

# 12 eme journées des réseaux de périnatalité d'ile de France

## Administration de l'oxytocine pendant le travail spontané

### Recommandation pour la Pratique Clinique 2016

Sophie GUILLAUME

Corinne DUPONT, Didier RIETHMULLER, Marion CARAYOL,  
Catherine DENEUX-THARAUX, Camille LE RAY  
et le Groupe RPC



# SAGES-FEMMES CHERCHEURS

- **Richesse de nouveaux parcours**
  - Sages-Femmes
    - Master, Thèse de science (19 dont plus de la moitié en moins de 10 ans), habilitation à diriger la recherche (1 en 2016)
- **Complémentarité : travail collaboratif interdisciplinaire**
  - Gynécologues-Obstétriciens, échographistes, généticiens, biologistes psychologues, pédopsychiatres... sociologues, anthropologues...
  - Anesthésistes
  - Pédiatres
  - Médecins généralistes
  - Acteurs du champ social
  - Epidémiologistes, statisticiens
  - Représentants des usagers
  - Inter-institution, transversal, inter-réseaux

# LA RECHERCHE EN MAÏEUTIQUE : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE

- **Domaine de recherche peu exploré / pathologie obstétricale**
  - Femmes en bonne santé
  - À bas risque
  - Information-Prévention

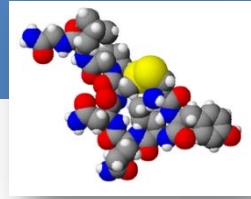
Conflits d'intérêt : aucun

**Ouytocine**

**≠**

**Ouytocine**

# JUSTIFICATION (1)



## Oxytocine pendant le travail = Facteur de risque d'HPP

Travaux de l'étude Pithagore 6 (2004-2005)

Pr RC RUDIGOZ

150 000 accts, 9000 cas d'HPP, 2500 cas d'HPP sévères

[Belghiti J et al. *BMJ open* 2011]

[Loscul C et al. *JOGBR* 2016]

RPC 2014 CNGOF

Prévention et traitement de l'HPP



Pr F Goffinet, Dr Catherine Deneux

Marion Carayol (SF, PhD)

# JUSTIFICATION (2)

## Oxytocine pendant le travail spontané : Quelle utilisation en France ?

✓ 58% à... 80% des patientes à bas risque recevaient de l'oxytocine

(ENP 2010)

*[Belghiti J et al. JOGBR 2013]*

→ *Royaume Uni, Norvège, Suède 25 à 30%*

✓ 1/3 des parturientes non informées

*[CIANE 2012 communiqué de presse]*

✓ Pas de RPC / travail spontané

# OBJECTIFS

**Définir le travail spontané normal**

**Préciser les indications, les modalités et l'efficacité de l'administration d'oxytocine**

**Décrire les effets indésirables maternels, foetaux et néonataux liés à cette administration**

# POPULATION

- Patientes
  - Grossesse mono foétale
  - Sans utérus cicatriciel
  - À terme
  - Présentation céphalique
  - Sans RCIU /PAG connu
  - **Travail spontané**



# METHODE (1)

Comité  
d'organisation



CNSF  
C. Dupont  
M. Carayol



CNGOF  
D. Riethmuller  
C. Le Ray



INSERM  
C. Deneux

Groupe  
de travail

Cliniciens et chercheurs



Représentants  
des usagers  
A. Evrard/E. Phan

Choix des  
questions

Revue de la  
littérature

Classement en  
niveau de  
preuve

Classement en  
grade

Relecteurs  
(n=67 dont 33 GO  
et 27 SF)

Corrections

Publications

# METHODE (2)

Niveau	Définition	Grade des recommandations
1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Essais comparatifs randomisés de forte puissance.</li><li>• Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li><li>• Analyse de décision basée sur des études bien menées</li></ul>	Preuve scientifique établie <b>A</b>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Essais comparatifs randomisés de faible puissance.</li><li>• Études comparatives non randomisées bien menées</li><li>• Études de cohorte</li></ul>	Présomption scientifique <b>B</b>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Études cas-témoins</li></ul>	Faible niveau de preuve <b>C</b>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>• Études comparatives comportant des biais importants</li><li>• Études rétrospectives</li><li>• Séries de cas</li></ul>	<b>Accord professionnel</b>

