Zeitschrift: Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch
Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband
Band: 106 (2008)
Heft: 3

Artikel: Entre la physiologie et les risques : le dépassement du terme
Autor: Othenin-Girard, Véronique / Boulvain, Michel
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-949430

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: 05.12.2025

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

EDITORIAL

Le dépassement de terme est un thème connu mais auquel nous sommes amenées à être confrontées: 3 à 14% des grossesses dépasseraient 42 semaines. Combien de femmes vivent neuf mois avec en point de mire LA date à laquelle va naître leur enfant! Les jours qui la suivent sont souvent mal vécus. A la sage-femme de temporiser et de trouver les bons arguments, car si le bien-être fœtal est au cœur de ses préoccupations, la satisfaction maternelle l'est tout autant. A cette impatience s'ajoute une notion sécuritaire. Selon le docteur Boulvain, gynécologue aux HUG, le taux de mortalité périnatal augmente dès 41 SA et ce risque est potentiellement évitable si le travail est alors déclenché. Comme on programme aujourd'hui sa grossesse, planifiera-t-on la date de la naissance? Seront-ce les médicaments, et non plus la nature, qui décidera du moment à naître, devenant un acte médical sous haute surveillance?

Dans les maisons de naissance, on attend souvent jusqu'à 14 jours après le terme qui est, rappelons-le, une limite arbitraire. Alors qu'en milieu hospitalier, même si on commence à recourir à des moyens comme homéopathie, acupuncture, huiles essentielles, un quart des naissances se terminent par un déclenchement, dont l'indication la plus fréquente est le dépassement de terme. Au nom de la sécurité. Et au nom de la satisfaction maternelle? Celle-ci est aussi mise en avant dans un travail de mémoire de fin d'études qui s'est intéressé aux ressources des jeunes mères lors de leur retour à domicile. Fatigue, douleurs, anxiétés, ambivalence entre joies et craintes sont ce qui ressort de leurs discours. Ces femmes se sentent sous pression, et par cette volonté de tout contrôler et de faire juste, cherchent à se rassurer sur leur comportement et celui de leur enfant. Malheureusement, souvent auprès des autres et non en soi.

D'où la mise en place de différentes stratégies comme accomplir des tâches d'avant la naissance afin de se retrouver en terrain connu. D'où la recherche de soutien par les proches – mais aussi de professionnels. La diversité de ces stratégies doit être vue comme une piste pour aiguiller notre pratique de sage-femme afin d'amener un sentiment de sécurité facilitant la réalisation de leurs compétences.

La tendance actuelle d'une société sécurisée et performante se retrouve même dans cet acte ancestral qu'est la venue au monde d'un nouvel être: est-ce un bien ou un mal?

Elvire Scheikh-Enderli

Entre la physiologie et les risques

Le dépassement

Partant des dernières connaissances basées sur les faits, les auteurs s'interrogent sur la limite d'une grossesse «normale», précisent les effets des deux attitudes possibles (déclenchement systématique et attitude «expectative») et présentent les moyens qui sont aujourd'hui à notre disposition.

Introduction

On définit classiquement le dépassement du terme quand la grossesse se prolonge au-delà de 42 semaines (294 jours) d'aménorrhée. Cette définition est basée sur la distribution statistique du terme d'accouchement, dont la moyenne est 40 semaines (280 jours depuis les dernières règles) et l'écart-type est approximativement de 1 semaine. En théorie, 2,5% des femmes dépasseront le terme de 42 semaines, la durée de la grossesse qui pourrait être qualifiée de «normale» (moyenne + 2 écarts-types). Un inconvénient de cette définition est que la limite est arbitraire et qu'elle n'est pas basée sur le terme à partir duquel la mortalité et la morbidité augmentent, ce qui serait plus utile en clinique.

Véronique Othenin-Girard, sage-femme et **Michel Boulvain,** obstétricien et épidémiologiste – Unité de Développement en Obstétrique – Hôpitaux Universitaires de Genève.

Le taux de mortalité périnatale suit une courbe en U. Elle diminue progressivement jusqu'à 38 semaines, est la plus faible entre 38 et 41 semaines, pour augmenter à nouveau à partir de 41 semaines. La mortalité périnatale à terme est de l'ordre de 2 à 3/1000. Elle s'élève à 9/1000 après 41 semaines. Le décès avant le travail peut survenir sans facteurs de risque et, souvent, aucune cause n'est identifiée a posteriori. Ce risque est potentiellement évitable si le travail d'accouchement est déclenché.

