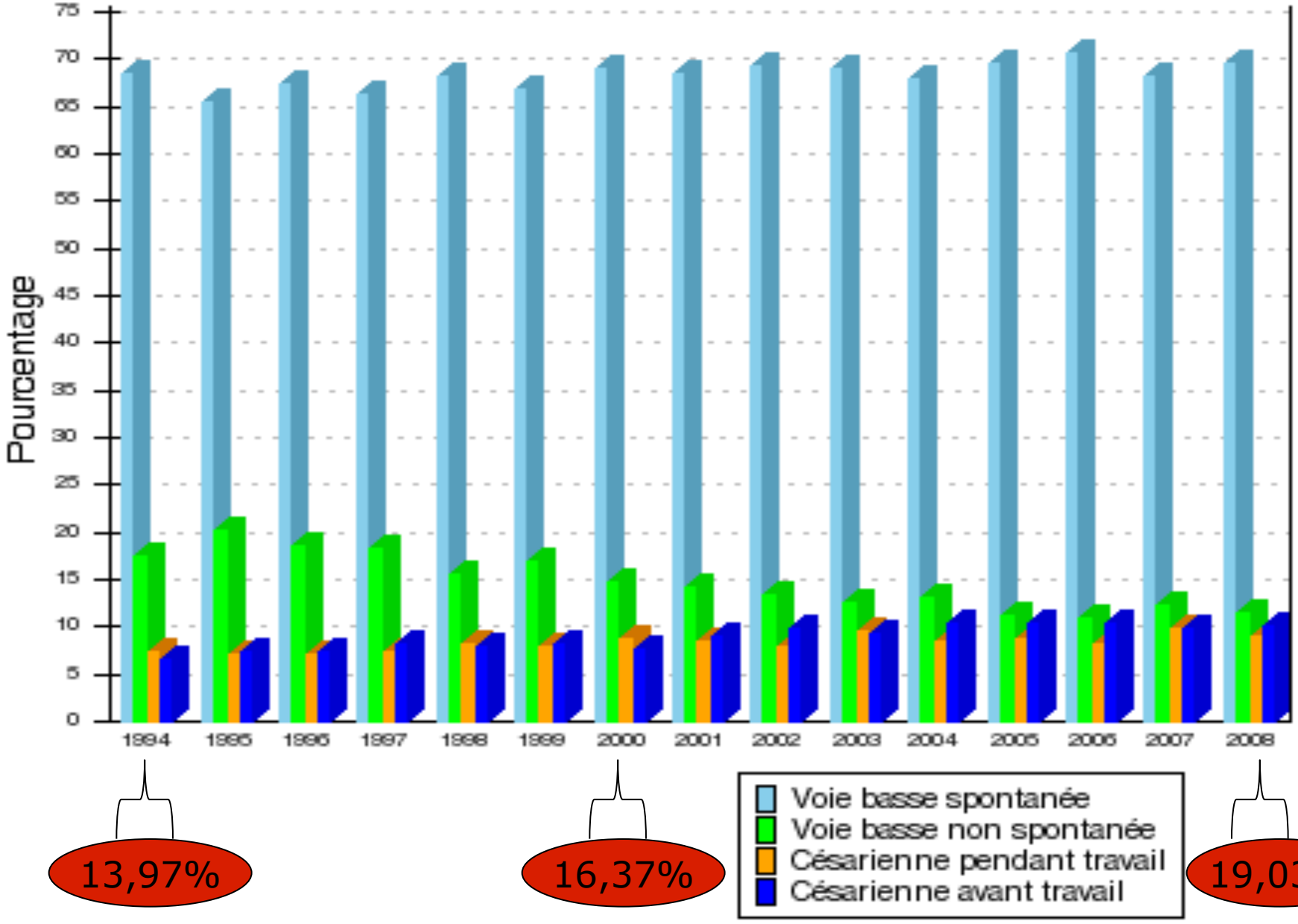
Quoi de neuf en obstétrique?

Aude Ricbourg
Service de gynécologie obstétrique
Pr. E. Barranger
Hôpital Lariboisière

