

TABLE RONDE : QUELLE MÉDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT À TERME ?

Interventions pendant le travail :
Rupture, ocytocine, accouchement
instrumental

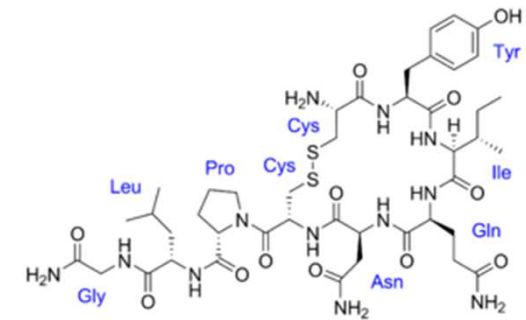
Camille Le Ray

Maternité Port Royal, Paris
INSERM U1153, équipe EPOPé



RAM et oxytocine

Historique

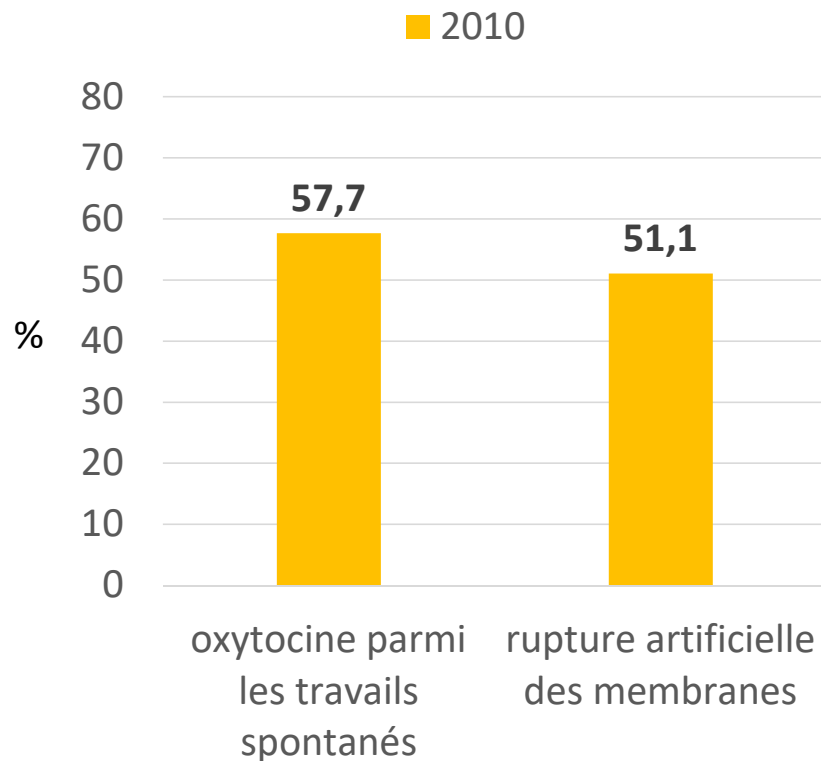


- « **Active management of labour** » décrit 1969 par O'Driscoll

Objectif durée du travail < 12h, pour les primipares:

- Diagnostic début de travail
 - Amniotomie 1 h après admission
 - Oxytocine 1 h après amniotomie, si dilatation <1cm/h
 - Suivi en « One to one »
-
- **Pratique** ancienne et courante
-
- **Efficacité** pour diminuer la durée du travail mais inefficace pour diminuer **le taux de césarienne**

Prise de conscience d'une utilisation excessive de l'oxytocine



Enquêtes Nationales Périnatales

Dans les pays voisins des taux beaucoup plus faibles :

	Oxytocine	Césarienne
Royaume Uni	23 %	26 %
Pays Bas	19 %	17 %
Suède	33 %	18 %

Severe asphyxia due to delivery-related malpractice in Sweden 1990–2005

Belglund et al. BJOG 2008

S Berglund,^a C Grunewald,^a H Pettersson,^a S Cnattingius^b

^a Department of Clinical Science and Education, Södersjukhuset, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden ^b Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

Correspondence: Dr S Berglund, Department of Obstetrics and Gynaecology, Södersjukhuset S-118 83 Stockholm, Sweden.
Email sophie.berglund@sodersjukhuset.se

Table 1. The most common events of malpractice in relation to delivery causing severe asphyxia

	<i>n</i> (%)
Neglecting to supervise fetal wellbeing	173 (98)
No CTG recording after admission test	12
Uninterpretable CTG recordings (poor quality)	41
No FBS despite a clear indication	100
No follow up of previous FBS despite nonassuring CTG	20
Neglecting signs of fetal asphyxia	126 (71)
More than 45 minutes from onset of pathological CTG to birth	126
Increasing intravenous oxytocin infusion despite pathological CTG*	126
Hyperstimulation of uterine contractions**	61
Malpractice around delivery	92 (52)
Time from decision on delivery to birth exceeded 30 minutes	44
Spontaneous vaginal delivery despite long-standing (>45 minutes) pathological or uninterpretable CTG recordings	48
Traumatic instrumental delivery	44
Inadequate trial of labour	25
Too much time using the vacuum extractor to deliver (>20 minutes)***	19

Description des causes de plaintes pour asphyxie périnatale liées à des mauvaises pratiques (N=177)

→ Dans 71% des cas il était retrouvé une augmentation de l'oxytocine malgré un RCF pathologique

Oxytocin during labour and risk of severe postpartum haemorrhage: a population-based, cohort-nested case-control study



Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C.

Etude cas-témoin à partir des données de l'essai PITHAGORE6 en 2005-2006
6 réseaux – 106 maternités françaises

→ **Association indépendante et dose-dépendante** entre administration d'oxytocine pendant le travail et risque d'HPP grave

- Sur-risque significatif pour des doses de pratique courante
- Effet « atténué » chez les femmes recevant une injection prophylactique d'oxytocine après la naissance

Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour (Review)



Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG

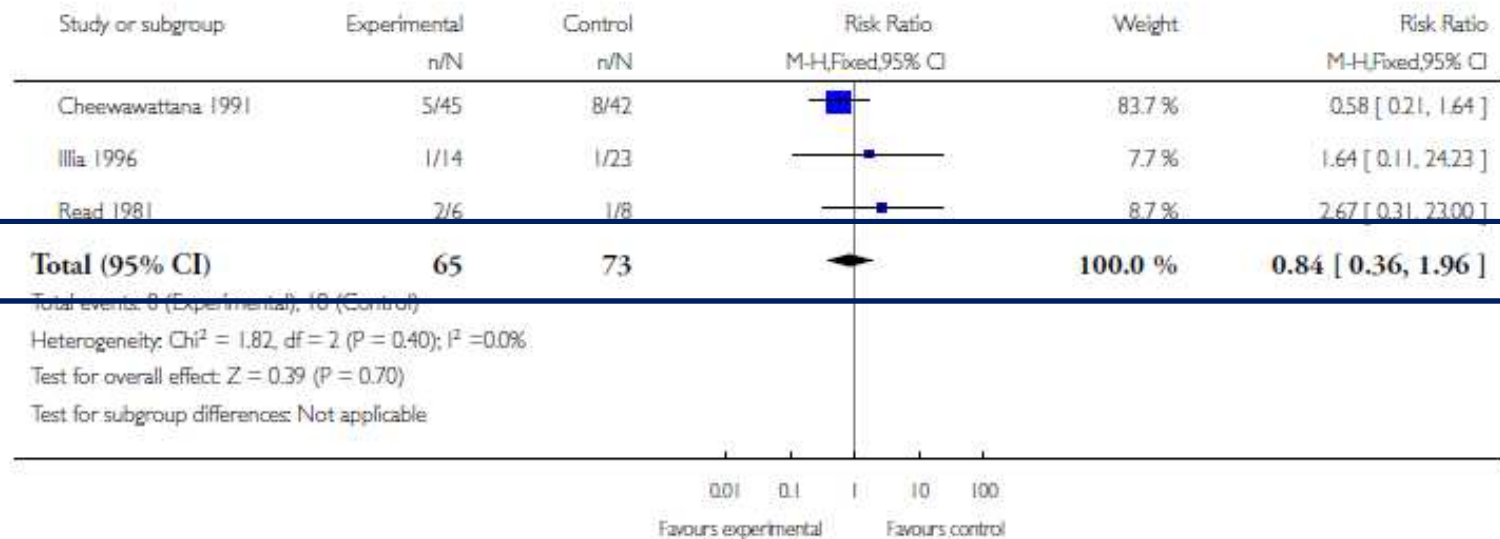
2013

Analysis 1.1. Comparison 1 **Intravenous oxytocin versus no treatment**, Outcome 1 Caesarean section.

Review: Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour

Comparison: 1 Intravenous oxytocin versus no treatment

Outcome: 1 Caesarean section



Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour (Review)

Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG



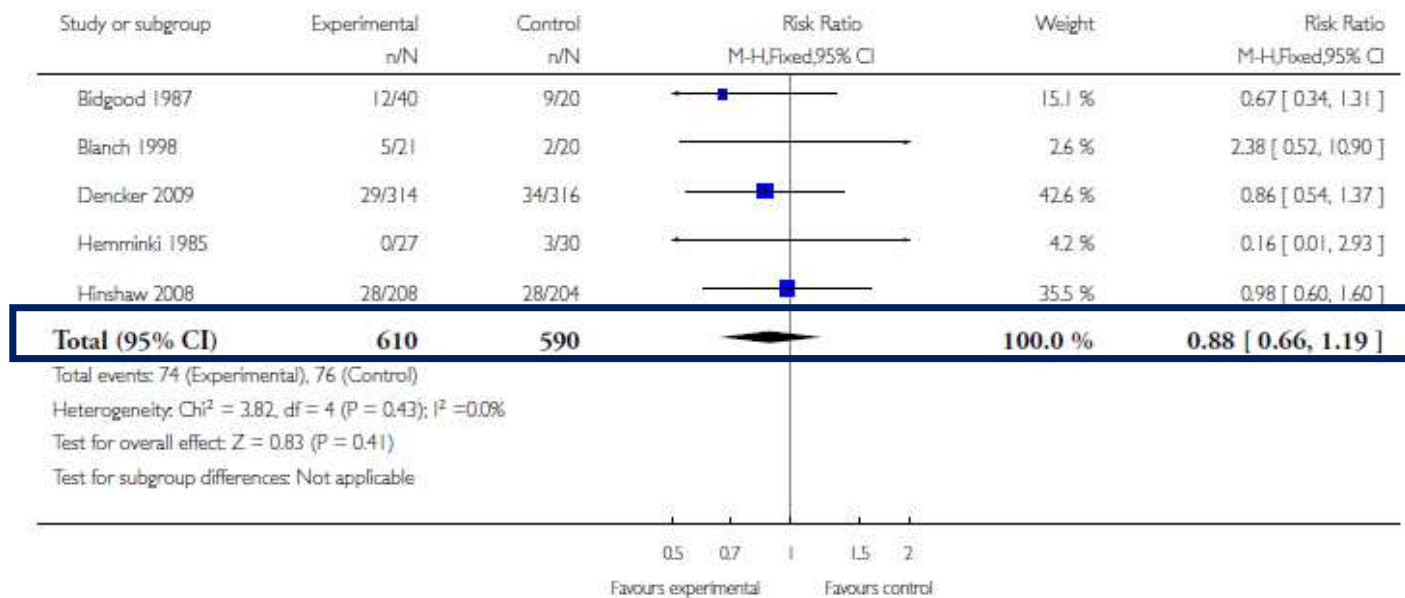
2013

Analysis 2.2. Comparison 2 Early use of intravenous oxytocin versus delayed use, Outcome 2 Caesarean section.

Review: Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour

Comparison: 2 Early use of intravenous oxytocin versus delayed use

Outcome: 2 Caesarean section



Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour (Review)

Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG

Plus de risque d'hyperstimulation utérine avec anomalies du RCF

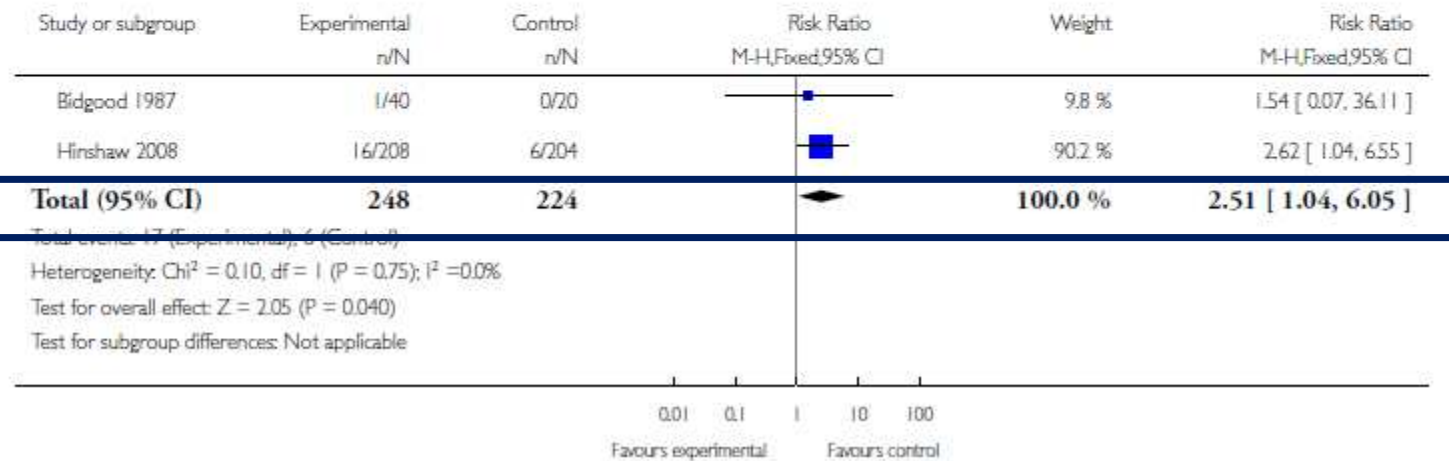


Analysis 2.1. Comparison 2 Early use of intravenous oxytocin versus delayed use, Outcome 1 Uterine hyperstimulation with fetal heart rate changes necessitating intervention.

