

La littérature médicale mondiale : obstétrique



J.F.R. Barrett

Jon F.R. Barrett, MBBch, M.D.

Département d'obstétrique et gynécologie, Université McMaster, Hamilton, Ont.

Gilroy LC, Al-Kouatly HB, Minkoff HL, et al. Changes in obstetric practices and pregnancy outcomes following the ARRIVE trial. Am J Obstet Gynecol 2022;S0002-9378(22)00101-6.

Sommaire : L'essai ARRIVE révèle les bénéfices du déclenchement artificiel du travail (DAT) non urgent à 39 semaines d'aménorrhée. Les auteurs de cette étude ont cherché à déterminer s'il y a eu des changements relatifs aux pratiques en obstétrique et aux issues périnatales aux États-Unis après la publication de l'essai. Les auteurs ont effectué une étude de cohorte rétrospective populationnelle sur les femmes nullipares à faible risque. Le groupe pré-ARRIVE se compose de femmes ayant accouché dans la période du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2017; le groupe post-ARRIVE est quant à lui composé de femmes ayant accouché dans la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019. Les critères de jugement étaient les suivants : taux de DAT; moment de l'accouchement; taux de césariennes; transfusion sanguine maternelle et admission aux soins intensifs; et issues néonatales, soit le besoin de ventilation assistée (immédiate et > 6 heures), indice d'Apgar < 3 à 5 minutes, admission aux soins intensifs néonataux, convulsions et utilisation de surfactants.

Le groupe pré-ARRIVE compte 1 966 870 accouchements; le groupe post-ARRIVE, 609 322. Les femmes du groupe post-ARRIVE étaient plus susceptibles de subir un DAT (36,1 % p/r à 30,2 %; rapport de cotes ajusté [RCa] : 1,36; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 1,36-1,37) et avaient un taux de césariennes significativement inférieur comparativement à celui du groupe pré-ARRIVE (27,3 % p/r à 27,9 %; RCa : 0,94; IC à 95 % : 0,93-0,94). Les femmes du groupe post-ARRIVE étaient plus susceptibles de recevoir une transfusion sanguine (0,4 % p/r à 0,3 %; RCa : 1,43; IC à 95 % : 1,36-1,50) et d'être admises aux soins intensifs

(0,09 % p/r à 0,08 %; RCa : 1,20; IC à 95 % : 1,09-1,33). Les nourrissons du groupe post-ARRIVE étaient plus susceptibles d'avoir besoin d'une ventilation assistée à la naissance (3,5 % p/r à 2,8 %; RCa : 1,28; IC à 95 % : 1,26-1,30) et à > 6 heures (0,6 % p/r à 0,5 %; RCa : 1,36; IC à 95 % : 1,31-1,41) et aussi plus susceptibles de présenter un faible indice d'Apgar à 5 minutes (0,4 % p/r à 0,3 %; RCa : 0,91; IC à 95 % : 0,86-0,95). En somme, pour l'année suivant la publication de l'essai ARRIVE, on observe des augmentations statistiquement significatives des DAT et des accouchements à 39 semaines d'aménorrhée ainsi qu'une diminution du taux de césariennes. On observe toutefois une petite augmentation statistiquement significative pour certaines issues défavorables maternelles et néonatales, ce qui nécessite des études plus poussées.

Commentaire : Je suis évidemment un adepte des essais cliniques randomisés (ECR), mais parfois l'application en situation réelle d'un essai peut donner des résultats surprenants. Il va sans dire que ces résultats ne sont pas à l'abri des facteurs de confusion, mais ils doivent nous inciter à nous assurer que les données d'ECR, une fois mises en application, ne provoquent pas d'issues inattendues.

Fuxe V, Brismar Wendel S, Bohm-Starke N, et al. Delivery mode and severe maternal and neonatal morbidity among singleton term breech births: a population-based cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2022;272:166–72.