Conflit d'intérêt: aucun

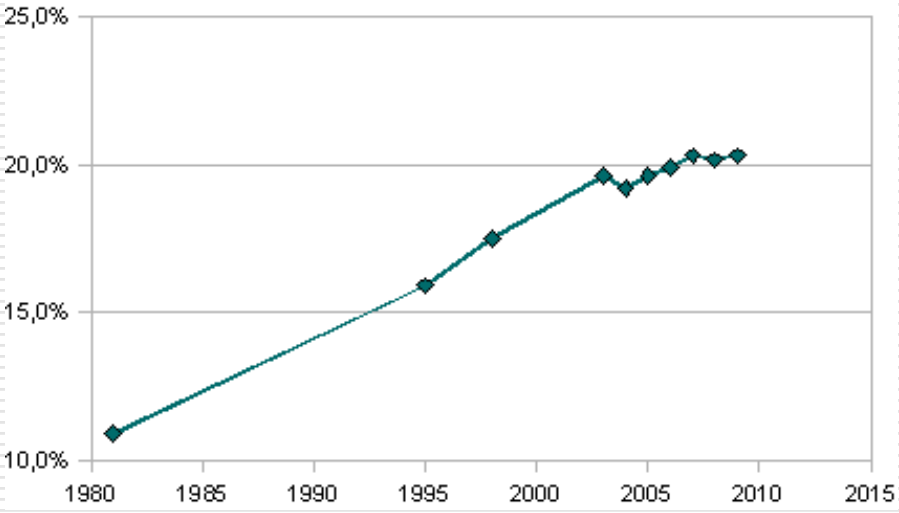
Utérus cicatriciels

Évolution du taux de césariennes en France



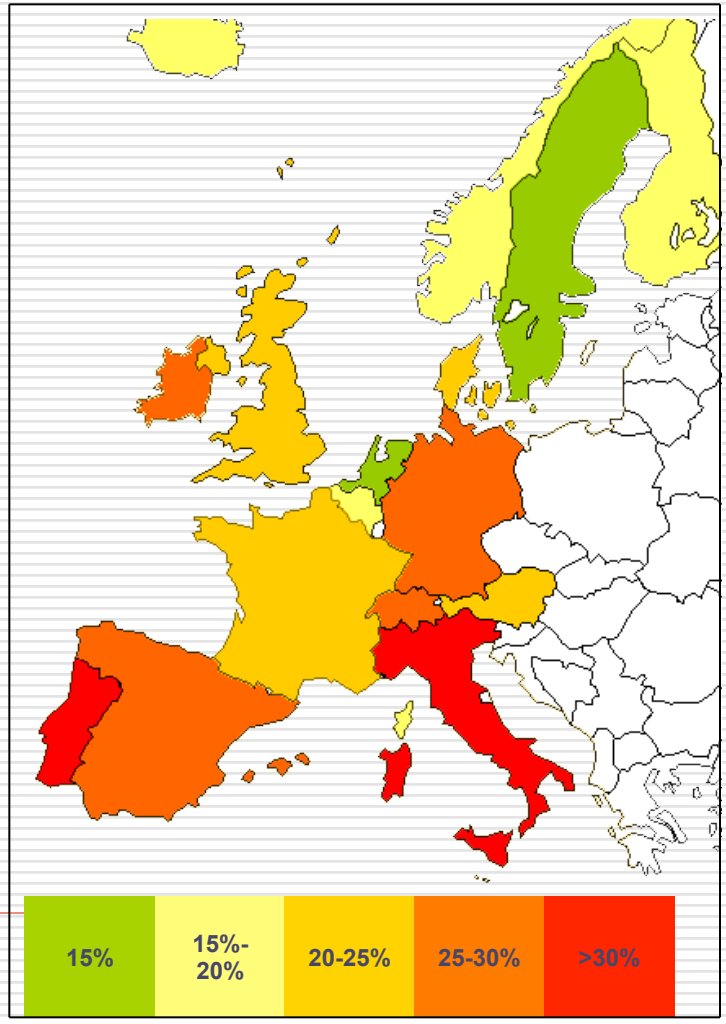
Rapport AUDIPOG

Utérus cicatriciels



Évolution en France

Évolution en Europe



Dans le monde…
2007 aux Etats-Unis 32%
2010 en Chine 45%

Utérus cicatriciels
Ce que l'on savait déjà…

www.AJOG.org

Long-term maternal morbidity associated with repeat cesarean delivery

Erin A. S. Clark, MD; Robert M. Silver, MD

Décembre 2011

- Augmentation du risque de placenta accreta:0,3 % en cas d'utérus non cicatriciel *versus* 2,9% en cas d'utérus au moins tri cicatriciel et 6,74% en cas de plus de 6 césariennes → 1ère cause d'hystérectomie d'hémostase
- Placenta praevia : OR 2,6 entre utérus unicicatriciel versus non cicatriciel
- Autres: ↗ du nombre d'hystérectomie d'hémostase, de plaie vésicale et urétérale, de transfusion, d'admission en unités de soins intensifs, d'adhésion postopératoire, de morbidité périnatale…

OBSTETRICS

Morbidity following primary cesarean delivery in the Danish National Birth Cohort

Sherri Jackson, MD, MPH; Laura Fleege, MPH; Moshe Fridman, PhD; Kimberly Gregory, MD, MPH; Carolyn Zelop, MD; Jorn Olsen, MD, PhD

TABLE 2
Unadjusted rates of all outcomes after first delivery by route of first delivery

Outcome	Vaginal, (n = 27,543) %	n	Cesarean, (n = 4030) %	n	*P* value
Pregnancy loss					
Spontaneous abortion	10.66	3691	13.08	675	< .0001
Ectopic pregnancy	0.84	291	1.01	52	.2249
IUFD	0.15	41	0.10	4	.4356
Antepartum or labor complications					
Uterine rupture	0.04	12	1.86	75	< .0001
Preterm birth	0.78	216	0.32	13	.0013
Placenta accreta	0.04	12	0.10	4	.1424
Placental abruption	0.38	105	0.82	33	< .0001
Placenta previa	0.30	82	0.55	22	.0102
Hysterectomy	0.01	4	0.12	5	.0001
Anemia	1.58	434	4.19	169	< .0001
Postpartum hemorrhage	4.11	1132	3.47	140	.0551

IUFD, intrauterine fetal demise.

Jackson. Morbidity following primary cesarean. Am J Obstet Gynecol 2012.

Cohorte nationale comparant des issues d'une grossesse ultérieure En cas de césarienne au premier accouchement ou d'accouchement voie basse

Février 2012

Utérus cicatriciels
Nouveautés 2012

Indications de la césarienne programmée à terme

Janvier 2012

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

- « en raison de la morbidité néonatale (notamment de détresse respiratoire), il est recommandé de ne pas faire une césarienne programmée **avant 39 semaines** d'aménorrhée pour les grossesses monofoetales » (grade C)

- « l'utérus cicatriciel n'impose pas la réalisation d'une radiopelvimétrie » (Accord d'experts)

Utérus cicatriciels Nouveautés 2012

HAS
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Macrosomie hors diabète

C	• En l'absence de diabète, la macrosomie n'est pas en elle-même une indication systématique de césarienne programmée. • La césarienne programmée est recommandée en cas de poids fœtal estimé supérieur ou égal à 5 000 g. • En raison de l'incertitude de l'estimation du poids fœtal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 500 g et 5 000 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas.

Macrosomie liée au diabète

C	• En présence d'un diabète, la césarienne programmée est recommandée en cas d'estimation du poids fœtal supérieur ou égal à 4 500 g. • En raison de l'incertitude de l'estimation du poids fœtal, pour une suspicion de macrosomie comprise entre 4 250 g et 4 500 g la césarienne programmée est à discuter au cas par cas en tenant compte des autres critères liés à la pathologie et au contexte obstétrical.

Utérus cicatriciels Nouveautés 2012

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Césarienne sur demande	
Information de la patiente sur la césarienne sur demande	
AE	La demande maternelle n'est pas en soi une indication à la césarienne. Il est recommandé de rechercher les raisons spécifiques à cette demande, de les discuter et de les rapporter dans le dossier médical.
	Lorsqu'une femme demande une césarienne par peur de l'accouchement par voie basse, il est recommandé de lui proposer un accompagnement personnalisé. Une information sur la prise en charge de la douleur peut constituer une réponse efficace à cette peur.
	L'information et la discussion doivent intervenir le plus tôt possible, en particulier lors de l'entretien prénatal précoce, en accord avec les recommandations HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité.
	Les bénéfices attendus par la patiente doivent être mis en regard des risques associés à la césarienne et expliqués à la patiente (en particulier, le risque accru de *placenta prævia* et *accreta* associé à la césarienne pour les grossesses futures).
	Après recueil des raisons de la demande initiale, suivi d'une information sur les différents modes d'accouchement, l'acceptation d'une césarienne sur demande nécessite une analyse concertée avec la patiente de ses motivations.
Attitude du professionnel	
AE	Un médecin peut décliner la réalisation d'une césarienne sur demande. Il doit alors orienter la patiente vers un de ses confrères.

Délivrance dirigée

Délivrance dirigée ce que l'on savait déjà …..