Review: Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour

Comparison: 2 Early use of intravenous oxytocin versus delayed use

Outcome: 1 Uterine hyperstimulation with fetal heart rate changes necessitating intervention



Diminuer RAM et oxytocine sans effet sur le taux de césarienne

A partir des données des ENP 2010 et 2016 dans différents sous-groupes

Et

En ajustant sur âge maternel, IMC, parité, âge gestationnel, analgésie péridurale, statut de la maternité et taille de la maternité

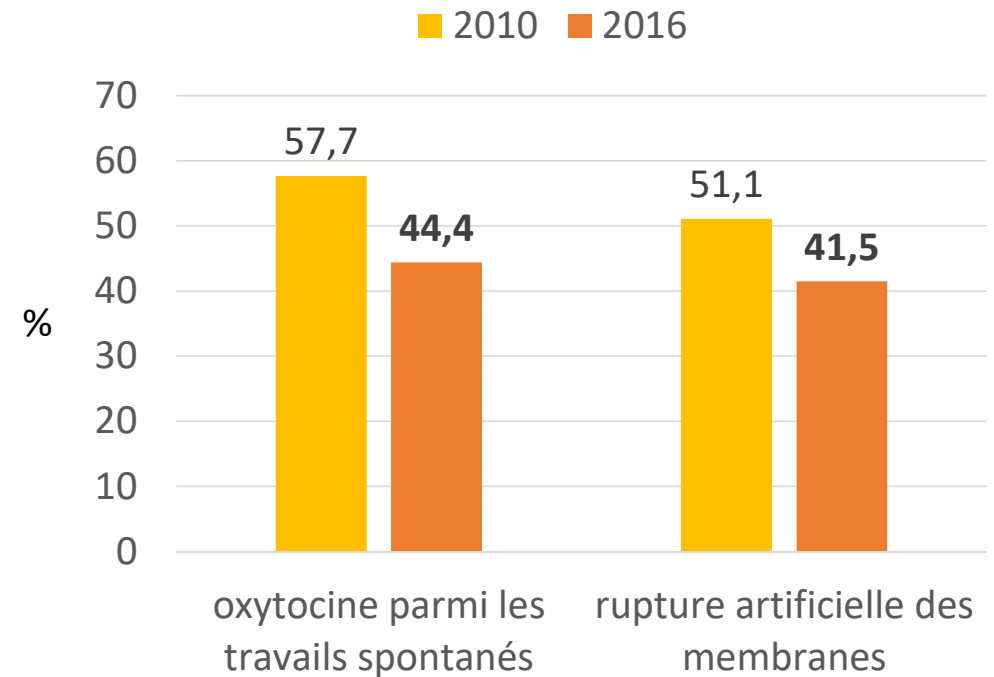


Table 2. Association Among the Year of Delivery, Women's Individual Characteristics, Maternity Unit Status and Volume, and Augmentation of Labor Indicators in the Overall Study Cohort, Multivariable Analysis*

Characteristics	Oxytocin Administration			AROM			Oxytocin and AROM			Cesarean Delivery		
	aOR	95% CI	P	aOR	95% CI	P	aOR	95% CI	P	aOR	95% CI	P
Study year												
2010	Ref		<.01	Ref		<.01	Ref		<.01	Ref		.28
2016	0.51	0.47–0.55		0.66	0.62–0.71		0.53	0.50–0.58		0.93	0.82–1.06	

*Girault et al.
Obstet Gynecol*

Recommandations pour la pratique clinique

Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Texte court des recommandations

Oxytocin administration during spontaneous labour: Guidelines for clinical practice. Guidelines short text

C. Dupont^{a,*,b}, M. Carayol^c, C. Le Ray^{d,e}, C. Barasinski^f, R. Beranger^g, A. Burguet^h, A. Chantry^{e,i}, C. Chiesa^e, B. Coulm^e, A. Evrard^j, C. Fischer^d, L. Gaucher^{b,k,l}, C. Guillou^m, F. Leroyⁿ, E. Phan^o, A. Rousseau^p, V. Tessier^q, F. Vendittelli^f, C. Deneux-Tharaux^e, D. Riethmuller^f



2017



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Avant 5-6 cm de dilatation cervicale,

Il est recommandé de ne pas poser de diagnostic de dystocie dynamique (AP)

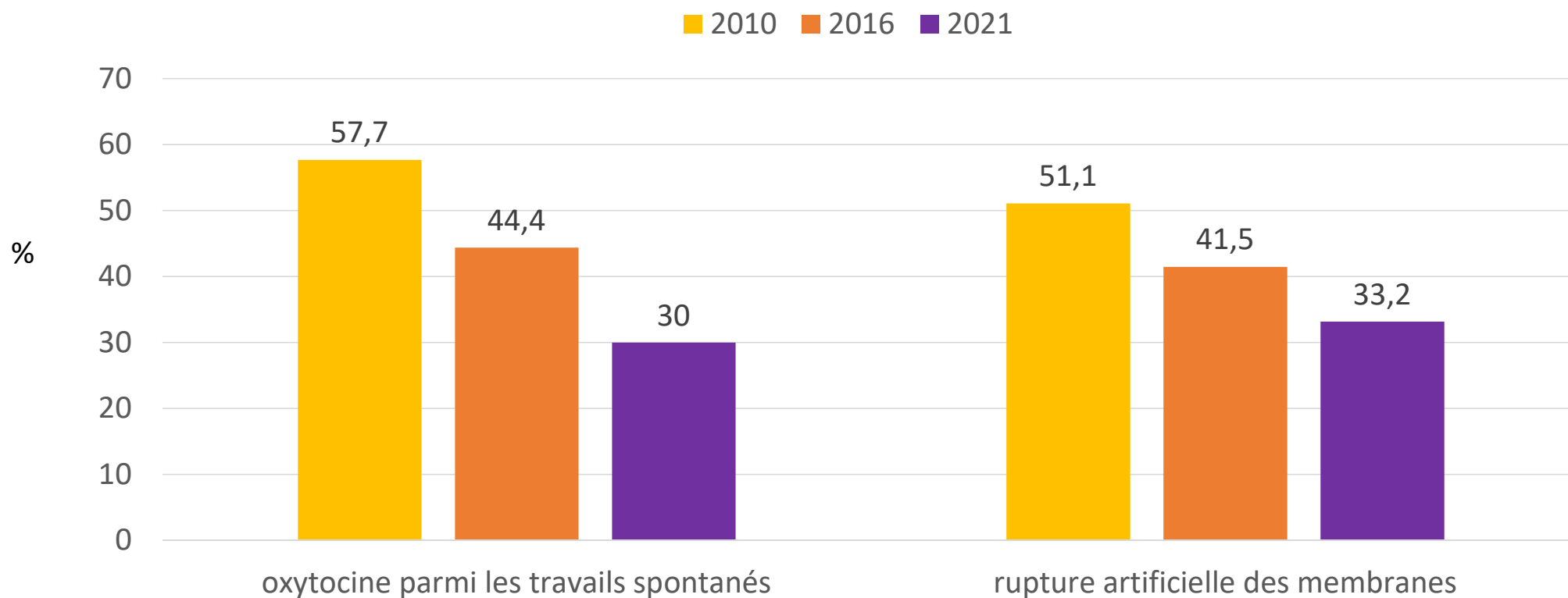
Il est recommandé : de ne pas réaliser une amniotomie et de ne pas administrer d'oxytocine (Grade B)

Après 5-6 cm, il est recommandé de considérer qu'une vitesse de dilatation est anormale si $< 1 \text{ cm}/4 \text{ h}$ entre 5 et 7 cm et $< 1 \text{ cm}/2 \text{ h}$ au-delà de 7 cm (Grade B)

En cas de dystocie dynamique avérée, il est recommandé de pratiquer une amniotomie avant l'administration d'oxytocine

Dès lors que l'amniotomie est réalisée, il est recommandé d'attendre au moins une heure pour évaluer son effet sur la vitesse de dilatation avant d'administrer l'oxytocine (AP)

Où en est-on en 2021 ...



