

Définition du travail spontané et administration d'oxytocine

Rémi BERANGER, Anne CHANTERY, Laurent GAUCHER, Camille LE RAY

Corinne DUPONT, Didier RIETHMULLER, Marion CARAYOL,
Catherine DENEUX-THARAUX, Camille LE RAY

et le Groupe RPC

présenté par Laurent GAUCHER



CNSF

C N G O F



Réseau Périnatal
de Champagne-Ardenne

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

LA SOCIÉTÉ SAVANTE DES SAGES-FEMMES
RENCONTRE CHAMPARDENNAISE DU CNSF
29 SEPTEMBRE 2017

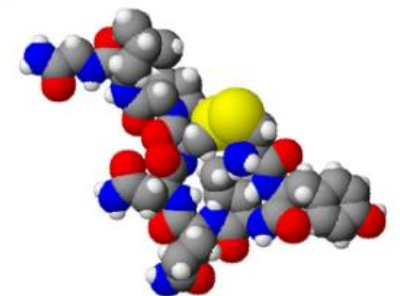
VIDAL 2017

Médicaments

RCP du 22/12/2016

Classe pharmacothérapeutique : HORMONE POST-HYPOPHYSIAIRE (H: Hormones systémiques, Hormones sexuelles exclues), code ATC : H01BB02 .

L'oxytocine est un ocytocique de synthèse, de constitution et de propriétés pharmacologiques identiques à celle de l'hormone ocytocique post-hypophysaire naturelle. Il augmente la fréquence et l'intensité des contractions utérines.



JUSTIFICATION (1)

Oxytocine pendant le travail = Facteur de risque d'HPP

Travaux de l'étude Pithagore 6 (2004-2005)

R.C. Rudigoz – C. Dupont

150 000 accts, 9000 cas d'HPP, 2500 cas d'HPP sévères

[Belghiti J et al. BMJ open 2011]

[Loscul C et al. JOGBR 2016]

RPC 2014 CNGOF

Prévention et traitement de l'HPP



F Goffinet, C. Deneux,
M. Carayol, C. Dupont

JUSTIFICATION (2)

Oxytocine pendant le travail spontané : Quelle utilisation en France ?

- 58% des patientes recevaient de l'oxytocine (ENP 2010)

[Belghiti J et al. JOGBR 2013]

- 1/3 des parturientes non informées

[CIANE 2012 communiqué de presse]

- Pas de RPC / travail spontané

OBJECTIFS

1. **Définir** le travail spontané normal
2. Préciser les **indications** de l'oxytocine
3. Association oxytocine et **analgésie péridurale**
4. **Interventions associées** à l'oxytocine

Après la pause

5. Décrire les **effets indésirables**
6. Présenter les **modalités d'administration**

Hors RPC

Aparté sur les classifications du RCF

POPULATION

- Patientes
 - Grossesse mono foétale
 - Sans utérus cicatriciel
 - À terme
 - Présentation céphalique
 - Sans RCIU /PAG connu
 - **Travail spontané**

METHODE (1)

Comité
d'organisation



CNSF
C. Dupont
M. Carayol



CNGOF
D. Riethmuller
C. Le Ray



INSERM
C. Deneux

Groupe
de travail

Cliniciens et chercheurs



Représentants
des usagers
A. Evrard/E. Phan

Choix des
questions

Revue de la
littérature

Classement en
niveau de
preuve

Classement en
grade

Relecteurs
(n=67 dont 33 GO
et 27 SF)

Corrections

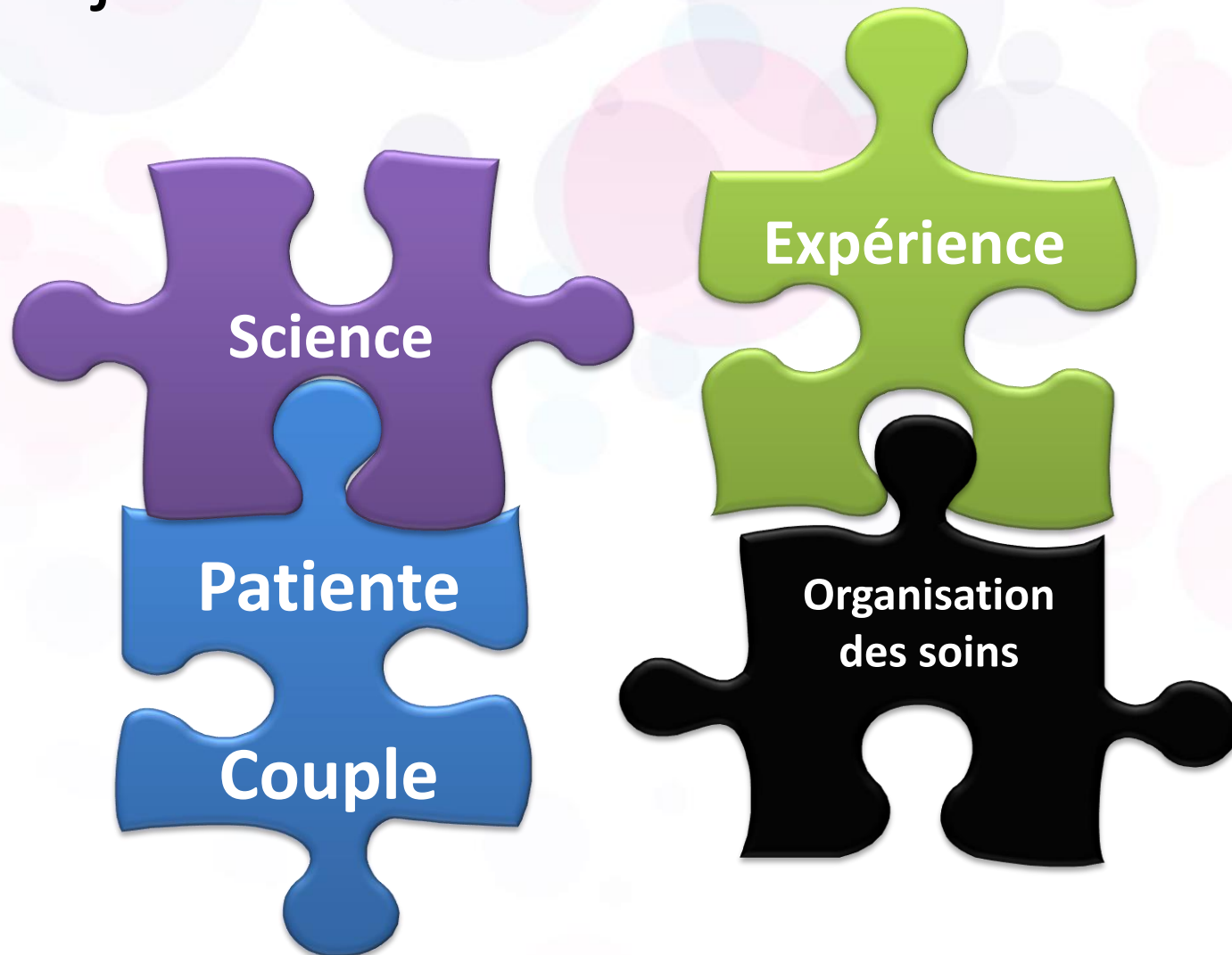
Publications

METHODE (2)

Niveau	Définition	Grade des recommandations
1	<ul style="list-style-type: none">• Essais comparatifs randomisés de forte puissance.• Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés• Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie A
2	<ul style="list-style-type: none">• Essais comparatifs randomisés de faible puissance.• Études comparatives non randomisées bien menées• Études de cohorte	Présomption scientifique B
3	<ul style="list-style-type: none">• Études cas-témoins	Faible niveau de preuve C
4	<ul style="list-style-type: none">• Études comparatives comportant des biais importants• Études rétrospectives• Séries de cas	Accord professionnel

METHODE (3)

Objectif = éclairer et non contraindre



Définition et caractéristiques du travail normal et anormal



R Beranger
Rennes - Inserm
SF, PhD



A Chantry
Paris – Inserm
SF, PhD

La Revue Sage-Femme (2017) 16, 6–21



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect

www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte

www.em-consulte.com



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

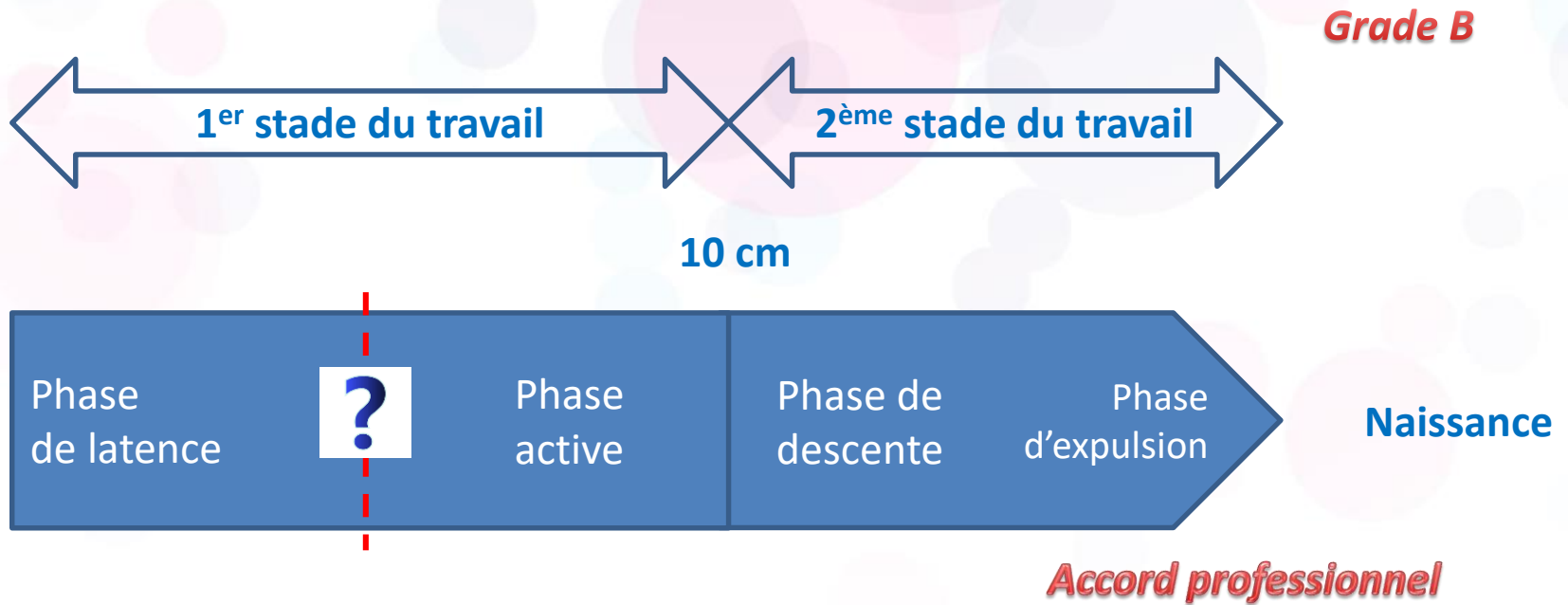
**Recommandations pour l'administration
d'oxytocine au cours du travail spontané.
Chapitre 1: définition et caractéristiques du
travail normal et anormal**



