Positions durant le sommeil : un impact sur la mort in-utero tardive?

Autor(en): **Brianza, Lorène / Ciampa, Alyssa / Tavangnutti, Perrine**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Obstetrica : das Hebammenfachmagazin = Obstetrica : la revue spécialisée des sages-femmes**

Band (Jahr): **118 (2020)**

Heft 7-8

PDF erstellt am: **29.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-949080

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Positions durant le sommeil: un impact sur la mort in-utero tardive?

Cet article reprend une revue de littérature traitant des positions de la femme enceinte durant son sommeil et leur impact potentiel sur la mort in-utéro tardive. Quel vécu pour la femme en regard des dernières recommandations?

TEXTE:
LORENE BRIANZA, ALYSSA CIAMPA, PERRINE TAVAGNUTTI

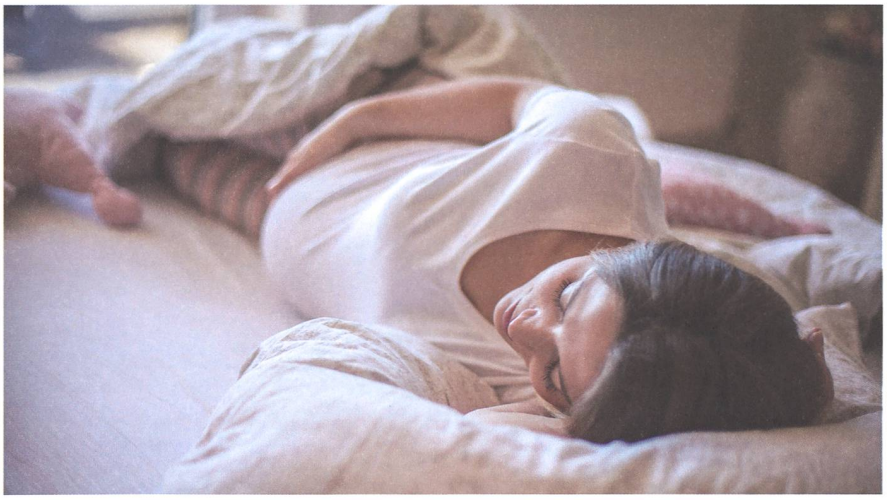
Selon le *Lancet* (2016), le taux de mort in-utéro (MIU) était de 18.4/1000 naissances en 2015 au niveau mondial. Dans les pays à revenu élevé, 90 % des MIU surviennent en prénatal, l'obésité et le tabagisme étant en cause. En Suisse, selon les dernières statistiques fédérales de 2017, la MIU représente 4.1/1000 grossesses (Office fédéral de la statistique [OFS], 2018).

De nouvelles recommandations ont été émises au Royaume-Uni, pays dont les guidelines sont régulièrement consultés par les professionnel·le·s de la santé suisses afin d'orienter leur pratique. En effet, l'organisme anglais Tommy's a lancé une campagne de prévention appelée «Sleep on side» basée sur de récentes études. Cette dernière a pour but de faire prendre conscience aux femmes le lien entre le fait de dormir en décubitus dorsal (DD) au troisième trimestre et la MIU tardive, à travers des foires aux questions ainsi que des vidéos. Selon les résultats de l'étude, si toutes les femmes s'endormaient en décubitus latéral lors du troisième trimestre, le risque de MIU pourrait diminuer de 3,7 % (Tommy's, 2018).

Grossesse et sommeil

A partir de 24 semaines d'aménorrhée (SA), l'utérus gravide comprime la veine cave inférieure et déplace latéralement l'aorte sous-rénale lorsque la femme est couchée en position DD. Cette compression a un impact sur le retour veineux et peut réduire le débit cardiaque de 10 % à 30 %. Cela entraîne une hypotension, une bradycardie, des vertiges, des étourdissements et des nausées si la femme reste trop longtemps allongée. Une majorité de femmes sont capables de compenser ce phénomène et seulement 10 % ressentent ces effets. La circulation maternelle et fœtale étant étroitement liées, ce syndrome peut aussi conduire à une atteinte fœtale avec une baisse du flux utéroplacentaire et rénal conduisant à une hypoxie fœtale (Marshall & Raynor, 2014). Par exemple, des associations de professionnel·le·s s'accordent à dire qu'au troisième trimestre de la grossesse, la cardiotocographie devrait être réalisée lorsque la femme est en décubitus latéral gauche (DLG) afin de prévenir ce syndrome (*German society of gynecology and obstetrics* [DGGG], *Maternal fetal medicine study group* [AGMFM], *German society of prenatal medicine and obstetrics* [DGPGM], *German society of perinatal medicine* [DGPM], 2014).