# Définition et caractéristiques du travail normal et anormal



A Chantry  
Paris – Inserm  
SF, PhD

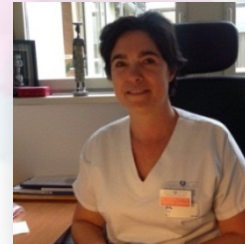


R Beranger  
Rennes - Inserm  
SF, PhD

## Indications de l'oxytocine



L Gaucher  
SF, HCL Lyon



Dr C Le Ray  
GO, APHP

## Interventions associées à l'administration de l'oxytocine



C Barasinski  
SF, CHU  
Clermont Ferrand



Dr F Vendittelli  
GO, CHU  
Clermont Ferrand

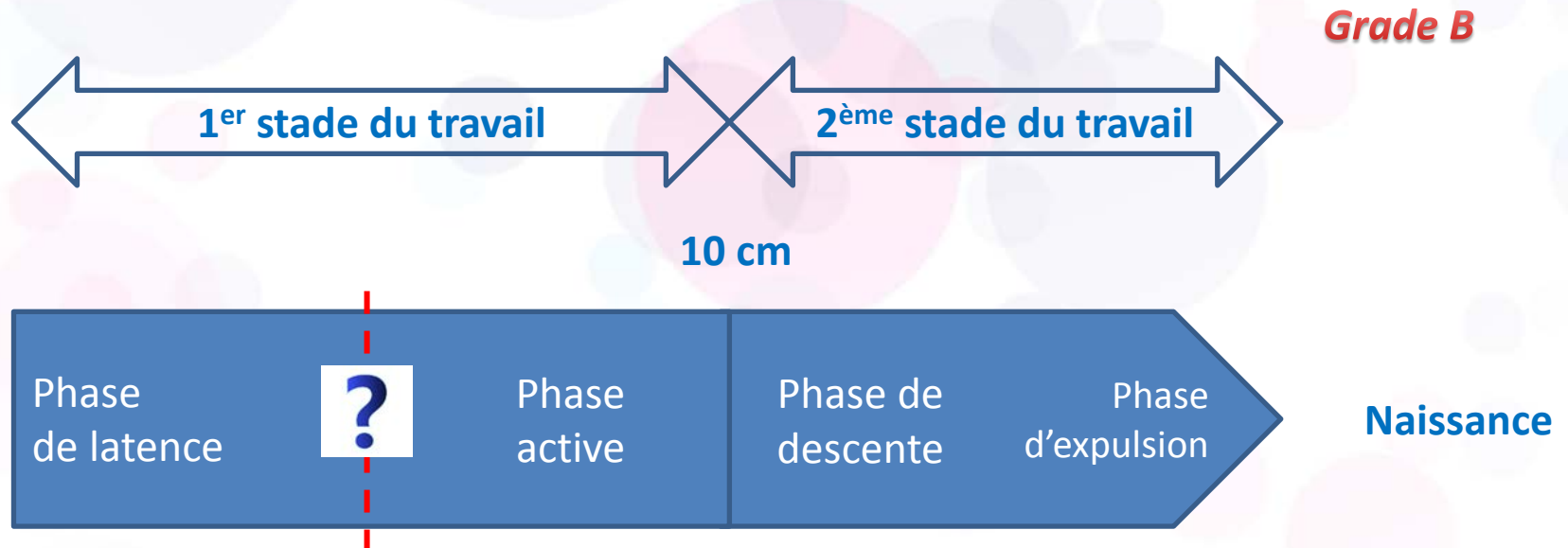


Dr C Fischer  
Anesthésiste,  
APHP

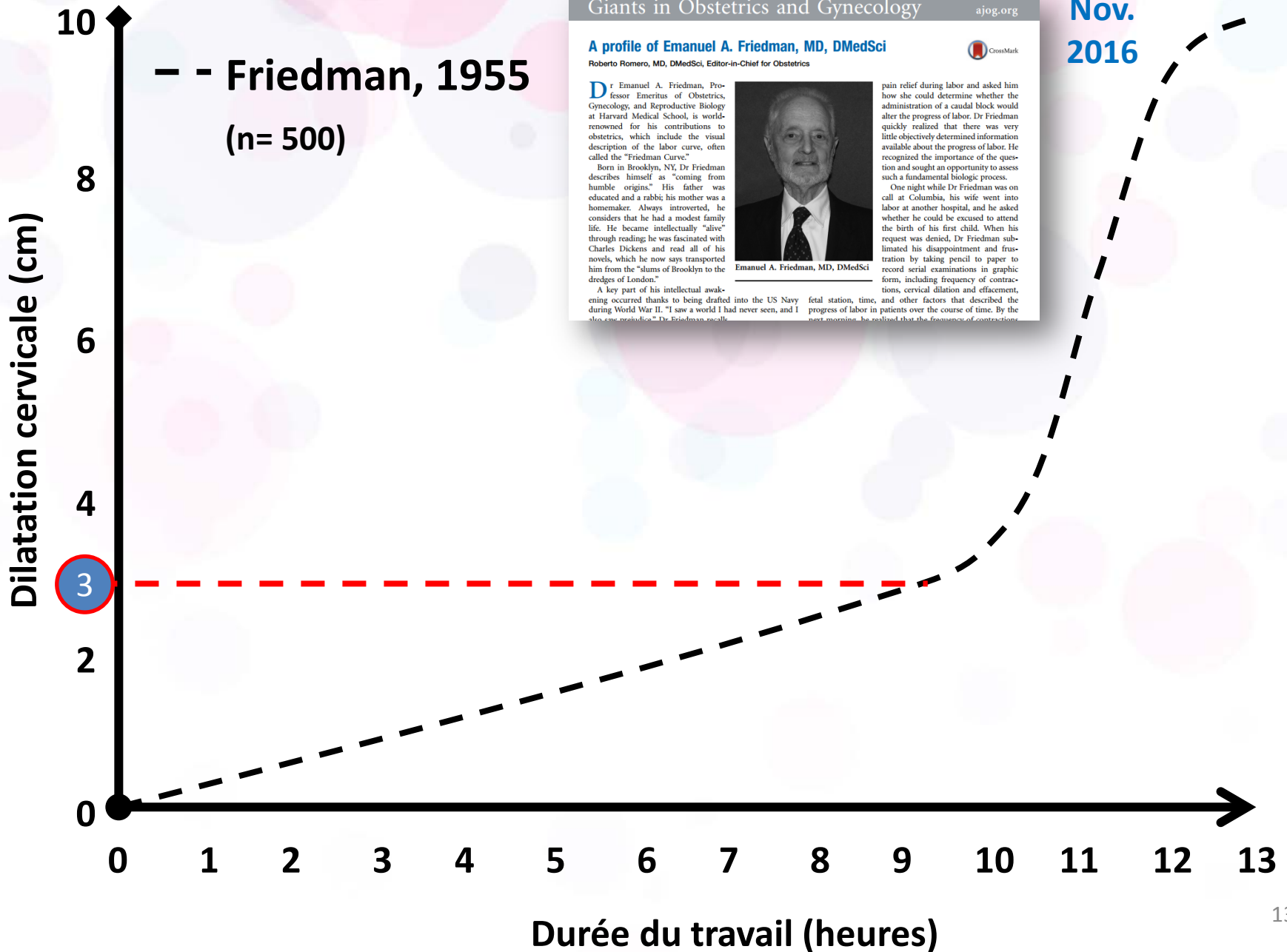
# Définition du travail normal

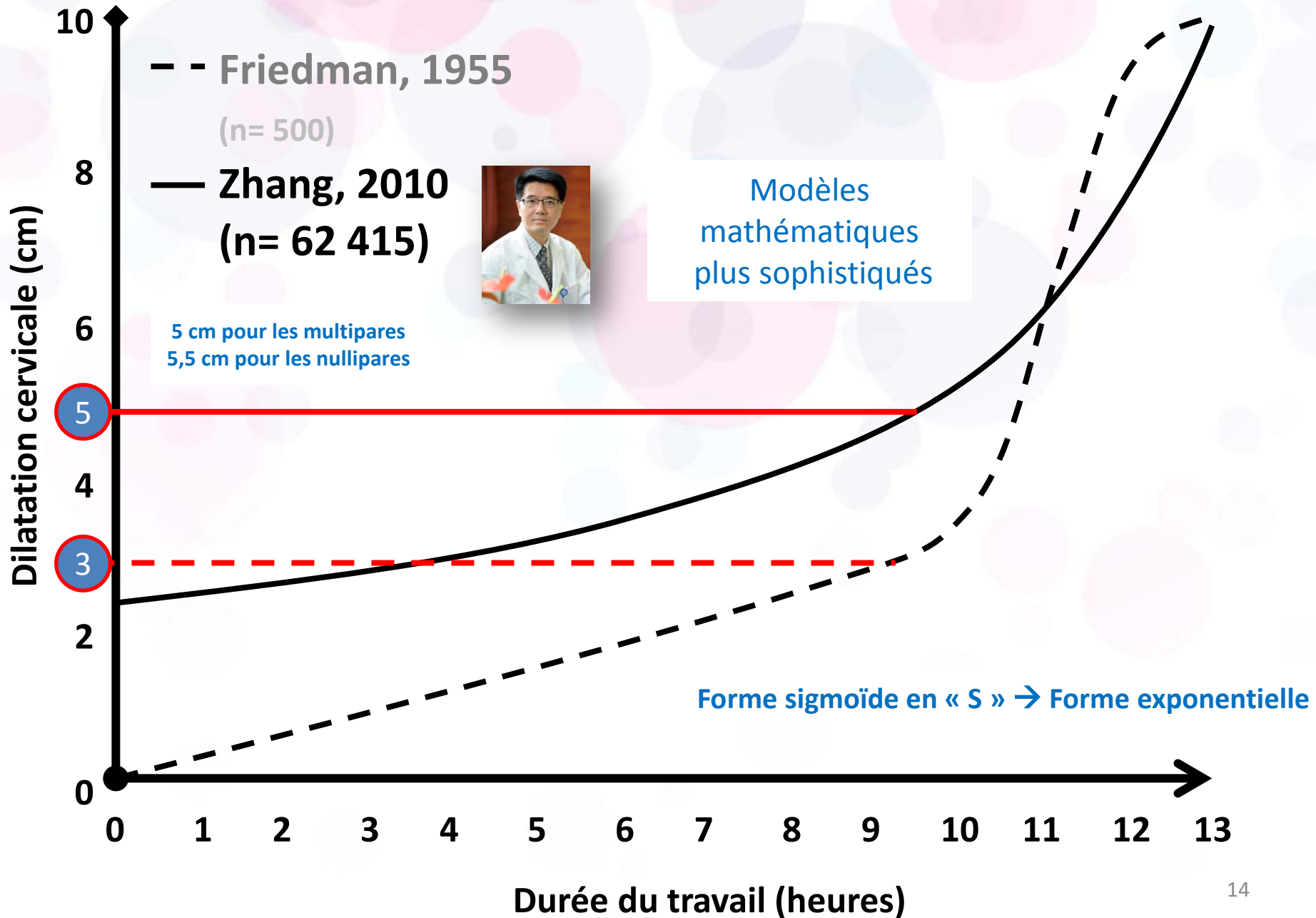
1<sup>er</sup> stade du travail :

