

Cette lettre regroupe les résumés des revues systématiques et méta-analyses Cochrane publiées dans le domaine de l'obstétrique entre mars et septembre 2017.

Si un de vos collègues souhaite s'abonner à cette lettre d'information, il peut inscrire sur le site internet de :

[Cochrane France](#)

Cette lettre a été élaborée en collaboration avec :

P. Rozenberg – Département d'Obstétrique – CHI Poissy St germain en Laye – EA 7285 RISCQ – UVSQ

A. Rousseau – Département Maïeutique – UFR des Sciences de la Santé- EA 7285 RISCQ - UVSQ

Contact : anne.rousseau@uvsq.fr

Résumés traduits :

Administration anténatale de corticoïdes pour accélérer la maturation pulmonaire fœtale parmi les femmes présentant un risque d'accouchement prématuré.....	2
Comparaison entre l'accouchement planifié précocement et la prise en charge expectative pour améliorer l'issue de la grossesse parmi les femmes présentant une rupture prématurée des membranes avant 37 SA.....	4
Les méthodes de poussée dans le deuxième stade du travail.....	7
Interventions axées sur le mode de vie pour le traitement des femmes présentant un diabète gestationnel.....	10
Les positions d'accouchement (deuxième stade du travail) parmi les femmes ne bénéficiant pas d'analgésie péridurale (CD002006.pub4.xml).....	13
Techniques pour prévenir l'hypotension pendant la rachi-anesthésie pour césarienne	15
Techniques périnéales au cours du second stade du travail pour réduire le traumatisme périnéal....	18
Doppler fœtal et ombilical dans les grossesses à haut risque	21
Cerclage pour prévenir l'accouchement prématuré dans les grossesses uniques	23
Pelvimétrie pour les présentations céphaliques à terme ou proche du terme pour décider du mode d'accouchement.....	25

Administration anténatale de corticoïdes pour accélérer la maturation pulmonaire fœtale parmi les femmes présentant un risque d'accouchement prématuré

Contexte

La morbidité respiratoire incluant le syndrome de détresse respiratoire (SDR) est une complication grave de la prématurité et la première cause de mortalité néonatale précoce et de handicap.

Objectifs

Évaluer les effets de l'administration d'une cure de corticoïdes à la mère avant un accouchement prématuré attendu sur la morbidité et la mortalité fœtales et néonatales, sur la mortalité et la morbidité maternelle, et sur la vie future de l'enfant.

Stratégie de recherche documentaire

Les auteurs ont consulté le Registre des Essais du Groupe Cochrane Grossesse et Naissance (17 février 2016) et les listes de références des études trouvées.

Critères de sélection

Essais randomisés contrôlés comparant l'administration prénatale de corticoïdes (bétaméthasone, dexaméthasone, ou hydrocortisone) avec un placebo ou l'absence de traitement, parmi les femmes ayant une grossesse unique ou multiple, pour lesquelles un accouchement prématuré était attendu (travail spontané ou déclenchement), indépendamment des autres co-morbidités. La plupart des femmes dans cette revue ont reçu une seule cure de corticoïdes; cependant, neuf des essais inclus ont autorisé des répétitions hebdomadaires de la cure de corticoïdes.

Recueil et analyse des données

Deux auteurs de la revue ont évalué la qualité des essais et extrait les données de manière indépendante. Les auteurs ont évalué le niveau de preuves en utilisant l'approche GRADE.

Résultats principaux

Cette mise à jour a inclus 30 essais (77774 femmes et 8158 enfants). La plupart des études présentaient un risque faible ou incertain pour la plupart des biais. Une évaluation élevée de risque de biais impliquait généralement un biais de performance lié à l'absence d'aveugle. Deux essais avaient un risque faible pour tous les biais.

Le traitement par corticoïdes anténatals (comparé au placebo ou absence de traitement) était associé à une réduction des effets indésirables les plus graves liés à la prématurité : **décès périnatal** (RR 0.72, IC 95% [0.58 ; 0.89]; 6729 participants; 15 essais; Tau² : 0.05, I² : 34%; *preuves de qualité modérée*); **décès néonatal** (RR 0.69, IC [0.59 ; 0.81]; 7188 participants; 22 essais), **SDR** (RR 0.66, IC [0.56 ; 0.77]; 7764 participants; 28 essais; Tau² : 0.06, I² : 48%; *preuves de qualité modérée*); **SDR modéré/sévère** (RR 0.59, IC [0.38 ; 0.91]; 1686 participants ; 6 essais ; Tau² : 0.14, I² : 52%); **hémorragie intra-ventriculaire (HIV)** (RR 0.55, IC [0.40 ; 0.76] ; 6093 participants ; 16 essais ; Tau² : 0.10, I² : 33%; *preuves de qualité modérée*), **entérocolite nécrosante** (RR 0.50, IC [0.32 ; 0.78] ; 4702 participants ; 10

essais); **nécessité d'une ventilation mécanique** (RR 0.68, IC [0.56 ; 0.84]; 1368 participants ; 9 essais); **infection systémique dans les 48 premières heures de vie** (RR 0.60, IC [0.41 ; 0.88]; 1753 participants ; 8 essais).

Il n'y avait pas de bénéfice évident sur : la **maladie pulmonaire chronique** (RR 0.86, IC [0.42 ; 1.79] ; 818 participants ; 6 essais; Tau² : 0.38 I² : 65%); le **poids de naissance moyen** (g) (différence de moyenne -18.47, IC [-40.83 ; 3.90]; 6182 participants ; 16 essais ; *preuves de qualité modérée*); le **décès dans l'enfance** (RR 0.68, IC [0.36 ; 1.27]; 1010 participants ; 4 essais); le **retard neuro-développemental dans l'enfance** (RR 0.64, IC [0.14 ; 2.98] ; 82 participants ; 1 essais); le **décès à l'âge adulte** (RR 1.00, IC [0.56 ; 1.81] ; 988 participants ; 1 essais).

Le traitement par corticoïdes anténatals n'augmente pas le risque de **chorioamniotite** (RR 0.83, IC [0.66 ; 1.06] ; 5546 participants ; 15 essais ; *preuves de qualité modérée*) ou d'**endométrite** (RR 1.20, IC [0.87 ; 1.63] ; 4030 participants ; 10 essais ; Tau² : 0.11, I² : 28% ; *preuves de qualité modérée*). Aucun risque accru de décès maternel n'a été observé. Cependant, les données sur la mort maternelle étaient basées sur les données d'un seul essai avec deux décès ; quatre autres essais rapportant les décès maternels n'ont eu aucun événement (3392 participants ; 5 essais ; *preuves de qualité modérée*).

Il n'existait aucune preuve indiquant que les corticostéroïdes anténatals agissent différemment dans tous les sous-groupes pré-spécifiés (grossesse simple contre grossesse multiple, état de la poche des eaux, présence d'hypertension) ou pour différents protocoles d'étude (type de corticostéroïde, cure unique ou répétition hebdomadaire).

La classification GRADE a qualifié les preuves de qualité modérée. Les décisions de déclassement (pour le décès périnatal, le SDR, l'HIV et le poids moyen à la naissance) étaient liées aux limites dans la conception de l'étude ou à des imprécisions (chorioamniotite, endométrite). La mort maternelle a été déclassée du fait de l'imprécision liée au nombre trop faibles événements.

Conclusions des auteurs

Cette nouvelle mise à jour apporte encore une fois la preuve que l'administration anténatale de corticoïdes en traitement unique doit être poursuivie pour accélérer la maturation fœtale parmi les femmes présentant un risque d'accouchement prématuré. Il est important de noter que la plupart des données proviennent de pays à revenu élevé et de milieux hospitaliers ; par conséquent, les résultats peuvent ne pas s'appliquer aux pays à faibles ressources avec des taux élevés d'infections.

Il existe peu de données sur les risques et les avantages des corticoïdes en anténatal dans les pays à faible ressource, dans les grossesses multiples et d'autres groupes à haut risque. De plus amples informations sont également nécessaires concernant l'intervalle optimal entre l'administration de la dose et l'accouchement, les meilleurs corticoïdes à utiliser, et pour confirmer les effets à long terme à l'âge adulte.

References :

Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD004454. DOI: 10.1002/14651858.CD004454.pub3

Comparaison entre l'accouchement planifié précocement et la prise en charge expectative pour améliorer l'issue de la grossesse parmi les femmes présentant une rupture prématurée des membranes avant 37 SA

Contexte

La prise en charge actuelle de la rupture prématurée des membranes (RPM) implique soit un déclenchement rapidement après la RPM soit une prise en charge expectative.