Pendant la grossesse, les troubles respiratoires du sommeil (TRS) sont fréquents et se péjorent avec l'âge gestationnel. Ce groupe de troubles est caractérisé par le syndrome d'apnées obstructives du sommeil, qui sont associés à une désaturation en oxygène et/ou à des modifications hémodynamiques. Il est hautement plausible que les TRS entraînent des épisodes récurrents d'hypoxémie placentaire, des modifications du tonus vasculaire et des fluctuations hémodynamiques susceptibles d'affecter la santé de la mère et du fœtus. Parmi ces troubles, l'hypertension gestationnelle, la prééclampsie ou le diabète gestationnel. Le fœtus est aussi exposé à un risque plus élevé de prématurité et de retard de croissance intra-utérin (RCIU) (Pamidi *et al.*, 2014).



iStock

Position de sommeil, facteur de risque à part entière?

Huit articles ont été analysés dans le cadre de cette revue de littérature afin de répondre à la question de recherche.

En ce qui concerne la possible association entre les positions de sommeil maternel et la MIU tardive, la totalité des études analysées (Tomasina *et al.*, 2011; Owusua *et al.*, 2013; Gordon *et al.*, 2015; Rådestad, Sormunen, Rudenhed & Pettersson, 2016; Stone *et al.*, 2016; Lakshmi *et al.*, 2017; McCowan *et al.*, 2017; Haezell *et al.*, 2017) s'accorde sur le fait que ces positions ont un impact sur le bien-être fœtal voire sur la MIU tardive. Plus précisément, elles s'accordent sur le fait que la position de sommeil maternel en DLG ou autre qu'en DD devrait être préconisée durant la grossesse afin de réduire le taux de MIU. En effet, selon Gordon *et al.* (2015), le risque attribuable de MIU pour la population (PAR) ayant une position de sommeil en DD est de 9,88 %. Dans l'étude de Tomasina *et al.* (2011), le fait de ne pas s'endormir en DLG est associé à un risque augmenté de MIU tardive, avec un risque plus élevé lors de sommeil en DD. Comparativement aux femmes qui se sont couchées en DLG, les femmes endormies dans une autre position avaient un risque doublé de MIU tardive. Pour Owusua *et al.* (2013), le sommeil en DD est également associé à la MIU. Enfin, les résultats de Haezell *et al.* (2017) ont mis en évidence des associations significatives entre la MIU tardive et la position couchée en DD la nuit de la MIU.

Par ailleurs, les auteur·e·s des études suggèrent que les résultats obtenus indiqueraient que la position de sommeil maternel est un facteur de risque modifiable de la MIU et que cette dernière pourrait être prévenue en changeant la position de sommeil de la femme au troisième trimestre. Effectivement, selon les résultats obtenus par

Owusua *et al.* (2013), si le DD a un rôle de cause à effet concernant la MIU, le pourcentage de PAR suggère que 26 % des MIU pourraient être réduites en changeant la position de sommeil maternel.

Des facteurs multiples

Le syndrome de compression de la veine cave est le phénomène que les auteur·e·s des études ont également développé pour défendre leurs propos, valider leurs résultats et affirmer leurs hypothèses. Les résultats de l'étude de Stone *et al.* (2016) indiquent que les fœtus chez les femmes en position DLD sont nettement plus susceptibles d'être en sommeil calme, c'est-à-dire qu'ils présentent une baisse des mouvements actifs fœtaux (MAF). Enfin, Haezell *et al.* (2017) rapportent que les femmes qui vont aux toilettes une fois ou plus la nuit ont un risque réduit de MIU. Ce facteur protecteur est probablement lié au changement de position horizontale en position verticale qui résout la problématique du syndrome de la veine cave.

De ce fait, tous ces résultats permettent aux auteur·e·s d'affirmer que la position maternelle en DD a un impact sur le fœtus, l'hypoxie fœtale, et que ce dernier peut se résoudre par un changement de position. Ainsi, ces derniers tendent vers la conclusion que les conséquences du syndrome de la veine cave prolongée ou chronique pourraient expliquer, en partie, la raison pour laquelle la position de sommeil maternel prolongée en DD entrerait en cause dans la survenue d'une MIU.

