



Bimestriel #

183

• Septembre 2016

réalités

en GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE



Les contraceptions sans règles

Acupuncture et grossesse : les grandes indications

Rétention urinaire du post-partum : comment la diagnostiquer et la prendre en charge ?

Conduite à tenir devant une anomalie du liquide amniotique

La réhabilitation postopératoire des césariennes : un défi organisationnel au service des femmes

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr J. Belaisch-Allart, Pr P. Bernard,
Pr Y. Dumez, Pr R. Frydman,
Pr B. Hedon, Pr J.-N. Hugues,
Pr B. Jacquetin, Pr P. Madelenat,
Pr L. Mandelbrot, Pr G. Mellier,
Pr J. Milliez, Pr X. Monrozies,
Pr J.-F. Oury, Pr I. Nisand,
Pr L. Piana, Pr D. Querleu,
Dr P. Von Théobald

COMITÉ DE LECTURE

Dr N. Bricout, Dr Ph. Descamps,
Pr B. Deval, Dr O. Feraud,
Dr J.-N. Guglielmina, Dr J. Jacob,
Dr D. Luton, Dr O. Jourdain,
Dr O. Multon, Dr M.H. Poissonnier,
Pr C. Quereux, Dr F. Reyal, Dr J. Salvat

RÉDACTEUR EN CHEF

Pr O. Sibony

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

M. Meissel, A. Le Fur

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTE, PAO

J. Delorme

PUBLICITÉ

D. Chargy

RÉALITÉS EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

est édité par Performances Médicales
91, avenue de la République
75540 Paris Cedex 11
Tél. 01 47 00 67 14, Fax : 01 47 00 69 99
E-mail : info@performances-medicales.com

IMPRIMERIE

Imprimerie Trulli – Vence
Commission Paritaire : 0317 T 81367
ISSN : 1264-8809
Dépôt légal : 3^e trimestre 2016



Septembre 2016 #183

➔ REVUES GÉNÉRALES

- 3** Les contraceptions sans règles
N. Castaing
- 8** Acupuncture et grossesse :
les grandes indications
S. Baron
- 14** Rétention urinaire du post-partum :
comment la diagnostiquer
et la prendre en charge ?
F. Lanfumey
- 22** Conduite à tenir devant une anomalie
du liquide amniotique
A. Sartor
- 28** La réhabilitation postopératoire des
césariennes : un défi organisationnel
au service des femmes
F. Bayoumeu

➔ ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

- 33** L'utilisation de 17 alpha-
hydroxyprogestérone caproate
chez les patientes à haut risque
d'accouchement prématuré avec
un col court ne prolonge pas la
grossesse et ne réduit pas les taux
d'accouchements prématurés :
un essai randomisé et contrôlé.
T. Arias

Un bulletin d'abonnement est en page 35.

Image de couverture :
© Grachikova Larisa/shutterstock.com.

Les contraceptions sans règles

RÉSUMÉ : De nombreuses contraceptions hormonales permettent d'obtenir une réduction de la fréquence des règles et parfois même une aménorrhée en cas d'utilisation continue au long cours.

La contraception estroprogestative combinée, utilisée en continu par voie orale ou vaginale, est la plus couramment employée. La contraception progestative pure par voie orale, sous-cutanée ou intra-utérine est également très utilisée, en particulier si l'on recherche une contraception réversible de longue durée d'action. Ces méthodes sont particulièrement intéressantes pour les femmes qui éprouvent des symptômes gênants pendant leurs règles (céphalées, troubles de l'humeur, douleurs pelviennes, saignements excessifs) mais aussi en cas de souhait personnel.

Les patientes doivent être informées de la survenue éventuelle de saignements irréguliers, qui peut limiter la tolérance de ces méthodes même si celles-ci s'accompagnent généralement d'un taux de satisfaction élevé.



→ N. CASTAING
Gynécologue-Obstétricien,
CH4V, SAINT-CLOUD.

Dans les années 50, lors de la mise au point des contraceptifs hormonaux, le regard de la société sur d'éventuelles manipulations du cycle menstruel a abouti au développement d'un schéma avec saignements mensuels artificiels qui mimait le cycle naturel (21/7). À la différence des menstruations physiologiques, ces hémorragies de privation sont le résultat d'une chute artificielle des taux d'hormones pendant l'intervalle libre sans traitement [1, 2].

L'évolution des idées en matière de contraception se traduit aujourd'hui en pratique par des prescriptions plus adaptées aux souhaits de chaque patiente : "la bonne contraception, c'est celle que l'on choisit !" Et depuis les années 70, la perception par les femmes des bénéfices non contraceptifs qui accompagnent l'utilisation des méthodes hormonales est de moins en moins tabou : il est admis que la survenue de saignements périodiques programmés chaque mois n'est pas nécessaire sous contraceptif et les patientes affirment régulièrement

manipuler elles-mêmes leur contraception pour éviter les règles (17 à 60 % des utilisatrices de pilules combinées) quand elles n'ont pas opté pour une contraception progestative continue [3-5].

Même si de nombreux freins doivent encore être levés, les patientes informées sont de plus en plus nombreuses à rechercher un "schéma sans règles" dans la mesure où l'efficacité et l'innocuité sont comparables aux schémas traditionnels 21/7 de la contraception orale combinée estroprogestative [6, 7]. Pouvoir choisir quand et comment avoir des règles va-t-il devenir... la règle ? 50 à 70 % des femmes souhaiteraient pouvoir espacer leurs règles et 10 à 40 % opteraient même pour un schéma avec aménorrhée (dans la mesure où celle-ci serait réversible). Ces préférences sont également exprimées par les femmes qui ne souffrent pas de symptômes particuliers pendant leurs règles... si on leur propose ce choix !

Diminuer la fréquence des saignements programmés s'accompagne de

REVUES GÉNÉRALES

Gynécologie

bénéfices évidents pour la patiente (**tableau I**) : ménorragies, dysménorrhées et syndrome prémenstruel, céphalées cataméniales, inconfort abdominal, limitation des activités physiques et professionnelles, coût des produits d'hygiène sont améliorés en l'absence de saignement mensuel [8]. Cette stratégie a également montré son intérêt pour la prise en charge des patientes souffrant d'endométriose ou de troubles du cycle à l'adolescence. Suivant la méthode utilisée, l'absence de règles sera soit le résultat d'une action locale (endomètre), soit due à l'absence de fluctuation hormonale (action antigonadotrope) [9].

Dans le premier cas, l'effet recherché sera la limitation du flux menstruel (système intra-utérin au lévonorgestrel [SIU-LNG]) pour traiter les ménorragies et les dysménorrhées. Avec les contraceptifs oraux, le patch ou l'anneau vaginal en continu et l'implant sous-cutané à l'étonogestrel, on observe à la fois une réduction de la fréquence et de la quantité des règles, mais aussi une amélioration des symptômes liés aux modifications hormonales cycliques (céphalées cataméniales, syndrome prémenstruel, endométriose).

En termes d'efficacité contraceptive, la réduction du nombre de jours d'intervalle libre donne des résultats comparables ou supérieurs à ceux des schémas classiques (21/7) pour les pilules combinées. La réduction des intervalles

libres (sans pilule) renforce le contrôle de l'ovulation. En outre, le risque de grossesse est d'autant plus important que les oublis de pilule sont fréquents. Avec les schémas étendus ou continus, le risque d'oubli de reprise des comprimés est d'autant plus faible que le nombre d'intervalles libres est limité. En cas d'utilisation d'une méthode réversible de longue durée d'action (implant sous-cutané ou système intra-utérin), le taux d'échec dans la vraie vie est encore plus faible puisque l'efficacité de la méthode est indépendante de son utilisation pratique.

Compliance et persistance sont aussi plus élevées, notamment dans les groupes les plus à risque (adolescentes, faible niveau socio-économique). Le risque très faible d'échec de la méthode, notamment avec les LARC (*Long-acting reversible contraception*), est un argument permettant également de rassurer les patientes qui auraient peur d'être enceintes sans le savoir en l'absence d'hémorragies de privation régulières. À noter que les résultats en termes d'efficacité contraceptive sont identiques pour les patientes dont l'IMC est > 30.

En termes de risques liés à l'augmentation de la dose cumulée d'hormones en raison de la diminution des intervalles libres, les données des revues bibliographiques et méta-analyses récentes sont rassurantes : aucune différence n'a été observée entre les groupes avec régime

étendu et ceux avec schéma classique en termes de risque thromboembolique, de prise de poids ou de modifications des paramètres biologiques au bout d'un an de traitement. Des résultats comparables ont été observés lors d'études portant sur 4 ans de traitement [4, 10].

Les études qui ont analysé les effets sur l'endomètre au cours des traitements continus ou étendus n'ont pas mis en évidence d'hyperplasie ni de modifications histologiques suspectes sous traitement. L'endomètre était le plus souvent atrophique ou inactif, et l'épaisseur moyenne évaluée par échographie était de 3,6 mm après 1 an de traitement. Aucun autre effet indésirable sérieux en rapport avec l'utilisation continue n'a été rapporté dans les études. Depuis 2006, aux États-Unis, la *Food and Drug Administration* (FDA) a autorisé les schémas étendus ou continus.

Actuellement, le principal frein à l'utilisation de ces méthodes est la survenue de saignements irréguliers et imprévisibles (jusqu'à 10-15 % des cas) [3, 6]. Les études comparatives disponibles ne retrouvent finalement que peu de différences dans le nombre total de jours de saignements (contraception combinée 21/7 vs schéma étendu). Cependant, la plupart d'entre elles rapportent une amélioration du profil des saignements au cours du temps (> 6 mois d'utilisation) en cas d'administration continue ou de régime étendu. Pour la voie orale, le profil des saignements pourrait encore être amélioré par l'adoption d'un régime étendu "flexible" [11].

Par ailleurs, la satisfaction des patientes et le taux de continuation de la méthode sont d'autant plus importants qu'elles ont reçu une information préalable sur la modification possible du profil des saignements, en particulier en début de traitement [12]. Le taux de non-continuation à 1 an reste tout de même plus élevé en cas de régime étendu comparativement au schéma classique 21/7,

Situations liées aux règles	<ul style="list-style-type: none"> ● Dysménorrhée primaire ● Dysménorrhée secondaire (endométriose, par exemple) ● Ménorragies fonctionnelles (troubles de la coagulation, par exemple)
Situations liées aux fluctuations ● hormonales précédant les règles ou les accompagnant	<ul style="list-style-type: none"> ● Syndrome prémenstruel gênant ● Migraines cataméniales ● Épilepsie cataméniale
Choix de la patiente	<ul style="list-style-type: none"> ● Confort ● Contraintes professionnelles/sportives

TABLEAU I : Situations pouvant faire discuter le choix d'une contraception étendue.

notamment en raison de la mauvaise tolérance des épisodes de saignements imprévus ou prolongés.

Plusieurs méthodes peuvent être proposées pour espacer la survenue des règles :

>>> Par voie orale, les contraceptifs estroprogestatifs combinés peuvent être prescrits en régime étendu (> 28 jours sans arrêt, par exemple 1 semaine d'arrêt/13 semaines, soit 84/7), en régime étendu "flexible" (arrêt de 4 jours en cas de saignements > 3 jours) ou en régime continu (sans arrêt). Les produits utilisés doivent être monophasiques et minidosés – 20 ou 30 γ EE (éthinyles-tradiol) – et combinés au lévonorgestrel en première intention pour limiter le risque vasculaire artériel et veineux.

Depuis novembre 2015, une spécialité contenant 91 comprimés (cp) – dont 7 cp avec seulement 10 γ EE – est commercialisée en France (mais utilisée aux États-Unis depuis 2006). Le nombre de saignements planifiés est donc limité à 4 épisodes par an ; ils sont de courte durée et d'intensité légère. Le nombre médian de jours de saignements (prévus et non prévus) diminue avec le temps (3 jours/mois au cours du 1^{er} cycle de 91 jours, puis 1 jour/mois à partir du 2^e cycle). Après 1 an de traitement, 58 % des patientes sont en aménorrhée [10]. En cas de contre-indication métabolique ou vasculaire, ou de mauvaise tolérance des estrogènes, une pilule microprogestative (désogestrel 75 γ /j) en continu peut également être utilisée dans cette indication. Là aussi, les saignements observés sont rares, peu abondants ou absents (50 % d'aménorrhée ou de saignements < 1-2 j).

>>> Par voie vaginale, l'anneau contraceptif estroprogestatif offre la possibilité de supprimer l'intervalle libre entre chaque anneau mensuel. Le taux d'hormones délivrées est particulièrement stable et permet un très bon contrôle du

POINTS FORTS

- ➔ La contraception hormonale continue permet d'espacer ou de supprimer les règles sans risque supplémentaire par rapport aux schémas classiques.
- ➔ Par voie orale, on peut utiliser les pilules combinées ou les progestatives microdosées en continu. L'anneau vaginal est également bien adapté.
- ➔ L'implant sous-cutané et le système intra-utérin au lévonorgestrel sont des contraceptifs progestatifs de longue durée d'action qui évitent la prise orale quotidienne et entraînent souvent une oligo-aménorrhée réversible.

cycle. Les résultats des études publiées confirment un taux de satisfaction et de compliance élevé, notamment en cas d'insertion successive de 2 ou 3 anneaux suivie d'un intervalle libre de 7 jours. Le nombre de jours de saignements avec ce schéma est alors équivalent à celui du cycle traditionnel 21/7. La voie vaginale constitue une très bonne alternative à la voie orale dans cette indication et évite la contrainte d'une prise quotidienne [13].

>>> Le SIU-LNG délivre au niveau de la cavité utérine une quantité d'hormone stable pour une période de 3 ou 5 ans suivant le modèle. L'action atrophiante de la progestérone sur l'endomètre s'accompagne d'une modification du profil des saignements (85 % d'oligo-aménorrhée au bout de 5 ans avec le modèle classique à 52 mg) [14]. Durée et volume des saignements diminuent avec le temps et cet effet persiste en cas de renouvellement durant 5 années supplémentaires. Un modèle plus récent est également disponible ; il ne contient que 13,5 mg de lévonorgestrel (action de 3 ans), mais sa taille et le diamètre du tube d'insertion sont plus petits (3,8 vs 4,8 mm), ce qui paraît mieux adapté aux cavités de petite taille (nulligestes) [15].

>>> L'implant contraceptif sous-cutané progestatif (étonogestrel) délivre une quantité stable d'hormone pendant 3 ans. Comme le SIU-LNG, il appar-

tient à la famille des contraceptifs réversibles de longue durée d'action et assure l'efficacité contraceptive la plus importante parmi toutes les méthodes contraceptives actuellement disponibles en raison de son activité antigonadotrope continue. La modification du profil des saignements observés est en rapport avec la méthode progestative pure : 55 % d'oligo-aménorrhée à 2 ans. La répétition des saignements fréquents (6 %) ou prolongés (17 %) diminue avec le temps et constitue la principale raison d'interruption de la méthode [16].

Et chez l'adolescente ? Peu d'études spécifiques ont étudié ce sujet [3, 12]. En termes de succès contraceptifs, toutes les données indiquent que les contraceptifs réversibles de longue durée d'action ont une efficacité supérieure à la voie orale, notamment dans le groupe à risque d'oubli qui constituent les adolescentes [17]. Ils sont d'autant mieux acceptés dans ce groupe d'âge que les jeunes patientes sont particulièrement enclines à espacer ou supprimer les règles, soit pour traiter un trouble du cycle, soit pour des raisons pratiques de confort personnel.

Parmi les adolescentes ayant choisi un traitement continu, les dysménorrhées diminuent de 56 %, la consommation d'antalgiques de 75 % et l'absentéisme scolaire de 92 %. En pratique, les ado-

REVUES GÉNÉRALES

Gynécologie

lescentes ont également davantage besoin d'être rassurées sur l'innocuité de la méthode en cas d'aménorrhée, en particulier sur sa réversibilité avec un retour possible de la fertilité. Pour la voie orale, la réduction des intervalles libres sans pilule a montré un gain d'efficacité contraceptive lié à un meilleur contrôle de l'ovulation, mais aussi à la diminution du risque d'oubli de reprise. En 2007, 33 % des gynécologues nord-américains prescrivaient déjà un régime combiné étendu à plus de 10 % de leurs patientes adolescentes [18].

Finalement, la contraception hormonale utilisée en continu ou en régime étendu apparaît, dans les études publiées, sûre et efficace. Chaque méthode proposée doit, bien entendu, respecter ses contre-indications habituelles, en particulier les contraceptifs combinés estroprogestatifs. En cas de contre-indication ou de mauvaise tolérance aux estrogènes, les méthodes progestatives continues sont disponibles par voie orale, sous-cutanée ou intra-utérine. Les schémas d'administration continue ou étendue pour voie orale ou vaginale (sous forme de contraception réversible de longue durée d'action pour la voie sous-cutanée ou intra-utérine) permettent aujourd'hui aux patientes qui le souhaitent d'espacer ou de supprimer leurs règles de façon réversible. Le régime étendu par voie orale estroprogestatif le plus prescrit aux États-Unis actuellement est basé sur le schéma suivant : 84 comprimés actifs suivis d'un intervalle libre de 7 jours.