Il n'est pas évident de déterminer quelle stratégie est la plus bénéfique pour les mères et leur enfant. Il s'agit d'une mise à jour de la revue Cochrane publiée en 2010 (Buchanan 2010)

Objectifs

Évaluer l'effet de l'accouchement planifié précocement versus la prise en charge expectative en cas de grossesse compliquée par une rupture prématurée des membranes entre 24 et 37 SA, sur le bien-être du fœtus, de l'enfant et de la mère.

Stratégie de recherche documentaire

Les auteurs ont consulté le Registre des Essais du Groupe Cochrane Grossesse et Naissance (30 septembre 2016) et les listes de références des études trouvées.

Critères de sélection

Essais contrôlés randomisés comparant l'accouchement planifié précocement versus la prise en charge expectative parmi les femmes présentant une rupture prématurée des membranes avant 37 SA. Les auteurs ont exclu les essais quasi-randomisés.

Recueil et analyse des données

Deux auteurs de la revue ont évalué de manière indépendante les essais à inclure dans la revue et la qualité méthodologique. Deux auteurs ont extrait les données de manière indépendante. L'exactitude des données a été vérifiée. Les auteurs ont évalué le niveau de preuves en utilisant l'approche GRADE.

Résultats principaux

Les auteurs ont inclus 12 essais dans la revue (3617 femmes et 3628 enfants).

Lors de l'analyse du critère de jugement principal, les auteurs n'ont pas identifié de différence claire entre l'accouchement planifié précocement versus la prise en charge expectative sur la septicémie néonatale (RR 0.93, IC [0.66 ; 1.30], 12 essais, 3628 enfants, *preuves de qualité modérée*), ou l'infection néonatale prouvée avec hémoculture positive (RR 1.24, IC [0.70 ; 2.21], 7 essais, 2925 enfants). Toutefois la naissance précoce augmentait l'incidence de syndrome de détresse respiratoire (SDR) (RR 1.26, IC [1.05 ; 1.53], 12 essais, 3622 enfants, *preuves de qualité élevée*). La naissance précoce était également associée à une augmentation du taux de césarienne (RR 1.26, IC [1.11 ; 1.44], 12 essais, 3620 femmes, *preuves de qualité élevée*).

Il n'y avait pas de différence significative concernant la mortalité périnatale globale (RR 1.76, IC [0.89 ; 3.50], 11 essais, 3319 enfants), ou les morts fœtales in-utero (RR 0.45, IC [0.13 ; 1.57], 11 essais, 3321 enfants). Toutefois la naissance précoce était associée à une augmentation

du taux de décès néonataux (RR 2.55, IC [1.17 ; 5.56], 11 essais, 3316 enfants) et le besoin de ventilation (RR 1.27, IC [1.02 ; 1.58], 7 essais, 2895 enfants, *preuves de qualité élevée*). Les enfants de femmes randomisées dans le groupe “accouchement planifié précocement” sont nés à un âge gestationnel plus jeune que ceux randomisés dans le groupe “expectative” (différence de moyenne -0.48 semaines, IC [-0.57 ; -0.39], 8 essais, 3139 enfants). L'admission en soins intensifs était plus importante parmi les enfants de femmes randomisées dans le groupe “accouchement planifié précocement ” (RR 1.16, IC [1.08 ; 1.24], 4 essais, 2691 enfants, *preuves de qualité modérée*).

Lors de l'analyse des critères de jugement maternels, les auteurs ont noté que la naissance précoce diminuait le taux de chorioamniotite (RR 0.50, IC [0.26 ; 0.95], 8 essais, 1358 femmes, *preuves de qualité modérée*), et augmentait le taux d'endométrites (RR 1.61, IC [1.00 ; 2.59], 7 essais, 2980 femmes). Comme prévu en raison de l'intervention, les femmes randomisées dans le groupe “accouchement planifié précocement ” avait une probabilité plus élevée d'être déclenchée (RR 2.18, IC [2.01 ; 2.36], 4 essais, 2691 femmes). Les femmes randomisées dans le groupe “accouchement planifié précocement ” présentaient une réduction significative de la durée d'hospitalisation totale (différence de moyenne -1.75 jour, IC [-2.45 ; -1.05], 6 essais, 2848 femmes, *preuves de qualité modérée*).

Les analyses en sous-groupes ont montré une amélioration des issues maternelles et infantiles dans le groupe “ expectative ” parmi les grossesses supérieures à 34 SA, en particulier en ce qui concerne les SDR et les infections maternelles. L'utilisation d'une antibioprophylaxie seest révélée efficace pour réduire les infections maternelles chez les femmes randomisées dans le groupe “ expectative ”.

Dans l'ensemble, les risques de biais des 12 études ont été classés comme étant à faible risque ou incertains. Une description adéquate des méthodes manquait dans certaines études pour lesquelles le risque de biais a été classé comme incertain. Dans cinq études, il y avait un ou deux domaines pour lesquels le risque de biais a été jugé élevé. Le profil GRADE a montré que le niveau de preuve était modéré à élevé.

Conclusions des auteurs

Avec l'ajout de cinq essais contrôlés randomisés (2927 femmes) à cette mise à jour, les auteurs n'ont constaté aucune différence cliniquement importante dans l'incidence du sepsis néonatal parmi les femmes présentant une RPM avant 37SA, qu'elles aient accouché précocement ou de manière différée. La naissance planifiée précocement était associée à une augmentation de l'incidence du SDR, de la nécessité de ventilation, de la mortalité néonatale, de l'endométrite, de l'admission en soins intensifs néonataux et de la probabilité de césarienne, mais à une diminution de l'incidence de la chorioamnionite. Les femmes randomisées dans le groupe « accouchement précoce » ont également eu un risque accru de déclenchement, mais une diminution de la durée de séjour. Les enfants de femmes randomisées dans le groupe “accouchement planifié précocement” avaient une probabilité accrue de naître à un âge gestationnel plus faible.

Parmi les femmes présentant une RPM avant 37 SA sans contre-indications à la poursuite de la grossesse, une prise en charge expectative avec une surveillance attentive a été associée à de meilleures issues pour la mère et l'enfant.

Les futures recherches devraient viser à déterminer quels groupes de femmes présentant une RPM ne pourraient bénéficier d'une prise en charge expectative. Cela pourrait être évalué en analysant les sous-groupes selon l'âge gestationnel à la RPM, l'utilisation de corticoïdes et la

colonisation microbiologique vaginale anormale. Les recherches devraient également porter sur l'analyse à long terme du développement neurologique des enfants.

References :

Bond DM, Middleton P, Levett KM, van der Ham DP, Crowther CA, Buchanan SL, Morris J. Planned early birth versus expectant management for women with preterm prelabour rupture of membranes prior to 37 weeks' gestation for improving pregnancy outcome. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD004735. DOI: 10.1002/14651858.CD004735.pub4

Les méthodes de poussée dans le deuxième stade du travail

Contexte

Les efforts expulsifs maternels pendant le deuxième stade du travail sont importants et indispensables à la force d'expulsion involontaire générée par les contractions utérines. Il n'existe pas de consensus quant à la stratégie idéale pour faciliter ces efforts expulsifs et il existe des résultats contradictoires concernant leur influence sur la mère et le fœtus.

Objectifs

Évaluer les bénéfices et les inconvénients éventuels de différentes techniques de poussée / respiration maternelle pendant la phase expulsive du travail

Stratégie de recherche documentaire

Les auteurs ont consulté le Registre des Essais du Groupe Cochrane Grossesse et Naissance (le 19 septembre 2016) et les références bibliographiques des études trouvées.

Critères de sélection

Les essais contrôlés randomisés (ECR) et quasi-ECR évaluant les effets des techniques de poussée (type et/ou timing) réalisées au cours de la deuxième phase du travail sur les résultats maternels et néonataux. Les ECR en cluster étaient éligibles pour l'inclusion, mais aucun n'a été identifié. Les études en « cross-over » et celles publiées uniquement sous forme de résumé n'étaient pas éligibles pour l'inclusion dans cette revue.

Recueil et analyse des données

Deux auteurs de la revue ont indépendamment évalué les essais à inclure, extrait les données et évalué le risque de biais. L'exactitude des données a été vérifiée.

Résultats principaux

Dans cette mise à jour, les auteurs ont inclus 21 études au total ; huit (884 femmes) comparaient des poussées spontanées versus des poussées dirigées, avec ou sans analgésie péridurale et 13 (2879 femmes) comparaient des poussées retardées versus des poussées immédiates avec analgésie péridurale. L'évaluation GRADE du niveau de preuve allait d'une qualité modérée à très faible ; les principales raisons concernaient les limites dans la conception des études et l'imprécision de l'estimations des effets. Dans l'ensemble, les études incluses variaient dans leur risque de biais, la plupart ont été considérées comme présentant un risque de biais incertain.