- Injection d'ocytocine en IVD ou IM ou IVL au dégagement de l'épaule ou dans les deux premières minutes suivant la naissance ACCOMPAGNEE d'une traction douce du cordon
  (RR 2,42 p<0,0001)

  Rogers J Lancet 1998

- Réduction des pertes sanguines de plus de 500 ml RR 0.50 (95% IC 4,43-0,59) versus expectative sans différence significative sur les délivrances artificielles RR 1,17 (95% IC 0,79-1,73)

  Elbourne D Cochrane Library 2004

- Diminution du risque
  - d'hémorragie de plus de 1000 ml RR 0,34 (95% IC: 0,14-0,87)
  - d'hémoglobine maternelle < 9 g/dl RR 0,50 (95% IC 0,30-0,83)

  - mais effets indésirables identifiés et groupe très hétérogènes

  Begley C Cochrane 2010 Issue 7

Délivrance dirigée ce qui se discutait…

- Études randomisées comparant AVANT/APRES expulsion du placenta 1671 patientes
- Pas de différence significative sur:
  - Incidence de l'HPP (RR 0,81 [95% CI 0,62-1,04])
  - Rétention placentaire (RR 1,54 [95% CI 0,76-3,11])
  - La longueur de la 3ème phase du travail
  - L'hémoglobine et le risque transfusionnel (RR 0,79 [95% CI 0,23-2,73])
  - L'hypotension maternelle

Soltani H Cochrane database Issue 8 2010

Délivrance dirigée Nouveautés 2012…

Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial

A Metin Gülmezoglu, Pisake Lumbiganon, Sihem Landoulsi, Mariana Widmer, Hany Abdel-Aleem, Mario Festin, Guillermo Carroli, Zahida Qureshi, João Paulo Souza, Eduardo Bergel, Gilda Piaggio, Shivaprasad S Goudar, John Yeh, Deborah Armbruster, Mandisa Singata, Cristina Pelaez-Crisologo, Fernando Althabe, Peter Sekweyama, Justus Hofmeyr, Mary-Ellen Stanton, Richard Derman, Diana Elbourne

- Etude multicentrique 18 structures
- 01 juin 2009-30 octobre 2010
- 12227 femmes accouchant d'un singleton par les voies naturelles (Exclusion des césariennes)
- Administration de 10 UI d'ocytocine après la naissance et clampage du cordon entre 1 et 3 minutes
- Evaluation principale:
  pertes sanguines estimées ≥ 1000 ml

Mai 2012

Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial

A Metin Gülmezoglu, Pisake Lumbiganon, Sihem Landoulsi, Mariana Widmer, Hany Abdel-Aleem, Mario Festin, Guillermo Carroli, Zahida Qureshi, João Paulo Souza, Eduardo Bergel, Gilda Piaggio, Shivaprasad S Goudar, John Yeh, Deborah Armbruster, Mandisa Singata, Cristina Pelaez-Crisologo, Fernando Althabe, Peter Sekweyama, Justus Hofmeyr, Mary-Ellen Stanton, Richard Derman, Diana Elbourne

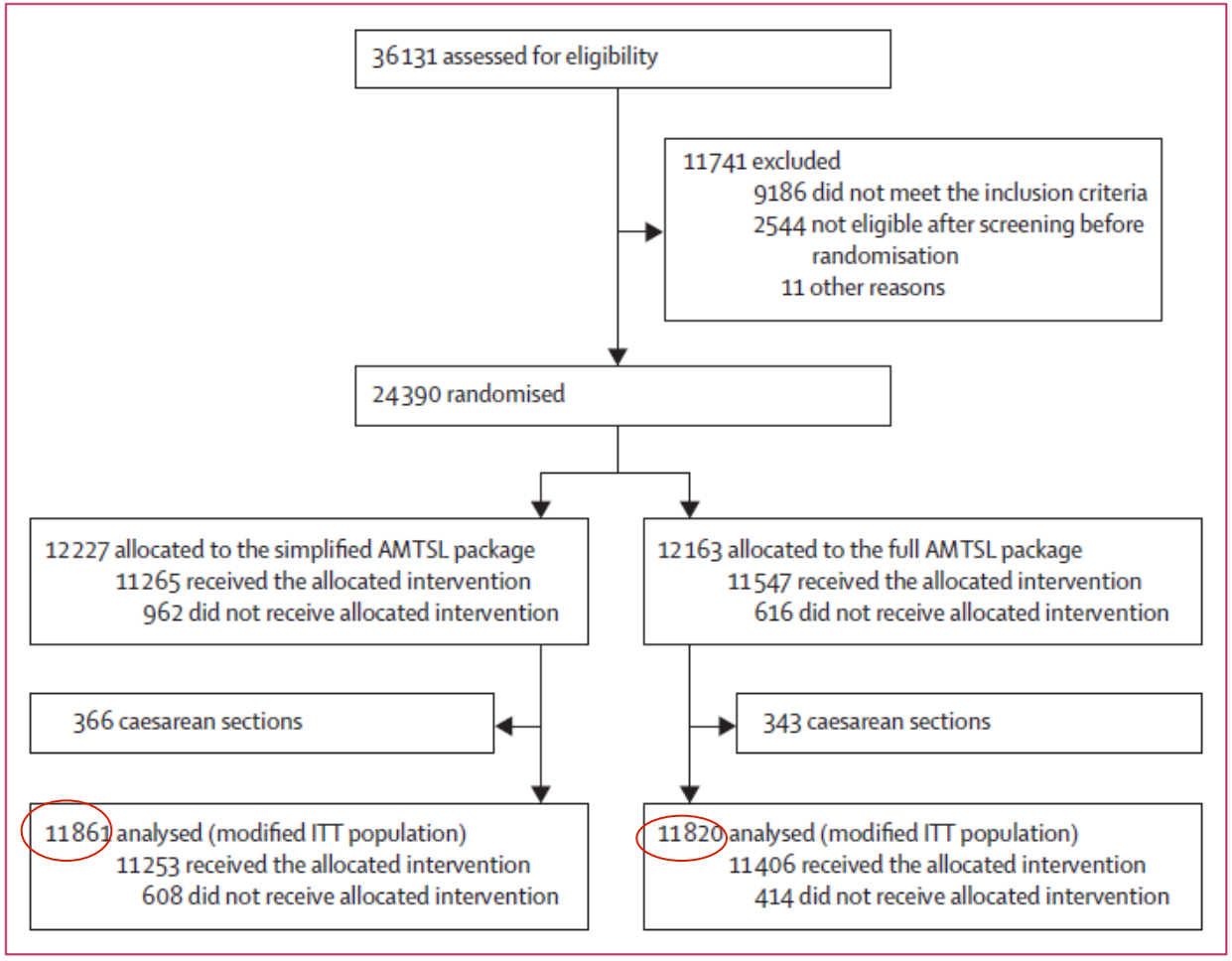


Figure: **Trial profile**
AMTSL=active management of the third stage of labour. ITT=intention to treat.

