



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON I
UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux
SITE DE FORMATION MAIËUTIQUE de BOURG-EN-BRESSE

Le déclenchement artificiel du travail par gel de Prostine chez
les patientes obèses

Mémoire présenté et soutenu par

Manon STORTZ

Née le 05 juin 1992

En vue de l'obtention du diplôme de Sage-femme

**Le déclenchement artificiel du travail par
gel de Prostine chez les patientes obèses**

Remerciements

À mes parents, Benjamin, Emile et Basile que je voudrais remercier pour leur soutien sans faille tout au long de mes études, sans quoi, rien de cela n'aurait été possible. Je les remercie pour leur patience, leur écoute et tout l'amour qu'ils ont pu me donner jusqu'ici.

À mes grands parents, avec toute mon affection.

À Marcel pour sa présence.

À Anais, Coralie, Faustine, Marine et Océane qui ont fait de mes quatre années d'école les plus belles, les plus enrichissantes et épanouissantes de ma vie. Pour tous ces voyages, et ces moments mémorables qui resteront à jamais gravés dans ma mémoire et à tout votre soutien durant les périodes difficiles.

À la gynécolog que je voudrais remercier de m'avoir accueillie et de m'avoir soutenu tout au long de mes études.

À la famille Chamerois, ma PM, mon PP, mon PF et mes PS.

À Hugo, que je remercie pour sa patience, son soutien et sa compréhension.

À toute l'équipe du secrétariat du 6^{ème} étage de l'HFME pour leur disponibilité et leur soutien lors de la réalisation de mon mémoire.

À toute l'équipe pédagogique de l'école de Bourg en Bresse pour leur écoute et leur disponibilité tout au long de mes études.

Sommaire

I- Abréviations	2
II- Introduction	3
III- Matériels et méthode	5
III.1 Lieux et type d'étude	5
III.2 Population étudiée et critères d'inclusion et d'exclusion	5
III.3 Déroulement de l'étude et recensement	6
III.4 Outil d'étude	7
III.5 Données recueillies	8
III.6 Analyses statistiques	9
IV- Résultats	10
IV.1 Caractéristiques générales maternelles	10
IV.2 Caractéristique des patientes ayant reçu une seule dose de gel 2mg	11
IV.3 Caractéristiques des patientes ayant reçu deux doses de gel 2mg	14
IV.4 Caractéristiques des patientes obèses en fonction de la dose de gel reçue	17
V- Discussion	19
V.1 Limites de l'étude	19
V.1.1 Biais de sélection et d'échantillonnage	19
V.1.2 Biais de mesure	19
V.2 Résultats	20
V.2.1 Les caractéristiques de la population	20
V.3 Corrélation entre l'IMC et les caractéristiques des patientes déclenchées par gel	21
V.3.1 Score de Bishop	21
V.3.2 Fréquence des contractions utérines	21
V.3.3 Issue de l'accouchement	22
V.4 Corrélation entre les doses de gel administrées et les caractéristiques des patientes obèses déclenchées	23
V.4.1 Score de Bishop	23
V.4.2 Fréquence des contractions utérines	24
V.4.3 Issue de l'accouchement	24
VI- Conclusion	25
Références bibliographiques	26
Annexes	29
Résumé	

I- ABRÉVIATIONS

IMC : Indice de Masse Corporelle

SA : Semaines d'Aménorrhées

APD : Analgésie Péridurale

Moy : moyenne

m : médiane

EIQ : écart inter quartile

NF : Non fait

NS : Non Significatif

RPM : Rupture prématurée des membranes

ARCF : Anomalies du rythme cardiaque fœtal

AVB : Accouchement voie basse

CU : Contractions utérines

SDN : Salle de naissance

II- INTRODUCTION

L'obésité est actuellement l'un des principaux enjeux sanitaires au niveau mondial.

C'est une véritable épidémie qui frappe autant les pays industrialisés que les pays en voie de développement.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) place actuellement sa prévention comme une priorité dans le domaine de la pathologie nutritionnelle.

À l'échelle mondiale le nombre de cas d'obésité aurait doublé depuis 1980.

En 2014, plus de 1,9 milliard d'adultes étaient en surpoids. Sur ce total, plus de 600 millions étaient obèses.(1)

En France, les taux d'obésité et de surpoids sont relativement faibles par rapport à l'échelle mondiale mais augmentent de façon régulière. Environ une personne sur 8 serait obèse en France et le surpoids, y compris l'obésité, concernerait 40% de la population.

La prévalence de l'obésité chez les femmes enceintes augmente également comme le montre la dernière étude OBEPI de 2009 révélant, qu'aux États Unis une femme enceinte sur cinq était atteinte d'obésité. Au Royaume Uni, cette prévalence évolue entre 8.1% et 15% selon les articles. En France, les analyses sont à peu près similaires, avec des taux compris entre 7.5% et 12%.(2)

L'obésité augmentant, de nombreuses études se sont penchées sur l'obésité et ses conséquences obstétricales mais également fœtales.

Les patientes enceintes souffrant d'obésité sont plus à risque de diabète gestationnel, de macrosomie, d'hypertension artérielle, de prééclampsie et de dépassement de terme.

Le travail est généralement plus long et il en ressort un taux plus élevé de césariennes chez les patientes obèses que chez les femmes présentant un IMC normal.

Les patientes obèses, plus à risque de dépassement de terme et de diabète, sont donc plus susceptibles d'être déclenchées. (3,4)

En 2015, sur l'hôpital de la Croix Rousse, où se déroulera notre étude, les déclenchements représentaient 20% des accouchements au total dont 53% par Syntocinon[®], 42% par Propess[®] ou gel, et 0,5% par ballonnet.

Le mode de déclenchement est variable, selon les patientes et les opérateurs, la décision de déclenchement est prise par l'obstétricien et la sage-femme participe à ce choix.

Le déclenchement par gel de Prostin est le plus souvent utilisé en cas de pronostic défavorable ou peu favorable, c'est à dire un Bishop inférieur à 7. (Annexe I)

Aujourd'hui, il existe de nombreux échecs de déclenchements et le taux d'échec varierait entre 10 et 30% selon la littérature. (5,6,7)

Des études ont mis en évidence les facteurs de risque de l'échec de déclenchement, parmi lesquels, un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m², un score de Bishop défavorable et la nulliparité. (8,9)

Actuellement, de nombreux médicaments ont une posologie adaptée au poids des patientes. L'implant contraceptif présente une durée d'action garantie pendant 2 ans chez les femmes obèses contre 3 chez les patientes dont l'IMC est normal.

Les femmes obèses ont un volume de distribution plus grand ; l'adaptation et l'augmentation des doses permet d'obtenir une action plus adaptée au niveau de l'organe correspondant.

Notre hypothèse serait qu'au vu de l'importance du volume de distribution des femmes obèses, des doses plus importantes de gel de Prostin seraient bénéfiques pour le bon déroulement de l'induction du travail, de la maturation cervicale et sur la durée du travail et sur l'issue de l'accouchement.

