

	PROCÉDURE DE DÉCLENCHEMENT DU TRAVAIL (hors IMG et MIU)	PRO/ORH/001
		DATE : Version 1, novembre 2021
		Page 1

<u>REDACTION</u>	<u>VERIFICATION</u>	<u>APPROBATION</u>
DESURMONT Sophie Gynécologue Obstétricien CARPENTIER Sophie Sage-femme RICHARD Pierre Anesthésiste-réanimateur	Membres de la commission « Protocoles » d'ORÉHANE	Membres du Conseil Scientifique d'ORÉHANE

Ce document a été élaboré par les professionnels du DSRP ORÉHANE sur la base des recommandations scientifiques en vigueur à la date de rédaction du protocole. Celui-ci ne constitue pas une référence obligatoire pour les professionnels des Hauts-de-France mais est une synthèse de recommandations et/ou de la littérature existante. Chaque professionnel ou établissement est donc libre de l'utiliser ou non dans le cadre de sa pratique professionnelle.

1. PRÉAMBULE

En France, le taux de déclenchement est de 21%.

Les indications principales sont les grossesses prolongées (28.7%), et les ruptures des membranes (25,4%). Les méthodes sont variées, parfois associées : 30 % d'ocytocine seule, 57,5% de prostaglandines, 4.5% de ballonnets. Les ballonnets et le misoprostol sont plus utilisés dans les maternités publiques universitaires. Une fois le processus de déclenchement débuté, il se fait en général en hospitalisation, et n'est pas interrompu avant l'obtention d'une naissance.

OBJET

Cette procédure a pour but de décrire les indications, la méthode, la surveillance et les contre-indications au déclenchement du travail à terme.

DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure s'applique aux services de gynécologie-obstétrique, et en particulier aux gynécologues-obstétriciens, aux sages-femmes et aux anesthésistes.

2. ACRONYMES

ARCF : Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal

CU : Contraction Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

MAF : Mouvements Actifs Fœtaux

MIU : Mort In Utero

NFS : Numération Formule Sanguine

OI : Orifice Interne

RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

RMTAT : Rupture des Membranes à Terme Avant Travail

RPC : Recommandation de Pratique Clinique

SA : Semaines d'Aménorrhée

STT : Syndrome Transfuseur Transfusé

TV : Toucher Vaginal

VCT : Variabilité à Court Terme

3. INDICATIONS

Le déclenchement artificiel du travail peut être proposé pour **raison médicale** ou pour **convenance**. Il peut être programmé ou indiqué en semi-urgence.

A. Grossesse prolongée

A partir de 41 SA, une surveillance rapprochée / 48h est souhaitable.

En l'absence de pathologie, un déclenchement devrait être proposé entre 41 SA et 41 SA+6j, en fonction des conditions cervicales locales, de la présence éventuelle d'une cicatrice utérine, de la parité, de l'IMC, de l'âge, de la préférence de la patiente, de l'organisation des soins des maternités.

Il peut être proposé en cas de :

- Oligoamnios avec grande citerne < 20 mm à l'échographie
- Anomalie du RCF suspecte d'hypoxie fœtale
- Diminution des MAF
- Dans tous les cas $\geq 41SA+6j$

B. Rupture des membranes à terme avant travail (RMTAT)

En cas de RMTAT, l'attitude expectative ou le déclenchement du travail d'emblée peuvent être proposés et ce, même en cas de dépistage positif pour le streptocoque B, en fonction du désir de la patiente et de l'organisation des soins dans les maternités.

Un déclenchement est par contre indiqué en cas de :

- RMTAT > 4 jours
- Liquide amniotique méconial
- Signes d'infection intra-utérine débutante

En cas de rupture incomplète, un complément de rupture peut être proposé en 1^{ère} intention. Au-delà de 12h, une antibioprophylaxie est mise en place.

C. Diabète gestationnel

Le déclenchement peut être indiqué pour :

- Déséquilibre glycémique

- Macrosomie > 95ème percentile
- Diabète de type 2
- Diabète de type 1

Les diabètes gestationnels seront déclenchés entre 38 et 39 SA s'il existe une des indications sus-citées.

Les diabètes antérieurs à la grossesse seront déclenchés à partir de 38 SA.