Aujourd'hui, plus de 50 % des femmes utilisant une contraception souhaitent ne plus saigner chaque mois. Malgré

cela, l'information sur les possibilités d'espacer les règles est encore restreinte et le choix rarement proposé aux patientes. Au final, l'ensemble de ces méthodes est encore largement sous-utilisé. Restent des progrès à effectuer concernant l'amélioration de la satisfaction et de la continuation des femmes utilisatrices de la "contraception sans règles" en leur permettant de réduire les symptômes liés au cycle mais aussi la fréquence des saignements imprévus.

Bibliographie

1. GRAZIOTTIN A. The shorter, the better: a review of the evidence for a shorter contraceptive hormone-free interval. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2016;21:93-105.
2. JACOBSON JC, LIKIS FE, MURPHY PA. Extended and continuous combined contraceptive regimens for menstrual suppression. *J Midwifery Womens Health*, 2012;57:585-592.
3. QUEREUX C, ROCHE C, DEFERT S *et al*. Nouveautés en contraception orale : contraceptifs saisonniers, pilules au 17 β -oestradiol. CNGOF ; Mises à jour en Gynécologie Médicale ; 2009 (vol. 2009).
4. NAPPI RE, KAUNITZ AM, BITZER J. Extended regimen combined oral contraception : a review of evolving concepts and acceptance by women and clinicians. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2016;21:106-115.
5. SULAK PJ, KUEHL TJ, ORTIZ M *et al*. Acceptance of altering the standard 21-day/7-day oral contraceptive regimen to delay menses and reduce hormone withdrawal symptoms. *Am J Obstet Gynecol*, 2002;186:1142-1149.
6. EDELMAN A, MICKS E, GALLO MF *et al*. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014;7:CD004695.
7. THIS P. Diminuer la fréquence des règles : le point sur la contraception étendue. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2013; 41:381-387.
8. MERKI-FELD GS, IMTHURN B, LANGNER R *et al*. Positive effects of the progestin desogestrel 75 μ g on migraine frequency and use of acute medication are sustained over a treatment period of 180 days. *J Headache Pain*, 2015;16:522.
9. JAMIN C. Contraception sans règles : est-ce souhaité, est-ce souhaitable ? *JTA*, 2011. http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=1443
10. BURNES CB. Extended-cycle levonorgestrel/ethinylestradiol and low-dose ethinylestradiol (Seasonique[®]): a review of its use as an oral contraceptive. *Drugs*, 2015;75:1019-1026.
11. STEPHENSON J, SHAW J, PANICKER S *et al*. Randomized trial of the effect of tailored versus standard use of the combined oral contraceptive pill on continuation rates at 1 year. *Contraception*, 2013;88:523-531.
12. DIEDRICH JT, ZHAO Q, MADDEN T *et al*. Three-year continuation of reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol*, 2015;213:662.e1-8.
13. GUAZZELLI CA, BARREIROS FA, BARBOSA R *et al*. Extended regimens of the vaginal contraceptive ring : cycle control. *Contraception*, 2009;80:430-435.
14. HEIKINHEIMO O, INKI P, SCHMELTER T *et al*. Bleeding pattern and user satisfaction in second consecutive levonorgestrel-releasing intrauterine system users: results of a prospective 5-year study. *Hum Reprod*, 2014;29:1182-1188.
15. CRISTOBAL I, NEYRO JL, LETE I. The new LNG-releasing IUS : a new opportunity to reduce the burden of unintended pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2015;190:58-64.
16. PALOMBA S, FALBO A, DI CELLO A *et al*. Nexplanon: the new implant for long-term contraception. A comprehensive descriptive review. *Gynecological Endocrinology*, 2012;28:710-721.
17. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*, 2012;120:983-988.
18. GERSCHULTZ KL, SUCATO GS, HENNON TR *et al*. Extended cycling of combined hormonal contraceptives in adolescents: physician views and prescribing practices. *J Adolesc Health*, 2007;40:151-157.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.



**Avec Jaydess[®],
nous comptons désormais les années,
pas les jours.**



Une alternative contraceptive sans risque d'oubli :

- Efficace jusqu'à 3 ans¹
- Petit SIU de 28 x 30 mm avec un inserteur de 3,8 mm de diamètre¹
- Action progestative intra-utérine avec fonction ovarienne normale^{1*}

jaydess[®]
SYSTÈME INTRA-UTÉRIN AU LEVONORGESTREL 13,5 MG

Contraception intra-utérine pour une durée maximale de 3 ans

Jaydess[®] n'est pas une méthode de 1^{ère} intention chez les nullipares car l'expérience clinique est limitée. La Commission de la Transparence a placé Jaydess[®] en 2^{ème} intention après les DIU au cuivre (06/11/13).

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de santé doivent déclarer tout effet indésirable suspecté.

Pour une information complète, consulter les Résumés des Caractéristiques des Produits disponibles sur la base publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>) ou sur notre site internet www.bayer.fr

¹ RCP

* Dans les essais cliniques, l'ovulation a été mise en évidence chez 34 femmes sur 35 la 1^{ère} année, 26 femmes sur 27 la 2^{ème} année et chez la totalité des 27 femmes la 3^{ème} année.

Acupuncture et grossesse : les grandes indications

RÉSUMÉ : La description des grands principes de médecine traditionnelle chinoise permet de comprendre la physiologie de la femme et celle de la grossesse. De cette connaissance découlent les nombreuses indications de traitement par acupuncture en cours de grossesse.

La femme enceinte, au cours de sa grossesse, peut être confrontée à différents maux pour lesquels les traitements médicamenteux sont soit contre-indiqués, soit peu efficaces. Avoir recours à l'acupuncture permet, dans de très nombreux cas, de diminuer la prise médicamenteuse en réduisant les symptômes.

L'acupuncture bénéficie ainsi d'une recommandation de grade A selon la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le traitement des nausées et vomissements du premier trimestre. Elle fait état de résultats prometteurs dans la prise en charge des troubles du sommeil et des douleurs lombo-pelviennes. De nombreuses études ont également été publiées concernant la version des sièges, ainsi que la préparation et le déclenchement du travail à terme.

Grâce à son raisonnement diagnostique élaboré et à sa vision holistique du patient, l'acupuncture permet de proposer un traitement personnalisé afin d'en améliorer la prise en charge.



→ S. BARON
Sage-femme acupuncteur,
Hôpital Robert-Debré, PARIS.

L'acupuncture est une des branches de la médecine traditionnelle chinoise (MTC). Elle fut introduite en France par Georges Soulié de Morant, diplomate et sinologue, au travers de son considérable travail de traduction des textes ancestraux de médecine traditionnelle chinoise. Celui-ci créa à Paris, en 1932, au sein de l'hôpital Bichat, la première consultation hospitalière d'acupuncture, puis rédigea par la suite les premiers manuels d'acupuncture. Il forma des élèves jusqu'à sa mort, en 1955.

À partir des années 70, la France connut un essor de l'acupuncture en obstétrique, notamment avec l'analgésie acupuncturale en cours de travail. Progressivement, le traitement par acupuncture s'est imposé dans le cadre de la prise en charge de nombreux maux de

la femme enceinte grâce à ses résultats encourageants, son faible coût, sa simplicité de mise en œuvre et surtout son innocuité, et ce à tous les termes de la grossesse. Ainsi, depuis 2003, les universités de Montpellier et Strasbourg ont été les premières à mettre en place un diplôme interuniversitaire (DIU) d'acupuncture obstétricale. De même, depuis 2006, les sages-femmes sont autorisées à exercer l'acupuncture auprès des femmes enceintes et accouchées.

Avoir recours à l'acupuncture permet de réduire la prescription de médicaments, en conformité avec les recommandations de la HAS [1]. La description des grands principes de cette médecine millénaire nous permet de mieux comprendre la physiologie de la femme et celle de la grossesse. De

cette connaissance découlent les nombreuses indications du traitement par acupuncture en cours de grossesse.

Les principes de la MTC

Selon la philosophie chinoise antique, l'Homme et l'Univers sont en étroite relation; l'Homme est l'association de matière *Yin* et d'énergie *Yang*. Ainsi, ces deux extrêmes qui s'alternent, s'opposent, se succèdent et se complètent sont indispensables à la vie. L'énergie vitale, que l'on appelle le *Qi* (prononcé "Tchi") parcourt le corps de façon continue au travers des méridiens grâce à un bon équilibre entre le *Yin* et le *Yang*. Elle est la substance fondamentale de l'être humain (fig. 1).

Il existe 12 méridiens principaux associés chacun soit à un Organe (*Yin*) – Foie, Rate/Pancréas, Cœur, Poumon, Rein et Maître du Cœur –, soit à un Viscère (*Yang*) – Vésicule biliaire, Estomac, Intestin grêle, Gros intestin,

Vessie et Triple Réchauffeur – et 8 méridiens curieux dits "extraordinaires".

Les Organes et les Viscères jouent un rôle fondamental soit dans la production, l'entretien et la circulation de l'énergie vitale *Qi*, soit dans la production et la circulation du sang et des liquides organiques.

Le système organique, physique, qui gère les transformations alimentaires pour produire cette énergie, gère aussi l'ensemble des transformations spirituelles, émotionnelles et psychologiques de l'individu : tous ces systèmes sont liés. L'acupuncture soigne autant et en même temps le physique et le psychique [2].

L'acupuncture est avant tout une médecine préventive où la bonne santé correspond à un fonctionnement équilibré de tous les organes. Les principales causes de troubles en MTC se résument donc à quelques grands types de mécanismes qui concernent le *Qi* mais aussi le *Yin* et le *Yang* que contient chaque organe. Il s'agit des excès (plénitudes), des insuffisances (vides) et des stagnations. L'action de l'acupuncture consiste alors à tonifier les vides, à disperser les plénitudes et à faire circuler les stagnations en agissant sur les points d'acupuncture qui sont situés de manière très précise sur les méridiens. En fonction de l'effet attendu, ces points peuvent être piqués (avec les aiguilles d'acupuncture), massés ou chauffés à l'aide de bâtons de moxa (armoise séchée).

Cette vision globale va conduire le praticien à connaître chaque patient dans sa globalité, et donc à réunir à la fois les symptômes physiques et psychiques afin d'établir un diagnostic précis, préalable au choix du traitement. Celui-ci va pour cela mener un interrogatoire détaillé, mais également prendre les pouls et examiner la langue du patient qui le renseigneront sur le fonctionnement des différents organes et l'état du

Qi. En acupuncture, le traitement n'est pas celui d'un symptôme, mais avant tout celui d'un patient.

Une séance d'acupuncture dure environ 30 minutes, et très souvent une ou deux séances peuvent suffire pour obtenir un résultat. L'efficacité de la séance se mesure par la disparition des symptômes cliniques en 24/48 heures, mais aussi par la correction des signes perçus initialement à l'examen des pouls et de la langue.

La grossesse en MTC

Dès le V^e siècle avant J.-C., on retrouve dans un des ouvrages classiques de la MTC, le *Su Wen*, de nombreuses références à la physiologie et à l'anatomie de la femme, ainsi que des descriptions des fonctions de l'utérus. "La physiologie de la femme est en accord avec le cycle lunaire et dominée par le sang, en opposition à celle de l'homme dominée par le *Qi*. Les étapes de sa vie sont marquées par le chiffre 7, des cycles de 7 ans : puberté à $7 \times 2 = 14$ ans, ménopause à $7 \times 7 = 49$ ans. Mais aussi le cycle menstruel dure $7 \times 4 = 28$ jours, la grossesse dure $7 \times 40 = 280$ jours = 10 mois lunaires" [3].

Il faudra ensuite attendre la dynastie des Tang, environ 847 après J.-C., pour avoir le premier manuel d'obstétrique, *Jing Xiao Chan Bao* (*Trésor de l'obstétrique*), qui comporte 12 chapitres sur la grossesse, 4 concernant le travail et l'accouchement, et 25 chapitres sur la prise en charge du *post-partum*. Les affections de la grossesse étudiées sont les nausées de la grossesse, les saignements, les menaces de fausses couches, les fausses couches, les problèmes urinaires, les œdèmes et des préparations pour favoriser le travail [3].

Pendant la grossesse, l'équilibre Sang/Énergie est primordial et doit être préservé. La grossesse dure 10 mois



FIG. 1: Cœur de la médecine. Date: 984. Textes chinois des dynasties Jin (265-420) et Tang (618-907). Première réédition au Japon en 1854 (d'où le nom japonais *Ishinpo*).

REVUES GÉNÉRALES

Obstétrique

lunaires pendant lesquels le *Qi* et le Sang de tout l'organisme se concentrent dans le pelvis et l'utérus afin de retenir, nourrir, entretenir l'embryon, puis le fœtus. Suivant l'aphorisme chinois, "la croissance du fœtus est assurée par le sang de la mère" [4]. Cette retenue du Sang dans le pelvis se manifeste par la disparition des règles. Tout le *Yin* se replie vers la profondeur du pelvis, le *Yin* étant à la fois le Sang, les liquides et la matière à partir desquels le fœtus va se constituer et se développer. Chaque mois lunaire est sous l'influence d'un Viscère ou d'un Organe (fig. 2).

Deux méridiens curieux, *Chong Mai* et *Ren Mai*, jouent un grand rôle dans la grossesse et le développement du fœtus. Le *Chong Mai* enserre l'utérus et le fœtus pour le nourrir et le protéger. Il régule deux autres méridiens curieux, le *Ren Mai* en avant et le *Du Mai* en arrière. Il est la réserve de l'Énergie et du Sang de tous les méridiens, des Organes et

des Entrailles. Le *Chong Mai* construit le fœtus, le structure, lui fournit son programme héréditaire par l'énergie de sa mère. Cette intensité de Sang et d'Énergie est transmise au fœtus par le placenta [5].

Toutes les perturbations qui empêchent l'accumulation du *Yin* dans le bas-ventre mettent en péril la grossesse, et tout mouvement qui fait descendre le *Qi* peut provoquer l'expulsion du fœtus. C'est la raison pour laquelle certains points sont contre-indiqués pendant la grossesse, de manière souvent temporaire en fonction du calendrier lunaire. Il est donc indispensable d'en avoir une bonne maîtrise. Ainsi, traiter une femme enceinte par acupuncture va consister à éviter la désorganisation de l'équilibre *Qi/Sang*, la mise en mouvement du *Yin* pelvien et tout mouvement de *Qi* vers le bas.

Un suivi préventif chez la femme enceinte sans pathologie devrait être

proposé afin d'éviter l'apparition de ces déséquilibres. Un point, le 9 Rein, est considéré comme le point indissociable de la grossesse et donc indispensable dans le traitement de chaque femme enceinte. Ce point agit sur un autre méridien curieux, le *Yin Wei*, méridien qui gère l'énergie *Yin* dans tout le corps et doit être fort pendant la grossesse. Ce point renforce aussi le lien entre le Rein, la Rate, le Foie et le *Ren Mai*.

Les déséquilibres en cours de grossesse sont nombreux, tout comme les symptômes qui leur sont associés. Bien souvent, des symptômes très différents auront pour origine le même déséquilibre : ainsi, une stagnation de l'énergie *Qi* au niveau du foie donnera des céphalées, de la constipation, un sommeil agité avec des cauchemars et des réveils vers 3 heures, une bouche amère, de l'irritabilité. Un même symptôme peut avoir plusieurs origines de déséquilibre.

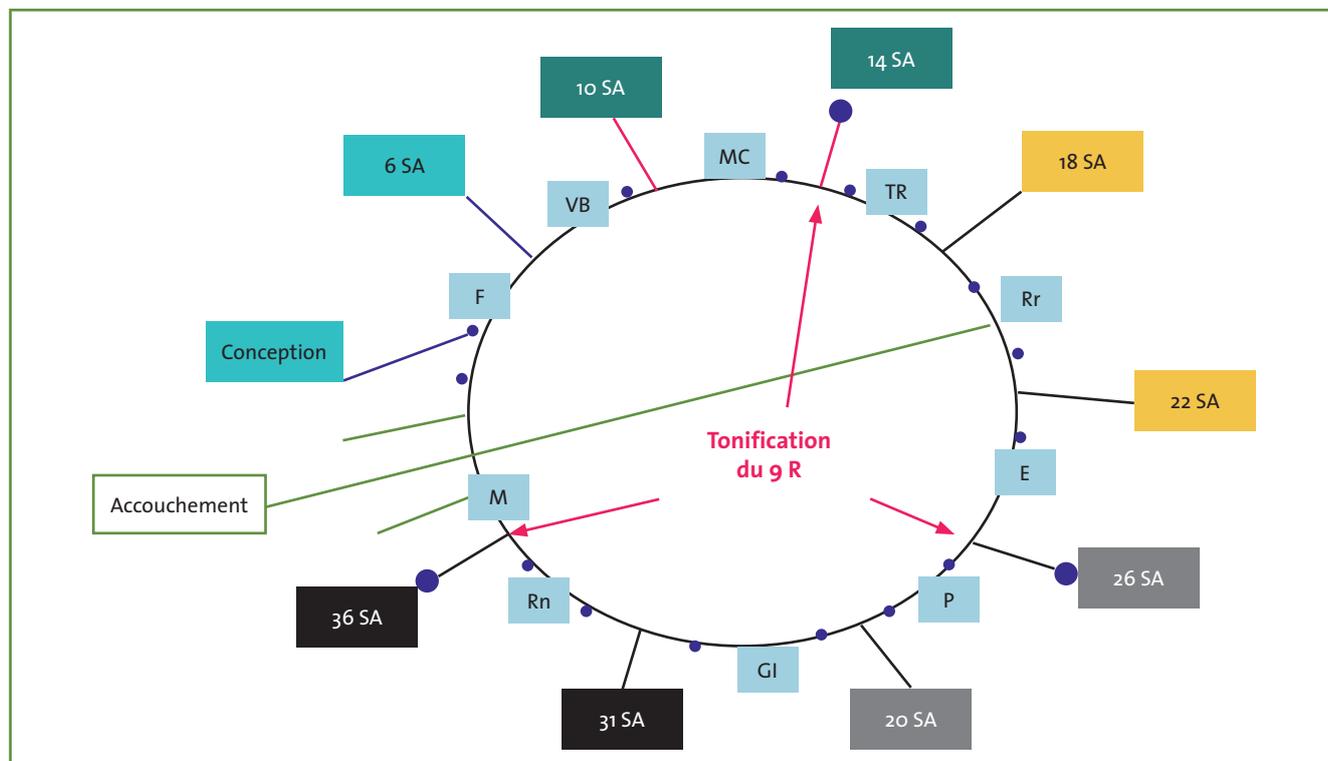


Fig. 2 : Calendrier de grossesse SA/mois lunaires. SA : semaines d'aménorrhée. Source : Cours DIU acupuncture obstétricale, session 6, cours 2 (Dr Colin).