Mai 2012

Active management of the third stage of labour with and without controlled cord traction: a randomised, controlled, non-inferiority trial

A Metin Gülmezoglu, Pisake Lumbiganon, Sihem Landoulsi, Mariana Widmer, Hany Abdel-Aleem, Mario Festin, Guillermo Carroli, Zahida Qureshi, João Paulo Souza, Eduardo Bergel, Gilda Piaggio, Shivaprasad S Goudar, John Yeh, Deborah Armbruster, Mandisa Singata, Cristina Pelaez-Crisologo, Fernando Althabe, Peter Sekweyama, Justus Hofmeyr, Mary-Ellen Stanton, Richard Derman, Diana Elbourne

	Simplified package	Full package	% risk difference (95% CI)	Risk ratio (95% CI)
Blood loss ≥1000 mL*	153 (2%)	140 (2%)	0·14 (–0·21 to 0·49)	1·09 (0·87 to 1·37)
Blood loss ≥500 mL*	987 (11%)	927 (10%)	0·65 (–0·22 to 1·51)	1·07 (0·98 to 1·16)
Blood loss (mL)†	266	256	10·2 (3·9 to 16·4)	..
Additional uterotonics‡	1026 (11%)	962 (10%)	0·66 (–0·21 to 1·54)	1·07 (0·98 to 1·16)
Blood transfusion§	50 (<1%)	34 (<1%)	0·17 (–0·02 to 0·36)	1·47 (0·95 to 2·27)
Manual removal of placenta¶	62 (<1%)	64 (<1%)	–0·02 (–0·25 to 0·21)	0·97 (0·68 to 1·37)
Third stage duration (min)‖	11·4	6·2	5·2 (4·9 to 5·5)	..
Maternal death**	1 (<1%)	1 (<1%)	0·00 (–0·03 to 0·03)	1·00 (0·06 to 16·0)
Additional surgical procedures§	0	3 (<1%)	–0·03 (–0·07 to 0·00)	..
Maternal death or severe morbidity††	12 (<1%)	15 (<1%)	–0·03 (–0·14 to 0·08)	0·80 (0·37 to 1·71)
Baby put to breast within 30 min‡‡	8571 (91%)	8566 (91%)	–0·01 (–0·85 to 0·82)	1·00 (0·99 to 1·01)

Data are n (%) unless otherwise specified. N=9411 for the simplified package, and 9420 for the full package. †Denominator is 9403 for the simplified package, and 9409 for the full package. ‡N=9472 for the full package, and 9459 for the full package. §N=9484 for the simplified package, and 9463 for the full package. ¶N=9483 for the simplified package, and 9470 for the full package. ‖Denominator is 9391 for the simplified package, and 9378 for the full package. **N=9487 for the simplified package, and 9471 for the full package. ††N=9407 for the simplified package, and 9415 for the full package. ‡‡N=9468 for the simplified package, and 9461 for the full package.

Table 4: **Sensitivity analysis for the trial outcomes excluding Philippines sites, for the modified intention-to-treat population**

L'absence de traction contrôlée du cordon ne semble pas avoir d'effet sur la survenue d'HPP grave (≥ 1000 ml)

Alcool et grossesse

Alcool et grossesse
Ce que l'on croyait savoir

Embryofoetopathie (SAF) pouvant associer:

- Hypotrophie
- Dysmorphie craniofaciale:
  - Ensellure nasale marquée, nez court en trompette
  - Philtrum allongé, convexe avec lèvre supérieur mince
  - Menton étroit, petit, effacé
  - Front bas , bombé, étroit, parfois hirsute
- Malformation cardiaque
- Microcéphalie
- Atteintes neurocomportementales

Kodituwakku Dev Disabil Res Rev 2009

Alcool et grossesse questions de 2012

DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03393.x
www.bjog.org
Epidemiology

The effect of different alcohol drinking patterns in early to mid pregnancy on the child's intelligence, attention, and executive function

US Kesmodel,[a,b] J Bertrand,[c] H Støvring,[d] B Skarpness,[e] CH Denny,[c] EL Mortensen,[f] the Lifestyle During Pregnancy Study Group*

« Lifestyle during pregnancy Study » issue de la cohorte DNBC (Danish National Birth Cohort 101042 femmes)

- 3478 patientes
- Âge suivi moyen des enfants 60-64 mois (5,22 ans)
- Âge moyen des patientes 30,9 ans
- 50,1% de primipares
- Consommation alcool par semaine (entretien prénatal)
  - « LOW »: 1-4 verres /semaine
  - « MODERATE »: 5-8 verres /semaine
  - « HIGH »: plus de 9 verres /semaine
  - « BINGE DRINKING »
- Trois tests:
  - WPPSI-R: Weschler Preschool and Primary Scale of Intelligence Revised
  - TEACh-5: Test of Everyday Attention for Children at Five
  - BRIEF: Behavior Rating Inventory of Executive Functions

Juin 2012

Table 4. Mean differences between maternal alcohol intake in pregnancy and the reference group on WPPSI-R* intelligence test, TEACh-5** test of attention, and BRIEF*** test of executive function