D. Grossesses gémellaires

a. Bichoriales-biamniotiques

Le déclenchement est indiqué entre 38 SA et 40 SA en l'absence de complication.

b. Monochoriales-Biamniotiques

Le déclenchement est indiqué entre 36 SA et 38 SA+6j en l'absence de complication, entre 34 SA et 37 SA en cas de STT ayant nécessité un laser.

E. RCIU

Après 32 SA, un Doppler ombilical en reverse flow, ou des ARCF, peuvent indiquer un déclenchement.

Les anomalies du RCF pouvant faire proposer un déclenchement sont :

- Un RCF non-oscillant < 5bpm > 40 minutes ou
- Des décélérations répétées ou une VCT < 3 ms

La décision de déclenchement ou de césarienne sera prise en fonction des conditions locales cervicales, ATCD obstétricaux et des éléments de gravité.

Entre 34 et 39 SA, une stagnation ou une inflexion de croissance, un oligoamnios, des Dopplers fœtaux anormaux peuvent faire décider d'un déclenchement.

Après 39 SA, une surveillance rapprochée ou un déclenchement seront proposés suivant les habitudes de service, sans dépasser 41SA.

Prééclampsie

- < 34 SA : Un déclenchement est envisageable en cas de risque materno-fœtal à court terme, en préservant si possible la phase de maturation pulmonaire fœtale.
- 34-36 SA : Un déclenchement est envisageable pour une pré-éclampsie sévère.
- ≥ 36 -37 SA : Un déclenchement peut être proposé même en l'absence de complication de la pré-éclampsie.
- La protéinurie isolée et l'hypertension isolée contrôlée ne sont pas des indications de déclenchement.

F. Macrosomie

En l'absence de diabète, la suspicion de macrosomie n'est pas une indication systématique de déclenchement. Mais il semble réduire le poids de naissance, les dystocies des épaules, et les fractures, sans augmenter le taux de césariennes.

La réalisation d'une imagerie du bassin augmentant le taux de césarienne et n'étant pas prédictive de l'issue de l'accouchement, son indication est à limiter.

Le déclenchement peut être proposé au cas par cas à 39 SA si le poids évalué est supérieur à :

- A 36 SA : 3500g
- A 37 SA : 3700g
- A 38 SA : 3900g

La discussion se fait entre le médecin référent et la patiente afin d'évaluer la balance bénéfices-risques selon la parité, la notion de cicatrice utérine, les conditions cervicales...

G. Obésité de type 3 : IMC > 40

Il n'est pas recommandé de proposer un déclenchement dans le but d'obtenir un accouchement en journée en l'absence de pathologie ajoutée.

Le taux de déclenchement est 2 à 3 fois supérieur dans la population de femmes obèses avec une augmentation du risque de césarienne pour échec de déclenchement, y compris en période de garde.

H. Cholestase gravidique

- Si sels biliaires < 40 $\mu\text{mol/l}$, cholestase isolée, stable : déclenchement à 39 SA
- Si sels biliaires > 40 $\mu\text{mol/l}$ ou autres signes de gravité (ictère, cytolyse majeure, signe de SHAG, ...) : déclenchement à 37 SA

I. Pathologies fœtales ou maternelles

Certaines pathologies malformatives et/ou maternelles peuvent nécessiter une prise en charge spécifique en équipe complète, de jour, hors week-end et nécessiter un déclenchement selon l'organisation des soins locaux.

J. Patientes sous HBPM

- Dose préventive : pas de nécessité d'interruption de traitement par héparine (privilégier une information appropriée aux patientes en fonction des CU de début de travail). Délai attendu 12h entre dernière injection et la pose de péridurale
- Dose curative : déclenchement à programmer après interruption de l'héparine de bas poids moléculaire ; délai attendu de 24h entre dernière injection et la pose de péridurale

- Si péridurale non souhaitée, discussion au cas par cas en fonction de la balance bénéfique/risque entre thrombose et hémorragie

K. ATCD de MIU

Selon la préférence de la patiente, au-delà de 39 SA, l'anxiété maternelle peut être majorée et amener à proposer un déclenchement selon les conditions locales.

L. Convenance = sans indication médicale

Les conditions à remplir sont :

- Présentation céphalique
- ≥ 39 SA
- Conditions locales favorables
- Impératifs de service

La liste des indications n'est pas exhaustive.