Il est recommandé de différencier la phase de latence de la phase active



*Accord professionnel*



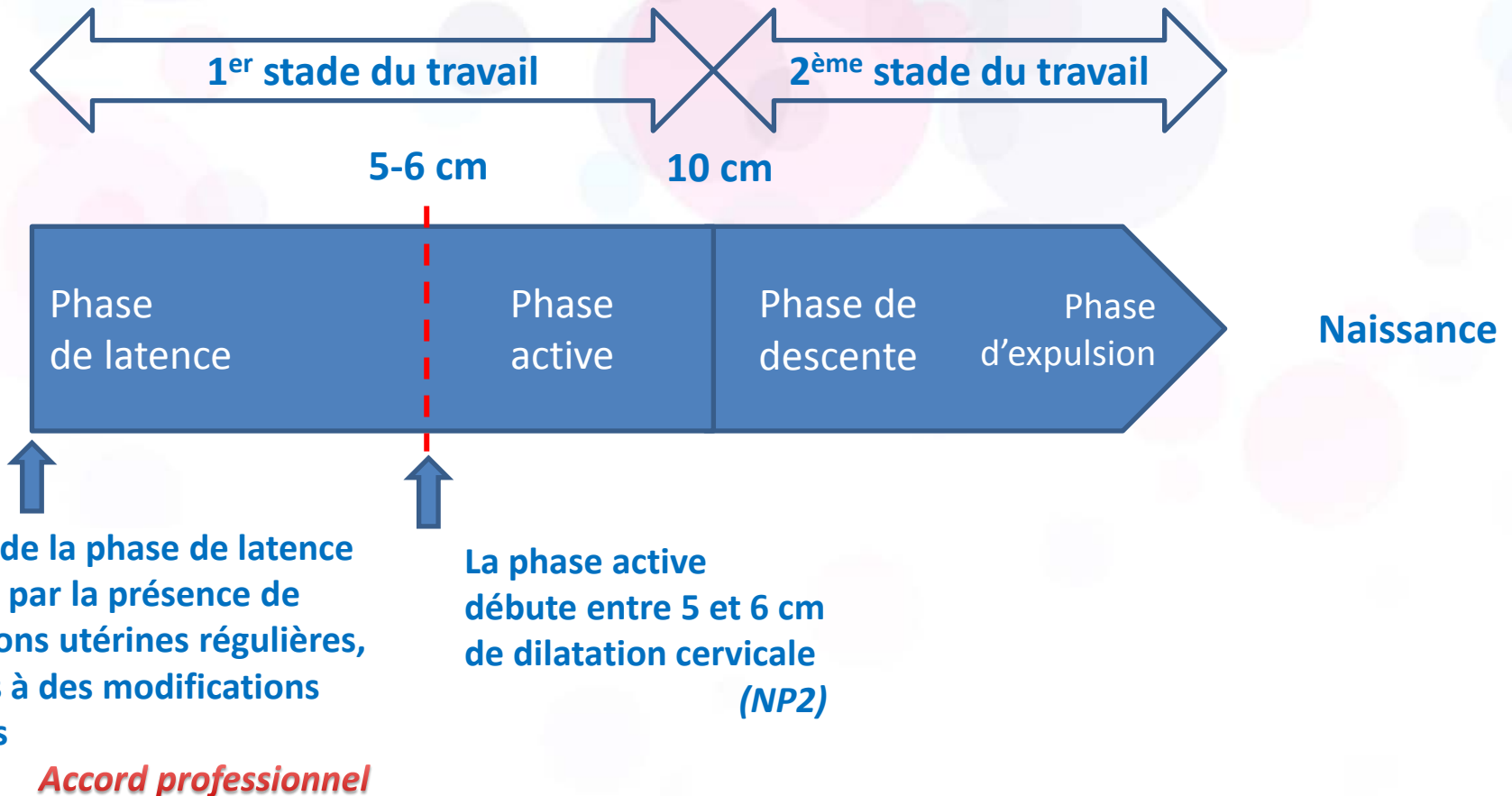


# Définition du travail normal

1<sup>er</sup> stade du travail :

Il est recommandé de différencier la phase de latence de la phase active

*Grade B*



## 1<sup>er</sup> stade : Phase de latence

**Pas de données suffisantes pour déterminer la durée normale**

**Avant 5-6 cm** de dilatation cervicale,

Il est recommandé de ne pas poser de diagnostic de dystocie dynamique

*Accord professionnel*

Il est recommandé :

- de ne **pas** réaliser une **amniotomie**
- de ne **pas** administrer d'**oxytocine**

*de façon systématique*

*Grade B*

La mise en place précoce de l'analgésie péridurale (APD) n'augmente pas la fréquence des indications de l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané (NP2).

En cas de pose précoce de l'**APD**,

l'administration de l'oxytocine ne doit **pas** être **systématique**

*Grade B*



*1<sup>er</sup> stade du travail spontané, à partir de 5 – 6 cm de dilatation*

*Phase active => actions recommandées si dystocie dynamique avérée*

Après 5-6 cm, il est recommandé de considérer qu'une vitesse de dilatation est anormale si

< 1 cm/4 h entre 5 et 7 cm

< 1 cm/2 h au-delà de 7 cm

**GRADE B**

**En cas de dystocie dynamique avérée,**

il est recommandé de pratiquer une amniotomie avant l'administration d'oxytocine

Dès lors que l'amniotomie est réalisée, il est recommandé d'attendre au moins une heure pour évaluer son effet sur la vitesse de dilatation avant d'administrer l'oxytocine

**Accord professionnel**

L'oxytocine peut être ensuite administrée, à membranes rompues, pour augmenter l'activité utérine.

**Grade C**

Cette administration doit être réalisée dès que le diagnostic a été posé.

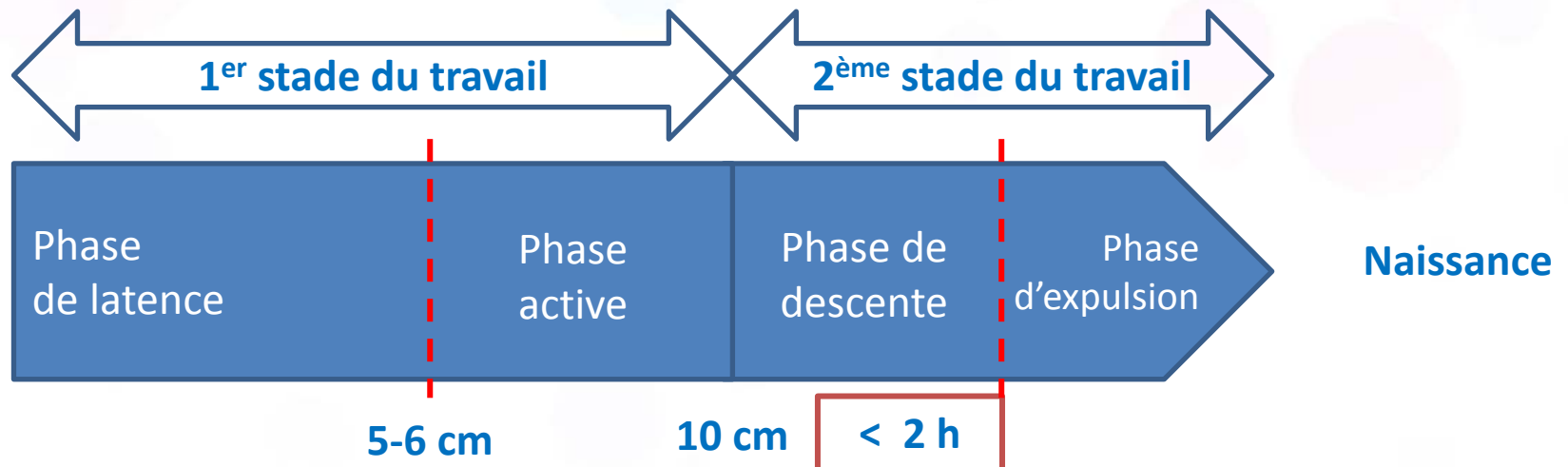
**Grade B**

## 2<sup>nd</sup> stade : Phase de descente et phase d'expulsion

Les données actuelles ne permettent pas de recommander une durée du 2<sup>ème</sup> stade du travail à ne pas dépasser,  
 La prolongation du 2<sup>ème</sup> stade du travail semble associée à **un excès d'HPP (NP2)**.  
 Ces risques maternels augmentent particulièrement **à partir de 3h**.  
 Sous couvert d'une surveillance fœtale adaptée, **le risque néonatal ne semble pas être augmenté (NP2)**.