L'objectif principal de cette étude est donc de mettre en corrélation l'IMC maternel en début de grossesse et les doses de médicaments, au cours d'un déclenchement artificiel du travail par gel de Prostin, dans le cas de la réussite de ce déclenchement.

L'objectif secondaire est d'évaluer l'augmentation des échecs de déclenchement par gel de Prostin, et donc de césariennes, en fonction de l'IMC, en comparant plusieurs populations d'IMC différents.

III- MATERIELS ET MÉTHODES

III.1 Lieu et type d'étude :

Il s'agit d'une étude cas témoins rétrospective et monocentrique établie sur une population de femmes enceintes ayant bénéficié d'un déclenchement artificiel du travail par gel de Prostine.

Cette étude a été réalisée au sein de la maternité de l'hôpital de la Croix Rousse à Lyon (maternité de niveau III) de juin 2013 à décembre 2014.

Il n'a pas été possible d'analyser les données sur l'année 2015 car les données n'étaient pas disponibles au moment de notre étude.

III.2 Population étudiée et critères d'inclusion et d'exclusion :

La population a été étudiée à partir des données recueillies dans le dossier médical obstétrical informatisé (Gulper) des patientes concernées.

Les critères d'inclusion étaient :

- Primipare et grossesse unique
- Déclenchée par gel de Prostine
- Bishop <7 au moment du déclenchement
- 1^{ère} tentative de déclenchement
- terme > 36SA+6 jours
- Bébé eutrophe (poids de naissance compris entre 2500g et 4000g) et absence de disproportion foeto-pelvienne
- Absence d'intolérance à l'un des constituants du gel de Prostine
- Présentation céphalique

Les critères d'exclusion étaient :

- pathologie fœtale
- pathologie maternelle/obstétricale
- grossesse non suivie
- utérus cicatriciel

Concernant l'IMC, deux populations de femmes ont été sélectionnées :

- les patientes avec un IMC normal en début de grossesse c'est à dire compris entre 18,5 et 24,9
- les patientes obèses en début de grossesse dont l'IMC est compris entre 29,9 et 40.

Ces valeurs seuils sont définies selon l'OMS. (Annexe II)

Les femmes dont le dossier était incomplet et/ou celles dont l'IMC de début de grossesse n'était pas calculable ont été exclues.

III.3 Déroulement de l'étude et recensement :

Le recueil de données a été effectué sur le logiciel des Hospices Civils de Lyon : Cristalnet où sont répertoriés les dossiers médicaux de tous les patients venant consulter dans les Hospices Civils de Lyon.

Une requête a été faite au service des dossiers et de l'information médicale de l'hôpital de la Croix Rousse afin de sélectionner les dossiers utiles pour notre étude.

Cette requête a été effectuée à l'aide des données suivantes :

- nom et prénom de la patiente
- âge
- parité soit 1
- terme de l'accouchement >36SA+6j
- rang de la grossesse soit grossesse simple
- type de déclenchement = priming (gel)

L'IMC n'étant pas classifié dans le logiciel, il n'a pas été possible de sélectionner les patientes en fonction de celui-ci. Il a donc été nécessaire de sélectionner les patientes au cas par cas grâce aux données recueillies dans leur dossier médical.

III.4 Outil d'étude :

L'ensemble des données a été répertorié à l'aide de deux masques de saisie différents comprenant les critères suivants :

- masque de saisie numéro 1 : Dose unique de gel

Nom prénom, parité, âge gestationnel à l'accouchement, IMC de début de grossesse, raison du déclenchement, membranes intactes au moment du déclenchement ou non, Bishop de référence avant le déclenchement, dose initiale de gel avec date et heure précise, délai entre pose de gel et passage en salle de naissance, fréquence des contractions avant la pose de gel puis lors du passage en salle, Bishop de référence lors du passage en salle, délai entre passage en salle d'accouchement et accouchement, analgésie ou non, débit de Syntocinon® maximal reçu, issue de l'accouchement, poids de naissance, présentation, Apgar.

- masque de saisie numéro 2 : deux doses de gel

Nom prénom, parité, âge gestationnel à l'accouchement, IMC de début de grossesse, raison du déclenchement, membranes intactes au moment du déclenchement ou non, Bishop de référence avant le déclenchement, dose initiale de gel avec date et heure précise (1^{ère} dose), dose de gel en mg avec date et heure précises, délai entre 1^{ère} et deuxième dose, Bishop avant la 2^{ème} dose, délai entre pose de gel et passage en salle de naissance, fréquence des contractions avant la pose de gel puis lors du passage en salle, Bishop de référence lors du passage en salle, délai entre passage en salle d'accouchement et accouchement, analgésie ou non, débit de Syntocinon[®] maximal reçu, issue de l'accouchement, poids de naissance, présentation, Apgar.

III.5 Données recueillies:

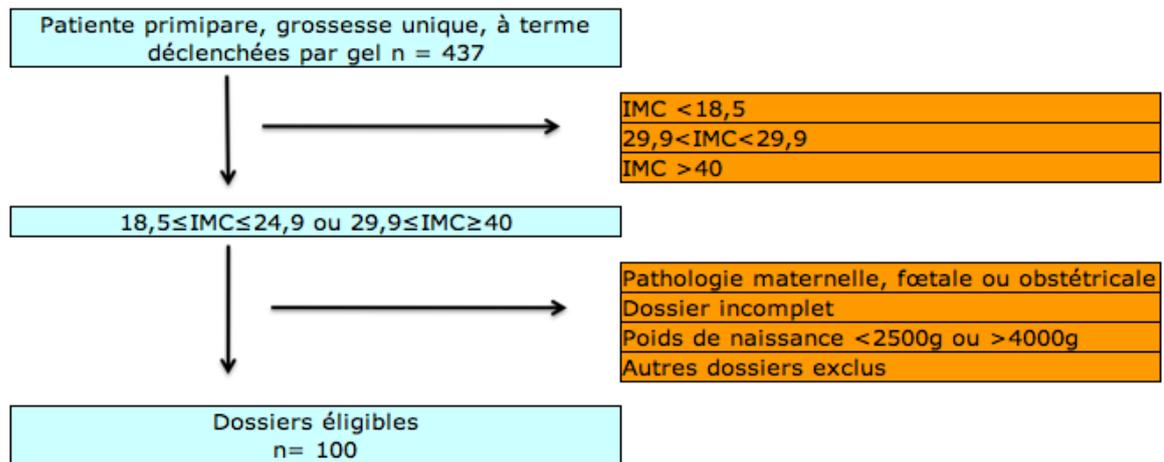
Au total, 437 dossiers ont été récupérés et analysés en vue d'une éligibilité à notre étude.

Après tri et exclusion, 100 dossiers ont été retenus et les informations ont été collectées et recueillies dans un tableau de recueil standardisé.

Cette étude comprend :

- 50 dossiers de patientes enceintes donc l'IMC est compris entre 29,9 et 40, dont 31 dossiers répondant aux critères du masque de saisie numéro 1 et 19 dossiers répondant aux critères du masque de saisie numéro 2.
- 50 dossiers de patientes dont l'IMC est compris entre 18,5 et 24,9 dont 39 dossiers répondant aux critères du masque de saisie numéro 1 et 11 dossiers répondant aux critères du masque de saisie numéro 2.