4. RISQUES

- Les douleurs de contractions ressenties lors d'une maturation cervicale ou une perfusion d'ocytocine sont plus importantes par rapport à un travail spontané. Elles sont plus importantes avec les prostaglandines qu'avec un ballonnet intra-cervical.
- La satisfaction globale des patientes est moins bonne par rapport à un travail spontané. L'insatisfaction est corrélée à une durée de travail jugée inacceptable, un manque d'information ou une issue défavorable.
- Un inconfort vaginal est rapporté pour les prostaglandines vaginales.
- Le déclenchement n'augmenterait pas le risque de césarienne versus le travail spontané.
- Le déclenchement n'augmente pas le risque d'hémorragie du post-partum.
- Le temps moyen entre l'induction et la naissance est de 30 h en cas de maturation.
- Les prostaglandines augmentent le risque de rupture utérine en cas d'utérus cicatriciel.

Les risques inhérents à chaque méthode sont abordés plus loin.

5. PRE-REQUIS

- Information de la patiente par le médecin faite et tracée : intérêt / modalités / risques
- Feuille de consentement remise +/- validation en staff
- Consultation d'anesthésie faite
- Bilans à jour :
 - dépistage de strepto B
 - sérologies

- groupe ABO, rhésus 2 déterminations
- RAI
- NFS
- Bilan de coagulation (selon les habitudes de service)
- Indication notée dans le dossier
- Score d'évaluation des conditions cervicales (Bishop) fait :

Score de Bishop				
	0	1	2	3
Dilatation	fermé	1-2 cm	3-4 cm	5 cm
Effacement	0-30 %	40-60 %	60-70 %	80 %
Consistance	ferme	moyenne	molle	-
Position	postérieure	centrale	antérieure	-
Présentation	mobile	amorcée	fixée	engagée

- Le col est considéré comme favorable (autorisant un déclenchement de première ligne à l'ocytocine) pour un score de Bishop > 6 pour une nullipare et > 5 pour une multipare.
- Choix de la méthode par le prescripteur, en accord avec la patiente
- Prescription tracée dans le dossier
- Enregistrement du RCF pendant 30 minutes
- Un repas léger est autorisé avant sauf consigne inverse de l'équipe médicale ; l'hydratation par des boissons claires sera autorisée sans restriction de volume pendant toute la durée du travail.
- Une voie veineuse périphérique est en place.

6. METHODES

A. Prostaglandines

Leur utilisation est contre-indiquée de manière relative pour les utérus cicatriciels du fait d'un sur-risque de rupture utérine. Si elles sont utilisées, on privilégiera le Propess® du fait de son retrait facile, et une information éclairée sera faite à la patiente.

Elles sont à utiliser avec prudence en cas d'asthme sévère, pathologie cardio-vasculaire (risque de spasme coronarien), glaucome, drépanocytose homozygote ou hétérozygote composite.

a) Propess®

Dinoprostone, classe des PGE2

Voie intra-vaginale (tampon), dosé à 10 mg / 24h

Son avantage principal est son retrait facile, notamment en cas d'anomalies sévères du RCF.

Il a pour inconvénient d'être perdu, surtout en cas de rupture de la poche des eaux. Il peut être renouvelé dans ce cas. Les patientes rapportent parfois un inconfort vaginal.

b) Prostin®

Dinoprostone, classe PGE2

1 ou 2 mg, gel vaginal, jusqu'à 6h

c) Angusta®

Misoprostol, classe PGE2

25 µg, comprimé oral

1 cp / 2h, jusqu'à 8cp maximum ou 2cp / 4h, jusqu'à 8cp maximum

Les prises seront **espacées en cas d'évènements** tels que contractions douloureuses, rupture des membranes ARCF modérées, hyperstimulation utérine.

Le protocole est **interrompu** en cas de Bishop ≥ 7 (pour passage en salle d'accouchement), anomalies sévères du RCF.

Son efficacité semble meilleure pour l'induction de l'accouchement voie basse dans les 24h par rapport au Propess® selon une méta-analyse de la Cochrane de 2014, avec un temps moins long de maturation.

La forme orale et low-dose est intéressante car elle diminuerait les hyperstimulations utérines, les césariennes, les Apgar bas, les hémorragies du post-partum par rapport à la forme vaginale. En revanche, on constate plus de liquide amniotiques méconiaux, probablement en rapport avec un effet secondaire direct sur le transit intestinal fœtal.

