



Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

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



MISE À JOUR

# En cas de macrosomie fœtale, la meilleure stratégie est le déclenchement artificiel du travail à 38 semaines d'aménorrhée



*In case of fetal macrosomia, the best strategy is the induction of labor at 38 weeks of gestation*

P. Rozenberg

Département d'obstétrique et gynécologie, université Versailles-St Quentin, hôpital Poissy–Saint-Germain, centre hospitalier Poissy–Saint-Germain, 10, rue du Champ-Gaillard, 78303 Poissy cedex, France

Reçu le 20 juillet 2016 ; avis du comité de lecture le 31 août 2016 ; définitivement accepté le 2 septembre 2016

Disponible sur Internet le 19 octobre 2016

## MOTS CLÉS

Macrosomie fœtale ;  
Dystocie des épaules ;  
Déclenchement artificiel du travail ;  
Césarienne ;  
Essai randomisé contrôlé

**Résumé** La macrosomie fœtale est un facteur de risque de complications obstétricales, et notamment de dystocie des épaules, responsable d'une lourde morbidité néonatale. En présence d'une macrosomie fœtale, 3 options se présentent : (i) la césarienne élective, mais celle-ci n'est recommandée que lorsque le poids fœtal est estimé à plus de 4500 g pour les femmes diabétiques et de 5000 g pour les femmes non diabétiques ; (ii) l'expectative, mais les enfants ayant un poids de naissance  $\geq 4500$  ont des risques significativement augmentés de mortalité périnatale, d'asphyxie néonatale, de traumatismes à l'accouchement, et d'accouchement par césarienne ; (iii) le déclenchement artificiel du travail qui, en réduisant la possibilité de croissance du fœtus, diminuerait le risque de césarienne pour disproportion céphalopelvienne et de dystocie des épaules. Deux anciens essais n'ayant pas montré de bénéfice maternel ou néonatal au déclenchement artificiel du travail pour macrosomie fœtale, celui-ci n'a donc pas été recommandé. Cependant, ces 2 études présentaient des échantillons de petite taille (273 et 40 femmes) et une méthodologie limitant leur capacité à montrer une différence justifiant de réaliser un large essai multicentrique randomisé contrôlé. Cet essai a été réalisé par Boulvain et al. et les résultats publiés en 2015 dans le *Lancet*. Les critères d'inclusion étaient : une grossesse unique en présentation céphalique, et une suspicion de macrosomie fœtale définie par une estimation échographique du poids  $> 95^{\text{e}}$  percentile entre 36 et 38 SA. Les femmes ont été randomisées entre déclenchement artificiel du travail entre 37<sup>+0</sup> et 38<sup>+6</sup> SA dans les 3 jours suivant la randomisation ( $n = 409$ ) ou attitude expectative ( $n = 413$ ). La prise en charge expectative a été poursuivie jusqu'au travail spontané ou à la survenue d'une condition nécessitant un déclenchement artificiel du travail. Le critère de jugement principal était un composite critère comprenant : la dystocie des épaules sévère, la fracture de la clavicule ou d'un os long,

Adresse e-mail : [prozenberg@chi-poissy-st-germain.fr](mailto:prozenberg@chi-poissy-st-germain.fr)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2016.09.001>

0368-2315/© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

la lésion du plexus brachial, l'hémorragie intracrânienne, ou la mort. Les caractéristiques de base étaient similaires entre les groupes. Le poids de naissance moyen ( $\pm$  DS) était de 3831 ( $\pm$  324) g dans le groupe déclenchement et 4118 ( $\pm$  392) g dans le groupe expectative. Le critère de jugement principal composite a été observé parmi 8/407 (2 %) accouchements dans le groupe déclenchement et 25/411 (6 %) accouchements dans le groupe expectative ( $p=0,004$ ). Le nombre nécessaire à traiter était de 25 (IC 95 % : 15–70). L'incidence des césariennes et des extractions instrumentales ne différait pas significativement entre les 2 groupes. Cependant, la probabilité d'un accouchement par voie basse spontanée augmentait de manière significative dans le groupe déclenchement (59 % vs 52 %, RR : 1,14 ; IC 95 % : 1,01–1,29). Au total, les résultats de l'essai de Boulvain et al. justifient de proposer le déclenchement artificiel du travail en cas de suspicion de macrosomie > 95<sup>e</sup> percentile : le déclenchement réduit le risque de dystocie sévère des épaules et n'augmente pas le risque de césarienne. Il augmente même la probabilité d'un accouchement par voie basse spontanée.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Fetal macrosomia;  
Shoulder dystocia;  
Induction of labor;  
Cesarean delivery;  
Randomized  
controlled trial