Figure 1 : Diagramme d'inclusion



III.6 Analyses statistiques :

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et la proportion.

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne et l'écart type ou par la médiane et l'intervalle inter quartile (entre les 25-75^{ème} percentiles) en cas d'écart de distribution à la normale.

Le seuil de significativité a été placé à 5% avec un intervalle de confiance à 95%.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les tests de Student et de Khi 2 grâce aux logiciels Excel[®].

IV- RÉSULTATS

IV.1 Caractéristiques générales maternelles :

Tableau 1 : Caractéristiques générales maternelles

	18,5<IMC<24,9	29,9<IMC<40	total
	n=50	n=50	n=100
<i>IMC</i> (moy,EIQ)	22,26 (19,05-24,8)	32,98 (30,08-39,63)	26,23 (19,05-39,63)
<i>Terme à l'accouchement</i>	41SA+6j	41SA+6j	41SA+6J
<i>Gestité</i> (m, EIQ)	1 (1-2)	2 (1-3)	2 (1-3)
<i>Nulliparité</i> (%)	100	100	100
<i>1 dose de gel 2mg</i> (n, %)	39 (78)	31 (62)	70 (70)
<i>2 doses de gel 2mg</i> (n, %)	11 (22)	19 (38)	30 (30)

IV.2 Caractéristiques des patientes ayant reçu une seule dose de gel 2mg :

Les caractéristiques maternelles et néonatales sont décrites dans le tableau 2 et le tableau 3 avec une description de la population totale ainsi que pour chaque sous groupe (femmes dont l'IMC est compris entre 18,5 et 24,9 et femmes dont l'IMC est compris entre 29,9 et 40).

Tableau 2 : Caractéristiques maternelles de l'échantillon de patientes déclenchées par dose unique de gel de Prostine de juin 2013 à décembre 2014.

	18,5<IMC<24,9	29,9<IMC<40	Total
	n=39	n=31	n=70
<i>Score de Bishop de référence</i>	3 (0-5)	3 (0-5)	3 (0-5)
<i>(m, EIQ)</i>			
<i>État des membranes au déclenchement</i>			
<i>(n, %) :</i>			
- Membranes intactes	15 (38)	14 (45)	29 (29)
- Membranes rompues	24 (62)	17 (55)	41 (41)
<i>(dont fissuration)</i>			

Tableau 3 : Caractéristiques des nouveaux nés de patientes déclenchées par dose unique de gel de Prostine de juin 2013 à décembre 2014.

	18,5<IMC<24,9	29,9<IMC<40	significativité
	n=39	n= 31	
<i>Poids de naissance en g</i>	3397 (338,29)	3329 (440,09)	NS
<i>Apgar à 5minutes de vie</i>	10	10	
<i>(m)</i>			

Les caractéristiques des femmes présentant un IMC normal et des femmes souffrant d'obésité déclenchées par dose unique de gel ainsi que le mode d'accouchement sont répertoriées dans le tableau 4.

Tableau n° 4 : Caractéristiques des patientes déclenchées par dose unique de gel de Prostine de juin 2013 à décembre 2014.

	18,5<IMC<24,9 n=39	29,9<IMC<40 n=31	p
<i>Indications du déclenchement</i>			
(n,%)			0,8
- RPM	22 (56,4)	17 (55)	
- Terme dépassé (>40SA+6j)	12 (30,8)	10 (32,26)	
- ARCF	1(2,56)	3 (9,68)	
- Autres	4(10,24)	1 (3,06)	
<i>Bishop au passage en salle de naissance</i>			
(m, EIQ)	8 (5-11)	5 (4-9)	0,0451
<i>Fréquence des CU/10min</i>			
(m, EIQ)			
- Phase de latence	2 (0-3)	1 (0-2)	0,02342
- Phase active	3 (0-6)	2 (0-5)	0,02767
<i>Durée du déclenchement</i>			
<i>(AVB en heure)</i>			
Durée totale du déclenchement	14h22	15h19	
(m, EIQ)			0,03423
<i>Relais Syntocinon®</i>			
(n, %)	29 (74,36)	27 (87,1)	
<i>Mode d'accouchement</i>			
(n,%)			0.0002152
- AVB	33 (84,6)	12 (38,71)	
- Césarienne	6 (15,4)	19 (61,29)	

	18,5<IMC<24,9 n=39	29,9<IMC<40 n=31	p
<i>Motif de la césarienne (n,%)</i>			0,65
- ARCF	3 (50)	6 (33,33)	
- Stagnation de la dilatation ou non Progression sans ARCF	0 (0)	10 (55,56)	
- Stagnation de la dilatation ou non Progression avec ARCF	3 (50)	2 (11,11)	
<i>Analgésie (n,%)</i>			NF
- APD	36 (92,3)	27 (87,1)	
- Rachi Anesthésie	3 (7,69)	4 (12,9)	
- Sans	0 (0)	0 (0)	

Le Bishop de passage en salle d'accouchement est significativement différent dans les deux groupes ($p=0,0451$). Les patientes présentant un IMC normal ont un Bishop plus élevé au moment du passage en salle d'accouchement.

La fréquence des contractions lors de la phase de latence, c'est à dire en dehors du travail, après la pose de gel 2mg est significativement plus importante dans le groupe de patientes présentant un IMC normal que chez les patientes obèses ($p=0,02342$). Il en est de même pour la phase active avec $p=0,02767$.

La durée totale du déclenchement, de la pose de gel 2mg à l'accouchement par voie basse chez les patientes ayant un IMC normal est de 14h22 contre une durée de 15h19 chez les patientes obèses. Une différence significative entre les deux groupes est observée avec $p=0,03423$.

En ce qui concerne l'issue de l'accouchement, 84,6% des femmes présentant un IMC normal ont accouché par voie basse contre 38,71% chez les femmes obèses.

Ces résultats révèlent une différence significative ($p=0,0002152$) indiquant que les femmes obèses sont plus à risque de césariennes que les femmes ayant un IMC normal chez une population ayant reçu une seule dose de gel.

IV.3 Caractéristiques des patientes ayant reçu deux doses de gel 2mg :

Les caractéristiques maternelles et néonatales sont décrites dans le tableau 5 et le tableau 6 avec une description de la population totale ainsi que pour chaque sous groupe (femmes dont l'IMC est compris entre 18,5 et 24,9 et femmes dont l'IMC est compris entre 29,9 et 40).

Tableau 5 : Caractéristiques maternelles de l'échantillon de patientes déclenchées par applications de deux doses de gel de Prostine de juin 2013 à décembre 2014.

	18,5<IMC<24,9	29,9<IMC<40	total
Caractéristiques maternelles	n=11	n=19	n=30
<i>Score de Bishop de référence (m, EIQ)</i>	3 (0-4)	3 (0-5)	3 (0-5)
<i>État des membranes au déclenchement (n,%)</i>			
- Membranes intactes	7 (64)	15 (79)	22 (73)
- Membranes rompues (dont fissuration)	4 (36)	4 (21)	8 (27)

Tableau 6 : Caractéristiques des nouveaux nés de patientes déclenchées par deux doses de gel de Prostine de juin 2013 à décembre 2014.