Enquêtes Nationales Périnatales

Et si on arrêta l'oxytocine en phase active ?

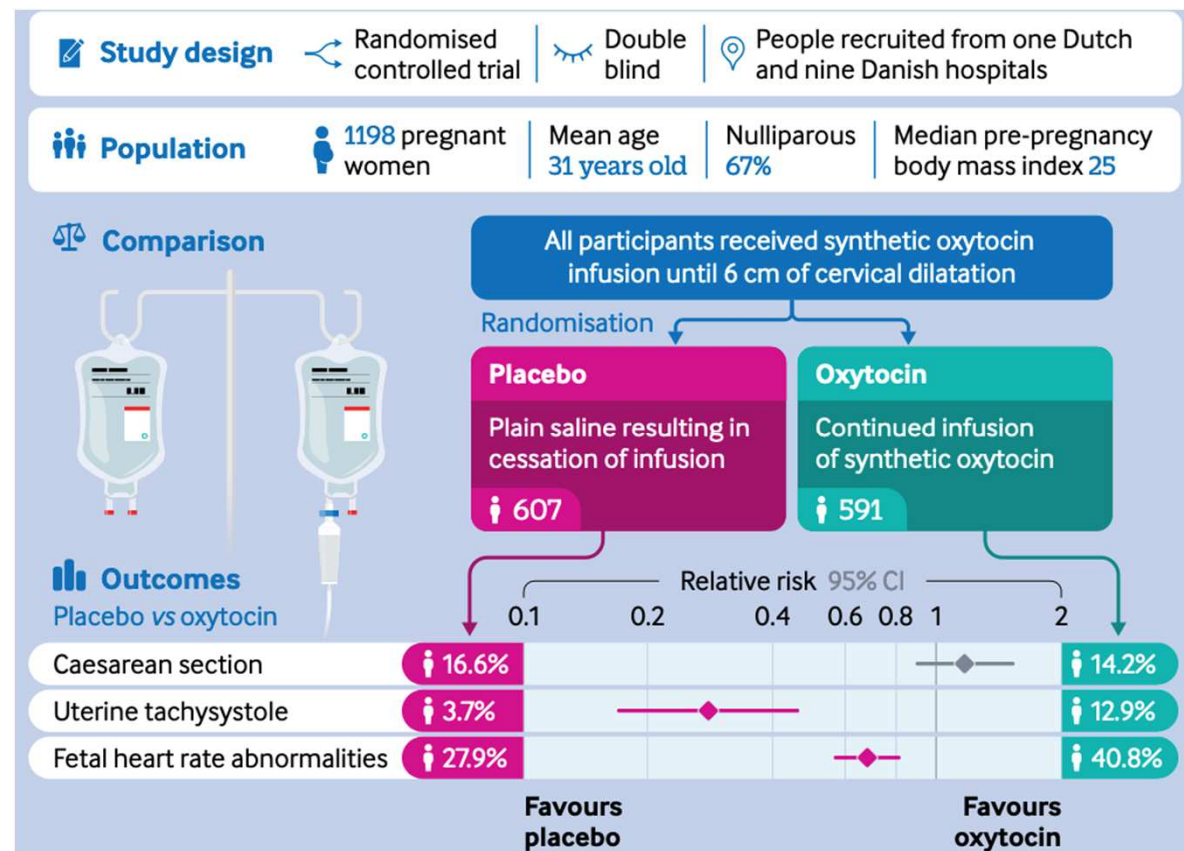
Continued versus discontinued oxytocin stimulation in the active phase of labour (CONDISOX): double blind randomised controlled trial

Sidsel Boie,¹ Julie Glavind,² Niels Ulbjerg,² Philip J Steer,³ Pinar Bor,¹ on behalf of the CONDISOX trial group

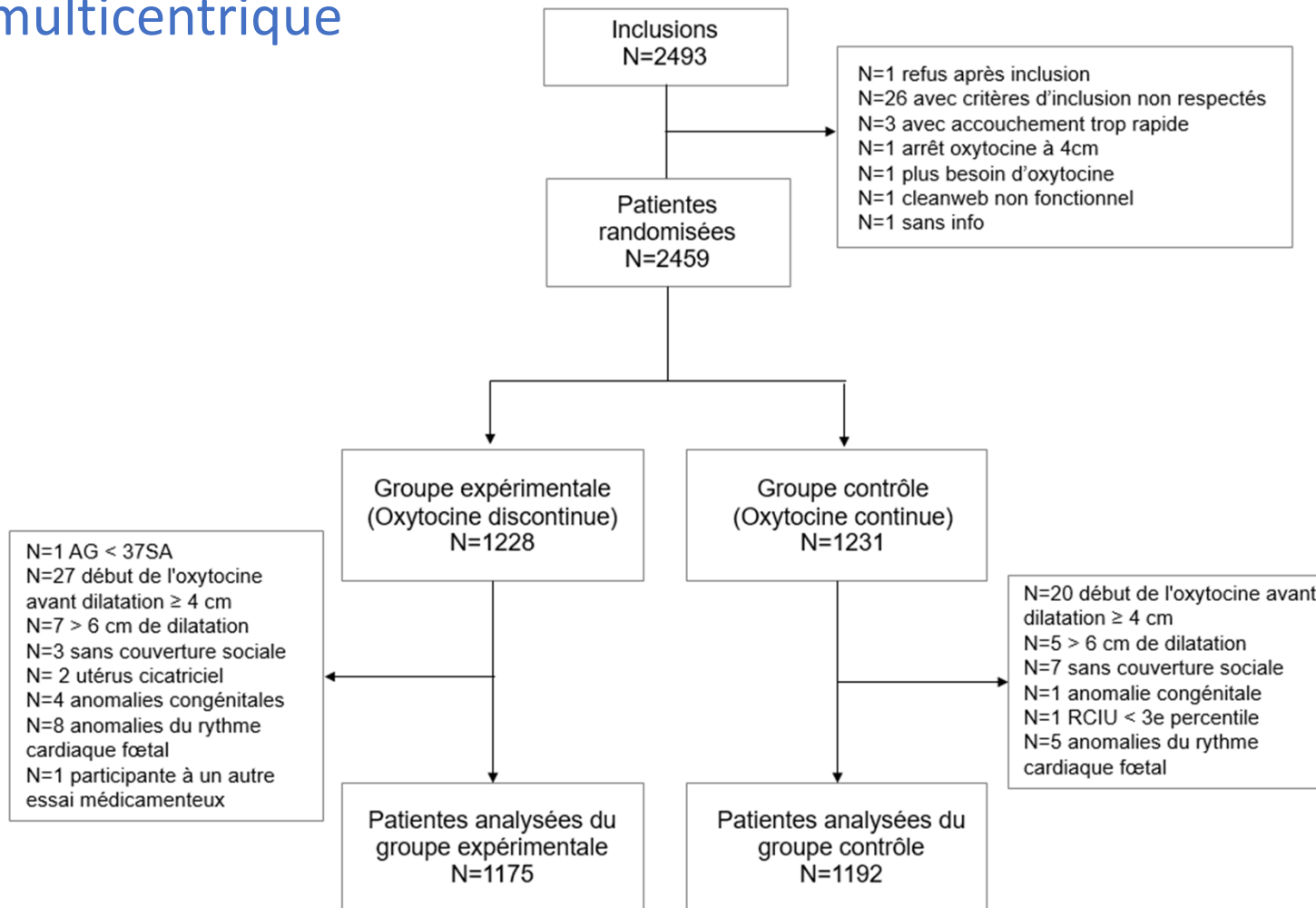
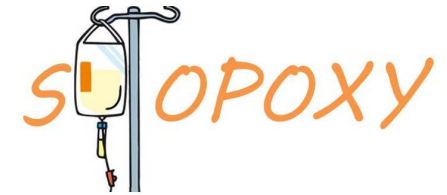
BMJ 2021

