 <p><b>Réseau Périnatal</b> de Champagne-Ardenne</p>	<b>PROTOCOLE</b>	Version décembre 2017
	<b>USAGE OXYTOCINE EN SALLE DE NAISSANCE</b>	<b>Rédaction</b> Dr L Duminil CHU Reims Dr S Tazi interne CHU Reims RPCA
		<b>Validation</b> Conseil scientifique RPCA Décembre 2017

<b>I – DONNEES PHARMACOLOGIQUES .....</b>	<b>2</b>
<b>II MODALITES D’USAGE DANS LE TRAVAIL SPONTANE A TERME .....</b>	<b>3</b>
<b>III MODALITES D’INTERVENTION EN CAS DE DYSTOCIE DYNAMIQUE .....</b>	<b>4</b>
1. Définition de la dystocie dynamique.....	4
2. Rupture artificielle des membranes (RAM) .....	4
3. Modalités d’administration oxytocine.....	4
<b>IV MODALITES D’USAGE DANS LE DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL (DAT) 4</b>	<b>4</b>
1. Rappel sur les prérequis d’un DAT .....	4
2. Modalités d’administration de l’oxytocine .....	4
3. Particularités en cas d’utérus cicatriciel.....	4
<b>V EFFETS SECONDAIRES DE L’OXYTOCINE .....</b>	<b>5</b>
1. Versant maternel .....	5
2. Versant foetal.....	5

# I – DONNEES PHARMACOLOGIQUES

## ✗ Oxytocine = Syntocinon®

Ocytocique de synthèse aux propriétés pharmacologiques identiques à celle de l'hormone ocytocique naturelle produite par la post-hypophyse (fixation sur les récepteurs des cellules du myomètre pour activer la contraction musculaire)

### ✗ Pharmacocinétique :

- Délai d'action : 1 minute
- Demi-vie : 3 – 17 minutes
- Elimination hépatorénale

✗ Conditionnement : solution injectable, ampoule de 1mL / 5 U.I.

✗ Préparation : 1 ampoule diluée dans 500 ml de G5%

### ✗ Administration :

1. En cours de travail : Pompe à perfusion électrique avec valve anti-reflux  
(Connexion en Y au plus près de la patiente en évitant les prolongateurs)

**La dose administrée doit être retranscrite en mUI/min**  
**Vitesse (ml/h) = 6\*débit (mUI/min)**

2. Prévention de l'HPP : 1 ampoule de 5UI en IVD lente

✗ Surveillance continue : Tocométrie et ERCF en continu

✗ Contre-indications relatives (aucune contre-indication absolue) :

- maladies cardio-vasculaires maternelles sévères
- prééclampsie sévère
- insuffisance rénale sévère
- état foetal non rassurant

✗ Interactions possibles à doses élevées d'ocytocine: Halothane®, sympathomimétiques

✗ Indications: (liées à son effet utérotonique)

- En cours de travail spontané= dystocie dynamique
- Déclenchement artificiel du travail à terme (DAT) sur col favorable
- Prévention de l'hémorragie de la délivrance (HPP)
- Traitement des hémorragies de la délivrance liées à une atonie utérine.

✗ L'indication, l'information et le consentement de la patiente doivent être consignés dans le dossier obstétrical.

Coordination Périnatale Grand-Est

naître en alsace Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne Réseau Périnatal de Bourgogne-Picardie

5 UI d'ocytocine dans 50 mL de glucosé 5%

Débit (mUI/min)	Vitesse (mL/h)
2	1,2
4	2,4
6	3,6
8	4,8
10	6,0
12	7,2
14	8,4
16	9,6
18	10,8
20	12,0

Administration de l'ocytocine au cours du travail spontané

Dupont C, Carroy M, Le Ray C, Deneux-Tharoux C, Riehmüller D, le Groupe RPC. Elaboration conjointe réseaux ALPIRE et RSN - Pays de la Loire

