

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Zeitschrift:</b> | Schweizer Hebamme : officielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici |
| <b>Herausgeber:</b> | Schweizerischer Hebammenverband   |
| <b>Band:</b>        | 99 (2001)   |
| <b>Heft:</b>        | 9   |
| <b>Artikel:</b>     | L'excperience lausanneoise  |
| <b>Autor:</b>       | Megalo, Alexandre   |
| <b>DOI:</b>         | <a href="https://doi.org/10.5169/seals-951304">https://doi.org/10.5169/seals-951304</a>   |

### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 23.01.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# L'expérience lausannoise

**La maturation du col et l'induction du travail concernent environ 20% des accouchements dont les deux tiers sont motivés par une indication médicale. Parmi les méthodes de déclenchement, les prostaglandines sont utilisées depuis plus de 25 ans. Depuis 1992, on utilise de plus en plus un analogue de la prostaglandine E1, le misoprostol (Cytotec®) dans le déclenchement du travail à terme. Au CHUV à Lausanne, une étude a été menée afin d'étudier ses effets et déterminer la dose optimale à mettre en œuvre.**

**Dr Alexandre Megalo**

**DEPUIS** 1992, la littérature s'enrichit régulièrement de publications sur l'utilisation d'un analogue de la prostaglandine E1, le misoprostol, dans le déclenchement du travail à terme. Cette prostaglandine E1 (Cytotec®, commercialisée par Searle) se présente sous forme de comprimé de 200 µg. Cette substance est rapidement absorbée par voie orale en environ 30 minutes, mais peut aussi être utilisée par voie vaginale. Sa demi-vie est de 90 minutes. Le misoprostol a été commercialisé pour le traitement des ulcères gastriques induits par les anti-inflammatoires non stéroïdiens. La découverte de ses propriétés abortives a commencé au Brésil, où de nombreuses femmes l'ont utilisé comme moyen d'avortement par voie orale. Son coût très modeste a poussé certains auteurs à étudier l'influence sur le col utérin et les propriétés ocytociques de cet analogue de la prostaglandine E1 dans le déclenchement à terme.

## Etudes antérieures

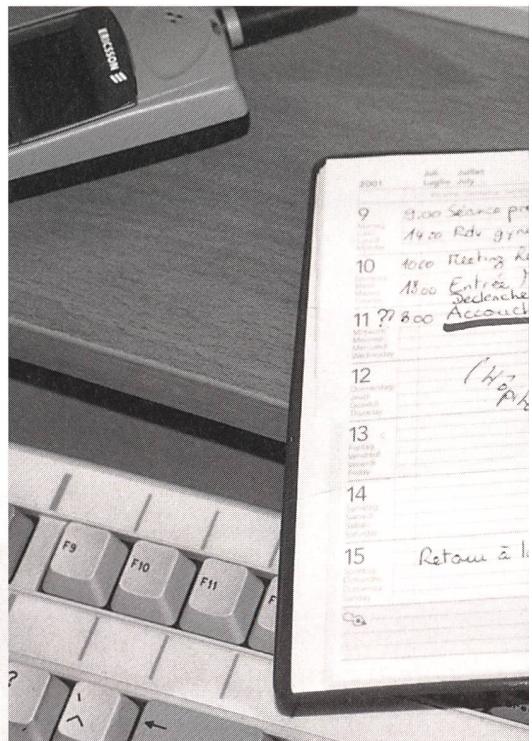
Plusieurs auteurs ont étudié l'application intravaginale de misoprostol. Le premier fut Margulies en 1992 qui a utilisé le misoprostol intravaginal à la dose initiale de 50 µg répétée toutes les 2 heures jusqu'à obtention d'une contractilité satisfaisante en le comparant à des placebos. Puis Fletcher a réalisé une étude randomisée en double aveugle contre-placebo avec une dose de 100 µg de misoprostol. Ces auteurs ont observé des différences nettement significatives dans la durée des induc-

**Entre boulot et bébé, certaines femmes actives et primipares sont tentées par un déclenchement artificiel, bercées par l'illusion de pouvoir planifier leur accouchement comme le reste de leur vie.**

tions de travail, sans différences quant aux complications, scores d'Apgar ou modes d'accouchement.