En cas de prolongation du 2<sup>ème</sup> stade au-delà de 2 h,  
 il est recommandé d'administrer de l'oxytocine pour corriger une absence de progression de la présentation

***Accord professionnel***

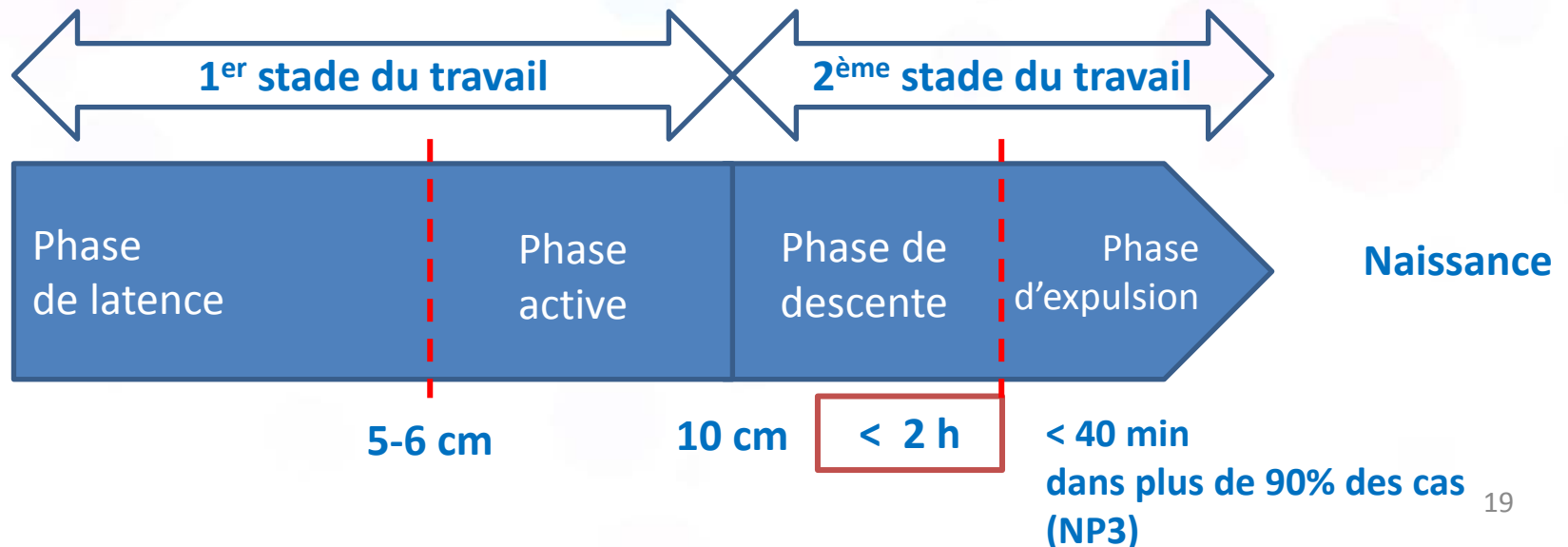


## 2<sup>nd</sup> stade : Phase de descente et phase d'expulsion

Les données actuelles ne permettent pas de recommander une durée maximale de la phase d'expulsion.

En cas de variété occipito-postérieure ou transverse, aucun argument scientifique à ce jour ne permet de recommander l'administration systématique d'oxytocine

*Accord professionnel*



## Risques et effets indésirables maternels, foœtaux et néonataux



Anne Rousseau  
SF PhD  
Enseignante (UVSQ)



Antoine Burguet  
Pédiatre  
Dijon Besançon

# Risques et effets indésirables maternels

Les bénéfices de l'oxytocine sont à mettre en balance avec les risques pour la mère et le fœtus puis le nouveau-né.

Compte tenu de ses effets secondaires,

L'administration **SYSTEMATIQUE** d'oxytocine n'est **pas recommandée**

*Grade B*

RISQUES  
CERTAINS

Niveau de preuve  
PLUS ELEVÉ



BENEFICES  
INCERTAINS

Niveau de preuve  
PLUS FAIBLE

## Facteurs de risque d'HPP sévères

**OR augmente X 5 selon le niveau d'exposition**

*Belghiti J, Kayem G, Dupont C, Rudigoz RC, Bouvier-Colle MH, Deneux-Tharaux C. BMJ open 2011*

### Risque majoré si

- La dose utilisée est élevée pendant le travail,
- Les intervalles d'augmentation sont courts,
- La patiente ne bénéficie pas d'administration prophylactique d'oxytocine (APO/DD) au moment de la naissance

**(NP3)**

## Hyperactivité utérine

L'administration d'oxytocine augmente le risque d'hyperactivité utérine selon un effet dose-dépendant. (NP3)

Il est recommandé d'analyser le tocogramme afin de diagnostiquer une hyperactivité utérine (hypercinésie de fréquence, de durée ou d'intensité)

