



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

Facteurs prédictifs d'échec de l'intention de voie basse chez la primipare obèse



Predictors of failed trial of labor in obese nulliparous

A. Carassou-Maillan^a, A. Mulliez^b, S. Curinier^a, C. Houle^a, M. Canis^a,
D. Lemery^a, D. Gallot^{a,*,c}

^a Pôle gynéco-obstétrique-reproduction humaine, CHU Estaing, 1, place Lucie-et-Raymond-Aubrac, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1, France

^b Département d'information médicale, CHU Clermont-Ferrand, 58, rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand, France

^c R2D2-EA7281, faculté de médecine, université d'Auvergne, place Henri-Dunant, 63000 Clermont-Ferrand, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 26 juillet 2013

Accepté le 26 août 2014

Disponible sur Internet le 16 octobre 2014

Mots clés :

Obésité maternelle

Intention de voie basse

Accouchement

Césarienne non programmée

Facteurs prédictifs

Primipare

RÉSUMÉ

Objectif. – Notre objectif était d'identifier des facteurs prédictifs d'échec d'intention de voie basse (IVB) chez la primipare obèse à terme.

Patientes et méthodes. – Étude rétrospective sur une cohorte de 213 primipares présentant un indice de masse corporelle (IMC) supérieur à 30 kg/m² et ayant donné naissance à un singleton en présentation céphalique, à un terme supérieur à 37SA. Les césariennes programmées ont été exclues. Les caractéristiques maternelles, échographiques, per-partum et néonatales ont été analysées en fonction du mode d'entrée en travail et de la voie d'accouchement.

Résultats. – Le taux de césarienne était de 28 %. En analyse multivariée, le déclenchement du travail (aOR = 4,3 [1,8–10,7]), la grossesse prolongée (aOR = 10,8 [1,7–67,6]), la macrosomie confirmée (aOR = 5,6 [1,1–27,3]), le liquide amniotique teinté ou méconial (aOR = 2,57 [1,03–6,42]), le recours à la trinitrine (aOR = 5,5 [1,39–21,6]) et le périmètre crânien de l'enfant à la naissance supérieur à 35 cm (aOR = 3,1 [1,2–8,0]) étaient des facteurs prédictifs de l'échec d'IVB chez l'obèse. Il n'y avait pas de corrélation significative entre le taux d'échec d'IVB et l'IMC préconceptionnel. En revanche l'excès de prise de poids favorisait l'échec de l'IVB en analyse univariée.

Discussion et conclusion. – Les facteurs prédictifs de l'échec d'IVB retrouvés chez la femme obèse sont les mêmes que chez la femme d'IMC normal. L'IMC préconceptionnel n'apparaît pas comme un indicateur pertinent de l'échec de l'IVB chez la primipare obèse.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – To identify predictors of failed trial of labour (TOL) in obese nulliparous at term.

Patients and methods. – Retrospective study about 213 nulliparous with a body mass index (BMI) greater than 30 kg/m² who delivered a vertex singleton after 37 weeks of gestation (WG). Planned caesarean sections were excluded. Maternal, sonographic, per-partum and neonatal characteristics were analyzed according to the mode of entry into labor and delivery route. Univariate and multivariate logistic regression analysis were performed.

Results. – The cesarean delivery rate was 28%. Induction of labor (aOR = 4.3 [1.8–10.7]), prolonged pregnancy (aOR = 10.8 [1.7–67.6]), macrosomia (aOR = 5.6 [1.1–27.3]), meconium-stained amniotic fluid (aOR: 2.57 [1.03–6.42]), use of trinitrine (aOR = 5.5 [1.39–21.6]) and neonatal head circumference greater than 35 cm (aOR = 3.1 [1.2–8.0]) were predictors of failed TOL. There was no significant correlation between failed TOL and preconceptional BMI. Univariate analysis revealed an association between excessive weight gain and failed TOL.

Keywords:

Maternal obesity

Parturition

Caesarean delivery

Trial of labor

Predictors

Nulliparous

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : dgallot@chu-clermontferrand.fr (D. Gallot).

Discussion and conclusion. – Predictors of failed TOL are the same in obese and non-obese women. Preconceptional BMI does not predict failed TOL in this nulliparous obese population.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'obésité est devenue un véritable problème de santé publique. En France, sa prévalence chez les femmes est estimée à 15,7 % [1]. Elle se définit par un indice de masse corporelle (IMC : rapport du poids sur la taille en mètre au carré) supérieur ou égal à 30 kg/m². Trois classes ont été établies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : la classe I (30–34,99 kg/m²), la classe II (35–39,99 kg/m²), la classe III ou obésité morbide (40 kg/m² et plus) [2]. L'impact obstétrical de l'obésité est désormais bien établi. Plusieurs études ont montré que les risques de troubles tensionnels gravidiques, de diabète gestationnel, d'accident thromboembolique, d'accouchement prématuré, de grossesse prolongée, de macrosomie, d'hémorragie de la délivrance, de morbi-mortalité néonatale, ainsi que le recours au déclenchement du travail (DT) et à la césarienne se majorent proportionnellement à l'augmentation de l'IMC [3–5]. Il n'existe pas de consensus concernant le DT et la conduite du travail en fonction de l'IMC. Pourtant, le risque de césarienne au cours du travail est deux fois plus élevé chez les obèses que chez les femmes d'IMC normal [3,6,7]. De plus, en cas d'urgence, le délai entre la décision de césarienne et l'extraction de l'enfant est augmenté par des difficultés anesthésiques (difficulté d'intubation, augmentation du nombre de tentatives nécessaires à la réalisation de l'anesthésie locorégionale) et chirurgicales (augmentation de la durée opératoire) [8]. Les comorbidités liées à la césarienne en urgence (sepsis, infection de paroi, désunion de cicatrice) sont également plus fréquentes en cas d'obésité [3,5]. Il est donc légitime de se demander s'il existe, chez l'obèse, des éléments cliniques discriminants qui puissent conforter le clinicien dans une tentative d'accouchement par voie basse ou au contraire l'orienter vers une césarienne programmée.