Critère de jugement principal : césarienne

Diminution non significative du risque d'HPP dans le groupe « oxytocine discontinu »
13,8% vs 17,3%, RR=0,80 [0,61-1,05]

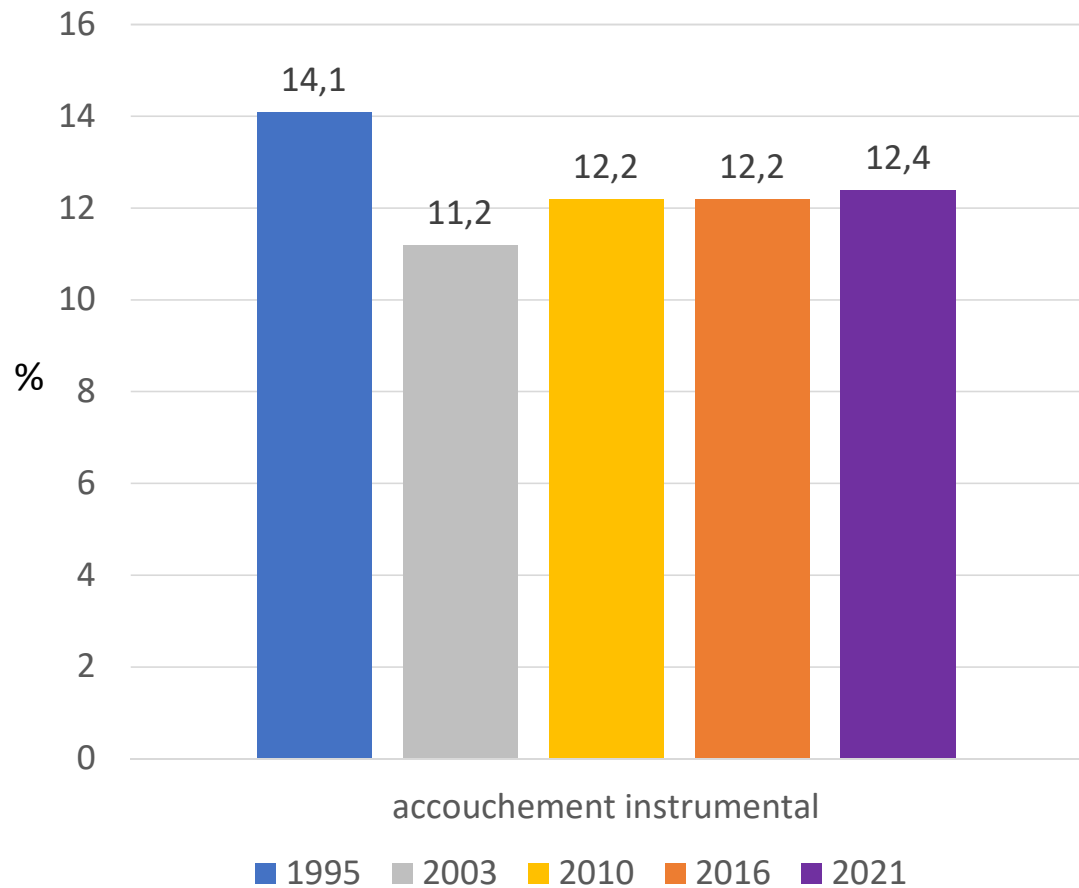


Réduction de la morbidité néonatale par l'arrêt de l'administration d'oxytocine en phase active du premier stade du travail : essai contrôlé randomisé multicentrique



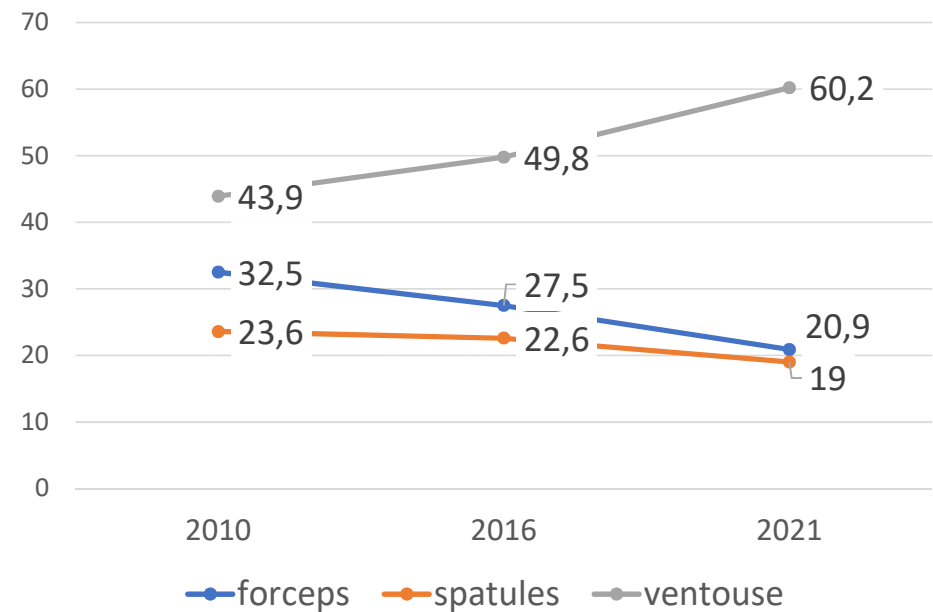
Accouchement instrumental

Evolutions en France



En 2021, taux d'accouchement instrumental :

- Parmi les primipares : 23,2%
- Parmi les multipares : 5,1%



Pourquoi diminuer le taux d'accouchement instrumental ?

- Diminuer le risque de complication maternelle
- Diminuer le risque de complication fœtale
- Diminuer le risque d'épisiotomie
- Améliorer le vécu des femmes

Sans augmenter le risque d'asphyxie !

Comment diminuer les accouchements instrumentaux ?