Des essais comparant le misoprostol à l'ocytocine ont également été effectués, notamment par Sanchez-Ramos qui a effectué une étude randomisée en 1993 avec 129 patientes (induction de travail réalisée par du Misoprostol 50 µg toutes les 4 heures avec une dose maximale de 600 µg versus perfusion d'ocytocine). Dans ces études, l'intervalle induction-accouchement a été raccourci de 60% avec les PGE1 sans différence significative quant au mode d'accouchement et au devenir néonatal.

De nombreuses études ont comparé le misoprostol à la dinoprostone. Chuck et Huffaker ont comparé en 1995 le misoprostol au Prépidil® pour l'induction du travail avec des résultats favorables aux PGE1 avec un délai d'accouchement significativement plus court et une morbidité fœtale et maternelle équivalente. Sanchez-Ramos en 1998 a confirmé la meilleure efficacité du misoprostol et son moindre coût par rapport aux PGE2.



Des résultats favorables ont été observés, que les membranes soient intactes ou rompues.

Bien que l'induction du travail chez des patientes avec un antécédent de césarienne est toujours sujet à controverse, Wing a effectué en mai 1998 une étude randomisée qui a du être terminée prématurément pour des questions de sécurité. En effet, il a voulu comparer le misoprostol et l'ocytocine dans l'induction du travail et a observé deux ruptures utérines sur 17 patientes provoquées par du misoprostol.

Plusieurs auteurs ont comparé différents dosages de misoprostol dans la maturation du

**Alexandre Megalo**  
est diplômé de la Faculté de Médecine de Lausanne (1990), puis a poursuivi sa formation en Gynécologie-Obstétrique à Yverdon (1992 à 1994), au CHUV (1994 à 1999) puis à Sion (1999 à 2000). Chef de clinique depuis avril 1999, il œuvre actuellement à la Maternité du CHUV à Lausanne.

col et l'induction du travail. Des doses de 100 µg, 50 µg et 25 µg ont été testées. Srisomboon a effectué une étude randomisée avec 50 µg et 25 µg de misoprostol en 1998 et a démontré une efficacité meilleure pour les doses de 50 µg sans augmentation de la morbidité néonatale ou maternelle.

Bennett a comparé l'administration orale et vaginale d'une dose de 50 µg de misoprostol sur 200 patientes. Il a obtenu un accouchement plus rapide

## Déclenchement artificiel du travail:

### Quand et comment?

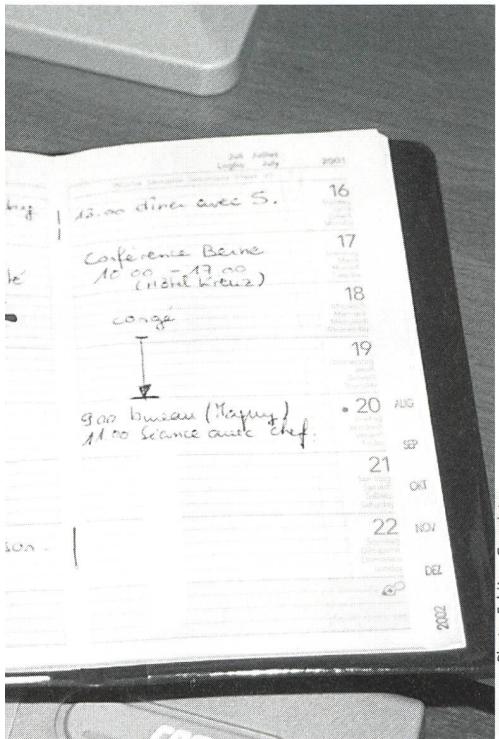


Photo: Fabienne Gogniat

lorsque les PGE1 ont été données par voie vaginale mais a observé une augmentation de la fréquence des anomalies cardiotocographiques. Il a donc proposé une administration par voie orale jusqu'à l'obtention des effets sur la maturation du col et l'induction de contractions.