Définition et caractéristiques du travail normal et anormal

1^{er} stade du travail :

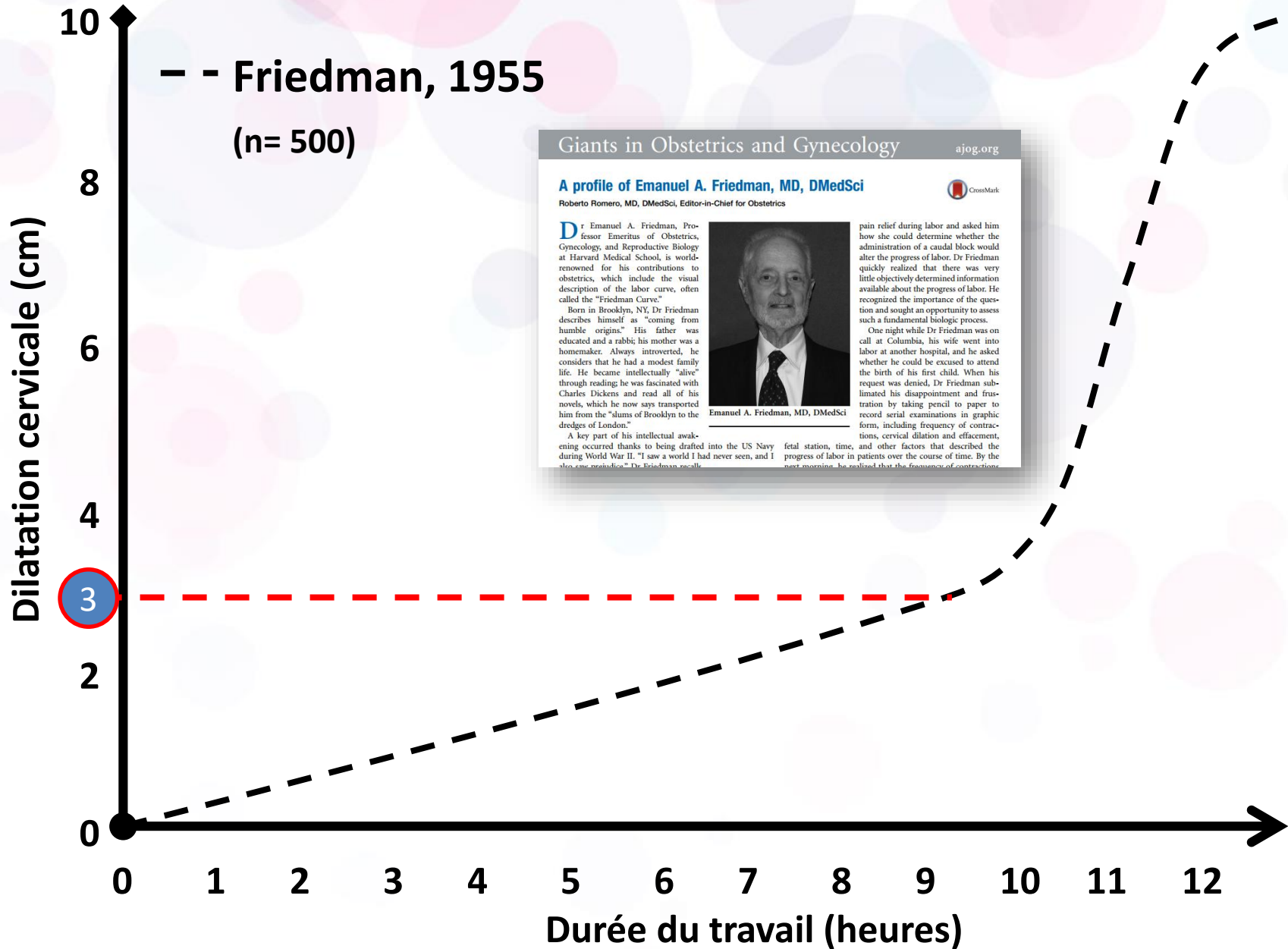
Il est recommandé de différencier la phase de latence de la phase active



Les courbes de Friedman


- Depuis les années 50, les normes établies par le Dr. E. Friedman servent de référence pour guider le travail obstétrical
 - Courbe en « S » caractéristique
 - Vitesse de dilatation considéré comme normale si ≥ 1 cm / heure
 - Sert de base pour guider les interventions des équipes obstétricales

Définition et caractéristiques du travail normal et anormal



Giants in Obstetrics and Gynecology ajog.org

A profile of Emanuel A. Friedman, MD, DMedSci
Roberto Romero, MD, DMedSci, Editor-in-Chief for Obstetrics



Dr Emanuel A. Friedman, Professor Emeritus of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology at Harvard Medical School, is world-renowned for his contributions to obstetrics, which include the visual description of the labor curve, often called the "Friedman Curve."

Born in Brooklyn, NY, Dr Friedman describes himself as "coming from humble origins." His father was educated and a rabbi; his mother was a homemaker. Always introverted, he considers that he had a modest family life. He became intellectually "alive" through reading; he was fascinated with Charles Dickens and read all of his novels, which he now says transported him from the "slums of Brooklyn to the dredges of London."

A key part of his intellectual awakening occurred thanks to being drafted into the US Navy fetal station, time, and other factors that described the progress of labor in patients over the course of time. By the next morning, he realized that the frequency of contractions

pain relief during labor and asked him how she could determine whether the administration of a caudal block would alter the progress of labor. Dr Friedman quickly realized that there was very little objectively determined information available about the progress of labor. He recognized the importance of the question and sought an opportunity to assess such a fundamental biologic process.

One night while Dr Friedman was on call at Columbia, his wife went into labor at another hospital, and he asked whether he could be excused to attend the birth of his first child. When his request was denied, Dr Friedman sublimated his disappointment and frustration by taking pencil to paper to record serial examinations in graphic form, including frequency of contractions, cervical dilation and effacement, fetal station, time, and other factors that described the progress of labor in patients over the course of time. By the next morning, he realized that the frequency of contractions

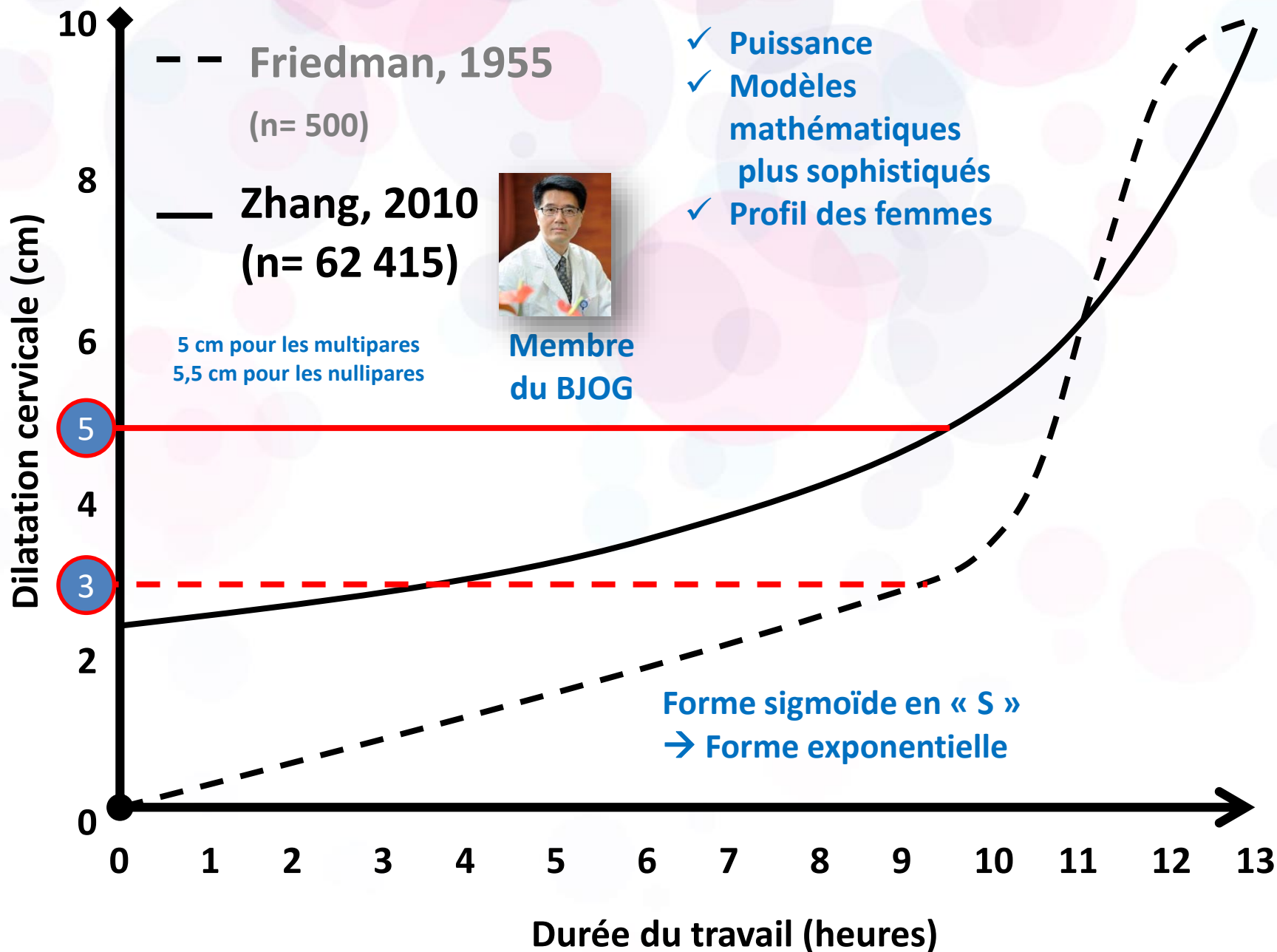
Impact du travail prolongé

- Versant maternel
 - Risque hémorragique ++ et lésion périnéales du 3^{ème} et 4^{ème} degré
 - Risque de décès augmentés (pays en voie de développement)
 - Risque d'infection augmenté (pays en voie de développement)
- Fœtus sont extrait au fur et à mesure si signe de souffrance dans les pays industrialisés
 - Pas d'excès de risque notable dans les pays industrialisés
 - Mais augmentation de la mortalité dans les pays du tiers monde

Remise en question

- Dès les années 90 : études montrent qu'une part importante des femmes ne respectent pas les critères de Friedman... et accouchement physiologiquement
 - Suggère des normes trop restrictives
- Caractéristiques de la population qui évolue
 - IMC, âge et poids de naissance qui augmente
 - Pratique obstétricale: déclenchement, amniotomie précoce, (APD)...