D'autres facteurs de risque ont été mis en évidence dans cinq des huit études analysées (Owusua *et al.*, 2013; Gordon *et al.*, 2015; Lakshmi *et al.*, 2017; McCowan *et al.*, 2017; Haezell *et al.*, 2017) dans le but d'observer de possibles corrélations avec les positions de sommeil et la MIU tardive. Selon Gordon *et al.* (2015), les femmes ayant vécu une MIU sont davantage susceptibles d'avoir été suivies pendant la grossesse pour une suspicion de RCIU, d'avoir un faible niveau d'étude ou des conditions socio-économiques défavorables. Dans l'étude de Lakshmi *et al.* (2017), les facteurs de risque associés à une MIU sont l'âge maternel, le statut socioéconomique, l'obésité, ainsi que la position de sommeil en DD pendant la grossesse, la multiparité, l'hypertension et les maladies infectieuses pendant la grossesse. Pour McCowan *et al.* (2017), les facteurs de risque associés à une MIU sont la position de sommeil en DD, une durée de sommeil inférieure à six heures la nuit avant la MIU, l'obésité, l'âge maternel inférieur à 40 ans et le RCIU. Enfin pour Haezell *et al.* (2017), les risques de MIU attribuables à la population les plus élevés sont observés avec le RCIU, le tabagisme, l'obésité maternelle et la position de sommeil en DD.

Les femmes qui vont aux toilettes une fois ou plus la nuit ont un risque réduit de mort in-utéro.

Ces derniers résultats suggèrent donc la possibilité d'une association de plusieurs facteurs de risques dans la survenue d'une MIU et que seule la position de sommeil maternel en DD ne saurait être la cause de la MIU.

Le triple risque

Seule l'étude de Gordon *et al.* (2015) soutient l'hypothèse du «triple risque». Cette dernière propose que la MIU résulte d'une combinaison de facteurs de risque maternels (âge maternel, obésité, tabagisme, par exemple), fœtaux et placentaires (insuffisance placentaire, RCIU etc.) ainsi que de stress fœtal et positionnel (syndrome de compression de la veine cave).

Comme l'ont démontré les résultats des études, la MIU peut avoir une étiologie multifactorielle.

Pour mettre en cause les positions de sommeil, les éventuels facteurs de risque doivent être écartés. Cependant, les études intégrées dans la revue de la littérature ont révélé de nombreux biais. En effet, dans la plupart d'entre elles, (Tomasina *et al.*, 2011; Owusua *et al.*, 2013; Gordon *et al.*, 2015; Radestad *et al.*, 2016; Lakshmi *et al.*, 2017; McCowan *et al.*, 2017; Haezell *et al.*, 2017), des biais de sélection ont été identifiés par l'intégration des grossesses pathologiques qui constituent un facteur de risque prouvé de MIU. Par ailleurs, le biais de mémorisation est omniprésent. En effet, le laps de

AUTEURES

Lorène Brianza
a obtenu un Bachelor en soins infirmiers au sein de l'Institut et Haute École de la Santé de La Source à Lausanne en 2017, puis elle a directement poursuivi ses études à la Haute École de Santé Vaud. Elle effectue actuellement son stage final.

Alyssa Ciampa,
sage-femme à la maternité de la Clinique Daler à Fribourg. Elle est diplômée du Bachelor en soins infirmiers de la Haute école spécialisée de Suisse Occidentale, Valais (2017), complété par la formation de sage-femme pendant deux ans à la Haute Ecole de Santé Vaud.

Perrine Tavagnutti,
sage-femme à la maternité de l'Ensemble hospitalier de la Côte à Morges. Suite à l'obtention de son diplôme d'infirmière en 2016 à l'Institut de formation en soins infirmiers et des aides soignants du Bugey à Hauteville-Lompnès (France), elle a repris les études à la Haute Ecole de Santé Vaud en vue de devenir sage-femme.

Semaine mondiale de l'allaitement
Settimana mondiale dell'allattamento
Weltstillwoche

12. – 19. 9. 2020

Sostenere l'allattamento per un pianeta più sano!

Stillen unterstützen für einen gesünderen Planeten!

Soutenir l'allaitement pour une planète plus saine !