La gestion du 2^e stade du travail

- Durée des efforts expulsifs

La sage-femme

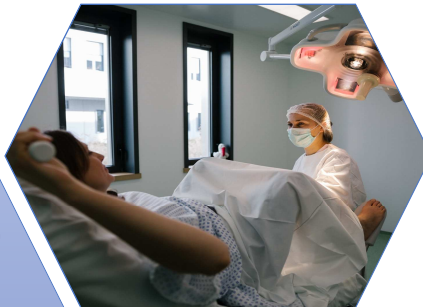
- Disponibilité
- Technique de poussée

La mère

- Analgésie
- Posture

Le fœtus

- Position



Recommandations de la HAS 2018



- Ne pas débiter les efforts expulsifs (EE) dès l'identification d'une dilatation complète mais de laisser descendre la présentation (grade A)
- Afin de diminuer la durée des EE et le taux de naissance opératoire, il est conseillé, si l'état maternel et fœtal le permettent, de débiter les EE en cas d'envie impérieuse maternelle de pousser ou lorsque la présentation a atteint au moins le détroit moyen (AE)
- Les données de la littérature ne permettent pas de recommander précisément une durée maximale de la phase d'expulsion

Poussées modérées vs. Poussées intensives

Alternative to intensive management of the active phase of the second stage of labor: a multicenter randomized trial (Phase Active du Second STade trial) among nulliparous women with an epidural

Camille Le Ray, MD, PHD; Patrick Rozenberg, MD, PhD; Gilles Kayem, MD, PhD; Thierry Harvey, MD; Jeanne Sibiude, MD, PhD; Muriel Doret, MD, PhD; Olivier Parant, MD, PhD; Florent Fuchs, MD, PhD; Delphine Vardon, MD; Elie Azria, MD, PhD; Marie-Victoire Sénat, MD, PhD; Pierre-François Ceccaldi, MD, PhD; Aurélien Seco, MSc; Charles Garabedian, MD, PhD; Anne Alice Chantry, RM, PhD; On behalf of the Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie



AmJOG 2022

Intervention : “Poussée modérée”

Max 2 poussées/CU

Contraction sans effort de poussée toutes les 5 CU

ou plus fréquemment

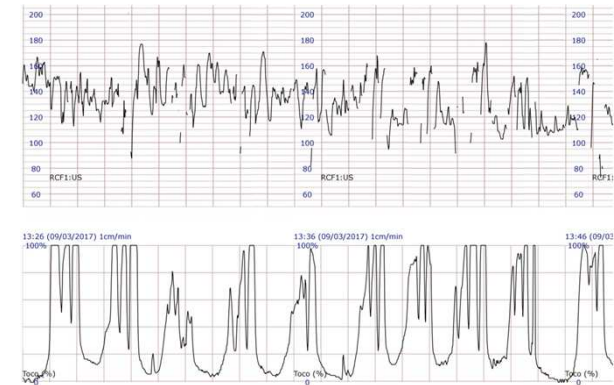
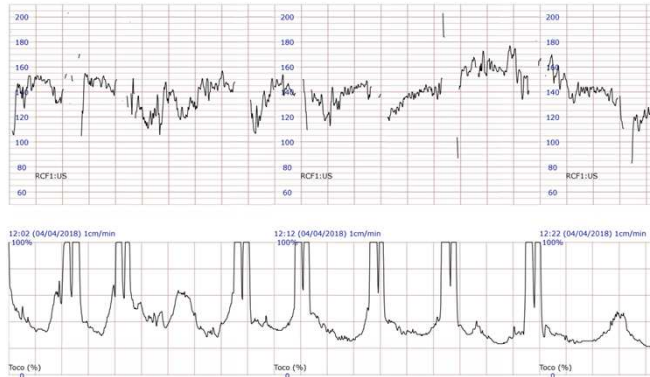
Pas de limite de durée des EE

Contrôle : “Poussée intensive”

3 poussées/ CU sur toutes les CU

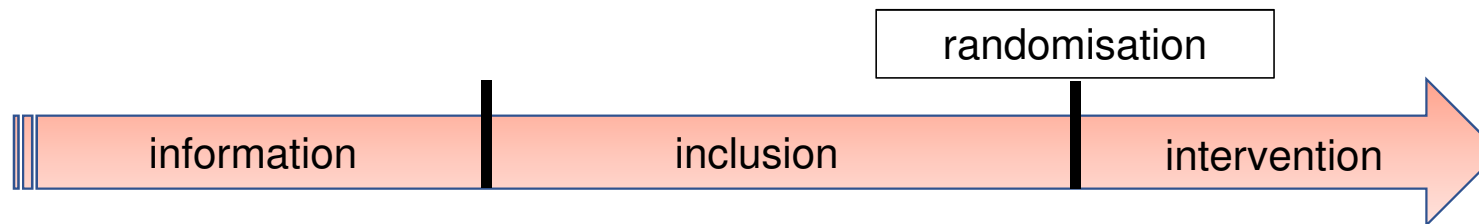
Pas de pause durant les EE

Appel de l’obstétricien à 30 minutes
mais pas de recours à une extraction
systématique

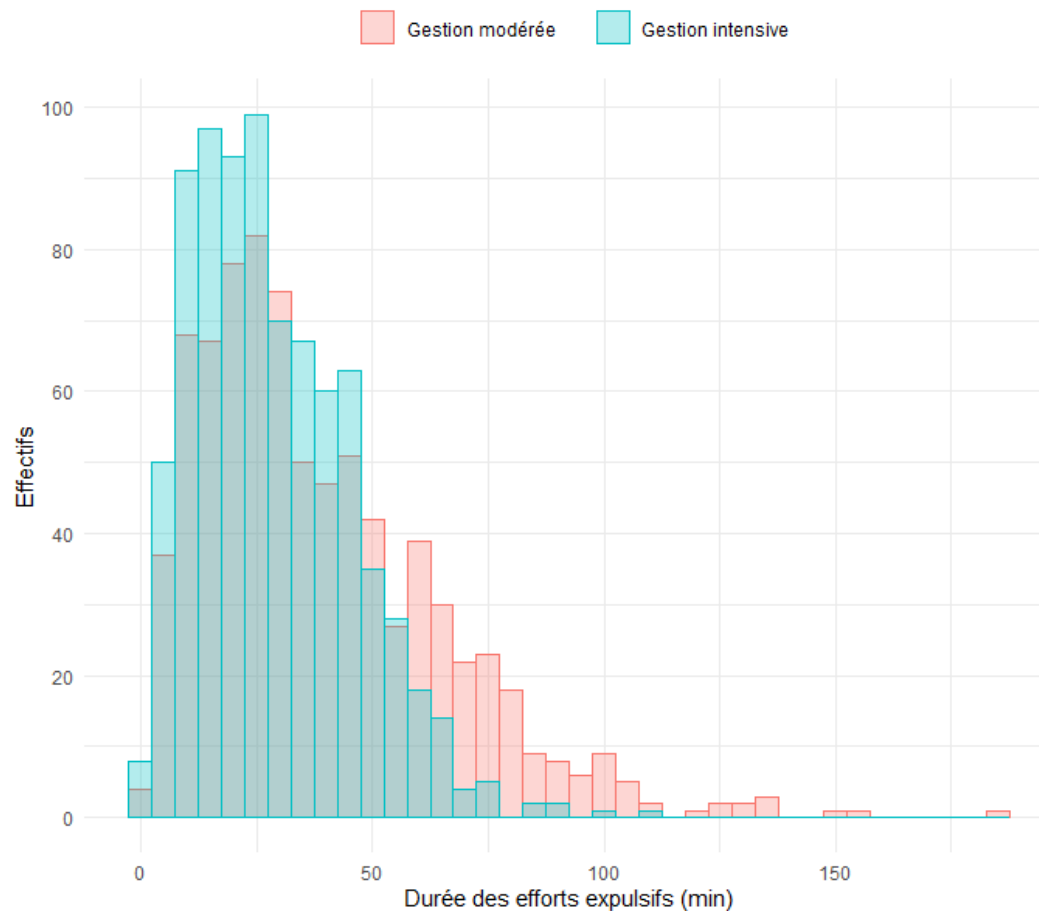


Exemple sur 6 contractions (≈ 20-30 minutes) :