	18,5<IMC<24,9	29,9<IMC<40	p
	n=50	n=50	
<i>Poids de naissance en g</i>	3357 (367,9)	3390 (474,5)	NS
<i>Apgar à 5minutes de vie</i>	10	10	

Les caractéristiques des patientes présentant un IMC normal et des patientes obèses déclenchées par deux doses de gel de Prostine ainsi que le mode d'accouchement sont répertoriés dans le tableau 7.

Tableau n° 7 Caractéristiques des patientes déclenchées par deux doses de Gel de Prostine de juin 2013 à décembre 2014.

	18,5<IMC<24,9	29,9<IMC<40	p
	n=11	n=19	
<i>Indications du déclenchement</i>			
<i>(n,%)</i>			0,32
- RPM	4 (36,36)	5 (26,32)	
- Terme dépassé (>40SA+6j)	6 (54,55)	10 (52,63)	
- ARCF	1 (9,09)	3 (15,79)	
- Autres	0 (0)	1 (5,26)	
<hr/>			
<i>Bishop avant 2ème dose</i>	5 (3-6)	4,5 (2-6)	0,48
<hr/>			
Bishop passage en salle de naissance (après 2 doses 2mg)	9 (6-11)	8 (5-10)	0,20
<hr/>			
<i>Fréquence des CU/10min avant</i>			
<i>2ème dose</i>	3 (1-4)	3 (1-4)	
<i>(m, EIQ)</i>			NS
<hr/>			
- Phase de latence	3 (1-4)	3 (1-4)	0,21
- Phase active	4 (3-5)	4 (2-5)	0,0407
<hr/>			
<i>Durée moyenne du déclenchement</i>			
<i>(AVB en heure)</i>			
- phase de latence	10h	12h53	0,0324
- durée entre les 2 doses de gel	16h04	16h34	NS
- phase active	6h15	7h34	0,0456
- Durée totale du déclenchement	32h19	36h21	0,0115

	18,5<IMC<24,9 n=11	29,9<IMC<40 n=19	p
<hr/>			
<i>Relais Syntocinon[®]</i>			
(n,%)	11 (100)	19 (100)	
<hr/>			
<i>Mode d'accouchement</i>			
(n,%)			0,42
- AVB	9 (81,82)	13 (68,42)	
- Césarienne	2 (18,18)	6 (31,58)	
<hr/>			
<i>Motif de la césarienne</i>			
(n,%)			NS
- ARCF	0 (0)	0 (0)	
- Stagnation de la dilatation ou non Progression sans ARCF	1 (50)	3 (50)	
- Stagnation de la dilatation ou non Progression avec ARCF	1 (50)	3 (50)	
<hr/>			
<i>Analgésie</i>			
(n,%)			NF
- APD	10 (90,9)	16 (84,21)	
- Rachi Anesthésie	1 (9,1)	3 (15,79)	
- Sans	0 (0)	0 (0)	
<hr/>			

Les Bishops relevés avant administration de la deuxième dose de gel et lors du passage en salle d'accouchement ne montrent pas de différence significative entre les deux groupes.

Concernant la fréquence des contractions, on observe une différence significative entre les deux groupes concernant la phase active (p=0,0407) avec une fréquence plus élevée dans le groupe de patientes présentant un IMC normal.

La durée totale du déclenchement est significativement plus longue chez les patientes souffrant d'obésité que chez les patientes ayant un IMC normal ($p=0,0115$) avec une phase de latence et active significativement plus longue pour les patientes obèses. La durée entre les deux doses de gel est cependant identique dans les deux groupes mais non significative.

Le mode d'accouchement n'est pas significativement différent dans les deux groupes avec $p=0,42$. 81,82% des patientes ayant un IMC normal après administration de deux doses de gel 2mg ont accouché par voie basse contre 68,42% chez les femmes souffrant d'obésité.

En ce qui concerne l'analgésie, toutes les patientes de notre étude ont bénéficié d'une analgésie. En effet, l'analgésie et plus particulièrement l'analgésie péridurale, fait partie des indications prophylactiques obstétricales lors du déclenchement artificiel du travail.

L'obésité est également une indication prophylactique maternelle lors du déclenchement artificiel du travail notamment pour les patientes ayant un IMC supérieur à 35.

V4- Caractéristiques des patientes obèses en fonction de la dose de gel reçue.

Tableau n°8 : Caractéristiques des patientes obèses en fonction de la dose de gel reçue.

	1 dose de gel	2 doses de gel	p
<i>Fréquence des CU/10min</i> (m, EIQ)			
Phase de latence	1 (0-2)	3 (1-4)	NS
Phase active	2 (0-5)	4 (2-5)	0,046
<i>Bishop</i> (m, EIQ)			
de référence	3 (0-5)	3 (0-5)	NS
lors du passage en SDN	5 (4-9)	8 (5-10)	0,04876
<i>Issue de l'accouchement</i> (n, %)			
AVB	12 (38,71)	13 (68,42)	0,04168
Césarienne	19 (61,29)	6 (31,58)	

La fréquence des contractions dans la population de femmes enceintes souffrant d'obésité présente une différence significative lors de la phase active des patientes ayant reçu deux doses de gel ($p=0,046$).

Le Bishop lors du passage en salle d'accouchement est significativement plus important dans le groupe de femmes obèses ayant reçu 2 doses de gel 2mg que dans le groupe qui n'a reçu qu'une seule dose ($p=0,04876$). Pour le groupe de patientes obèses ayant reçu une seule dose de gel, la médiane est de 5 (EIQ 4-9) contre une médiane de 8 (EIQ 5-10) pour le groupe de patientes ayant reçu 2 doses de gel.

Concernant l'issue de l'accouchement, le taux d'accouchements par voie basse est significativement plus important dans le groupe de femmes souffrant d'obésité ayant reçu 2 doses que dans le groupe qui n'a reçu qu'une seule dose ($p=0,04168$).

V- DISCUSSION

V.1 Limites de l'étude

V.1.1 Biais de sélection et d'échantillonnage.

La population choisie est non représentative de la population générale car cette étude n'a été menée que sur une seule maternité possédant ses propres protocoles et habitudes de service. Cela constitue un biais d'échantillonnage important à considérer.

Au total, 100 patientes ont été retenues pour notre étude dont 50 patientes présentant un IMC normal et 50 patientes souffrant d'obésité. Ces patientes ont été réparties en fonction de la dose de gel reçue lors du déclenchement artificiel du travail. Un deuxième biais d'échantillonnage est souligné concernant la répartition de ses patientes avec 70 patientes ayant reçu une dose de gel et seulement 30 patientes ayant reçu deux doses de gel. Cette différence non négligeable constitue également un biais pouvant influencer la significativité des résultats de notre étude.

V.1.2 Biais de mesure

Le premier biais est celui de l'information. Notre recueil de données est basé sur des informations retranscrites par les professionnels sur le logiciel Cristalnet des HCL. Il est donc important de souligner que les données notées et réelles peuvent diverger ce qui pourrait engendrer un biais de mesure.