POINTS FORTS

- ⇒ La prise en charge de nombreux maux de la femme enceinte par l'acupuncture s'est imposée grâce à ses résultats encourageants, son faible coût, sa simplicité de mise en œuvre et surtout son innocuité, et ce à tous les termes de la grossesse.
- ⇒ L'acupuncture permet de diminuer la prise médicamenteuse en atténuant les symptômes.
- ⇒ Concernant les nausées et vomissements du premier trimestre, depuis 2005, la HAS a placé le recours à l'acupuncture pour cette indication en recommandation de grade A, en particulier la stimulation du point d'acupuncture *Neiguan* (6MC [Maître du Cœur]).
- ⇒ En acupuncture, le traitement n'est pas celui d'un symptôme, mais avant tout celui d'un patient. Elle préconise un traitement personnalisé afin d'améliorer sa prise en charge.
- ⇒ L'acupuncture est désormais présente au sein des établissements hospitaliers et permet d'enrichir l'offre de soins.

Si les motifs de consultation en acupuncture sont souvent motivés par l'expression d'un ou plusieurs symptômes, l'interrogatoire et l'examen clinique auront pour but de trouver le lien entre ces différents symptômes et l'origine du déséquilibre chez chaque patiente

Les grandes indications

Au cours de sa grossesse, la femme enceinte peut être confrontée à différents maux pour lesquels les traitements médicamenteux sont soit contre-indiqués, soit peu efficaces. Avoir recours à l'acupuncture permet, dans de très nombreux cas, de diminuer la prise médicamenteuse en réduisant les symptômes.

1. Nausées et vomissements

Les nausées et vomissements sont des pathologies extrêmement fréquentes de la grossesse qui, selon les auteurs, concerneraient 45 à 89 % des femmes enceintes. Les résultats des traitements médicamenteux pour cette indication sont peu concluants. Depuis 2005, la HAS a placé le recours à l'acupuncture

pour cette indication en recommandation de grade A, en particulier la stimulation du point d'acupuncture *Neiguan* (6MC [Maître du Cœur]). Et plusieurs études, dont celle de Smith en 1997, ont montré l'absence d'effet indésirable de l'acupuncture dans cette indication.

En chinois, on qualifie l'état de nausées et vomissements gravidiques de *Ren Shen E Zu*, soit dégoût et blocage de grossesse. On note, selon les auteurs, des syndromes variables, tant par leur nombre que par les organes atteints. Les principaux peuvent être un trouble de *Qi* de l'Estomac, ou un vide de *Yin* du Foie.

Mais prendre en charge des nausées et des vomissements nécessite également de donner à la patiente des principes hygiéno-diététiques spécifiques à chaque mois lunaire. Le *Yang Sheng* ("Art de nourrir la vie") consiste à adopter une bonne alimentation en fonction du mois lunaire et une bonne hygiène de vie [6].

2. Les troubles du sommeil

La fréquence des insomnies augmente en cours de grossesse. Il semble que les

patientes qui présentent des troubles sévères du sommeil en cours de grossesse ont un travail plus long et un taux de césarienne élevé [7].

La HAS conseille d'éviter le recours aux médicaments durant la grossesse, et de dépister les troubles anxieux et dépressifs associés qui sont soit responsables, soit provoqués par l'insomnie. L'acupuncture augmenterait la sécrétion endogène de mélatonine nocturne et d'endorphines favorisant le sommeil [8].

En MTC, le sommeil est provoqué par la bascule du *Yang* dans le *Yin*. Ensuite, la durée et la qualité du sommeil dépendent de l'état de l'esprit (le *Shen*). Les principaux cadres cliniques des insomnies sont un vide de *Qi* de la Rate, un Feu du cœur et une stagnation du *Qi* du Foie.

Le projet *Grossesse, Acupuncture et Sommeil* (GAS) financé par un PHRC (programme hospitalier de recherche clinique) national en 2015 – dont le porteur est une sage-femme acupuncteur, Stéphanie Nicolian – et mis en place à la Pitié-Salpêtrière, vise à conduire un essai randomisé contrôlé portant sur l'insomnie de la grossesse [9].

3. Les douleurs lombo-pelviennes

La douleur lombo-pelvienne est un problème fréquent pendant la grossesse. L'acupuncture semble être un moyen efficace pour réduire l'intensité de la douleur et l'incapacité fonctionnelle sévère à court terme. Sont concernés les lombalgies, sciatalgies et le syndrome de Lacomme. L'acupuncture offrirait de meilleurs résultats antalgiques par rapport à la kinésithérapie, surtout dans les algies de fin de journée [10].

Une revue systématique de la littérature de novembre 2015 a conclu, à partir de 7 essais contrôlés randomisés (ECR), que le traitement acupunctural durant

REVUES GÉNÉRALES

Obstétrique

la grossesse réduisait les algies lombopelviennes, et améliorerait la fonction et la capacité au travail. Aucun effet secondaire n'était objectivé [11]. Les auteurs concluaient que le niveau de preuve était suffisamment important pour préconiser l'acupuncture dans les douleurs lombo-pelviennes de la grossesse.

L'équipe de la Pitié-Salpêtrière a également obtenu un autre PHRC en 2012 sur ce sujet. Celui-ci s'intitule "Douleurs lombo-pelviennes de la grossesse : évaluation médico-économique d'une offre de soin hospitalière de traitement complémentaire par acupuncture". Les résultats sont attendus.

4. Version des sièges

La présentation du siège représente 3 à 4 % des grossesses uniques à terme. Dans les manuels classiques d'acupuncture, la version du fœtus par acupuncture consiste à chauffer au bâton de moxa le point 67 Vessie (*Zhi Yin*). Ce point est situé sur le côté externe du 5^e orteil, environ 0,1 cm en arrière du coin de l'angle unguéal.

Le Dr Christian Rempp a expliqué que le fait de chauffer le point amenait suffisamment de *Yang* pour qu'à son apogée il se transforme en *Yin*, et que son action se limitait à attirer la tête du fœtus (*Yang* par rapport au siège) vers le bas. Toutefois, le terme de début du traitement, le nombre de séances et la fréquence de celles-ci ne sont pas standardisés.

Il a été suggéré que la stimulation du 67V provoquait la sécrétion d'hormones surrenaliennes chez la mère, entraînant une augmentation de la sécrétion de prostaglandines maternelles et d'œstrogènes par l'unité fœto-placentaire. Ces hormones stimuleraient alors le tonus basal et la contractilité, entraînant une augmentation des MAF (mouvements actifs fœtaux), accroissant ainsi la pos-

sibilité de retournement du fœtus. Selon le Dr Jean-Marc Stéphan, reprenant plusieurs ECR, l'acupuncture permettrait dès 34 semaines d'aménorrhée (SA) d'induire une version céphalique [12].

5. Préparation et déclenchement du travail à terme

La préparation à l'accouchement en MTC doit tenir compte de l'état général de la patiente et de son examen obstétrical. Elle a pour but de rééquilibrer les femmes énergétiquement, mais aussi de préparer le périnée, d'aider à la maturation du col et d'agir sur la présentation. On pourra agir sur la fonction utérine et l'état psychique de la patiente si nécessaire [13].

Le mécanisme de l'accouchement est décrit ainsi : après 280 jours d'accumulation de *Yin* dans le pelvis, le *Yang* se dégage, le *Yang* chasse le *Yin*, "le *Qi* pousse le sang et la porte de l'utérus s'ouvre" (G. Maciocia). Pour déclencher l'accouchement, il faut tonifier les organes en vide, calmer l'esprit (*Shen*) et rééquilibrer le *Qi* et le Sang.

En cas de rupture des membranes à terme, l'acupuncture pourrait représenter une alternative ou compléter l'action d'autres produits pharmacologiques destinés à faciliter l'accouchement [14].

Concernant les grossesses de femmes nullipares à terme, l'acupuncture est bien tolérée et semble réduire les interventions obstétricales [15].

Conclusion

Ces grandes indications en cours de grossesse ne sont pas exhaustives, mais représentent les causes les plus fréquentes de consultation d'acupuncture. La pratique de l'acupuncture en cours de grossesse n'a cessé de se développer depuis une dizaine d'années. Elle est désormais présente au sein des

établissements hospitaliers et permet d'enrichir l'offre de soins. Les récents PHRC visent à évaluer son efficacité de manière objective et non biaisée.

L'Europe avait découvert l'acupuncture au XVIII^e siècle, quand des missionnaires jésuites de retour de Chine avaient rédigé les *Lettres édifiantes et curieuses de Chine*, dans lesquelles ils décrivaient "le côté étrange et irrationnel du raisonnement médical chinois, mais aussi avec étonnement l'efficacité des thérapeutiques qui en découlaient".

L'objectif non dissimulé de ces essais est de dissiper les vieilles croyances liées à l'acupuncture, et de permettre d'intégrer, en complément de notre médecine scientifique occidentale, cette médecine traditionnelle chinoise avec son raisonnement diagnostique élaboré et sa vision holistique du patient. Autrement dit, se rapprocher de chaque patient pour lui proposer un traitement personnalisé afin d'améliorer sa prise en charge et de réduire la prise médicamenteuse et ses effets indésirables.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé. 2005. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
2. COLIN D. Cours DIU acupuncture obstétricale. Paris 13, Session 6 Cours 2 Dr Colin.
3. MACIOCIA G. Gynécologie et obstétrique en médecine chinoise. *Satas*, 2006.
4. AUTEROCHE B *et al*. Acupuncture en gynécologie et obstétrique. Maloigne, 1986.
5. SALAGNAC B. Naissance et acupuncture. *Maisonneuve*, 1991.
6. EYSSALET JM. Le secret de la maison des Ancêtres. *Guy Trédaniel Éditeur*, 2006.
7. LEE KA *et al*. Sleep in late pregnancy predicts length of labor and type of delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 2004;191:2041-2046.
8. DA SILVA JB *et al*. Acupuncture for insomnia in pregnancy--a prospective, quasi-randomised, controlled study. *Acupunct Med*, 2005;23:47-51.
9. NICOLIAN S. Traitement par acupuncture de l'insomnie liée à la grossesse : résultats de l'étude

- préliminaire (GAS). Congrès 2014 AFSFA.
10. PENNICK V *et al.* Interventions for preventing and treating pelvic and back pain in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013;8:CD001139.
 11. GUTKE A *et al.* Treatments for pregnancy-related lumbopelvic pain: a systematic review of physiotherapy modalities. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2015;94:1156-1167.
 12. STÉPHAN JM. L'acupuncture autour de la naissance : bases scientifiques et état des lieux dans les versions, induction du travail et maturation du col. *Acupuncture & Moxibustion*, 2009;8:157-166.
 13. GUIRAUD-SOBRAL A. Manuel pratique d'acupuncture en obstétrique. *Désiris*, 2012.
 14. GAUDERNACK LC *et al.* Acupuncture administered after spontaneous rupture of membranes at term significantly reduces the length of birth and use of oxytocin. A randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2006;85:1348-1353.
 15. HARPER TC *et al.* A randomized controlled trial of acupuncture for initiation of labor in nulliparous women. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 2006;19:465-470.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Nouveau

Le Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) de l'hôpital Robert-Debré présente

Formation DPC*

Échographie et médecine fœtale : du dépistage au diagnostic

**Les mardis 11/10
et 18/10/2016
de 9h00 à 17h30
Maternité Hôpital
Robert-Debré**

Le CPDPN, le Pr Jean-François OURY, le Pr Olivier SIBONY et toute l'équipe vous invitent à rejoindre le groupe d'échange des pratiques.

Le préprogramme

- Revue des nouvelles stratégies de dépistage & de diagnostic (en cytogénétique et en génétique moléculaire...).
- Réfléchir sur les stratégies de dépistage.
- Échanger sur les situations d'interprétation complexe.



Visibilité de l'amnios



Visibilité de l'amnios

Form & Pharm
Former, Accompagner, Innover

Renseignements & inscriptions:
contact@formetpharm.com/06 22 19 75 38

Form&Pharm – N° organisme de formation : 11754871075 - Email : contact@formetpharm.com
Siège social : 121, rue de la Pompe, 75116 Paris – Tél. 09 72 35 15 35 – Mob. 06 22 19 75 38.

Rétention urinaire du post-partum : comment la diagnostiquer et la prendre en charge ?

RÉSUMÉ : La rétention urinaire du *post-partum* est une complication rare de l'accouchement. Sa méconnaissance entraîne des retards de diagnostic et des complications parfois irréversibles. Le pronostic des fonctions mictionnelles des patientes atteintes dépend de la rapidité du diagnostic et d'une prise en charge adaptée.

Nous avons mené une enquête rétrospective sur les dossiers médicaux de 81 patientes atteintes par la rétention urinaire du *post-partum*. Notre étude a mis en évidence des difficultés et des retards concernant la pose du diagnostic. Une hétérogénéité des pratiques a également été constatée à propos du traitement de cette pathologie.

En proposant un protocole de prise en charge ainsi que des arbres décisionnels pour faciliter la pose du diagnostic et le traitement, nous pouvons prétendre à l'homogénéisation de nos pratiques dans ce domaine. Cela permet ainsi une diminution de la durée de la rétention urinaire, mais également la raréfaction des complications qui lui sont associées.



→ F. LANFUMEY
CH de MONT-DE-MARSAN.

La rétention urinaire du *post-partum* est une complication de l'accouchement rare et mal connue de nos services de maternité [1]. Dans la littérature, selon les critères choisis, l'incidence varie de 0,05 à 37 % [1, 2]. Selon les auteurs, la définition varie, mais il semblerait que, dans nos pratiques obstétricales actuelles, la plus adaptée repose sur "l'absence de miction spontanée 6 heures après un accouchement associée à un globe vésical supérieur à 400 mL [...]" [3]. Cependant, il faut savoir que, chez la femme, il existe plusieurs types de rétention vésicale :

- la rétention complète d'urine : la miction est impossible alors que l'envie d'uriner persiste (cela est dû à la présence du globe vésical) [4] ;

- la rétention incomplète d'urine : il existe un résidu post-mictionnel (supérieur à 150 mL ou à 20 % de la miction) entraînant la survenue progressive d'une distension vésicale, provoquant une vessie forcée qui peut alors devenir durablement hypotonique [5, 6].

Au cours de l'accouchement, différents mécanismes peuvent aboutir à une telle pathologie : les neuropathies d'étirement (élongation de la loge périméale pendant les efforts expulsifs), la douleur (iléus vésical réflexe), et les inflammations vulvo-périnéales telles que les œdèmes et les hématomes (compression extrinsèque de l'urètre) [7].

Malgré les travaux de recherche déjà menés sur la rétention urinaire du *post-*

partum, le manque de connaissances persiste et conduit à des retards de diagnostic délétères pour les patientes concernées [3]. Parmi les complications les plus fréquentes, nous retrouvons les infections urinaires récurrentes [1], le claquage vésical (lésions ischémiques et dégénérescences axonales dues à un volume urinaire dépassant 800 mL, conduisant à une dénervation et une atrophie du détrusor) [5], une altération des fonctions rénales [8], et plus rarement des séquelles irréversibles du détrusor [7], voire une rupture vésicale [9]. Le pronostic des fonctions urinaires des patientes atteintes dépend donc de la rapidité du diagnostic et d'une prise en charge adaptée. Dans ce cas, 75 % des patientes atteintes récupèrent leurs fonctions vésicales en moins de 72 heures [3, 5]. Mais l'absence de lignes directrices dans la littérature actuelle entraîne une hétérogénéité des pratiques et retarde la mise en place d'un traitement approprié.

Ainsi, l'un des objectifs de notre mémoire était d'identifier les dysfonctionnements de la prise en charge de la rétention urinaire du *post-partum* afin de proposer et de mettre en place des solutions d'amélioration pour homogénéiser nos pratiques.

Population étudiée et méthode de l'enquête

Avec l'aide de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), nous avons relevé, de la manière la plus exhaustive possible, tous les cas de rétention urinaire du *post-partum* survenus du 1^{er} janvier 2010 au 31 juillet 2013 au sein d'une maternité française de niveau 3 pratiquant en moyenne 4 500 accouchements par an. Nous avons obtenu 81 dossiers médicaux exploitables, répondant aux critères de sélection de la population suivants : avoir développé une rétention urinaire à la suite d'un accouchement par voie basse ou par césarienne

(miction physiologique complète impossible après la mise au monde du ou des enfants). Nous avons alors mené une enquête épidémiologique observationnelle rétrospective d'une série de cas afin de mettre en évidence les différentes prises en charge.