Définition et caractéristiques du travail normal et anormal



Début de la phase active

Dilatation du col	Durée médiane, en h (95 ^{ème} percentile)		
	Parité 0 (n=25 624)	Parité 1 (n=16 755)	Parité 2 et plus (n= 16 219)
3-4 cm	1,8 (8,1)	-	-
4-5 cm	1,3 (6,4)	1,4 (7,3)	1,4 (7,0)
5-6 cm	0,8 (3,2)	0,8 (3,4)	0,8 (3,4)
6-7 cm	0,6 (2,2)	0,5 (1,9)	0,5 (1,8)
7-8 cm	0,5 (1,6)	0,4 (1,3)	0,4 (1,2)
8-9 cm	0,5 (1,4)	0,3 (1,0)	0,3 (0,9)
9-10 cm	0,5 (1,8)	0,3 (0,9)	0,3 (0,8)

Vitesse « normale » de dilatation

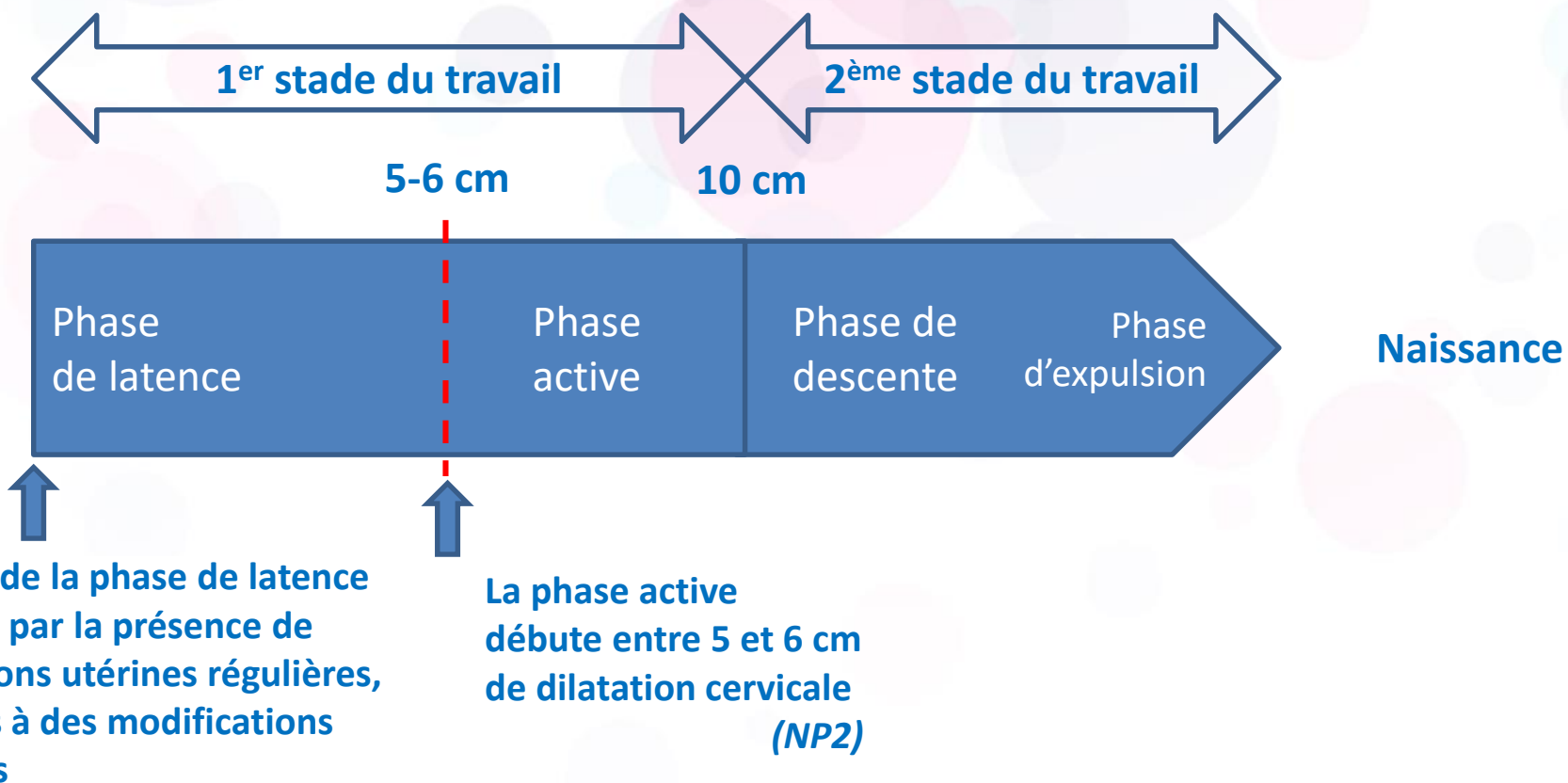
- Etant donné que le début de la phase active varie selon les femmes
 - Intérêt de s'intéresser à la vitesse de dilatation plutôt qu'à la durée du travail global
- Définie comme $> 5^{\text{e}}$ percentile (équivalent à la $2^{\text{ème}}$ déviation standard utilisé par E. Friedman)

Définition du travail normal

1^{er} stade du travail :

Il est recommandé de différencier la phase de latence de la phase active

Grade B



Accord professionnel



« Six is the New Four »



Réseau Périnatal
de Champagne-Ardenne

«Le 5 est le nouveau 3» ?

1^{er} stade : Phase de latence

Pas de données suffisantes pour déterminer la durée normale

Avant 5-6 cm de dilatation cervicale,

Il est recommandé de ne pas poser de diagnostic de dystocie dynamique

Accord professionnel

1^{er} stade du travail spontané, à partir de 5 – 6 cm de dilatation

Phase active => actions recommandées si dystocie dynamique avérée

Après 5-6 cm, il est recommandé de considérer qu'une vitesse de dilatation est anormale si

< 1 cm/4 h entre 5 et 7 cm

< 1 cm/2 h au-delà de 7 cm

GRADE B

2^{ème} stade du travail

- S'étend de dilatation complète à l'expulsion du fœtus.
- Au cours de ce stade, il est recommandé de distinguer la phase de descente de la phase d'expulsion (**accord professionnel**).
 - Phase de descente = phase de descente du mobile foetal dans la filière pelvienne sous l'influence des contractions utérines
 - Phase d'expulsion= efforts expulsifs maternels.
- Littérature très hétérogène pour déterminer la durée normale de ce stade
 - poussée immédiate correspond aux pratiques anglo-saxonnes
 - poussée retardée correspond aux pratiques françaises

Poussée immédiate vs retardée ?

Plusieurs études entre fin 90's et années 2000

- Essai PEOPLE (Canada, 1 800 primi), montre que poussée retardée est associée à : **(NP1)**
 - Durée 2^{ème} stade allongé,
 - Mais durée phase expulsive raccourcie avec moins de VBI et césariennes
- 4 méta-analyses :
 - 2 d'entre elles montrent un bénéfice à la poussée retardée
+ acct voie basse (RR=1,09 [1,01-1,17] et RR=1,09 [1,03-1,15])
 - 2 d'entre elles ne montrent pas de différence concernant les taux de césarienne ou les issues maternelles et néonatales



Conclusion : pas de supériorité d'une méthode sur l'autre

Durée normale du 2^{ème} stade

Pratiques internationales (sans distinction entre phases de descente et d'expulsion)

Auteurs	N sujets	Chez nullipares	Chez multipares
Kilpatrick et al.	6 991 femmes	Sans APD, médiane = 54 min (132min à +2DS) Avec APD, médiane = 79 min (185min à +2DS)	Sans APD, médiane = 19 min (61 min à +2DS) Avec APD, médiane = 45 min (131min à +2DS)
Albers et al.	1 473 femmes	Sans APD et sans oxytocine, médiane =53 min (147 à +2DS)	Sans APD et sans oxytocine, médiane =17 min (57min 0+2DS)
Jones et al.	-	médiane = 54 min (140 min à +2DS)	médiane = 22 min (77 min à +2DS)
Cheng et al.	15 759 femmes	18% ont une durée 2ème stade >3H	
Consortium	200 000 femmes	Sans APD, médiane = 40min (95°p=2h / 3h) Avec APD, médiane = 1h (95°p=3h / 3h30)	Sans APD, médiane = 10/15min (95°p=1h) Avec APD, médiane = 20/25 min (95°p=1h / 2h)

Durée normale du 2^{ème} stade

- Pratiques françaises

Auteurs	N ^o Sujets	Phase de descente	Phase d'expulsion
Le Ray et al.	3300 primis	Durée médiane = 30 min (interquartiles 10-60) pour 90% des femmes, durée < 120 min	Durée médiane = 18 (IQ 10-27) pour 90% des femmes, durée < 40 min
Dionne et al.	4000 primis	/	Durée médiane = 23 (IQ 14-32) pour 90% des femmes, durée < 40 min
AUDIPOG	-	95 ^e p = 130 min pour les nullipares 95 ^e p = 100 min pour les multipares	95 ^e p = 45 min pour les nullipares 95 ^e p = 26 min pour les multipares

Durée normale du 2^{ème} stade

RECOMMANDATION

Au total,

Les données de la littérature internationale ne permettent pas de déterminer précisément une durée normale de chacune des phases.

Dans le contexte français, dans plus de 90% des cas, (NP3).