Le deuxième biais de mesure est lié à la dose de gel de Prostin administrée. En effet, nous avons établi au cours de notre étude que les patientes recevaient une dose de 2mg ou deux doses de 2mg de gel de Prostin. Il aurait été important de prendre en considération les techniques et conditions de poses de ce gel afin de s'assurer de l'administration complète de ces 2mg. Il est en effet recommandé d'administrer le gel dans le cul de sac postérieur afin d'optimiser les effets du produit.

Nous avons donc établi que toutes nos patientes avaient reçu l'intégralité de la dose de gel prescrite c'est à dire 2mg pour les patientes ayant reçu une dose et 4mg au total pour les patientes ayant reçu deux doses.

Le troisième biais que nous pouvons citer concerne l'administration d'ocytocine pendant le travail. Il aurait été intéressant de calculer la dose exacte d'ocytocine administrée au cours du travail afin de pouvoir comparer nos résultats à dose égale d'ocytocine reçue.

V.2 Résultats

V.2.1 Les caractéristiques de la population

L'âge des patientes n'a pas été pris en compte dans notre étude.

De nombreuses études ont montré que le taux de césariennes était plus important chez les femmes d'un âge avancé que le travail soit induit ou spontané. Ces césariennes sont majoritairement pratiquées pour anomalie du rythme cardiaque fœtal ou pour anomalie de la dilatation ou non progression.

Dans l'étude de Rosenthal et Paterson-brown S, nous observons 8,3% de césariennes chez les femmes nullipares âgées de moins de 25 ans contre 30,6% chez les femmes de plus de 40 ans.

Ces résultats seraient en partie dus à la détérioration du tissu myométrial c'est à dire à une hypotonicité utérine chez les patientes âgées de plus de 35 ans, également plus à risque d'être déclenchées. (10)

Il aurait donc été important de prendre en compte ce critère dans notre étude afin de ne pas biaiser les résultats et notamment les données recueillies sur l'issue de l'accouchement.

Les patientes ont été sélectionnées en partie en fonction de leur IMC de début de grossesse mais la prise de poids n'est pas renseignée dans notre étude.

L'étude issue de « The journal of maternal fetal et néonatal médecine », observait l'influence de la prise de poids sur le déroulement et l'issue du déclenchement chez une population de femmes nullipares déclenchées pour terme dépassé. Il en ressort que le gain de poids de plus de 12kg, indépendamment de l'IMC de début de grossesse, serait un facteur de risque potentiel dans l'échec de déclenchement. (11)

Ce facteur constitue également un biais important à considérer.

Nous remarquons que 48% de nos patientes ont été déclenchés pour rupture prématurée des membranes c'est à dire en dehors du travail.

Une méta-analyse rapporte que 91% des femmes entrent en travail après 48h même en cas de col défavorable après la perte ou fissuration des eaux. (12)

En effet, une expectative de 48h est recommandée par l'HAS après perte des eaux avant induction du travail. Il aurait donc été intéressant de relever le délai entre la rupture prématurée des membranes et la pose de gel chez les patientes déclenchées pour rupture prématurée des membranes. (13)

V.3 Corrélation entre l'IMC et les caractéristiques des patientes déclenchées par gel

V.3.1 Score de bishop

Pour les patientes ayant reçu une dose de gel unique, nous remarquons une différence significative concernant le Bishop lors du passage en salle d'accouchement entre les femmes présentant un IMC normal et les femmes souffrant d'obésité.

Nous ne retrouvons cependant pas de différence significative entre ces deux groupes concernant le Bishop chez les patientes ayant reçu deux doses de gel que ce soit après administration de la première dose de gel ou lors du passage en salle d'accouchement c'est à dire après deux doses de gel.

Nous devrions retrouver les mêmes résultats, c'est à dire une différence significative ou non concernant le Bishop après administration d'une dose unique de gel et lors de l'administration de la première dose de gel dans le cadre des patientes ayant reçu deux doses.

Une étude rétrospective a comparé l'efficacité de la maturation cervicale par gel de Prostine entre une population de femmes ayant un IMC supérieur à 30 et une population de femmes ayant un IMC compris entre 20 et 25. L'évaluation du score de Bishop a été faite 6h après la pose de gel. Le taux d'échec de la maturation, c'est à dire une absence d'évolution du Bishop avant et 6h après la pose de gel, s'est révélé être significativement plus important dans le groupe des patientes obèses par rapport au groupe de patientes présentant un IMC compris entre 20 et 25 ($p=0,0016$). (14)

Cette divergence de résultats pourrait être expliquée par la différence non négligeable du nombre de cas entre la population de femmes ayant reçu une seule dose de gel soit 70 patientes et la population de femmes ayant reçu deux doses de gel soit 30 patientes

V.3.2 Fréquence des contractions utérines :

Concernant la fréquence des contractions, nous remarquons une différence significative entre les femmes présentant un IMC normal et les femmes souffrant d'obésité, lors de la phase de latence et la phase active chez les patientes ayant reçu une seule dose de gel.

En ce qui concerne les patientes ayant reçu deux doses de gel nous notons une différence significative entre les deux groupes uniquement lors de la phase active, après administration de la deuxième dose de gel.

Dans leur étude, Zhang et Al se sont penchés sur des études in vitro concernant le tissu myométrial des patientes obèses. Cette étude montre que les contractions seraient moins fortes et moins fréquentes chez les patientes souffrant d'obésité du à la densité des tissus. (15)

D'autres études ont mis en évidence que lorsque le taux de cholestérol, triglycérides, de LDLs et de Leptine est augmenté, comme pour le cas des patientes obèses, il y aurait une diminution de la fréquence, de l'amplitude et de la durée des contractions utérines. (16-17)

Ces résultats sont en accords avec ceux de notre étude. Une diminution de la fréquence des contractions est présente chez les patientes obèses par rapport aux femmes présentant un IMC normal notamment lors de la phase active indépendamment de la dose de gel reçue.

V.3.3 Issue de l'accouchement

Dans notre étude nous avons mis en évidence une différence significative entre l'IMC et l'issue de l'accouchement chez les patientes ayant reçu une seule dose de gel. Le taux de césariennes chez les patientes présentant un IMC normal est de 84,6% contre 38,71% chez les patientes souffrant d'obésité dans le groupe de patientes ayant reçu une seule dose de gel. Les patientes obèses sont donc plus à risque de césarienne lors d'un déclenchement par dose unique de gel de Prostin.

Dans l'étude de Craig et Al nous retrouvons l'hypothèse que l'association des facteurs que sont la nulliparité, l'obésité et le score de Bishop très défavorable entrainerait un échec de déclenchement majoré. (18)

Toutes les patientes de notre étude sont en effet nullipares et présentent un score de Bishop très défavorable au moment du déclenchement. Ce facteur, associé à la diminution de l'intensité et de la fréquence des contractions pourrait expliquer le nombre plus important de césariennes chez les patientes souffrant d'obésité par rapport aux patientes présentant un IMC normal lors du déclenchement par dose unique de gel.