Résultats et discussion de l'enquête

1. Le diagnostic de la rétention urinaire du *post-partum*

Dans notre enquête, le diagnostic de cette pathologie a été posé d'emblée pour 65 patientes, grâce à la mesure de leur volume vésical pré- ou post-mictionnel (**fig. 1**). Les diagnostics posés *via* la mesure du résidu post-

mictionnel étaient justifiés puisqu'ils étaient tous supérieurs à 300 mL, ce qui n'est pas le cas des diagnostics posés *via* le volume vésical pré-mictionnel.

Concernant le reste de nos cas, le diagnostic n'a jamais été posé (**fig. 2**). Ces patientes manifestaient des troubles mictionnels non définis comme une rétention urinaire. Des sondages urinaires à demeure et/ou évacuateurs ont donc été mis en place.

Nous avons ainsi constaté que plusieurs patientes avaient eu des sondages urinaires inutiles (volumes vésicaux pré-mictionnels inférieurs à 400 mL). Cela aurait pu être évité grâce à la mesure échographique du globe vésical. Seules 4 patientes ont bénéficié de cette technique pour la pose du diagnostic.

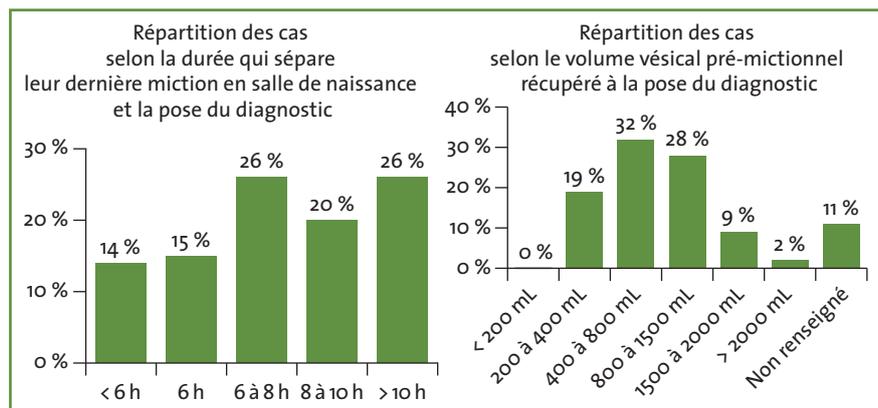


FIG. 1.

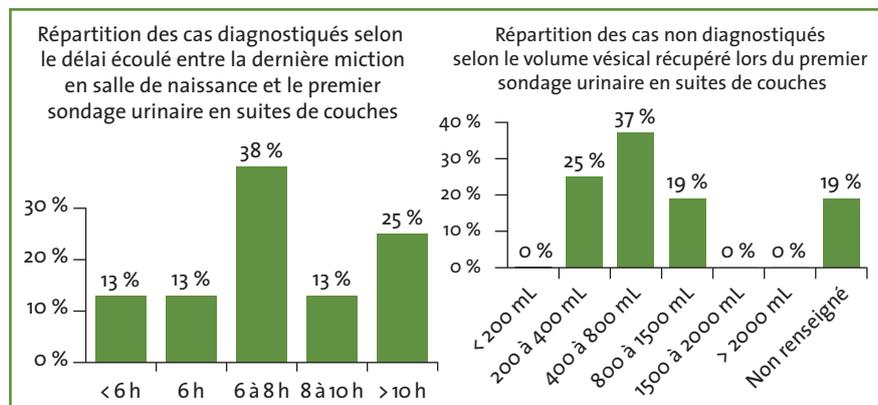


FIG. 2.

REVUES GÉNÉRALES

Urologie

2. Prise en charge de la rétention urinaire du *post-partum*

Le traitement de la rétention urinaire consiste en la mise en place de vidanges vésicales régulières guidées par sondage urinaire. La plupart des patientes atteintes ont eu recours à l'hétéro-sondage urinaire évacuateur (90 %), que ce soit de manière répétée pour les cas majeurs (50 sur 73) ou ponctuelle (23 sur 73). Aucune patiente traitée n'a utilisé l'auto-sondage urinaire évacuateur, bien qu'il ait été proposé à l'une d'entre elles. Lorsque ce type de traitement a été mis en place, nous avons constaté des délais inter-mictionnels trop importants pour la majeure partie des patientes concernées (fig. 3).

Au total, 64 de nos patientes ont bénéficié du sondage urinaire à demeure. Pour 4 d'entre elles, à la pose de la sonde, une vidange vésicale progressive a été mise en place: des limites différentes de temps et de quantité ont été prescrites pour clamber et déclamber la sonde à demeure jusqu'à vacuité vésicale.

Par la suite, 69 % des patientes ont bénéficié d'épreuves de clamage pour lesquelles les conduites à tenir étaient diverses et variées. Cela consiste à clamber la sonde à demeure pour savoir à partir de quel volume la patiente ressent l'envie d'uriner. Lorsque ce dernier est faible (chiffre médecin-dépendant), la patiente est désondée. En revanche,

après un ou plusieurs échecs, la patiente est sondée à demeure sur du long terme (48 heures à 3 semaines). La durée moyenne du sondage à demeure dans cette maternité est de 52 heures, mais elle peut aller jusqu'à 6 jours. Après ablation de la sonde, 10 patientes sur les 60 concernées ont eu besoin de sondage(s) urinaire(s) évacuateur(s), car elles n'effectuaient pas de miction spontanée jugée physiologique.

Pendant leur prise en charge, le volume vésical pré- ou post-mictionnel de seulement 9 patientes a été mesuré à l'aide de l'échographie. Or, le traitement symptomatique de la rétention urinaire peut entraîner quelques inconvénients, tels que les infections urinaires (12 patientes concernées, dont 9 sondées à demeure), les hématuries (3 patientes, dont 2 sondées à demeure), ou encore les douleurs occasionnées par les sondages (9 patientes, toutes sondées à demeure, dont 2 ont souhaité le retrait anticipé de la sonde car elles ne supportaient pas la douleur engendrée). Concernant les traitements médicamenteux, seules 2 patientes ont eu la prescription de Xatral® (alpha-bloquant). Le recours à un spécialiste est rare en maternité: un urologue a été contacté pour seulement 5 patientes, et ce en moyenne après 3,5 jours de prise en charge infructueuse. En outre, pendant leur hospitalisation, une prise en charge psychologique a été proposée à 9 patientes atteintes, dont 7 ont accepté.

À la sortie de la maternité, 69 patientes atteintes effectuaient des mictions spontanées qualifiées de "normales". Seules 19 d'entre elles ont bénéficié d'une mesure du résidu post-mictionnel pour écarter la présence d'une rétention urinaire incomplète.

Enfin, concernant le suivi des patientes à la sortie de la maternité, nous avons également constaté des carences. D'après les dossiers médicaux, seule 1 patiente a bénéficié de conseils de consultation d'urgence en urologie, 10 ont eu un rendez-vous avec un urologue (dont 9 sondées à demeure à leur sortie), et 1 patiente a réalisé un bilan urodynamique pour déterminer l'étiologie de son insensibilité vésicale. Ainsi, la durée moyenne de la rétention urinaire du *post-partum* est de 3,66 jours (avec un minimum de 8 heures et un maximum de 32 jours). Mais, sur les 12 patientes sondées à demeure à domicile, seulement la moitié des dossiers médicaux étaient renseignés sur la reprise physiologique des mictions.

Propositions d'amélioration : protocole de prise en charge de la rétention urinaire du *post-partum*

Pour l'aspect pratique de notre protocole, nous avons mis en place deux arbres décisionnels afin de faciliter le dépistage et la prise en charge de cette pathologie (fig. 4A et B).

1. Pose du diagnostic

Une rétention urinaire complète sera diagnostiquée en l'absence de miction spontanée physiologique associée à un volume vésical supérieur ou égal à 400 mL, 6 heures post-accouchement ou 4 heures post-ablation d'une sonde à demeure. Dans les mêmes délais, une rétention urinaire incomplète sera diagnostiquée en présence de miction spontanée non physiologique (résidu

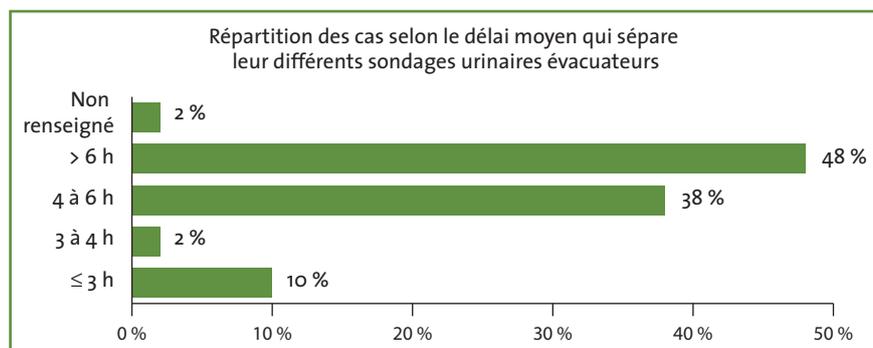


FIG. 3.

NOUVEAU

TRAITEMENT DE LA VAGINITE ATROPHIQUE (DUE À UN DÉFICIT EN ESTROGÈNE) CHEZ LA FEMME MÉNOPAUSÉE* (1)



**1 anneau
vaginal =
90 jours
d'utilisation**



Non remboursé
Sécurité Sociale

estRing®

Estradiol 2 mg Système de diffusion vaginal

**Seul anneau
indiqué dans le traitement
de la *vaginite atrophique****

Pour accéder aux mentions légales du médicament, suivez ce lien :
<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/>
ou flashez ce code



(1) Résumé des Caractéristiques Produit d'Estring®

REVUES GÉNÉRALES

Urologie

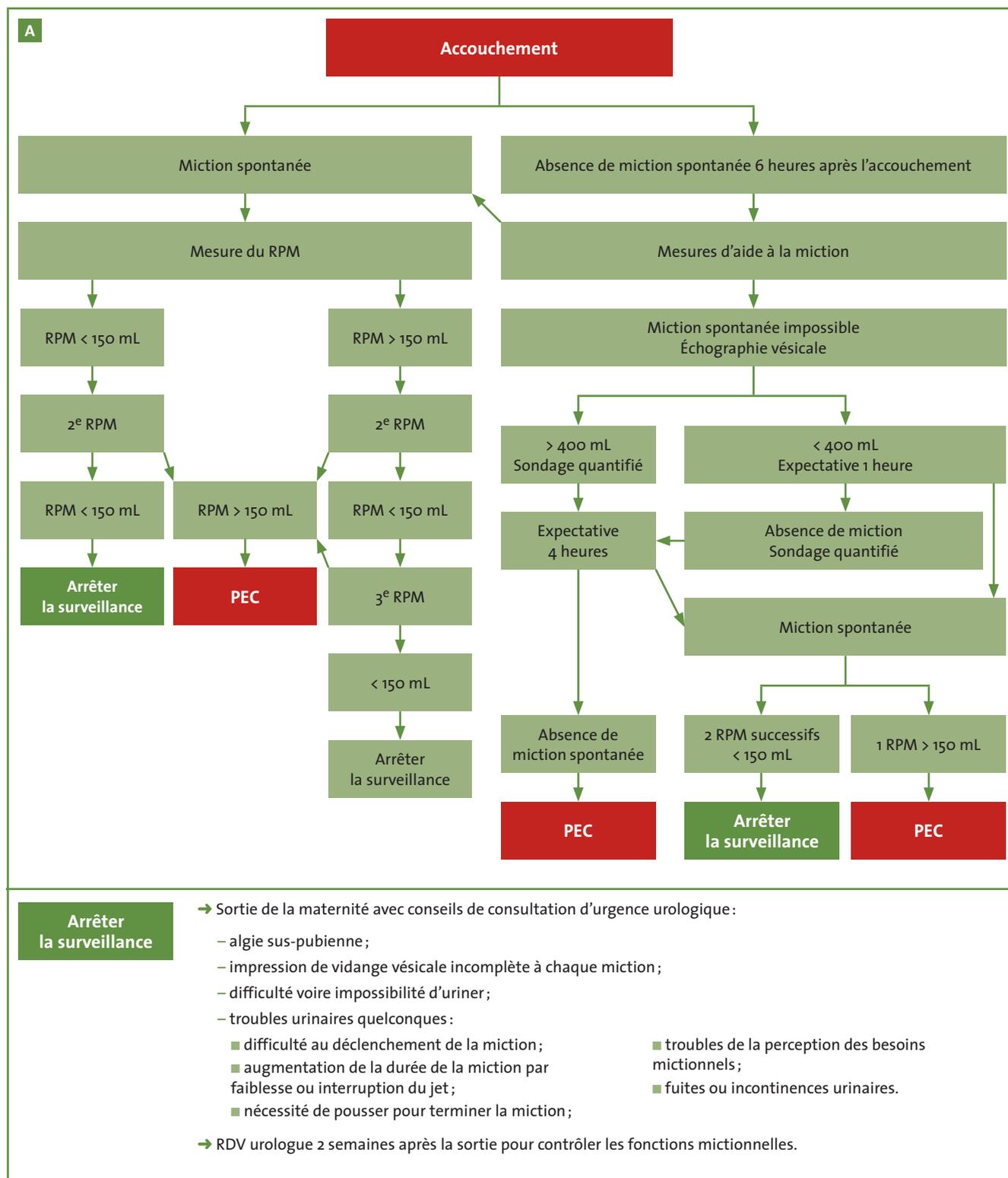
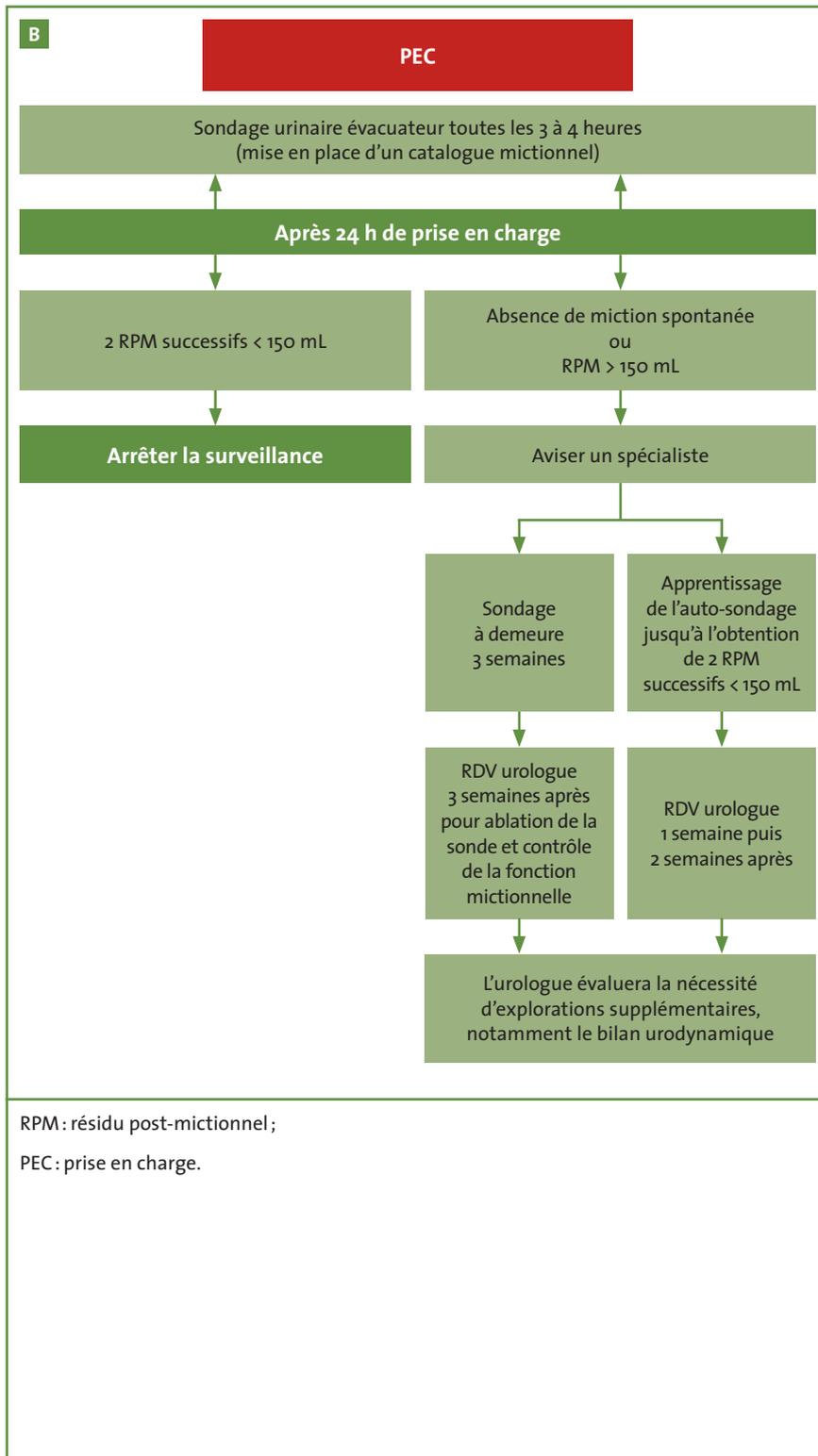


FIG. 4A ET 4B: Arbres décisionnels.



post-mictionnel supérieur à 150 mL ou 20 % de la miction) [1, 6]. La Haute Autorité de Santé recommande l'utilisation de l'échographie vésicale pour le dépistage et la prise en charge de la rétention urinaire du *post-partum* afin d'éviter les sondages urinaires inutiles [10]. Le BladderScan est un échographe qui peut s'avérer insidieux : il prend en compte la totalité des fluides contenus dans la zone observée, le sang retenu dans l'utérus peut donc fausser les mesures [10]. Un échographe standard et des yeux de professionnels entraînés suffisent amplement [11].