La durée de la phase de descente est inférieure à 2 h
et la durée de la phase d'expulsion est inférieure à 40 min

Risques associés à une durée prolongée

- Dans le contexte des pratiques nord-américaines

Auteurs	N sujets	Issues maternelles	Issues néonatales
Allen et al.	129 517 femmes	Chez primi, risque accru maternel pour >2h vs<2h (chorio, HPP) Non montré chez les multipares	Risque DR chez primi, pas chez multi
Cheng et al.	15 759 primi	Augmentation graduelle du risque de morbidité maternelle (HPP, chorio) Risque accru ++ après durée 2ème stade >3h	NS - pas d'excès de risque
Rouse et al.	4 126 primi	Evaluation de durées de 2ème stades comprises entre 1h et plus de 5h Augmentation graduelle du risque maternel (chorio, atonie utérine, lésion 3°/4°)	NS - pas d'excès de risque
Le Ray et al.	1 800 primi	Risque accru d'HPP pour durée >3h vs. 1h (ORa : 2,5 [1,4-4,1])	NS - pas d'excès de risque

Risques associés à une durée prolongée

- Dans le contexte des pratiques françaises

Auteurs	N centres	N sujets	Issues maternelles	Issues néonatales
Naime-Alix et al.	1	1 191 primi	% HPP augmentée pour 2ème stade >3h vs. <1 h : 14.8% vs. 4,1 % ; p<0,001 Augmentation morbidité maternelle par heure supplémentaire de 2ème stade : ORa= 1,78 ; IC 95 % [1,59—1,97]	NS - pas d'excès de risque
Korb et al	1	219 femmes	Pas de sur-risque accru HPP entre EE>45 min versus extraction à 45 min (Ora=3,4 [0,9-12,4]) Risque accru de lésions périnéales du 3 & 4 ^{ème} degré quand extraction à 45 min vs. EE>45 min (Ora=6,5 [1,1-40,1])	NS pour Apgar, pH, trauma
Le Ray et al.	138	3 300 primi	Pas de sur-risque HPP pour une phase de descente >2h vs >1h (ORb =1,2[0,5-2,9]) Risque accru HPP sévères (> 1000 ml) quand EE >=50min versus <10min (ORa= 10,6 [2,8-40,3])	NS pour asphyxie ou morbidité composite
Dionne et al.	136	4 000 primi	Risque accru HPP sévères (> 1000 ml) quand EE >37min versus <37min (ORa= 1,59 [1,06-2,39])	Non évalué



Alternative à la gestion intensive de la Phase Active
du Second Stade du Travail :
Essai randomisé multicentrique PASST

RECOMMANDATION

Dans le contexte de pratiques françaises :

Prolongation de la durée de descente sans effet sur les issues périnatales

Mais

Sur-risque maternel lié à une phase d'expulsion prolongée

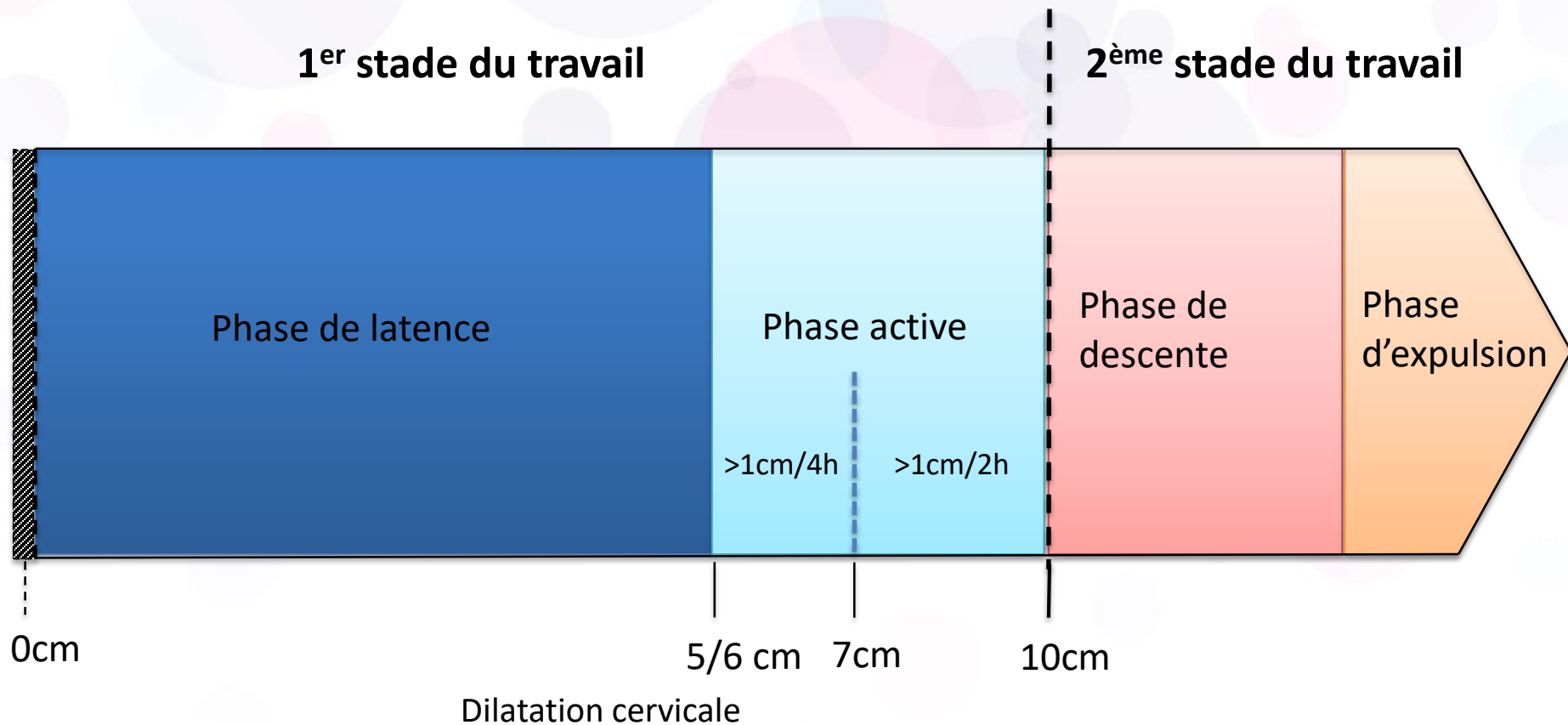
Sans qu'il soit associée à un excès de risque néonatal

Même s'il existe un biais d'indication résiduel..

Les données actuelles ne permettent pas de recommander

- **une durée du 2^{ème} stade du travail à ne pas dépasser, mais les risques maternels augmentent particulièrement à partir de 3h ;**
- **une durée maximale de la phase d'expulsion.**

Définition et caractéristiques du travail normal et anormal



Indication de l'oxytocine



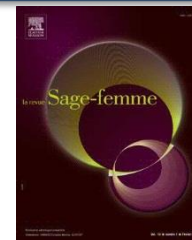
ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

Recommandations pour l'administration
d'oxytocine au cours du travail spontané.



Chapitre 2 : indications de l'oxytocine au cours du premier et du deuxième stade du travail spontané

Oxytocin administration during spontaneous labor: Guidelines for clinical practice. Chapter 2: Indications of oxytocin according the first and second stages of spontaneous labor



L. Gaucher^{a,b,c,*}, C. Le Ray^{d,e}

^a Hôpital Femme—Mère-Enfant, Hospices Civils de Lyon, 69500 Lyon, France

^b HESPER EA 7425, université Lyon, université Claude-Bernard Lyon 1, 69008 Lyon, France

^c Pôle information médical évaluation recherche, hospices civils de Lyon, 69003 Lyon, France

^d Port-Royal maternity unit, department of obstetrics and gynecology, Cochin university hospital, AP—HP, 75014 Paris, France

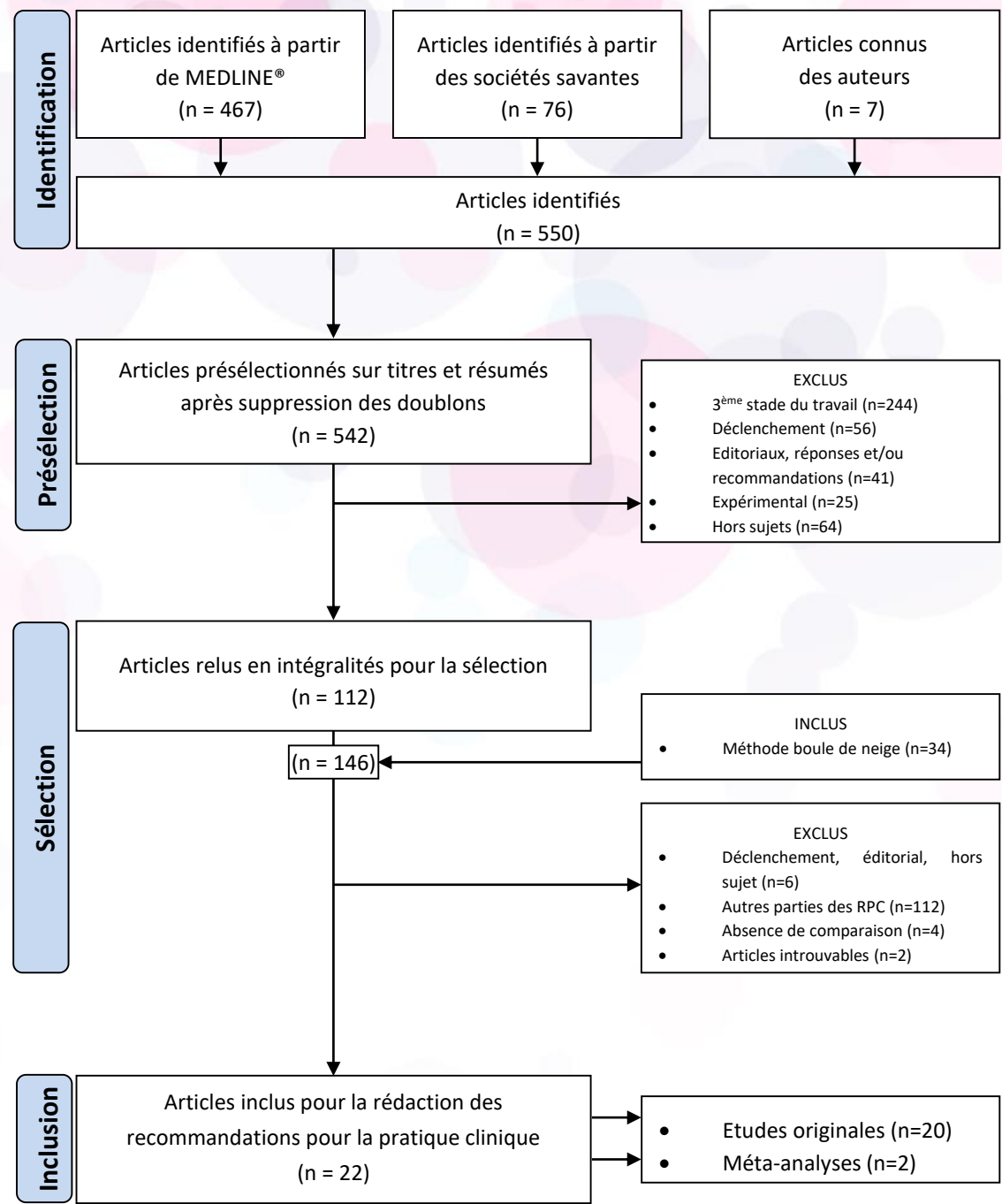
^e Inserm, obstetrical, perinatal and pediatric epidemiology research team, center for epidemiology and biostatistics (U1153), risks in pregnancy DHU, Paris-Descartes University, 75014 Paris, France



ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS



Disponible sur Internet le 27 décembre 2016



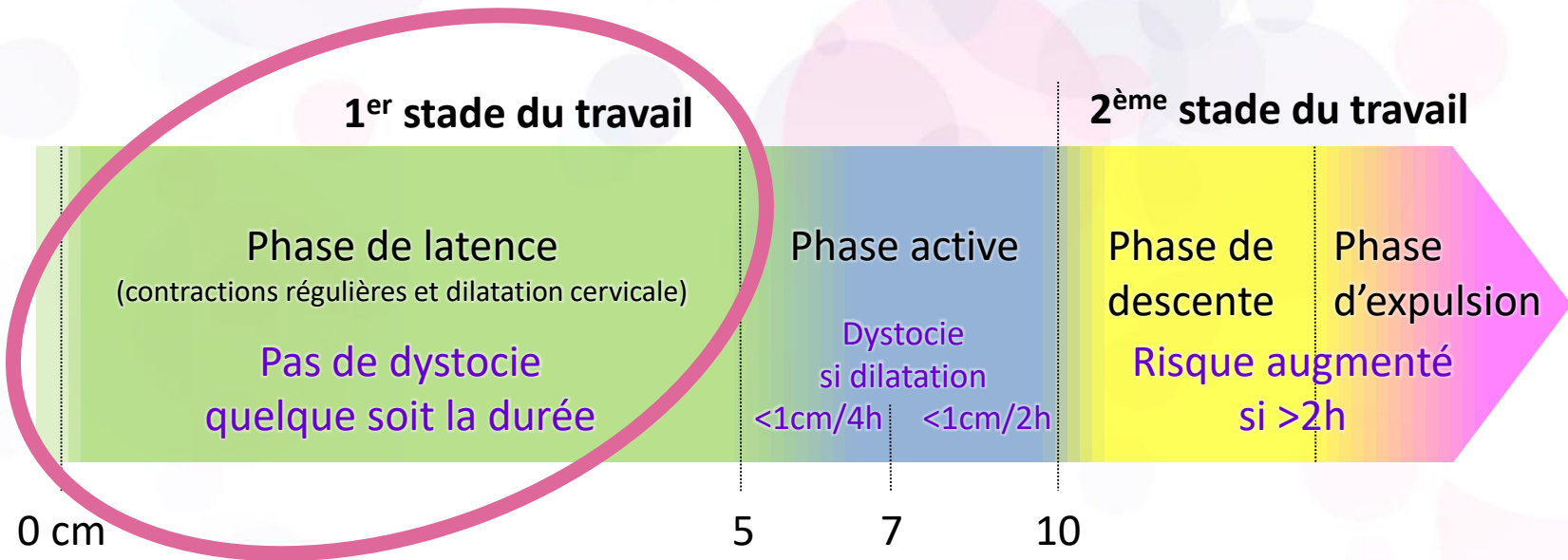
550

20



- 20 études + 2 méta-analyses
- Menées entre 1954 et 2009
- Une seule étude française menée dans les années 70

Niveau de preuve	Définition	Grade des recommandations	Articles
1	<ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance. • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	Preuve scientifique établie A	2
2	<ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance. • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	Présomption scientifique B	7
3	<ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins 	Faible niveau de preuve C	3
4	<ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	Accord professionnel	10



R Beranger
Rennes - Inserm
SF, PhD



A Chantry
Paris – Inserm
SF, PhD

Dystocie de démarrage du travail

Evaluation des différentes thérapeutiques

A. Treisser *, G. Bréart **, F. Blum *, Ph. Jouhet *
A. Pigné *, J. Barrat *

* *Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Saint-Antoine (P^r J. BARRAT), 184, rue du Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris.*

** *Groupe de Recherche épidémiologique sur la mère et l'enfant (U 149 de l'INSERM), 44, Chemin de Ronde, 78110 Le Vésinet.*

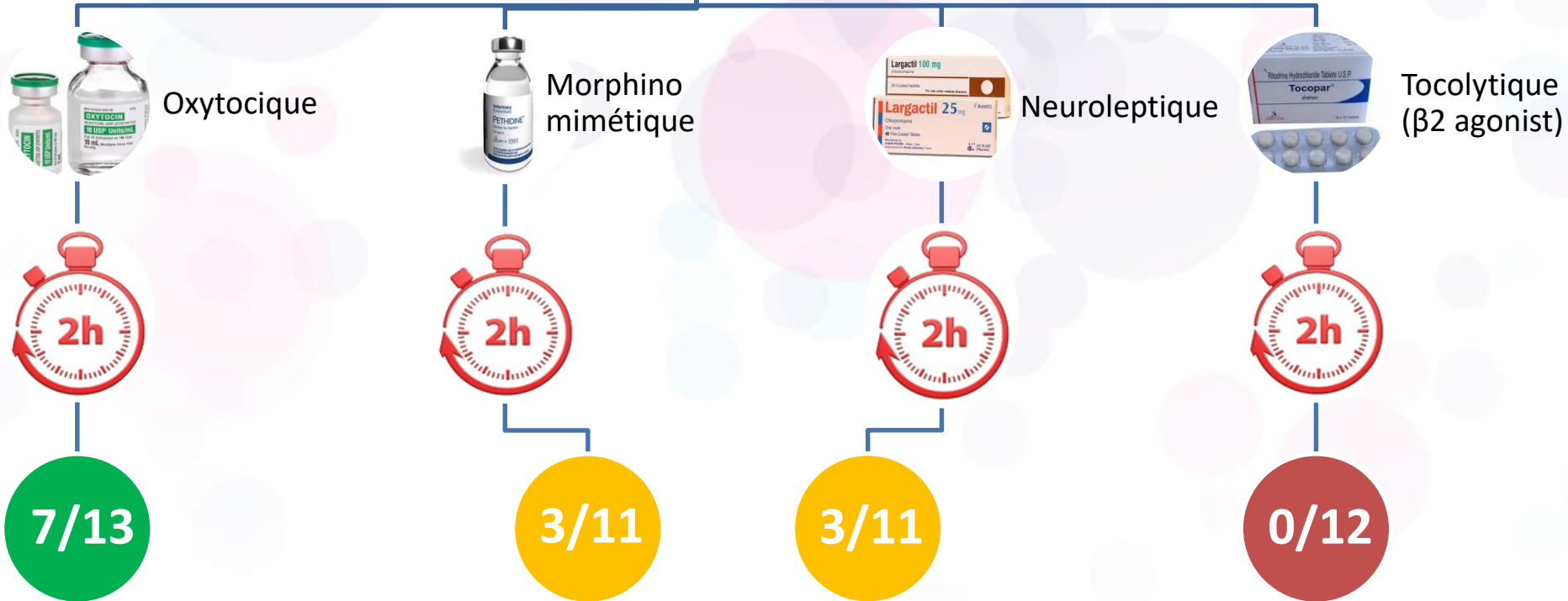
- Essai contrôlé randomisé, France
- 47 patientes avant 2cm et absence de dilatation après 2h de contractions douloureuses à membranes intactes
- NP3



1^{er} stade : phase de latence (de 0 à 5cm)



<2cm pdt 2h



Conclusions de la meilleur étude sur oxytocine et phase de latence :

- Non statistiquement significatif (n=47). Faible niveau de preuve.
- Oxytocique > tocolytique mais douleurs et agitation x 5 !!!



RECOMMANDATION

Au total, les données actuelles de la littérature évaluant spécifiquement l'administration d'oxytocine durant la phase de latence sont peu nombreuses et de faible niveau de preuves (NP3).

Les bénéfices de l'oxytocine sont à mettre en balance avec les risques pour la mère et le fœtus puis le nouveau-né.

Durant la phase de latence du 1^{er} stade, c'est-à-dire avant 5—6 cm de dilatation, **il est recommandé de ne pas utiliser l'oxytocine de façon systématique, quelle que soit la vitesse de la dilatation (Grade B).**





1^{er} stade : phase de latence (de 0 à 5cm)

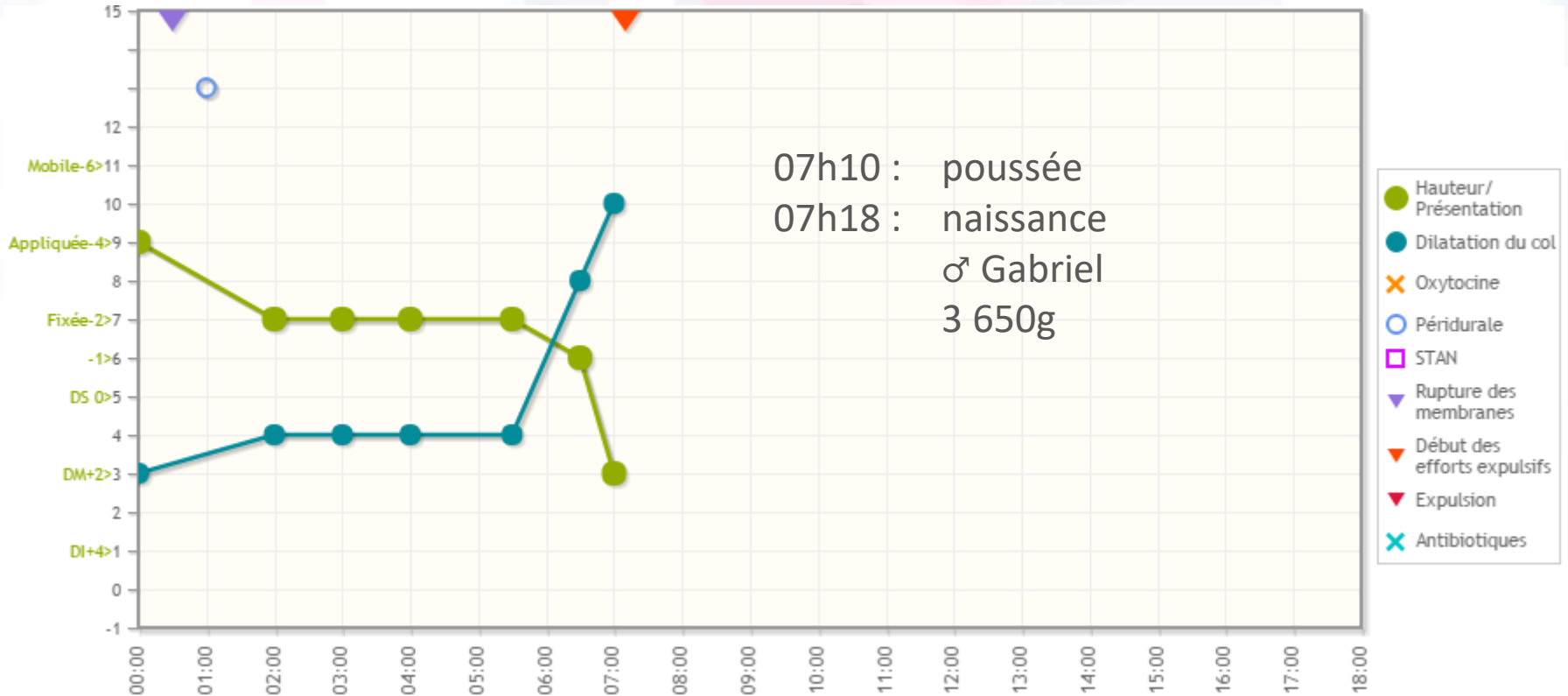


Madame D.