La morbidité fœtale associée au dépassement du terme inclut l'hypoxie, accompagnée ou non par la présence de liquide amniotique méconial, et les complications de la macrosomie (dystocie d'épaule, lésion du plexus brachial et hypoglycémie). La présence de liquide amniotique teinté ou méconial, plus fréquente en cas de dépassement du terme, entraîne un risque d'inhalation de ce liquide qui peut provoquer une morbidité néonatale sévère. Concernant la mère, la morbidité est essentiellement représentée par les traumatismes périnéaux et les complications associées aux césariennes. Il faut distinguer la notion de post-terme de la notion de post-maturité. Le nouveau-né post-mature a un rapport poids/taille diminué, une desquamation de la peau, sans vernix et imprégnée de méconium. Ces signes cliniques peuvent être observés avant 41 semaines et sont retrouvés chez 20 à 40% des enfants nés après 42 semaines.

La fréquence du dépassement de terme est variable selon les séries publiées. De 3 à 14% des grossesses dépassent 42 semaines. Quand l'âge gestationnel a été vérifié par échographie, ce qui est actuellement la règle, l'incidence est plus basse car l'échographie permet d'identifier les grossesses survenues après le 14ème jour du cycle.

Déclenchement du travail ou expectative ?

Plusieurs études randomisées ont été conduites pour comparer deux alternatives en cas de dépassement du terme: le déclenchement systématique, lorsque le terme dépasse 41 semaines, et une attitude «expectative», incluant la surveillance du bien-être fœtal. Une méta-analyse de ces essais cliniques met en évidence une réduction de la

du terme

mortalité périnatale quand le travail est déclenché à 41 semaines, par rapport à un protocole de surveillance[1]. La mortalité était de 0.3/1000 (un décès) dans les groupes «déclenchement», par rapport à 2.3/1000 (7 décès) dans les groupes «expectative». La différence de risque est faible (2/1000) et le travail doit être déclenché chez 500 femmes pour éviter un décès (number-needed-to-treat, NNT).

Une politique de déclenchement du travail à 41 semaines pourrait aussi diminuer le risque de césarienne. Dans l'étude dont la taille d'échantillon était la plus importante, la fréquence de césarienne était de 21% dans le groupe déclenchement, par rapport à 25% dans le groupe expectative[2]. Cette réduction est assez faible et a été constatée dans un contexte où la fréquence de césarienne était élevée pour l'époque. Il faut noter que la réduction du risque de césarienne concernait principalement les césariennes indiquées par une souffrance fœtale. Peu de centres participant à cette étude pratiquaient le prélèvement pour mesurer le pH au scalp en vue de valider la suspicion de souffrance fœtale détectée par le monitorage du rythme cardiaque. Etant donné la faible spécificité du diagnostic de la souffrance fœtale en cours de travail par le monitoring cardiaque seul, une part de ces césariennes aurait sans doute pu être évitée. Il est aussi possible que l'interprétation du tracé a été influencée par la connaissance de l'allocation, étant donné qu'aucun aveuglement n'était possible dans ce contexte. L'utilisation d'analgésie et le risque de souffrance fœtale pendant le travail n'étaient pas augmentés. Le risque de liquide amniotique méconial diminue en cas de déclenchement, mais la morbidité néonatale reste inchangée.

Une analyse économique comparant ces deux alternatives a permis de montrer que le déclenchement est associé à une réduction des coûts. Peu d'études ont évalué la sa-

Photo: www.luiselagiobbi.com

Photo: JBS

tisfaction maternelle et les résultats sont variables, probablement en fonction de la population incluse. Certaines études ne mettent pas en évidence de différence suivant la prise en charge, alors que d'autres suggèrent une préférence des femmes pour un déclenchement à 41 semaines.

Moyens de surveillance fœtale en cas de dépassement du terme

Les moyens pour surveiller le bien-être fœtal en fin de grossesse incluent le compte des mouvements fœtaux, le monitoring cardiaque fœtal (NST: non-stress test), la mesure de la quantité de liquide amniotique et des flux Doppler par échographie. Le score de Manning a été proposé pour quantifier le bien-être fœtal en se basant sur les mouvements visualisés par échographie, la mesure de la quantité de liquide amniotique et les résultats du NST. Il n'y a pas de preuve que la détection des mouvements (score de Manning complet), par rapport à la mesure de la quantité de liquide amniotique et le NST (score de Manning simplifié), améliore la détection des fœtus en danger[3]. Trois fois plus d'examens sont qualifiés de pathologiques (45% versus 15%), avec plus d'interventions médicales, sans amélioration des issues néonatales. Une mesure des flux Doppler par échographie pourrait remplacer les autres examens, notamment le NST, mais peu d'études ont évalué cette alternative[4].

Il est habituel de demander aux femmes de se présenter à la Maternité si elles perçoivent moins de mouvements fœtaux. Un essai randomisé a évalué une politique de compte des mouvements fœtaux systématique à la fin de la grossesse et n'a pas mis en évidence de bénéfices de cette approche [5]. Il faut noter que dans cette étude la compliance des femmes à cette intervention était limitée et que, dans la majorité des cas de décès intrautérin, les femmes ont consulté trop tardivement. Il nous semble néanmoins que la recommandation de consulter en cas de perception d'un changement des mouvements fœtaux est une mesure de prudence bien acceptée et qui pourrait être efficace dans certains cas. Nous pensons que les résultats des essais randomisés doivent être adaptés à la pratique de notre centre et aux caractéristiques des femmes plutôt qu'être appliqués sans réflexion. C'est pourquoi, malgré les résultats négatifs de l'essai randomisé, nous continuons de recomman-

der aux femmes de noter les changements dans les mouvements (sans compte formel) et de consulter en cas de doute.

