



Disponible en ligne sur

ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte  
www.em-consulte.com



Article original

## Facteurs de risque de césarienne pour non-engagement persistant à dilatation complète

### Risks factors of cesarean delivery after 3 hours of delayed pushing

S. Cheniere<sup>a,b,\*</sup>, S. Ménard<sup>a,b</sup>, M.-C. Lamau<sup>a,b</sup>, F. Goffinet<sup>a,b</sup>, C. Le Ray<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup>Maternité Port Royal, université Paris Descartes, groupe hospitalier Cochin Broca Hôtel-Dieu, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, 53, avenue de l'observatoire, 75014 Paris, France

<sup>b</sup>DHU risques et grossesse, PRES Sorbonne Paris Cité, 53, avenue de l'observatoire, 75014 Paris, France

#### INFO ARTICLE

##### Historique de l'article :

Reçu le 14 juillet 2016  
Accepté le 7 novembre 2016  
Disponible sur Internet le xxx

##### Mots clés :

Travail  
Césarienne  
Primipare

##### Keywords:

Labor  
Cesarean delivery  
Primiparous

#### RÉSUMÉ

**Objectifs.** – Identifier les facteurs associés à la réalisation d'une césarienne pour non-engagement après 3 heures à dilatation complète chez les primipares.

**Méthodes.** – Étude cas-témoins réalisée en centre de type III entre octobre 2012 et septembre 2015, chez des primipares à terme, fœtus unique en présentation céphalique. Seules les femmes ayant eu une durée à dilatation complète supérieure ou égale à 3 h avant de débiter les efforts expulsifs ont été incluses. Les cas étaient les patientes ayant eu une césarienne pour non-engagement ( $n = 93$ ). Les témoins étaient celles ayant accouché par voie basse ( $n = 93$ ). Les anomalies du RCF à dilatation complète étaient un critère d'exclusion. Les facteurs maternels, fœtaux et obstétricaux associés à la réalisation d'une césarienne pour non-engagement ont été identifiés en analyses univariées et multivariées.

**Résultats.** – La durée moyenne d'expectative à dilatation complète était supérieure parmi les femmes césarisées (3 h 37 ± 21 min vs 3 h 13 ± 19 min [ $p < 0,001$ ]). Après analyse multivariée, les facteurs prédictifs de césarienne étaient l'obésité (OR = 25,9 [3,1–215,9]), la suspicion échographique de macrosomie fœtale (OR = 4,4 [1,2–16,4]), la maturation cervicale par prostaglandines (OR = 5,7 [2,1–15,5]), la stagnation de la dilatation durant le 1<sup>er</sup> stade du travail (OR = 3,0 [1,3–6,8]), et une variété de présentation fœtale postérieure persistante (OR = 30,7 [3,3–280,9]).

**Conclusions.** – Le risque de césarienne pour non-engagement à dilatation complète est associé aux caractéristiques maternelles, fœtales et obstétricales. Ces facteurs pourraient être pris en compte pour décider d'accorder ou non une 3<sup>e</sup> heure à dilatation complète avant de débiter les efforts expulsifs.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### ABSTRACT

**Objectives.** – Identify the factors associated with caesarean delivery for unengaged fetal head beyond 3 hours of passive second stage of labor, among primiparous patients.

**Methods.** – A case-control study conducted in level III university center between October 2012 and September 2015. Only primiparous at term, with a singleton, cephalic fetus and a passive second stage of labor prolonged over 3 hours before pushing were included. During the second stage of labor, patients who had caesarean for abnormal fetal heart rate were excluded. Risk factors of caesarean were analyzed with univariate analysis and after statistical adjustment using multivariate logistic regression.

**Results.** – The mean passive second stage duration was significantly longer among patients who had a caesarean (3 h 37 ± 21 min vs 3 h 13 ± 19 min [ $P = 0,0001$ ]). After multivariate logistic regression, factors associated with a risk of caesarean were body mass index higher than 30 kg/m<sup>2</sup> (OR = 25.9 [3.1–215.9]), fetal macrosomia suspected by 3rd trimester ultrasound (OR = 4.4 [1.2–16.4]), induction by prostaglandins (OR = 5.7 [2.1–15.5]), a stagnation of cervical dilatation during the 1st stage (OR = [1.3–6.8]), and fetal occiput posterior position beyond 3 hours (OR = 30.7 [3.3–280.9]).