Les études sont insuffisantes pour conclure sur le risque de rupture utérine.

L'HAS conclut à un intérêt clinique faible dans le déclenchement du travail sur col défavorable, médicalement justifié, avec avis favorable au remboursement.

B. Ballonnets de dilatation

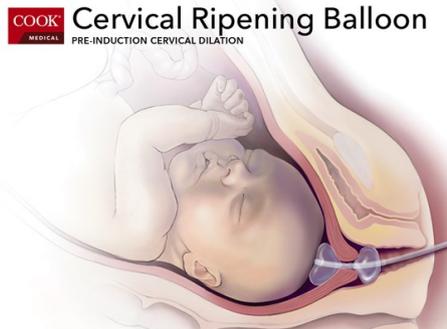
Méthodes mécaniques

a) Double ballonnet de Cook®

Il est contre-indiqué en cas de placenta bas-inséré, à moins de 20 mm de l'OI et infection à herpès évolutive.

Le « bébé baladeur » n'est pas une bonne indication de cette méthode car le refoulement induit risque de modifier la présentation. En revanche, en cas d'utérus cicatriciel et « bébé baladeur », l'indication sera retenue malgré tout.

La satisfaction des patientes semble meilleure par rapport aux prostaglandines du fait d'une meilleure tolérance (CU moins douloureuses), (non étudié pour le Misoprostol PO).



Matériel nécessaire :

- Ballon de Cook® +/- guide (pour col fermé)
- Spéculum
- Pince longuette
- Compresse, bétadine
- Gants stériles
- Dispositif collant (pour fixation à la cuisse)
- 2 seringues de 60 ml préparées au sérum physiologique
- 1 perfusion de sérum physiologique et une aiguille de prélèvement

Technique de pose :

En salle d'examen, patiente en position gynécologique, vessie vide, 2 intervenants TV avant

Exposition du col, désinfection avec la compresse bétadinée

Introduction aseptique de la sonde : préhension par la pince ou aide avec le guide, les 2 ballonnets introduits au-delà de l'OI

Gonflage embout rouge « U » progressif jusqu'à 80 ml (souvent 1 CU concomitante mais ne doit pas induire de douleur mécanique liée à une mauvaise position du ballonnet dans le col)

Traction douce jusqu'à voir apparaître le 2^e ballonnet (le 1^{er} ne doit pas être visualisé)

Retrait du spéculum

Gonflage embout vert « V » à 80 ml

Fixation de la sonde sur la cuisse

Déroulement ultérieur :

La sonde peut rester en place 12 à 24h.

Elle peut être amenée à tomber si le col se dilate.

Une mauvaise tolérance à la douleur doit faire envisager de dégonfler les 2 ballonnets de 20 ml. La patiente sera informée du risque de globe vésical : surveiller de la diurèse et dégonfler (de 20 ml) si absence de miction.

Particularités :

La sonde peut être posée sans spéculum.

Pour les patientes ayant des parois vaginales prolabées empêchant la visualisation correcte du col sous spéculum, on pourra placer un préservatif sectionné à son extrémité sur le spéculum.

b) Sondes de Foley® ou Dufour®

Le principe est le même avec un simple ballonnet intra-utérin gonflé à 60 ml. Le coût est moins élevé.

C. Ocytocine

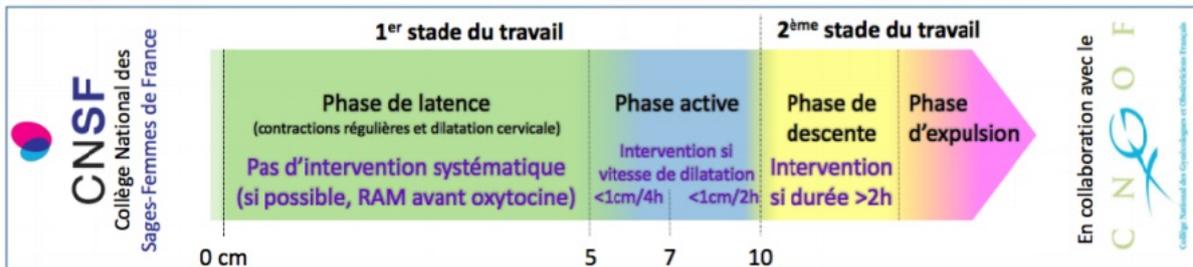
En salle d'accouchement, **rupture artificielle des membranes** la plus précoce possible. Elle fait partie du déclenchement.

