

DÉFAUT D'OBSERVANCE ET INERTIE THÉRAPEUTIQUE EN OBSTÉTRIQUE

V. MASSON (1), Ph. PETIT (1), J.M. FOIDART (2)

RÉSUMÉ : L'observance dans le contexte d'un désir de grossesse et de son suivi se décline en deux temps : ce que l'on peut faire, avant la conception; et ce que l'on doit faire, pendant la grossesse. La prévention préconceptionnelle offre, à condition qu'elle soit effective, un véritable atout pour le développement du futur enfant. La démarche préconceptionnelle dépendra de l'implication et de la motivation du médecin en médecine préventive mais surtout de l'observance du patient face à tous ces conseils et prescriptions. Nous rappelons dans cet article les indispensables conseils à délivrer à chaque patiente avant la conception. L'inertie thérapeutique en obstétrique, quant à elle, se présente sous des aspects particuliers : d'une part, le retard de mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique lors de la survenue d'une complication, telle que l'hémorragie du péri-partum décrite dans cet article ; d'autre part, la continuation de pratiques obsolètes, telle que la gestion de l'hypersystolie utérine.

MOTS-CLÉS : *Inertie thérapeutique - Observance - Soins préconceptionnels - Hémorragie du postpartum*

NON-OBSERVANCE AND THERAPEUTIC INERTIA IN OBSTETRICS

SUMMARY : Observance around pregnancy includes two parts: what can be done before conception and what must be done during pregnancy. Preconception care, if efficaciously performed, offers real benefits for foetal and child development. Its efficacy will depend on the involvement and motivation of physicians and particularly also on the patient's observance. In this article we summarize essential pieces of advice to be given to each patient before pregnancy. Therapeutic inertia in obstetrics presents two different aspects : on the one hand, the delay to initiate a therapeutic strategy when a complication arises such as a postpartum hemorrhage; on the other hand, the continuation of obsolete practices, such as the therapy of uterine hypersystolia.

KEYWORDS : *Observance - Therapeutic inertia - Preconception care - Postpartum hemorrhage*

INTRODUCTION

Dans ce numéro spécial de la Revue Médicale de Liège, il nous a été demandé, à nous obstétriciens, un avis sur l'observance et l'inertie thérapeutique. Jusqu'alors réservés au traitement du diabète et de l'hypertension, nous avons fait l'exercice d'appliquer ces paradigmes à notre discipline qu'est l'obstétrique.

L'OBSERVANCE EN OBSTÉTRIQUE

L'observance dans le contexte d'un désir de grossesse et de son suivi se décline en deux temps : ce que l'on peut faire, avant la conception; et ce que l'on doit faire, pendant la grossesse.

«Prévenir, c'est guérir»; en obstétrique, ce vieil adage, plus que partout ailleurs, prend sens puisque l'organogenèse, période cruciale pour la formation de l'embryon, est terminée à la 15^{ème} semaine de gestation. La suite de la grossesse n'est alors qu'une question de croissance et de maturation. C'est au cours des huit premières semaines que les organes seront les plus sensibles et vulnérables. Il convient donc d'agir dès le diagnostic de grossesse s'il l'on veut éviter

un grand nombre de complications obstétricales. La majorité des patientes consulteront entre la sixième et la dixième semaines de grossesse, donc déjà trop tard pour une action préventive. S'il l'on souhaite diminuer la pathologie liée aux maladies infectieuses (rubéole, varicelle, Hépatite B,...), génétiques (hémoglobinopathies, mucoviscidose,...), endocriniennes (pathologies thyroïdiennes, diabète,...) induites par des substances toxiques (tabac, alcool,...) ou encore à des déficits nutritionnels (acide folique, iode, vitamine D,...), il faut agir avant la conception. La prévention préconceptionnelle offre, à condition qu'elle soit effective, un véritable atout pour le développement du futur enfant. Ainsi, certaines malformations du système nerveux (spina bifida, anencéphalie,...) et cardiovasculaire pourraient être évitées par la prise d'acide folique dès qu'un couple envisage une grossesse (1).

En Belgique, il n'existe pas ou peu de consultations préconceptionnelles organisées. La plupart du temps, les conseils préconceptionnels, les sérologies et la prescription d'acide folique seront des soins dits «d'opportunité» lors d'une visite chez le généraliste ou le gynécologue ou en planning familial. La démarche préconceptionnelle dépendra de l'implication et de la motivation du médecin en médecine préventive mais surtout de l'observance du patient face à tous ces conseils et prescriptions. Il n'est déjà pas évident pour un patient d'œuvrer pour sa personne, alors pour un tiers qui n'existe pas encore...

