

## ***Le déclenchement***

(Claude-Émile TOURNÉ)

Il peut être de convenance, soit pour la mère, soit pour le praticien, il peut aussi être de nécessité.

Dans tous les cas : il s'agit de l'induction d'une activité contractile artificielle par perfusion intraveineuse d'ocytociques.

Cette technique

- est vouée à l'échec si le sphincter n'a pas lâché, pour des raisons de physiologie obstétricale élémentaires.

- elle est facteur de souffrance fœtale aiguë chez un fœtus en souffrance fœtale chronique. (RCIU)

- elle induit des actes complémentaires en cascade : rupture artificielle des membranes précoce, analgésie, anesthésie, extraction instrumentales ou chirurgicales.

La conférence de consensus organisée par le CNGOF en 1995 a parfaitement fait le point sur l'ensemble de ces particularités. Notre attitude peu favorable au déclenchement de convenance se trouve confortée par les conclusions de cette conférence. Avec des mots d'une diplomatie inhabituelle dans ce genre de grand'messe de la théodicée scolastique, le jury invite en effet à ne pratiquer le déclenchement que pour des raisons médicales bien documentées.

Pour nous le déclenchement du travail de l'accouchement doit être et rester une exception. La seule indication à hâter la terminaison d'une grossesse hors travail reste la rupture franche des membranes qui ouvre l'œuf et, après 48 heures, majore le risque infectieux théorique.

La raison en est contenue dans la conception que nous avons de la dynamique gravidique et de ce que représente l'entrée en travail d'accouchement dans cette dynamique.

Rappelons que pour nous l'entrée en travail est conditionnée

- non pas par l'activité contractile utérine

- mais par la maturité cervicale et le lâchage du sphincter cervico-isthmique.

Cette interprétation ne recouvre rien d'autre que ce que les auteurs qualifient par ailleurs de col utérin mûr, conditions propices, favorables etc.....

La conférence des consensus sur le déclenchement détaille largement les conditions nécessaires pour qu'un déclenchement fonctionne et conclut finalement à demi-mot que cette pratique doit être réservée aux indications médicales sinon, non seulement elle a un maximum de chances de ne pas marcher avant l'heure de la maturité des structures cervicales, mais encore elle expose à la recherche de responsabilité médico-légale si, comme c'est possible alors, le résultat n'est pas à la mesure des attentes. (3)

Nous ne disons pas autre chose. Nous ajoutons simplement la dimension psychosomatique totalement négligée dans ce document : quand ce n'est pas l'heure dans le « corps », ce n'est pas l'heure non plus dans « la tête ».

Dire que les conditions obstétricales ne sont pas favorables, c'est dire que les acteurs de la Naissance n'en sont pas encore, dans le déroulement de la dynamique gravidique, à l'heure de l'accouchement.

Il s'ensuit que le déclenchement d'une activité contractile intempestive est difficilement supportable pour la mère. C'est ce qui induit le recours à l'analgésie, à l'anesthésie et à ses conséquences obstétricales propres. Comme cette activité est inefficace sur un col non « mûr » elle nécessite une « maturation » par les prostaglandines avant le déclenchement. Ces médicaments ont leurs inconvénients propres ; en particulier le fait qu'ils sont en fait incontrôlables. L'amniotomie précoce s'ajoute à ces pratiques et enclenche en plus un processus de non retour.

Le taux d'échec est considérable vus les résultats attendus et les raisons invoquées. Le taux d'interventions est à la mesure de l'inefficacité de la méthode.

A cela s'ajoute que l'enfant non plus n'est pas prêt à sortir et qu'il va être expulsé manu militari avant son heure.

En effet une des rares choses sur lesquelles on soit d'accord bien qu'il soit difficile de le démontrer, c'est que le rôle de déclencheur du processus de parturition revient au bébé. Déclencher un accouchement consiste de fait à interdire au bébé de réaliser sa première manifestation d'autonomie sociale, celle qui le fera entrer dans le monde des autres comme personne avec tous ses attributs.

Si l'on veut bien se placer dans l'optique psychosomatique, on imagine la gravité de cette intrusion dans un processus décisionnel, spécifique, génétiquement programmé pour produire des effets biologiques efficaces pour la survie de l'espèce et qui a fait la preuve de son efficacité.

L'arme du déclenchement a donc une double détente.

- immédiate sur le processus gravidique de la mère et l'harmonie de sa terminaison.

- à long terme pour le bébé qui vivra toute sa vie avec en négatif sa compétence à être et à venir se donner à voir en temps et en heure.

Dès les premières heures de sa vie extra utérine, il en sera perturbé. Les puéricultrices le savent bien qui vivent avec ces enfants, souvent confiés aux services de pédiatrie du fait des perturbations de l'accouchement. Et par la suite, des perturbations du lien, des comportements a-sociaux pouvant être imputés à un authentique « manque à être » qui lui a été imposé.

#### **Les indications au déclenchement :**

*La rupture prématurée des membranes* : que le liquide soit clair ou teinté, après 48 heures de surveillance sous antibiothérapie systématique avec ou sans corticoïdes suivant que l'on se situe avant ou après 37 semaines d'aménorrhées. Les accouchements qui ne se déclenchent pas dans les 48 heures de la RM doivent être considérés comme à haut risque.

Normalement le processus de sauvegarde biologique règle le problème.