Moyens pour éviter un déclenchement du travail

Dans de nombreux hôpitaux, près d'un quart des grossesses se terminent par le déclenchement artificiel du travail et l'indication la plus fréquente est le dépassement du terme. Pour éviter un déclenchement du travail par les méthodes classiques (prostaglandines et ocytocine), une des méthodes proposées est le décollement des membranes, qui peut être réalisé en ambulatoire. Les études évaluant le décollement des membranes semblent montrer une réduction du risque de devoir déclencher le travail par les moyens classiques[6]. Les études réalisées dans le cadre d'une politique systématique de décollement des membranes chez toutes les femmes dont la grossesse atteint le terme de 38 à 40 semaines ne démontrent pas de bénéfices tangibles grâce à cette intervention. En particulier, cette politique systématique à l'approche du terme n'est pas associée à une réduction du risque de césarienne ou de morbidité maternelle et périnatale. Par contre, cette intervention est associée à un inconfort maternel significatif lors du toucher, et des saignements et des contractions n'aboutissant pas au début du travail dans les jours qui suivent[7]. Malgré ces inconvénients, les femmes chez qui l'intervention est pratiquée la recommanderaient pour essayer d'éviter un déclenchement du travail par les méthodes classiques. Ce fait suggère l'opposition des femmes au déclenchement du travail par les moyens traditionnels.

Les autres moyens proposés comme alternatives aux méthodes classiques tels que l'homéopathie, l'acupuncture, l'huile de ricin ou de castor, ainsi que d'autres cocktails ont été peu évalués. On ne peut donc pas se prononcer sur leur efficacité et leurs effets secondaires. Quand on interprète les résultats d'une étude dans ce contexte, il est indispensable de comparer les résultats à ceux d'un groupe de femmes similaires chez qui l'intervention n'a pas pratiquée, car dans tous les cas une proportion importante de femmes débute le travail d'accouchement dans les jours qui suivent (10–20% par jour suivant le terme). Même si l'intervention n'a aucune efficacité, une majorité de femmes débutera le travail spontanément dans la semaine qui suit l'intervention! Un essai randomisé est donc la méthode de choix pour évaluer de manière valide ces interventions.

Photo: www.luisellagiobbi.com

Conclusion

En conclusion, il est recommandé d'effectuer une échographie précoce afin de confirmer ou préciser le terme. A terme, il est recommandé de surveiller le bien-être du fœtus, mais il n'y a pas de preuve que certains examens sont plus efficaces que d'autres pour détecter des anomalies. Si la grossesse dépasse 41 semaines, il est recommandé de déclencher l'accouchement avec l'accord de la femme, en étant conscient du fait qu'il faut pratiquer au moins 500 déclenchements pour prévenir un décès périnatal. Pour éviter un dépassement du terme ou un déclenchement du travail par d'autres moyens, on peut proposer le décollement des membranes, en informant la femme du désagrément provoqué par l'examen et la possibilité d'effets secondaires. Les autres moyens nécessiteraient une évaluation rigoureuse avant d'être introduits en pratique clinique. ◀

Bibliographie

[1] *Gülmezoglu A.M., Crowther C.A., Middleton P.:* Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 4. Art. No. CD004945.

[2] *Hannah M.E., Hannah W.J., Hellmann J., Hewson S., Milner R., Willan A.:* Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group. N. Engl, J. Med, 1992; 326: 1587–92.

[3] *Alfirevic Z., Walkinshaw S.:* A randomised controlled trial of simple compared to complex antenatal fetal monitoring after 42 weeks of gestation. Br. J. Obstet, Gynaecol 1995; 102: 638–43.

[4] *Williams K.P., Farquharson D.F., Bebbington M., Dansereau J., Galerneau F., Wilson RD, et al.* Screening for fetal well-being in a high-risk pregnant population comparing the nonstress test with umbilical artery Doppler velocimetry: a randomized controlled clinical trial. Am J. Obstet, Gynecol 2003; 188: 1366–71.

[5] *Grant A., Elbourne D., Valentin L., Alexander S.:* Routine formal fetal movement counting and risk of antepartum late death in normally formed singletons. Lancet 1989; 2: 345–9.

[6] *Boulvain M., Stan C., Irion O.:* Membrane sweeping for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2005: CD000451.

[7] *Boulvain M., Fraser W.D., Marcoux S., Fontaine J.Y., Bazin S., Pinault J.J., et al.* Does sweeping of the membranes reduce the need for formal induction of labour? A randomised controlled trial. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105: 34–40.