

# Déclenchement du travail

Sources: oréthane, réseau sécurité naissance, RCP des médicaments ANSM

Conditions à vérifier avant le déclenchement :

- ✓ **Indication** du déclenchement validée par l'équipe
- ✓ **Âge gestationnel**
- ✓ **Présentation** fœtale
- ✓ Conditions locales connues (score de **Bishop**)
- ✓ **Absence de contre-indication** à un accouchement voie basse (placenta recouvrant, obstacle praevia, présentation dystocique, disproportion foeto-pelvienne manifeste, récurrence herpétique en cours de poussée vulvaire, CI de l'épreuve du travail ...)
- ✓ **Statuts sérologiques**, résultat prélèvement **streptocoque B**

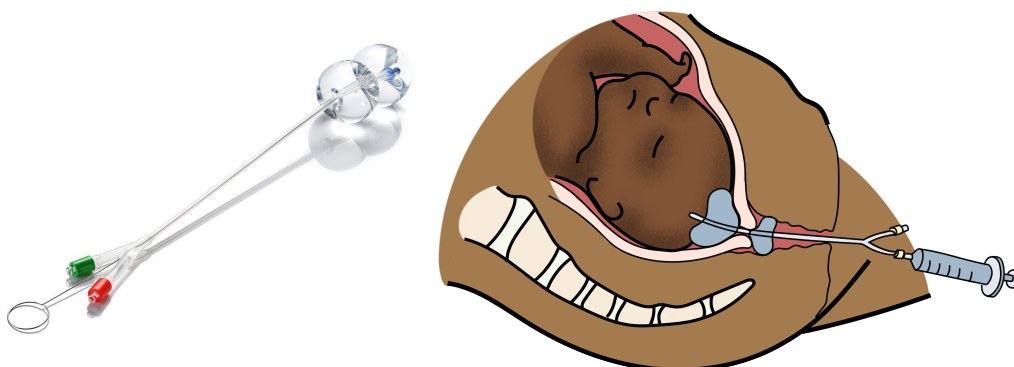
L'évaluation clinique du col de l'utérus est **SYSTEMATIQUE** avant tout déclenchement artificiel du travail +++

Score de BISHOP	0	1	2	3
Dilatation du col	Fermé	1-2 cm	3-4 cm	5 cm
Effacement du col	Long	Mi-long	Court	Effacé
Consistance du col	Ferme	Moyenne	Molle	-
Position du col	Postérieure	Centrale	Antérieure	-
Présentation foetale	Haute et mobile	Appliquée	Fixée	Engagée

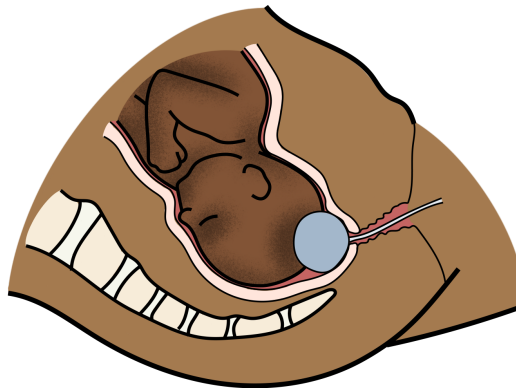
## Ballonnet

NB: modèle variable selon les centres

**Double ballonnet de Cook**: 40 à 80cc dans chaque ballon



**Sonde de Foley** (sonde à prostate): 30-50 cc



#### Contre Indications:

- **Placenta prævia < 20 mm de l'orifice interne**
- **Métrorragies non expliquées**
- **Présentation non céphalique**
- **Infections (VIH, herpès évolutive)**
- **Cancer du col**
- **Relative: rupture des membranes**



#### Matériel nécessaire :

- Ballonnet +/- guide pour le Cook
- Spéculum
- Pince languette/tampon
- Compresse, *Bétadine*
- Gants stériles
- Dispositif collant type *Tegaderm*
- Seringues (à préparer avec la quantité nécessaire de sérum physiologique selon le ballonnet)
- Sérum physiologique



