

LE DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL (INDUCTION)

Description: Le déclenchement artificiel du travail consiste à agir, par des méthodes mécaniques et/ou hormonales afin de provoquer l'accouchement. Comme la réussite du déclenchement du travail est liée à l'état du col de l'utérus (mou, souple, effacé voir légèrement dilaté à « maturité ») au début de l'intervention (WHO), on procédera d'abord éventuellement à la « maturation » artificielle du col.

Maturation artificielle du col :

Il est possible d'utiliser une méthode mécanique (sonde de Foley, c'est-à-dire, un tube de caoutchouc souple muni à son extrémité d'un ballonnet gonflable que l'on introduit dans le col) ou hormonale (préparation de prostaglandine appliquée sur le col ou dans le vagin).

Méthode mécanique de déclenchement du travail :

C'est le décollement des membranes (la sage-femme ou le médecin glisse un doigt à l'intérieur du col, entre la membrane et la paroi de l'utérus) ou la rupture des membranes (voir fiche). Ces deux méthodes sont rarement utilisées seules.

Méthode hormonale de déclenchement du travail :

On injecte, par voie intraveineuse et de façon continue (généralement jusqu'à la naissance), de l'ocytocine synthétique dont on augmente progressivement la dose. Un monitoring continu ou très fréquent est alors nécessaire.

Pourquoi: L'induction du travail est utilisée pour des raisons multiples : « dépassement » du terme (voir fiche « durée d'une grossesse), rupture spontanée des membranes sans mise en route spontanée du travail, bébé de poids important, convenance, pathologie de grossesse (toxémie, hypertension,...),...

Risques et réflexions: L'induction artificielle du travail est une intervention majeure qui comporte des risques :

- multiplie par deux le risque de césarienne pour une primipare (premier bébé) (Goer H., 2002) ;
- multiplie par 5 le risque de césarienne chez les femmes ayant déjà accouché par voie vaginale et dont le col n'est pas prêt (Peck, 2003);
- la prostaglandine et l'ocytocine artificielles peuvent provoquer une hyper-stimulation utérine pouvant causer une souffrance fœtale (Goer H, 2002)
- l'usage de l'ocytocine artificielle augmente les risques d'hémorragie postpartum et de jaunisse néonatale (Buchan PC, 1979 ; Chalmers et al., 1975 ; Gilbert L. et al., 1987 ; Orhue AAE, 1993 ; Singhi S et al., 1985)
- risques liés à la rupture artificielle de la poche des eaux (voir fiche)
- besoin accru d'autres interventions comportant eux-mêmes des risques : monitoring en continu, confinement au lit, péridurale (voir fiche) car le travail est généralement plus douloureux, ...
- risque accru de rupture utérine chez les femmes ayant déjà subi une césarienne (Lydon-Rochelle M et al., 2001), le déclenchement médicamenteux est d'ailleurs considéré comme contre-indiqué dans ce cas.

Certaines indications médicales classiques ne semblent pas être validées par les recherches médicales récentes :

- L'induction pour macrosomie supposée (= bébé de plus de 4,5 kg) n'apporte pas de bénéfice et augmente le risque de césarienne

- (Sanchez-Ramos et al., 2002) ;
- Il n'y a pas de consensus sur les bénéfices de l'induction systématique à 41 semaines amhénorée (Menticoglou S and Hall P. , 2002) ;
- L'induction systématique pour rupture de la poche des eaux sans mise en route du travail ne réduit pas le risque d'infection du nouveau-né par rapport à une attente vigilante (jusqu'à 4 jours). Elle semble cependant diminuer le risque d'infection maternelle (Hannah et al., 1996).

Le terme de 42 semaines amhénorée reste cependant une indication de déclenchement.

Les études sur les effets à long terme du déclenchement sur les bébés sont très rares. Une étude australienne (Glasson et al., 2004) a montré une augmentation du risque d'autisme. Une étude japonaise (Hattori R. et al., 1991) montre ce même risque parmi des enfants nés selon un protocole particulier (déclenchement, mère sous produits médicamenteux).

Il nous semble que l'on néglige très fréquemment les aspects psychologiques : le bébé est-il prêt à sortir ? la maman à le laisser aller vers la naissance ?

Le déclenchement devrait donc résulter d'un choix éclairé des parents en concertation avec leur gynécologue et ne pas dépendre de la procédure de tel hôpital. L'état du col est une donnée très importante pour la sécurité de cette intervention.

Enfin il existe quelques alternatives (à discuter avec sa sage-femme ou son médecin) pour favoriser le déclenchement du travail (voir Brabant, 2001): assurer le bon positionnement du bébé par des postures ou par l'ostéopathie, relations sexuelles, acupuncture, homéopathie, plantes, huiles essentielles, stimulation des mamelons, ...

Références:

- Brabant I. Une naissance heureuse. 2001 Les éditions Saint-Martin, Montréal
- Buchan PC. Pathogenesis of neonatal hyperbilirubinaemia after induction of labor with oxytocin. Br Med J 1979;2:1255-7.
- Chalmers I, Campbell H, and Turnbull AC. Use of oxytocin and incidence of neonatal jaundice. Br Med J 1975;2 : 116-8
- Gilbert L., Porter W, and Brown VA. Postpartum haemorrhage: a continuing problem. Br J Obstet Gynaecol 1987;94:67-71
- Glasson EJ et al Perinatal factors and the development of autism: a population study Arch Gen Psychiatry; 2004 Jun;61(6):618-27
- Goer H. Elective induction of labor. http://www.hencigoer.com/downloads.elective_induction.rtf
- Hannah M E et al Induction of labor compared with expectant management for prelabor rupture of membranes at term. N Engl J Med 1996;334(16):1005-1010
- Hattori R, et al Autistic and development disorders after general anaesthetic delivery. Lancet 1991; 337: 1357-1358 (letter)
- Lydon-Rochelle M et al. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. N Engl J Med 2001;345(1):3-8.
- Menticoglou S, Hall P. Routine induction of labour at 41 weeks gestation : nonsensus consensus. Br J Obstet Gynaecol, 2002; 109: 485-91
- Orhue AAE. A randomised trial of 45 minutes and 15 minutes incremental oxytocin infusion regimes for the induction of labour in women of high parity. Br J Obstet Gynaecol 1993; 100:126-9
- Peck P. Preinduction cervical ripening significantly increases risk of cesarean. Medscape Medical News, 2003.
- Sanchez-Ramos L et al Expectant management versus labor induction for suspected fetal macrosomia: a systematic review Obst And Gynecology November 2002;100:5-1
- Singhi S et al. Iatrogenic neonatal and maternal hyponatraemia following oxytocin and aqueous glucose infusion during labor. Br J Obstet Gynaecol 1985;92:356-63