Bien que non significatif, nous retrouvons tout de même un taux plus élevé d'accouchement par voie basse, atteignant 81,82% chez les patientes présentant un IMC normal par rapport aux patientes souffrant d'obésité avec un taux d'accouchements par voie basse égal à 68,42% pour le groupe de patiente ayant reçu 2 doses de gel.

La non significativité de ces résultats pourraient être expliquée par l'augmentation significative du taux d'accouchement par voie basse chez les patientes obèses ayant reçu deux doses de gel par rapport aux patientes obèses qui n'ont reçu qu'une seule dose, et de la faible évolution du taux d'accouchement par voie basse chez les patientes présentant un IMC normal selon les doses de gel administrées.

Une étude rétrospective française a été menée sur une population de femmes enceintes déclenchées par gel de Prostin afin de déterminer les bénéfices de l'administration de doses de gel répétées.

Les résultats obtenus ne montrent pas de diminution du taux de césariennes contrairement à ce qui est décrit dans la littérature. Ces résultats sont en accord avec notre étude avec un taux de césarienne similaire chez les patientes d'IMC normal ayant reçu une seule dose (15,4%) et chez les patientes ayant reçu deux doses de gel (18,18%). (19)

V.4 Corrélation entre les doses de gels administrées et les caractéristiques des patientes obèses déclenchées.

V.4.1 Score de Bishop :

Le score de Bishop au moment du passage en salle d'accouchement chez le groupe de patientes obèses déclenchées par deux doses de gel est significativement plus élevé que chez les patientes obèses ayant reçu une seule dose ($p=0,04876$) pour un bishop de référence similaire.

Comme mentionné précédemment, il n'y a pas de différence significative entre le Bishop de passage en salle d'accouchement chez les patientes présentant un IMC normal et les patientes souffrant d'obésité.

Ces résultats pourraient nous laisser supposer que l'administration de deux doses de gel chez les patientes obèses apporterait les mêmes bénéfices concernant le Bishop de passage en salle d'accouchement que chez les patientes présentant un IMC normal.

Cette hypothèse pourrait être expliquée par la nécessité de majoration des doses chez les patientes obèses due à l'importance du volume de distribution. Deux doses de gel seraient donc nécessaires afin d'obtenir un effet bénéfique au niveau du score de Bishop au moment du passage en salle d'accouchement.

V.4.2 Fréquence des contractions utérines

Nous observons le même phénomène en ce qui concerne la fréquence des contractions lors de la phase active. La dose de Prostaglandine métabolisée par les patientes obèses est plus importante lors de l'administration de deux doses de gel et serait responsable d'une augmentation de l'activité utérine.

Chez les sujet obèses, le débit cardiaque et le volume sanguin sont augmentés mais le flux sanguin par gramme de tissu adipeux est diminué pouvant limité la diffusion tissulaire de certaines molécules entraînant une réduction des capacités protéiques de fixation des médicaments. Une augmentation des doses de gel conduirait donc a une augmentation de la diffusion protéique cellulaire responsable d'une réponse utérine plus efficace. (20)

V.4.3 Issue de l'accouchement

Concernant l'issue de l'accouchement nous observons une augmentation du taux d'accouchement par voie basse de façon significative chez les patientes obèses ayant reçu deux doses de gel par rapport aux femmes obèses ayant reçu une seule dose.

Ces résultats pourraient être corrélés aux résultats précédemment analysés. Une augmentation de la fréquence des contractions liée à un score de Bishop plus élevé lors du passage en salle de naissance chez les femmes obèses ayant reçu deux doses de gel, augmenterait les chances d'accouchement par voie basse.

VI- CONCLUSION

Dans notre étude, nous avons montré de réelles différences de réponse au gel de Prostin que ce soit en fonction de l'IMC ou de la dose de gel reçu chez les patientes obèses.

Nous avons pu mettre en évidence une prévalence plus importante de césariennes et une diminution de la fréquence des contractions utérines lors de la phase active du travail de manière significative chez les patientes obèses par rapport aux patientes présentant un IMC normal indépendamment de la dose de gel reçue.

Une divergence dans les résultats obtenus entre les patientes ayant reçu une dose de gel et les patientes ayant reçu deux doses de gel a été établie en ce qui concerne le Bishop de passage en salle d'accouchement, la fréquence des contractions et sur l'issue de l'accouchement. Les femmes obèses déclenchées par gel de Prostin répondent plus favorablement après administration de deux doses de gel, augmentant donc les chances de réussite de ce déclenchement.

Cette corrélation met en évidence les prémices d'un rôle déterminant du volume de distribution plus grand chez les patientes obèses dans la réussite du déclenchement par gel de Prostin.

Nous pouvons aussi dire que la nulliparité et le score de Bishop de référence très défavorable associés à un IMC élevé sont des données très importantes à prendre en compte au moment de la pose d'indication de déclenchement et lors de la conduite de celui-ci, car en faveur d'un échec de déclenchement.

L'absence d'adaptation des doses en fonction de l'IMC en ce qui concerne le déclenchement artificiel du travail chez les patientes obèses devrait nous inciter à une évaluation plus précise de celle-ci afin d'obtenir une meilleure efficacité et donc un meilleur taux de réussite de ces déclenchements. Il serait intéressant, comme pour de nombreuses thérapeutiques, de mettre en place des protocoles adaptés aux patientes souffrant d'obésité afin d'optimiser les chances de réussite de déclenchement et pouvoir encadrer au mieux l'administration de gel de Prostin.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

(1) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Disponible sur : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/ , Janvier 2015

(2) KEDAR E, SIMKIN P. ADV CHRONIC KIDNEY. Enquête OBEPI : amorce d'une décélération, disponible sur http://www.cerin.org/uploads/media/100-enquete-obepi-amorce-deceleration_01.pdf, 2012.

(3) CHU S. Y, KIM S. Y, SCHMID C. H, DIETZ P. M, CALLAGHAN W. M, LAU AND CURTIS K. Maternal obesity and risk of cesarean delivery : a meta-analysis, *Obes Rev*, 2007 Sep 8, p.385-94.

(4) DUCARME G, RODRIGUES A, AISSAOUI F, DAVITIAN C, PHARISIEN I, UZAN M. Grossesse des patientes obèses : quels risques faut-il craindre ? *Gynéco Obst & Fert* 2007, p.19-24

(5) GALLOT D, DE LAPASSE C, HOULLE C, SAPIN V, LAURICHESSE-DELMAS H, SAULNIER J-P ET AL. Pronostic obstétrical du déclenchement artificiel du travail au delà de 41 semaines d'aménorrhée en fonction de la réponse à la mifépristone, *Gynecol Obstet & Fert* 2004, p.708-712

(6) PETROVIC BARBITCH M, GNISCI A, MARCELLI M, CAPELLE M, GUIDICELLI B, CRAVELLO L ET AL. Maturation cervicale à terme par utilisation répétée du dispositif intravaginal de dinoprostone, *Gynéco Obst & Fert*, 2013, p.346-351

(7) PEREGRINE E, O'BRIEN P, OMAR R, JAUNIAUX E. Clinical and ultrasound parameters to predict the risk of cesarean delivery after induction of labor, *Obstet Gynecol*, 2006, p.227-33