Stillförderung Schweiz
Promotion allaitement maternel Suisse
Promozione allattamento al seno Svizzera

Mit Unterstützung von / Avec le soutien de / Con il sostegno di:

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Bundesamt für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV
Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires OSAV
Ufficio federale della sicurezza alimentare e di veterinaria USAV

Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

gynécologie suisse
Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia

Schweizerischer Hebammenverband
Fédération suisse des sages-femmes
Federazione svizzera delle levatrici
Federaziun svizra da las spendreras

LA LECHE LEAGUE
Schweiz . Suisse . Svizzera . Svizra

BSS ASCL ASCA ASCMT
Berufsverband Schweizerischer Still- und Laktationsberaterinnen
Association suisse des consultantes en lactation et allaitement maternel
Associazione svizzera consulenti per l'allattamento e per la lattazione
Associaziun svizra da cussegliadras per mammas che tezzan

kinderärzte.schweiz
Berufsverband Kinder- und Jugendärzte in der Praxis
Association professionnelle de la pédiatrie ambulatoire
Associazione professionale dei pediatri di base

pädiatrie schweiz
Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie
Société Suisse de Pédiatrie
Società Svizzera di Pediatria

SCHWEIZERISCHER FACHVERBAND MÜTTER- UND VÄTERBERATUNG

Gestaltung & Illustration: Judith Zaugg

temps entre la survenue de l'évènement indésirable et la collecte de données peut engendrer des souvenirs moins précis chez les femmes. De plus, il peut s'avérer difficile de se souvenir d'actions «naturelles» et «inconscientes» comme la position d'endormissement précédant un évènement auquel on ne s'attendait pas.

Impact des recommandations chez les femmes enceintes

L'impact de cette nouvelle recommandation sur le vécu des femmes à bas risque a été le point central de la revue de la littérature. En effet, la grossesse est une période de transition et par conséquent, de vulnérabilité qui soumet la femme à de nombreuses adaptations (alimentaires, hygiène et rythme de vie, psychologiques etc.…). La préoccupation première des femmes est de donner naissance à un enfant en bonne santé. Par conséquent, l'anxiété et la culpabilité que pourraient générer ces conduites à tenir questionnent. Malgré des recherches effectuées sur des bases de données biomédicales, aucune donnée n'a été trouvée à ce sujet. Cependant, dans la pratique, les professionnel·le·s peuvent aisément constater que les femmes ressentent une certaine pression individuelle et sociale.

De plus, la femme se retrouve face à un paradoxe entre la valorisation de son propre ressenti et les multiples recommandations à suivre. En effet, elle n'a que très peu, voire pas de maîtrise sur la position dans laquelle elle s'endort et se réveille. Tous ces éléments mènent à la réflexion suivante: les avantages d'une telle recommandation sont-ils supérieurs aux impacts psychologiques causés à la mère et aux risques réels encourus lorsque la femme dort en DD? Depuis quelques années, le concept «less is more» provenant des États-Unis est apparu dans le domaine médical. Il consiste à «reconnaître qu'un excès de traitement peut parfois amener plus de risques que de bénéfices» (Regard, Gaspoz & Kherad, 2013). Dans le cadre de cette thématique, la surestimation du risque est mise en question. Ces interrogations ont été soulevées et quelque peu traitées dans la campagne de prévention anglaise, parmi ceux-ci: «Je suis enceinte et cette campagne m'angoisse»; «C'est comme si vous blâmiez les femmes qui ont vécu une mortinaissance»; «J'ai dormi sur le dos, est-ce la raison pour laquelle mon bébé est décédé?» (Tommy's, 2018).

De ce fait, à l'issue de la recherche, il en ressort que si l'on considère la notion du «triple risque», la position de sommeil maternel, isolée, ne pourrait pas être la cause directe d'une MIU tardive et sa modification ne pourrait pas prévenir toutes les MIU tardives (Warland & Mitchell, 2014). Il semble donc important de considérer la possible association de ce facteur de risque avec d'autres facteurs pouvant compromettre le bien-être fœtal. Ainsi, comme soutenu dans l'étude de Gordon *et al.* (2015), la position de sommeil maternel pourrait être un facteur de risque surajouté à d'autres facteurs déjà présents de la MIU tardive mais ne pas en être la cause directe. Enfin, il est également important de rappeler que dans 40 % des MIU, la cause reste indéterminée.