\* Auteur correspondant. Maternité Port Royal, hôpital Cochin, Assistance publique des Hôpitaux de Paris, 123, boulevard de Port-Royal, 75014 Paris, France.  
Adresse e-mail : sandracheniere@gmail.com (S. Cheniere).

**Conclusions.** – Risk of caesarean delivery for unengaged fetal head beyond 3 hours of passive second stage of labor is associated with maternal, fetal and obstetrical factors. Those factors might be taken into account before accept or not a 3rd hour at full cervical dilation.

© 2017 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## 1. Introduction

Au cours du travail, on distingue 2 stades : le 1<sup>er</sup> stade du travail définit par le travail actif avant dilatation complète (DC) et le 2<sup>e</sup> stade du travail correspondant à la période entre le diagnostic de dilatation complète et l'expulsion du fœtus. Le 2<sup>e</sup> stade du travail peut être divisé en 2 phases : le 2<sup>e</sup> stade passif au cours duquel le fœtus descend dans le bassin maternel sous l'effet des contractions utérines sans effort de poussée et le 2<sup>e</sup> stade actif qui correspond à la phase des efforts expulsifs.

Il n'existe actuellement pas de consensus concernant la durée du 2<sup>e</sup> stade passif en France. Toutefois, les auteurs des recommandations françaises concernant les extractions instrumentales publiées en 2008 par le Collège national de gynécologie et obstétrique française, précisent : « Au cours du travail (y compris à dilatation complète [DC]), la réalisation systématique d'une césarienne après deux heures de stagnation de la dilatation doit être reconsidérée, du fait d'une diminution des césariennes en cas d'expectative prolongée, sans augmentation significative de la morbidité maternelle » [1]. Par ailleurs, il a été démontré que les patientes ayant un utérus cicatriciel présentent une morbidité maternelle et fœtale accrue lors d'une grossesse ultérieure [2]. Il est ainsi préconisé d'essayer de diminuer le nombre de césariennes, notamment chez les primipares [3]. Ainsi, certains centres choisissent actuellement d'attendre trois heures à DC, en l'absence d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF), avant de débiter les efforts expulsifs. En l'absence d'anomalie du RCF, prolonger ce 2<sup>e</sup> stade passif pourrait favoriser une descente du mobile fœtal et ainsi augmenter le taux d'accouchements par voie basse spontanée [4–6]. Cependant, plusieurs études rétrospectives ont mis en évidence une association entre la durée du 2<sup>e</sup> stade (notamment au-delà de trois heures) et l'augmentation de la morbidité maternelle incluant l'hémorragie du post-partum, les lésions périnéales sévères et la chorioamniotite. Aucune majoration de la morbidité néonatale n'a été rapportée dans ces études [7–9]. Néanmoins, une large étude rétrospective américaine de 43 810 nullipares, publiée par Laughon et al., retrouvait une majoration de sepsis et d'hospitalisation néonatale en cas de 2<sup>e</sup> stade prolongé [10].

Dans certains cas, le prolongement du 2<sup>e</sup> stade passif ne suffit pas, le non-engagement de la présentation fœtale posant l'indication d'une césarienne, après une durée allongée à DC. Ces césariennes à DC également sont connues pour être source de morbidité maternelle et néonatale [11,12].