J Obstet Gynaecol Can 2022;44(7):742-744

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.05.005>

© 2022 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

Sommaire : L'objectif de cette étude de cohorte populationnelle nationale était d'examiner l'association entre le mode d'accouchement et la morbidité maternelle et néonatale grave pour l'accouchement du siège à terme en contexte de grossesse monofœtale. L'étude porte sur 41 319 accouchements du siège à terme et après terme (37 SA + 0 j à 42 SA + 6 j) survenus en Suède dans la période de 1998 à 2016. Les données ont été extraites du registre suédois des naissances. Les critères de jugement principaux sont deux issues composites distinctes : morbidité maternelle et néonatale grave. Les critères de jugement secondaires sont les issues morbides maternelles et néonatales graves. Les hospitalisations et les consultations externes pendant l'enfance (0-5 ans) ont aussi été prises en compte.

Aucune différence de morbidité maternelle n'a été observée entre l'accouchement vaginal et la césarienne sans travail. La césarienne per partum a toutefois été associée à une augmentation du risque de morbidité maternelle (RCa : 1,27; IC à 95 % : 1,10-1,47) comparativement à la césarienne sans travail. Comparativement à la césarienne sans travail, l'accouchement vaginal a été associé à une augmentation de la morbidité néonatale composite (RCa : 1,85; IC à 95 % : 1,54-2,21) ainsi qu'à une hausse du nombre de nuits à l'hôpital et de consultations externes pendant la première année de vie. Les auteurs ont conclu que la césarienne sans travail en cas de présentation du siège améliore la santé néonatale à court terme sans augmenter le risque de complications maternelles graves à court terme.

Commentaire : Dans le même thème que le premier article de la présente série, il s'agit d'une autre étude populationnelle sur la mise en œuvre des conclusions d'un ECR, cette fois-ci sur le Term Breech Trial. Je pense qu'il est important de réfléchir au fait que, malgré toutes les lacunes potentielles observées dans le Term Breech Trial et la résurgence de l'accouchement du siège par voie vaginale dans certains centres, cette étude montre que l'accouchement vaginal planifié peut avoir des conséquences défavorables. Comme prévu, l'étude montre aussi que la césarienne per partum est plus risquée que la césarienne sans travail.

Fell DB, Dhinsa T, Alton GD, et al. Association of COVID-19 vaccination in pregnancy with adverse peripartum outcomes. JAMA 2022;327:1478–87.

Sommaire : Il existe peu de données épidémiologiques comparatives sur les issues associées à la vaccination contre la COVID-19 pendant la grossesse. Cette étude de

cohorte rétrospective populationnelle menée en Ontario (Canada) a évalué les issues péripartum après la vaccination contre la COVID-19 pendant la grossesse. Les chercheurs ont utilisé les données du registre des naissances liées à la base de données provinciale sur la vaccination contre la COVID-19; ils ont inclus toutes les femmes vaccinées contre la COVID-19 pendant ou après la grossesse et les femmes non vaccinées. Tous les accouchements survenus entre le 14 décembre 2020 et le 30 septembre 2021 ont été inclus dans l'analyse. Les critères de jugement sont : hémorragie post-partum, chorioamnionite, césarienne (d'urgence et toutes catégories), admission aux soins intensifs néonataux et faible indice d'Apgar à 5 minutes (< 7).

Des 97 590 patientes, 22 660 (23 %) avaient reçu au moins une dose de vaccin anti-COVID-19 pendant la grossesse; de ce nombre, 63,6 % ont reçu leur première dose pendant le troisième trimestre. Presque toutes les femmes vaccinées (99,8 %) ont reçu un vaccin à ARNm. Aucune augmentation significative des risques d'effets indésirables n'a été observée chez les femmes vaccinées pendant la grossesse et chez celles vaccinées après l'accouchement (n = 44 815). Les observations étaient semblables lorsque les auteurs ont comparé les femmes vaccinées pendant la grossesse avec les non-vaccinées (n = 30 115). Les auteurs ont conclu que la vaccination contre la COVID-19 pendant la grossesse n'était pas associée à une augmentation du risque d'issue péripartum défavorable.