(1) Chef de Clinique, (2) Chef de Service, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR de la Citadelle, Liège.

Il est donc primordial de sensibiliser tant la population en âge de procréation que les professionnels de la santé maternelle et infantile sur l'importance d'une consultation préconceptionnelle. Les différents acteurs de santé doivent connaître toutes les informations utiles et les recommandations à promouvoir en matière de prévention primaire lors d'une consultation préconceptionnelle (2). En Communauté française de Belgique, l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance) a financé une campagne de sensibilisation en 2006 à l'aide d'outils d'éducation à la santé préconceptionnelle (folders, affiches, spots télévisuels...) et organise en octobre 2010 le premier congrès européen sur la Santé et les Soins préconceptionnels. D'autres pays se mobilisent pour la promotion de la santé préconceptionnelle : la Hongrie, le Royaume-Uni, les Etats-Unis, les Pays-Bas, Hong Kong, la Chine et la Corée du Sud (3). La Chine, pays organisé, a imposé jusqu'en 2003, un examen prénuptial (éducation à la santé, test HIV, prescription d'acide folique). Après 2003, cet examen a été rendu non-obligatoire et l'on a assisté une augmentation concomitante de l'incidence des anomalies congénitales par défaut de fermeture du tube neural (4).

En attendant une décision politique pour le financement d'une consultation préconceptionnelle organisée, voici en résumé les conseils indispensables à délivrer à tout patiente AVANT sa grossesse (issus du PROCOP, groupe de Promotion de la Consultation Préconceptionnelle).

1. S'assurer par une prise de sang :
 - de l'immunité vis-à-vis de la rubéole, de la toxoplasmose, du Cytomégalovirus (CMV) et de la varicelle;
 - de l'absence d'infections comme le HIV, la syphilis, les hépatites B et C;
 - de la fonction thyroïdienne;
 - de l'absence de diabète;
 - de l'absence de maladies génétiques (à transmission héréditaire).
2. En cas d'absence d'immunité vis-à-vis de la rubéole ou de la varicelle : faire le vaccin.
3. En cas d'absence d'immunité vis-à-vis de la toxoplasmose ou du CMV, appliquer les mesures préventives hygiéno-diététiques.
4. S'assurer de la vaccination vis-à-vis de la coqueluche et du tétanos.
5. Prendre de l'acide folique, de la vitamine D et de l'iode dès le désir de grossesse.
6. Ne pas consommer d'alcool, ne pas fumer dès le début de grossesse (proposition d'aide au sevrage si nécessaire).

7. Eviter de prendre des médicaments, de subir des radiographies ou d'être en contact avec des produits toxiques en 2^{ème} moitié de cycle (après le 14^{ème} jour). Une grossesse est toujours possible.

Prenons les exemples de l'acide folique, de l'alcool et du tabac. En Belgique, Delvoe et al. ont mis en évidence le fossé qui existe entre les connaissances des patientes et les pratiques. Ainsi, sur 100 patientes enceintes interrogées, 48% savent qu'il est recommandé de prendre de l'acide folique pendant la grossesse, 15% connaissent les risques liés au déficit en acide folique et seulement 20% prennent effectivement leur complément d'acide folique. Parmi ces mêmes patientes, 64% savent qu'il est contre-indiqué de consommer de l'alcool pendant la grossesse; malgré cela, 17% de ces femmes continueront à consommer de l'alcool régulièrement (6). En matière de tabac, les différentes campagnes organisées par l'Etat fédéral et le FARES contre l'usage du tabac pendant la grossesse ont eu un impact positif comme en attestent les données de la BDMS (Banque de Données Médico-Sociales de l'ONE) : en 1998, 16% des femmes arrêtaient de fumer pendant la grossesse, en 2004, ce pourcentage atteignant 36%. Notons toutefois que le tabagisme touche encore malgré tout 25% des femmes enceintes en 2007.

Vous avez dit «inobservance», «inertie» ? Ces quelques conseils paraissent bien simples et pourtant, ils restent insuffisamment diffusés par le corps médical par manque de temps et insuffisamment compris et appliqués par les patientes.

