

COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur F. Puech

EXTRAIT
des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique

Publié le 7 décembre 2011

Nota. Le « texte long » des recommandations pour la pratique clinique incluant les communications des experts et les références bibliographiques est publié dans le numéro du Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction (Volume 40 - Décembre 2011 - n°8) sous la référence : J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011;40:693-962.



—

TRENTE-CINQUIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 7=9 décembre 2011

Niveaux de preuve et grades des recommandations selon la HAS cités par certains auteurs

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques)	Grade des recommandations
<p>Niveau 1 (NP1) Essais comparatifs randomisés de forte puissance Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés Analyse de décision basée sur des études bien menées</p>	<p>A Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau 2 (NP2) Essais comparatifs randomisés de faible puissance Études comparatives non randomisées bien menées Études de cohorte</p>	<p>B Présomption scientifique</p>
<p>Niveau 3 (NP3) Études cas-témoins</p> <p>Niveau 4 (NP4) Études comparatives comportant des biais importants Études rétrospectives Séries de cas</p>	<p>C Faible niveau de preuve</p>

Recommandations pour la pratique clinique

Grossesse prolongée et terme dépassé *Prolonged and postdates pregnancies*

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91 boulevard de Sébastopol – 75002 Paris

Comité d'organisation

D. SUBTIL, président (gynécologue obstétricien, CHU, Lille),
C. VAYSSIÈRE, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU,
Toulouse), H. GRANDJEAN, méthodologiste (épidémiologiste, INSERM,
Toulouse), C. GOMEZ (sage-femme, CNSF, Collège national des sages-
femmes, CH, Arras), C. LOUP (CIANE, Collectif interassociatif autour de
la naissance), A. SERRY (CIANE), E. VERSPYCK (gynécologue
obstétricien, SFMP, Société française de médecine périnatale, CHU,
Rouen)

Experts du groupe de travail

A. CHANTRY (sage-femme épidémiologiste, INSERM, Paris),
F. COATLEVEN (gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux),
M.P. DEBORD (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), J.B. HAUMONTÉ
(gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), C. LE RAY (gynécologue
obstétricien, CHU, Paris), E. LOPEZ (gynécologue obstétricien, CHU,

Paris), L. SALOMON (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), M.V. SENAT (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), L. SENTILHES (gynécologue obstétricien, CHU, Angers), N. WINER (gynécologue obstétricien, CHU, Nantes)

Lecteurs

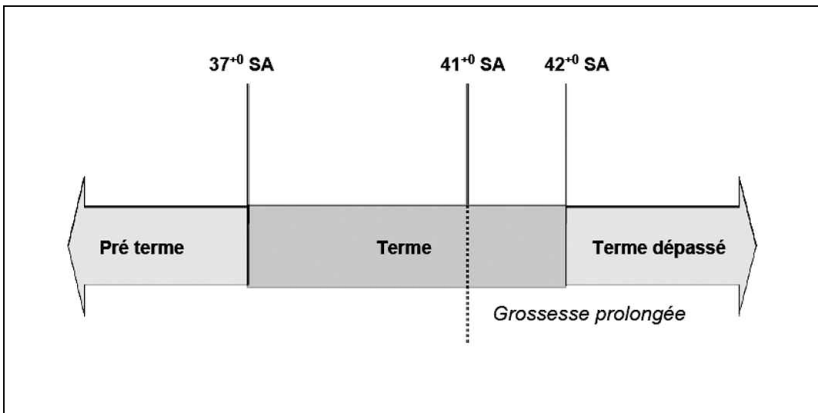
X. AIREAU (gynécologue obstétricien, CH, Cholet), E. AZRIA (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), G. BEUCHER (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), C. BLANCHOT-ISOLA (sage-femme secteur privé, Ascoux), P. BOULOT (gynécologue obstétricien, CHU, Montpellier), B. BRANGER (pédiatre, CHU, Nantes), A. BURGUET (pédiatre, CHU, Dijon), M.L. CHARKALUK-DUPONT (pédiatre, secteur privé, Lille), R. COLLIN (sage-femme, CHU, Nantes), D. COUVREUX (gynécologue obstétricien, CH, Arras), P. DERUELLE (gynécologue obstétricien, CHU, Lille), M. DREYFUS (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), O. DUPUIS (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), X. DURMEYER, pédiatre, CHI, Créteil), C. ELLEAU (pédiatre, CHU, Bordeaux), C. FOULHY (sage-femme, CHU, Clermont-Ferrand), F. GEVAERT-LENAIN (gynécologue obstétricien secteur privé, Lille), F. GOFFINET (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), G. GRANGÉ (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), T. HARVEY (gynécologue obstétricien, PSPH, Paris), R. KUTNAHORSKI (gynécologue obstétricien, CH, Colmar), B. LANGER (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), J. LAVILLONNIÈRE (sage-femme secteur privé, Cros de Georand), G. MAGNIN (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers), L. MANDELBROT (gynécologue obstétricien, CHU, Colombes), L. MARPEAU (gynécologue obstétricien, CHU, Rouen), C. MORIN (sage-femme, CHU, Bordeaux), X. MORIN (gynécologue obstétricien secteur privé, Echirolles), M. PERINEAU (gynécologue obstétricien secteur privé, Toulouse), E. QUARELLO (gynécologue obstétricien secteur privé, Marseille), E. ROTH (sage-femme, CMCO, Schiltigheim), D. ROTTEN (gynécologue obstétricien, CHI, Saint Denis), P. ROZENBERG (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), B. TOUVET (sage-femme, CH, Saint-Cloud)

