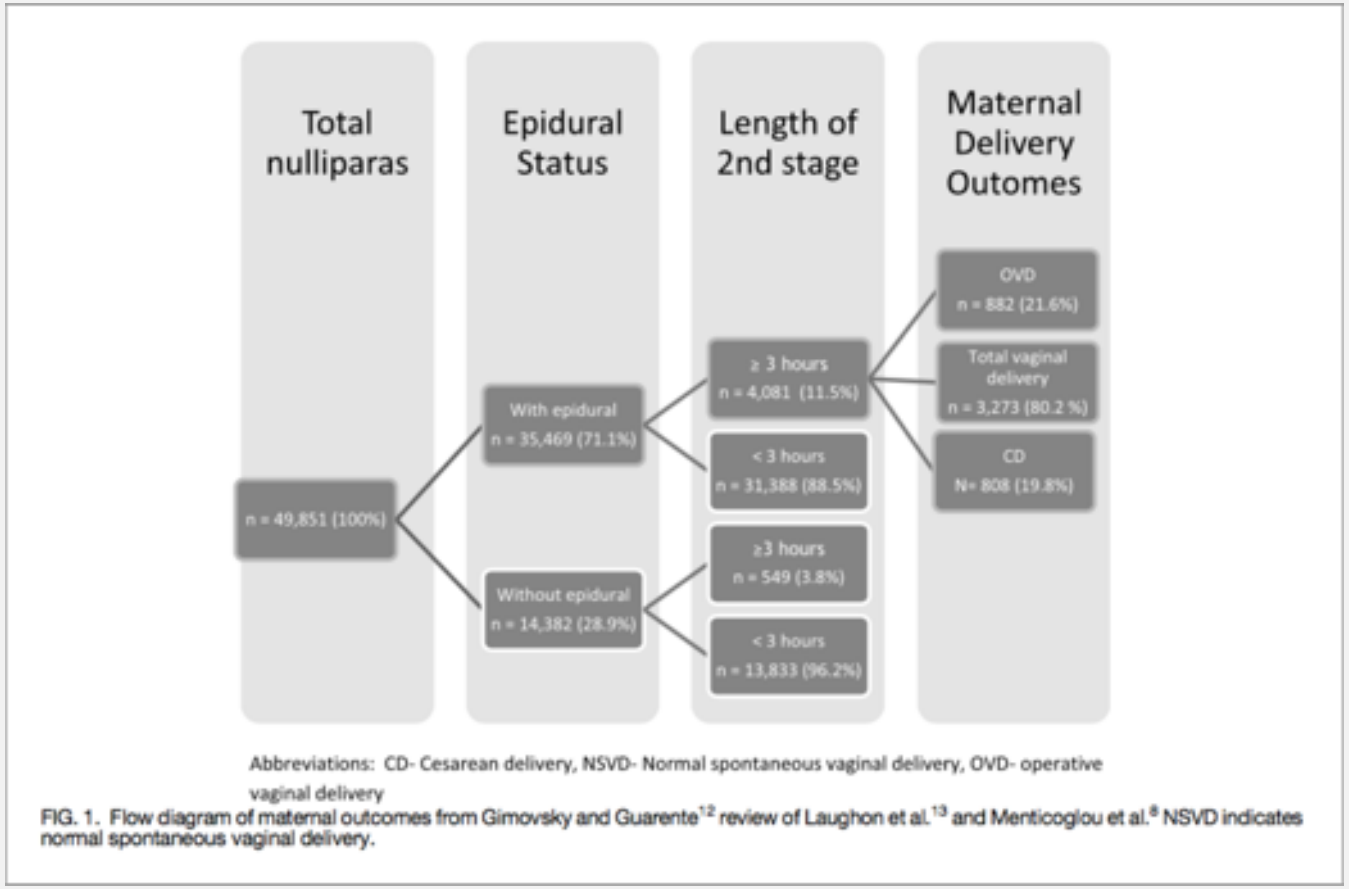
- Remonte au 19ième siècle avec l'affaire des « triple mort »
  - La princesse Charlotte, son enfant et son obstétricien (suicide!) après un deuxième stade de:
    - 24 heures!!!
  - Limite arbitraire de 2h depuis cette affaire et pour la plupart du 20ième siècle
  - Utilisation massive de « forceps prophylaxique »
  - Travaux de Cohen en 1973 au Beth Israel Hospital de Boston:
    - La limite de 3h est instaurée (surtout pour réduire l'utilisation de forceps)
  - Travaux de Menticoglou, au Canada, 1995, suppression de la limite de temps quand le fœtus et la mère vont bien

LE TEMPS AU DEUXIÈME STADE

- A été établit de façon arbitraire
- Ne tient pas compte des différences individuelles
- Ne tient pas compte des différences institutionnelles
- Ne tient pas compte de la physiologie

- Qu'elles sont les évidences?

