

L'expulsion fœtale "revisitée": Quand débiter les efforts expulsifs ?

Dr Mélanie Cohen, gynécologue - obstétricien - CHU Montpellier,

Pr Pierre Boulot, Service de Gynécologie-Obstétrique C et de Médecine Materno-fœtale -
CHU Montpellier

La démedicalisation raisonnée de la prise en charge de l'accouchement normal est un objectif partagé par un nombre croissant de sages-femmes et d'obstétriciens. Beaucoup de maternités publiques et privées souhaitent ou ont déjà mis en place au sein de leurs structures une "maison de naissance" au sens où l'entend le Plan Périnatalité 2005-2007.

Dans cette optique, la prise en charge de la phase expulsive peut faire l'objet de conceptions différentes de celles usuellement admises quant au moment optimal des efforts expulsifs et de la durée de ces derniers allant dans le sens d'un respect plus important de la descente spontanée du mobile fœtal. Il en est espéré une diminution des extractions fœtales et un plus grand confort maternel.

L'objectif de cette mise au point est de reconsidérer certains paramètres de la deuxième partie du travail (une fois la dilatation complète obtenue), au vu des travaux récents publiés avec l'espoir de réduire certaines extractions instrumentales sans augmenter la morbi/mortalité périnatale et la morbidité maternelle.

Quand débiter les efforts expulsifs ?

La durée idéale des efforts expulsifs reste à définir depuis plus d'un siècle ¹.

En 1894, Landis établit la règle des 2 heures ². Celle-ci, encore largement usuelle en France, serait la limite de temps à partir de laquelle le pronostic fœtal s'aggraverait avec nécessité d'un accouchement immédiat ¹.

En 1980, Studd suggérait que prolonger cette phase favoriserait une descente du mobile fœtal et augmenterait ainsi le taux d'accouchements spontanés ³. En effet, la limite des 2 heures, basée sur un critère historique et arbitraire, place parfois la sage-femme et l'obstétricien devant des manœuvres délicates au détroit moyen non dépourvues de risques ^{4, 5, 6}. Dans l'hypothèse qu'accorder un délai supplémentaire apporterait un bénéfice, cette attente permettrait d'éviter un certain nombre de césariennes et d'extractions dangereuses lors de forceps ^{4, 7}. Mais cette prolongation de la seconde phase n'est acceptable que si elle

ne retentit ni sur la morbidité maternelle (déchirures périnéales, fièvres, hémorragies de la délivrance), ni sur l'état néonatal ¹.

Méneiz-Orieux et al. ¹ ont récemment publié une méta analyse étudiant l'état néonatal et maternel en fonction de la durée de la seconde phase du travail ("second stage of labor": phase qui va de la dilatation complète à l'expulsion fœtale). Les auteurs ont retenu 8 études randomisées comparant les effets de la poussée retardée à la poussée immédiate dès la dilatation complète.

Les critères d'inclusion dans la méta-analyse étaient des patientes nullipares sous anesthésie péridurale avec un travail spontané ou induit sur une grossesse unique à terme (entre 37 et 42 SA) avec un mobile fœtal en présentation céphalique (variété du sommet). 3148 patientes ont été retenues dans le groupe avec poussée immédiate dès la dilatation complète et 1584 dans le groupe avec poussée retardée. La poussée retardée désigne la poussée lorsque la tête était à la vulve ou lorsque la femme ne pouvait s'empêcher de pousser, après 1 à 3 heures à dilatation complète.

Dans le groupe à poussée immédiate, il y a significativement moins de voies basses spontanées, davantage de césariennes et d'extractions instrumentales ($p=0,019$) RR: 1,092 (IC 95% : 1,015 à 1,175). Dans le groupe avec poussée retardée, la durée de la seconde phase est certes plus longue (153,7 mn versus 91,8 mn, $p < 0,001$), mais avec un net raccourcissement de la durée des efforts expulsifs (57,2mn versus 76,3 mn, $p < 0,001$) et surtout plus d'accouchements sans manœuvres ($p= 0.019$). Il n'y a pas de différences sur les déchirures périnéales ($p=0.64$)

Fraser ⁸ compare dans une étude multicentrique randomisée deux groupes de parturientes toutes primipares sous analgésie péridurale, d'au moins 37 SA, avec grossesse unique et présentation du sommet: 936 débutant les efforts expulsifs lorsque la présentation était visible à la vulve ou lorsque le besoin de pousser était irrésistible, 926 poussant dès la dilatation complète.

Il est retrouvé dans le groupe à poussée retardée un taux plus élevé d'accouchement sans manœuvres, une diminution du taux d'extractions difficiles lorsque le fœtus est en variété du sommet postérieure ou transverse pendant le travail (RR= 0,69, IC 95% 0,54 à 0,90) et une nette diminution du taux de forceps au détroit moyen (RR= 0,72, IC 95% 0,55 à 0,93).

Ceci est confirmé par la méta-analyse de Nicodem⁹ qui retrouve une diminution du taux de forceps difficiles au détroit moyen lorsque la poussée est retardée⁹.