**Summary** Macrosomic fetuses are at increased risk of obstetric complications, and notably shoulder dystocia, responsible for a severe neonatal morbidity. In case of fetal macrosomia, three options are: (i) the elective cesarean delivery, but this is recommended only when the estimated fetal weight is  $\geq 4500$  g for diabetic women and 5000 g for non-diabetic women; (ii) the expectative management, but children with birth weight  $\geq 4500$  had significantly increased risk of perinatal mortality, neonatal asphyxia, trauma, and cesarean delivery; (iii) the induction of labor which, reducing the possibility of fetal growth, reduce the risk of cesarean delivery for cephalopelvic disproportion and shoulder dystocia. As 2 former trials did not show maternal or neonatal benefit with induction of labor for fetal macrosomia, it was therefore not recommended. However, these 2 studies had small sample size (273 and 40 women) and a methodology limiting their ability to show a difference, justifying to achieve a large multicentre randomized controlled trial. This trial was performed by Boulvain et al. and the results published in 2015 in the *Lancet*. Inclusion criteria were: a singleton pregnancy in cephalic presentation and a suspected fetal macrosomia defined by an ultrasound estimated weight > 95th percentile between 36 and 38 weeks. Women were randomly assigned to receive induction of labor within 3 days between 37<sup>+0</sup> and 38<sup>+6</sup> weeks of gestation, or expectant management. Expectant management continued until either spontaneous labour or diagnosis of a condition necessitating induction. The primary outcome was a composite of clinically significant shoulder dystocia, fracture of the clavicle, brachial plexus injury, intracranial haemorrhage, or death. Baseline characteristics were similar between groups. The mean birth weight ( $\pm$  SD) was 3831 ( $\pm$  324) g in the induction group 4118 ( $\pm$  392) g in the expectant group. Induction of labor significantly reduced the risk of shoulder dystocia or associated morbidity (8/407; 2 %) compared with expectant management (25/411; 6 %);  $P=0.004$ . The number needed to treat was 25 (95 % CI: 15–70). The incidence of caesarean section and operative vaginal delivery did not differ significantly between the groups. The likelihood of spontaneous vaginal delivery increased significantly in the induction of labor group (59 % vs. 52 %, RR: 1.14; 95 % CI: 1.01–1.29). In all, the results of the Boulvain et al. trial justify to propose an induction of labor in cases of suspected macrosomia > 95th percentile: the induction of labor reduced the risk of severe shoulder dystocia, and does not increase the risk of cesarean section. It even increases the likelihood of spontaneous vaginal delivery.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

La macrosomie fœtale est un facteur de risque de complications obstétricales, incluant notamment les extractions instrumentales, les césariennes, les déchirures périnéales de stades III et IV et la dystocie des épaules [1,2]. La dystocie des épaules est responsable d'une lourde morbidité néonatale, comprenant les fractures de la clavicle, les lésions du plexus brachial, voire l'asphyxie néonatale.

En présence d'une macrosomie fœtale, 3 options se présentent :

- la césarienne élective. Cependant, dans une analyse décisionnelle ayant pour but de quantifier l'efficacité potentielle d'une politique d'accouchement par césarienne élective pour macrosomie fœtale diagnostiquée par échographie, Rouse et al. [3] ont montré qu'il était nécessaire de réaliser 3695 césariennes pour éviter 1 cas de lésion du plexus brachial permanent

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5656511>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5656511>

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