(8) JOURNET D, GAUCHERAND P, DORET M. Score de Bishop modifié par la parité pour le déclenchement du travail à terme : une étude rétrospective. *J Gynecol Obstet et Biol Reprod*, 2012, p.339-345

(9) PEVZNER L, RAYBURN WF, RUMNEY P, WING DA. Factors predicting successful labor induction with dinoprostone and misoprostol vaginal inserts, *Obstet Gynecol*, 2009 (2 Pt 1), p.261-267

(10) ROSENTHAL, PATERSON-BROWN S. Is there an incremental rise in the risk of obstetric intervention with increasing maternal age? *Br J Obstet Gynaecol*, 1998, p.1064-1069

(11) MICHELA TORRICELLI, CHIARA VOLTOLINI, NATHALIE CONTI, CATERINA BOCCHI, FILIBERTO M. SERVERI ET FELICE PETRAGILA. Weight gain regardless of pre-pregnancy BMI and influence of fetal gender in response to labor induction in postdate pregnancy, *The journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, Volume 26, Issue 10, 2013 p.1016-1019

(12) ACCOCEBERRY M, GALLOT D, VELEMIR L et AL. Déclencher sans délai ou attendre devant une rupture des membranes à terme sur col défavorable ? N'ayons pas peur de l'expectative ! *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 2008, p.1245-1247

(13) HAUTE AUTORITE DE SANTE. Disponible sur www.has-sante.fr/portail/jcms/c_666473/fr/declenchement-artificiel-du-travail-a-partir-de-37-semaines-d-amenorrhée, 2011

(14) TRISTTAN GAUTHIER, SOPHIE MAZEAU, FRANCOIS DALMAY, JEAN-LUC EYRAUD, CYRIL CATALAN, BENOIT MARIN, YVES AUBARD. Obesity and cervical ripening failure risk, *The journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine* Volume 25, Issue 3, 2012, p304-307

(15) ZHANG J., BRICKER L., WRAY S., QUENBY S. Poor uterine contractility in obese women, *BJOG*, 2007, p.343-348

(16) S.TOESCU, L. NUTTALL, U.MARTIN et Al. Changes in plasma lipids and markers of oxidative stress in normal pregnancy and pregnancies complicated by diabète, *Clin Sci (Lond)*, 2004, p.93-98

(17) N.K.LOWE, E.J.CORWIN. Proposed biological linkages between obesity, stress, and inefficient uterine contractility during labor in humans. *Med Hypotheses*, 2011, p.755-760

(18) CRAIG M. ZELIG, SHANNON FLOODS NICHOLS, BRAD M. DOLINSKY, MAXIMILLIAN W. HECHT, PETER G. NAPOLITANO. Interaction between maternal obesity and bishop score in predicting successful induction of labor in term, nulliparous patients, Am J Perinatol, 2013, p.75-80

(19) P. PANEL, V. BASCOU, J.B. DE MEEUS, G. MAGNIN. Maturation cervicale par applications itératives de gel de prostaglandines E2, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Vol 26, N° 4, juin 1997, p. 386

(20) R.HUNTER ET AL. Dosing chemotherapy in obese patients : actual versus assigned body surface area, Cancer Treat Rev. 2009, 35, p.69-78

ANNEXES

Annexe I : Protocole Aurore : Déclenchement artificiel du travail

DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL

1. Indications :



Maternelles :

- Prééclampsie
- Affections médicales sévères aggravées par la grossesse (cardiopathie, pneumopathie, néphropathie, etc...)
- Lésions néoplasiques
- Diabète.



Fœtales :

- Terme dépassé
- Syndrome vasculo-rénal
- Retard de croissance intra-utérin
- Diabète
- Rupture prématurée des membranes
- Grossesse gémellaire (après 38 S ½)
- Antécédent de D.P.P.N.I. – M.F.I.U.
- Lupus – Thrombophilie – Coagulopathie
- Allo-immunisation foeto-maternelle – etc...



Non médicales :

- Déclenchement d'opportunité ou de convenance

2. Non indication :

- Macrosomie fœtale

3. Contre indications :



Absolues

- Bassin chirurgical
- Antécédents de lésions périnéales sévères ou de cure de prolapsus génital
- Obstacle praevia (placenta, fibrome, kyste ovarien)
- Disproportion foeto-pelvienne avérée
- Hypoxie fœtale avérée (anomalies du R.C.F.)
- Présentation transversale
- Utérus pluri-cicatriciel ou uni-cicatriciel avec cause reproductible
- Utérus cicatriciel et présentation du siège
- Grossesse triple



Relatives (la prudence s'impose) – Ne pas additionner les facteurs de risque -

- Utérus unicicatriciel
- Bassin rétréci
- Prématurité < 33 SA
- Présentation du siège

DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL

4. Evaluation des conditions de déclenchement :

Score de BISHOP

	0	1	2	3
Dilatation	fermé	1-2 cm	3-4 cm	≥ 5 cm
Effacement	long	½ long	court	effacé
Consistance	rigide	souple	mou	
Position	postérieure	intermédiaire (centrée)	antérieure	
Hauteur de la présentation(/épines)	mobile	amorcée	fixée	engagée

Rajouter éventuellement **2 points** aux patientes **multipares** ayant déjà accouché par les voies naturelles sans cicatrice utérine



Le score est favorable s'il est ≥ 7/13
Le score est défavorable s'il est < 7/13

L'échographie du col n'a pas d'intérêt évident préalablement à un déclenchement.

DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL

5. Techniques :



Amniotomie :

Complétée en général par une perfusion de SYNTOCINON®



Ocytociques SYNTOCINON® :

- Voie **intraveineuse**
- Pousse seringue (PSE) 1 ampoule = 5UI (1cc) dans 49 cc de sérum glucosé à 5%
 - **Débuter à 1.5 ml/h soit 2.5 mUI/min**
 - **Augmenter de 1.5 ml/h toutes les 15 à 20 min**
 - Rester impérativement **en deçà de 12 ml/h (la dose maximum recommandée d'ocytocine est de 20 mUI/min)**
 - Utiliser au **maximum 20 UI** (4 seringues)

Correspondance Volume et nombre de Milliunités d'ocytocine (mUI)

Débit / Pompe (500 cc)	Débit/ PSE (50 cc)	Nombre de mUI/min
15 ml/h	1,5 ml/h	2,5
30 ml/h	3 ml/h	5
45 ml/h	4,5 ml/h	7,5
60 ml/h	6 ml/h	10
75 ml/h	7,5 ml/h	12,5
90 ml/h	9 ml/h	15
105 ml/h	10,5 ml/h	17,5
120 ml/h	12 ml/h	20



Prostaglandines de synthèses :