Comparaison 1 : techniques de poussées : les poussées spontanées versus les poussées dirigées

Il n'y avait aucune différence claire dans la durée du deuxième stade du travail (différence moyenne (DM) 10,26 minutes ; IC [-1,12 ; 21,64 minutes], six études, 667 femmes ; effets aléatoires, $I^2 = 81\%$) (*preuves de très faible qualité*). Il n'y avait aucune différence claire dans les lésions périnéales de 3ème et 4ème degré (risque relatif (RR) 0,87 ; IC [0,45 ; 1,66], une étude, 320 femmes) (*preuves de faible qualité*), les épisiotomies (RR 1,05 ; IC [0,60 ; 1,85], deux études, 420 femmes ; effets aléatoires, $I^2 = 81\%$), la durée des efforts expulsifs (DM -9,76 minutes, IC [-19,54 ; 0,02] ; deux études ; 169 femmes ; $I^2 = 88\%$) (*preuves de très faible qualité*), ou le taux d'accouchements spontanés par voie basse (RR 1,01, IC [0,97 ; 1,05] ; cinq

études ; 688 femmes ; $I^2 = 2\%$) (*preuves de qualité modérée*). Pour les principaux critères de jugement néonataux tels que le score d'Apgar inférieur à sept, il n'y avait aucune différence claire entre les groupes (RR 0,35 ; IC [0,01 ; 8,43], une étude, 320 nourrissons) (*preuves de très faible qualité*), et le nombre d'admissions en unité de soins intensifs néonatal (RR 1,08 ; IC [0,30 ; 3,79], deux études, 393 nourrissons) (*preuves de très faible qualité*) n'a également pas montré de différence significative entre les poussées spontanées et dirigées. Aucune donnée n'était disponible concernant l'encéphalopathie anoxo-ischémique.

Comparaison 2 : le timing des poussées : les poussées retardées versus les poussées immédiates (toutes les femmes étaient sous péridurale)

Pour les principaux critères de jugement maternels, les poussées retardées étaient associées à une augmentation de 56 minutes dans la durée du deuxième stade du travail (DM 56,40, IC [42,05 ; 70,76] ; 11 études ; 3049 femmes ; $I^2 = 91\%$) (*preuves de très faible qualité*), mais il n'y avait pas de différence claire dans les lésions périnéales du troisième et quatrième degré (RR 0,94 ; IC [0,78 ; 1,14], sept études, 2775 femmes) (*preuves de qualité modérée*) ou les épisiotomies (RR 0,95 ; IC [0,87 à 1,04], cinq études, 2320 femmes). Les poussées retardées étaient également associées à une diminution de la durée des efforts expulsifs de 19 minutes (DM -19,05, IC [-32,27 ; -5,83] ; 11 études ; 2932 femmes ; $I^2 = 95\%$) (*preuves de très faible qualité*) et à une augmentation des accouchements spontanés par voie basse (RR 1,07 ; IC à [1,02 ; 1,11], 12 études, 3114 femmes) (*preuves de qualité modérée*).

Pour les principales issues néonatales, il n'y avait aucune différence significative entre les groupes quant aux admissions en unités de soins intensifs (RR 0,98 ; IC [0,67 ; 1,41], trois études, $n = 2197$) (*preuves de faible qualité*) et quant aux scores d'Apgar inférieurs à sept à 5 minutes (RR 0,15 ; IC [0,01 ; 3,00] ; trois études ; 413 nourrissons) (*preuves de très faible qualité*). Il n'y avait aucune donnée concernant l'encéphalopathie anoxo-ischémique. Les poussées retardées étaient associées à une incidence supérieure de pH sanguin bas au cordon ombilical (RR 2,24 ; IC [1,37 ; 3,68], 4 études, 2145 nourrissons) et ont augmenté le coût des soins intrapartum de 68,22\$ canadiens (DM 68,22, IC [55,37 ; 81,07], une étude, 1862 femmes).

Conclusions des auteurs

Cette revue mise à jour est basée sur 21 études incluses de qualité modérée à très faible (avec des preuves déclassées principalement en raison des limites dans la conception des études et de l'imprécision de l'estimations des effets).

Les résultats concernant le timing des poussées sous péridurale sont cohérents : les poussées retardées ont conduit à un raccourcissement de la durée réelle des efforts expulsifs et à une augmentation des accouchements spontanés par voie basse au prix d'une plus longue durée globale de la deuxième phase de travail et d'un risque accru de pH bas au cordon ombilical (une seule étude). Néanmoins, il n'y avait aucune différence claire entre les poussées retardées et immédiates concernant les lésions périnéales graves et les épisiotomies, ni sur les autres issues néonatales (admission en unités de soins intensifs, score d'Apgar inférieurs à sept et réanimation en salle de naissance).

Par conséquent, concernant la technique de poussée, avec ou sans péridurale, il n'existe pas de preuves concluantes pour étayer ou réfuter toute stratégie spécifique dans le cadre de la pratique clinique courante, et en l'absence de preuves solides permettant de recommander une méthode spécifique et un timing des poussées, les préférences de la femme, son confort et le contexte devraient orienter les décisions cliniques.

D'autres ECR bien conçus, portant sur des issues maternelles et néonatales cliniquement importantes sont nécessaires afin de fournir davantage de données fondées sur les preuves aux

connaissances actuelles. De tels essais devraient apporter des données plus complètes pour être intégrés dans une prochaine mise à jour de cette revue.

References :

Lemos A, Amorim MMR, Dornelas de Andrade A, de Souza AI, Cabral Filho J, Correia JB. Pushing/bearing down methods for the second stage of labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD009124. DOI: 10.1002/14651858.CD009124.pub3

Interventions axées sur le mode de vie pour le traitement des femmes présentant un diabète gestationnel

Contexte

Le diabète gestationnel est une intolérance au glucose qui se manifeste pour la première fois pendant la grossesse et rentre généralement dans l'ordre après l'accouchement. Il est associé à de nombreux problèmes de santé à court et à long terme pour la mère et le nourrisson. Les interventions axées sur le mode de vie sont la principale stratégie thérapeutique pour de nombreuses femmes ayant un diabète gestationnel.

Objectifs

Évaluer les effets des interventions axées sur le mode de vie, avec ou sans traitement pharmacologique, pour traiter les femmes ayant un diabète gestationnel.

Stratégie de recherche documentaire

Les auteurs ont effectué des recherches dans le registre des essais cliniques du groupe Cochrane sur la grossesse et la naissance (14 mai 2016), [ClinicalTrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov), WHO International Clinical Trials Registry Platform ([ICTRP](https://www.who.int/clinicaltrialsregistryplatform)) (14 mai 2016) et les références bibliographiques des études trouvées.

Critères de sélection

Les essais contrôlés randomisés comparant une intervention sur le mode de vie aux soins habituels ou à une autre intervention pour le traitement des femmes enceintes ayant un diabète gestationnel. Les essais quasi-randomisés ont été exclus. Les essais croisés n'étaient pas éligibles pour l'inclusion. Les femmes ayant un diabète de type 1 ou de type 2 préexistant ont été exclus.

Recueil et analyse des données

Les procédures méthodologiques standard prévues par la Collaboration Cochrane ont été utilisées. La sélection des études et l'extraction des données ont été réalisées indépendamment par deux auteurs de la revue.

Résultats principaux

Quinze essais (45 rapports) sont inclus dans cette revue (4501 femmes, 3768 nourrissons). Aucun des essais n'était financé par une subvention industrielle pharmaceutique. Les interventions axées sur le mode de vie incluaient un large éventail de composantes telles que l'éducation, l'alimentation, l'exercice et l'autosurveillance de la glycémie. Le groupe contrôle incluait les soins prénataux usuels ou un régime alimentaire seul. En utilisant la méthodologie GRADE, la qualité des preuves allait de « bonne » à « très mauvaise ». Les principales raisons pour lesquelles la qualité des données a été déclassée étaient l'incohérence et le risque de biais.

Comparaison entre intervention sur le mode de vie et groupe témoin

Pour la mère :

Aucune donnée ne montrait de différence significative entre les groupes d'intervention et témoin sur le risque de **complications hypertensives de la grossesse (pré-éclampsie)** (risque relatif moyen (RR) 0,70 ; IC [0,40 ; 1,22] ; quatre essais, 2796 femmes ; $I^2 = 79\%$, $Tau^2 = 0,23$; *preuves de faible qualité*), de **césarienne** (RR moyen 0,90 ; IC [0,78 ; 1,05] ; 10 essais, 3545 femmes ; $I^2 = 48\%$, $Tau^2 = 0,02$; *preuves de faible qualité*), de **développement d'un diabète de type 2** (jusqu'à un maximum de 10 ans de suivi) (RR 0,98, IC [0,54 ; 1,76] ; deux essais, 486 femmes ; $I^2 = 16\%$; *preuves de faible qualité*), de **traumatisme ou déchirure**

périnéale (RR 1,04, IC [0,93 ; 1,18] ; 1 essai, n = 1000 femmes ; *preuves de qualité modérée*) ou de **déclenchement du travail** (RR moyen 1,20, IC [0,99 ; 1,46] ; 4 essais, n = 2699 femmes ; $I^2 = 37\%$; *preuves de qualité élevée*).

