



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

# Évaluation de la forme simplifiée de la classification du rythme cardiaque fœtal proposée dans le cadre des recommandations pour la pratique clinique « surveillance du travail »

*Evaluation of the CNGOF foetal heart rate classification*

N. Cheurfa<sup>a</sup>, L. Butruille<sup>b</sup>, J. De Joonckhere<sup>b</sup>,  
B. Carbonne<sup>c</sup>, P. Deruelle<sup>a,\*,b</sup>

<sup>a</sup> Pôle femme mère nouveau-né, clinique d'obstétrique, maternité Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, 1, rue Eugène-Avinée, 59037 Lille cedex, France

<sup>b</sup> EA4489, environnement périnatal et santé, faculté de médecine, université Lille 2, CIC-IT, CHRU de Lille, 59037 Lille cedex, France

<sup>c</sup> Maternité, centre hospitalier Princesse Grace, avenue Pasteur, 98000 Monaco

Reçu le 2 novembre 2014 ; avis du comité de lecture le 19 avril 2015 ; définitivement accepté le 23 avril 2015

## MOTS CLÉS

Équilibre acido-basique ;  
Tracés du rythme cardiaque fœtal ;  
Classification ;  
Travail

## Résumé

**Introduction.** – Les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF élaborées en 2007 sur la surveillance du travail ont proposé une définition consensuelle des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF). Dans un but de faciliter son application, Carbonne et al. en 2013 ont publié un tableau de synthèse de cette classification à 5 types de tracés.

**Objectifs.** – Évaluer la valeur diagnostique de cette classification des RCF pour déterminer le risque d'acidose fœtale.

**Méthodes.** – Étude rétrospective monocentrique incluant 252 grossesses uniques au-delà de 34 semaines d'aménorrhée avec un enregistrement d'au moins 60 minutes avant l'accouchement. Le critère de jugement principal était un pH à la naissance < 7,20.

**Résultats.** – En cas de pH < 7,20, les tracés de type 3 étaient significativement plus fréquents durant le travail alors que ceux de types 4 et 5 étaient plus fréquemment retrouvés à l'expulsion.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [philippe.deruelle@univ-lille2.fr](mailto:philippe.deruelle@univ-lille2.fr) (P. Deruelle).

Un pH < 7,20 était associé à plus d'extractions instrumentales, de césariennes en urgence, de score d'Apgar < 7 et de détresses respiratoires néonatales. Les aires sous la courbe étaient de 0,63 pour l'analyse au cours du travail, 0,69 pour l'expulsion seule, et 0,68 pour les deux phases. *Conclusion.* – Notre étude a montré que l'utilisation de cette classification facilitait l'interprétation du RCF mais que sa valeur diagnostique pour prédire l'acidose restait limitée. © 2015 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Acid-base balance;  
Foetal heart rate  
tracing;  
Classification;  
Labour

## Summary

*Introduction.* – The 2007 CNGOF guidelines for good practice on "Methods of foetal surveillance during labour" proposed a consensual definition of intra-partum foetal heart rate (FHR) patterns. In order to facilitate its application, Carbon et al. published in 2013 a simplified table of the classification with 5 types of tracing.

*Objectives.* – To evaluate the diagnosis value of this FHR classification to determine the risk of foetal acidosis.

*Methods.* – Retrospective single-centre study including 252 single pregnancies beyond 34 weeks of gestation with a record of at least 60 minutes before delivery. The primary endpoint was a pH at birth < 7.20.

*Results.* – When pH was < 7.20, type 3 tracing was significantly more frequent during the first stage of labour while types 4 and 5 were more frequently found during active second stage. A pH < 7.20 was significantly associated with more instrumental extractions, emergency caesarean section, Apgar score < 7 and neonatal respiratory distress. The areas under the curve were 0.63 for the analysis during the first stage of labour, 0.69 for second stage, and 0.68 when the two stages were combined.

*Conclusion.* – Our study found that the CNGOF classification improved the FHR interpretation but its diagnosis value to predict acidosis remained limited.

© 2015 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

L'enregistrement continu du rythme cardiaque fœtal (ERCF) s'est répandu depuis les années 1970. Technique de référence pour l'évaluation du bien-être fœtal, son objectif principal pendant le travail est de prévenir l'asphyxie et ses complications immédiates (encéphalopathie néonatale, décès néonatal), ou tardives (paralysie cérébrale et séquelles neurologiques) [1]. En France, il est recommandé d'utiliser le rythme cardiaque fœtal (RCF) en continu chez toutes les patientes en phase active du travail [2].

Son utilisation est à l'origine d'une augmentation des taux de césariennes et d'extractions instrumentales [3], sans pour autant induire une baisse significative du risque néonatal [4,5]. C'est un examen qui possède une bonne sensibilité et l'existence d'un tracé normal permet pratiquement d'affirmer le bien-être fœtal. En revanche, de nombreuses interventions sont réalisées « en excès » pour anomalies du rythme cardiaque fœtal et risque d'acidose alors que, dans la plupart des cas, il n'existe aucun signe d'asphyxie à la naissance [6].

Dans le but d'augmenter la spécificité de l'ERCF et de diminuer ses faux positifs, plusieurs sociétés savantes ont proposé de nouvelles classifications plus adaptées à la pratique en salle de naissance avec des algorithmes décisionnels plus précis. En 2008 aux États-Unis, le National Institute of Child and Human Development (NICHD) en collaboration avec l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) a revu les conduites à tenir en fonction des catégories du RCF classées d'un à 3 avec un niveau de gravité

croissant [7]. Une autre classification américaine publiée en 2007, la classification de Parer et Ikeda, est construite sous forme de grille avec toutes les possibilités d'anomalies du RCF, classées d'un à 5 utilisant un codage couleur avec des risques croissants d'acidose fœtale [8]. En France, les recommandations pour la pratique clinique (RPC) du CNGOF, élaborées en 2007 sur la surveillance du RCF ont proposé un langage commun [9]. Il a été défini ainsi cinq niveaux de risque de survenue d'une acidose métabolique. La conduite à tenir est proposée en fonction de la gravité du risque, en tenant compte du contexte clinique et du moment de survenue de l'accouchement. Compte tenu des pratiques obstétricales, décliner les niveaux de risque d'acidose sous forme de texte paraît peu adapté à une pratique simple en salle de naissance. Pour faciliter son application pratique, et diminuer la variabilité inter- et intra-observateurs, il a été proposé et publié par Carbone et al. un tableau synthétisant les critères des RPC de 2007 [10]. Ce tableau permet une interprétation des risques d'acidose en fonction des anomalies du RCF selon un code couleur. Ces codes couleurs se rapportent à un degré de sévérité, orientant ainsi la conduite à tenir en fonction du risque d'acidose, allant du vert = faible risque nécessitant une surveillance continue, jusqu'au rouge = risque majeur d'acidose imposant une extraction fœtale immédiate.

En l'état des connaissances actuelles, aucune étude n'a proposé une évaluation de cette classification des RCF, qu'il s'agisse de la phase de travail ou de la phase de l'expulsion. Ainsi, l'objectif de notre étude était d'évaluer la validité de cette classification du RCF sous sa forme simplifiée en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272128>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272128>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)