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.**
- **Diminuer le débit ou arrêter des ocytociques lorsqu'une** bonne dynamique et/ou une bonne dilatation sont obtenues.
- Limiter les doses et les débits en cas d'utérus cicatriciel.
- Arrêter en cas d'anomalies du RCF ou d'hypercinésie de fréquence.

Recommandation pour la pratique clinique 2017	Administration de l'ocytocine au cours du travail spontané.										Gynecol. Obstet. Fertil. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. Rev. Sage-Femme												
	5 UI d'ocytocine dans 500 mL de glucosé 5%	Minimum 30 min entre chaque palier	Ne pas dépasser 20 mUI/min	Débit (mUI/min)	Vitesse (mL/h)	12	24	36	48	60		72	84	96	108	120							
				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.



7. CAS PARTICULIERS

A. Présentation du siège

Elle n'est pas une contre-indication au déclenchement si les critères d'acceptation de la voie basse sont réunis.

B. RCIU

Etant donné la fragilité supposée du fœtus, et le risque d’hypertonie avec anomalies du RCF, la plupart des Centres Hospitaliers préfèrent la méthode par ballonnet en cas de nécessité de maturation cervicale par rapport aux prostaglandines.

C. Utérus cicatriciel

Le risque essentiel à appréhender est le risque de **rupture utérine**. Il dépend de la méthode de déclenchement employée, de l’utilisation de plusieurs produits ou méthodes successives, de leur dose, du nombre de cicatrices utérines.

Les RPC de 2008 notifient d’éviter les prostaglandines dans la mesure du possible.

Au-delà d’un antécédent de césarienne, le déclenchement est évité par n’importe quelle méthode.

Précaution pour un utérus unicatriciel (cicatrice segmentaire) :

- Le ballonnet de dilatation est à privilégier, même en cas de « bébé baladeur ».
- Les prostaglandines sont évitées.
- L’ocytocine est utilisée à ½ doses.
- Un palier de 30 minutes est respecté entre chaque changement de doses.
- Le débit maximum d’ocytocine n’est pas retrouvé dans les études mais 60 à 90 ml/h paraît un débit à ne pas dépasser selon les habitudes de service.

Exemples de débits :

Utérus non cicatriciel	ml/h	12	24	36	48	60	72	84	96	108	120	
	mUI/mn	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	
Utérus cicatriciel	ml/h	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60.....	..90
	mUI/mn	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1015

- Une baisse du débit ou un arrêt doit être proposée une fois la dynamique utérine et / ou la dilatation optimale
- Au-delà de 5 UI d’ocytocine, l’obstétricien doit être informé et considérer un risque de rupture utérine important.
- Le cumul des méthodes doit être pris en compte comme un sur-risque de rupture (ex : ballonnet puis ocytocine)
- Les signes de ruptures utérine doivent être connus et surveillés attentivement et doivent faire l’objet d’un appel à l’obstétricien : ARCF, saignement d’origine utérine, hématurie, anomalies de la contractilité utérine secondaire (CU bigéminées, CU irrégulières...), utérus en « sablier ».

- La tocométrie interne n'a pas fait la preuve de son efficacité dans le diagnostic des ruptures utérines. Elle n'est donc pas nécessaire si les CU sont bien captées en externe.

D. Grande multiparité

≥ 5 accouchements antérieurs

Le déclenchement est considéré comme majorant le risque de rupture utérine. Les prostaglandines sont donc évitées et une information du risque est faite à la patiente.

E. Patientes obèses

Le ballonnet de Cook devrait être privilégié chez les patientes obèses étant donné la moindre efficacité des prostaglandines dans cette population.

8. SÉQUENCES DE MÉTHODES

On entend par « déclenchement » une induction du travail sur un col favorable à l'ocytocine. Il peut être précédé par une ligne ou 2 de « maturation » sur un col défavorable.

Selon la réponse rapide ou non des patientes aux produits de maturation, il pourra y avoir parfois un passage en salle rapide (et parfois pas de nécessité d'utilisation d'ocytocine), ou au contraire une prolongation au-delà de 24h avec nécessité d'une 2^e ligne.