- **Intervention** : 2 poussées – 2 poussées – 2 poussées – 2 poussées – pause = 8 poussées
- **Contrôle** : 3 poussées – 3 poussées – 3 poussées – 3 poussées – 3 poussées = 15 poussées



Durée des efforts expulsifs – essai PASST



- Gestion modérée :

Moyenne : 38,8 min

Médiane (IQ) : 32 min (19-54)

Min-max : 0-185 min

- Gestion intensive :

Moyenne : 28,6 min

Médiane (IQ) : 26 min (15-40)

Min-max : 0-112 min

Indicateurs de respect de l'intervention	Gestion modérée N=809	Gestion intensive N= 809	p
Durée des EE (min)	38,8 +/- 26,4	28,6 +/-17,0	<0,001
Nombre de poussée / CU			<0,001
- 1	3 (0,4)	2 (0,2)	
- 2	753 (93,1)	20 (2,5)	
- 3	49 (6,1)	781 (96,0)	
- 4 ou +	4 (0,5)	3 (0,4)	
Nombre de CU durant les EE	13 (8-21)	10 (6-16)	<0,001
Nombre de poussées durant les EE	24 (14-36)	30 (18-45)	<0,001
Nombre de CU sans poussée (= pause)	2 (1-3)	0 (0-0)	<0,001

	Gestion modérée N=809	Gestion intensive N= 809	RR (IC95 %)	p
CJP composite	153/802 (19,1)	167/803 (20,8)	0,92 (0,75-1,12)	0,39
- pH <7,15	75 (9,5)	79 (9,9)		
- Base excès <-10 mmol/l	19 (3,9)	25 (5,2)		
- Lactates > 6 mmol/l	119 (20,4)	132 (22,7)		
- Apgar à 5 minutes < 7	12 (1,5)	7 (0,9)		
- Traumatisme néonatal	1 (0,1)*	5 (0,6)**		
Extraction instrumentale	171 (21,1)	201 (24,8)	0,85 (0,71-1,02)	0,08
Episiotomie	109 (13,5)	114 (17,8)	0,76 (0,60-0,95)	0,02
Lésion périnéale du 3 ^e et 4 ^e degré	15 (1,9)	10 (1,2)	1,51 (0,68-3,33)	0,31
HPP >500 ml	55 (6,8)	58 (7,2)	0,95 (0,67-1,36)	0,78
HPP sévère	19 (2,4)	26 (3,2)	0,73 (0,41-1,31)	0,29

Risques liés aux variétés postérieures

	Primipares		Multipares	
	Postérieur (N=141)	Antérieur (N=5815)	Postérieur (N=105)	Antérieur (N=7728)
Travail > 12h	18%	4%	5%	0%
Voie basse spontanée	29%	73%	55%	93%
Césarienne	26%	9%	17%	4%
Forceps	29%	7%	21%	1%
Ventouse	16%	11%	7%	2%
Périnée complet	7.8%	1.9%	6.7%	0.3%

Fitzpatrick Obstet Gynecol 2001

Les postures maternelles n'ont pas montré leur efficacité pour faire tourner les variétés postérieures

Randomized Controlled Trial of Hands-and-Knees Positioning for Occipitoposterior Position in Labor

Robyn Stremler, RN, PhD, Ellen Hodnett, RN, PhD, Patricia Petryshen, RN, PhD, Bonnie Stevens, RN, PhD, Julie Weston, RN, MSc, and Andrew R Willan, PhD, for the Labour Position Trial Group

Birth 2005

OBSTETRICS

Is maternal posturing during labor efficient in preventing persistent occiput posterior position? A randomized controlled trial

Raoul Desbriere, MD; Julie Blanc, MD; Renaud Le Dú, MD; Jean-Paul Renner, MD; Xavier Carcopino, MD, PhD; Anderson Loundou, PhD; Claude d'Ercole, MD

AmJOG 2012

Lateral asymmetric decubitus position for the rotation of occipito-posterior positions: multicenter randomized controlled trial EVADELA

Camille Le Ray, MD, PhD; Flavie Lepleux, RM; Aurélie De La Calle, RM; Jessy Guerin, RM; Nathalie Sellam, RM; Michel Dreyfus, MD; Anne A. Chantry, RM, PhD

AmJOG 2016

Maternal positioning to correct occiput posterior fetal position during the first stage of labour: a randomised controlled trial

MJ Guittier,^{a,b} V Othenin-Girard,^b B de Gasquet,^c O Irion,^b M Boulvain^b

BJOG 2016

Prophylactic manual rotation of occiput posterior and transverse positions to decrease operative delivery: the PROPOP randomized clinical trial

AmJOG 2021

Julie Blanc, MD, PhD; Pierre Castel, MD, PhD; Franck Mauviel, MD; Karine Baumstarck, MD, PhD; Florence Bretelle, MD, PhD; Claude D'Ercole, MD, PhD; Jean-Baptiste Haumonte, MD

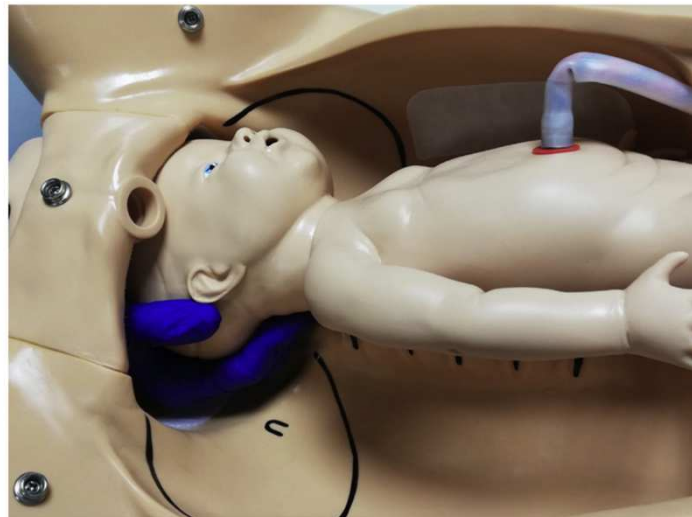


TABLE 2

Primary and secondary outcomes by randomization group

Outcome	Intervention group (trial of prophylactic manual rotation) (n=126)	Standard group(no trial of prophylactic manual rotation) (n=131)	Odds ratio (95% CI)	P value
Primary outcome				
Operative delivery	37 (29.4)	54 (41.2)	0.593 (0.353–0.995)	.047
Primary outcome components				
Instrumental delivery	31 (24.6)	45 (34.4)	0.624 (0.362–1.073)	.087
Cesarean delivery	6 (4.8)	9 (6.9)	0.678 (0.234–1.963)	.471
Prespecified secondary outcomes				
Length of second stage of labor (min)	146.7±64.4	164.4±58.2		.028
Postpartum hemorrhage	9 (7.1)	7 (5.3)	1.363 (0.492–3.777)	.551
Perineal tears, No. (%)	92 (73.0)	96 (73.8)	0.958 (0.550–1.669)	.880
Obstetrical anal sphincter injury	4 (4.7)	4 (4.7)		>.99
Episiotomy	24 (26.1)	27 (28.1)	0.902 (0.474–1.717)	.753
Apgar score at 5 min	9.8 (0.7)	9.6 (1.0)		.049
10-min Apgar score <5	0	1 (0.8)		>.99
Arterial umbilical pH <7.10	5 (4.0)	4 (3.1)	3.803 (0.419–34.531)	.235
Neonatal intensive care unit admission	1 (0.8)	4 (3.1)		.371

Data are presented as number (percentage) or mean±standard deviation, unless otherwise specified.