2. Prise en charge à la maternité

Dès la pose du diagnostic, un moyen thérapeutique doit être mis en place le plus rapidement possible, car ce délai conditionne l'avenir des fonctions urinaires de nos patientes. L'hétéro-sondage urinaire évacuateur correspond au traitement de première intention. Lorsqu'il est mis en place, un délai inter-mictionnel de 4 heures maximum doit être observé. La miction spontanée doit être favorisée à chaque fois. Le recours à l'échographie vésicale doit être systématique avant d'effectuer un sondage urinaire pré- ou post-mictionnel.

De même, un calendrier mictionnel doit être instauré. Pour chaque miction, il doit retracer la date, l'heure, si la patiente ressent l'envie d'uriner, le volume de la miction spontanée, celui mesuré par l'échographe (pré- ou post-mictionnel), celui évacué par sondage, l'aspect des urines (diluées, concentrées, troubles, hématuriques) et la présence de fuites inter-mictionnelles. Deux résidus post-mictionnels successifs négatifs signent l'arrêt de cette surveillance et le retour des mictions physiologiques. En l'absence d'évolution positive après 24 heures de prise en charge optimale, il est judicieux de faire appel à un spécialiste (urologue ou médecin en médecine physique et

REVUES GÉNÉRALES

Urologie

POINTS FORTS

- ➔ Rétention urinaire complète : absence de miction spontanée physiologique associée à un volume vésical supérieur ou égal à 400 mL, 6 heures post-accouchement ou 4 heures post-ablation d'une sonde à demeure.
- ➔ Rétention urinaire incomplète : résidu post-mictionnel supérieur à 150 mL ou 20 % de la miction, 6 heures post-accouchement ou 4 heures post-ablation d'une sonde à demeure.
- ➔ Avant l'ablation d'une sonde à demeure, mobiliser doucement le ballonnet pour contrôler le retour de la sensibilité vésicale de la patiente.
- ➔ Absence d'évolution positive après 24 heures de prise en charge optimale : faire appel à un spécialiste (urologue ou médecin en médecine physique et réadaptation).
- ➔ Rétention urinaire persistant au-delà de 3 jours : apprentissage de l'auto-sondage.
- ➔ Suivi urologique à programmer à la sortie de la maternité pour les patientes atteintes de rétention urinaire du *post-partum* pendant leur séjour.

réadaptation) afin d'organiser le suivi thérapeutique.

Le sondage à demeure correspond à un traitement de seconde intention, car il fait "perdre" à la vessie toute notion physiologique de réplétion et de vidange vésicale, puisqu'elle se vide en permanence. Cependant, lors d'un accouchement traumatique, ce type de sondage peut s'avérer utile pour mettre au repos complet les voies urinaires pendant 2 semaines à 1 mois [6]. À la pose de la sonde à demeure, la vidange vésicale progressive est vaine. Les tests de clampage sont fortement déconseillés par des études Cochrane, car cette méthode entraîne des distensions vésicales excessives, des reflux vésico-urétraux et des complications infectieuses [12]. Pendant ce type de traitement, la surveillance régulière des urines doit être réalisée (quantité d'urine évacuée par unité de temps, aspect). Avant l'ablation de la sonde, mobiliser doucement le ballonnet de celle-ci permet de contrôler le retour de la sensibilité vésicale. Il est

inutile de désonder la patiente si elle ne ressent rien. Après le retrait, il faut commencer une surveillance assidue de la reprise des mictions.

Dans notre étude, très peu de praticiens ont eu recours à un traitement médicamenteux. Est-ce par méconnaissance ou vigilance ? À ce jour, différents types de médicaments sont testés (alpha-bloquants, agonistes directs de l'acétylcholine, inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5, prostaglandines), mais pour l'instant, aucun n'a obtenu l'autorisation de mise sur le marché dans le cadre du traitement des rétentions urinaires [7, 13-15]. Pour notre part, nous conseillons de n'y avoir recours que sur prescription d'un spécialiste.

Malgré la prise en charge optimale, si la rétention urinaire se prolonge au-delà de 3 jours, elle est considérée comme persistante. Dans cette situation, il est approprié de proposer à la patiente l'apprentissage de l'auto-sondage et la tenue

d'un calendrier mictionnel. En effet, d'après la Société Interdisciplinaire Francophone d'UroDynamique et de Pelvi-Périnéologie (SIFUDPP) et la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (SOFMER), cette technique est la plus adaptée [6, 12]. Cependant, cette dernière nécessite une formation des professionnels de santé qui éduqueront à leur tour les femmes concernées. Il existe de nombreux supports de démonstration tels que les DVD ou les échantillons fournis gratuitement par de nombreux laboratoires. Nous avons également mis au point une fiche d'éducation à l'auto-sondage pour les professionnels et un support écrit pour les patientes. Vous pouvez accéder à la "Fiche d'éducation à l'auto-sondage" en utilisant le flashcode ci-dessous (**fig. 5**). Vous pouvez accéder au "Support écrit des patientes pour l'apprentissage de l'auto-sondage" en utilisant l'autre flashcode ci-dessous (**fig. 6**).



FIG. 5.



FIG. 6.

3. Continuité des soins à la sortie de la maternité

La prise en charge de la rétention urinaire du *post-partum* étant remboursée à 100 % par l'Assurance maladie sans limitation de temps ni du nombre de consultations, d'exams ou de séances de réadaptation, la poursuite du suivi urologique en dehors de la maternité est indispensable pour restaurer au mieux la performance des fonctions urinaires.

Pour les patientes quittant la maternité avec des mictions jugées physiologiques, nous conseillons un rendez-vous avec un spécialiste 2 semaines après pour faire le point sur

les fonctions urinaires. Il est primordial de donner des conseils de consultation d'urgences urologiques à leur sortie : présence d'une algie sus-pubienne, impression de vidange vésicale incomplète, difficulté à uriner (voire impossibilité), présence de troubles urinaires quelconques.

Dans le cadre d'une rétention urinaire persistante, un suivi médical spécialisé est toujours recommandé. Si la patiente s'auto-sonde, un suivi rapproché sera mis en place pour adapter le mode de drainage vésical, dans le but de trouver un compromis alliant confort de vie et sécurité uro-néphrologique. Si la patiente est sondée à demeure, elle sera hospitalisée dans un service adapté pour le retrait de sa sonde et la surveillance de sa reprise mictionnelle physiologique. Si cela n'a pas été proposé et/ou mis en place auparavant, un soutien psychologique peut être organisé à la sortie de la maternité. Enfin, un bilan urodynamique est fortement conseillé après 4 mois de prise en charge optimale infructueuse, et des explorations électrophysiologiques peuvent être proposées si les symptômes persistent au-delà de 6 mois afin de dépister les neuropathies d'étirement.

Pour terminer, nous pensons qu'il est nécessaire de refaire le point de manière rigoureuse sur les fonctions urinaires des patientes lors de la visite post-natale. Cela permet de s'assurer du retour à la physiologie pour les femmes atteintes de rétention urinaire dans leur *post-partum*, mais également de dépister celles qui seront passées à travers les

mailles du filet de la surveillance mictionnelle, comme cela a été le cas pour une de nos patientes. Cette dernière a déclaré, pendant son hospitalisation en suites de couches, ne pas ressentir l'envie d'uriner depuis son avant-dernier accouchement...

Conclusion

Le *post-partum* est une période au cours de laquelle les femmes sont particulièrement exposées aux troubles vésicaux, notamment à la rétention urinaire. Notre travail de recherche aboutit à la conclusion qu'il existe des moyens de traiter cette affection du *post-partum*. Cependant, les divergences dans la pose du diagnostic et la multiplicité des protocoles thérapeutiques ne favorisent pas la prise en charge urologique idéale de nos patientes. Plus nos professionnels des maternités seront sensibilisés à ce problème de santé, plus la surveillance des fonctions mictionnelles sera pointue et rigoureuse dans nos services, plus la pose du diagnostic sera précoce. Cela permettra donc la mise en place d'un traitement efficace dans un délai optimal, délai qui conditionne l'évolution de la rétention et l'avenir des fonctions urinaires des femmes. Enfin, le traitement de cette pathologie ne s'arrête pas aux murs des maternités, un suivi urologique doit être envisagé au-delà de l'hospitalisation pour chaque patiente concernée.

Bibliographie

- BOUHOURS AC *et al.* Rétention vésicale du post-partum. *Prog Urol*, 2011;21:11-17.
- RAHMANOU P *et al.* Post-partum Bladder Care: Background, practice and complications. *Obs Gynae & Midwifery News*, 2011. [en ligne] Disponible sur <http://www.ogpnews.com>
- GLAVIND K *et al.* Incidence and treatment of urinary retention postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 2003;14:119-121.
- DAHMANI O *et al.* Conduite à tenir devant une rétention aiguë d'urine. Cours Centre Hospitalier Universitaire Hassan II, Fès. [en ligne]
- Disponible sur http://www.chufes.ma/amirf/Cours/chirurgie_admission/49.pdf
- CHING-CHUNG L *et al.* Postpartum urinary retention : assessment of contributing factors and long-term clinical impact. *Aust NZ J Obstet Gynaecol*, 2002;42:365-368.
- ROULEAUD S. Troubles de la miction, grossesse et post-partum. Hôpital F. Miterrand, Pau : 2013. [document non publié].
- AMARENCO G *et al.* L'autosondage. *DaTeBe Éditions*, 2003.
- <http://www.vulgaris-medical.com>
- DUEÑAS-GARCÍA OF *et al.* Bladder rupture caused by postpartum urinary retention. *Obstet Gynecol*, 2008;112:481-482
- Haute Autorité de Santé. Mesure du contenu vésical par technique ultrasonique. Rapport d'évaluation technologique. 2008.
- YIP SK *et al.* A probability model for ultrasound estimation of bladder volume in the diagnosis of female urinary retention. *Gynecol Obstet Invest*, 2003;55:235-240.
- <http://www.sifud-pp.org>
- DE SEZE M *et al.* Les thérapies intravésicales en neuro-urologie. *Pelvi-Périnéologie*, 2007; 2:318-325.
- LIN Cs. Tissue expression, distribution, and regulation of PDE5. *Int J Impot Res*, 2004; 16:S8-S10.
- BUCKLEY BS *et al.* Drugs for treatment of urinary retention after surgery in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010:CD008023.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Conduite à tenir devant une anomalie du liquide amniotique

RÉSUMÉ : Les anomalies de quantité de liquide amniotique sont fréquentes. L'examen échographique permet de confirmer le diagnostic subjectivement, puis grâce à la mesure de la plus grande citerne et/ou l'index de liquide amniotique. Une échographie morphologique approfondie est également indiquée pour rechercher une étiologie fœtale.

Les anomalies de quantité de liquide amniotique sont souvent sévères quand elles sont précoces. Le pronostic est conditionné par la pathologie causale, ou les conséquences fœtales ou obstétricales.

Les incertitudes diagnostiques sont importantes, incitant à la prudence lors de l'information prénatale. Le cas particulier des grossesses gémellaires monochoriales est à retenir du fait de leur fréquence et de la spécificité de leur prise en charge.



→ A. SARTOR
Hôpital Paule de Viguier, TOULOUSE.

Le liquide amniotique (LA) est un élément essentiel du bien-être fœtal. Il participe également au confort de l'examen échographique lorsque son volume est normal. L'échographie est désormais l'examen de référence pour l'évaluation du liquide amniotique, le diagnostic d'une anomalie et son bilan étiologique.

L'aspect du liquide amniotique évolue au cours de la grossesse. Il est anéchogène en première moitié de grossesse, puis devient échogène au cours du 3^e trimestre (vernix, desquamation cutanée). En cas de saignement intra-amniotique (ponction, hématome décidual), des structures flottantes échogènes peuvent être visualisées sans pour autant présenter de valeur pronostique. Les principales anomalies concernent la quantité de liquide amniotique. En routine de dépistage et effectuée par un opérateur entraîné, l'appréciation subjective de la quantité de LA est suffisante et semble aussi informative qu'une appréciation chiffrée [1, 2].

Méthodes de mesure

La quantification est requise dès qu'il s'agit d'une situation inhabituelle. Les deux techniques de référence sont la mesure de la plus grande citerne (technique de Chamberlain) (**tableau I, fig. 1**) et la mesure de l'index de liquide amniotique (index de Phelan) (**tableau II, fig. 2**) [3, 4]. Pour chaque technique, la sonde échographique est en position verticale par rapport au plan de la table, sans exercer de pression avec la sonde d'échographie et sans cordon visible dans la citerne mesurée.

La mesure de la plus grande citerne est simple, fiable. Le nombre de faux positifs d'oligoamnios est moindre qu'avec l'ILA. Les deux méthodes sont comparables en cas d'hydramnios [5].

La mesure de l'ILA doit prendre en compte les variations physiologiques liées au terme, avec un hydramnios physiologique au cours du 5^e mois de grossesse et une diminution relative au cours du 3^e trimestre. Ces mesures

PLUS GRANDE CITERNE/ CHAMBERLAIN	
Quantité de LA	Mesure de la GC
Oligoamnios	< 2 cm
LA normal	2-8 cm
Excès de LA	8-12 cm
Hydramnios	> 12 cm

TABLEAU I : Mesure de la plus grande citerne (technique de Chamberlain). Mesure de la dimension maximale antéro-postérieure de la plus grande citerne (GC)



FIG. 1 : Mesure de la plus grande citerne : excès de liquide amniotique.

INDEX DE LIQUIDE AMNIOTIQUE/ PHELAN	
Quantité de LA	Index de liquide amniotique (ILA)
Oligoamnios	≤ 5 cm
Peu abondant	5,1-8 cm
Normal	8,1-18 cm
Excès de LA	18,1-25 cm
Hydramnios	> 25 cm

TABLEAU II : Index de liquide amniotique (index de Phelan). Mesure de la flèche (poche la plus profonde) des 4 quadrants de l'utérus, centrés par l'ombilic. ILA = somme des 4 mesures.

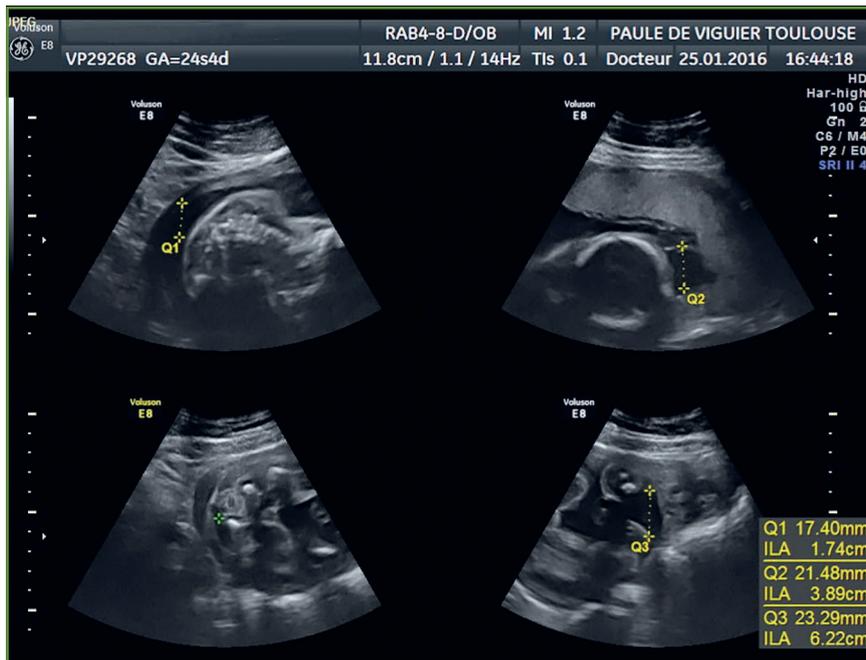


FIG. 2 : Index de liquide amniotique selon Phelan : oligoamnios modéré.

sont également à considérer avec prudence car elles ne reflètent pas la quantité exacte de LA. La découverte d'une anomalie modérée de la quantité de LA ne doit pas s'accompagner d'un dis-

cours inquiétant ou d'une attitude iatrogène d'emblée. Au-delà de ces valeurs seuils, il conviendra de discuter d'un bilan étiologique. En revanche, les discordances telles que l'association d'un

retard de croissance intra-utérin (RCIU) à un excès de LA sont des situations fortement suspectes. Un bilan approfondi morphologique et génétique doit être systématiquement envisagé (fig. 3).

