

Des arbitres scientifiques (en l'occurrence, le comité de pratique clinique – obstétrique de la SOGC) ont procédé à l'analyse de la présente directive clinique en mai 2016. Ils ont donné leur aval à la poursuite de son utilisation pour l'instant.

N° 214-Directive clinique sur la prise en charge de la grossesse entre la 41^e + 0 et la 42^e + 0 semaine de gestation

La présente directive clinique a été rédigée par le comité de pratique clinique – obstétrique,* analysée par le comité de médecine fœto-maternelle et analysée et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Martina Delaney, MD, St. John's (T.-N.-L.)

Anne Roggensack, MD, Toronto (Ont.)

*Le Comité de pratique clinique - obstétrique : Dean C. Leduc, MD (président), Ottawa (Ont.); Charlotte Ballermann, MD, Edmonton (Alb.); Anne Biringer, MD, Toronto (Ont.); Martina Delaney, MD, St. John's (T.-N.-L.); Loraine Dontigny, MD, Lasalle (Québec); Thomas P. Gleason, MD, Edmonton (Alb.); Lily Shek-Yn Lee, inf. aut., Vancouver (C.-B.); Marie-Jocelyne Martel, MD, Saskatoon (Sask.); Valérin Morin, MD, Cap-Rouge (Québec); Joshua Nathan Polsky, MD, Windsor (Ont.); Carol Rowntree, MD, Sundre (Alb.); Debra-Jo Shepherd, MD, Regina (Sask.); Kathi Wilson, sage-femme aut., Ilderton (Ont.). Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Mots clés : Labour, induction, postdates pregnancy, post-term pregnancy

Auteur-Ressource : Dr. Anne Roggensack, University of Calgary, Calgary, Alberta. anne.roggensack@albertahealthservices.ca

Résumé

Objectif : Fournir une directive clinique factuelle sur la prise en charge de la grossesse entre la 41^e+0 et la 42^e+0 semaine de gestation.

Issues : Baisse de la mortalité périnatale associée à la césarienne effectuée entre la 41^e+0 et la 42^e+0 semaine de gestation.

Résultat : Des recherches ont été menées dans la base de données Medline, la Cochrane Library, ainsi qu'auprès du American College of Obstetricians and Gynecologists et du Royal College of Obstetricians and Gynecologists, afin d'en tirer les articles publiés en anglais entre 1966 et mars 2007, au moyen des mots clés suivants : prolonged pregnancy, post-term pregnancy et postdates pregnancy. La qualité des résultats a été évaluée et les recommandations ont été formulées conformément aux lignes directrices élaborées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Recommandations

1. L'exécution d'une échographie devrait être offerte au cours du premier trimestre (idéalement, entre la 11^e et la 14^e semaine de gestation) à toutes les femmes, puisqu'il s'agit d'un moyen de déterminer l'âge gestationnel plus précis que le recours à la date des dernières règles; l'utilisation de l'échographie du premier trimestre à cette fin donne, en effet, lieu à un nombre moindre de grossesses prolongées au-delà de 41+0 semaines (I-A).
2. Lorsque plus de cinq jours séparent l'âge gestationnel déterminé au moyen de la date des dernières règles et l'âge gestationnel déterminé au moyen de l'échographie du premier trimestre, la date prévue de l'accouchement devrait être modifiée en fonction de résultats de l'échographie du premier trimestre (I-A).

J Obstet Gynaecol Can 2017;39(8):e150–e163

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.04.021>

Copyright © 2017 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

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'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs 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.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

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

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques 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 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (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. E. On dispose de données suffisantes 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.	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 résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs¹⁶.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif¹⁶.

- Lorsque plus de dix jours séparent l'âge gestationnel déterminé au moyen de la date des dernières règles et l'âge gestationnel déterminé au moyen de l'échographie du deuxième trimestre, la date prévue de l'accouchement devrait être modifiée en fonction de résultats de l'échographie du deuxième trimestre (I-A).
- Lorsque l'on dispose d'échographies tant du premier que du deuxième trimestre, l'âge gestationnel devrait être déterminé en fonction des résultats de la première échographie (I-A).
- Les femmes devraient se voir offrir l'option du décollement des membranes à partir de la période se situant entre la 38^e; et la 41^e semaine de gestation, à la suite d'une discussion sur les risques; et avantages d'une telle intervention (I-A).
- Les femmes devraient se voir offrir un déclenchement entre la 41^e+0 et la 42^e+0 semaine de gestation, puisque les données actuelles indiquent que cette pratique entraîne une baisse du taux de mortalité périnatale sans hausse du risque de césarienne (I-A).
- Le dépistage prénatal utilisé dans le cadre de la surveillance des grossesses se situant entre la 41^e et la 42^e semaine de gestation devrait comprendre au moins un examen de réactivité fœtale et une évaluation du volume de liquide amniotique (I-A).
- Tous les services d'obstétrique devraient, en fonction de leurs ressources locales, formuler des lignes directrices quant à la planification du déclenchement du travail (I-A).

ABRÉVIATIONS

DEC	date estimative de conception
DR	dernières règles
DVC	distance vertex-coccyx
ECR	essai comparatif randomisé
ERF	examen de réactivité fœtale
IC	intervalle de confiance
RC	rapport de cotes
RR	risque relatif
TMP	taux de mortalité périnatale

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696291>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696291>

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