

# Quel est le bénéfice d'une 3<sup>ème</sup> heure à dilatation complète sur le mode d'accouchement ?



# Définition

- Deuxième stade du travail obstétrical :
  - *Phase de descente*
  - Phase d'expulsion

# Contexte

- Modification des protocoles : **3 heures** d'expectative à dilatation complète
- Mais encore **2 heures** dans beaucoup de maternités.
  
- Aucune étude ne permet d'affirmer la supériorité d'un protocole par rapport à l'autre.

# Recommandations françaises

- Ne recommandent pas de durée pour le 2<sup>ème</sup> stade du travail
- Augmentation du risque maternel après 3 heures

***CNSF 2016 et HAS 2017***

# Objectifs

- **Objectif principal** : évaluer l'association entre une 3<sup>ème</sup> heure à dilatation complète et le mode d'accouchement
- **Objectif secondaire** : évaluer l'association entre une 3<sup>ème</sup> heure à dilatation complète et la morbidité maternelle et néonatale

# Population

## Critères d'inclusions

- Primipare
- 18 à 35 ans
- IMC entre 17 et 30 kg/m<sup>2</sup>
- Foetus unique
- Présentation céphalique
- À terme ( $\geq 37$  SA)
- APD
- Atteint dilatation complète avec un RCF non suspect

## Critères d'exclusions

- Pathologies chroniques maternelles
- Pathologies gynécologiques
- Pathologies de la grossesse
- Pathologies et malformations fœtales

# Critères de jugement

- Principal : mode d'accouchement
  - Accouchement par voie basse spontanée
  - Accouchement opératoire : extraction instrumentale et césarienne
- Secondaires :
  - Mode d'accouchement (en trois classes)
  - Morbidité maternelle : hémorragie de la délivrance, lésions périnéales
  - Morbidité néonatale : pH artériel au cordon, Apgar < 7 à 5 min et transfert en réanimation ou néonatalogie.

# Description des populations des 2 maternités

	Protocole 3 h n = 305 n (%)	Protocole 2 h n = 309 n (%)	p
<b>Durée 1er stade du travail</b>			0,085
< 12 heures	285 (93,4)	299 (96,8)	
≥ 12 heures	20 (6,6)	10 (3,2)	
<b>Durée phase de descente</b> m ± sd (en min)	124 ± 66	109 ± 62	0,004
< 1h	61 (20,0)	79 (25,6)	
[1h - 2h[	62 (20,3)	68 (22,0)	< 0,001
[2h - 3h[	92 (30,2)	117 (37,9)	
≥ 3h	90 (29,5)	44 (14,2)	
<b>Durée phase d'expulsion</b>			0,924
< 30 min	219 (71,8)	221 (75,1)	
≥ 30 min	75 (24,6)	73 (23,6)	

# Analyse univariée

	VB spontanée 475 (77,4) n (%)	Acc opératoire 139 (22,6) n (%)	p
<b>Protocole d'accouchement</b>			<b>0,012</b>
Protocole 3 heures	249 (81,6)	56 (18,4)	
Protocole 2 heures	226 (73,1)	83 (26,9)	

# Analyse multivariée

Mode d'accouchement dans la maternité 3h vs 2h(référence)	ORa*	[IC95%]	p
<b>Variables en 2 catégories</b>			
VB spontanée	Ref.	-	-
Accouchement opératoire	0,64	[0,43 - 0,96]	0,030

\* Ajustement sur l'âge maternel, le terme, l'IMC, le mode d'entrée en travail et l'oxytocine pendant le travail



# Critères de jugements secondaires

	<b>Protocole 3h</b> n = 305 n (%)	<b>Protocole 2h</b> n = 309 n (%)	<b>p</b>
<b>Mode d'accouchement</b>			<b>0,041</b>
Voie basse spontanée	249 (81,6)	226 (73,1)	
Voie basse instrumentale	45 (14,8)	68 (22,0)	
Césarienne	11 (3,6)	15 (4,9)	