#### Technique de pose:

1. Patiente en **position gynécologique, vessie vide** (2 intervenants dans l'idéal)
2. **Exposition du col, désinfection** avec la compresse bétadinée
3. Introduction aseptique de la sonde : préhension avec une pince (si *Foley*) ou le guide (si *Cook*), le (les 2 si *Cook*) **ballonnet(s)** sont introduit(s) **au-delà de l'orifice interne**
4. **Gonflage au sérum physiologique** du ballonnet **utérin** → embout rouge « U » (pour Utérin) progressif jusqu'à **80 ml** si *Cook* / embout coloré jusqu'à **50 ml** si *Foley*
5. **Traction douce** jusqu'à voir apparaître le 2e ballonnet si *Cook* (le 1er ne doit pas être visualisé) ou sentir le ballonnet venir buter contre l'orifice interne si *Foley*
6. **Retrait du spéculum**
7. Seulement si ballonnet de Cook: **Gonflage au sérum physiologique** du ballonnet **vaginal** → embout vert « V » (pour Vaginal) à **80 ml**
8. **Fixation** de la sonde sur la cuisse

**NB:** la ballonnet peut être laissé en place **12 à 24h** maximum, il peut être amené à tomber de lui-même si le col se dilate

**! Attention:** bien **surveiller la diurèse** car il existe un risque de **rétention aiguë d'urines**

**Astuce:** la pose d'un ballonnet n'est pas un geste agréable mais il ne doit pas non plus être douloureux. Si une **douleur** apparaît de façon **brutale** lors du gonflement du ballonnet il ne faut pas hésiter à le **dégonfler** et le **replacer** car il est probablement positionné en **intracervical**. On peut aussi s'aider d'une sonde d'échographie pour visualiser le ballonnet gonflé.

### Prostaglandines

- \* PGE2 (dinoprostone, voie vaginale) : **Prostine / Propess**
- \* PGE1 (Misoprostol, PO) : **Angusta**

**Indication:** induction de la maturation cervicale **à partir de 36 SA**

#### Contres-indications générales:

- ▶ **hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients**
- ▶ **lorsque le travail a démarré**
- ▶ **souffrance fœtale suspectée ou confirmée avant le déclenchement**
- ▶ **utérus cicatriciel**
- ▶ **placenta praevia ou saignement vaginal inexplicé après 24 SA**
- ▶ **contre-indications à un accouchement par voie basse**
- ▶ **utilisation concomitante à des ocytociques**
- ▶ **ATCD de chirurgie utérine majeure type césarienne ou myomectomie; souffrance fœtale suspectée ou confirmée; ATCD de plus de trois accouchements à terme (Dinoprostone); ATCD de chirurgie ou de rupture du col**



**NB:** à utiliser avec **précaution** en cas de **glaucome, asthme, grossesse multiple** (aucune étude n'a été réalisée dans ce cas), **rupture des membranes**

#### Surveillance/précautions:

- Surveillance vitalité fœtale/activité utérine (**ERCF pendant 2h après la pose** puis de façon **discontinu**)/état du col
- Après la dernière dose, il est recommandé de respecter un intervalle de temps d'au moins 6 heures avant l'utilisation d'ocytociques

#### Effets indésirables:

- **anomalies du rythme** cardiaque fœtal
- **hypertonie** utérine
- **dépression respiratoire du nouveau-né** avec score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes
- nausées, vomissements et diarrhée
- rares cas de coagulation intra-vasculaire disséminée (CIVD)

#### Indications de retrait/arrêt:

- ▶ **hypertonie** utérine
- ▶ **rupture** spontanée ou provoquée des **membranes**
- ▶ signe de **souffrance fœtale**
- ▶ **événements indésirables systémiques** de la PGE<sub>2</sub> survenant chez la mère