REVUES GÉNÉRALES

Obstétrique

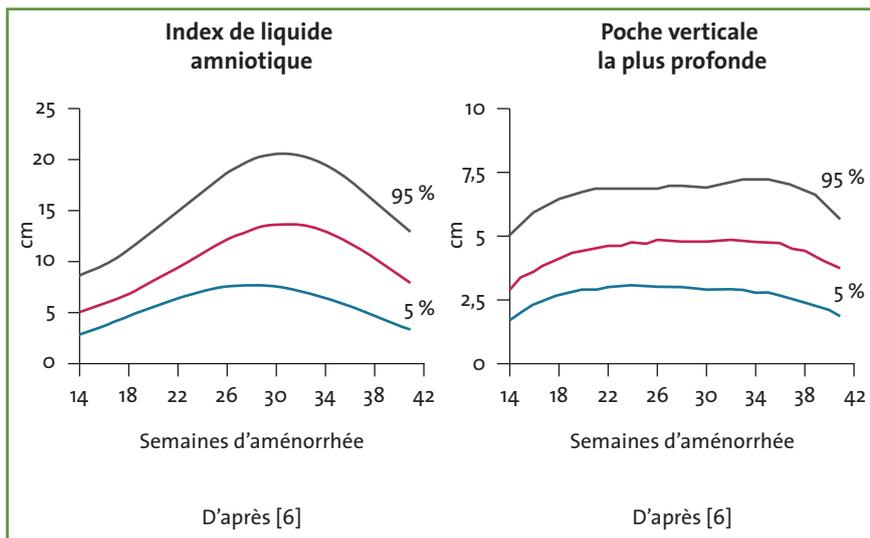


FIG. 3 : Index de Phelan et grande citerne selon Chamberlain en fonction du terme.

Hydramnios

Sa fréquence de survenue est de 0,4 à 4 % des grossesses. Lors de l'échographie, subjectivement le fœtus ne touche pas les parois utérines. La GC est > 8 cm et l'ILA > 24 cm. L'hydramnios est considéré comme léger pour une GC entre 8 et 11 cm, modéré entre

11 et 15 cm et sévère au-delà de 16 cm. Le retentissement maternel est souvent important dans les formes sévères (surdistension utérine). Le pronostic est lié à l'étiologie et est également obstétrical du fait d'un risque élevé de menace d'accouchement prématuré et de rupture prématurée des membranes (**tableau III, fig. 4**).



FIG. 4 : Hydramnios secondaire à une sténose duodénale.

Prise en charge

Une échographie de référence permettra de rechercher une étiologie malformative fœtale, une pathologie annexielle ou des signes d'anémie fœtale.

Le bilan étiologique maternel comprendra un dépistage de diabète gestationnel, un test de Kleihauer et une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI). Les sérologies virales (CMV, toxoplasmose, PVB19, syphilis, varicelle, herpès) sont rarement contributives, sauf dans le cas d'une anasarque fœtale.

>>> En cas d'hydramnios aigu sans étiologie fonctionnelle évidente, une amniocentèse pour caryotype ou CGH-array (avec éventuellement un dosage des enzymes digestives) doit être discutée en réunion de Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN). Un amniodrainage peut être réalisé dans le temps si la tolérance maternelle est mauvaise (douleurs, dyspnée). Un contrôle à 15 jours est indiqué en cas d'excès de LA ; il est prévu à 1 semaine s'il existe

Causes fœtales (40 %)	<ul style="list-style-type: none"> ● Troubles de la déglutition : <ul style="list-style-type: none"> – mécanique : obstacle digestif haut/moyen, compression médiastinale, tumeur cervicale, séquence de Pierre-Robin ; – neurologique : immobilisme, anomalie chromosomique, anencéphalie. ● Pathologie rénale : syndrome de Bartter. ● Insuffisance cardiaque : anémie fœtale (PVB19), <i>shunt</i> (tératome, anévrisme de la veine de Galien), cardiopathie, myocardite, arythmie.
Causes annexielles (10 %)	<ul style="list-style-type: none"> ● Gémellaires monochoriales : anastomoses placentaires dans les syndromes transfuseur-transfusé (STT). ● Chorioangiome. ● Anomalies funiculaires.
Causes maternelles (20 %)	<ul style="list-style-type: none"> ● Diabète gestationnel. ● Allo-immunisation Rhésus, Kell.
Causes idiopathiques (30 %)	

TABEAU III : Étiologies principales de l'hydramnios [7, 8].

un hydramnios. Une échographie du col doit être facilement réalisée afin d'évaluer les risques d'accouchement prématuré. Dans les termes de viabilité fœtale, une maturation pulmonaire fœtale sera facilement associée à une tocolyse maternelle. L'utilisation d'indométacine peut être discutée au cas par cas et selon le terme.

>>> Dans le cas d'une grossesse gémellaire monochoriale surveillée habituellement tous les 15 jours, toute asymétrie de liquide amniotique doit conduire à intensifier la surveillance (contrôle à 1 semaine). La survenue d'un syndrome transfuseur-transfusé (STT) indique un avis dans un centre de référence dans les 48 h (*fig. 5*). L'accouchement

se fera dans une structure adaptée à l'existence d'une pathologie fœtale. La voie d'accouchement sera discutée selon la tolérance fœtale et le type de prise en charge néonatale. Au moment de l'accouchement, il conviendra d'être particulièrement attentif aux risques de procidence du cordon, de présentation dystocique et d'hémorragie de la délivrance par atonie utérine. Une anatomo-pathologie placentaire sera facilement demandée.

>>> Dans le cas d'une interruption médicale de grossesse, une autopsie doit être proposée si le diagnostic étiologique n'est pas établi. Dans 10 % des formes inexpliquées en anténatal, une pathologie postnatale sera découverte, majoritairement à type d'obstacle digestif [9].

[Oligoamnios

Le diagnostic est également échographique (GC < 2 cm ou ILA < 5 cm), d'autant que les signes d'appel cliniques sont pauvres : hauteur utérine faible et utérus moulé, mouvements actifs diminués. L'oligoamnios est une situation fréquente (0,4 à 4 % des grossesses), notamment au cours du 3^e trimestre. L'oligoamnios sévère est toujours pathologique soit par son origine, soit par ses conséquences fœtales et obstétricales. Il est important d'écarter avant tout une rupture prématurée des membranes (RPM). Enfin, sa valeur tant étiologique que pronostique varie selon le trimestre de découverte (*tableau IV*) [8, 9].

>>> Les oligoamnios du 1^{er} trimestre sont généralement sévères et secondaires à une rupture précoce des membranes.

>>> Au 2^e trimestre, l'oligoamnios est généralement d'origine malformative fœtale, notamment uro-rénale, une fois la RPM dédouanée. L'examen échographique est limité par le faible contraste et la limitation des mouvements fœtaux.

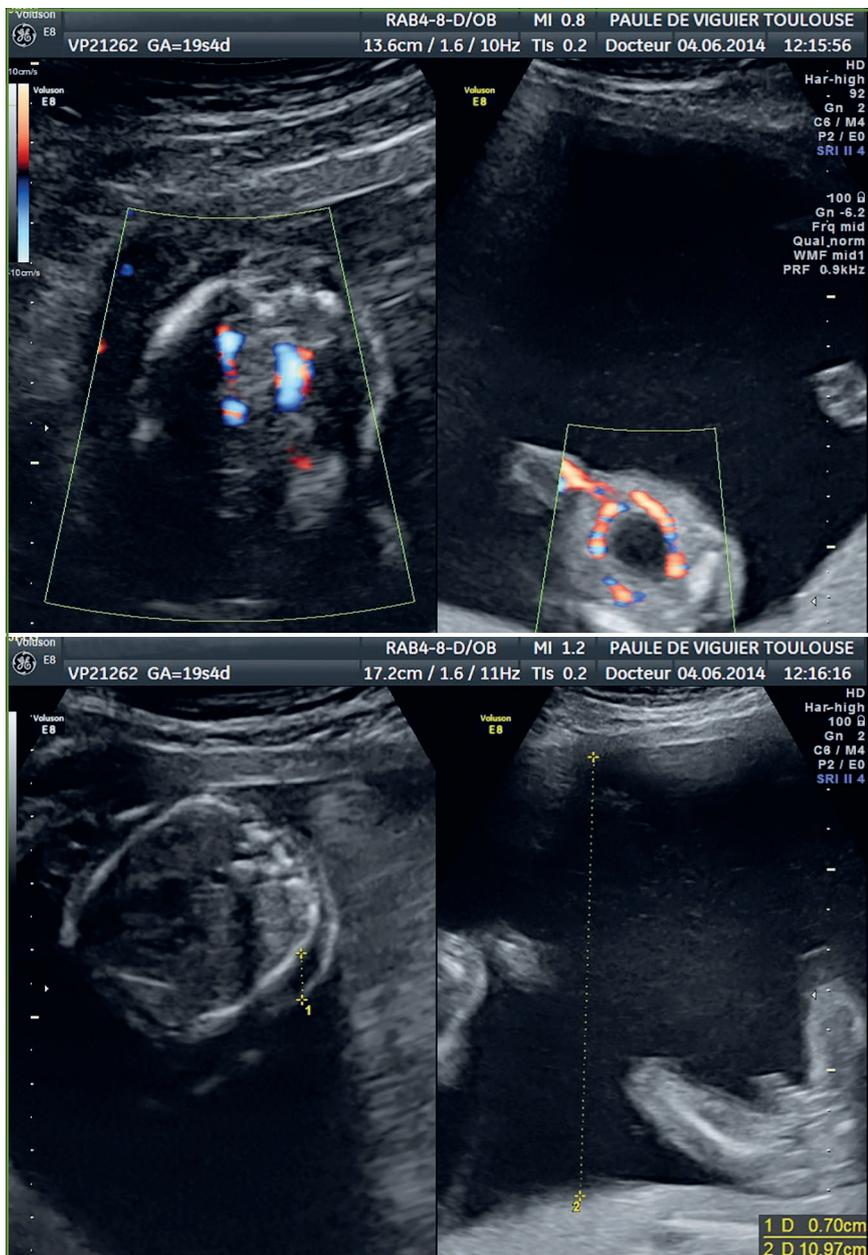


FIG. 5 : Syndrome transfuseur-transfusé.

REVUES GÉNÉRALES

Obstétrique

Une absence de remplissage vésical orientera vers une agénésie rénale bilatérale ou une néphropathie bilatérale (séquence de Potter).

>>> Au 3^e trimestre, une aggravation de la fonction rénale fœtale est plus rarement en cause. Des anomalies utéro-placentaires sont plus habituellement retrouvées (**fig. 6**), classiquement associées à un retard de croissance intra-utérin (RCIU). Enfin, il peut être un signe de post-maturité chez une patiente à terme.

Un bilan vasculo-rénal maternel ainsi qu'une sérologie CMV seront à réaliser dans les contextes évocateurs. Les

Causes fœtales	<ul style="list-style-type: none"> ● RCIU. ● Fœtopathie à CMV. ● Néphropathie: dysplasie, polykystose. ● Uropathie : valves de l'urètre postérieur, uropathie obstructive bilatérale. ● Agénésie rénale bilatérale : séquence de Potter (anamnios). ● Anomalies chromosomiques. ● Mort fœtale <i>in utero</i>.
Causes annexielles	<ul style="list-style-type: none"> ● Gémellaires monochoriales : anastomoses placentaires dans les syndromes transfuseur-transfusé (STT) . ● Dépassement de terme.
Causes maternelles	<ul style="list-style-type: none"> ● Prééclampsie. ● Médicamenteuses : antiprostaglandines, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) .
Idiopathiques (30 %)	

TABLEAU IV : Étiologies principales de l'oligoamnios [7, 8].

POINTS FORTS

- ⇒ L'estimation de la quantité de liquide amniotique (LA) est une évaluation subjective échographique en routine de dépistage. Une quantification chiffrée n'est requise qu'en cas d'anomalie.
- ⇒ L'oligoamnios se définit par une grande citerne (GC) < 2 cm ou un index de liquide amniotique (ILA) ≤ 5 cm. L'hydramnios correspond à une GC > 12 cm et un ILA > 25 cm. L'excès de liquide amniotique est défini par une GC > 8 cm et < 12 cm et un ILA > 18,1 cm et < 25 cm.
- ⇒ 30% des oligoamnios et des hydramnios sont dits idiopathiques après bilan étiologique anténatal. Les formes modérées d'anomalie du liquide amniotique, notamment les excès, restent souvent sans étiologie identifiée.
- ⇒ Un bilan étiologique doit être systématiquement discuté dans les valeurs extrêmes. Les situations de discordance (RCIU associé à un excès de LA) doivent également être soigneusement évaluées car très suspectes.
- ⇒ L'oligoamnios sévère est toujours pathologique soit par son origine, soit par ses conséquences fœtales et obstétricales. Il est important avant tout d'écartier une rupture prématurée des membranes (RPM). La précocité de survenue et le caractère prolongé dans la grossesse sont associés au risque d'hypoplasie pulmonaire fœtale.

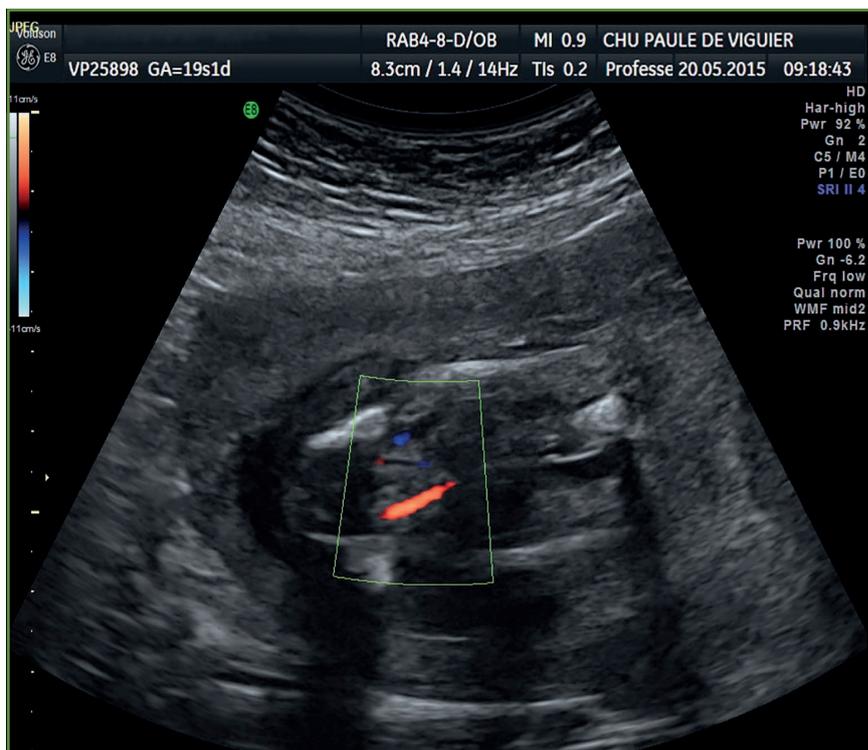


FIG. 6 : Oligoamnios dans une agénésie rénale bilatérale. Vessie non visualisable entre les artères ombilicales fœtales.

Doppler fœtaux et utérins auront également une valeur d'orientation. Les analyses cytogénétiques seront limitées du fait de la faible quantité de LA, mais peuvent se discuter à partir de villosités placentaires ou sur sang fœtal.

Une information pédiatrique adaptée sera à proposer, notamment dans le cas des RPM précoces et le dossier sera discuté facilement pour avis en CPDPN. Une hypoplasie pulmonaire met souvent en jeu le pronostic vital ; la séquence d'immobilité prolongée induit des déformations articulaires et du squelette. Des risques d'infection ovulaire augmentent également le risque et la morbidité liés à la prématurité, qu'elle soit spontanée ou provoquée.

Bibliographie

1. MAGANN EF, PERRY KG JR, CHAUHAN SP *et al.* The accuracy of ultrasound evaluation of amniotic fluid volume in singleton pregnancies: the effect of operator experience and ultrasound interpretative technique. *J Clin Ultrasound*, 1997;25:249-253.
2. MAGANN, CHAUHAN SP, DOHERTY DA *et al.* The evidence for abandoning the amniotic fluid index in favor of the single deepest pocket. *Am J Perinatol*, 2007;24:549-555.
3. CHAMBERLAIN PF, MANNING FA, MORRISON I *et al.* Ultrasound evaluation of amniotic fluid volume II. The relationship of increased amniotic fluid volume to perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol*, 1984;150:250-334.
4. PHELAN JP, SMITH CV, BROUSSARD P *et al.* Amniotic fluid volume assessment with the four-quadrant technique at 36-42 weeks' gestation. *J Reprod Med*, 1987;32:540-542.
5. BESSIS R, MANGIONE R. « Liquide amniotique » in *Imagerie : du fœtus au nouveau-né*, Éditions Lavoisier, 2015;63-67.
6. MAGANN EF, SANDERSON M, MARTIN JN *et al.* The amniotic fluid index, single deepest pocket, and two-diameter pocket in normal human pregnancy. *Am J Obst Gynecol*, 2000;182:1581-1588.
7. SENTILHES L. Liquide amniotique, Hydramnios, Oligoamnios in *Le diagnostic prénatal en pratique*, Elsevier Masson, 2011;281-286.
8. GUÉRIN DU MASCENET B. Liquide amniotique in *Échographie en pratique obstétricale*, Elsevier Masson, 2009.
9. ABELE, STARZ S, HOOPMANN M *et al.* Idiopathic polyhydramnios and postnatal abnormalities. *Fetal Diagn Ther*, 2012;32:251-255.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Palomacare : un gel vaginal hydratant et réparateur de la muqueuse cervico-vaginale

Palomacare est un gel hydratant et réparateur de la muqueuse vaginale, à base d'actifs naturels, qui s'appuie sur des technologies de pointe facilitant la pénétration de ses ingrédients au sein même de l'épithélium vaginal.