○ **Exemples de séquences**

Les séquences varient selon les centres. En voici quelques exemples :

- Ballonnet de Cook® – Propess® – ocytocine
- Sonde de Dufour – Angusta - Ocytocine
- Angusta® – ballonnet de Cook® – ocytocine
- Propess® – Prostin® – ocytocine

Après 2 lignes de maturation, en cas de col défavorable ou inchangé, la discussion doit être menée avec la patiente sur la poursuite du déclenchement.

On évite de renouveler 2 fois le même type de prostaglandines. Les méthodes ne sont pas cumulées.

Le passage en salle de naissance peut se faire pour un Bishop ≥ 4 pour les utérus cicatriciels **ou** les fœtus fragiles (RCIU, malformations fœtales...), ≥ 6 pour les non-cicatriciels. Il est à valider avec le médecin de garde.

○ **Règles à respecter**

- Délai pose Prostin® – Ocytocine : **6h**
- Délai retrait Propess® – Ocytocine : **30 min**
- Délai dernier comprimé d'Angusta® – Ocytocine : **4h**

- Délai retrait Ballonnet – Ocytocine : immédiat

9. SURVEILLANCE

Le lieu de la surveillance est à définir selon la maternité : salles de pré-travail, service de grossesses à risque, local dédié, salles d'accouchement (pour l'ocytocine).

Les modalités :

- RCF 30 minutes avant le début du déclenchement
- RCF 60 minutes après début du déclenchement
- RCF continu dès que CU ressenties si fœtus fragile (RCIU, terme dépassé) ou si évènement intercurrent (métorragies, arrêt des MAF, douleur inexplicée, rupture des membranes)
- RCF continu sous ocytocine en salle d'accouchement
- Evaluation de la douleur : EVA régulièrement (à tracer dans le dossier)

10. INFORMATIONS

Une fiche d'information à remettre aux patientes a été rédigée par le groupe de travail, et est jointe en annexe de cette procédure. Elle pourra servir lors de l'annonce du déclenchement.

11. PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

- En cas de geste court (exemple : pose de ballon) : l'utilisation de l'hypnose conversationnelle et/ou du mélange équimolaire oxygène protoxyde d'azote (MEOPA) sont possibles

- Contractions utérines douloureuses : TV (toucher vaginal) et ENS (échelle numérique simple)

Col favorable : Passage en salle de naissance

ENS < 4 : Surveillance simple

- Col défavorable et ENS ≥ 4

Prescriptions initiales au choix :

- Posture, Liane, Déambulation, Ballon
- Baignoire de dilation
- Phloroglucinol 2 comprimés per os ou 2 ampoules Intra Veineuse Lente (IVL)
- Paracétamol 1 g per os ou IVL
- Acupuncture
- Hypnose,
- Sophrologie

Evaluation au plus tard à 2 heures (TV et ENS)

Col favorable : Passage en salle de naissance

ENS < 4 : Poursuite des prescriptions initiales

○ Col défavorable **et** ENS ≥ 4

Prescription secondaire :

NALBUPHINE

Ampoule de 20 mg / 2 mL, IVL

AVANT : Enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF) normal de 30 minutes

CONTRE INDICATIONS : utilisations d'autres **morphinomimétiques agonistes purs** (morphine, méthadone, dihydrocodéine, ...), dilatation cervicale > 4 cm, allergie

PRECAUTIONS : en cas de comorbidités maternelle sévères demander l'avis du médecin anesthésiste (injection unique possible en cas d'insuffisance rénale ou hépatique).

Restreindre son utilisation, dans la mesure du possible, à plusieurs heures avant la pose d'une ALR et/ou à la naissance.

SCHEMA D'ADMINISTRATION :

- Posologie : toutes les 4 à 6 heures
 - 10 mg si 50 à 70 kg
 - 15 mg si 70 à 90 kg
 - 20 mg si > 90 kg

- Modalités : diluer dans une perfusette de sérum salé isotonique, en IVL sur 20 minutes

SURVEILLANCE :

Maternelle :

- Pression Artérielle, Fréquence Cardiaque, Fréquence Respiratoire (FR), Saturation en O₂ (SpO₂) toutes les 2 heures pendant 6 heures
- Avis médical si SpO₂ < 95 % et/ou FR < 10/min
- ENS à 1h

Fœtale :

- ERCF à 3h (ou anticipé si indication obstétricale)