## Propess

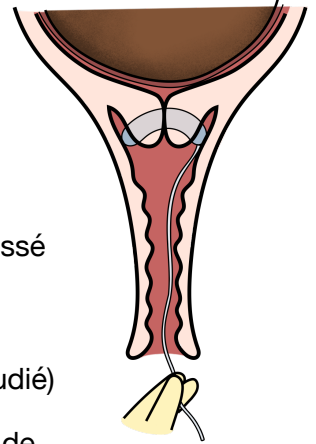
### Composition:

- **Dinoprostone 10 mg**
- Système de diffusion vaginal
- Libération d'environ **0.3 mg/heure** de dinoprostone (Prostaglandine E2) sur **24 heures**

Source: St George's university hospitals

### Technique de pose:

1. Introduction au fond du **cul-de-sac vaginal postérieur**
2. Possibilité d'utiliser de petites quantités de **lubrifiants hydrosolubles** pour faciliter l'insertion du système
3. Une fois le système de diffusion vaginal inséré, le **ruban de retrait** doit être laissé **visible à la vulve**  
Après insertion, la patiente doit rester allongée pendant 20 à 30 minutes



**NB:** pas d'AMM pour l'administration d'un 2e Propess après 24h de pose (non étudié)

**Retrait:** peut être retiré rapidement et facilement en tirant doucement sur le ruban de retrait

## Dinoprostone gel-Prostine (Analogue de la Prostaglandine E2)



### Composition:

- **Dinoprostone 0,5 mg** pour une seringue pré-remplie
- **gel stérile intracervical**

### Administration:

- 1) **Dose initiale:** **1mg** dans le **cul de sac vaginal postérieur (oréthane)** / **intracervical strict** à 1 cm au dessus de l'orifice externe du col (ANSM)

**NB:** Après administration du gel, la patiente doit rester en **décubitus dorsal** au minimum 1 heure, afin d'éviter toute expulsion du gel

### 2) Réévaluation H6:

- Si **pas** de réponse à la dose de 1mg : dose supplémentaire de **2mg**
- si **bonne** réponse à la dose de 1 mg possibilité d'ajouter 1 dose de **1mg** pour accroître la réponse à la dose initiale

**Retrait :** rinçage à l'eau, pas d'antidote spécifique

## Misoprostol-Angusta



### Composition:

- **Angusta 25µg**
- **comprimé** non enrobé

Contre-indication spécifique : **insuffisance rénale (DFG < 15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>)**

### Administration:

- **25 µg** toutes les **2h** ou **50 µg** toutes les **4h**
- **Maximum 200µg/24h** (soit 8cp)
- Possibilité d'une **nouvelle boîte** si col défavorable et absence de mise en travail 24h après le 1er comprimé

## Syntocinon (Ocytocine)

### Administration:

- **5 UI** d'ocytocine dans **500 ml** de glucosé à 5% en SAP ou pompe avec valve anti-reflux → **ERCF en continu, tocométrie** efficace
- Débuter à **12 ml/h**, soit **2 mUI/min**.
- Attendre **20 à 30 minutes** entre chaque palier.
- **⚠ Ne pas dépasser 120 ml/h ou 20 mUI/min.**
- Employer la dose la plus faible possible pour obtenir **3 à 4 CU / 10 min**.
- **Limiter** les doses et les débits en cas d'utérus **cicatriciel** (demi dose par rapport à un utérus non cicatriciel)
- **Arrêter** en cas d'**anomalies du RCF** ou d'**hypercinésie** de fréquence.