Informer les femmes

Selon plusieurs organismes de soins, lors du troisième trimestre, il pourrait être pertinent de fournir aux femmes des informations sur la position de sommeil. En effet, la position en DD étant associée à des issues potentiellement défavorables comme mentionné précédemment, l'évitement ou la minimisation de sa survenue pourraient être une stratégie pour réduire le risque de mortinatalité. De plus, les femmes ont davantage recours aux médias dans le but de s'informer. Par conséquent, la probabilité qu'elles aient été confrontées à des recommandations strictes visant à bannir le décubitus dorsal est élevée. Pour les professionnel·le·s de la santé en première ligne, il conviendra de les informer par un discours pondéré que la position optimale serait le DLG voire le DLD. Cependant, il est capital de rassurer la femme qui se réveille en DD afin de ne pas générer de l'anxiété.

Lien de la campagne «Sleep on side»: www.tommys.org/pregnancy-information

Références

German society of gynecology and obstetrics, Maternal fetal medicine study group, German society of prenatal medicine and obstetrics & German society of perinatal medicine (2014) S1-Guideline on the Use of CTG During Pregnancy and Labor. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde;* 74(8), 721-732. www.ncbi.nlm.nih.gov

Gordon, A., Raynes-Greenow, C., Bond, D., Morris, J., Rawlinson, W. & Jeffery, H. (2015) Sleep Position, Fetal Growth Restriction, and Late-Pregnancy Stillbirth. The Sydney Stillbirth Study. *The American College of Obstetricians and Gynecologists;* 125(2), 347-355. doi:10.1097/AOG.0000000000000627.

Haezell, A., Li, M., Budd, J., Thompson J., Stacey, T., Cronin, R., Martin, B., … & McCowan, L. (2017) Association between maternal sleep practices and late stillbirth – findings from a stillbirth case-control study. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology;* 125, 254-262. doi:10.1111/1471-0528.14967.

Lakshmi, S., Thankam, U., Jagadhamma, P., Ushakumari, A., Chellamma, N. & Hariharan, S. (2017) Risk factors for stillbirth: a hospital based case control study? *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology;* 6(3), 970-974. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20170567.

Marshall, J. E. & Raynor, M. D. (Éds.) (2014) Myles textbook for midwives (16e éd.). Édimbourg, Royaume-Uni: Churchill Livingstone Elsevier.

McCowan, L., Thompson, J., Cronin, R., Minglan, L., Tomasina, S., Stone, P., … & Mitchell E. (2017) Going to sleep in the supine position is a modifiable risk factor for late pregnancy stillbirth; Findings from the New Zealand multicentre stillbirth case-control study. *PLOS ONE;* 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0179396.

Owusua, J., Anderson, F., Colemand, J., Oppongd, S., Seffahd, J., Aikinsd, A., & O'Brien, L. (2013) Association of maternal sleep practices with preeclampsia, low birth weight, and stillbirth among Ghanaian women. *International Federation of Gynecology and Obstetrics;* 121(3), 261-265. doi:10.1016/j.ijgo.2013.01.013.

Pamidi, S., Pinto, L., Marc, I., Benedetti, A., Schwartzman, K. & Kimoff, J. (2014) Maternal sleep-disordered breathing and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and metaanalysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology;* 210(52), 1-14. www.ajog.org

Radestad, I., Sormunen, T., Rudenhed, L. & Pettersson, K. (2016) Sleeping patterns of Swedish women experiencing a stillbirth between 2000-2014 – an observational study. *BMC Pregnancy and Childbirth;* 16(193), 1-5. doi:10.1186/s12884-016-0982-0.

Regard, S., Gaspoz, J.-M., & Kherad, O. (2013) Less is more. *Revue médicale suisse;* 9, 770-774. www.revmed.ch

Stone, P., Burgess, W., McIntyre, J., Gunn, A., Lear, A., Bennet, L., Mitchell, E. & Thompson, J. (2016) Effect of maternal position on fetal behavioural state and heart rate variability in healthy late gestation pregnancy. *The Journal of Physiology;* 595(4), 1213-1221. doi:10.1113/JP273201.

***The Lancet* (2016)** Mettre fin aux mortinaissances évitables. www.thelancet.com

Tomasina, S., Thompson, J., Mitchell, E., Ekeroma A., Zuccollo, M. & McCowan, L. (2011) Association between maternal sleep practices and risk of late stillbirth: a case-control study. *British Medical Journal;* 1-6. doi:10.1136/bmj.d3403.

Tommy's (2018) Sleep on side (in late pregnancy) – campaign film. www.tommys.org/pregnancy-information

Warland, J. & Mitchell, E. (2014) A triple risk model for unexplained late stillbirth. *BMC Pregnancy and Childbirth;* 14:142, 1-6. www.biomedcentral.com