Présentées pour la première fois en session orale au congrès EUROGIN de juin dernier, les données cliniques de Palomacare gel démontrent sa capacité à hydrater, réparer et réépithéliser la muqueuse cervico-vaginale, tout en rééquilibrant le microbiote vaginal.

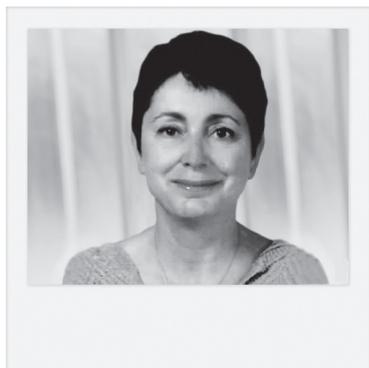
Palomacare est particulièrement indiqué pour atténuer les effets de l'atrophie vaginale, notamment durant la ménopause. Palomacare est par ailleurs indiqué pour traiter les symptômes vaginaux qui peuvent survenir à n'importe quel âge et à tout moment de la vie d'une femme, lorsque d'importants changements hormonaux surviennent, qu'ils soient physiologiques ou non. On peut citer, par exemple, la grossesse, les suites de couches ou d'épisiotomie, l'allaitement, une chirurgie gynécologique, une radiothérapie ou une chimiothérapie, ainsi que l'utilisation de contraceptifs hormonaux.

J.N.

D'après un communiqué de presse du laboratoire Procare Health.

La réhabilitation postopératoire des césariennes : un défi organisationnel au service des femmes

RÉSUMÉ : La réhabilitation rapide postopératoire après césarienne est un concept issu des expériences d'autres chirurgies. Ce concept à la mode, réclamé par les tutelles et les patientes, est difficile à mettre en œuvre. Nous décrivons, après un bref historique, les principes que nous avons déclinés, les obstacles que nous avons rencontrés et la manière de les contourner.



→ F. BAYOUMEU
Unité d'Anesthésie, Maternité
Paule de Viguier, CHU de TOULOUSE.

La réhabilitation (action de rétablir quelqu'un dans ses droits ou, ici, ses fonctions) ou récupération postopératoire après césarienne devrait être le plus souvent une réhabilitation précoce ou rapide, c'est-à-dire un processus qui mobilise l'ensemble des mesures destinées à accélérer la convalescence des femmes après une naissance par césarienne [1]. Le but est de rétablir la femme dans ses capacités physiques antérieures à la chirurgie, mais aussi de lui donner les moyens de prodiguer les soins à son enfant nouveau-né dans le délai le plus court possible. La césarienne programmée est la situation idéale pour déployer le concept, mais les césariennes en urgence, sauf celles qui sont compliquées, devraient en bénéficier également chaque fois que c'est possible.

Le concept est à la mode et la recherche sur internet ramène quelque 32 000 résultats. Mais il s'avère concrètement difficile à mettre en œuvre, car il implique plusieurs métiers, plusieurs compétences, chamboule le train-train hospitalier, met l'organisation des soins au service de la patiente et non l'inverse. Le service des recommandations pro-

fessionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) a été destinataire d'une saisine conjointe de la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), de la DGS (Direction Générale de la Santé) et de la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) en 2013, dans le but de valider des recommandations professionnelles, de réaliser des analyses bibliographiques, de produire des fiches synthétiques, des indicateurs de suivi qualité et sécurité, des outils informatiques permettant une analyse qualité des prises en charge dans le but de favoriser le développement des programmes de réhabilitation précoce postopératoire [2]. Les productions du groupe de travail sont attendues.

Sans une très grande ténacité, un travail de conviction, un suivi et une évaluation des actions au service de la démonstration du bien-fondé pour cette naissance un peu particulière qu'est la césarienne, l'échec de la mise en œuvre de ce concept dans une maternité est prévisible.

Après description du concept et de son historique, les conditions techniques,

les obstacles seront décrits au travers d'une expérience de mise en œuvre.

Le concept et son histoire

Le concept de réhabilitation précoce postopératoire remonte aux années 1990. Il a été initialement décrit pour la chirurgie colique avec pour but de limiter les complications postopératoires, d'améliorer les suites et aussi de réduire la durée de séjour. Progressivement, devant le succès en chirurgie digestive, le concept a été étendu à d'autres types de chirurgie, dont la chirurgie gynécologique carcinologique [3]. Les principes à respecter dans ces programmes sont les suivants :

- une analgésie efficace multimodale limitant les morphiniques, dont les effets secondaires sont redoutés sur le plan de la reprise du transit ;
- une alimentation précoce non restrictive en termes énergétiques ;
- une mobilisation rapide rendue possible par la qualité de l'analgésie ;
- la restriction des drainages, sondages, perfusions ;
- la prévention des nausées et vomissements ;
- le respect du repos et du sommeil.

Les techniques chirurgicales, de par leur évolution vers des incisions plus petites, moins délabrantes, avec respect des muscles et des terminaisons nerveuses (écartement plutôt que section), et particulièrement la technique de Stark pour la césarienne, ont permis de réduire la douleur postopératoire.

La meilleure connaissance de la physiologie digestive a relégué au passé des pratiques de jeûne postopératoire où l'on attendait que le transit reprenne pour donner à boire, puis à manger, même pour de la chirurgie non digestive. Le bol alimentaire est source des réflexes péristaltiques et l'on sait que le fait de ne pas réalimenter retarde la reprise du transit [4].

Après la césarienne, beaucoup d'équipes maintenaient l'administration d'utérotoniques (ocytocine) par voie veineuse pendant des durées variables d'une équipe à l'autre sur la base de la transmission orale de "recettes locales" sans fondement sur des preuves. Ce n'est que récemment que la notion qu'il n'était pas nécessaire de maintenir la perfusion d'ocytocine au-delà de 2 heures – à condition que la tonicité utérine soit satisfaisante et en l'absence de saignement anormal – a été partagée [5]. Cela est venu simplifier le soin postopératoire en limitant la nécessité de la perfusion intraveineuse à la période des 2 heures de surveillance obligatoires après la naissance.

Les stratégies analgésiques postopératoires ont bénéficié des grands progrès déployés par la majorité des équipes. Dans le domaine de la césarienne, le recours à l'anesthésie périmédullaire devenu la règle a permis d'administrer des doses minimales de morphine par voie périmédullaire, dont les effets systémiques sont mineurs et aisément prévenus mais dont l'effet analgésique est majeur au repos et à la mobilisation. L'association des antalgiques, dont les anti-inflammatoires, très actifs sur la douleur viscérale post-césarienne, vient s'intégrer dans le concept d'analgésie multimodale désormais recommandé [6].

Le questionnement sur la manière de gérer le postopératoire de la césarienne a débuté il y a plus d'une dizaine d'années à petits pas. Des avancées se sont faites dans différents domaines (boissons et réanimation postopératoires, stratégie analgésique, gestion des utérotoniques) pour, au final, venir s'agréger en programmes structurés et complets appliqués avec plus ou moins de conviction selon les équipes.

Une enquête publiée en 2013 et portant sur les césariennes programmées montre, en région Provence-Alpes-

Côte d'Azur et Ile-de-France, une grande hétérogénéité des pratiques et une insuffisance de mise en œuvre avec, par exemple, 71 % de retrait de la sonde urinaire au-delà de 24 heures [7]. La même année, une autre enquête nationale – celle-ci réalisée auprès de praticiens d'anesthésie-réanimation travaillant en maternité – montrait le même déficit avec moins de 50 % de recouvrement de l'autonomie des patientes à H24 [8]. D'autres pays sont beaucoup plus en avance. Au Royaume-Uni, par exemple, des programmes sont structurés pour permettre la sortie le lendemain de la césarienne programmée, grâce à des réseaux d'aval très organisés permettant la prise en charge de la santé du nouveau-né et de sa mère et gérant également les aspects sociaux de la sortie [9]. Nous ne disposons pas, en France, d'étude d'impact sur la durée de séjour en maternité de ces programmes.

Conditions techniques pour la réhabilitation rapide après césarienne

Ces conditions sont celles que nous avons mises en œuvre à la Maternité Paule de Viguier, au CHU de Toulouse.

>>> **La chirurgie est respectueuse des tissus** au moyen de la technique de Stark. L'incision transversale est moins douloureuse que l'incision médiane, qui est devenue rarissime. L'absence de drainage est maintenant la règle, et limite les tractions et le retrait douloureux des drains.

>>> **L'analgésie est multimodale** avec de la morphine périmédullaire (dont l'utilisation est rendue possible par le recours à l'anesthésie locorégionale rachidienne dans la quasi-totalité des césariennes), un AINS (kétoprofène) sauf en cas de contre-indication avérée, du paracétamol et du néfopam. La prévision d'un antalgique de secours est

REVUES GÉNÉRALES

Chirurgie

associée dans la limite des posologies maximales. Au-delà du premier jour postopératoire, ce caractère multimodal est poursuivi, avec possibilité d'associer de la morphine *per os* en cas d'analgésie insuffisante pour prendre le relais de l'analgésie morphinique périmédullaire dont les effets s'effacent au-delà de 18 à 24 heures. Le néfopam est stoppé au-delà de 48 heures chez les femmes qui allaitent faute de données pharmacologiques sur son passage dans le lait et les effets sur le nouveau-né. L'administration par voie orale de l'analgésie est systématique, et non "à la demande", à un rythme correspondant aux repas et au coucher. Cette administration est très précoce après la naissance, dès l'arrivée en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) pour éviter l'installation de la douleur et permettre le lever précoce.

>>> **Le remplissage per- et postopératoire est limité** (< 1 L) dans le but de réduire la diurèse dans les premières heures postopératoires et le risque de rétention urinaire après le désondage.

>>> **L'arrêt de la perfusion intraveineuse dès la sortie de la SSPI** est rendu possible par l'absence de nécessité de maintenir une perfusion d'ocytocine si le tonus utérin est satisfaisant et les saignements normaux en quantité. L'hydratation est assurée par voie orale. La voie veineuse est gardée perméable grâce à un mandrin obturateur liquide jusqu'à H24 pour faire face à l'éventuelle nécessité de reperfusion.

>>> **La prévention pharmacologique des nausées et vomissements** par une association de sétron et de corticoïdes en peropératoire permet de réduire de façon drastique cet inconfort du *post-partum* de la césarienne qui a pu être avancé pour exclure les morphiniques périmédullaires. Cette prévention, associée à la reprise rapide des boissons et de l'alimentation, procure un grand confort postopératoire et permet

POINTS FORTS

- ➔ Travailler au préalable l'analgésie postopératoire en incluant les morphiniques périmédullaires.
- ➔ Trouver un porteur de projet reconnu et consensuel connaissant bien l'organisation des soins.
- ➔ Créer un groupe de travail multidisciplinaire pour l'écriture du protocole : sages-femmes, infirmiers (y compris IADE), aides-soignants, cadres, gynécologue-obstétricien, diététicienne, anesthésiste, pharmacologue, pharmacien.
- ➔ Analyser les données de la littérature et recenser les expériences d'autres équipes.
- ➔ Valider les protocoles par les instances *ad hoc* de l'établissement.
- ➔ Déployer le protocole dans une phase test. Le porteur du projet doit accompagner personnellement cette phase.
- ➔ Déployer le protocole en routine après ajustement éventuel.
- ➔ Accompagner les soignants par l'encadrement et l'équipe médicale : prise en compte des difficultés, révision du protocole.
- ➔ Évaluer la satisfaction des patientes, des soignants.
- ➔ Analyser l'impact sur les durées de séjour et leur coût.

des apports énergétiques et hydriques nécessaires à l'allaitement.

>>> **La reprise des boissons** est débutée dès la SSPI. Elle permet la prise des médicaments *per os*.

>>> **L'alimentation** dès le retour en chambre comporte une collation puis, à l'heure du repas suivant ce retour, un repas "normal" adapté aux besoins du *post-partum*.

>>> **Le retrait de la sonde urinaire** est théoriquement possible dès la fin de l'intervention car ce sondage n'a de nécessité que pour l'intervention. En pratique, il est effectué à la sortie de la SSPI. Cependant, l'anesthésie rachidienne rend le réflexe de miction inopérant pendant plusieurs heures. C'est pourquoi il faut limiter les apports importants de solutions hydro-électrolytiques en peropératoire pour éviter la

distension vésicale, mais aussi savoir attendre la disparition de l'effet des anesthésiques locaux sur l'innervation vésicale. En règle générale, il ne faut pas espérer de miction spontanée avant 6 à 10 heures. Aussi est-il important de disposer d'un moyen de contrôle du volume vésical pour diagnostiquer la rétention urinaire. Les ultrasons permettent de mesurer ce volume. Un algorithme décisionnel est disponible dans le service des suites de couches pour poser l'indication d'un éventuel sondage vésical évacuateur.

>>> **Le premier lever** accompagné d'un soignant est réalisé à partir de H6, en respectant toutefois le repos nocturne. Il est associé à la proposition d'une miction aux toilettes. À l'issue du premier lever, on propose une toilette à la douche puis du repos au fauteuil, un changement de vêtements, la participation aux soins au nouveau-né.

Si la patiente le souhaite, elle peut se recoucher, puis ensuite se lever seule à son rythme.

>>> **Le respect de l'autonomie de la patiente** est symbolisé par la mise à disposition des médicaments, mais il se concrétise aussi dans le respect du rythme de la reprise des activités, de la libre alimentation, de l'accompagnement pour les soins au nouveau-né, du libre accueil de la famille.

>>> **L'information de la patiente** est réalisée chaque fois que c'est possible au cours de la consultation obstétricale de programmation. Cette information est reprise au cours de la consultation d'anesthésie, puis en visite pré-anesthésique. Elle est mentionnée dans le document institutionnel d'information avant césarienne. Les sages-femmes du service d'hospitalisation viennent compléter ces éléments et répondent aux interrogations de la femme et du couple. En cours d'intervention, en SSPI, les soignants réitèrent les conseils sur la gestion de l'analgésie postopératoire et précisent le déroulement des suites immédiates.

Les obstacles

On peut les classer par l'importance des difficultés à les résoudre.

>>> **La dispensation des médicaments**, ici antalgiques, peut apparaître comme un obstacle insurmontable. La pratique de nombreux établissements consiste en la distribution à heures fixes des médicaments qui permet dans le même temps de tracer leur administration. Pour les prescriptions à la demande ou de secours, le patient devient tributaire de la disponibilité des soignants. La qualité de l'analgésie devient dépendante de la capacité du service à respecter les horaires. La construction d'un programme de réhabilitation peut se heurter à l'impossibilité de faire bouger

ces pratiques, renforcées parfois par des oppositions de la part de l'encadrement ou des structures en charge de la conformité à des standards, ou par des référentiels parfois mal interprétés ou obsolètes. La possibilité de mettre à disposition, en cas de besoin, un comprimé de morphine peut ainsi devenir un *casus belli*.

Une concertation à l'intérieur de l'établissement est incontournable. Elle peut s'appuyer sur les expériences d'autres établissements, mais aussi sur la lecture "moderne" des référentiels, par exemple celui de la certification V2014. Concernant la prise en charge médicamenteuse, le critère 20 a. bis prévoit la stratégie ("les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont assurés", "les règles d'administration des médicaments sont définies et la traçabilité de l'acte est organisée"), mais aussi sa réalisation ("la traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient est assurée"), ainsi que son évaluation ("un audit périodique du circuit du médicament est réalisé, notamment sur la qualité de l'administration") [10].

Le comité *ad hoc* de l'établissement (commission du médicament et dispositifs médicaux de santé) est aidant pour mettre en harmonie les principes de sécurisation et de traçabilité des médicaments et les objectifs d'autonomisation des patients. Des conditions visant à s'assurer de l'information du patient, de sa capacité à être autonome dans les prises médicamenteuses, mais aussi de la mise en place des moyens matériels de sécurisation (pilulier, ordonnance, emplacement pour le rangement du pilulier dans la chambre) et, bien sûr, de traçabilité *a posteriori* sont en contrepartie demandées par ce comité. Le comité peut aller chercher une validation de la démarche auprès de l'Agence régionale de santé (ARS), qui, selon notre expérience, s'est mon-

trée favorable, à titre d'expérimentation, à la mise en place de piluliers pour 24 heures comportant un comprimé de morphine comme antalgique de secours.

>>> **La culture de la prise en charge de la douleur** est à travailler avant de se lancer dans la démarche. En effet, des cultures d'établissement peuvent se construire sur des habitudes et "contaminer" tout le personnel soignant, condamnant la réussite du projet parce que, si la patiente est douloureuse, elle ne se lèvera pas rapidement ! Pour exemple, parmi les idées reçues à combattre : "les AINS sont nocifs pour l'allaitement car ils empêchent la montée laiteuse", "il faut prendre le moins de médicaments possible quand on allaite", "la césarienne est une intervention moyennement douloureuse", "il ne faut pas administrer de morphine périmédullaire car elle provoque des nausées", "la voie intraveineuse procure une meilleure analgésie". Des formations sur la prise en charge et l'évaluation de la douleur permettent de reconstruire un socle de connaissances partagé par tous les soignants au contact de la femme et de son nouveau-né, sans en oublier aucun. La validation du protocole antalgique par le CLUD (Comité de lutte contre la douleur) est un gage de succès.