*Accord professionnel*

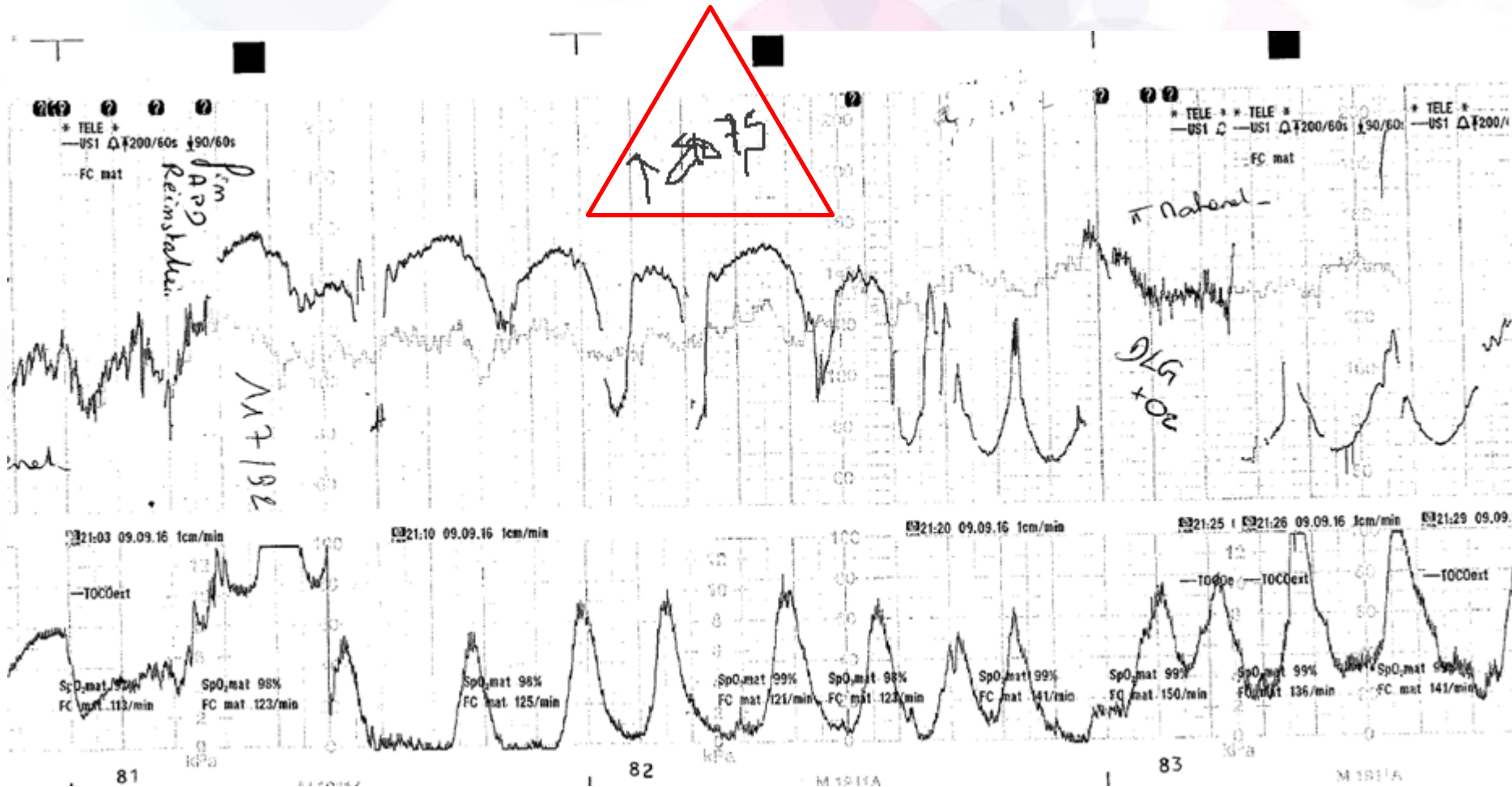
Une hyperactivité utérine en lien avec l'administration d'oxytocine peut être associée à des anomalies du RCF → une acidose néonatale (NP3)



# Risques et effets indésirables foœtaux et néonataux

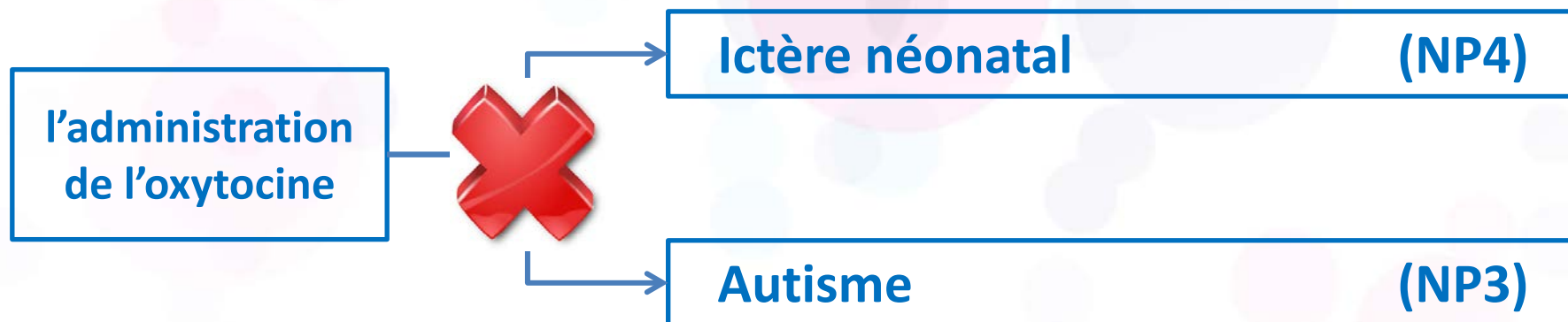
En cas d'anomalies du RCF à risque d'acidose associée à une hyperactivité utérine, il est recommandé d'arrêter la perfusion d'oxytocine.

*Accord professionnel*





**Aucun argument scientifique ne permet d'établir de lien**



## Modalités d'administration



Veronique Tessier  
SF APHP



Benedicte Coulm  
SF PhD Inserm Paris

## Objectifs => Augmenter la sécurité des soins

Au sein de chaque service d'obstétrique, il est recommandé d'établir un **PROCOLE DE SERVICE** formalisant les principes suivant :

- 1) l'administration par voie IV à l'aide d'un dispositif médical permettant le contrôle de la dose administrée et équipé d'une valve anti-reflux,
- 2) la dilution utilisée et standardisée par service



L'indication, l'information et le consentement de la patiente ainsi que les modalités d'administration doivent être mentionnés dans le dossier médical



**Paliers des débits d'administration** d'oxytocine  
doivent être exprimés **en mUI/min**  
et la **Dose Totale** d'oxytocine durant le travail également **en mUI**

*Accord professionnel*

# Modalités d'administration

En termes d'efficacité de l'oxytocine, aucun argument scientifique ne permet de conclure précisément sur :

- la dose initiale optimale ?
- la dose de palier optimale ?