Technique de **maturation** et de **déclenchement**

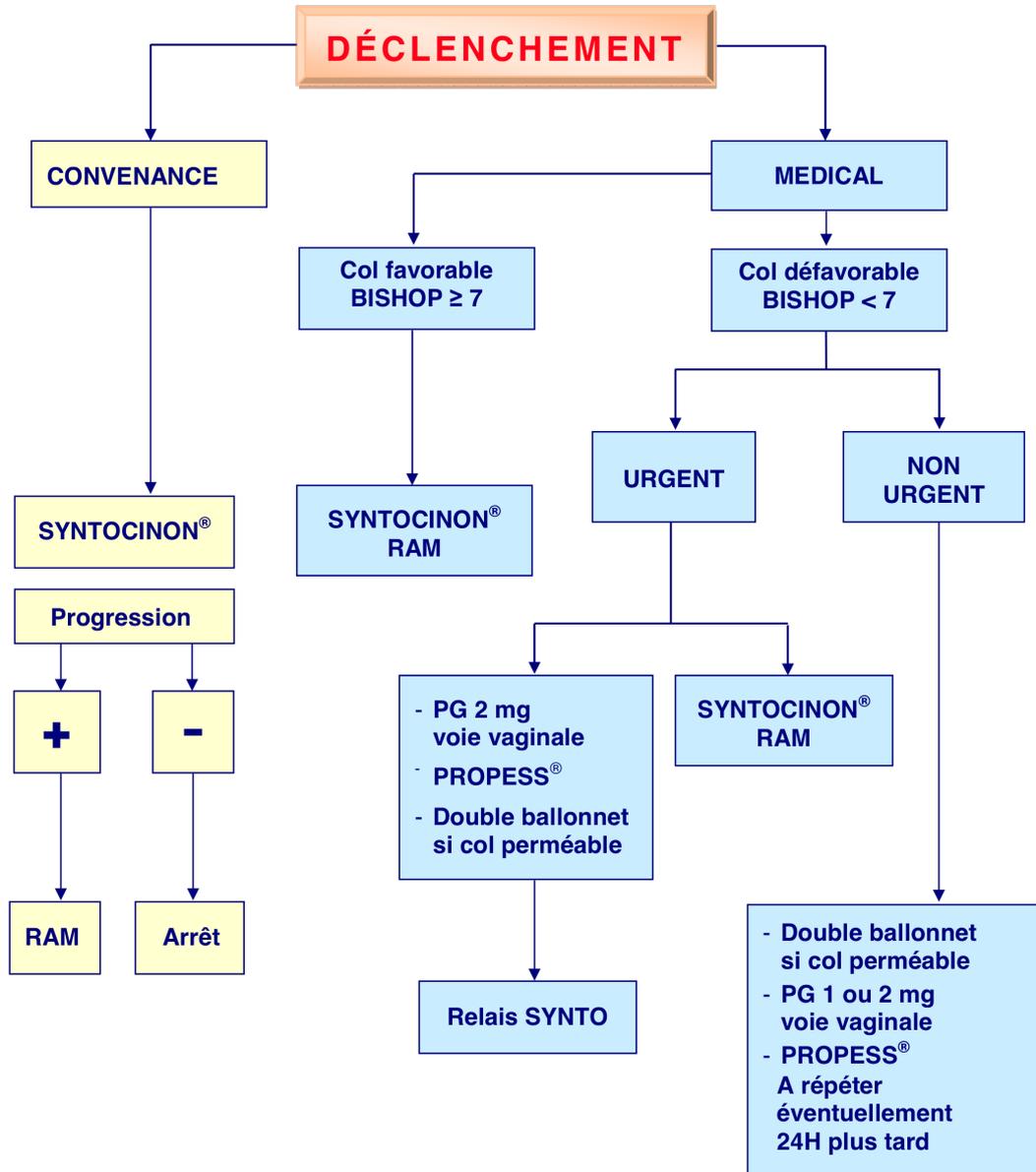
▪ Voie intravaginale :

DINOPROSTONE = PROSTINE E₂®

- Dosage à **1 ou 2 mg**
- Mise en place dans le cul de sac **vaginal postérieur**
- Peut être éventuellement répété **6 heures plus tard**
- Utilisable en cas de **rupture prématurée** des membranes
 - **Relais Synto 6 h après**

- **Utilisation possible en cas de rupture prématurée des membranes**
- **Utilisation déconseillée en cas de grossesse multiple**
- **Conduite à tenir :**
 - Examen cervical
 - Enregistrement simple 10 mn avant la pose
 - Pose dans le cul de sac vaginal postérieur
 - Surveillance du RCF, des CU

DÉCLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL



Références utiles :

- Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée – Recommandations – Haute Autorité de Santé - Avril 2008

Annexe 2 : Classification de l'Indice de Masse Corporelle

<u>IMC (en kg/m²)</u>	<u>Interprétation</u>
<18.5	Maigreur
18.5-24.9	Normal
25-29.9	Surpoids
30-34.9	Obésité modérée
35-39.9	Obésité sévère
>40	obésité morbide

L'Indice de masse corporelle ou IMC est une simple mesure de poids par rapport à la taille. Il correspond au poids divisé par la taille au carré, exprimé en kg/m².

RÉSUMÉ

L'obésité est actuellement un des enjeux sanitaires principal due à son augmentation considérable au fil du temps. Les femmes enceintes souffrant d'obésité sont plus a risque de pathologies mais également plus à risque d'être déclenchées.

L'objectif principal de cette étude est de mettre en corrélation l'IMC maternel en début de grossesse et les doses de médicaments, au cours d'un déclenchement artificiel du travail par gel de Prostin, dans le cas de la réussite de ce déclenchement. L'objectif secondaire est d'évaluer l'augmentation des échecs de déclenchement par gel de Prostin, et donc de césariennes, en fonction de l'IMC, en comparant plusieurs populations d'IMC différents.

Il s'agit d'une étude cas témoins rétrospective et monocentrique menée sur l'Hôpital de la Croix Rousse, maternité de niveau 3 à Lyon, de juin 2013 à décembre 2014.

Les patientes présentant un IMC normal en début de grossesse et ayant été déclenchées par une seule dose de gel ont un Bishop de passage en salle plus élevé que les patientes souffrant d'obésité pour Bishop de référence similaire ($p=0,0451$), ont une durée de déclenchement nettement diminuée ($p=0,03423$), une fréquence des contractions majorée et un taux d'accouchement par voie basse augmenté ($p=0.0002152$) par rapport aux femmes obèses. Les différences entre ces deux groupes sont moins significatives après administration de deux doses de gel. Les femmes obèses ayant reçu deux doses de gel présentent un taux d'accouchement par voie basse significativement supérieur aux patientes obèses n'ayant reçu qu'une seule dose ($p=0,04168$), une fréquence des contractions en phase active augmenté et un score de Bishop lors du passage en salle d'accouchement plus élevé.

Cette étude met en évidence les prémices d'un rôle déterminant du volume de distribution plus grand chez les patientes obèses dans la réussite du déclenchement par gel de Prostin. Les patientes obèses ayant reçu deux doses de gel aurait un taux de succès de déclenchement augmenté.

Mots clés : IMC, déclenchement artificiel du travail, obésité, gel de Prostin, dose, corrélation

Adresse de l'auteur : STORTZ Manon, née le 05 juin 1992, Étudiante sage-femme à l'école de Bourg en Bresse, manonstortz@yahoo.fr