>>> **Le changement de l'organisation des soins** peut être source d'anxiété pour le personnel soignant. En effet, on déplace la charge de soins au jour de la césarienne. Là où le premier lever était réalisé le lendemain matin, à l'heure qui arrangeait le fonctionnement de l'équipe soignante, avec le retrait de la sonde urinaire et le passage aux antalgiques par voie orale, on déplace ces soins à l'après-midi suivant la césarienne à une heure précise. Pour vaincre ces réticences, il faut convaincre qu'il s'agit là d'une stratégie gagnante pour l'équipe, la patiente et son bébé. À terme, la charge en soins est réduite grâce à la réduction des préparations

REVUES GÉNÉRALES

Chirurgie

d'antalgiques intraveineux, des appels pour analgésie insuffisante et à l'autonomie de la patiente.

Des patientes tests peuvent constituer pour l'équipe – à condition qu'elle soit accompagnée par les promoteurs du changement – une démonstration du bien-fondé et du réalisme de la démarche. Les résultats sont, en effet, parfois bluffants avec, par exemple, une réelle difficulté à identifier la patiente au sein de la réunion familiale qui s'est constituée dans la chambre autour du nouveau-né à peine 8 heures après sa naissance ! Mais il faut aussi respecter les conditions de travail en même temps que le repos de la patiente en n'imposant pas un premier lever à minuit quand la césarienne a eu lieu à 18 heures ! Ainsi, dans notre pratique, après avoir entendu ces difficultés, nous avons admis avec les soignants que, pour les femmes dont le premier lever était théoriquement possible entre 22 heures et 6 heures du matin, on pouvait le différer au petit matin après le petit déjeuner et la prise d'antalgiques.

>>> Le risque de rétention urinaire est à l'origine des réticences à l'ablation précoce de la sonde urinaire. La surveillance de la miction et du volume vésical est un élément du programme à organiser. Il faut vérifier que la patiente urine spontanément dans un délai défini. Si ce n'est pas le cas, il faut évaluer le volume vésical et définir une stratégie selon le volume mesuré, sondage urinaire ou expectative. Dans notre expérience, nous l'avons fixé initialement à 6 heures après la rachianesthésie et il y avait de très nombreux sondages évacuateurs (> 50 %). Nous avons décidé de reporter ce délai à 10 heures après la rachianesthésie et nous avons vu le nombre de sondages évacuateurs diminuer considérablement. Cependant, il y a lieu de réfléchir à l'organisation des soins, en particulier de nuit, et au second impératif qui est le respect du repos de la patiente. Faire lever une

patiente à 2 heures du matin pour aller aux toilettes, puis éventuellement contrôler son volume vésical ne paraît pas raisonnable.

Pour respecter toutes ces contraintes, on peut proposer le retrait de la sonde urinaire pour les sorties de SSPI entre 3 heures et 16 heures. Dans les autres cas, la sonde urinaire est ôtée au petit matin. On peut mettre en place un programme d'assurance qualité pour vérifier qu'il n'y a pas de dérive vers des sondages prolongés.

>>> Le changement dans la relation de soins est à accompagner car, d'objet de soins, la patiente devient actrice de ses soins. L'accompagnement et l'éducation deviennent la mission essentielle des soignants. L'action principale est de conseiller, assister, vérifier que tout se passe bien. On ne lève plus l'accouchée, on ne lui fait plus sa toilette, elle se lève et fait sa toilette. De fait, la charge en soins va diminuer.

>>> La réalimentation précoce, dès le retour en chambre, se heurte à la culture des programmes de réalimentation progressive, qui était la règle même pour des chirurgies non digestives. Ces programmes sont parfois présents dans les logiciels de commande des repas, commande faite le plus souvent par du personnel peu impliqué dans les soins. La mise en place du programme de réhabilitation précoce permet de découvrir que les patientes sont parfois réalimentées sur 3 jours et se plaignent d'avoir faim alors qu'elles allaitent ! Aussi faut-il impliquer les diététiciennes de l'établissement et le personnel chargé de la commande des repas pour cet aspect du programme.

Conclusion

La mise en place d'un programme de réhabilitation précoce après césarienne est un travail collectif passionnant. Il

demande un investissement important de la part des porteurs de projet au départ, qui sont payés de leurs efforts en constatant que, très vite, le retour en arrière serait inconcevable. Les soignants vont demander une extension à toutes les césariennes, même réalisées sur un mode non programmé.

Bibliographie

1. BEAUSSIER M, JABER S, SEBBANE M *et al.* Réhabilitation postopératoire. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Anesthésie Réanimation*, 36-398-A-10, 2010.
2. Note de cadrage HAS. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_de_cadrage_programme_rehabilitation_rapide.pdf
3. MARX C, RASMUSSEN M, JAKOBSEN DH *et al.* The effect of accelerated rehabilitation on recovery after surgery for ovarian malignancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2006;85:488-492.
4. ROMAN S, MION F. Données fondamentales sur la physiologie de la motricité digestive. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), *Gastroentérologie*, 9-000-A-10, 2009.
5. Collège National de Gynécologie Obstétrique Français. Recommandations pour la Pratique Clinique. Hémorragies du post-partum 2014. http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf
6. Société Française d'Anesthésie et Réanimation. RFE Prise en charge de la douleur post-opératoire chez l'adulte et l'enfant. *Ann Fr Anesth Réanim*, 2008;27:1035-1041.
7. WYNIĘCKI A, RAUCOULES-AIMÉ M, DE MONTBLANC J *et al.* Réhabilitation précoce après césarienne programmée : enquête de pratique auprès des maternités des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Ile-de-France. *Ann Fr Anesth Réa*, 2013;32:149-156.
8. JACQUES V, VIAL F, LERNTU M *et al.* Réhabilitation périopératoire des césariennes programmées non compliquées en France : enquête de pratique nationale. *Ann Fr Anesth Réa*, 2013;32:142-148.
9. WRENCH IJ, ALLISON A, GALIMBERTI A *et al.* Introduction of enhanced recovery for elective cesarean section enabling next day discharge: a tertiary centre experience. *Int J Obstet Anesth*, 2015;24:124-30.
10. HAS Manuel de certification V2014 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

L'utilisation de 17 alpha-hydroxyprogestérone caproate chez les patientes à haut risque d'accouchement prématuré avec un col court ne prolonge pas la grossesse et ne réduit pas les taux d'accouchements prématurés : un essai randomisé et contrôlé.

WINER N, BRETTELE F, SENAT MV *et al.* 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate does not prolong pregnancy or reduce the rate of preterm birth in women at high risk for preterm delivery and a short cervix : a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 2015;212:485.e1-10.

La prématurité est la première cause de mortalité dans le premier mois de vie. Elle est associée à une morbidité importante, notamment sur le plan du développement neurologique. La lutte contre la prématurité reste à ce titre une priorité obstétrico-pédiatrique.

Plusieurs éléments diagnostiques permettent de prédire le risque d'accouchement prématuré (examen clinique, cervicométrie...). L'utilisation de la progestérone dans la prévention de la prématurité, en intravaginale ou en intramusculaire, reste sujette à polémique devant des résultats contradictoires publiés dans des études randomisées et *versus* placebo [1, 2].

Cette étude est le premier essai clinique multicentrique randomisé et contrôlé évaluant l'intérêt de l'administration intramusculaire de 17 alpha-hydroxyprogestérone caproate (17OHP-C) dans la prolongation de la grossesse chez une population de femmes à risque d'accouchement prématuré.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude multicentrique, prospective et randomisée, menée en ouvert dans 11 CHU français.

Les patientes incluses étaient des patientes asymptomatiques présentant une grossesse singleton considérée comme à haut risque d'accouchement prématuré devant un antécédent d'accouchement prématuré, de chirurgie cervicale, de malformation utérine ou d'exposition anténatale au DES (Distilbène). Chez ces patientes était instaurée une surveillance échographique de cervicométrie tous les 15 jours à partir de 16 SA (semaines d'aménorrhée). Une inclusion leur était proposée, après obtention d'un consentement écrit, si leur col mesurait moins de 25 mm entre 20 et 31 SA.

Étaient exclues les patientes présentant une dilatation cervicale supérieure à 3 cm, une rupture prématurée des membranes, une chorioamniotite, un placenta praevia, une grossesse gémellaire, un retard de croissance intra-utérin, des malformations fœtales ou des anomalies chromosomiques, une pathologie maternelle ou fœtale requérant de la prog-

estérone, ainsi que les patientes sous anticonvulsivants ou participant déjà à une autre étude.

Le protocole de l'étude avait reçu l'agrément du Comité d'éthique de l'hôpital de Poissy/Saint-Germain-en-Laye. La randomisation se faisait en 1:1 pour les patientes, soit pour le groupe 17OHP-C, soit pour le groupe contrôle sans traitement. La progestérone utilisée était de la progestérone retard. Si des patientes du groupe 17OHP-C étaient hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré, elles étaient tocolysées et poursuivaient leur traitement par 17OHP-C.

Le critère de jugement principal était, dans chaque groupe, l'intervalle de temps écoulé entre la randomisation et l'accouchement. Les critères de jugement secondaires étaient tout d'abord obstétricaux (taux d'accouchements prématurés avant 37 SA, 34 SA et 32 SA et nombre de réadmissions pour menace d'accouchement prématuré), néonataux ensuite (poids de naissance, taux de transfert dans une unité de soins intensifs néonataux, de détresse respiratoire, de dysplasie bronchopulmonaire, d'entérocolite ulcéro-nécrosante, de leucomalacie périventriculaire), et enfin thérapeutiques, et ils concernaient tous les effets indésirables du traitement, qu'ils soient maternels ou fœtaux.

L'hypothèse statistique de départ avait montré qu'un échantillon de 240 femmes (120 dans chaque groupe) devait être suffisant pour démontrer une prolongation de la grossesse de 14 jours dans le groupe 17OHP-C, avec une puissance d'au moins 90 % et un risque alpha de 5 %. L'analyse a été menée en intention de traiter. Une analyse intermédiaire des résultats avait été programmée avec deux objectifs : permettre soit de stopper précocement l'étude si ses résultats étaient futiles, soit de réajuster la taille de l'échantillon nécessaire afin de montrer un bénéfice significatif de la 17OHP-C dans la prolongation des grossesses à haut risque d'accouchement prématuré.

Résultats

L'étude a été menée dans 11 CHU entre août 2006 et décembre 2009. Les caractéristiques cliniques des patientes ne différaient pas entre les deux groupes.

L'analyse intermédiaire a été menée après inclusion de 105 patientes (51 dans le groupe 17OHP-C et 54 dans le groupe contrôle). Pour arriver à la puissance initialement prévue de 90 %, 264 patientes supplémentaires (au lieu des 135 initialement prévues, soit 369 patientes au total) auraient dû être incluses dans l'analyse. Au vu des résultats non significatifs des études parallèles menées avec la

ANALYSE BIBLIOGRAPHIQUE

17OHP-C (chez les jumeaux et chez les singletons après tocolyse [3, 4]), les investigateurs ont décidé de stopper l'étude pour futilité.

>>> Concernant le critère de jugement principal, l'analyse intermédiaire a montré qu'il n'existait aucune différence significative entre le groupe 17OHP-C et le groupe contrôle en termes d'intervalle de temps jusqu'à l'accouchement (77 [54-103] et 74 [52-99] jours, IC [-9; +17]) ni en termes de taux d'accouchements prématurés avant 37 SA (45 % *versus* 44 % ; $p > 0,99$), avant 34 SA (24 % *versus* 30 % ; $p = 0,5$) et avant 32 SA (14 % *versus* 20 % ; $p = 0,44$). Deux analyses en sous-groupes ont aussi été menées *post hoc* – en fonction de l'âge gestationnel et de la cervicométrie à l'inclusion – qui n'ont pas retrouvé de différence significative non plus entre les deux groupes en termes d'intervalle de temps entre la randomisation et la date d'accouchement.

>>> Concernant les critères secondaires de jugement, les poids de naissance médians, les taux d'admission dans les unités de soins intensifs, de syndromes de détresse respiratoire, de dysplasie bronchopulmonaire, d'entérocolite ulcéro-nécrosante, de leucomalacie périventriculaire, de décès néonatal, ou d'effets indésirables maternels ou fœtaux, ne différaient pas entre le groupe 17OHP-C et le groupe contrôle.

Discussion

Les résultats de cette étude multicentrique et randomisée ne sont pas en faveur de l'utilisation de la 17OHP-C dans la prévention de la prématurité chez des patientes à risque d'accouchement prématuré (avec un col court à la cervicométrie et des facteurs de risque d'accouchement prématuré) et sont en accord avec ceux d'autres études menées sur des patientes enceintes de grossesses multiples [5, 6]. Ils s'opposent cependant à ceux de Meis *et al.* [1] qui, dans une étude randomisée en double aveugle contre placebo, avaient montré que des injections hebdomadaires de 17OHP-C réduiraient le risque de récurrence d'accouchement prématuré chez des patientes ayant des antécédents d'accouchement prématuré. Pour autant, la population étudiée ici diffère de celle de Meis, laquelle n'était limitée qu'aux patientes avec antécédent de prématurité, sans mesure de longueur cervicale.

>>> Cette étude possède des points forts : le fait d'avoir réellement sélectionné une population à risque d'accouchement prématuré puisque 44,7 % des patientes incluses ont accouché avant 37 SA, le fait d'avoir utilisé une plus forte dose de 17OHP-C (500 mg *versus* 250 mg dans les autres études) permettant une réelle étude de son effet sur la prolongation de ces grossesses à haut risque.

>>> Cependant, elle possède aussi des limitations : le fait que, pour des raisons éthiques, elle n'ait pas pu être menée *versus* placebo (polémique sur l'innocuité de l'huile de castor utilisée comme placebo) ainsi que le fait qu'elle ait été menée en ouvert, ce qui pouvait générer un biais. Le taux de cerclages important avant la randomisation (38 % et 45 % respectivement dans les groupes contrôle et 17OHP-C) constitue également un facteur de confusion sur l'interprétation des résultats. Enfin, la question de la voie d'administration de la progestérone (intramusculaire *versus* intravaginale) demeure, mais il n'existe pas d'étude à ce jour comparant la progestérone vaginale à un placebo chez des patientes à haut risque de prématurité.

Conclusion

L'administration de 17OHP-C n'a pas montré son efficacité dans la réduction du taux d'accouchements prématurés chez des patientes à haut risque (avec un col court et des facteurs de risque supplémentaires comme des antécédents de prématurité, des anomalies utérines ou une exposition *in utero* au DES). L'essai a été arrêté après analyse intermédiaire montrant l'absence de différence significative entre le groupe contrôle et le groupe 17OHP-C.

Bibliographie

1. MEIS PJ, KLEBANOFF M, THOM E *et al.* Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate. *N Engl J Med*, 2003;348:2379-2385.
2. GROBMAN WA, THOM EA, SPONG CY *et al.* Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network. 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate to prevent prematurity in nulliparas with cervical length less than 30mm. *Am J Obstet Gynecol*, 2012;207:390.e1-8.
3. ROZENBERG P, CHAUVEAUD A, DERUELLE P *et al.* Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie. Prevention of preterm delivery after successful tocolysis in preterm labor by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 2012;206:206.e1-9.
4. SENAT MV, PORCHER R, WINER N *et al.* Groupe de Recherche en Obstétrique et Gynécologie. Prevention of preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate in asymptomatic twin pregnancies with a short cervix: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*, 2013;208:194.e1-8.
5. ROUSE DJ, CARITIS SN, PEACEMAN AM *et al.* A trial of 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate to prevent prematurity in twins. *N Engl J Med*, 2007;357:454-461.
6. CARITIS SN, ROUSE DJ, PEACEMAN AM *et al.* Prevention of preterm birth in triplets using 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 2009;113:285-292.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

T. ARIAS

Service de Gynécologie-obstétrique,
Hôpital Robert-Debré, PARIS.

Contraception orale⁽¹⁾ recommandée en 1^{ère} intention⁽²⁾

L'utilisation de tout contraceptif hormonal combiné (CHC) augmente le risque thrombo-embolique veineux par rapport à une non-utilisation. (cf. 4.1, 4.3 et 4.4 du RCP).

Un document d'aide à la prescription a été élaboré pour vous accompagner lors de vos consultations relatives aux CHC, disponible sur demande auprès du laboratoire via votre visiteur médical, en appelant le service d'information médicale au 0800 51 34 11, en écrivant à infomed.teva@tevafrance.com, sur le site www.teva-france.fr, ou sur le site www.ansm.sante.fr.



Leeloo[®] Gé

Lévonorgestrel 100 µg
Ethinylestradiol 20 µg

Pour une information complète, se reporter au RCP de Leeloo[®] Gé disponible sur la base de données publique des médicaments (<http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>).

1. Résumé des Caractéristiques du Produit Leeloo[®] Gé en vigueur.

2. HAS - Avis de la Commission de la Transparence de Leeloo[®] Gé du 1^{er} avril 2015.

Cette spécialité est un générique de Laurette[®] 100µg/20µg comprimés enrobés (Spécialité non commercialisée en France). Médicament inscrit au répertoire des génériques. Lors de la substitution, consultez la liste des excipients à effet notoire figurant sur l'emballage ainsi que le répertoire des génériques pour prendre connaissance des mises en garde éventuelles y figurant.

Teva Santé

100 - 110 Esplanade du Général de Gaulle

92931 La Défense Cedex

RCS : 401 972 476

santé de la femme

TEVA
laboratoires