1. DÉFINITIONS ET CONVENTIONS

Selon les modes de calculs, les facteurs génétiques et certaines caractéristiques maternelles, la durée de la gestation varie entre 280 et 290 jours à partir du premier jour de la date des dernières règles (pour des cycles réguliers de 28 jours). Cette durée s'exprime généralement en semaines d'aménorrhée (SA). La durée de la grossesse varie donc entre 40^{+0} et 41^{+3} SA. L'expression « weeks of gestation » des Anglo-Saxons correspond aux semaines d'aménorrhée. Il semble illusoire de vouloir donner une date prévue d'accouchement aux patientes, car celle-ci varie selon les auteurs, le mode de calcul et les pays. Cela pose peu de problèmes, l'essentiel étant que les praticiens expliquent à leurs patientes à partir de quelle date la surveillance spécifique pour « grossesse prolongée » devrait débiter et à partir de quelle date un déclenchement pourrait être envisagé.

Par convention et de façon arbitraire, il est établi que la grossesse est dite « prolongée » au-delà de 41^{+0} SA, mais que le terme n'est dit « dépassé » qu'à partir de 42^{+0} SA (accord professionnel). Le terme est la période qui va de 37^{+0} à 41^{+6} SA (Figure 1). Compte tenu de l'augmentation modérée et progressive de la morbidité périnatale pendant cette période et au-delà, les trois jours de différence qui séparent au maximum 41^{+0} SA de 9 mois ne semblent pas entraîner de variation significative des complications périnatales et cette approximation entre 41^{+0} SA et 9 mois est acceptable (accord professionnel).

Figure 1: Définitions du terme, de la grossesse prolongée et du terme dépassé



2. FRÉQUENCE DES GROSSESSES PROLONGÉES ET TERMES DÉPASSÉS

En France, la grossesse prolongée concerne 15 à 20 % des femmes enceintes ($\geq 41^{+0}$ SA), et le terme dépassé concerne environ 1 % des femmes enceintes ($\geq 42^{+0}$ SA). Cette fréquence du terme dépassé est très hétérogène et varie entre 0,5 % et 10 % selon les pays, qu'il s'agisse de l'Europe ou des États-Unis (grade B). Ces variations reflètent à la fois la diversité des populations étudiées et les variations de pratiques obstétricales entre pays : la datation précoce des grossesses par échographie et le recours de plus en plus fréquent au déclenchement contribuent conjointement à une diminution progressive de l'incidence des grossesses prolongées et des termes dépassés dans la plupart des pays (grade B).