		WPPSI-R*	TEACh-5**	BRIEF (parent)***
		Mean difference (95% CI)	Mean difference (95% CI)	Mean difference (95% CI)
		Unadjusted****		
		Multivariate test of no alcohol effect: $P = 0.44$*****		
Average alcohol intake		Multivariate test of no average alcohol effect: $P = 0.63$******		
0	758	Reference	Reference	Reference
1–4	675	0.84 (−1.30; 2.98)	0.02 (−0.14; 0.17)	0.81 (−0.76; 2.38)
5–8	175	−1.02 (−3.87; 1.82)	−0.01 (−0.30; 0.27)	0.63 (−2.37; 3.64)
≥9	20	−6.71 (−15.07; 1.65)	−0.57 (−1.25; 0.10)	2.04 (−0.87; 4.95)
Binge drinking		Multivariate test of no binge alcohol effect: $P = 0.28$*******		
No	495	Reference	Reference	Reference
Yes	1133	1.27 (−0.42; 2.97)	0.04 (−0.09; 0.17)	0.61 (−0.64; 1.87)
		Adjusted for core confounding factors********		
		Multivariate test of no alcohol effect: $P = 0.80$*****		
Average alcohol intake		Multivariate test of no average alcohol effect: $P = 0.65$******		
0	758	Reference	Reference	Reference
1–4	675	0.45 (−1.44; 2.33)	0.01 (−0.14; 0.17)	0.81 (−0.63; 2.24)
5–8	175	−0.62 (−3.49; 2.25)	−0.00 (−0.27; 0.27)	0.09 (−2.56; 2.74)
≥9	20	−6.65 (−14.88; 1.59)	−0.60 (−1.28; 0.07)	0.64 (−2.35; 3.63)
Binge drinking		Multivariate test of no binge alcohol effect: $P = 0.90$*******		
No	495	Reference	Reference	Reference
Yes	1133	0.32 (−1.13; 1.76)	−0.01 (−0.13; 0.12)	0.27 (−0.91; 1.44)
		Adjusted for all potential confounding factors*********		
		Multivariate test of no alcohol effect: $P = 0.89$*****		
Average alcohol intake		Multivariate test of no average alcohol effect: $P = 0.74$******		
0	758	Reference	Reference	Reference
1–4	675	0.59 (−1.27; 2.44)	0.04 (−0.11; 0.19)	0.89 (−0.54; 2.31)
5–8	175	−0.41 (−3.20; 2.37)	0.03 (−0.26; 0.31)	−0.02 (−2.56; 2.51)
≥9	20	−5.53 (−13.87; 2.81)	−0.48 (−1.15; 0.19)	0.36 (−2.70; 3.42)
Binge drinking		Multivariate test of no binge alcohol effect: $P = 0.96$*******		
No	495	Reference	Reference	Reference
Yes	1133	0.16 (−1.31; 1.64)	−0.01 (−0.14; 0.11)	0.17 (−1.01; 1.35)

Alcool et grossesse questions de 2012

DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03393.x
www.bjog.org
Epidemiology

The effect of different alcohol drinking patterns in early to mid pregnancy on the child's intelligence, attention, and executive function

US Kesmodel,[a,b] J Bertrand,[c] H Støvring,[d] B Skarpness,[e] CH Denny,[c] EL Mortensen,[f] the Lifestyle During Pregnancy Study Group*

- Conclusion:

  Pas d'association significative d'une consommation faible à moyenne d'alcool par semaine ou d'une « beuverie » au début ou au milieu de la grossesse avec le développement neurologique d'un enfant à l'âge de 5 ans.

- Discussion :
  - Mauvaise classification de la consommation?
  - Question culturelle?
  - Taux de participation de 51% (1628 patientes): qui sont les non participants?
  - Adolescence?
  - Pas de seuil défini type « safe level »
  - Abstention encore prônée
  - Point fort: QI parental et éducation parentale pris en compte

Alcool et grossesse questions de 2012

DOI: 10.1111/j.1471-0528.2012.03397.x
www.bjog.org
Epidemiology

The effects of low to moderate alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy on executive function in 5-year-old children

Å Skogerbø,[a] US Kesmodel,[b,c] T Wimberley,[d] H Støvring,[d] J Bertrand,[e] NI Landrø,[f] EL Mortensen[g]

- Étude ancillaire de la précédente
- Une de échelles cliniques:

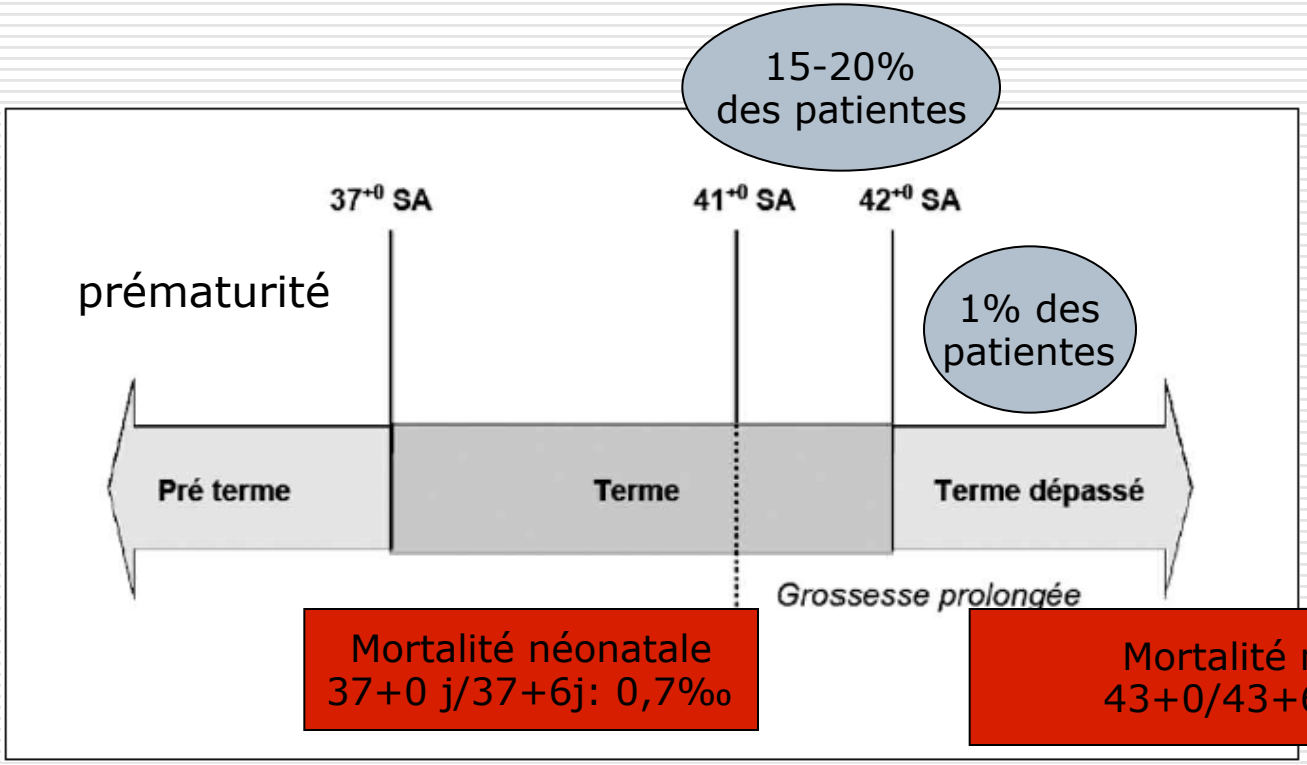
  seule le « parent BRI » (Behavioural Regulation Index) augmentée en cas de « binge drinking » au-delà de 9 SA (aOR 2,04) mais non retrouvé en cas de Teacher rated BRI
- Trop de facteurs confondants: temps réel

  d'ingestion, le métabolisme enzymatique...
- Toujours pas de seuil; abstention toujours prônée par les auteurs

