



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Point de vue d'expert

Mort fœtale in utero au-delà de 14 SA : induction du travail et obtention de la vacuité utérine



Fetal death beyond of 14 weeks of gestation: Induction of labor and obtaining of uterine vacuity

G. Beucher^{a,*}, P. Dolley^a, Z. Stewart^{a,b}, G. Carles^c, E. Grossetti^d, M. Dreyfus^{a,b}

^a Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, CHU de Caen, avenue Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex 9, France

^b UFR de médecine, université de Caen Basse Normandie, avenue Côte-de-Nacre, 14033 Caen cedex 9, France

^c Service de gynécologie obstétrique, centre hospitalier de l'Ouest Guyanais, 16, avenue du Général-de-Gaulle, BP 245, 97393 Saint-Laurent-du-Maroni cedex, Guyane française

^d Service de gynécologie obstétrique, pôle Femme-Mère-Enfant, groupe hospitalier du Havre, BP 24, 76083 Le Havre cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 17 octobre 2014

Accepté le 1^{er} novembre 2014

Disponible sur Internet le 12 décembre 2014

Mots clés :

Misoprostol
Mort fœtale
Déclenchement
Induction du travail

RÉSUMÉ

L'objectif de cette revue était d'évaluer les bénéfices et risques des méthodes d'induction du travail et d'évacuation utérine en cas de mort fœtale in utero au-delà de 14 semaines d'aménorrhée. Au deuxième trimestre, les données sont nombreuses mais de qualité méthodologique faible. En termes d'efficacité (délais induction-expulsion et taux d'expulsion dans les 24 heures) et de tolérance en l'absence d'antécédent de césarienne, le meilleur protocole d'induction du travail au deuxième trimestre de la grossesse semble être l'association mifépristone 200 mg par voie orale suivie 24–48 heures plus tard de l'administration vaginale de misoprostol 200 à 400 mg toutes les 4 à 6 heures. Au troisième trimestre, il existe très peu de données. Les circonstances sont semblables au déclenchement du travail sur fœtus viable. À terme ou à proximité du terme, l'oxytocine et la dinoprostone possèdent une AMM dans cette indication mais le misoprostol peut être une alternative selon le score de Bishop et aux posologies du déclenchement. En cas d'utérus cicatriciel, le risque de rupture utérine est augmenté lors d'une induction médicale du travail par les prostaglandines. Les doses minimales efficaces de misoprostol doivent être utilisées (100 à 200 µg toutes les 4 à 6 heures). La préparation cervicale préalable par l'administration de mifépristone et éventuellement par l'utilisation de laminaires semble essentielle dans cette situation.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

ABSTRACT

The objective of this review was to assess benefits and harms of different management options for induction of labor and obtaining of uterine vacuity in case of fetal death beyond of 14 weeks of gestation. In second-trimester, the data are numerous but low methodological quality. In terms of efficiency (induction-expulsion time and uterine evacuation within 24 hours rate) and tolerance in the absence of antecedent of caesarean section, the best protocol for induction of labor in the second-trimester of pregnancy appears to be mifepristone 200 mg orally followed 24–48 hours later by vaginal administration of misoprostol 200 to 400 µg every 4 to 6 hours. In third-trimester, there is very little data. The circumstances are similar to induction of labor with living fetus. A term or near term, oxytocin and dinoprostone have a marketing authorization in this indication but misoprostol may be an

Keywords:

Misoprostol
Pregnancy loss
Late intrauterine fetal death
Stillbirth
Pregnancy termination
Labor induction

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : beucher-g@chu-caen.fr (G. Beucher).

alternative as the Bishop score and dose of induction of labor with living fetus. In case of previous caesarean section, the risk of uterine rupture is increased in case of a medical induction of labor with prostaglandins. The lowest effective doses should be used (100 to 200 µg every 4 to 6 hours). Prior cervical preparation by the administration of mifepristone and possibly the use of laminar seems essential in this situation.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS.

1. Introduction

La découverte d'une mort fœtale in utero (MFIU) peut se faire de manière fortuite ou dans un contexte clinique particulier (menace de fausse couche tardive, saignements, fièvre, etc.). Parallèlement à la réalisation du bilan étiologique, le praticien doit mettre en place une procédure d'expulsion du contenu utérin efficace, sûre, adaptée à la situation clinique et permettant un examen anatomopathologique fœtal et placentaire de qualité. En dehors de la situation particulière de la MFIU découverte en cours de travail, celui-ci se met spontanément en place dans les trois semaines suivant le diagnostic pour plus de 85 % des femmes [1]. Cette attente est la plus souvent psychologiquement impossible. Dans 10 % des cas, un processus de coagulation intravasculaire disséminée lié à la MFIU peut s'installer dans les quatre semaines suivant la constatation de la MFIU et favoriser la survenue de complications hémorragiques au moment de l'accouchement [1,2]. De plus, un délai prolongé entre la survenue du décès fœtal et l'expulsion peut altérer la qualité de l'autopsie fœtale et de l'examen histologique placentaire, essentiels au diagnostic étiologique. Autre problématique, l'induction du travail se réalise le plus souvent sur un col utérin immature et défavorable à une expulsion rapide.