EFFETS MATERNELS :

- Délai d'action = quelques minutes
- Durée d'action = 3 à 6 heures
- **Fréquents : somnolence, vertiges, nausées, sueurs, sécheresse buccale, céphalées**
- Si vomissements : Ondansetron (Zophren) 4 mg Intra Veineux Direct
- Rarement : dépression respiratoire modérée, hallucinations

EFFETS FŒTAUX :

- Quelques cas de dépression respiratoire, apnée et hypotonie transitoire ont été décrits
- **Donc surveillance néonatale stricte si administration de Nalbuphine dans les 2h**
- Pas de contre-indication à l'allaitement si administration dans les heures précédant la naissance

➤ **En cas de passage en salle de naissance dans les 2h suivant la prise de NALBUPHINE la Sage-Femme doit :**

- Prévenir le médecin anesthésiste avant la pose d'une anesthésie loco-régionale
- Prévenir le médecin pédiatre en cas de naissance dans les 2 h

➤ **En cas de sortie de la patiente dans les 24h suivant la prise de NALBUPHINE**

- Au minimum 4h après la prise de nalbuphine

- Accompagnant obligatoire

12. RÉFÉRENCES

- RPC HAS déclenchement artificiel du travail 2008
- RPC CNGOF grossesses prolongées 2011
- RPC CNGOF grossesses gémellaires 2009
- RPC CNGOF Rupture des membranes à terme avant travail 2019
- RPC Le retard de croissance
- RPC CNGOF SFAR Pré-éclampsie sévère 2021
- RPC siège 2020
- RPC pour l'administration d'ocytocine au cours du travail spontané. La Revue Sage-femme (2017) 16, 111-118
- Blanc-Petitjean et al. Etat des lieux des pratiques de déclenchement en France. Gyn Obstet Fertil and seno 47(2019)555-561
- Chehab M, Mottet N, RamanahD. Accouchement de la patiente obèse EMC obstétrique / Gynécologie 2016 ; 11(3):1-9
- Coates D et al. Induction of labour indications and timing : A systematic analysis of clinical guidelines. Women and Birth 33 (2020):219-230
- Alfirevic A, Aflaifel N, Weeks A. Oral misoprostol for induction of labour (review) Cochrane Database of systematic reviews 2014, Issue 6. Art.No.:CD01338
- HAS synthèse d'avis de la commission de la transparence Augusta 25µg, par voie orale, utérotonique. Avril 2018
- Boyon C, Monsarrat N, Clouqueur E, Deruelle P. Maturation cervicale : Y a-t-il un avantage à utiliser un double ballonnet pour le déclenchement du travail ? Gyn Obstet and Fertil 42 (2014) 674-680
- Boulvain M et al. Induction of labour versus expectant management for large-for-date fetuses : a randomised controlled trial. Lancet 2015 ;385 :2600-05
- Boulvain M et al. Induction of labour or near term for suspected fetal macrosomia (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, issue 5. Art.No.: CD000938
- Grobman WA et al. Labor induction versus expectant management in low risk nulliparous women. N Engl J Med 2018 aug 9; 379 (6): 513-523
- Grobman WA et al. Elective induction of labor at 39 weeks compared with expectant management : a meta-analysis of cohort studies AJOG 2019
- Blanc-Petitjean et al. Methods of induction of labor and women's experience: a population – based cohort study with mediation analyses. BMC Pregnancy and Childbirth (2021)21 :621
- Cirier J. et al. Maturation cervicale par méthodes mécaniques en France : évaluation de pratiques professionnelles. Gynécologie Obstétrique & Fertilité (2015),

• **Protocoles des centres hospitaliers de :**

- Jeanne de Flandre CHR Lille
- Hôpital Saint-Vincent de Paul GHICL Lille
- CH de Arras
- CH de Calais
- CH de Compiègne
- CH de Dunkerque
- CH de Fourmies
- CH de Lens
- CH de Saint-Quentin
- CH de Seclin
- CH de Tourcoing
- CH de Valenciennes
- Hôpital Privé du Bois Lille
- Polyclinique St Côme Compiègne
- Clinique de la Villette Dunkerque

**PROCEDURE DE DECLENCHEMENT DU TRAVAIL
(hors IMG et MIU)**

PRO/ORH/001

DATE : Version 1, novembre 2021

Page 1