#### Etude randomisée PGE1 vs PGE2 pour le déclenchement de l'accouchement

Dans le Service d'Obstétrique du CHUV à Lausanne, nous avons effectué une étude randomisée sous la direction du Professeur Hohlfeld avec 200 patientes ayant reçu soit 50 µg de misoprostol toutes les 4 heures (dose maximale: 250 µg), soit des gels (0.5 mg de dinoprostone) ou des ovules (3 mg de Prostin) de PGE2 toutes les 6 heures suivi par une RAM puis une administration d'ocytocine

Nous voulions comparer l'efficacité et la sécurité du misoprostol (PGE1) intravaginal dans la maturation du col et l'induction du travail par rapport aux PGE2 utilisés dans notre service avec 200 patientes et comparer les effets sur le cardiotocogramme (CTG).

Nous avons interprété les CTG durant les 60 minutes avant l'accouchement avec

Aujourd'hui il y a de plus en plus d'accouchements qui sont déclenchés artificiellement ou «provoqués», comme on dit dans le langage courant. Selon différents auteurs le chiffre des déclenchements se situe entre 15-20%, avec une tendance à l'augmentation.

Il y a quelques indications absolues comme l'oligoamnios ou plus de 24 heures de RPM à terme. Mais qu'en est-il du déclenchement artificiel pour dépassement du terme?

Selon l'OMS ou la FIGO, on parle de dépassement du terme quand une grossesse dure au-delà de 42 SA ou plus de 294 jours.

Mais comment calcule-t-on ce terme? On parle souvent du dépassement de terme dès que les 40 semaines de grossesse sont passées. Cela fausse le dépassement du terme. Est-ce qu'on prend en considération les cycles longs d'une femme enceinte?

Selon différentes études il y a eu moins de dépassements de terme ces 15 dernières années, entre autre grâce aux ultrasons. Mais est-ce qu'ils sont vraiment si fiables? Est-ce qu'il existe des études? L'estimation du poids de bébé à terme est souvent erronée.

Dans ma pratique de sage-femme, j'ai vécu beaucoup de déclenchements artificiels de travail à terme + quelques jours pour le motif «fatigue maternelle». Quand on questionne une femme enceinte «à terme»: laquelle n'est pas fatiguée? Je crois que c'est normal. On ferait mieux d'expliquer à la femme comment se reposer les derniers jours avant l'accouchement et que ce serait plus agréable pour elle de vivre un accouchement qui se met en route spontanément.

Les femmes qui ont vécu les deux possibilités, un accouchement déclenché naturellement et une provocation sont unanimes: les contractions utérines (CU) «provoquées» font beaucoup plus mal. Dans la nature, les CU commencent à un rythme espacé et augmentent lentement en intensité et fréquence. Déclenché avec des Ocytocines ou des Prostaglandines, les CU commencent sou-

vent d'un coup et tout de suite très fort.

Je suis d'avis qu'il faut déclencher l'accouchement seulement quand il s'agit d'un vrai dépassement du terme, c'est-à-dire > 42 SA, bien sûr avec la surveillance des CTG et l'estimation de la quantité de liquide amniotique à partir de 41 SA. Aller au-delà est psychologiquement trop dur pour une femme qui attend avec impatience son bébé, surtout quand il s'agit d'un premier enfant. Les multipares ont déjà fait souvent (30-50%) l'expérience d'un dépassement du terme. En plus le risque d'un syndrome de postmaturité avec du liquide amniotique méconial est de 20-40%.