Recommandation pour la pratique clinique 2016

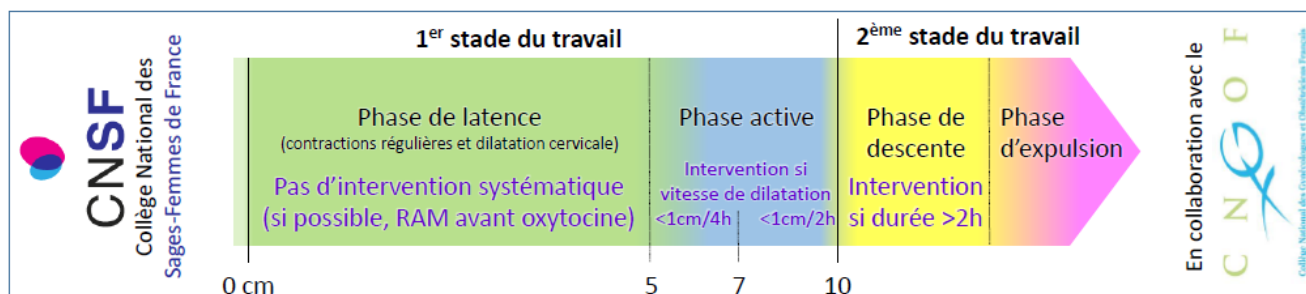
Minimum 30 min entre chaque palier

Ne pas dépasser 20 mUI/min

## II MODALITES D'USAGE DANS LE TRAVAIL SPONTANE A TERME

(Utérus non cicatriciel, présentation céphalique, sans pathologie maternelle ou fœtale associées) **Recommandations CNSF 2016**

- ✗ La direction active systématique du travail dans le travail spontané définie par l'amniotomie précoce et l'administration d'oxytocine ne réduit pas la durée du travail (sauf fortes doses) ni le taux de césarienne (NP2)
- ✗ En l'absence de dystocie dynamique, la direction active du travail n'est donc pas recommandée (Grade B).



**PREMIER STADE DE TRAVAIL**  
= période de dilatation cervicale  
jusque 10cm (dilatation complète)

**Phase de latence** = définies par CU régulières et modifications cervicales < 5cm de dilatation :

- Pas d'intervention systématique
- Rupture artificielle des membranes (RAM) avant oxytocine

**Phase active ≥ 5 cm de dilatation**

- entre 5 et 7 cm: intervenir si vitesse de dilatation < 1 cm/ 4h
- > 7 cm : intervenir si vitesse de dilatation < 1 cm/ 2h

**DEUXIEME STADE DE TRAVAIL**  
= période de la dilatation complète  
jusque la naissance de l'enfant

**Phase de descente** : intervenir si durée > 2h d'absence de progression à dilatation complète

**Phase d'expulsion** : intervenir si > 40' d'efforts expulsifs

### III MODALITES D'INTERVENTION EN CAS DE DYSTOCIE DYNAMIQUE

#### 1. Définition de la dystocie dynamique

- ✗ D'après les différentes phases du travail, le diagnostic de dystocie dynamique ne peut être posé qu'à partir de 5- 6cm
- ✗ Il est recommandé de ne plus utilisé le terme de dystocie de démarrage
- ✗ Pour définir la dystocie dynamique il est recommandé de privilégier la durée depuis la dernière modification plutôt que la durée depuis le début du travail.
- ✗ Ainsi la dystocie dynamique est définie comme suivant
  - = vitesse de dilatation cervicale anormale
  - < 1cm/4h entre 5 et 7 cm
  - < 1cm/2h entre 7 et 10cm

#### 2. Rupture artificielle des membranes (RAM)

- ✗ En première intention en cas de dystocie à membranes intactes
- ✗ Délai de 1h minimum entre RAM et introduction de l'oxytocine
  - Action propre de la RAM entraînant la production intrinsèque de prostaglandines agissant sur la contractilité utérine.