Hansen¹⁰ compare le devenir périnatal de deux groupes randomisés de patientes toutes sous analgésie péridurale : celles poussant dès la dilatation complète et celles ne poussant que lorsque la présentation était visible à la vulve ou après 120min après dilatation complète chez les primipares et 60min chez les multipares. Dans le groupe à poussée retardée, la deuxième phase du travail était plus longue (171min vs 75mn, $p < 0.0001$), mais les efforts expulsifs plus courts (58min vs 75min, $p = 0.021$), efforts jugés par les patientes moins fatiguant surtout chez les primipares ($p = 0.017$) en comparaison des efforts dès la dilatation complète. Il y avait aussi moins d'anomalies du rythme cardiaque foetal dans le groupe poussée retardée.

En ce qui concerne les complications maternelles

Ménez-Orieux et al.¹ ne retrouvent pas de différence significative entre les 2 groupes pour le taux de déchirures périnéales (12,4 versus 11,7%). Fraser et al.⁸ retrouvent davantage de fièvre maternelle pendant le travail dans le groupe à poussée retardée (RR 1,88) mais pas de différence concernant la fièvre du post-partum ou le taux d'endométrites.

Quant aux hémorragies de la délivrance, Ménez-Orieux et al.¹ ne retrouvent pas non plus de différence significative entre les 2 groupes (15,6% versus 15,8%, $p = 0,67$), données confirmées par les études de Hansen¹⁰ et de Fraser⁸

En ce qui concerne le devenir néonatal

Ménez-Orieux et al.¹ ne mettent pas en évidence de différence significative pour le score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes ($p = 0,29$), ainsi que pour le taux de transfert en unité de néonatalogie ($p = 0,1$) mais aucune conclusion définitive ne peut être donnée du fait d'une grande disparité dans les critères néonataux de morbidité néonatale choisie par les auteurs des articles analysés.

Pour Fraser et al.⁸, il y a davantage de nouveau-nés avec un pH artériel inférieur à 7,10 lors des efforts de poussée retardés (RR=2,45, IC 95% 1,34 à 4,43), mais les autres

indices d'asphyxie intrapartum (taux de ventilation au masque, scores d'Apgar anormaux à 1 et 5 minutes, irritabilité et convulsions) sont similaires entre les 2 groupes. Hansen¹⁰ ne retrouve pas de différence statistiquement significative en terme de pH artériel ou d'Apgar dans son essai randomisé.

Au vu des travaux, la prolongation de la seconde phase du travail avant le début des efforts expulsifs permet l'augmentation du taux d'accouchements spontanés sans conséquences délétères fœtales ni maternelles sous couvert d'une bonne surveillance du rythme cardio-foetal, chez des patientes essentiellement primipares et bénéficiant d'une anesthésie péridurale. L'effet bénéfique de la poussée retardée est plus important dans les variétés postérieures ou transverses chez la primipare. Cette attitude réduit de façon significative la réalisation d'extractions difficiles sur des variétés postérieures et évite une plus grande fatigue maternelle.

Références

- 1) Ménez-Orieux C, Linet T, Philippe HJ, Boog G. Delayed versus immediate pushing in the second stage of labor for nulliparous parturients with epidural analgesia: a meta-analysis of randomized trials. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2005;34:440-7.
- 2) Landis H. How to use a forceps. E.B. Treat, New York, 1894.
- 3) Studd JW, Crawford JS, Duignan NM, Rowbotham CJ, Hughes AO. The effect of lumbar epidural analgesia on the rate of cervical dilatation and the outcome of labour of spontaneous onset. *Br J Obstet Gynaecol.* 1980;87:1015-21.
- 4) Gerber S, Vial Y, Hohlfield P. Maternal and neonatal prognosis after a prolonged second stage of labor. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1999;28:145-50.
- 5) Cohen WR. Influence of the duration of second stage labor on perinatal outcome and puerperal morbidity. *Obstet Gynecol.* 1977; 49: 266-9.
- 6) Kilpatrick SJ, Laros RK Jr. Characteristics of normal labor. *Obstet Gynecol.* 1989;74:85-7.
- 7) O'Leary J., *Obstetrical Operations.* In: Aladjam S. *Obstetrical practice.* London; The C.V. Mosby Company, 1980:726-33.
- 8) Fraser WD, Marcoux S, Krauss I, Douglas J, Goulet C, Boulvain M. Multicenter, randomized, controlled trial of delayed pushing for nulliparous women in the second stage of labor with continuous epidural analgesia. The PEOPLE (Pushing Early or Pushing Late with Epidural) Study Group. *Am J Obstet Gynecol.* 2000;182:1165-72.
- 9) Nicodem VC. Early versus late pushing with epidural anaesthesia in the second stage of labour. In: Eikin MW, Keirse KJ, Renfrew MJ, Neilson JP, editors. *Pregnancy and childbirth module of the cochrane data base of systematic reviews, 1995.* London: BMJ Publishing Group, 1995.
- 10) Hansen SL, Clark SL, Foster JC. Active pushing versus passive fetal descent in the second stage of labor: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2002; 99:29-34.