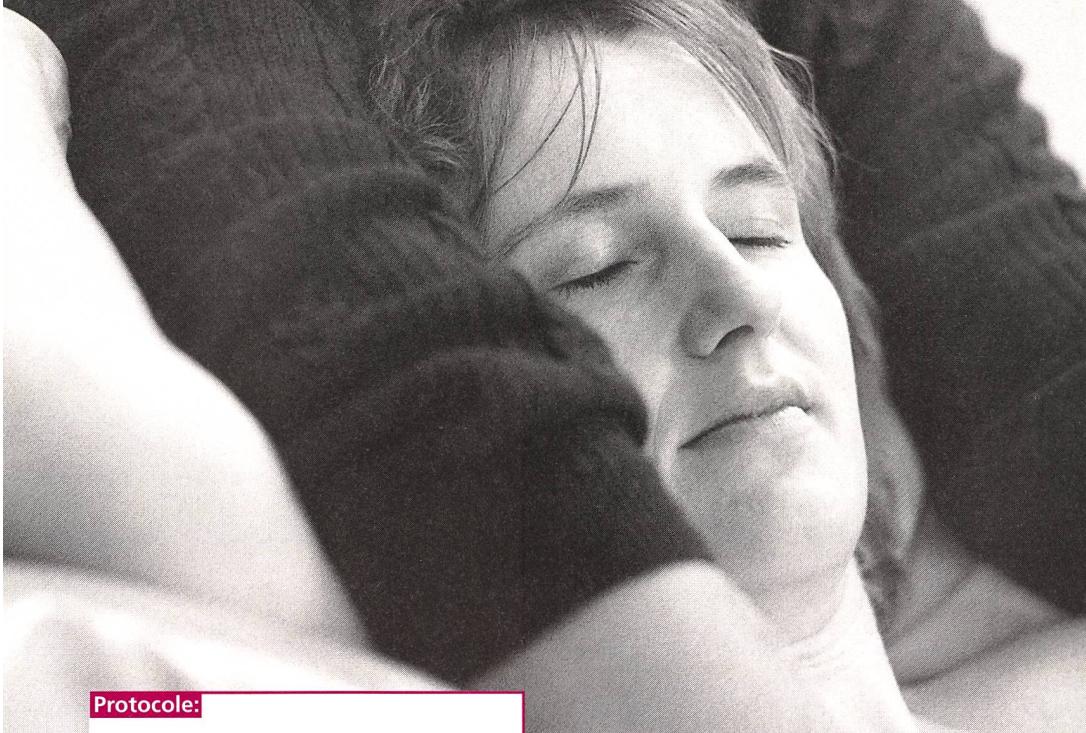
Après la question quand déclencher un accouchement artificiellement reste la question du comment? Avant de déclencher un accouchement avec des moyens aussi douloureux que le Syntocinon ou, «mieux» encore, que le Misoprostol, pourquoi ne pas essayer des moyens plus doux et plus naturels? A ce sujet, je vous renvoie au petit encadré page précédente.

Certes les femmes accouchent de plus en plus avec le Misoprostol (prostaglandine PGE1), spécialement violent, mais à quel prix? Les CU sont souvent trop nombreuses (hypercinésie de fréquence) et rien ne les arrête, à part une tocolysé d'urgence (Gynipral), qui d'ailleurs n'est efficace qu'une trentaine de minutes. Je suis révoltée que les médecins ne voient que l'efficacité du Misoprostol (les femmes accouchent vite).

Mais le comment n'a pas l'air de les intéresser beaucoup. C'est le problème de l'anesthésiste qui pose la périnéale, s'il a encore le temps, car le Misoprostol n'est pas seulement violent, mais aussi très rapide.

Et si la femme ne voulait pas accoucher sous périnéale et qu'elle souhaitait un accouchement le plus naturel possible? On devrait bien mieux expliquer aux femmes l'action des médicaments, pour qu'elles puissent librement choisir.

Barbara Jeanrichard,  
sage-femme



Il existe fort heureusement une panoplie de petits moyens sage-femme pour le déclenchement «naturel» du travail, qui peuvent permettre un déroulement de l'accouchement plus proche de la physiologie.

Photo: Susanna Hüscher

## Protocole:

### Protocole d'utilisation du Misoprostol 50µg (Cytotec®) dans la maturation du col et l'induction du travail

Tout déclenchement d'une patiente entre 34 et 42 semaines de gestation se fait par des cp de 50 µg de Misoprostol (Cytotec®) de la manière suivante.

– Les PGE1 seront administrées à raison de 50 µg toutes les 4 heures avec une dose maximale de 250 µg (5 x la dose) suivis par une rupture artificielle des membranes puis par l'administration d'oxytocine.