Dans la littérature, l'analyse des issues obstétricales chez la femme obèse est faite en comparaison de celles des femmes d'IMC normal. Or, connaître les facteurs permettant de déterminer quelle patiente obèse est plus susceptible qu'une autre d'être césarisée présente un plus grand intérêt clinique. Nous avons donc choisi de nous focaliser sur une population de primipares obèses avec accouchement en intention de voie basse (IVB).

L'objectif de cette étude était d'identifier des facteurs prédictifs d'échec d'IVB, utilisables en pratique clinique, chez les parturientes obèses primipares à terme.

2. Patientes et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective sur une cohorte de patientes ayant accouché entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2012 dans la maternité de niveau III du CHU de Clermont-Ferrand.

Nous avons inclus toutes les patientes primipares avec IVB présentant un IMC préconceptionnel supérieur ou égal à 30 kg/m² et ayant donné naissance à un singleton vivant en présentation céphalique, à un terme supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée (SA). Les critères d'exclusion étaient : les antécédents d'accouchement y compris pour une interruption médicale de grossesse au-delà de 14 SA, les césariennes programmées et les accouchements à domicile.

Les patientes ont été séparées en deux groupes : celles ayant accouché par voie basse (AVB) et celles ayant accouché par césarienne non programmée. Parce qu'il est établi que le DT augmente le risque de césarienne [9], trois analyses ont été réalisées : une sur l'ensemble de notre population, une sur les patientes entrées en travail spontanément et une sur les patientes déclenchées.

Nous avons comparé dans les deux groupes : les caractéristiques maternelles, les caractéristiques à l'admission en salle de naissance et pendant le travail, les caractéristiques échographiques et les caractéristiques de l'enfant à la naissance.

Le poids et la taille avant grossesse ont été obtenus à partir des données rapportées par les patientes. Si elles ne les connaissaient pas, le poids et la taille avant grossesse étaient ceux mesurés lors de la première consultation, avant 16 SA.

L'âge gestationnel de la grossesse était déterminé par la mesure de la longueur cranio-caudale au premier trimestre de grossesse. Devant le faible nombre de femmes admises à 42 SA, nous avons décidé de ne pas distinguer, dans notre analyse, les grossesses prolongées ($\geq 41^{+0}$ SA) des admissions à terme dépassé ($\geq 42^{+0}$ SA).

Le faux-travail était défini par la présence de contractions utérines douloureuses, sans modification du col, ayant motivé une consultation en urgence au cours de laquelle une injection intramusculaire de salbutamol a été réalisée et a interrompu les contractions. La stagnation de la dilatation était définie par deux touchers vaginaux consécutifs, réalisés à plus d'une heure d'intervalle, retrouvant le même niveau de dilatation malgré une dynamique utérine satisfaisante (3 à 5 contractions utérines par 10 minutes).

Les données, recueillies à partir du dossier médical de chaque patiente, ont été saisies sur un logiciel de gestion de données (Tableur Excel). La population est décrite par des effectifs et des pourcentages pour les variables qualitatives et catégorielles et par des moyennes \pm écart-types pour les variables quantitatives.

L'analyse principale concernant l'acte de césarienne (oui/non) a été réalisée par le test du Chi² (ou le test exact de Fisher le cas échéant) pour les paramètres qualitatifs et par le test de Student (ou par le test de Kruskal-Wallis si conditions de Student non respectées, vérifiées par le test de Shapiro-Wilk) pour les paramètres quantitatifs. Les analyses secondaires ont été réalisées selon les mêmes méthodes.

L'analyse multivariée a été réalisée avec un modèle de régression logistique avec la césarienne comme variable dépendante et une méthode de sélection *stepwise*. Les variables candidates ont été sélectionnées selon leur pertinence clinique et statistique lors de l'analyse univariée.

Le modèle final est présenté avec les odds ratios ajustés (aOR) et leur intervalle de confiance à 95 %. Toutes les analyses ont été réalisées en formulation pour un risque de première espèce bilatéral de 5 % sous STATA V10 (Stata Corp, College Station, Texas, États-Unis).

3. Résultats

Pendant la période d'étude, 7094 femmes ont accouché dont 657 obèses. Deux cent vingt-cinq d'entre elles étaient des primipares. Parmi elles, 213 répondaient aux critères d'inclusion.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3947990>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3947990>

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