Juin 2012

Grossesse prolongée

Grossesse prolongée: Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF



Décembre 2011

Grossesse prolongée: Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF

- Enjeu= risque de mortalité périnatale
  - Augmentation du risque d'oligoamnios (grade C), anomalies du RCF (grade A) et émission de méconium in utero (grade B) avec risque d'inhalation méconiale
  - Augmentation du risque d'acidose néonatale d'Apgar<7 à 5 min (grade B): risque doublé chez les hypotrophes
  - Risque de macrosomie fœtale (RR 5) avec complications liées à la macrosomie (hypoglycémies, dystocies de épaules)

Décembre 2011

Grossesse prolongée: Recommandations pour la pratique clinique du CNGOF

- Datation → Augmentation de « vrais termes »
  - échographique: LCC: longueur craniocaudale entre 11-13+6jours
  - date des dernières règles
  - Date de ponction d'ovocytes en cas de FIV
- Surveillance à partir de 41 SA
  - Mouvements actifs fœtaux
  - Analyse visuelle du RCF
  - Quantité de liquide amniotique
  - Les dopplers et le score de Manning ne sont pas recommandés
- Si décision au-delà 42+0SA:**"augmentation des risques fœtaux qui doivent être expliqués à la patiente et mis en balance avec les inconvénients potentiels d'un déclenchement"(Accord professionnel)**

Décembre 2011

Prééclampsie

Prééclampsie
ce que l'on savait déjà…

SMFM CLINICAL OPINION www.AJOG.org

Evaluation and management of severe preeclampsia before 34 weeks' gestation

Publications Committee, Society for Maternal-Fetal Medicine, with the assistance of Baha M. Sibai, MD

- Incidence de la prééclampsie sévère < 34 SA = 0,3% des grossesses
- Prolongation de la grossesse pour l'administration antenatale de corticoïdes ou plus?
- 2 essais randomisés comparant expectative à naissance programmée après la cure de corticoïdes
  - Augmentation du poids de naissance et de l'âge gestationnel
  - Aucun cas d'éclampsie

Septembre 2011

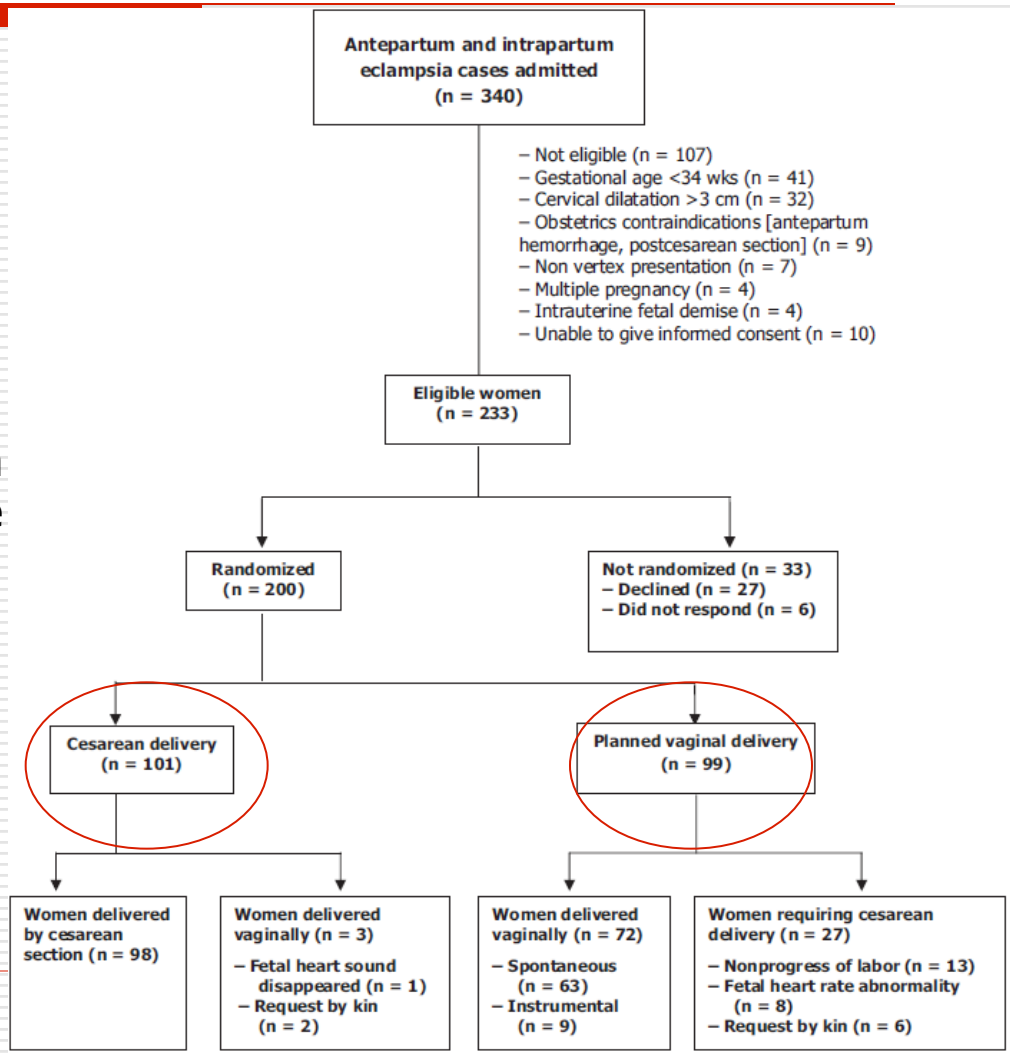
Prééclampsie: nouveautés 2012

- Étude randomisée 01/04/2010-31/03/2011
- 542 cas d'éclampsie ante/ intra/postpartum
- Inclusion
  - >34 SA
  - grossesse unique singleton en présentation céphalique
  - Pas d'anomalies de la coagulation
  - < 3 cm de dilatation cervicale

OBSTETRICS

Does route of delivery affect maternal and perinatal outcome in women with eclampsia? A randomized controlled pilot study

Subrata Lall Seal, MD, DNB; Debdutta Ghosh, MD; Gourisankar Kamilya, MD, DNB; Joydev Mukherji, MD; Avijit Hazra, MD; Pratima Garain, MD



Seal. Choosing delivery route in eclampsia. Am J Obstet Gynecol 2012.