#### 3. Modalités d'administration oxytocine

- ✗ Débuter à 2 mUI/min (soit 12ml/h)
- ✗ Augmentation par paliers de 2 mUI/min (soit 12ml/h)
  - En cas d'utérus cicatriciel : 1mUI/min (soit 6ml/h)
- ✗ Délai de 30 minutes entre chaque augmentation
- ✗ Maximum : 20 mUI/min (soit 120 ml/h)
- ✗ Arrêt de l'augmentation de posologie en cas de modifications cervicales et/ou de > contractions utérines / 10 min

### IV MODALITES D'USAGE DANS LE DECLENCHEMENT ARTIFICIEL DU TRAVAIL (DAT)

#### 1. Rappel sur les prérequis d'un DAT

= Induction artificielle des CU avant leurs survenues spontanées chez une femme qui n'est pas en travail

- ✗ Vérifier la date de début de grossesse
- ✗ Consultation d'anesthésie doit être faite et le bilan biologique vérifié
- ✗ Evaluation du col selon le score de Bishop
- ✗ Information et consentement de la patiente
- ✗ Consigner l'indication, les modalités, l'heure de décision dans le dossier obstétrical
- ✗ L'équipe médicale est notée dans le dossier et doit être disponible
- ✗ Le DAT peu importe la méthode utilisée doit être réalisé à proximité d'une salle de césarienne

#### 2. Modalités d'administration de l'oxytocine

- ✗ RAM dès que possible (col ouvert, présentation appliquée)
- ✗ APD souhaitable avant administration d'oxytocine
  
- ✗ Administration de Syntocinon©
- ✗ Début : 2 mUI/min (soit 12ml/h)
- ✗ Augmentation par paliers toutes les 30 minutes jusqu'à l'obtention d'une dynamique utérine suffisante
  - 3 à 4 contractions toutes les dix minutes (dose habituelle : 12 mUI/min soit 72ml/h ) puis diminution voire arrêt
  - Maximum recommandé : 20 mUI/min (soit 120ml/h)
  - Ne jamais dépasser 32 mUI/min (soit 192ml/h)

#### 3. Particularités en cas d'utérus cicatriciel

- ✗ Administration d'oxytocine à demi-dose : 1mUI/min (soit 6ml/h)
- ✗ Vigilance particulière par rapport au risque majoré de rupture utérine

## V EFFETS SECONDAIRES DE L'OXYTOCINE

### 1. Versant maternel

#### ✗ Hyperactivité utérine

Définition se fait par l'analyse de la contractilité utérine en nombre de contractions utérines par dix minutes sur une durée totale de trente minutes

- Hypercinésie de fréquence = Tachysystolie : > 5 CU/10 min
- Hypercinésie de durée = hypertonie : durée de contraction > 120 secondes
- Hypercinésie d'intensité : amplitude active de contractions > 80 mmHg
- Hypercinésie globale : hypercinésie de fréquence + hypercinésie d'intensité
- Hyperstimulation : activité utérine excessive + anomalies du rythme cardiaque foetal

#### ✗ Risque d'HPP

Conduite à tenir en cas d'hyperactivité utérine



**Arrêt de la stimulation utérine ⇒ Arrêt de l'oxytocine©**



Si ARCF associée



« **Réanimation intra utérine** » : positionnement maternel en décubitus latéral, lutte contre l'hypotension artérielle avec remplissage vasculaire +/- éphédrine



En cas d'hyper activité utérine persistante



**Tocolyse d'urgence** : administration intraveineuse de Nitronal© (*seul tocolytique en France, pas d'utilisation de la Terbutaline ou salbutamol*)

#### **Nitronal© (Trinitrate de glycérol)**

**Conditionnement** : 1mg/mL – ampoules de 5 ou 10 mL

**Préparation** : 1 ml à diluer dans 10ml sérum physiologique pour obtenir une solution à 100 µg/ml

**Administration** : Bolus de 100 µg en IV sans dépasser 300 µg sous surveillance hémodynamique

Renouvellement au bout de 2 minutes si inefficace, **3 doses maximum**

### 2. Versant foetal

#### ✗ ARCF au cours du travail

#### ✗ Augmentation de la morbidité néonatale