Il est recommandé d'administrer l'oxytocine selon :

- des indications strictes,
- à **dose minimale efficace**,
- en tenant compte de la réponse utérine et du rythme cardiaque fœtal

**Grade C**

# Modalités d'administration

Il est recommandé

- de **débuter** à une dose initiale de **2 mUI/min** (12ml/h si 5UI/500mL)
- **d'augmenter** par dose de palier de **2 mUI/min**
- sans dépasser un débit absolu de **20 mUI/min** (120ml/h si 5UI/500mL)

et d'arrêter l'augmentation des doses dès l'obtention d'une modification cervicale

***Accord professionnel***

Il est recommandé de ne pas administrer l'oxytocine  
à une dose initiale  $\geq$  à 4 mUI/min  
ni de l'augmenter par palier  $\geq$  à 4 mUI/min



***Grade B***

RISQUES  
CERTAINS

Niveau de preuve  
PLUS ELEVÉ



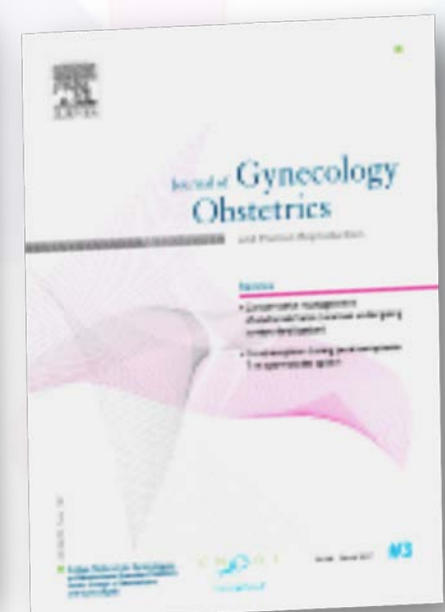
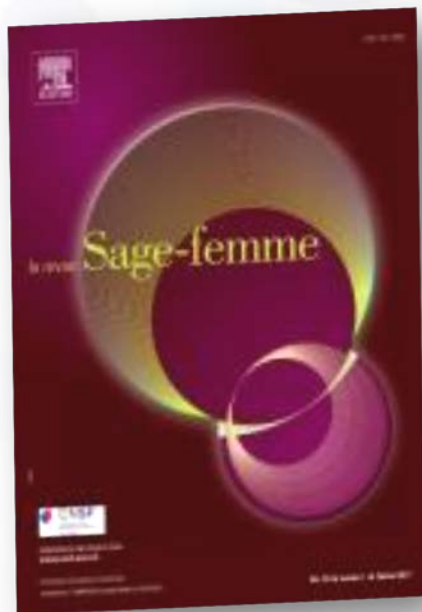
BENEFICES  
INCERTAINS

Niveau de preuve  
PLUS FAIBLE

Il est recommandé de respecter des intervalles d'au moins **30 min** avant chaque augmentation de dose de l'oxytocine

***Grade B***

# SYNTHESE MISE à DISPOSITION



# Logo du diffuseur

Débit (mUI/min)	Vitesse (mL/h)
2	12
4	24
6	36
8	48
10	60
12	72
14	84
16	96
18	108
20	120

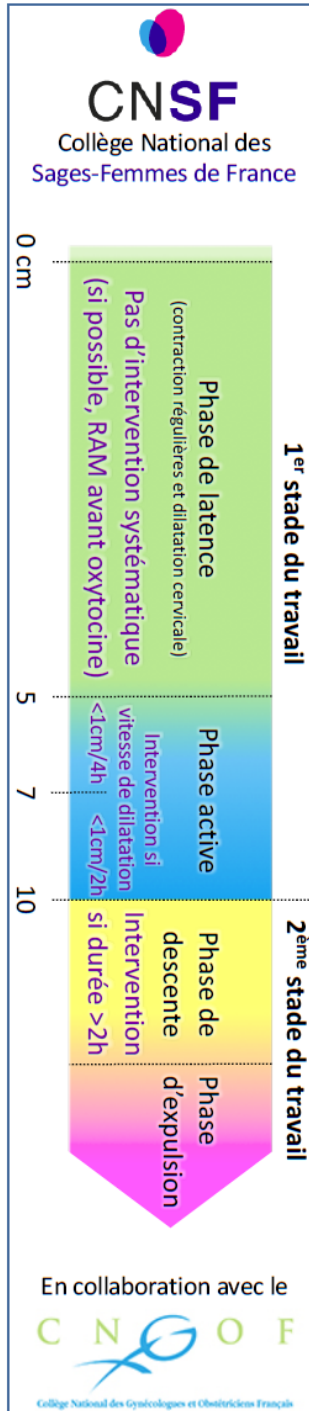
Dupont C, Carayol M, Le Ray C, Deneux-Tharaux C, Rethmüller D et le groupe RPC.

Administration de l'oxycocine au cours du travail spontané. Gynecol Obstet Fert. 2016. In press.

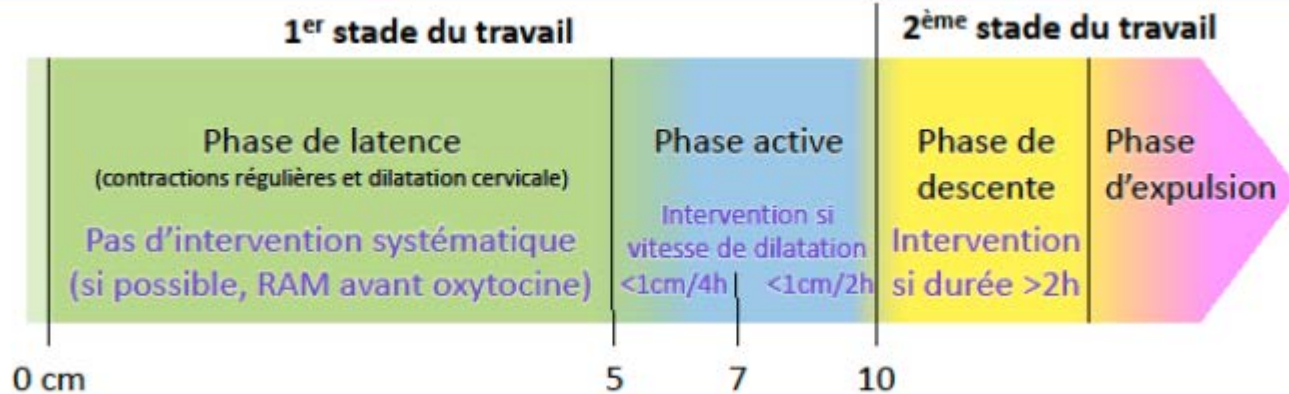
5 UI d'oxycocine dans  
500 ml de glucosé 5 %