Juin 2012

Prééclampsie: nouveautés 2012

RESEARCH www.AJOG.org

OBSTETRICS

Does route of delivery affect maternal and perinatal outcome in women with eclampsia? A randomized controlled pilot study

Subrata Lall Seal, MD, DNB; Debdutta Ghosh, MD; Gourisankar Kamilya, MD, DNB; Joydev Mukherji, MD; Avijit Hazra, MD; Pratima Garain, MD

- Pour toutes les patientes sulfate de magnésium en bolus 3 g IV ou 2,5 g IM puis pendant 24 heures
- Anti HTA: labetolol
- Groupe déclenchement
  - Misoprostol toutes les 4 heures
  - Dès que Bishop> 5, relais ocytocine
  - Surveillance du RCF par auscultation intermittente toutes 15 min en première phase du travail puis toutes les 5 min en deuxième
  - Sans analgésie péridurale
  - Tramadol en IV
- Groupe césarienne: sous APD ou AG dès que stabilité clinico-biologique
- « maternal composite event »: mortalité maternelle ou morbidité sévère (liste)

Prééclampsie: nouveautés 2012

OBSTETRICS

Does route of delivery affect maternal and perinatal outcome in women with eclampsia? A randomized controlled pilot study

Subrata Lall Seal, MD, DNB; Debdutta Ghosh, MD; Gourisankar Kamilya, MD, DNB; Joydev Mukherji, MD; Avijit Hazra, MD; Pratima Garain, MD

TABLE 2
Primary maternal outcome measures in 2 study arms

Parameter	Cesarean delivery arm (n = 101)	Vaginal delivery arm (n = 99)	*P* value	RR (95% CI)
Maternal death	2 (1.98%)	2 (2.02%)	1.000	0.98 (0.14–6.83)
Respiratory depression	1 (0.99%)	2 (2.02%)	.619	0.49 (0.05–5.32)
Ventilatory support	4 (3.96%)	1 (1.01%)	.369	3.29 (0.45–34.49)
Pulmonary edema	3 (2.97%)	2 (2.02%)	1.000	1.47 (0.25–8.61)
Pneumonia	5 (4.95%)	3 (3.03%)	.721	1.63 (0.40–6.66)
Renal failure	1 (0.99%)	–	1.000	–
Hepatic failure	1 (0.99%)	1 (1.01%)	1.000	0.99 (0.06–15.62)
Coagulopathy	1 (0.99%)	2 (2.02%)	.619	0.49 (0.05–5.32)
Cerebrovascular accident	2 (1.98%)	2 (2.02%)	1.000	0.98 (0.14–6.83)
Admission to ICU	5 (4.95%)	3 (3.03%)	.721	1.63 (0.40–6.66)
Composite event rate[a]	11 (10.89%)	7 (7.07%)	.460	1.54 (0.62–3.81)
Other complications[b]	2 (1.98%)	4 (4.04%)	.442	0.49 (0.09–2.62)

Values denote counts (%). RR is calculated as risk in cesarean delivery in comparison to vaginal delivery; 95% CI denotes 95% CI of RR.
CI, confidence interval; *ICU*, intensive care unit; *RR*, relative risk.

[a] Prespecified as composite of respiratory depression, ventilation, pulmonary edema, pneumonia, renal failure, hepatic failure, coagulopathy, admission to ICU, and maternal death–some women may have had overlapping complications in which case they have contributed only once to composite event rate; [b] Eye complications and injection-site abscess.

Seal. Choosing delivery route in eclampsia. Am J Obstet Gynecol 2012.

TABLE 3
Perinatal outcome measures in 2 study arms

Parameter	Cesarean delivery arm (n = 101)	Vaginal delivery arm (n = 99)	*P* value	RR (95% CI)
Perinatal death [stillbirth + death in first wk]	3 (3.97%) [1 + 2]	5 (5.05%) [3 + 2]	.496	0.59 (0.14–2.40)
Apgar score < 7 at 5 min	11 (10.89%)	17 (17.17%)	.226	0.63 (0.31–1.29)
Delivery room intubation	7 (6.93%)	13 (13.13%)	.163	0.53 (0.22–1.27)
Admission to SCBU for >7 d	5 (4.95%)	8 (8.08%)	.405	0.61 (0.21–1.81)
Composite event rate[a]	10 (9.90%)	19 (19.19%)	.072	0.52 (0.25–1.05)

Values denote counts (%). RR is calculated as risk in cesarean delivery in comparison to vaginal delivery. Vaginal deliveries included 9 forceps deliveries. Four babies from instrumental vaginal birth had complications: perinatal death = 2 (1 stillbirth, 1 died after 48 h of delivery); Apgar <7 at 5 min = 3 (delivery room intubation = 3, admission to SCBU >7 d = 1, 1 died after 48 h).
CI, confidence interval; *RR*, relative risk; *SCBU*, special baby care unit.

[a] Prespecified as composite of Apgar score <7 at 5 min, delivery room intubation, admission to SCBU for >7 d, and perinatal death. Some babies may have had overlapping complications in which case they have contributed only once to composite event rate.

Seal. Choosing delivery route in eclampsia. Am J Obstet Gynecol 2012.

Pas de différence significative en terme de devenir maternel ou néonatal

Superposable à nos pratiques?

Divers…

Divers…

RESEARCH www.AJOG.org

OBSTETRICS

Neonatal morbidity after induction vs expectant monitoring in intrauterine growth restriction at term: a subanalysis of the DIGITAT RCT

Kim E. Boers, MD; Linda van Wyk, MD; Joris A. M. van der Post, MD, PhD; Anneke Kwee, MD, PhD; Maria G. van Pampus, MD, PhD; Marc E. A. Spaanderdam, MD, PhD; Johannes J. Duvekot, MD, PhD; Henk A. Bremer, MD, PhD; Friso M. C. Delemarre, MD, PhD; Kitty W. M. Bloemenkamp, MD, PhD; Christianne J. M. de Groot, MD, PhD; Christine Willekes, MD, PhD; Monique Rijken, MD, PhD; Frans J. M. E. Roumen, MD, PhD; Jim G. Thornton, MD, FRCOG; Jan M. M. van Lith, MD, PhD; Ben W. J. Mol, MD, PhD; Saskia le Cessie, PhD; Sicco A. Scherjon, MD, PhD; for the DIGITAT Study Group

- Data issus de DIGITAT: Disproportionate Intrauterine Growth Intervention Trial at Term comparant le déclenchement du travail versus l'expectative dans les suspicions de retard de croissance intra-utérin (RCIU) au-delà de 36 SA.
- Suspicion de RCIU défini dans cette étude par estimation de poids fœtal ou périmètre abdominal <10 ème percentile pour l'âge gestationnel

- Exclusion
  - Morbidités maternelles dont la prééclampsie sévère et le HELLP Sd
  - Anomalies du RCF et diminution des mouvements actifs fœtaux.

