

Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme

La présente directive clinique a été élaborée par le Comité de pratique clinique – obstétrique et revue par le Comité consultatif des médecins de famille, le Comité de médecine fœto-maternelle, le Comité médico-juridique et le Comité d'examen du contenu obstétrical. Elle a été approuvée par le Conseil d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Lily Lee, IA, Vancouver (C.-B.)

Jessica Dy, MD, Ottawa (Ont.)

Hussam Azzam, MD, Thompson (Man.)

MEMBRES DU COMITÉ DE PRATIQUE CLINIQUE — OBSTÉTRIQUE

Hussam Azzam (président), MD, Thompson (Man.)

Jon Barrett, MD, Toronto (Ont.)

Anne Biringer, MD, Toronto (Ont.)

Kim Campbell, sage-femme autorisée, Vancouver (C.-B.)

Louise Duperron, MD, Kirkland (Qc)

Jessica Dy, MD, Ottawa (Ont.)

Ellen Giesbrecht, MD, Vancouver (C.-B.)

Lisa Graves, MD, Toronto (Ont.)

Michael Helewa, MD, Winnipeg (Man.)

Ian Lange, MD, Calgary (Alb.)

Lily Lee, IA, Vancouver (C.-B.)

Suzanne Muise, MD, Bedford (N.-É.)

Barbara Parish, MD, Halifax (N.-É.)

COLLABORATRICES SPÉCIALES

Roanne Preston, MD, Vancouver (C.-B.)

Jennifer Hutcheon, Ph. D., Vancouver (C.-B.)

Corinne Riddell, Ph. D., Montréal (Qc)

Tous les membres du Comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Les auteurs tiennent à remercier le Comité d'examen du contenu obstétrical de la SOGC pour l'expertise et le soutien qu'il a apportés lors de la rédaction de la présente directive clinique.

Résumé

Objectif : La présente directive vise à fournir des conseils concernant la prise en charge du travail spontané intrapartum, normal ou anormal, à terme, chez les femmes en santé, ainsi que des conseils relatifs à la prise en charge de la dystocie lors du premier et du deuxième stade du travail, pour favoriser l'accouchement vaginal et optimiser les issues de la grossesse.

Données probantes : Des documents publiés ont été récupérés au moyen de recherches effectuées dans PubMed et la Cochrane Library, en octobre 2011, à partir d'une terminologie appropriée et contrôlée (p. ex., labour pain; labour, obstetric; dystocia) et de mots-clés (p. ex., obstetric labor, perineal care, dysfunctional labor). Lorsque cela convenait, on n'a tenu compte que des résultats qui proviennent de revues systématiques, d'essais contrôlés aléatoires ou d'essais cliniques contrôlés et d'études d'observation. Seuls les résultats des 10 dernières années ont été pris en considération; les recherches ont été régulièrement mises à jour jusqu'au 15 juin 2015 et intégrées à la directive.

Valeurs : La qualité des données probantes a été évaluée en fonction des critères décrits dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (tableau 1).

Déclarations sommaires :

1. La durée du premier stade du travail augmente avec l'âge et l'indice de masse corporelle de la mère. (II-2)

Mots-clés : Management of labour, labour dystocia, first stage labour, second stage labour, third stage labour

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.04.096>

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(9):866–890

Copyright © 2016 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Tableau 1. Critères d'évaluation des données probantes et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de données probantes*	Catégories de recommandations†
I : Données obtenues à partir d'au moins un essai clinique aléatoire convenable.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Données obtenues à partir d'essais cliniques non aléatoires bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Données obtenues à partir d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Données découlant de comparaisons entre différents moments ou lieux, ou selon qu'on ait eu ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non contrôlées (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des données fournies dans la présente directive a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

†Les recommandations comprises dans la présente directive ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

- Chez les femmes nullipares à faible risque qui sont en phase active du travail (c.-à-d. que le col est dilaté d'au moins 4 cm), un rythme de dilatation du col supérieur ou égal à 0,5 cm/heure est considéré comme normal. (II-2)
- Chaque unité d'obstétrique devrait mettre en place une directive concernant l'utilisation des opioïdes pendant le travail, notamment en ce qui concerne le mode d'action, les doses moyennes et maximales, les voies d'administration, les effets secondaires potentiels pour la mère et le fœtus, les précautions d'emploi, les antagonistes des opioïdes et les techniques de réanimation pour chaque médicament. (III)
- L'analgésie péridurale procure le soulagement de la douleur le plus efficace pour les femmes en travail. Ces dernières décident du moment de l'injection, une fois que le diagnostic du travail a été établi. (I)

Recommandations

- Les prestataires de soins de santé devraient repousser l'admission à l'unité des naissances des femmes à terme qui sont en travail jusqu'à ce qu'elles atteignent la phase active du travail (c.-à-d., lorsque le col est dilaté d'au moins 4 cm). (II-2A)
- La consignation d'informations et la communication concernant la progression du travail sont des aspects importants de la prise en charge du travail. Les unités d'obstétrique et des naissances devraient mettre en place des politiques locales en matière de consignation d'informations sur le travail, notamment en ce qui a trait à l'utilisation des partogrammes et à leur application dans la prise en charge du travail. (II-A)
- Les femmes devraient être informées des avantages de la position verticale pendant le travail. Par ailleurs, on devrait les encourager à trouver les positions qu'elles pensent être les plus confortables et les aider à les adopter. (I-B)
- On devrait laisser aux femmes peu susceptibles d'avoir besoin d'une anesthésie générale le choix de manger ou de boire comme elles le souhaitent ou selon ce que permet la phase de travail. (I-A)
- Le soutien continu pendant le travail est recommandé pour toutes les femmes en phase de travail actif. Toutes les unités d'obstétrique devraient offrir à chaque femme la possibilité de bénéficier d'un soutien continu et individuel pendant le travail. (I-A)
- On ne doit envisager l'amniotomie et l'oxytocine, entre autres mesures, qu'une fois le diagnostic de dystocie posé, soit au cours du premier ou du deuxième stade du travail. (I-B)
- Les femmes et les prestataires de soins de santé devraient recevoir de l'information sur les stratégies de prise en charge du travail précoce et sur les mécanismes d'obtention d'aide auprès des prestataires de soins. (III-A)
- Lorsque cela est approprié, les prestataires de soins de santé devraient soutenir les femmes dans leur choix concernant les méthodes analgésiques à utiliser pendant le travail, qui pourraient comprendre des mesures pharmacologiques et non pharmacologiques. (III-A)
- Chaque femme devrait recevoir, avant le début du travail, des renseignements fondés sur des données probantes concernant les

ABBREVIATIONS

AC	Accouchement par césarienne
APCP	Analgésie péridurale contrôlée par les patientes
CMPIU	Cathéter de mesure de la pression intra-utérine
ECA	Essai clinique aléatoire
HPP	Hémorragie post-partum
IMC	Indice de masse corporelle
IV	Intraveineux
LOSA	Lésions obstétricales du sphincter anal
NSETC	Neurostimulation électrique transcutanée
PCATST	Prise en charge active du troisième stade du travail
SCT	Soutien continu pendant le travail
SOGC	Société des obstétriciens et gynécologues du Canada
TCC	Traction contrôlée du cordon

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3963056>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3963056>

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