Le déclenchement doit alors revêtir plus la forme d'un test à l'ocytocine prolongé qu'un déclenchement à tout prix. L'activité contractile devra être induite d'une façon progressive, avec une économie drastique de produit. L'augmentation des doses d'ocytocine ne devra pas excéder 2 mU/mn à chaque palier et les paliers être inférieurs à 10 mn. L'idéal est le palier de 30 mn qui laisse le temps à l'Ocytocine de prendre des relais par les seconds messagers.

Le maximum absolu sera de 32 mU/mn (soit 16 gttes/mn de perfusion de 500 cc de sérum isotonique contenant 5 U d'ocytocine).

Toute exagération de la réponse devra faire interrompre le déclenchement : tachycinésie, hypercinésie, hypertonie sont à risque pour le bébé.

En cas de non réponse après 2 heures au palier de 32 mU/mn le déclenchement devra être considéré comme un échec.

En cas d'activité contractile convenable, une aide précieuse peut être apportée au lâchage cervico-sphincterien par l'injection d'un mélange tranquillisant- $\beta$ -mimétique (en pratique salbutamol-valium) par 1/2 ampoule intramusculaire toutes les 3 heures.

Si la dilatation ne progresse pas après 6 heures d'activité contractile convenable, le déclenchement sera considéré comme un échec.

Dans ces 3 cas on considérera comme inutile d'imposer plus avant à la mère la charge énergétique d'une activité contractile inefficace associée à l'angoisse d'un processus d'accouchement, mal engagé puisque l'on intervient, et qui ne se résout pas. Le fœtus soumis à cette activité contractile met à l'épreuve des capacités d'adaptation déjà hypothéquées par la RM qui constitue une anomalie de l'homéostasie de l'œuf (perte de liquide, rupture du cercle de pression, risque septique). L'âge gestationnel précoce et/ou le retard de croissance souvent associé le fragilisent encore plus.

Dans ces conditions, la constatation de l'échec du déclenchement doit conduire à la césarienne. Réalisée sous rachianesthésie, elle permettra aux parents d'assister à la venue au monde de leur enfant et de le faire sans attendre que l'épuisement complique encore la situation.

Il va sans dire que la moindre manifestation suspecte à l'enregistrement monitorisé devra conduire à la même décision. Réduction des oscillations, ralentissements avant dilatation complète, à fortiori bradycardie ou même tachycardie qui se maintient.

Le déclenchement médical est une anomalie induite du comportement utérin. Toute réponse inadaptée de la mère ou de l'enfant doit faire passer à la voie haute.

En même temps, il doit être strictement limité dans ses indications et rigoureux dans sa réalisation.

Dans notre série, le taux de déclenchements vrais est quasiment nul.

Un certain nombre d'accouchements ont succédé à des tests à l'ocytocine prolongés car efficaces sur le plan des CU, bien tolérés par la mère et l'enfant, et aboutissant à une dilatation progressive et harmonieuse.

Rappelons que pour nous,

- bien tolérés par l'enfant signifie : sans retentissement aucun sur la réactivité fœtale à l'enregistrement monitorisé.

- bien tolérés par la mère signifie ne mettant pas en cause ses capacités d'adaptation.

Rappelons enfin que nous n'avons jamais réalisé d'analgésie péridurale ou par opiacés systémiques.

Pour les indications classiques qui pour nous n'en sont pas :

- hypertrophie fœtale
- macrosomie estimée
- crainte de dysproportion foeto-pelvienne
- RCIU
- terme théorique dépassé

nous renvoyons à chacun des chapitres spécifiques.

Si l'on tient malgré tout à faire un déclenchement, l'utilisation de la stimulation mamelonnaire reste une méthode fiable en termes de résultats (1,4). Le décollement des membranes peut aussi être utilisé (2, 5).

En cas de souffrance fœtale potentielle : RCIU important, LA teinté à l'amnioscopie, pathologie maternelle grave, non stress test perturbé, le déclenchement doit être absolument banni. Il ne peut qu'aggraver la situation d'un bébé en équilibre précaire.

Un test à l'ocytocine extrêmement prudent peut parfois faire faire l'économie de la césarienne d'emblée si les choses vont vite et bien.

Rappelons à ce propos que les souffrances cérébrales sont constituées pour 1/4 d'entre elles avant le travail, pour 1/2 on ne sait quand et 1/4 seulement sont liées aux travail lui même (15% selon Zuspan) et à un événement catastrophique soudain « qui se produit alors » (x)

Le respect de ces règles nous a conduit à un taux de césarienne restant relativement modeste ( 6,77%)

## Bibliographie

### Déclenchement

1. ADEWOLE IF FRANKLIN O MATILUKO AA

Cervical ripening and induction of labour by breast stimulation

Afr J Med Med Sci 1993 Dec; 22(4):81-5

2. ALLOTT HA PALMER CR

Sweeping the membranes: a valid procedure in stimulating onset of labour? [see comments]

Br J Obstet Gynaecol 1993 ;100(10):898-903

3. CONFÉRENCE DE CONSENSUS SUR LE DÉCLENCHEMENT DE L'ACCOUCHEMENT - Paris 29-30 novembre 1995

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1995 ; 24 ; Supplément 1 – 128 p

4. CURTIS P RESNICK JC EVENS S THOMPSON CJ

A comparison of breast stimulation and intravenous oxytocin for the augmentation of labor

Birth 1999 Jun; 26(2):115-22.

5 . SCHMITZ T, GOFFINET F, PONS JC

Decollement des membranes à terme : revue des essais randomisés

J Gynecol Obstet Biol Reprod 1998 ; 27 : 749-54