#### Critères d'exclusion:

Les critères classiques d'exclusion comprennent:

- Présentation transverse
- CTG pathologique, souffrance fœtale chronique (susp. RCIU)
- Patiente en travail
- Placenta praevia ou saignement vaginal inexplicable
- Infection herpétique active
- Contre-indication aux prostaglandines (Asthme, glaucome...)

#### Nous retiendrons pour l'instant 2 critères d'exclusion supplémentaires:

- Grossesse multiple
- Antécédent de césarienne ou de chirurgie utérine

Ces patientes seront provoquées par des PGE2 selon la méthode habituelle

Une surveillance cardiotocographique de 45 minutes au moins sera effectuée après chaque administration de médicaments (E1 ou PGE)

8 critères caractéristiques (fréquence, variabilité, oscillations, accélérations, décélérations, score FIGO, score de Melchior, interprétation du CTG). Dans l'analyse de l'étude, les patientes sélectionnées ont nécessité un déclenchement entre 35 et 42 semaines et ont eu toutes les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion.

Nous avons une différence significative dans la durée de la provocation avec un temps très raccourci avec les PGE1 (962 min pour les PGE1 vs 1488 min pour les PGE2), les hypercinésies de fréquence constatées uniquement dans 11% (10/89) des cas avec les PGE1, et dans l'utilisation d'oxytocine (39% [35/89] pour les PGE1 vs 51% [37/73] pour les PGE2), alors qu'il n'y a pas de différence significative dans le taux de césarienne (18% [16/89] pour les PGE1 vs 16% [12/73] pour les PGE2), le nombre de manœuvres instrumentales (16% [14/89] pour les PGE1 vs 14% [10/73] pour les PGE2), le taux de péridurales (55% [49/89] pour les PGE1 vs 59% [43/73] pour les PGE2), et le devenir néonatal (ph < 7.10), (8% [7/89] pour les PGE1 vs 4% [3/73] pour les PGE2).

Lors de l'analyse du cardiotocogramme durant les 60 minutes avant l'accouchement, nous avons des différences significatives pour le score FIGO (7.0 pour les PGE1 vs 8.0 pour les PGE2) ( $p < 0.01$ ) et pour le score de Melchior (1.6 pour les PGE1 vs 1.1 pour les PGE2) ( $p = 0.02$ ) ainsi que pour les interprétations des CTG (15% de CTG pathologiques avec les PGE1 vs 7% pour les PGE2; 27% de CTG suspects pour les PGE1 vs 16% pour les PGE2; 58% de CTG normaux pour les PGE1 vs 77% pour les PGE2) alors qu'il n'y a pas de différence significative dans la fréquence cardiaque fœtale

(138.5 pour les PGE1 vs 137.3 pour les PGE2) ( $p = 0.64$ ).

En conclusion, le misoprostol a permis d'obtenir une diminution de 30% du temps de provocation jusqu'à l'accouchement à un coût extrêmement avantageux (100 x) sans différence de morbidité fœtale ou maternelle. Par contre, nous avons plus de modifications pathologiques du cardiotocogramme lors d'induction du travail par le misoprostol qu'avec les PGE2 (42% vs 23%).

## Conclusion

Le misoprostol est un bon moyen de maturation du col et d'induction du travail. Il a démontré son efficacité par rapport aux moyens non médicamenteux et sa supériorité par rapport aux PGE2 et à l'oxytocine.

Actuellement, la dose optimale semble être de 50 µg, mais des études avec 25 µg sont encore en cours. L'intervalle optimal d'application du produit semble être de 4 heures et la voie d'administration actuellement la plus utilisée est la voie vaginale. La voie orale à 200 µg commence à être utilisée par certaines équipes.

Dans le Département de Gynécologie Obstétrique du CHUV à Lausanne, tout déclenchement de patientes entre 34 et 42 semaines se fait actuellement par des comprimés de 50 µg selon le mode d'administration décrit dans le tableau ci-dessous. Les contre-indications à l'administration du misoprostol sont les contre-indications habituelles des prostaglandines avec deux critères d'exclusion supplémentaires, les grossesses multiples et les antécédents de césarienne ou de chirurgie utérine.