Les femmes bénéficiant d'une intervention sur le mode de vie étaient plus nombreuses à **atteindre leurs objectifs de poids un an après l'accouchement** que celles du groupe témoin (RR 1,75, IC [1,05 ; 2,90] ; 156 femmes ; 1 essai, *preuves de faible qualité*). Les interventions axées sur le mode de vie étaient associées à une réduction du risque de **dépression postnatale** par rapport au groupe témoin (RR 0,49, IC [0,31 ; 0,78] ; 1 essai, n = 573 femmes ; *preuves de faible qualité*).

Pour le nourrisson/l'enfant/l'adulte :

Les interventions axées sur le mode de vie sont associées à une réduction du risque de macrosomie (RR 0,60, IC [0,50 ; 0,71] ; 6 essais, 2994 nourrissons ; $I^2 = 4\%$; *preuves de qualité modérée*). Le poids de naissance et l'incidence de la macrosomie étaient plus faibles dans le groupe intervention sur le mode de vie.

L'exposition à l'intervention sur le mode de vie était associée à une diminution de la **masse grasse néonatale** par rapport au groupe témoin (différence moyenne (DM) -37,30 g, IC [- 3,97 ; -10,63] ; 1 essai, 958 nourrissons ; *preuves de faible qualité*). Dans l'enfance, il n'y avait pas de différence significative entre les groupes sur l'**indice de masse corporelle (IMC) \geq 85e percentile** (RR 0,91, IC [0,75 ; 1,11] ; 3 essais, 767 enfants ; $I^2 = 4\%$; *preuves de qualité modérée*).

Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes sur le risque de **décès périnatal** (RR 0,09, IC [0,01 ; 1,70] ; 2 essais, 1988 nourrissons ; *preuves de faible qualité*). Sur 1988 nourrissons, 5 événements seulement ont été rapportés au total dans le groupe témoin et aucun dans le groupe de mode de vie. Il n'y avait pas de différence significative entre les groupes sur un **critère composite d'événements graves affectant les nourrissons** (RR moyen 0,57, IC [0,21 ; 1,55] ; 2 essais, 1930 nourrissons ; $I^2 = 82\%$, $Tau^2 = 0,44$; *preuves de très faible qualité*) ou sur l'**hypoglycémie néonatale** (RR moyen 0,99, IC [0,65 ; 1,52] ; 6 essais, 3000 nourrissons ; $I^2 = 48\%$, $Tau^2 = 0,12$; *preuves de qualité modérée*).

Ni le **diabète et l'obésité à l'âge adulte**, ni les **troubles neurosensoriels plus tard dans l'enfance** n'étaient spécifiés ou rapportés en tant que critères de jugement dans aucun des essais inclus dans cette revue.

Conclusions des auteurs

Les interventions sur le mode de vie sont la principale stratégie thérapeutique pour les femmes ayant un diabète gestationnel. Les femmes bénéficiant de ces interventions étaient moins susceptibles d'avoir une dépression postnatale et plus susceptibles d'atteindre leurs objectifs de poids après l'accouchement. L'exposition aux interventions axées sur le mode de vie était associée à un risque réduit de macrosomie à la naissance et à une diminution de l'obésité néonatale. Les issues à long terme de la mère, et de l'enfant/adulte n'étaient pas bien rapportés. L'intérêt des interventions axées sur le mode de vie reste incertain pour les pays à faibles et moyens revenus ou pour différents groupes ethniques. Les bénéfices ou les inconvénients à plus long terme de ces interventions restent incertains en raison d'une notification limitée.

La contribution des différentes composantes des interventions axées sur le mode de vie n'a pas pu être évaluée. Dix pour cent des participantes ont également reçu un traitement pharmacologique. Les interventions axées sur le mode de vie sont utiles en tant que stratégie thérapeutique primaire et incluent le plus souvent une alimentation saine, une activité physique et l'autosurveillance de la glycémie.

Les futures recherches pourraient se concentrer sur l'identification des interventions spécifiques les plus utiles (comme seule intervention, sans traitement pharmacologique), des professionnels de la santé qui devraient être chargés de ces interventions et du format optimal pour fournir les

informations. L'évaluation des issues à long terme pour la mère et l'enfant doit être considérée comme une priorité lors de la planification de futurs essais. Il n'y a eu aucune exploration approfondie des coûts « économisés » grâce à la réduction du risque de macrosomie et des risques potentiels à plus long terme pour les nourrissons.

References :

Brown J, Alwan NA, West J, Brown S, McKinlay CJD, Farrar D, Crowther CA. Lifestyle interventions for the treatment of women with gestational diabetes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art. No.: CD011970. DOI: 10.1002/14651858.CD011970.pub2

Les positions d'accouchement (deuxième stade du travail) parmi les femmes ne bénéficiant pas d'analgésie péridurale (CD002006.pub4.xml)

Contexte

Depuis des siècles, il existe une controverse à savoir si la position verticale (assise, sur un tabouret d'accouchement ou une chaise, accroupie, à genoux) ou couchée (en position latérale (Sims), semi-allongée, position gynécologique, position de Trendelenburg) présentent des avantages pour les femmes qui accouchent. Cet article est une mise à jour d'une revue publiée précédemment en 2012, 2004 et 1999.

Objectifs

Déterminer les possibles bénéfices et risques de différentes positions d'accouchement sans anesthésie péridurale, pour la mère, le fœtus, le nouveau-né et les soignants.

Stratégie de recherche documentaire

Les auteurs ont effectué des recherches dans le registre des essais du groupe Cochrane sur la grossesse et la naissance (30 novembre 2016) et dans les références bibliographiques des études trouvées.

Critères de sélection

Les essais randomisés, quasi-randomisés ou les essais contrôlés randomisés en grappes portant sur n'importe quelle position verticale adoptée par les femmes enceintes au cours du deuxième stade du travail par rapport aux positions couchées sur le dos ou en position gynécologique. Les comparaisons secondaires incluaient la comparaison entre différentes positions verticales et la position couchée sur le dos. Les essais sous forme de résumés ont été inclus.

Recueil et analyse des données

Deux auteurs de la revue ont indépendamment évalué les essais à inclure et évalué la qualité des essais. Au moins deux auteurs de la revue ont extrait les données. L'exactitude des données a été vérifiée. La qualité des preuves a été évaluée au moyen de l'approche GRADE.

Résultats principaux

Les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du risque de biais variable dans les essais inclus. Onze nouveaux essais ont été inclus dans cette mise à jour ; il y a désormais 32 études incluses, ainsi qu'un essai en cours. Trente essais portant sur 9015 femmes ont contribué à l'analyse. Les comparaisons incluaient n'importe quelle position verticale, accroupie, avec des coussins d'accouchement, et des chaises de naissance par rapport aux positions couchées sur le dos.

Pour toutes les femmes étudiées (primigestes et multigestes), lors de la comparaison à la position couchée sur le dos, la position verticale était associée à une réduction de la durée du deuxième stade (DM -6,16 minutes, IC [-9,74 ; -2,59 minutes] ; 19 essais ; 5811 femmes ; effets aléatoires ; $P = 0,0007$; $I^2 = 91\%$; *preuves de très faible qualité*) ; cependant, ce résultat doit être interprété avec prudence en raison des différences importantes dans la taille et la direction de l'effet de chaque étude. Les positions verticales étaient également associées à une absence de différences claires sur le **taux de césariennes** (RR 1,22, IC [0,81 ; 1,81] ; 16 essais ; 5439 femmes ; *preuves de faible qualité*), à une **réduction des extractions instrumentales** (RR 0,75, IC [0,66 ; 0,86] ; 21 essais ; 6481 femmes ; *preuves de qualité modérée*), à une **réduction des épisiotomies** (RR moyen 0,75, IC [0,61 ; 0,92] ; 17 essais ; 6148 femmes ; effets aléatoires ; I^2

= 88 %), à une **possible augmentation des déchirures périnéales de second degré** (RR 1,20, IC [1,00 ; 1,44] ; 18 essais ; 6715 femmes ; $I^2 = 43\%$; *preuves de faible qualité*), à une absence de différence significative des **déchirures périnéales de troisième ou quatrième degré** (RR 0,72, IC [0,32 ; 1,65] ; 6 essais ; 1840 femmes ; *preuves de très faible qualité*), à une **augmentation des pertes sanguines supérieures à 500 ml** (RR 1,48, IC [1,10 ; 1,98] ; 15 essais ; 5615 femmes ; $I^2 = 33\%$; *preuves de qualité modérée*), à moins d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (RR 0,46, IC [0,22 ; 0,93] ; 2 essais ; 617 femmes), à une absence de différence significative du nombre **d'admission en soins intensifs néonataux** (RR 0,79, IC [0,51 ; 1,21] ; 4 essais ; 2565 nourrissons ; *preuves de faible qualité*). Dans l'analyse de sensibilité excluant les essais à risque élevé de biais, ces résultats étaient inchangés à l'exception de la durée du deuxième stade du travail qui ne présentait plus de différence significative (DM -4,34, IC [- 9,00 ; 0,32] ; 21 essais ; 2499 femmes ; $I^2 = 85\%$).