2^e grossesse, 1^{er} accouchement en 2013

Grossesse monofoetale sans complications

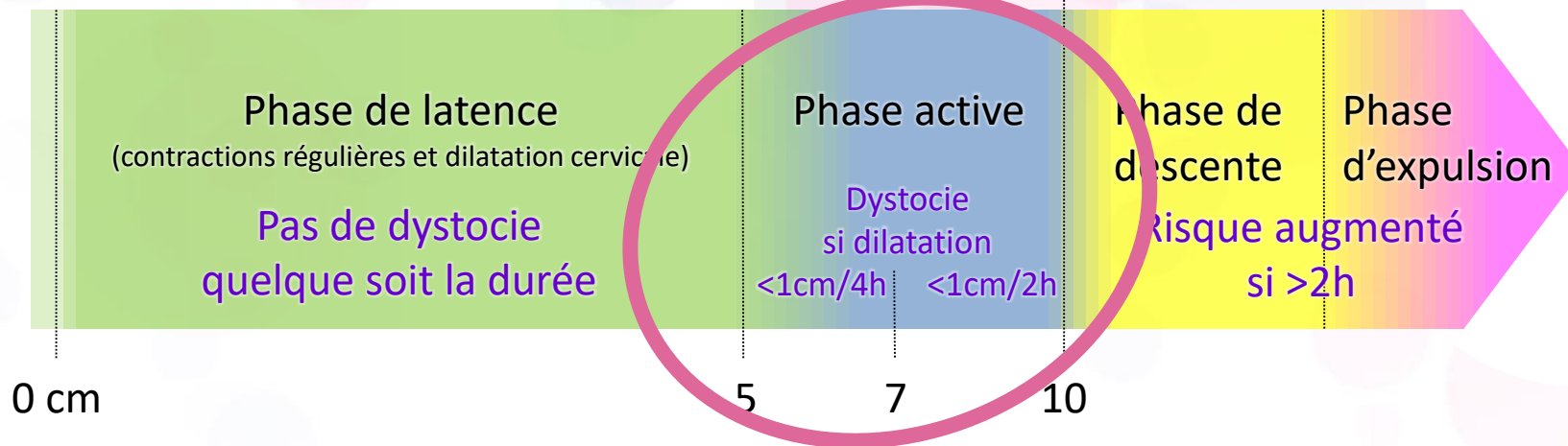
Arrivée aux urgences pour contractions douloureuses à 22h





1^{er} stade du travail

2^{ème} stade du travail





CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

1^{er} stade : phase active (de 5cm à DC)

TRAVAIL
SPONTANE



OXYTOCINE

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

Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG

Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.



**THE COCHRANE
COLLABORATION®**

- Méta-analyse à partir de 3 essais
- Oxytocine versus placebo
- n=138
- NP2



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

1^{er} stade : phase active (de 5cm à DC)

TRAVAIL
SPONTANE

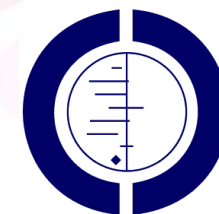


OXYTOCINE

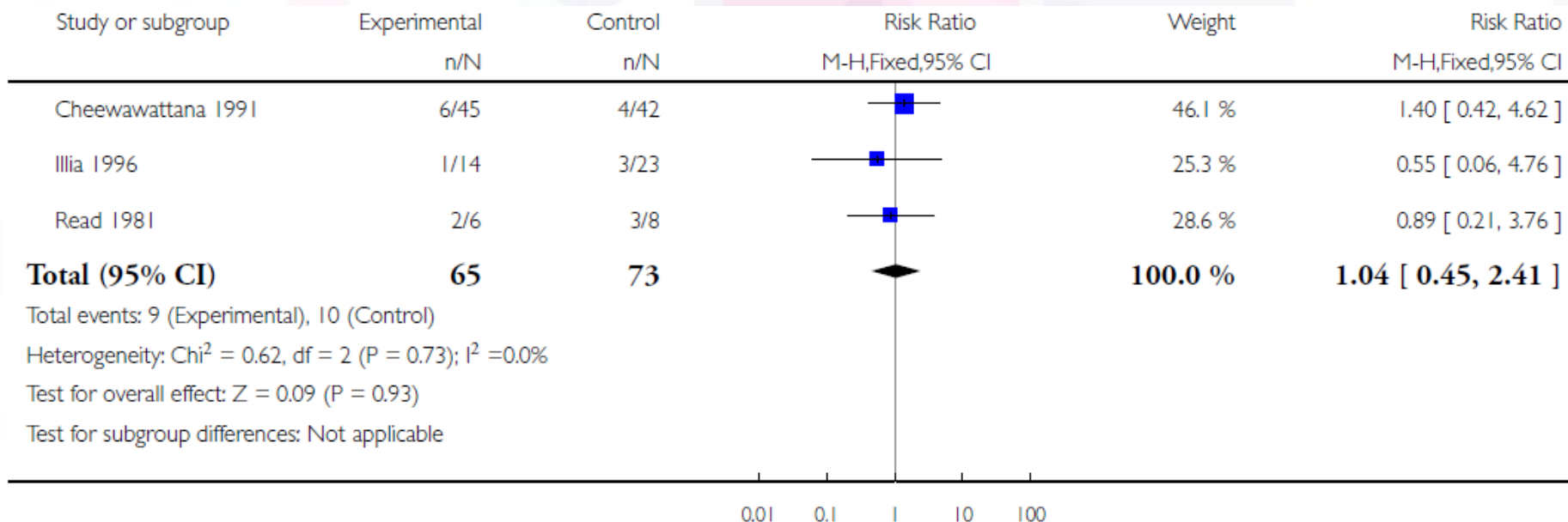
Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour (Review)

Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG

Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.



THE COCHRANE
COLLABORATION®



Risque d'accouchement instrumental

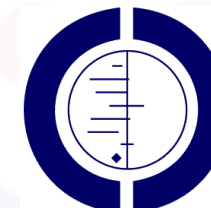
RR1,04[0,45-2,41] n=138



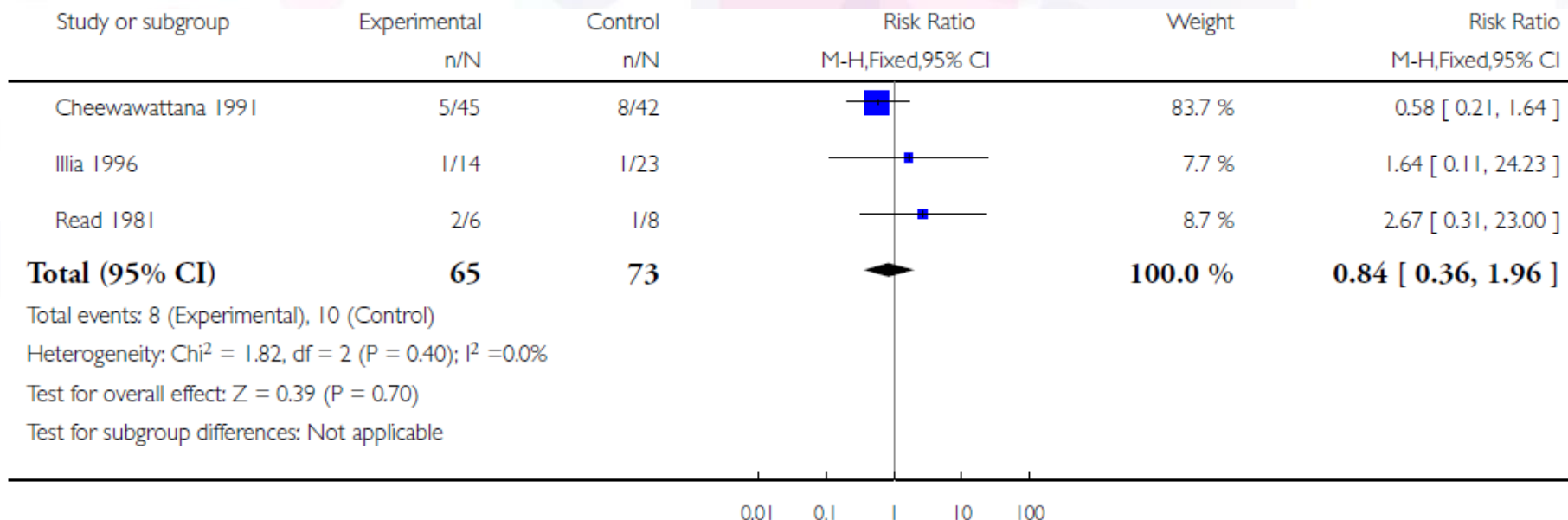
Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour (Review)

Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG

Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.



THE COCHRANE
COLLABORATION®



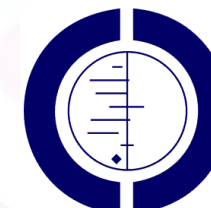
Risque de césarienne
RR0,84[0,36-1,96] n=138



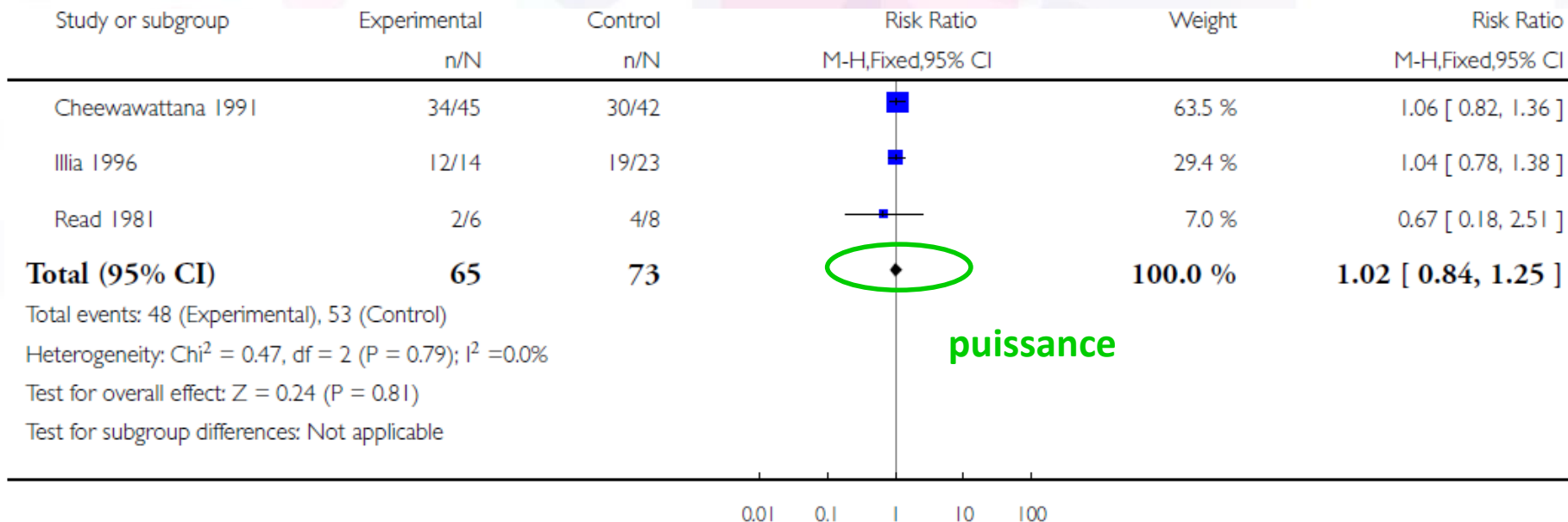
Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour (Review)

Bugg GJ, Siddiqui F, Thornton JG

Copyright © 2013 The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd.



