



Question : Pourquoi du Syntocinon[®] est parfois administré après la naissance du bébé ?

Réponse : Le Syntocinon[®], une version synthétique de l'ocytocine, l'hormone à l'origine des contractions de l'utérus pendant l'accouchement, est administré dans le cadre d'une délivrance dirigée de la troisième phase de l'accouchement pour aider l'utérus à se contracter et se prémunir de pertes de sang excessives (appelées hémorragies du post-partum, ou HPP). Le Syntocinon[®], comme d'autres médicaments qui induisent des contractions de l'utérus, est un utéro-tonique.

Quand le placenta se détache de la paroi utérine après la naissance, il laisse une plaie de la taille du placenta à l'intérieur de l'utérus. Sans des contractions efficaces, les vaisseaux sanguins utérins sont laissés béants et de grandes quantités de sang peuvent être perdues très rapidement. Mais quand l'ocytocine produite naturellement par la parturiente ou le Syntocinon[®] continue à provoquer des contractions, l'utérus, grâce à la compression de ses parois, interrompt la circulation sanguine des vaisseaux qui étaient restés ouverts là où le placenta était attaché – participant ainsi à éviter l'HPP.

Question : Comment définit-on l'hémorragie du post-partum ?

Réponse : L'hémorragie du post-partum primaire a été redéfinie à partir de recherches qui ont montré que les femmes qui donnent naissance alors qu'elles sont en bonne santé ne sont généralement pas affectées par une perte de sang allant jusqu'à 1000 ml. La définition états-unienne [ndt : selon le lexique d'obstétrique reVITALize mis en place par un ensemble de professionnels de la naissance allant d'obstétriciens aux sages-femmes en passant par des infirmières en soins néo-natals] pour une HPP précoce est actuellement (1) perte de sang \geq 1000 ml ou (2) n'importe quelle perte de sang qui est accompagnée de signes ou symptômes d'hypovolémie (baisse du volume de sang) dans les 24 heures qui suivent une naissance par voie basse ou une césarienne. Les signes ou les symptômes d'une hypovolémie peuvent être les suivants : rythme cardiaque rapide, pression artérielle basse, respiration rapide, faible quantité d'urine, pâleur anormale, vertiges, ou état de conscience altéré.

Question : Quelles sont les différentes options des parents pour accoucher du placenta ?

- **La délivrance naturelle** suppose d'encourager la sécrétion naturelle d'ocytocine de la personne qui accouche, attendre que le cordon ombilical ait arrêté de « pulser » (ou qu'il ait « blanchi ») avant de le clamper et utiliser la gravité ou les efforts de poussées propres à la personne qui accouche pour donner naissance au placenta. Les professionnels de santé qui accompagnent la délivrance naturelle utilisent de nombreuses techniques pour encourager la sécrétion naturelle d'ocytocine de la personne qui accouche.
- **La délivrance dirigée** comporte traditionnellement l'utilisation de routine du Syntocinon[®] ou d'autres produits utéro-toniques, le clampage précoce du cordon ombilical, une traction contrôlée du cordon (tirer sur le cordon) pour accoucher du placenta, et parfois un massage utérin.

- Les essais aléatoires comparant la délivrance dirigée avec ou sans clampage précoce du cordon, traction contrôlée du cordon, et massage utérin ont montré que l'administration de médicaments utéro-toniques était ce qui constitue l'élément le plus important de la délivrance dirigée.
- La délivrance mixte combine des méthodes issues des deux approches de gestion de la délivrance, dirigée et naturelle ; quelqu'un peut par exemple choisir de clamper le cordon tardivement et d'utiliser un produit utéro-tonique sans pour autant faire une traction du cordon.

Question : Quels sont les bénéfices et risques potentiels de la délivrance dirigée et de la délivrance naturelle ?

Réponse : Une méta-analyse des essais aléatoires (c'est-à-dire une étude qui analyse conjointement de nombreux essais cliniques ou en laboratoire) a découvert que, par comparaison avec la délivrance naturelle, la délivrance dirigée réduirait le risque de perte sanguine supérieure à 1000 ml (0,9% contre 2,4%). Cependant, les auteurs qualifient ce résultat d'« incertain » puisque la preuve est considérée comme étant de mauvaise qualité. Aujourd'hui, aucune preuve n'indique donc que la délivrance dirigée réduise le risque de perte de sang \geq 1000 ml si on ne tient compte que des personnes considérées comme présentant peu de risques de faire une hémorragie du post-partum.

Des preuves de meilleure qualité montrent en revanche que la délivrance dirigée réduit le risque de perte de sang de plus de 500 ml (5% contre 15%), le risque de transfusion sanguine (1% contre 3%), et le risque d'anémie après la naissance (4% contre 7%). En contrepartie, la délivrance dirigée est associée à un besoin accru d'anti-douleurs après la troisième phase de l'accouchement (5% contre 2%) et à un risque plus élevé de retourner à l'hôpital après une perte de sang excessive (3% contre 1%).

Question : Est-ce qu'un cordon ombilical peut être clampé tardivement dans le cadre d'une délivrance dirigée ?