1. ACCOUCHEMENT VAGINAL APRÈS DEUXIÈME STADE PROLONGÉ (SUCCESS RATE)



Abbreviations: CD- Cesarean delivery, NSVD- Normal spontaneous vaginal delivery, OVD- operative vaginal delivery

FIG. 1. Flow diagram of maternal outcomes from Gimovsky and Guarente[12] review of Laughon et al.[13] and Menticoglou et al.[8] NSVD indicates normal spontaneous vaginal delivery.

Obgyn survey, volume 71, number 11
Gimovsky et al
Washington DC

SUCCESS RATE

- Dans cette revue:
  - Deuxième stade passif augmente le taux d'accouchement vaginal
  - Augmente le deuxième stade total de 60 minutes mais
  - Raccourci le deuxième stade actif de 22 minutes
  - Les issus maternelles et fœtales étaient les même
  - Pas d'effet négatif chez le bébé (monitoring fœtal et maternel adéquat)

2: RISQUE FŒTAL

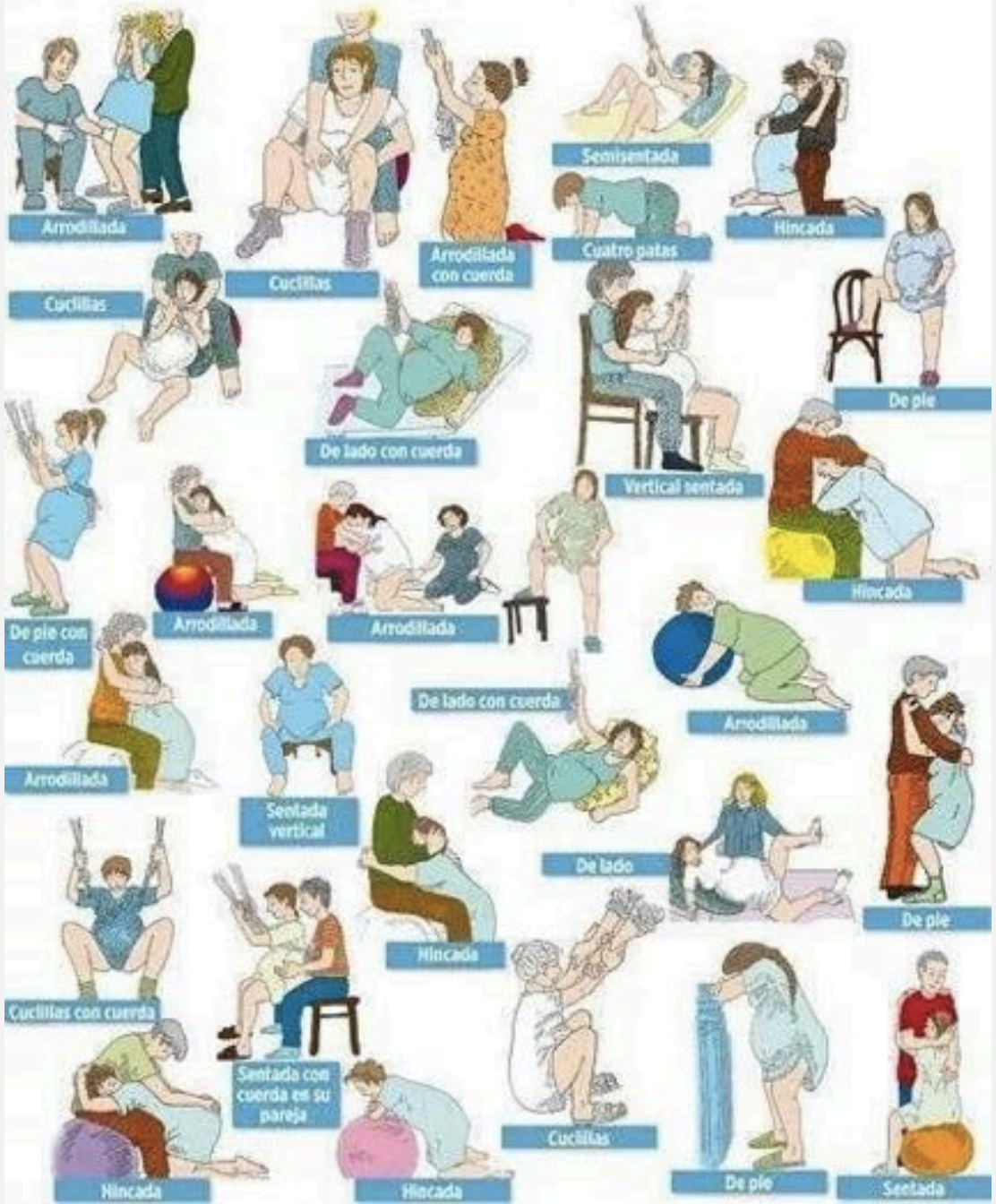
- Autant d'études qui montrent une augmentation du risque que l'inverse
- Études rétrospectives
- Les études prospectives ne sont pas assez puissantes car les issus défavorables sont rares
- Plusieurs biais:
  - augmentation de la limite de temps sans changement dans le management
  - Comparaison avec l'incomparable