L'objectif de ce travail était d'évaluer les bénéfices et les risques des méthodes d'induction du travail et d'évacuation utérine en cas de MFIU aux deuxième et troisième trimestres. L'analyse de la littérature est difficile en raison de la méthodologie hétérogène et de la faible puissance des études. Les critères d'inclusion (âge gestationnel, inclusion d'une majorité de grossesses encore évolutives) et les procédures médicales d'induction du travail (molécules, posologies, intervalles de prise et voies d'administration) sont très variables d'un essai à l'autre, rendant difficile la méta-analyse des résultats [3,4]. Au deuxième trimestre de la grossesse, deux périodes d'inclusion sont les plus souvent distinguées par les auteurs : une précoce, généralement comprise entre 14 SA et 20–24 SA, au cours de laquelle les données sont les plus nombreuses et une période tardive comprise entre 24 et 28 SA où les données sont plus rares. Celles-ci sont également peu nombreuses au troisième trimestre. Les causes de la MFIU ne sont pas décrites alors que le contexte clinique peut influencer le pronostic de l'expulsion, en termes de taux de succès de la méthode et de complications, par exemple hémorragiques en cas de d'hématome rétroplacentaire ou de troubles de la coagulation associés. Les utérus cicatriciels sont le plus souvent exclus.

Au-delà de 14 SA, l'expulsion du contenu utérin est réalisée préférentiellement par une procédure médicamenteuse dans la majorité des pays. La plupart des sociétés savantes internationales ont établi récemment des recommandations de pratiques cliniques (RPC) sur ce sujet : l'ACOG en 2009 [5], le RCOG en 2010 [1], la FIGO en 2011 [6] et l'OMS en 2012 [7,8]. En 2014, le CNGOF a établi un état des connaissances sur l'usage du misoprostol hors AMM en cas d'interruption médicale de grossesse ou de MFIU aux deuxième et troisième trimestres [9–11]. Les conclusions des auteurs sont détaillées dans les chapitres suivants.

2. Techniques chirurgicales d'évacuation utérine au-delà de 14 SA

Les techniques chirurgicales sont pratiquées dans certains pays au deuxième trimestre de la grossesse, en général jusqu'à 20 ou 24 SA. La dilatation mécanique du col suivie de l'évacuation chirurgicale du contenu utérin (*dilatation and evacuation*) est susceptible de provoquer des complications opératoires traumatiques ou hémorragiques. Plusieurs études comparatives randomisées ou non d'origine anglo-saxonne ont montré que la chirurgie était plus efficace (obtention de la vacuité utérine) et n'augmentait pas les risques de complications opératoires et hémorragiques par rapport aux méthodes d'induction médicale du travail par le misoprostol [12,13]. Les complications à long terme sur les grossesses ultérieures (prématurité, perte de la grossesse) ne semblent pas augmentées après une interruption chirurgicale de la grossesse au deuxième trimestre [14,15]. En cas d'induction médicale du travail entre 13 et 24 SA, la principale complication est la rétention placentaire justifiant un acte chirurgical ou une délivrance manuelle complémentaires dans environ 20 % des cas [12].

Concernant la césarienne par voie vaginale, il n'existe pas d'étude ayant comparé ses résultats à ceux d'une induction médicale du travail en cas de MFIU.

Les techniques chirurgicales n'étant pas réalisées en France au-delà de 14 SA et pas recommandées par la majorité des sociétés savantes internationales, nous ne les détaillerons pas dans ce travail.

3. Induction médicale du travail en cas de MFIU au-delà de 14 SA

3.1. Comparaison des méthodes médicamenteuses

L'efficacité de la procédure médicale est le plus souvent jugée par le délai entre le début de l'induction et l'expulsion fœtale et le taux d'expulsion dans les 24 heures suivant le début de l'induction.

Une méta-analyse de la Cochrane Database publiée en 2010 a retenu 38 études randomisées contrôlées (3490 femmes) comparant les bénéfices et les inconvénients du misoprostol administré par voie orale, vaginale ou sublinguale au placebo et à d'autres méthodes d'induction du travail en cas de MFIU ou d'anomalie fœtale justifiant une interruption de la grossesse aux deuxième et troisième trimestres [16]. La majorité des études ont été réalisées au deuxième trimestre. Le misoprostol était administré selon des protocoles très variables et comparé à des médicaments différents : géméprost (quatre études, 315 femmes), dinoprostone (six études, 410 femmes), prostaglandine F2 alpha (six études, 534 femmes), ocytocine (une étude, 76 femmes), laminaires (une étude, 68 femmes). Neuf essais n'ont inclus que des morts fœtales et 24 essais incluaient aussi bien des grossesses encore évolutives que des morts fœtales. Il n'y a pas eu d'analyse distincte en fonction de la vitalité fœtale. Dans la majorité de ces études, le misoprostol n'était pas associé à la mifépristone. Les doses de misoprostol étaient utilisées avec une grande variabilité d'une étude à l'autre.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948368>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948368>

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