L'évaluation GRADE a déclassé les preuves car plusieurs études présentaient des limitations dans leur conception (randomisation et assignation secrète inadéquates) ainsi qu'une forte hétérogénéité et de larges IC.

Conclusions des auteurs

Les résultats de cette revue suggèrent plusieurs avantages possibles pour la position verticale chez les femmes sans anesthésie péridurale, telles qu'une très légère réduction de la durée du deuxième stade du travail (principalement pour le groupe primigeste), une réduction des taux d'épisiotomies et des extractions instrumentales. Cependant, il existe un risque accru de pertes sanguines supérieures à 500 ml et il pourrait y avoir un risque accru de déchirures de second degré. Compte tenu du risque de biais variable dans les essais examinés, de futures études faisant recours à des protocoles bien conçus sont nécessaires pour déterminer les véritables bénéfices et risques des différentes positions lors de l'accouchement.

References :

Gupta JK, Sood A, Hofmeyr G, Vogel JP. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 5. Art. No.: CD002006. DOI: 10.1002/14651858.CD002006.pub4

Techniques pour prévenir l'hypotension pendant la rachi-anesthésie pour césarienne

Contexte

L'hypotension maternelle est la complication la plus fréquente de la rachi-anesthésie pour césarienne. Elle peut être associée à des nausées ou vomissements et expose à de sérieux risques pour la mère (perte de conscience, inhalation bronchique) et son enfant (hypoxie, acidose, lésions neurologiques).

Objectifs

Évaluer les effets des interventions prophylactiques de l'hypotension après rachi-anesthésie pour césarienne.

Méthodes de recherche

Les auteurs ont consulté le Registre des Essais du Groupe Cochrane Grossesse et Naissance (9 août 2016) et les listes de références des études trouvées.

Critères de sélection

Essais randomisés contrôlés, incluant les textes complets et les résumés, comparant les interventions visant à prévenir l'hypotension avec un placebo ou un traitement alternatif parmi les femmes ayant une rachi-anesthésie pour césarienne. Nous avons exclu les études si l'hypotension n'était pas une mesure d'issue.

Collecte et analyse de données

Deux auteurs ont évalué de manière indépendante la qualité des études et extrait les données des études éligibles. Les auteurs ont évalué le niveau de preuves en utilisant l'approche GRADE.

Principaux résultats

Les auteurs ont inclus 126 études impliquant 9565 participantes. Les interventions visaient seulement à prévenir l'hypotension maternelle après rachi-anesthésie, et les auteurs ont exclu toute intervention considérée comme curative. Toutes les études incluses ont rapporté l'issue principale de cette revue. Parmi 49 comparaisons, les auteurs ont identifié trois groupes d'intervention: les liquides intraveineux, les interventions pharmacologiques et les interventions physiques. Les auteurs n'ont signalé aucun effet indésirable grave avec les interventions étudiées. La plupart des essais ont rapporté comme seules issues une hypotension nécessitant une intervention et un score d'Apgar < 8 à 5 minutes. Aucun des essais inclus n'a rapporté de résultats sur l'admission en unité de soins intensifs néonataux.

Cristalloïde versus contrôle (aucun fluide)

Moins de femmes ont présenté une hypotension dans le groupe cristalloïde par rapport à aucun fluide (risque ratio moyen (RR) 0.84, intervalle de confiance à 95% (IC) 0.72 à 0.98; 370 femmes; 5 études, *preuve de faible qualité*). Il n'y avait pas de différence claire entre les groupes sur le nombre de femmes ayant présenté des nausées et des vomissements (RR moyen 0.19, IC 95% 0.01 à 3.91; 1 étude; 69 femmes; *preuve de très faible qualité*). Aucun enfant n'avait un score d'Apgar < 8 à 5 minutes dans l'un ou l'autre groupe (60 nouveau-nés, *preuve de faible qualité*).

Colloïde versus cristalloïde

Moins de femmes ont présenté une hypotension dans le groupe colloïde par rapport au groupe cristalloïde (RR moyen 0.68, IC 95% 0.58 à 0.80; 2105 femmes; 28 études; *preuve de très faible*

qualité). Il n'y avait pas de différences claires entre les groupes sur l'hypertension maternelle nécessitant une intervention (RR 0.64 moyen, IC 95% 0.09 à 4.46, 3 études, 327 femmes; *preuve de très faible qualité*), la bradycardie maternelle nécessitant une intervention (RR moyen 0.99, IC 95% 0.55 à 1.79, 6 études, 509 femmes, *preuve de très faible qualité*), les nausées et/ou vomissements (RR moyen 0.83, IC 95% 0.61 à 1.13, 15 études, 1154 femmes, $I^2 = 37\%$, *preuve de très faible qualité*), l'acidose néonatale (RR moyen 0.83, IC 95% 0.15 à 4.52, 6 études, 678 nouveau-nés, *preuves de très faible qualité*) ou un score d'Apgar < à 8 à 5 minutes (RR moyen 0.24, IC 95% 0.03 à 2.05, 11 études, 826 nouveau-nés, *preuves de très faible qualité*).

Ephédrine versus phényléphrine

Il n'y avait pas de différences claires entre les groupes éphédrine et phényléphrine sur la prévention de l'hypotension maternelle (RR moyen 0.92, IC 95% 0.71 à 1,18; 401 femmes; 8 études; *preuves de très faible qualité*) ou de l'hypertension (RR moyen 1.72, IC 95% 0.71 à 4.16, 2 études, 118 femmes, *preuve de faible qualité*). Les taux de bradycardie étaient plus faibles dans le groupe éphédrine (RR moyen 0.37, IC 95% 0.21 à 0.64, 5 études, 304 femmes, *preuves de faible qualité*). Il n'y avait pas de différence claire sur le nombre de femmes ayant présenté des nausées et/ou des vomissements (RR moyen 0.76, IC 95% 0.39 à 1.49, 4 études, 204 femmes, $I^2 = 37\%$, *preuve de très faible qualité*) ou le nombre de nouveau-nés ayant présenté une acidose néonatale (RR moyen 0.89, IC 95% 0.07 à 12.00, 3 études, 175 nouveau-nés, *preuve de faible qualité*). Aucun nouveau-né n'avait un score d'Apgar < à 8 à 5 minutes dans l'un ou l'autre groupe (321 nouveau-nés, *preuve de faible qualité*).

Ondansétron versus contrôle

L'administration d'ondansétron était plus efficace que le contrôle (placebo salin) pour prévenir l'hypotension nécessitant un traitement (RR moyen 0.67, IC 95% 0.54 à 0.83, 740 femmes, 8 études, *preuve de faible qualité*), la bradycardie nécessitant un traitement (RR moyen 0.49, IC 95% 0.28 à 0.87, 740 femmes, 8 études, *preuve de faible qualité*) et les nausées et/ou vomissements (RR moyen 0.35, IC 95% 0.24 à 0.51, 653 femmes, 7 études, *preuve de faible qualité*). Il n'y avait pas de différence claire entre les groupes sur les taux d'acidose néonatale (RR moyen 0.48, IC 95% 0.05 à 5.09, 134 nouveau-nés, 2 études, *preuve de faible qualité*) ou d'Apgar < 8 à 5 minutes (284 nouveau-nés, *preuve de faible qualité*).

Compression des membres inférieurs versus contrôle

La compression des membres inférieurs était plus efficace que le contrôle pour prévenir l'hypotension (RR moyen 0.61, IC 95% 0.47 à 0.78, 11 études, 705 femmes, $I^2 = 65\%$, *preuve de très faible qualité*). Il n'y avait pas de différence claire entre les groupes sur les taux de bradycardie (RR 0.63, IC 95%: 0.11 à 3.56, 1 étude, 74 femmes, *preuve de très faible qualité*) ou de nausées et/ou vomissements (RR moyen 0.42, IC 95% 0.14 à 1.27, 4 études, 276 femmes, $I^2 = 32\%$, *preuve de très faible qualité*). Aucun nouveau-né n'avait un score d'Apgar < 8 à 5 minutes dans l'un ou l'autre groupe (130 nouveau-nés, *preuve de très faible qualité*).