AUGMENTATION DES LIMITES DE TEMPS SANS CHANGEMENT DANS LE MANAGEMENT DU 2IÈME STADE

- FIGO 2012:
  - La femme devrait être encouragée à pousser dans toutes les positions sauf sur le dos
  - La femme devrait être encouragée à pousser quand elle en ressent le besoin pressant
- Les études rétrospectives ne tiennent jamais compte des habitudes de gestion du deuxième stade sauf pour la présence ou l'absence de péridurale
  - Aucune prise en compte des positions, du coaching, de l'ocytocine, de l'intervalle entre les contractions

Las 30 posiciones para un **parto humanizado**

La mayoría de las mujeres sólo conoce una forma de dar a luz, de espaldas, pero existen otras que hacen posible el alumbramiento



COMPARER L'INCOMPARABLE

- Issu du nouveau-né après 2ième stade prolongé pas comparable à celle du nouveau-né né rapidement
- Il faut comparer avec l'issu du bébé né après 3 heures par césarienne ou accouchement instrumenté

ÉTUDE DU NEJM

- On compare l'issu des bébés nés après 3 heures de deuxième stade:
  - Les bébés nés par C/S sans essai d'AVA avaient significativement plus
    - d'hémorragies sous-durales/cérébrales/intraventriculaires.
    - De convulsions/dépression du SNC
    - Difficultés d'alimentation
    - Ventilation mécanique
  - Comparés à ceux nés spontanément et ceux nés par ventouse
- Les risques viennent donc plus des causes sous jacentes que du temps lui-même
- Agir seulement en fonction du temps augmente les risques pour le bébé

- NEJM vol341, dec.1999. Towner et Al

3: RISQUE POUR LE PLANCHER PELVIEN

- Problème majeur dans les pays en voie de développement:
  - Tête enclavée dans le bassin
  - Nécrose tissulaire
  - Fistules

Mais:

- Deuxième stade **très** prolongé
- Population dénutrie
- Mauvaises réparations/mauvais soins post-partum

3:RISQUE POUR LE PLANCHER PELVIEN, PAYS DÉVELOPPÉS

- Pas d'enclavement de la tête si distinction entre deuxième stade actif ou passif
- Technique plus physiologiques de poussées avec l'expertise des physiothérapeutes
- Risque plus grand si instrumentation
  - D'où l'importance de la gestion expectative du deuxième stade

INNOVATION ET AVENIR: REPENSER LE DEUXIÈME STADE, SE DÉCONDITIONNER, SE DÉCONSTRUIRE

UTILISER LES AUTRES PROFESSIONNELS

- Les kinésiologues dans la grossesse peuvent aider les femmes à être plus « fit »
  - Norwegian fit for Delivery Trial
  - Étude prospective sur femme en bonne santé
  - Premier stade plus court, moins de césarienne en travail
    - *Sanda et al, Actaobgyn.scandinavia,2018 july*

- Physiothérapeutes en travail:
  - Diminution globale du deuxième stade
  - Plus d'accouchements spontanés
    - *Simarro et al.MedSci 2017 mar,5(1):5. Madrid*

REPENSER NOTRE GESTION DU TRAVAIL

- Cesser la perfusion d'ocytocine après l'installation du travail actif pour diminuer
  - La tachysystolie
  - Et son impact sur le cœur fœtal
    - *Saccon et Al, obgyn 2017 nov.: 130(5): 1090-1096*
- Avoir le courage, l'humilité et la curiosité de lire la littérature des sages-femmes.
  - Beaucoup d'études prospectives
  - Suivi physiologique
  - Réduction des risques pour la mère et l'enfant

REPENSER NOTRE GESTION DU TRAVAIL

- Utilisation de l'échographie en travail et au deuxième stade
  - Confirmer la variété de position et son évolution
  - Permet de prendre la décision de voie d'accouchement adéquate
  - Permet de prédire l'issus de l'accouchement vaginal assisté
  - Facile à utiliser
  - Reproductible

- *Kahrs et Al, AmJObgyn 2017*

APRÈS LES CHANGEMENTS DE CRITÈRES

- Résultats commencent à être publiés:
  - Groupe français (Poissy-Saint Germain)
  - 3283 patientes avant les modifications et 3068 patientes après
  - Diminution du taux de césarienne:
    - 9,4% vs 6,9%
    - Diminution de 50% de césarienne au premier stade
  - Pas de différence dans les issus néonatales

    - Thuillier Al. Ajog2018;218:341.e1-9

  - Groupe de Pennsylvanie:
    - Réduction du taux de césarienne de 26,9% à 18,8%

    - *Obgyn 2016; 128:145-52 Wilson-Leedy et al*

EN RÉSUMÉ

- La durée du deuxième stade a été établit de façon arbitraire
- Aucune intervention ne devrait être faite sur le seul critère de durée
- Il faut tout faire cependant pour optimiser le deuxième stade
- Il faut repenser notre façon globale de gérer le deuxième stade
- Après 200 ans de statisme, le deuxième stade n’a jamais été autant d’actualité

Merci!