## Recommandation pour la pratique clinique 2016

- Minimum 30min entre chaque palier
- Ne pas dépasser 20mUI/min







**APO**

**OXYTOCINE 5UI/10cc**  
**injecter en 1 à 5min**



# CONCLUSION (1)

**Pas de prescription systématique**

**→ Adoptons les bons reflexes**

**RAM – OXYTOCINE  
APD**

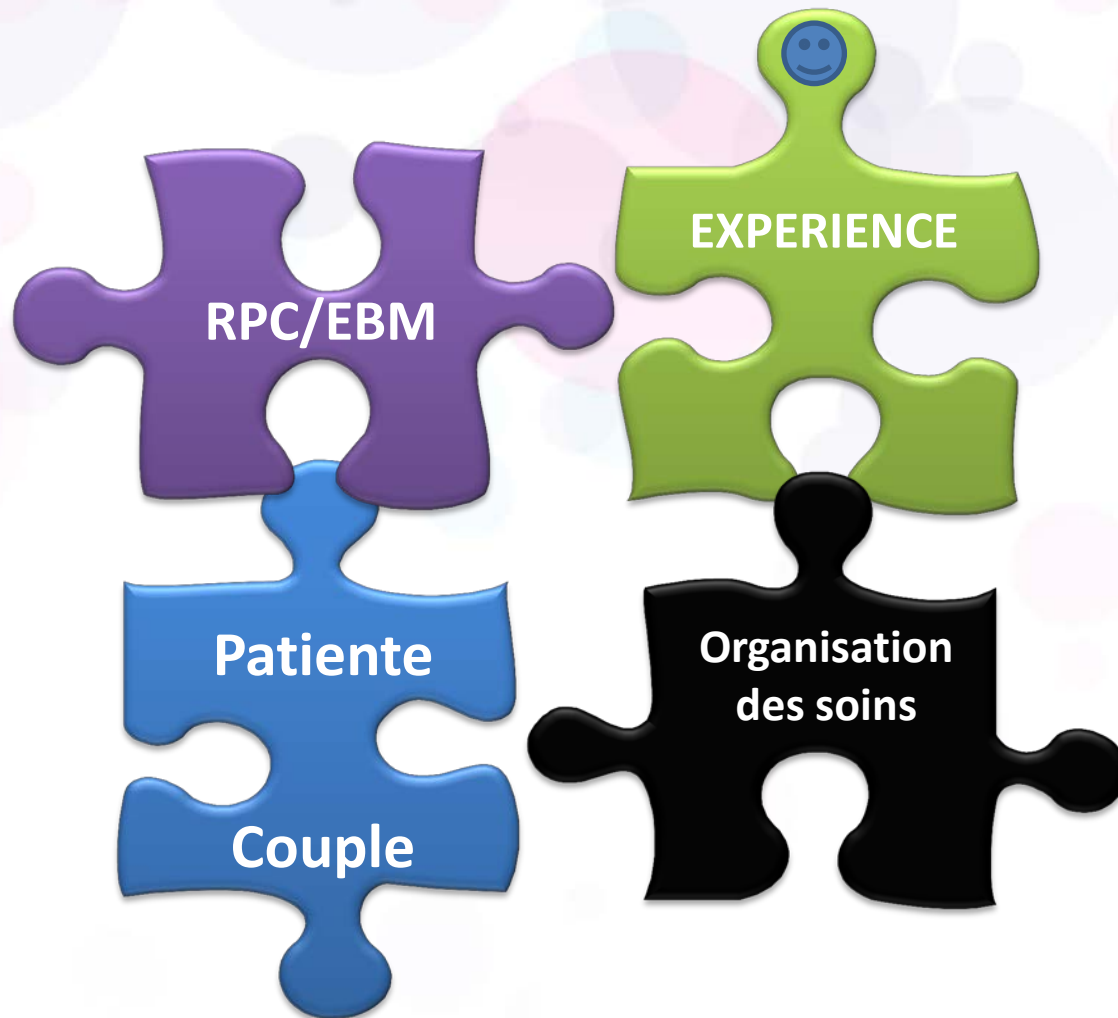


**Mais selon un protocole  
et des indications  
clairement définies**

**EVALUATION REGULIERE  
DU RISQUE**

# CONCLUSION (2)

RPC: Aide à la décision médicale  
à adapter au cas par cas



# CONCLUSION (3)

**Pour chaque maternité, il est recommandé :**

- **Lors des Revues de Morbi-Mortalité,  
D'analyser les modalités d'administration de l'oxytocine,**

**Si HPP sévère ou rupture utérine**

**Si anoxo-ischémie néonatale**

- **De suivre son taux d'administration d'oxytocine durant le travail spontané**

**=> indicateur reflète la qualité des soins en salle de naissances**

***Accord professionnel***

# Impacts sur les organisations

## **Modifier les séances de PNP:**

- **information patiente de la durée « normale du travail »**
- **Renforcer l'autonomie des patientes pour la phase de latence**

## **Augmentation de la durée du travail**

- **Développer les espaces de pré-travail**

**Etablir des protocoles d'administration de ocytocine lors du travail spontané**

# EVALUATION

Evaluation de l'application de cette RPC et de l'impact sur les pratiques prévue 1 an après sa diffusion

**ETUDE SAFETY**

Sécurité de l'Admistration chez la Femme pendant le Travail spontané de l'oxYtocine

8 réseaux, 128 maternités ; 200 000 accouchements  
Étude transversale, 21 jours, ~ 5 500 cas étudiés



**Groupe de travail**

**63 Relecteurs dont 33 GO,  
27 SF, Anesthésistes et Pédiatres,  
Pharmacologue**



**CNSF**

Collège National  
des Sages-Femmes  
de France

*« Le savoir  
est la seule matière  
qui s'accroît quand  
on la partage »*

*Socrate*