Marche versus couchée

Il n'y avait pas de différence claire entre les groupes sur les femmes présentant une hypotension nécessitant un traitement (RR 0.71, IC 95% 0.41 à 1.21, 1 étude, 37 femmes, *preuve de très faible qualité*).

De nombreuses études incluses n'ont pas ou peu rapporté d'informations permettant d'évaluer leur risque de biais, ce qui limite la capacité à tirer des conclusions significatives. Les évaluations GRADE de la qualité des preuves allaient de très faible à faible. Les auteurs ont déclassé les niveaux de preuve du fait des limitations dans la conception de l'étude et des imprécisions; la plupart des études évaluaient uniquement les femmes ayant eu une césarienne programmée.

La validité externe doit également être considérée. Les lecteurs devraient remettre en question l'utilisation des colloïdes dans ce contexte, compte tenu des effets secondaires potentiels importants tels que les allergies et les insuffisances rénales associées à leur administration.

Conclusions des auteurs

Alors que les interventions telles que les cristalloïdes, les colloïdes, l'éphédrine, la phényléphrine, l'ondansétron ou la compression des jambes peuvent réduire l'incidence de l'hypotension, aucune n'a montré sa capacité à éliminer la nécessité de traiter l'hypotension maternelle parmi certaines femmes. Aucune conclusion ne peut être tirée concernant les effets indésirables rares associés à l'utilisation de ces interventions (par exemple, les colloïdes) en raison du nombre relativement faible de femmes étudiées.

References :

Chooi C, Cox JJ, Lumb RS, Middleton P, Chemali M, Emmett RS, Simmons SW, Cyna AM. Techniques for preventing hypotension during spinal anaesthesia for caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 8. Art. No.: CD002251. DOI: 10.1002/14651858.CD002251.pub3

Techniques périnéales au cours du second stade du travail pour réduire le traumatisme périnéal

Contexte

La plupart des accouchements par voie basse sont associés à un traumatisme des voies génitales. La morbidité associée à un traumatisme périnéal peut être significative, surtout en cas de déchirures du troisième et du quatrième degré. Différentes interventions, comprenant le massage périnéal, les compresses chaudes ou froides et les techniques de gestion périnéale ont été utilisées pour prévenir les traumatismes. Ceci est une mise à jour d'une revue Cochrane qui a été publiée pour la première fois en 2011.

Objectifs

Évaluer l'effet des techniques périnéales au cours du deuxième stade de travail sur l'incidence et la morbidité associées au traumatisme périnéal.

Méthodes de recherche

Les auteurs ont consulté le Registre des Essais du Groupe Cochrane Grossesse et Naissance (26 Septembre 2016) et les listes de références des études trouvées.

Critères de sélection

Essais contrôlés randomisés et quasi-randomisés publiés et non publiés évaluant les techniques périnéales au cours du deuxième stade du travail. Les essais croisés n'étaient pas éligibles à l'inclusion.

Collecte et analyse de données

Trois auteurs ont évalué de manière indépendante la qualité des études et extrait les données des études éligibles. Les auteurs ont évalué le niveau de preuves.

Principaux résultats

Vingt-deux essais étaient éligibles à l'inclusion (avec 20 essais impliquant 15 181 femmes fournissant des données). Dans l'ensemble, les essais comportaient un risque de biais modéré à élevé; aucun n'a été adéquatement en aveugle et la plupart n'étaient pas claires à la fois pour la dissimulation de l'allocation et les données incomplètes sur les résultats. Les interventions comparées comprenaient l'utilisation du massage périnéal, des compresses chaudes et froides et d'autres techniques de gestion périnéale.

La plupart des études n'ont pas rapporté de données sur les issues secondaires recherchées dans cette méta-analyse. Les auteurs ont déclassé les niveaux de preuve du fait des risques de biais, d'incohérence et d'imprécision pour toutes les comparaisons.

Mains sur le périnée vs mains (prêtes) hors du périnée

Les mains sur le périnée ou hors du périnée n'ont pas présenté de différence nette sur l'incidence du périnée intact (risque ratio moyen (RR) 1.03, IC 95% 0.95 à 1.12, deux études, Tau^2 0.00, I^2 37%, 6547 femmes; preuves de qualité modérée), des déchirures du premier degré (RR moyen 1.32, IC 95% 0.99 à 1.77, deux études, 700 femmes, preuves de faible qualité), des déchirures du deuxième degré (RR moyen 0.77, IC 95% 0.47 à 1.28, deux études, 700 femmes, preuves de faible qualité), ou des déchirures du troisième ou du quatrième degré (RR moyen 0.68, IC 95% 0.21 à 2.26, cinq études, Tau^2 0.92, I^2 72%, 7317 femmes; preuves de très faible qualité).

Une hétérogénéité importante pour les déchirures du troisième ou du quatrième degré signifie que ces données doivent être interprétées avec prudence. L'épisiotomie était plus fréquente dans

le groupe mains sur le périnée (RR moyen 0.58, IC 95% 0.43 à 0.79, Tau² 0.07, I² 74%, quatre études, 7247 femmes; preuves de faible qualité), mais il y avait une hétérogénéité considérable entre les quatre études incluses.

Il n'y avait aucune donnée sur un traumatisme périnéal nécessitant une suture.

Compresses chaudes versus contrôle (mains hors du périnée ou pas de compresse chaude)

Une compresse chaude n'a pas eu d'effet clair sur l'incidence du périnée intact (RR moyen 1.02, IC 95% 0.85 à 1.21, 1799 femmes, quatre études, preuves de qualité moyenne), des traumatismes périnéaux nécessitant une suture (RR moyen 1.14, IC 95% 0.79 à 1.66, 76 femmes, une étude, preuves de très faible qualité), des déchirures du deuxième degré (RR moyen 0.95, IC 95% 0.58 à 1.56, 274 femmes, deux études, preuves de très faible qualité) ou des épisiotomie (RR moyen 0.86, IC 95% 0.60 à 1.23, 1799 femmes, quatre études, preuves de faible qualité). On ne sait pas avec certitude si les compresses chaudes augmentent ou réduisent l'incidence des déchirures au premier degré (RR moyen 1.19, IC 95% 0.38 à 3.79, 274 femmes, deux études, I² 88%, preuves de très faible qualité).

Moins de déchirures périnéales du troisième ou du quatrième degré ont été rapporté dans le groupe compresses chaudes (RR moyen 0.46, IC 95% 0.27 à 0.79, 1 799 femmes, 4 études, preuves de qualité modérée).

Massage versus contrôle (mains hors du périnée ou soins usuels)

L'incidence du périnée intact a été augmentée dans le groupe massage périnéal (RR moyen 1.74, IC 95% 1.11 à 2.73, six études, 2618 femmes, I² 83%, preuves de faible qualité) mais il y avait une hétérogénéité substantielle entre les études. Ce groupe a présenté moins de déchirures du troisième ou du quatrième degré (RR moyen 0.49, IC 95% 0.25 à 0.94, cinq études, 2477 femmes, preuves de qualité moyenne).

Il n'y avait pas de différences claires entre les groupes sur le traumatisme périnéal nécessitant une suture (RR moyen 1.10, IC 95% 0.75 à 1.61, une étude, 76 femmes, preuves de très faible qualité), les déchirures du premier degré (RR moyen 1.55, IC 95% 0.79 à 3.05, cinq études, Tau² 0,47, I² 85%, 537 femmes, preuves de très faible qualité), ou les déchirures du second degré (RR moyen de 1,08, IC à 95% de 0,55 à 2,12, cinq études, Tau² 0,32, 537 femmes, preuves de très faible qualité).

Le massage périnéal peut réduire le risque d'épisiotomie bien qu'il y ait eu une incertitude considérable autour de l'estimation de l'effet (RR moyen 0.55, IC 95% 0.29 à 1.03, sept études, Tau² 0.43, I² 92%, 2684 femmes, preuves de très faible qualité). L'hétérogénéité était élevée pour les déchirures du premier et du deuxième degré, et pour l'épisiotomie. Ces données devraient être interprétées avec prudence.

Manœuvre de Ritgen versus soins standards

Une étude (66 femmes) a montré que les femmes recevant la manœuvre de Ritgen étaient moins susceptibles d'avoir une déchirure du premier degré (RR 0.32, IC 95% 0.14 à 0.69, preuves de très faible qualité), plus susceptibles d'avoir une déchirure du deuxième degré (RR 3.25, IC 95%: 1.73 à 6.09, données de très faible qualité), ni plus ni moins susceptibles d'avoir un périnée intact (RR 0.17, IC 95% 0.02 à 1.31, preuves de très faible qualité). Une étude plus importante a montré que la manœuvre de Ritgen n'avait pas d'effet sur l'incidence des déchirures du troisième ou du quatrième degré (RR 1.24, IC 95% 0.78 à 1.96, 1423 femmes, preuves de faible qualité). Le risque d'épisiotomie n'était pas clairement différent entre les groupes (RR 0.81, IC 95% 0.63 à 1.03, deux études, 1489 femmes, preuves de faible qualité).