Logo du diffuseur

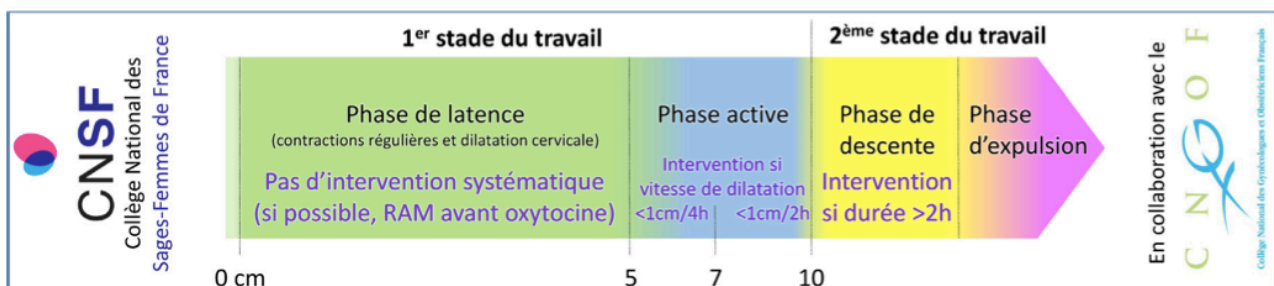
5 UI d'ocytocine dans 500 mL de glucosé 5%

Administration de l'ocytocine au cours du travail spontané. Rev. Sage-Femme (Paris), 2016, in press.

Débit (mUI/min)	Vitesse (mL/h)
2	12
4	24
6	36
8	48
10	60
12	72
14	84
16	96
18	108
20	120

Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Deneux-Tharaux C, Riethmuller D et le groupe RPC.

Recommandation pour la pratique clinique 2016  
Minimum 30 min entre chaque palier  
Ne pas dépasser 20 mUI/min



## Point sur la NALBUPHINE (Nubain)

= Ampoule de 20 mg/2 mL, IVL

- ☞ Antalgique souvent utilisé lors d'une mise en travail spontanée ou d'un déclenchement artificiel du travail
- ☞ Enregistrement du RCF pendant 30 min, doit être normal pour administrer la Nalbuphine

Posologie: toutes les 4 à 6 heures, 1 ampoule à diluer dans une perfusette de sérum salé isotonique, en IVL sur 20 min

- 10 mg si 50-70 kg
- 15 mg si 70-90 kg
- 20 mg si > 90 kg

Dans la mesure du possible, réduire son utilisation à plusieurs heures avant la pose d'une ALR et/ou de la naissance

### Surveillance:

- Maternelle:
  - TA, FC, FR, SpO2 toutes les 2h
  - Avis médical si SpO2 < 95% et/ou FR < 10 /min
- Foetale: ERCF à 3 heures

### Effets indésirables:

- ▶ Foetaux (à la naissance, rares): dépression respiratoire, apnée, hypotonie transitoire
- ▶ Maternels: somnolence, vertiges, nausées, sueurs, sécheresse buccale, céphalées → si vomissements: Ondansetron (Zophren) 4 mg en IVD
- ▶ Surdosage:
  - Clinique: **dépression respiratoire** = somnolence non stimulable, fréquence respiratoire (FR) < 10/min et/ou saturation en oxygène (SaO2) < 94 %
  - Antidote: **Naloxone (Narcan) IV** : bolus de 2 ml par 2ml de la solution diluée (une ampoule de 0,4mg dans 9 ml d'eau pour préparation injectable)

NB: pas de contre indication à l'allaitement si administration dans les heures précédant la naissance

### Déconseillé :

- ▶ **Prématurité <37 SA**
- ▶ **Multipare (col favorable Bishop >6)**
- ▶ **Grossesse gémellaire**
- ▶ **Toxicomanie**
- ▶ **à éviter si accouchement prévisible dans les 2h suivant son administration**

### Contre-indications :

- ▶ **Prématurité <34 SA**
- ▶ **Pathologie fœtale (RCIU, anémie)**
- ▶ **Anomalies du RCF**
- ▶ **Syndrome abdominal douloureux non diagnostiqué**
- ▶ **LA teinté**
- ▶ **Pré-éclampsie**
- ▶ **Hypersensibilisation à la nalbuphine**
- ▶ **Association à d'autres morphiniques et antidépresseurs du SNC**
- ▶ **OH chronique**
- ▶ **Insuffisances rénale et hépatique**