L'INERTIE THÉRAPEUTIQUE EN OBSTÉTRIQUE

L'inertie thérapeutique en obstétrique se présente sous des aspects particuliers; la gestation est limitée à quarante semaines, durant lesquelles toute une série de mesures préventives doivent être mises en œuvre; la période de travail, d'accouchement et de post-partum dure, elle, quelques heures seulement. Quoiqu'une recherche bibliographique n'identifie pas d'article pertinemment adressé à l'inertie thérapeutique en l'obstétrique, sa définition comme une «incapacité du praticien à prescrire de nouveaux traitements ou à augmenter les doses de médication existantes quand un paramètre clinique anormal est enregistré» (7) indique qu'elle peut néanmoins se retrouver dans la pratique clinique de l'accouchement.

Il est possible d'identifier deux champs d'application; le premier est le retard de mise en œuvre d'une stratégie thérapeutique lors de la survenue d'une complication telle que l'hé-

morragie du péri-partum; le second est la continuation de pratiques obsolètes, n'ayant pas scientifiquement prouvé leur efficacité comme dans la gestion de l'hypertonie utérine durant le travail, aussi appelée hyper-systolie utérine.

HÉMORRAGIE DU PÉRI-PARTIUM

Principale cause de mortalité maternelle, l'hémorragie du péri-partum est responsable de 24% des décès (8) post-partaux, principalement dans les pays sous développés. Première cause de mortalité maternelle en France, elle fait l'objet de consensus interprofessionnels (9, 10) quant à sa prévention et à sa prise en charge. Il est essentiel de diagnostiquer, idéalement lors de la consultation pré-conceptionnelle, toute coagulopathie, de la mettre au point et de prévoir une stratégie thérapeutique pour la conduite de l'accouchement, en étroite collaboration avec un hématologue et un anesthésiste. Le dépistage des anomalies de placentation, lors des échographies permet également la préparation de l'équipe obstétricale à la gestion des placentas accreta qui représentent environ 50% des causes d'hystérectomie du post-partum (11). L'échographie obstétricale peut également permettre la mise en évidence d'anomalies utérines telles que les myomes ou certaines malformations qui peuvent majorer le risque hémorragique. La deuxième cause, l'hypotonie utérine, peut, dans une moindre mesure, faire l'objet d'une prévention lors du travail, moindres doses d'ocytocine, et de la délivrance; ocytocine lors du dégagement des épaules, vérification de l'intégrité du placenta et des membranes, délivrance manuelle endéans les trente minutes après l'accouchement.

La prise en charge de l'hémorragie du post-partum est multidisciplinaire, elle fait appel à la sage-femme en première ligne puis à l'obstétricien et à l'anesthésiste réanimateur puis au radiologue interventionnel et enfin au chirurgien gynécologue. Tout retard majore les complications ultérieures par surconsommation des facteurs de coagulation. Un retard dans la reconnaissance même de l'hémorragie du post-partum, qui n'est pas toujours spectaculaire, peut s'expliquer par l'accumulation de caillots dans une cavité utérine distendue, par la négation inconsciente de la complication par le clinicien en raison des implications graves subséquentes. La mesure même de la spoliation sanguine est très aléatoire; une grande quantité de fluides (urines, liquide amniotique) se mêle aux pertes sanguines et, dans le post-partum c'est l'imprégnation de bandelettes absorbantes et leur pesage qui permettent d'apprécier l'hémorragie. La chaîne de prise en charge (12) doit être activée

dans les plus brefs délais mais il n'est pas par tout évident de prévenir un anesthésiste, de disposer de réserves transfusionnelles suffisantes, de penser à prévenir une équipe de radiologues interventionnels ou d'avoir à sa disposition un chirurgien gynécologue capable de suturer des artères hypogastrique, utérines ou ovariennes, de pratiquer des points de compression, voire de décider d'une hystérectomie d'hémostase chez une femme jeune, on encore de prévoir un transfert médicalisé. La séquence thérapeutique est parfois elle-même peu claire : administration de substances utéro-toniques ou révision utérine manuelle et examen du col sous valves, sous une nouvelle anesthésie, en première intention? (13-15).

La théorie des catastrophes de René Thom selon laquelle de petits changements dans une séquence complexe d'évènements peuvent aboutir au drame, peut trouver, dans la gestion d'une hémorragie du péri-partum, une éclatante démonstration.