Autres comparaisons

L'accouchement de l'épaule postérieure versus l'épaule antérieure en premier, l'utilisation d'un dispositif de protection périnéale, de différentes huiles/cires et de compresses froides n'ont montré aucun effet sur les issues périnéales. Une seule étude a contribué à chacune de ces comparaisons, de sorte que les données étaient insuffisantes pour tirer des conclusions.

Conclusions des auteurs

Des preuves de qualité modérée suggèrent que les compresses chaudes et les massages peuvent réduire les déchirures du troisième et du quatrième degré, mais l'impact de ces techniques sur les autres issues n'était pas clair ou incohérent. Des données de mauvaise qualité suggèrent que les techniques de mains hors du périnée («hands-off») peuvent réduire le risque d'épisiotomie, mais cette technique n'a pas eu d'impact clair sur les autres issues. Les données étaient insuffisantes pour montrer si d'autres techniques périnéales amélioreraient les issues.

Des recherches supplémentaires pourraient être menées pour évaluer les techniques périnéales, les compresses chaudes et les massages, et comment différents types d'huiles utilisées pendant le massage affectent les femmes et leurs nouveau-nés. Il est important que toute recherche future collecte des informations sur les points de vue des femmes.

References :

Aasheim V, Nilsen A, Reinart L, Lukasse M. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD006672. DOI: 10.1002/14651858.CD006672.pub3

Doppler foetal et ombilical dans les grossesses à haut risque

Contexte

Abnormal blood flow patterns in fetal circulation detected by Doppler ultrasound may indicate poor fetal prognosis. It is also possible that false positive Doppler ultrasound findings could lead to adverse outcomes from unnecessary interventions, including preterm delivery.

Des profils anormaux de la circulation du sang foetal détectés par Doppler peuvent indiquer un mauvais pronostic foetal. Il est également possible que des faux positifs du Doppler puissent conduire à des issues défavorables par interventions inutiles, incluant l'accouchement prématuré.

Objectifs

L'objectif de cette revue était d'évaluer les effets du Doppler utilisé pour évaluer le bien-être foetal dans les grossesses à haut risque sur les soins obstétricaux et les issues foetales.

Méthodes de recherche

Les auteurs ont mis à jour le Registre des Essais du Groupe Cochrane Grossesse et Naissance au 31 Mars 2017 et consulté les listes de références des études trouvées.

Critères de selection

Essais contrôlés randomisés et quasi-randomisés sur le Doppler étudiant les spectres des vaisseaux ombilicaux et foetaux dans les grossesses à haut risque par rapport à l'absence de Doppler. Les essais randomisés en grappes étaient éligibles à l'inclusion, mais aucun n'a été identifié.

Collecte et analyse de données

Deux auteurs ont évalué indépendamment les études pour l'inclusion, évalué le risque de biais et procédé à l'extraction des données. La saisie des données a été vérifiée. Les auteurs ont évalué le niveau de preuves en utilisant l'approche GRADE.

Principaux résultats

Dix-neuf essais portant sur 10 667 femmes ont été inclus. Le risque de biais dans les essais était difficile à évaluer avec précision en raison de rapports incomplets. Aucune des preuves relatives aux principales issues n'a été qualifiée de qualité élevée. La qualité des preuves a été dégradée en raison des informations manquantes sur les méthodes des essais, de l'imprécision des estimations de risque et de l'hétérogénéité. Dix-huit de ces études ont comparé l'utilisation du Doppler de l'artère ombilicale à l'absence d'utilisation du Doppler ou à la cardiotocographie (CTG). Un essai plus récent a comparé l'examen Doppler d'autres vaisseaux sanguins foetaux (canal d'Arantius) avec la CTG informatisée.

L'utilisation du Doppler de l'artère ombilicale lors d'une grossesse à haut risque a été associée à une diminution des décès périnataux (risk ratio 0.71, IC 95% 0.52 à 0.98, 16 études, 10 225 foetus, 1.2% versus 1.7%, nombre nécessaire pour traiter (NNT) = 203; IC 95% 103 à 4352, preuves classées comme modérées). Les résultats pour les mort-nés étaient cohérents avec le taux global de mortalité périnatale, bien qu'il n'y ait pas de différence nette entre les groupes pour ce résultat (RR 0.65, IC 95% 0.41 à 1.04, 15 études, 9560 bébés, preuves classées comme faibles).

En cas d'utilisation du Doppler, il y a eu moins de déclenchements (RR moyen 0.89, IC 95% 0.80 à 0.99, 10 études, 5633 femmes, effets aléatoires, preuves classées comme modérés) et moins de césariennes (RR 0.90, IC 95% 0.84 à 0.97, 14 études, 7918 femmes, preuves classées

comme modérées). Il n'y avait pas de suivi comparatif à long terme des enfants exposés au Doppler pendant la grossesse parmi les femmes présentant un risque accru de complications. Aucune différence n'a été observée sur les extractions instrumentales (RR 0.95, IC 95% 0.80 à 1.14, quatre études, 2813 femmes), ni sur les scores d'Apgar < 7 à 5 minutes (RR 0.92, IC 95% 0.69 à 1.24, sept études, 6321 bébés, preuves classées comme faibles). Les données sur la morbidité néonatale sévère n'ont pas été regroupées en raison de la grande hétérogénéité entre les trois études qui l'ont rapporté (1098 enfants) (preuves classées comme très faibles). L'utilisation de Doppler pour évaluer les changements précoces et tardifs dans le canal d'Arantius dans le retard de croissance intra-utérin précoce n'a pas été associée à des différences significatives dans la mortalité périnatale après randomisation. Cependant, il y a eu une amélioration des issues neurologiques à long terme dans la cohorte de nouveau-nés pour lesquels le déclenchement du travail était réalisé soit du fait des changements tardifs dans le canal d'Arantius, soit du fait des anomalies observées sur la CTG informatisée.

Conclusions des auteurs

Les données actuelles suggèrent que l'utilisation du Doppler de l'artère ombilicale dans les grossesses à haut risque réduit le risque de décès périnatal et peut entraîner moins d'interventions obstétricales. Les résultats devraient être interprétés avec prudence, car les preuves ne sont pas de grande qualité. La surveillance répétée des changements du Doppler du canal d'Arantius peut être bénéfique, mais plus d'études de grande qualité avec suivi, incluant le développement neurologique, sont nécessaires afin que les preuves soient concluantes.

References :

Alfirevic Z, Stampalija T, Dowswell T. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD007529. DOI: 10.1002/14651858.CD007529.pub4

Cerclage pour prévenir l'accouchement prématuré dans les grossesses uniques

Contexte

Le cerclage du col utérin est une intervention chirurgicale bien connue réalisée pendant la grossesse. Il consiste à positionner un fil de suture autour du col dans le but de fournir un support mécanique au col, réduisant ainsi le risque d'accouchement prématuré. L'efficacité et la sécurité de cette procédure restent controversées. Ceci est une mise à jour d'une revue publiée en 2012.

Objectifs

Évaluer si le recours au cerclage du col utérin en cas de grossesse à risque élevé de perte fœtale du fait des antécédents de la femme et/ou de l'observation d'un col court en échographie et/ou l'examen physique améliore les soins obstétricaux et les issues fœtales.

Méthodes de recherche

Les auteurs ont consulté le Registre des Essais du Groupe Cochrane Grossesse et Naissance (30 Juin 2016) et les listes de références des études trouvées.

Critères de sélection

Les auteurs ont inclus tous les essais randomisés portant sur le cerclage du col utérin parmi les grossesses uniques. Le cerclage était réalisé lorsque la grossesse était considérée comme présentant un risque suffisamment élevé en raison des antécédents, de la découverte d'un col court à l'échographie ou d'une autre indication déterminée par examen physique. Les auteurs ont inclus toute étude comparant le cerclage avec une intervention alternative ou aucun traitement. Ils ont également prévu d'inclure les essais randomisés en grappes mais pas les essais croisés (en cross-over). Ils ont exclu les études quasi-randomisées. Les études rapportées seulement sous forme de résumé ont été incluses.

Collecte et analyse de données

Trois auteurs ont évalué indépendamment les essais pour l'inclusion. Deux auteurs ont évalué indépendamment le risque de biais et extrait les données. Nous avons résolu les divergences par la discussion. Les données ont été vérifiées pour l'exactitude. Les auteurs ont évalué le niveau de preuves en utilisant l'approche GRADE.

Principaux résultats

Cette revue mise à jour comprend un total de 15 essais (3490 femmes); trois essais ont été ajoutés pour cette mise à jour (152 femmes).