THE COCHRANE
COLLABORATION®



puissance

Chance d'accouchement voie basse

RR1,02[0,84-1,25] n=138



RECOMMANDATION

En cas de dystocie dynamique à membranes rompues durant la phase active du 1^{er} stade du travail, c'est-à-dire lorsque la vitesse de dilatation est inférieure à 1 cm/4 h entre 5 et 7 cm de dilatation ou inférieure à 1 cm/2 h au-delà de 7 cm, **l'oxytocine peut être utilisée** pour augmenter l'activité utérine (Grade C) bien que son effet sur le mode d'accouchement ne soit pas démontré (NP3).



Early versus delayed oxytocin augmentation in nulliparous women with prolonged labour—a randomised controlled trial

A Dencker,^{a,b} M Berg,^b L Bergqvist,^a L Ladfors,^a LS Thorsén,^c H Lilja^a

^aDepartment of Obstetrics and Gynecology, Perinatal Center, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden ^bThe Institute of Health and Care Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden ^cDepartment of Obstetrics and Gynecology, County Hospital of Ryhov, Jönköping, Sweden

Correspondence: A Dencker, Department of Obstetrics and Gynecology, Sahlgrenska University Hospital, 416 85 Gothenburg, Sweden. Email: anna.dencker@gu.se

Accepted 3 September 2008.

- Essai contrôlé randomisé, Suède
- 630 nullipares, membranes rompues, dilatation < 1cm/3h
- 2 groupes : ① oxytocine immédiat, ② oxytocine débuté 3h après
- Réduction de la durée moyenne du travail
 - ① 5h12min
 - ② 6h42min
 - Mann-Whitney U test $p < 0,001$; $n = 630$; NP1



RECOMMANDATION

Au total, en cas de dystocie dynamique durant la phase active du 1^{er} stade du travail, l'administration précoce d'oxytocine, par rapport à une administration retardée, permet de réduire la durée du travail sans augmenter la proportion d'accouchement par voie basse (NP2). En cas de dystocie dynamique à membranes rompues, **il est recommandé d'administrer l'oxytocine dès le diagnostic de dystocie dynamique**, c'est-à-dire après 4 h de stagnation entre 5 et 7 cm ou après 2 h de stagnation après 7 cm, pour améliorer la dynamique utérine sous couvert d'une surveillance maternelle et fœtale adaptée (Grade B).





CNSF

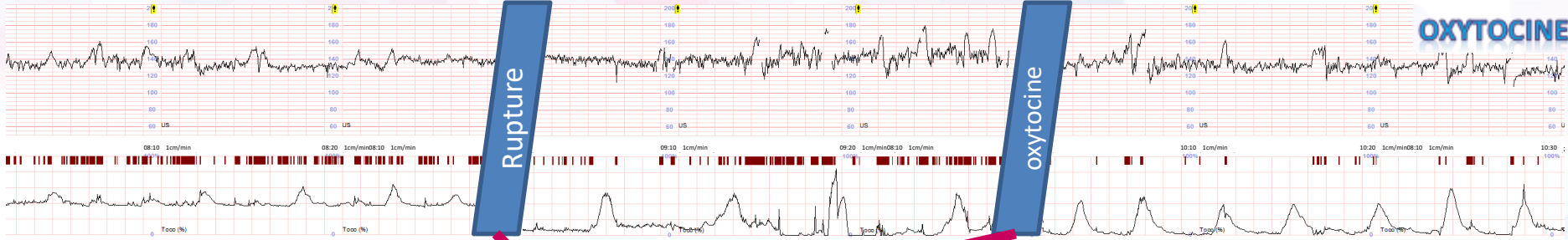
Collège National
des Sages-Femmes
de France

1^{er} stade : phase active (de 5cm à DC)

TRAVAIL
SPONTANE

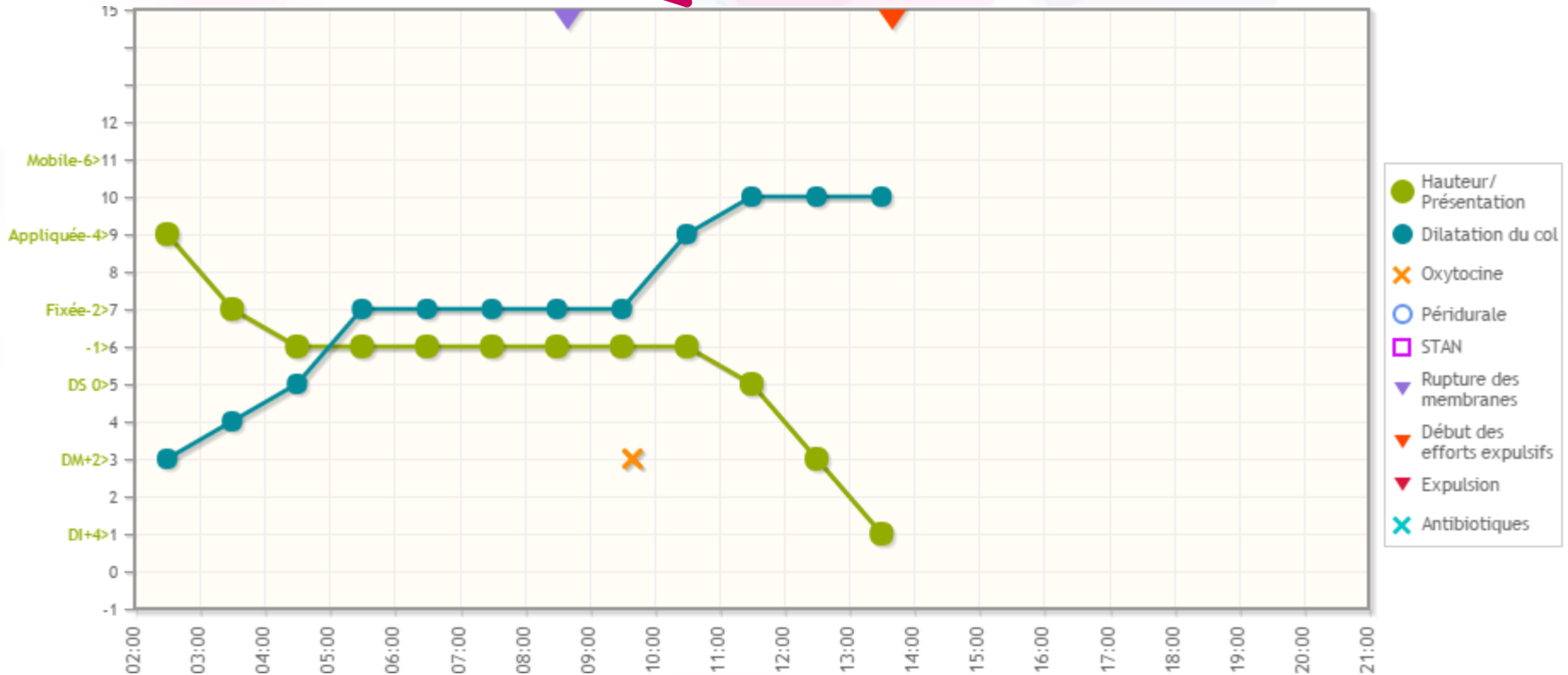


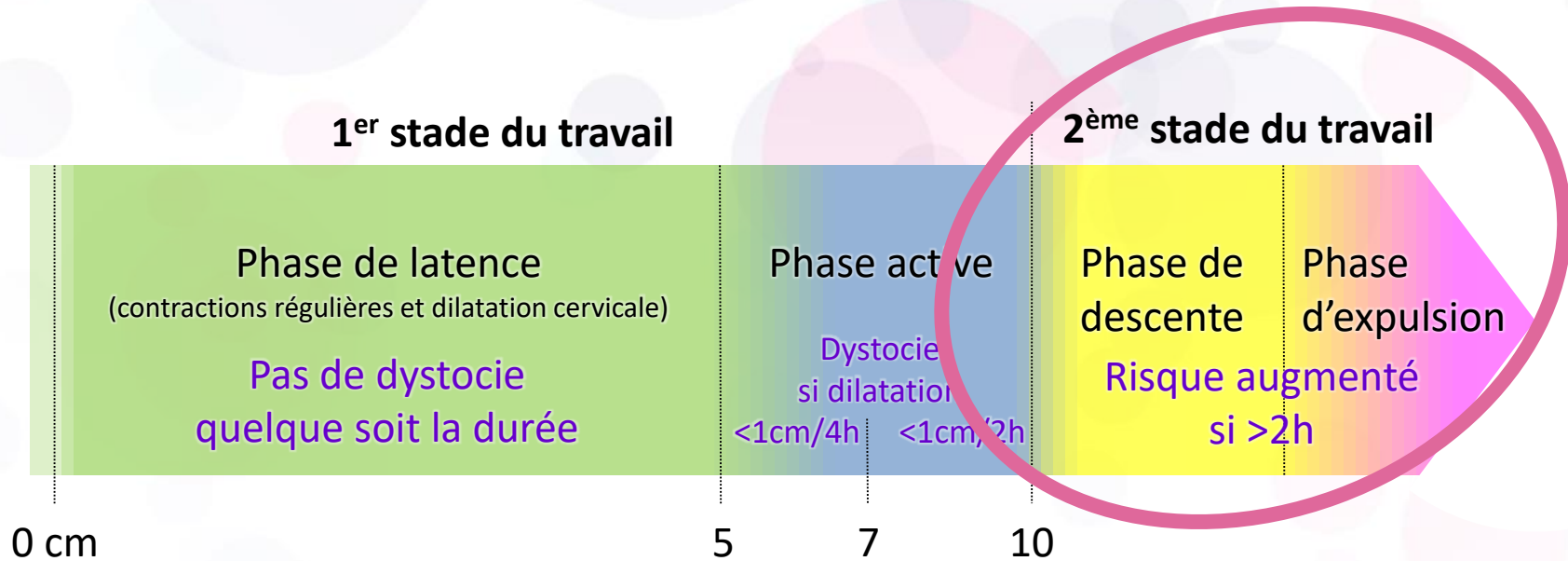
OXYTOCINE



08h40

09h40







Oxytocin infusion during second stage of labour in primiparous women using epidural analgesia: a randomised double blind placebo controlled trial

Nigel J St G Saunders, Helen Spiby, Lucy Gilbert, Robert B Fraser, Jacqueline M Hall, Philip M Mutton, Ann Jackson, Douglas K Edmonds

- Essai contrôlé randomisé en double insu, Angleterre, années 80.
- n=226 nullipares
- NP2



2^e stade



Oxytocine



Placebo

- Réduction de la phase de descente (\bar{x} =2h30 sous APD)
-17 minutes (IC95[-4 à -31min] ; n=226)
- Réduction de la phase d'expulsion (\bar{x} =1h20)
-13 minutes (IC95[-3 à -22min] ; n=226)
- Réduction extraction de 57% à 48%...
- Réduction des césariennes de 3 à 2% (2/108 vs 4/118)



RECOMMANDATION

Au total, l'administration d'oxytocine lors du 2^e stade du travail diminue la durée des phases de descente et d'expulsion mais n'a pas d'effet démontré sur la voie d'accouchement (NP2).