Réponse : Oui. Le clampage précoce du cordon (quand le cordon est clampé dans les premières 60 secondes après la naissance) a traditionnellement fait partie des gestes associés à la délivrance dirigée, mais, aujourd'hui, des organisations professionnelles partout dans le monde le déconseillent et ne le considèrent plus comme faisant partie d'une approche efficace de délivrance dirigée. Il a été démontré par des essais aléatoires que le clampage précoce du cordon est préjudiciable pour les bébés puisqu'il diminue leurs réserves de fer et accroît le risque d'anémie par carence en fer. Les parents peuvent demander aux professionnels de ne pas couper le cordon jusqu'à ce qu'il ait arrêté de pulser, qu'ils aient ou non utilisé du Syntocinon[®] durant la troisième phase de l'accouchement. Administrer du Syntocinon[®] après le clampage tardif du cordon n'accroît pas le risque d'HPP. Dans le cas d'un clampage tardif du cordon, le bébé doit être peau à peau, sur l'abdomen ou la poitrine de la parturiente.



Question : En bref ?

Réponse : Les essais aléatoires montrent qu'il y a à la fois de potentiels bénéfiques et de potentiels désavantages à la délivrance dirigée et à la délivrance naturelle. Les risques et les bénéfices de chaque approche devraient être discutés avec les familles qui donnent naissance pour qu'elles puissent prendre une décision informée quant à leurs souhaits pour la troisième phase. Les discussions menant à un consentement éclairé devraient inclure la manière dont les facteurs de risque individuels, si présents, peuvent accroître le risque d'HPP, comment les interventions et les complications non planifiées au moment de l'accouchement peuvent accroître le risque d'HPP, et les valeurs et préférences de la personne qui accouche. Les personnes qui présentent des facteurs de risque à l'HPP sont particulièrement susceptibles de bénéficier de l'utilisation du Syntocinon® durant la troisième phase de l'accouchement. Les discussions peuvent aussi inclure les types de gestion possibles, qui sont liées au lieu de la naissance, pour la troisième phase de l'accouchement.

Avertissement et droits d'auteur :

Cette information n'a pas pour but de se substituer à la relation entre le personnel soignant et le patient et ne doit pas être considérée comme un conseil médical personnalisé. Aucune information ne devrait être suivie sans l'avis professionnel du personnel soignant. © 2020. Tous droits réservés. Evidence Based Birth® est une marque enregistrée. La reproduction de cette fiche est autorisée si l'auteur est cité. Cette brochure peut être distribuée gratuitement dans sa version imprimée mais elle ne peut être vendue. Ce PDF ne doit pas être posté en ligne.

Tableau 1. Facteurs associés à un risque élevé de perte de sang ≥ 1000 ml

	Pouvant être identifiés avant l'accouchement	Identifiés lors de l'accouchement, ou de l'expulsion du bébé
Facteurs de risque importants	<ul style="list-style-type: none">• Placenta couvrant totalement ou partiellement l'ouverture du col utérin (placenta previa)• Anatomie utérine anormale causée par des fibromes (tumeurs bénignes, non cancéreuses, de l'utérus)	<ul style="list-style-type: none">• Déchirure du col de l'utérus ou du vagin• Rupture utérine• Rétention placentaire (une partie ou la totalité du placenta est toujours dans l'utérus un certain temps après la naissance)
Facteurs de risque modérés	<ul style="list-style-type: none">• Pression sanguine anormalement élevée pendant et/ou avant la grossesse• Avoir eu 5 enfants ou plus• Grossesse multiple• Historique d'HPP chez des parents du premier degré (i.e. une sœur, la mère)	<ul style="list-style-type: none">• Placenta qui se détache de la paroi utérine avant la naissance• Infection utérine• Accouchement avec des forceps ou une ventouse• Déchirure du périnée au troisième ou quatrième degré• Accouchement par césarienne (avec ou sans travail)• Bébé qui pèse plus de 4,5 kg
Facteurs de risque faibles	<ul style="list-style-type: none">• Antécédent de césarienne ou chirurgie utérine• Niveau élevé de liquide amniotique• Être âgée entre 20 et 35 ans• Être primipare, et notamment située dans la tranche d'âge supérieure• Bébé dans une position autre que tête vers le bas• Donner naissance entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée	<ul style="list-style-type: none">• Utilisation de l'anesthésie générale lors de l'accouchement• Utilisation d'opiacés ou de péridurale• Accouchement médicalement déclenché (des médicaments sont utilisés pour démarrer le travail)• Accouchement médicalement assisté (des médicaments sont utilisés pour accélérer le travail)• Vagin incisé chirurgicalement pendant l'accouchement (épisiotomie)• Bébé qui pèse plus de 4 kg

© Evidence Based Birth®

Ces données proviennent d'études de populations aux États-Unis, aux Pays-Bas, au Canada, en Norvège, en Israël et en Suède (Association of Ontario Midwives, 2016, Tableau 2, Page 9; Sheiner et al. 2005; Kramer et al. 2013; van Stralen et al. 2016; Oberg et al. 2014).



L'utilisation du Syntocinon® permet de réduire le risque de perte de sang de plus de 500 ml ; il n'est cependant pas démontré que cela permette de réduire les pertes de sang de plus de 1000 ml"

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (2017, Reaffirmed 2019). Practice Bulletin No. 183: Postpartum Hemorrhage. *Obstet Gynecol*, 130, e168
2. Begley, C. M., Gyte, G. M. L., Devane, D., et al. (2019). Active versus expectant management for women in the third stage of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD007412.
3. McDonald, S. J., Middleton, P., Dowswell, T., et al. (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7. Art. No.: CD004074.