Cerclage versus aucun cerclage

Globalement, le cerclage permet probablement une réduction du risque de décès périnatal par rapport à l'absence de cerclage, bien que l'intervalle de confiance passe par 1 (RR 0.82, IC 95% 0.65 à 1.04, 10 études, 2927 femmes, *preuve de qualité modérée*). La prise en compte séparée des mort-nés et des décès néonataux réduisait le nombre d'événements et la taille de l'échantillon. Bien que l'effet relatif du cerclage soit similaire, les estimations étaient moins fiables avec moins de données et évaluées comme étant de faible qualité (mortalité RR 0.89, IC 95% 0.45 à 1.75, 5 études, 1803 femmes, *preuves de faible qualité*; mortalité néonatale avant sortie hospitalière RR 0.85, IC 95% 0.53 à 1.39, 6 études, 1714 femmes, *preuves de faible qualité*). La morbidité néonatale sévère était similaire avec ou sans cerclage (RR 0.80, IC 95% 0.55 à 1.18, 6 études, 883 femmes, *preuves de faible qualité*). Les femmes enceintes avec et sans cerclage présentaient également une probabilité équivalente d'avoir un enfant en bonne

santé après sortie hospitalière (RR 1.02, IC 95% 0.97 à 1.06, 4 études, 657 femmes, *preuves de qualité modérée*). L'accouchement prématuré avant 37, 34 (RR moyen 0.77, IC 95% 0.66 à 0.89, 9 études, 2415 femmes, *preuve de forte qualité*) et 28 semaines d'aménorrhée était moins fréquent parmi les femmes ayant eu un cerclage par rapport aux témoins. Cinq sous-groupes basés sur l'indication ont été analysés (cerclage sur antécédents; cerclage sur col court lors d'une échographie unique parmi les femmes à haut risque; cerclage sur col court lors d'échographies répétées parmi les femmes à haut risque; cerclage sur l'examen clinique; cerclage sur col court découvert lors d'une échographie dans des populations à faible risque ou mixtes). Il y avait trop peu d'essais dans ces sous-groupes cliniques pour tirer des conclusions significatives et aucune preuve d'effets différentiels.

Cerclage versus progestérone

Deux essais (129 femmes) ont comparé le cerclage à la prévention par la progestérone vaginale parmi les femmes à haut risque du fait d'un col court à l'échographie; ces essais étaient trop petits pour détecter des différences fiables et cliniquement importantes sur les issues. Un essai comparant le cerclage à la progestérone intramusculaire (75 femmes) manquait de puissance pour détecter des différences entre les groupes.

Cerclage sur antécédents versus cerclage indiqué par l'échographie

Les résultats de deux essais (344 femmes) étaient trop limités pour établir des différences sur des issues cliniquement importantes.

Conclusions des auteurs

Le cerclage du col utérin réduit le risque d'accouchement prématuré parmi les femmes à haut risque et réduit probablement le risque de décès périnatal. Il n'y a aucune preuve d'un effet différentiel du cerclage sur antécédents obstétricaux ou sur indications de col court, mais les données sont limitées pour tous les groupes cliniques. La question de savoir si le cerclage est plus ou moins efficace que d'autres traitements préventifs, en particulier la progestérone vaginale, reste sans réponse.

References :

Alfirevic Z, Stampalija T, Medley N. Cervical stitch (cerclage) for preventing preterm birth in singleton pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 6. Art. No.: CD008991. DOI: 10.1002/14651858.CD008991.pub3

Pelvimétrie pour les présentations céphaliques à terme ou proche du terme pour décider du mode d'accouchement

Contexte

La pelvimétrie évalue la taille du bassin afin de prédire si elle sera capable d'accoucher par voie basse ou non. Cela peut être fait par l'examen clinique ou par radiographie conventionnelle, tomodensitométrie (TDM) ou imagerie par résonance magnétique (IRM).

Objectifs

Évaluer les effets de la pelvimétrie (pratiquée en anténatal ou intrapartum) sur le mode d'accouchement, la mortalité et la morbidité périnatales et la morbidité maternelle. Cette revue se concentre exclusivement sur les femmes dont les fœtus sont en présentation céphalique.

Méthodes de recherche

Les auteurs ont consulté le Registre des Essais du Groupe Cochrane Grossesse et Naissance (31 Janvier 2017) et les listes de références des études trouvées.

Critères de sélection

Les essais contrôlés randomisés (y compris quasi-randomisés) évaluant l'utilisation de la pelvimétrie par rapport à l'absence de pelvimétrie ou évaluant différents types de pelvimétrie parmi les femmes dont le fœtus était en présentation céphalique à terme ou proche du terme ont été inclus. Les essais en grappes étaient éligibles à l'inclusion, mais aucun n'a été identifié.

Collecte et analyse de données

Deux auteurs ont évalué indépendamment les essais pour l'inclusion et le risque de biais, ont extrait les données et vérifié leur exactitude. Les auteurs ont évalué le niveau de preuves en utilisant l'approche GRADE.

Principaux résultats

Cinq essais avec un total de 1159 femmes ont été inclus. Tous ont utilisé la radiopelvimétrie pour évaluer le pelvis. La radiopelvimétrie versus aucune pelvimétrie ou pelvimétrie clinique est la seule comparaison incluse dans cette revue en raison de l'absence d'essais identifiés ayant examiné d'autres types de pelvimétrie radiologique ou qui ont comparé la pelvimétrie clinique par rapport à aucune pelvimétrie. Les essais inclus étaient généralement à haut risque de biais. Il existe un risque global élevé de biais de performance dû au manque d'aveugle des femmes et des soignants. Deux études présentaient également un risque élevé de biais de sélection.

Les auteurs ont utilisé le logiciel GRADEpro pour évaluer le niveau de preuves des issues sélectionnées; ils ont évalué la qualité des preuves comme faible pour la césarienne et comme très faible pour toutes les autres issues (mortalité périnatale, infection de paroi, transfusion sanguine, déhiscence de la cicatrice et admission en unité de soins intensifs néonatale). Le déclassement était dû au risque de biais lié à l'absence de dissimulation des allocations et de l'aveugle et à l'imprécision des estimations des effets.

Les femmes ayant une radiopelvimétrie étaient plus susceptibles d'avoir une césarienne (RR 1.34, IC 95% 1.19 à 1.52, 1159 femmes, 5 études, *données de faible qualité*). Il n'y avait pas de différences claires entre les groupes pour les issues périnatales: mortalité périnatale (RR 0.53, IC 95% 0.19 à 1.45, 1159 enfants, 5 études, *preuves de très faible qualité*), asphyxie périnatale (RR 0.66, IC 95% 0.39 à 1.10; 305 enfants, 1 étude), et admission en unité de soins intensifs néonatale (RR 0.20, IC 95% 0.01 à 4.13, 288 enfants, 1 étude, *preuves de très faible qualité*). Les autres issues évaluées étaient l'infection de paroi (RR 0.83, IC 95% 0.26 à 2.67,

288 femmes, 1 étude, *données de très faible qualité*), la transfusion sanguine (RR 1.00, IC 95% 0.39 à 2.59, 288 femmes, 1 étude, *preuves de très faible qualité*) et la déhiscence de la cicatrice (RR 0.59, IC 95% 0.14 à 2.46, 390 femmes, 2 études, *preuves de très faible qualité*).

Encore une fois, aucune différence claire n'a été retrouvée pour ces issues entre les femmes qui ont eu une radiopelvimétrie et celles qui ne l'ont pas eu. Un score d'Apgar < à 7 à 5 minutes n'a été rapporté dans aucune étude.

Conclusions des auteurs

La radiopelvimétrie versus aucune pelvimétrie ou pelvimétrie clinique est la seule comparaison incluse dans cette revue en raison de l'absence d'essais identifiés utilisant d'autres types ou pelvimétrie (autre examen radiologique ou pelvimétrie clinique versus absence de pelvimétrie). Il n'y a pas suffisamment de preuves pour soutenir l'utilisation de la radiopelvimétrie pour décider du mode d'accouchement parmi les femmes dont le fœtus est en présentation céphalique. Les femmes ayant une radiopelvimétrie sont plus à risque d'accoucher par césarienne.

D'autres recherches devraient être menées pour déterminer s'il existe des situations cliniques spécifiques dans lesquelles la pelvimétrie peut s'avérer utile. Les nouvelles méthodes de pelvimétrie (TDM, IRM) devraient être sujettes à des essais randomisés pour évaluer leur valeur. D'autres essais de radiopelvimétrie parmi les présentations céphaliques seraient utiles s'ils étaient suffisamment importants pour évaluer l'effet sur la mortalité périnatale.

References :

Pattinson R, Cuthbert A, Vannevel V. Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term for deciding on mode of delivery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 3. Art. No.: CD000161. DOI: 10.1002/14651858.CD000161.pub2