Peu de données sont disponibles dans la littérature pour définir les facteurs maternels, fœtaux et obstétricaux prédictifs de la voie d'accouchement chez les primipares dont le travail est marqué par un 2<sup>e</sup> stade passif prolongé (c'est-à-dire au-delà de deux heures). La plupart des études, souvent réalisées dans des pays anglo-saxons, ne différencient pas les 2<sup>e</sup> stades passif et actif. Dans les pays anglo-saxons, le *early pushing* (c'est-à-dire débiter les efforts expulsifs dès le diagnostic de dilatation complète) est largement pratiqué. Ainsi, les résultats de ses études sont donc difficilement extrapolables à nos pratiques françaises où le *delayed pushing* (c'est-à-dire retarder les efforts expulsifs) est habituel. L'identification de ces facteurs pourrait pourtant avoir un intérêt concret dans la gestion du 2<sup>e</sup> stade du travail. Identifier dès la deuxième heure à dilatation complète les femmes ayant un risque très élevé

de césarienne pour non-engagement pourrait permettre d'éviter à ces femmes une troisième heure à dilatation complète et la morbidité potentiellement associée à une durée prolongée du 2<sup>e</sup> stade.

L'objectif de notre étude est de mettre en évidence les facteurs associés au risque de césarienne pour non-engagement de la présentation fœtale après trois heures à dilatation complète avant de débiter les efforts expulsifs chez les primipares.

## 2. Méthodes

Il s'agit d'une étude cas-témoins réalisée dans une maternité universitaire de type 3 réalisant 5400 naissances annuelles. Les critères d'inclusion étaient : primipares, grossesse singleton, fœtus à terme en présentation céphalique, utérus non cicatriciel (d'origine gynécologique), durée à DC avant le début des efforts expulsifs (2<sup>e</sup> stade passif) supérieure ou égale à trois heures. Toutes les patientes ayant présenté des anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) à risque d'acidose selon la classification du CNGOF [13] ou un pH au scalp pathologique (défini par un pH au scalp inférieur à 7,25) lors du 2<sup>e</sup> stade ont été exclues (Fig. 1).

Afin d'avoir un nombre relativement conséquent de cas, nous avons d'abord identifié à partir de notre base de données informatique, 100 femmes ayant nécessité une césarienne pour non-engagement de la présentation fœtale après trois heures ou plus à dilatation complète en l'absence d'anomalies du RCF, entre le 1<sup>er</sup> octobre 2012 et le 30 septembre 2015 ; ces femmes correspondaient aux cas. Après relecture du dossier médical, 7 patientes ont secondairement été exclues car les efforts expulsifs ont été débutés avant une durée totale de trois heures à DC. Une fois ces cas recueillis, nous avons identifié prospectivement un groupe témoin équivalent ; 93 primipares ayant accouché par voie basse au décours d'un 2<sup>e</sup> stade passif d'au moins trois heures avant de débiter les efforts expulsifs sans anomalies du RCF ont ainsi été incluses du 1<sup>er</sup> juin 2015 au 30 septembre 2015.

La gestion du travail a été réalisée selon les protocoles du service. Ainsi, l'administration d'ocytocine était débutée au bout d'une heure de stagnation de la dilatation cervicale au cours du 1<sup>er</sup> stade du travail actif (à partir de 5 cm) ou en cas de non-engagement de la présentation fœtale après une heure de DC. Une rotation manuelle des variétés de présentation postérieure était indiquée en cas de stagnation à partir de 7–8 cm ou en cas de variété postérieure persistante à dilatation complète soit immédiatement soit après 1 heure à dilatation complète en l'absence de rotation spontanée. En l'absence d'anomalie significative du RCF ou de pathologie maternelle ou fœtale, une durée à dilatation complète de trois heures avant de débiter les efforts expulsifs était recommandée afin d'optimiser les chances d'accouchements par voie basse. Le diagnostic de non-engagement de la présentation fœtale était réalisé par la sage-femme, et systématiquement contrôlé par l'obstétricien. En l'absence d'engagement de la présentation, les efforts expulsifs pouvaient être tentés sur quelques contractions (moins de 10 minutes habituellement) si la présentation fœtale semblait en voie d'engagement. En l'absence de franche progression, une césarienne était réalisée afin d'éviter la réalisation d'une césarienne ultérieure après une longue période d'efforts expulsifs. La césarienne pouvait être décidée d'emblée en cas de présentation clairement non engagée.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8926442>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8926442>

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