# Issues maternelles

	<b>Protocole 3h</b> n = 305 n (%)	<b>Protocole 2h</b> n = 309 n (%)	<b>p</b>
<b>Estimation pertes sanguines (mL)</b> m ± sd*	233 ± 192	226 ± 220	0,679
<b>Hémorragie de la délivrance</b>			0,144
Non	281 (92,1)	285 (92,2)	
Oui	24 (7,4)	24 (7,8)	
dont hémorragies sévères	9 (3,0)	9 (2,9)	
<b>Issue périnéale</b>			0,568
Pas de déchirure	62 (20,3)	50 (16,2)	
1 <sup>er</sup> et 2 <sup>ème</sup> degré + épisiotomie	227 (74,4)	239 (77,3)	
3 <sup>ème</sup> degré	4 (1,4)	5 (1,6)	
Non renseigné (dont césariennes)	12 (3,9)	15 (4,9)	

# Issues néonatales

	Protocole 3h n = 305 n (%)	Protocole 2h n = 309 n (%)	p
<b>Apgar à 5 min</b>			1,000
> 7	304 (99,7)	307 (99,4)	
≤ 7	1 (0,3)	2 (0,6)	
<b>pH au cordon</b>			<0,001
≥ 7,20	231 (75,7)	180 (58,3)	
]7,10 - 7,20[	70 (23,0)	104 (33,7)	
≤ 7,10	0 (0)	5 (1,6)	
<b>Transfert en réanimation/néonatalogie</b>			1,000
Oui	6 (2,0)	7 (2,3)	
Non	299 (98,0)	302 (97,7)	

# Forces et limites

## Forces

- 1<sup>ère</sup> étude française comparant deux protocoles de gestion de la phase de descente
- Taille de l'échantillon
- Comparabilité des deux populations

## Limites

- Etude rétrospective avec un niveau de preuve faible (NP4)
- Biais d'indication
- Manque de puissance pour la césarienne et l'HDD

# Conclusion

- Diminution des accouchements opératoires en lien avec une diminution des extractions instrumentales
- Augmentation des accouchements par voies basses spontanées
- Pas d'augmentation de la morbidité maternelle et néonatale

Avec un protocole autorisant 3 heures à dilatation complète

Merci pour votre attention

Tableau 5 : Analyse univariée et multivariée : association entre le mode d'accouchement (en 2 et 3 catégories) et le protocole des maternités (A vs B (Ref.))

Mode d'accouchement dans la maternité A vs B(référence)	OR <sub>B</sub>	[IC95%]	p	OR <sub>A</sub> *	[IC95%]	p
<b>Variables en 2 catégories</b>						
VB spontanée	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Accouchement opératoire	0,61	[0,42 - 0,90]	0,012	0,64	[0,43 - 0,96]	0,030
<b>Variables en 3 catégories</b>						
VB spontanée	Ref.	-	-	Ref.	-	-
Extraction instrumentale	0,60	[0,40 - 0,91]	0,017	0,62	[0,40 - 0,95]	0,030
Césarienne	0,67	[0,30 - 1,48]	0,318	0,72	[0,32 - 1,66]	0,447

\* Ajustement sur l'âge maternel, le terme, l'IMC, le mode d'entrée en travail et l'oxytocine pendant le travail

Tableau 6 : Comparaison des issues maternelles entre les populations des maternités A et B

Issues maternelles	Total	Maternité A Protocole 3h à DC	Maternité B Protocole 2h à DC	p
	n = 614 n (%)	n = 305 n (%)	n = 309 n (%)	
<b>Mode d'accouchement</b>				0,041
Voie basse spontanée	475 (77,4)	249 (81,6)	226 (73,1)	
Voie basse instrumentale	113 (18,4)	45 (14,8)	68 (22,0)	
Césarienne	26 (4,2)	11 (3,6)	15 (4,9)	
<b>Motif d'extraction instrumentale</b>	n = 115	n = 45	n = 70	0,388
Non progression	40 (34,8)	13 (28,9)	27 (38,6)	
ARCF	75 (65,2)	32 (71,1)	43 (61,4)	
<b>Motif de césarienne</b>	n = 26	n = 11	n = 15	1,000
Non engagement à DC	22 (84,6)	9 (81,8)	13 (86,7)	
ARCF et non engagement	4 (15,4)	2 (18,2)	2 (13,3)	