Commentaire : Comme la pandémie n'est pas terminée, ces importantes données canadiennes et sans précédent sont essentielles, car nous nous efforçons de réduire l'effet de la COVID-19 contractée pendant la grossesse. Il est à noter que cette étude a observé que les mères plus jeunes étaient moins susceptibles d'être vaccinées. Les données concernant l'effet de la vaccination pendant la grossesse sur les issues défavorables sont rassurantes. Nous devons les utiliser pour remplir notre mission de fortement promouvoir la vaccination pendant la grossesse.

Beyuo T, Lawrence ER, Kobernik EK, et al. A novel 12-hour versus 24-hour magnesium sulfate regimen in the management of eclampsia and preeclampsia in Ghana (MOPEP Study): a randomised controlled trial. Int J Gynaecol Obstet 2022 Mar 19. doi: 10.1002/ijgo.14181. Epub ahead of print. PMID: 35304745.

Sommaire : Cet ECR compare l'efficacité de schémas posologiques de 12 heures ou 24 heures pour l'administration intramusculaire de sulfate de magnésium dans la prise en charge de l'éclampsie et de la prééclampsie.

Il s'agit d'un ECR parallèle ouvert mené à Accra (Ghana) de novembre 2018 à novembre 2020. Les participantes étaient des femmes enceintes ayant reçu un diagnostic d'éclampsie ou de prééclampsie (pré-, per- ou post-partum) avec caractéristiques graves et ayant reçu un maximum d'une dose de charge de sulfate de magnésium avant l'admission. Les participantes du groupe de référence (24 h) ont reçu une dose de charge de sulfate de magnésium à raison de 4 g par voie intraveineuse et de 10 g par voie intramusculaire (5 g dans chaque fesse), suivie de 6 doses d'entretien intramusculaires de 5 g sur 24 heures. Les participantes du groupe d'intervention (12 h) ont reçu la même dose de charge, suivie de 3 doses d'entretien intramusculaires de 5 g sur 12 heures. Le critère de jugement principal était la survenue de convulsions après la fin du traitement assigné.

Des 1 176 participantes à l'étude, aucune différence significative n'a été observée quant à l'occurrence de convulsions entre les groupes 24 h et 12 h (5 [0,9 %] p/r à 2 [0,3 %], respectivement; $p = 0,29$; RR : 0,40; IC à 95 % : 0,08-2,04) ni de convulsions à tout moment après l'inscription à l'étude (9 [1,5 %] p/r à 5 [0,9 %],

respectivement; $p = 0,28$; RR : 0,55; IC à 95 % : 0,19-1,64). Les participantes du groupe 12 h avaient un séjour hospitalier plus court et avaient une sonde urétrale en place pendant moins longtemps. Les effets indésirables du sulfate de magnésium étaient plus faibles dans le groupe 12 h. Dans l'ensemble, on observe un taux de convulsions semblable ainsi qu'une diminution des effets indésirables et de la durée d'hospitalisation pour le schéma de sulfate de magnésium intramusculaire sur 12 heures comparativement au schéma de 24 heures.

Commentaire : Bien que cet ECR ne soit pas publié par une des plus prestigieuses revues internationales, je pense qu'il est très important et qu'il pose justement une bonne question aux fournisseurs de soins à l'unité des naissances : *Est-il sécuritaire de cesser l'administration de sulfate de magnésium avant 24 heures?* Le sulfate de magnésium sauve des vies, mais le fait d'en poursuivre l'administration pendant 24 heures post-partum, une politique courante dans bien des unités, peut avoir des répercussions importantes sur les ressources; il vaut donc la peine d'envisager l'administration sur 12 heures.