«HYPER-SYSTOLIE» UTÉRINE

La gestion de l'hyper-systolie utérine repose classiquement sur l'arrêt, s'il y a lieu, de la perfusion d'ocytocine, la rupture de la poche des eaux, l'injection de butylscopolamine (Buscopan®), la mise en décubitus latéral gauche et la stimulation fœtale. Souvent cette dernière est pratiquée par manœuvres externes, ce qui a pour corolaire de stimuler l'utérus et de provoquer une nouvelle contraction aggravant l'hypoperfusion fœtale. Il est hautement préférable de stimuler la présentation fœtale par manœuvres internes. La butylscopolamine, quant à elle, induit des effets secondaires néfastes tels que la tachycardie maternelle aggravant l'hypoperfusion fœtale et compliquant la prise en charge anesthésique. Par ailleurs, ses effets sur le travail d'accouchement sont débattus dans la littérature (16, 17); l'amélioration, qu'elle induirait, de la deuxième partie du travail est controversée et il n'existe pas de publication attestant de son efficacité sur l'hyper-systolie utérine. Nous avons à notre disposition des médicaments ayant prouvé leur efficacité dans cette situation telles que les β -bloquants ou le monoxyde d'azote (NO). La force des habitudes, les réflexes dans une situation stressante, la difficulté de mise à niveau par un enseignement continu, aussi bien des sages-femmes que des gynécologues, ralentissent la propagation de nouvelles thérapeutiques basées sur des évidences.

Ces deux exemples illustrent, dans des dimensions temporelles différentes, le concept d'iner-

tie thérapeutique appliqué à l'obstétrique. Ce concept, essentiellement développé dans le cadre de l'équilibration de l'hypertension artérielle et du diabète peut connaître des développements dans d'autres domaines. Que ce soit dans l'urgence absolue où chaque seconde compte, où le délai de réflexion avant une décision thérapeutique est minime, et où il faut activer une chaîne de professionnels dans les délais les plus brefs, ou de façon générale dans la lenteur d'application de nouvelles recommandations basées sur les évidences, quelle que soit l'échelle du temps il est essentiel de reconnaître que le temps perdu ne se rattrape jamais.

BIBLIOGRAPHIE

1. Douglas WR.— The use of folic for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *SOGC Clinical practice guidelines*, 2003, **138**, 1003-1013.
2. Delvoye P.— La consultation préconceptionnelle, in Alexander S Ed., Guide de Consultation Périnatale. De Boeck, Bruxelles, 2009, 581-590.
3. Ebrahim SH, Lo SS, Zhuo J, et al.— Models of pre-conception care implementation in selected countries. *Matern Child Health J*, 2006, **10**, 37-42.
4. Boulet SL, Parker C, Atrash HK.— Preconception Care in International settings. *Matern Child Health J*, 2006, **10**, 29-35.
5. Atrash H, Jack BW, Johnson K.— Preconception care: a 2008 update. *Curr Opin Obstet Gynecol*, 2008, **20**, 581-589.
6. Delvoye P, Guillaume C, Collard S, et al.— Preconception health promotion : analysis of means and constraints. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2009, **14**, 307-316.
7. Okonofua EC, Simpson KN, Jesri A, et al.— Therapeutic inertia is an impediment to achieving the Healthy People 2010 blood pressure control goals. *Hypertension*, 2006, **47**, 345-351.
8. Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Organisation Mondiale de la Santé, 2005.
9. www.cngof.asso.fr/D.../PURPC_12.HTM
10. www.has-sante.fr/.../hemorragies-du-post-partum-immediat
11. Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW.— Emergency peripartum hysterectomy : a prospective study in The Netherlands. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2006, **124**, 187-192.
12. Henrich W, Surbek D, Kainer F, et al.— Diagnosis and treatment of peripartum bleeding. *J Perinat Med*, 2008, **36**, 467-478.
13. Brace V, Kernaghan D, Penney G.— Learning from adverse clinical outcomes: major obstetric haemorrhage in Scotland, 2003-05. *BJOG*, 2007, **114**, 1388-1396.
14. Tsitlakidis C, Alalade A, Danso D, B-Lynch C.— Ten year follow-up of the effect of the B-Lynch uterine compression suture for massive postpartum hemorrhage. *Int J Fertil Womens Med*, 2006, **51**, 262-265.
15. Karalapillai D, Popham P.— Recombinant factor VIIa in massive postpartum haemorrhage. *Int J Obstet Anesth*, 2007, **16**, 29-34.
16. Raghavan R.— The effect of hyoscine butyl bromide on the first stage of labour in term pregnancies. *BJOG*, 2008, **115**, 1064.
17. Ahmed LT, Merouana A, Nait B, et al.— Antispasmodics in obstetrics: myth or reality (author's transl). *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1982, **11**, 281-284.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr J.M. Foidart, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR de la Citadelle, 4000 Liège, Belgique.