	<b>≥ 3 heures à dilatation</b>		<b>&lt; 3 heures à dilatation</b>	
	<b>134</b>		<b>480</b>	
<b>Estimation pertes sanguines (mL)</b>				
Moyenne +/- ecart-type	264	218	220	202
<b>Hémorragie de la délivrance</b>				
Non	121	90,3%	445	92,7%
Oui	13	9,7%	35	7,3%
dont hémorragies sévères	4	3,0%	14	2,9%
<b>Cause d'hémorragie de la délivrance</b>				
1 cause	13	100,0%	29	82,9%
Atonie utérine	8	61,5%	11	31,4%
Rétention placentaire	4	30,8%	7	20,0%
Lésions génitales et périnéales	1	7,7%	8	22,9%
Hystérotomie/saignements opératoire	0	0,0%	3	8,6%
2 causes	0	0,0%	5	14,3%
3 causes	0	0,0%	1	2,9%
<b>Issue périnéale (hors césarienne)</b>				
Périnée intact et eraillure	10	7,5%	102	21,3%
Déchirure périnéale simple et épisio	105	78,4%	361	75,2%
Périnée complet non compliqué	1	0,7%	8	1,7%
Non renseigné (dont césariennes)	18	13,4%	9	1,9%

	<b>≥ 3 heures à dilatation</b>		<b>&lt; 3 heures à dilatation</b>	
	<b>134</b>		<b>480</b>	
<b>Apgar à 5 min</b>				
> 7	133	99,3%	478	99,6%
≤ 7	1	0,7%	2	0,4%
<b>pH au cordon</b>				
≥ 7,20	84	62,7%	327	68,1%
]7,10 - 7,20[	42	31,3%	132	27,5%
≤ 7,10	5	3,7%	0	0,0%
Non renseigné	3	2,2%	21	4,4%
<b>Transfert en réanimation/néonatalogie</b>				
Oui	4	3,0%	9	1,9%
Non	130	97,0%	471	98,1%
<b>Poids de naissance (g)</b>				
Moyenne +/- ecart-type	3400	411	3297	410
Non renseigné				
<b>Périmètre crânien à la naissance (cm)</b>				
< 34 cm	27	20,1%	106	22,1%
[34 - 36 cm]	82	61,2%	323	67,3%
> 36 cm	21	15,7%	43	9,0%
Non renseigné	4	3,0%	8	1,7%

# Critères d'exclusion

- Pathologie chronique maternelle :
  - Cardiopathie
  - Maladie auto-immune
  - Diabète préexistant à la grossesse (insulino-dépendant ou non)
  - Cancer
  - Épilepsie
  - HTA préexistante à la grossesse
- Pathologie gynécologique :
  - Utérus cicatriciel d'origine gynécologique
  - Fibrome
  - Malformation génitale
  - Antécédent de chirurgie de la vulve ou du vagin
- Complication de la grossesse :
  - Hypertension artérielle gravidique
  - Pré-éclampsie
  - Anomalie de la placentation
  - Diabète gestationnel déséquilibré avec retentissement fœtal
  - Rupture prématurée des membranes avant 37 SA
- Césarienne programmée avant le travail
- Césarienne en cours de travail avant dilatation complète.
- ARCF nécessitant une surveillance de deuxième ligne pendant le 1<sup>er</sup> stade du travail (pH au scalp)
- Siège et présentation transverse
- Pathologie fœtale :
  - Malformation fœtale
  - RCIU
  - PAG < 3<sup>ème</sup> percentile
  - Macrosomie > 97<sup>ème</sup> percentile
- Alcool/ drogue pendant grossesse