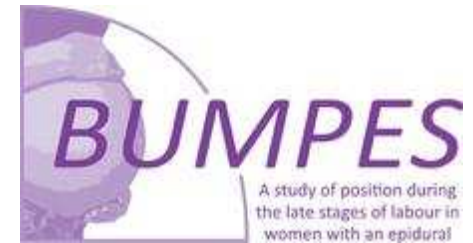
CI, confidence interval; SD, standard deviation.

Blanc et al. Prophylactic manual rotation of occiput posterior and transverse positions. Am J Obstet Gynecol 2021.

Positions des femmes à l'accouchement

Upright versus lying down position in second stage of labour in nulliparous women with low dose epidural: BUMPES randomised controlled trial

The Epidural and Position Trial Collaborative Group



Essai randomisé multicentrique UK

2010-2014, dans 41 maternités

3093 primipares avec péridurale

2 groupes :

- Position verticale : assise, 4 pattes ...
- Position horizontale : DD, DLG

Hypothèse : augmentation des VBS chez les femmes accouchant en position verticale

	Position verticale (N=1556)	Position horizontale (N=1537)	RR(95%CI)
VB spontanée	35,2%	41,1%	0,86 (0,78-0,94)
VB instrumentale	54,6%	50,6%	1,08 (0,99-1,18)
Césarienne	10,2%	8,3%	1,23 (0,92-1,64)
HPP (transfusion)	4,1%	3,4	1,20 (0,75-1,93)
Episiotomie	58,8%	54,6%	1,07 (0,99-1,16)
LOSA	6.5%	5.3%	1,27 (0.88-1.84)
Acidose (pH<7,05 et BD>12mmol/l)	0,4%	1,2%	0,35 (0,10-1,18)

En France (ENP 2021) chez les primipares : 23% d'extraction instrumentale

➔ **extrapolation des résultats ?**

Soutien continu durant le travail



Cochrane
Library

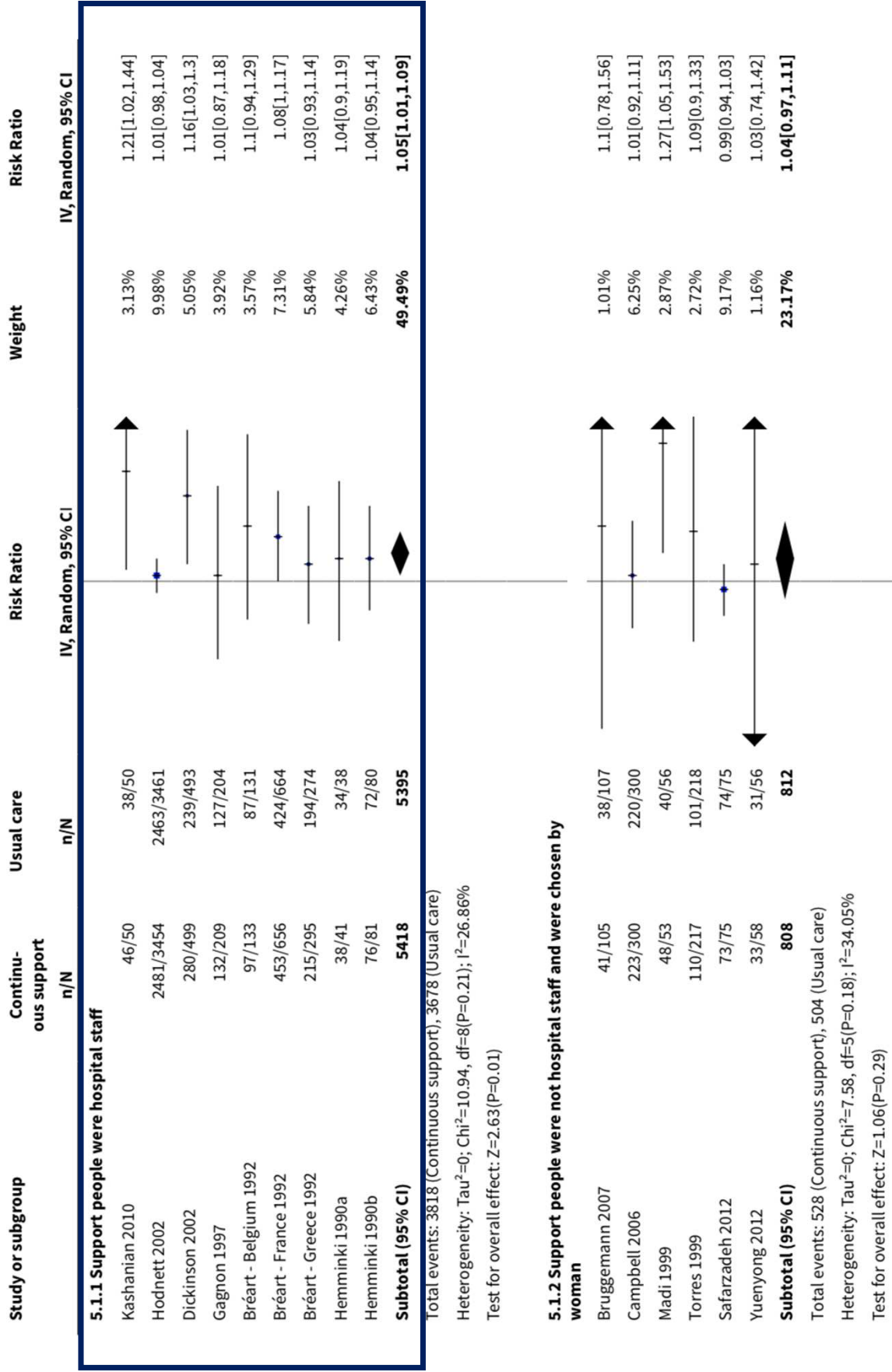
Cochrane Database of Systematic Reviews

Continuous support for women during childbirth (Review)

Bohren MA, Hofmeyr GJ, Sakala C, Fukuzawa RK, Cuthbert A

2017

Analysis 5.1. Comparison 5 Continuous support versus usual care - variations in provider characteristics, Outcome 1 Spontaneous vaginal birth.



Conclusion : Vers une diminution des interventions durant le travail

- **Diminution importante du recours à l'amniotomie et l'oxytocine sans augmentation du taux de césarienne**
- **Le taux d'accouchement instrumental reste stable**
 - Concerne presque 1 primipares sur 2
 - Plus de ventouse
- **Des évolutions futures ?**
 - Arrêt de l'oxytocine en phase active
 - Pas de limitation arbitraire des efforts expulsifs et poussées modérées
 - One-to-one ... #1femme1sagefemme