Durant le 2^e stade du travail, l'administration systématique d'oxytocine n'est pas recommandée compte tenu de ses effets secondaires (Grade B).

En revanche, **en cas de prolongation du 2^e stade au-delà de 2 heures, il est recommandé d'administrer de l'oxytocine pour corriger une absence de progression de la présentation (Accord professionnel).**





Madame W.

1^{ère} grossesse

Grossesse monofoetale sans complications

Arrivée aux urgences pour rupture de la poche
des eaux à 6h

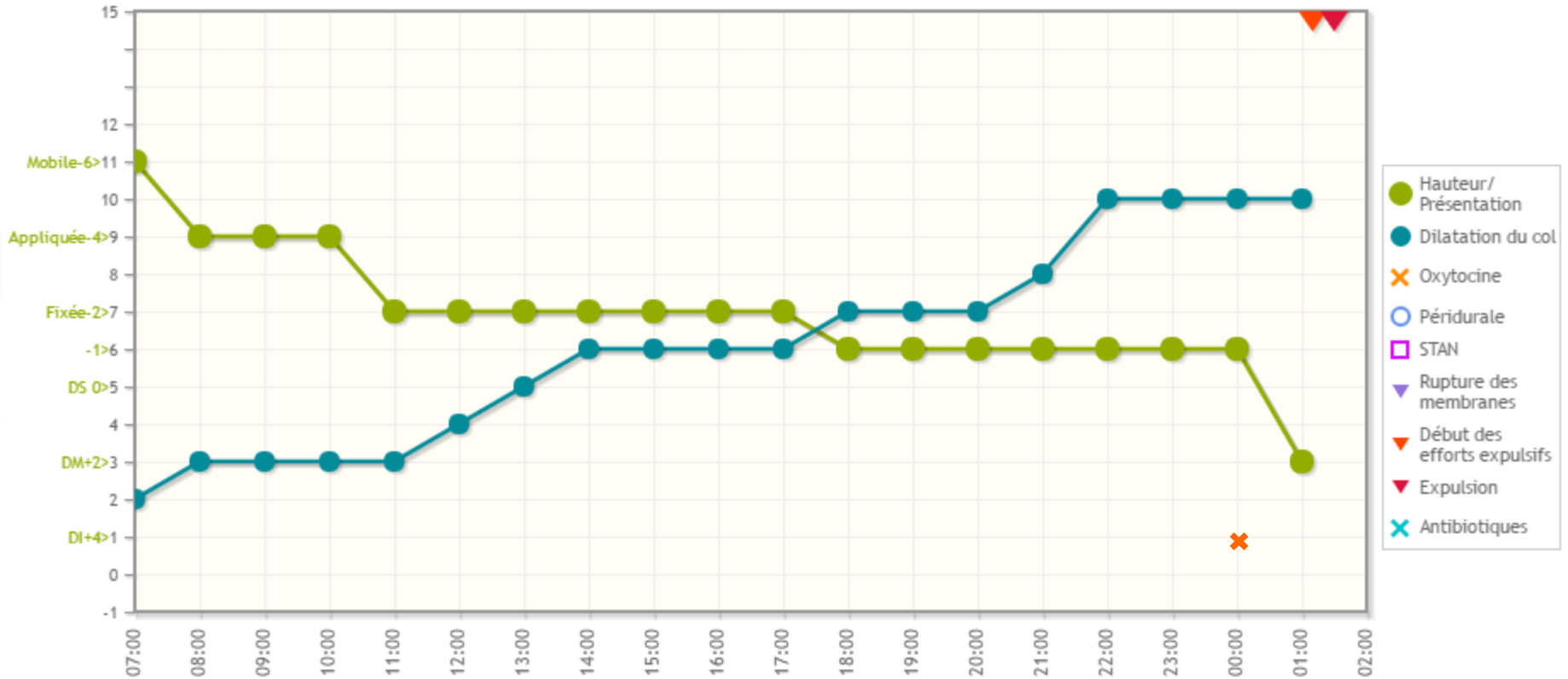
00h00 : oxytocine

01h05 : poussée

01h28 : naissance

♀ Victoire

3 120g





Intravenous Pitocin and Conduction Anesthesia

Their combined use for the prevention and management of occiput transverse and occiput posterior

A. SHULMAN, M.D., and W. J. RATZAN, M.D.

- 1954, Etats Unis
- Série de cas (n=150)
- Oxytocine 4% de variétés post (vs. 10%)
- NP4



RECOMMANDATION

Au total, les données cliniques actuelles de la littérature évaluant spécifiquement l'impact de l'oxytocine sur la rotation des variétés occipito-postérieures sont peu nombreuses et de faible niveau de preuve (NP4). En cas de variété occipito-postérieure ou transverse, aucun argument scientifique ne permet de recommander l'administration systématique d'oxytocine (Accord professionnel).





CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

Variétés occipito-postérieures

TRAVAIL
SPONTANÉ



OXYTOCINE

ajog.org

SMFM Papers

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

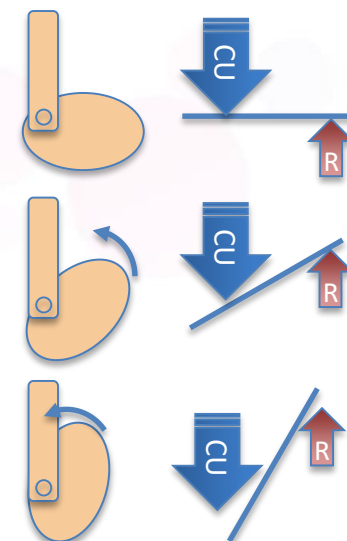


Camille Le Ray, MD, PhD; Flavie Lepleux, RM; Aurélie De La Calle, RM; Jessy Guerin, RM; Nathalie Sellam, RM; Michel Dreyfus, MD; Anne A. Chantry, RM, PhD



Pauline
Blanc-Petitjean

Principal facteur associé à la rotation
des variétés postérieures
=
oxytocine

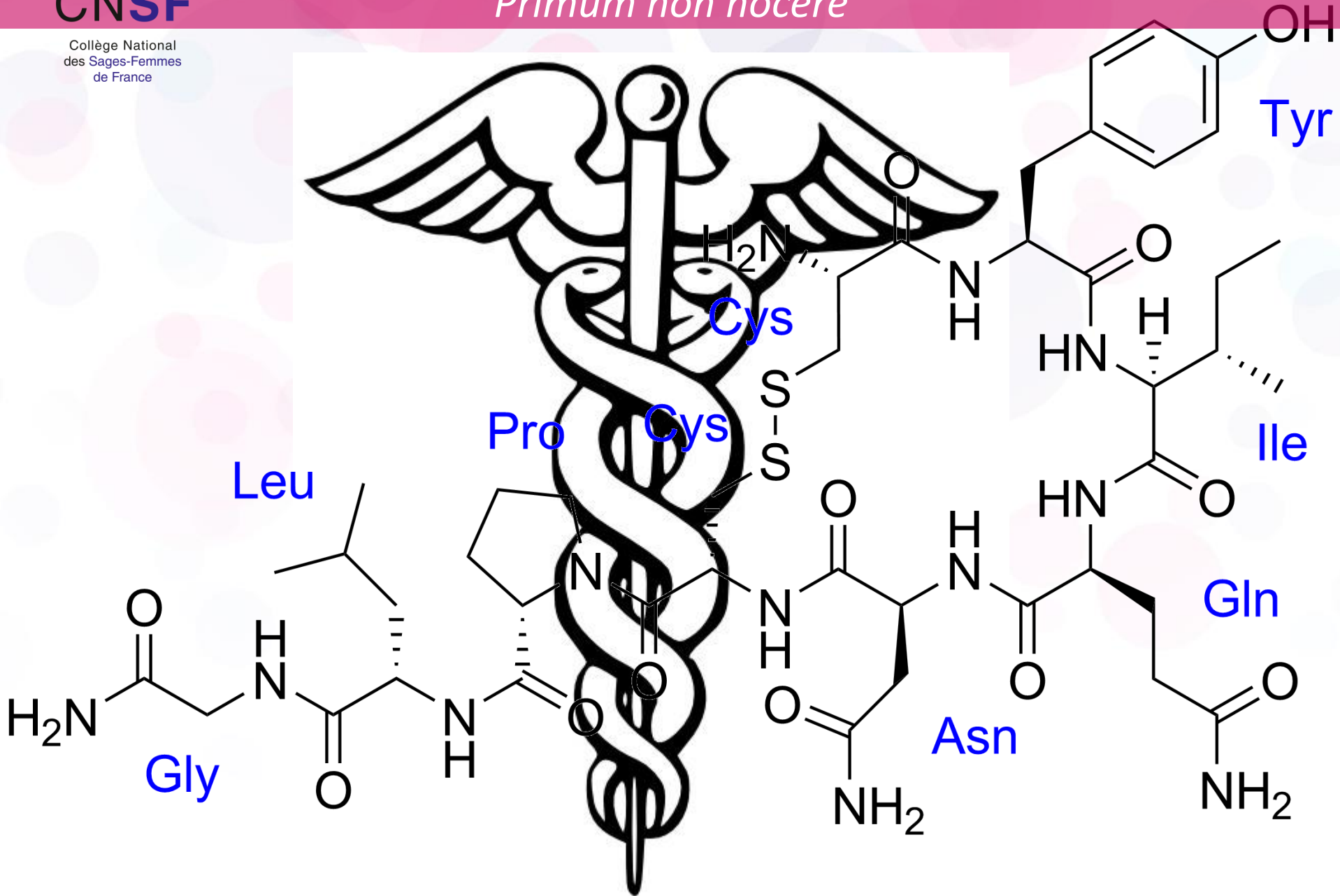




CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

Primum non nocere





CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France



Réseau Périnatal
de Champagne-Ardenne

Merci pour votre attention



Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français



CNSF

Collège National
des Sages-Femmes
de France

LA SOCIÉTÉ SAVANTE DES SAGES-FEMMES
RENCONTRE CHAMPARDENNAISE DU CNSF
29 SEPTEMBRE 2017