- Morbidité néonatale évaluée par le MAIN (« Morbidity Assessment Index For Newborn ») score

- 321 femmes dans le groupe déclenchement et 329 femmes dans le groupe expectative

Avril 2012

Divers…

RESEARCH www.AJOG.org

OBSTETRICS

Neonatal morbidity after induction vs expectant monitoring in intrauterine growth restriction at term: a subanalysis of the DIGITAT RCT

Kim E. Boers, MD; Linda van Wyk, MD; Joris A. M. van der Post, MD, PhD; Anneke Kwee, MD, PhD; Maria G. van Pampus, MD, PhD; Marc E. A. Spaanderdam, MD, PhD; Johannes J. Duvekot, MD, PhD; Henk A. Bremer, MD, PhD; Friso M. C. Delemarre, MD, PhD; Kitty W. M. Bloemenkamp, MD, PhD; Christianne J. M. de Groot, MD, PhD; Christine Willekes, MD, PhD; Monique Rijken, MD, PhD; Frans J. M. E. Roumen, MD, PhD; Jim G. Thornton, MD, FRCOG; Jan M. M. van Lith, MD, PhD; Ben W. J. Mol, MD, PhD; Saskia le Cessie, PhD; Sicco A. Scherjon, MD, PhD; for the DIGITAT Study Group

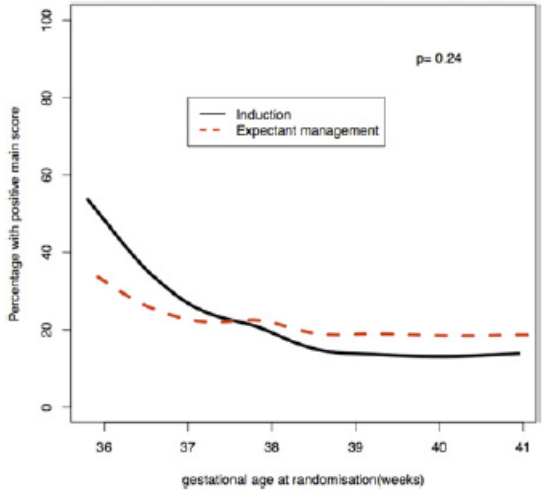
TABLE 2
Distribution of MAIN score, frequently scored/relevant MAIN items, and CNM in the 2 trial groups

Morbidity or MAIN score item	Induction of labor (n = 308), n(%)	Expectant monitoring (n = 315), n (%)	Difference in percentage (95% CI)
Morbidity according to MAIN score			
No/minimal (<150)	259 (84.1)	258 (81.9)	−2.2 (−3.7 to 8.1)
Mild (151-500)	47 (15.3)	51 (16.2)	−0.9 (−6.7 to 4.8)
Moderate (501-800)	2 (0.7)	5 (1.6)	−0.9 (−2.6 to 0.7)
Severe (>800)	0 (0)	1 (0.3)	−0.3 (−0.9 to 0.3)
MAIN score item			
Serum bilirubin 251-340 μmol/L or phototherapy	32 (10.4)	18 (5.7)	4.7 (0.4–8.9)[a]
Apnea and need for oxygen[b]	2 (0.7)	5 (1.6)	−0.9 (−2.6 to 0.7)
Assisted ventilation beyond 24 h[b]	0 (0.0)	5 (1.6)	−1.6 (−3.0 to −0.2)
Cord blood pH <7.1	11 (3.6)	19 (6.0)	−2.4 (−5.8 to 0.9)
Hypoglycemia (glucose concentration <2.2 mmol/L)	35 (11.4)	34 (10.8)	0.6 (−4.4 to 5.5)
Intraventricular hemorrhage grade I or II	0 (0)	1 (0.3)	−0.3 (−0.9 to 0.3)
Subdural or intracerebral hematoma	0 (0)	1 (0.3)	−0.3 (−0.9 to 0.3)
Composite neonatal morbidity			
Intraventricular hemorrhage	0 (0)	1 (0.3)	−0.3 (−0.9 to 0.3)
Periventricular malacia	0 (0)	0 (0)	NA
Proven sepsis	0 (0)	1 (0.3)	−0.3 (−0.9 to 0.3)
Nectrotizing enterocolitis	0 (0)	0 (0)	NA
Respiratory distress syndrome	0 (0)	0 (0)	NA
Bronchopulmonary dysplasia	0 (0)	0 (0)	NA

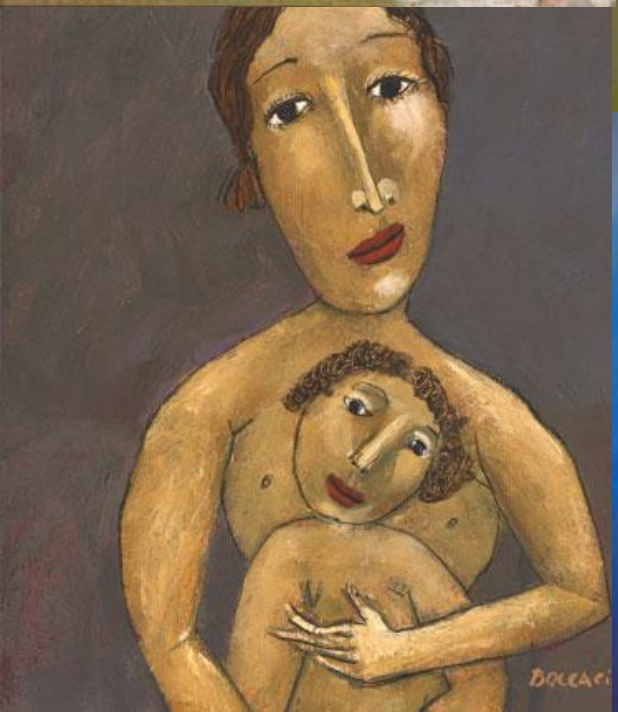
Data were analyzed with the Student *t* test χ^2 test or Fisher exact test.
CI, confidence interval; *CNM*, composite neonatal morbidity; *MAIN*, Morbidity Assessment Index for Newborns; *NA*, not applicable.
[a] $P < .05$; [b] More than 2 consecutive readings.

Boers. Neonatal morbidity in the disproportionate intrauterine growth intervention trial at term. Am J Obstet Gynecol 2012.

FIGURE 4
Gestational age at randomization vs percentage of neonates with a positive MAIN score



MAIN, Morbidity Assessment Index for Newborns.

Boers. Neonatal morbidity in the disproportionate intrauterine growth intervention trial at term. Am J Obstet Gynecol 2012.

Devenir néonatal comparable entre expectative et déclenchement
Déclenchement à envisager à partir de 38 SA (et non 37 SA)