3. COMPLICATIONS FŒTALES ET NÉONATALES DES GROSSESSES PROLONGÉES

De 37^{0-6} à 43^{0-6} SA, le risque de mortalité périnatale augmente régulièrement, passant de 0,7 ‰ à 5,8 ‰.

En cas de grossesse prolongée, le fœtus présente un risque augmenté d'oligoamnios (grade C), d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (grade A) et d'émission méconiale in utero (grade B). Le risque de décès in utero a considérablement diminué au cours des dernières décennies (grade B). En 2001, sa fréquence était estimée entre 1,6 et 3,5 ‰ naissances dans les pays développés (grade B).

Le syndrome d'inhalation méconiale est responsable d'une morbidité et d'une mortalité importantes et son incidence augmente régulièrement entre 38^{+0} et 42^{+6} SA, passant respectivement de 0,24 ‰ à 1,42 ‰ (grade B). De la même façon, les risques d'acidose néonatale (grade B), de score d'Apgar < 7 à cinq minutes (grade B) ou d'admissions en unité de soins intensifs néonataux (grade B) augmentent progressivement entre 38^{+0} SA et 42^{+6} SA. Ces risques semblent doublés pour les nouveau-nés post-terme hypotrophes (grade C). Les nouveau-nés post-terme présentent un risque majoré de complications neurologiques à type de convulsions néonatales (risque multiplié par 1,5) (grade B), d'encéphalopathie anoxo-ischémique (grade C), d'infirmité motrice cérébrale (risque multiplié par 2,4) (grade B), de troubles du développement

psychomoteur (risque multiplié par 2,2) (grade C) et d'épilepsie dans l'enfance (risque multiplié par 1,9) (grade B), sans que l'on puisse affirmer que ces complications soient directement attribuables au dépassement de terme. L'incidence de ces risques reste cependant faible en valeur absolue.

Les nouveau-nés post-terme ont un risque cinq fois plus élevé d'être macrosomes que les nouveau-nés à terme (grade B) et la macrosomie (y compris chez les nouveau-nés de mère non diabétique) augmente le risque d'hypoglycémie (grade B). Même si leur prévalence reste faible (inférieure à 1 %), les nouveau-nés post-terme présentent une augmentation du risque de traumatismes obstétricaux à type de dystocie des épaules (grade B) et de fractures osseuses (grade C). Enfin, la post-maturité est un facteur de risque de polyglobulie (grade C) et le risque de sepsis néonatal est augmenté de 1,3 chez le nouveau-né post-terme (grade B).

4. COMPLICATIONS MATERNELLES DES GROSSESSES PROLONGÉES

En cas de grossesse prolongée, le taux de césarienne – notamment en urgence – est environ multiplié par 1,5 (grade B), pour autant, le manque de précision dans les études ne nous permet pas toujours de différencier si l'augmentation du taux de césarienne est liée au risque du dépassement de terme et/ou à des politiques interventionnistes à partir d'un âge gestationnel donné. Le prolongement de la grossesse s'accompagne également d'une augmentation modérée du risque de lésions périnéales des 3^e et 4^e degrés, d'hémorragies du post-partum, de chorioamniotite et d'endométrite (grade C).

5. DATATION DE LA GROSSESSE

Une datation échographique de la grossesse permet de diminuer le risque que la grossesse soit dite prolongée et de déclencher l'accouchement à tort pour cette raison (grade A). En routine et pour une conception spontanée, il est recommandé d'utiliser la longueur cranio-caudale (LCC) avant 14 SA pour déterminer la date de début de

grossesse (DDG) et calculer l'âge gestationnel (grade C). Cette mesure doit idéalement être faite entre 11^{+0} et 13^{+6} SA (LCC entre 45 et 84 mm).

Dans un souci d'homogénéisation des pratiques et si la LCC a été correctement mesurée, la datation échographique devrait être retenue pour déterminer la date de début de grossesse, quel que soit l'écart par rapport à la date présumée par la patiente ou estimée d'après la date des dernières règles (DDR). Il doit être expliqué à la patiente que cette mesure permet de déterminer au mieux la DDG échographique théorique qui servira de référence pour la surveillance de la grossesse.

Si les critères de qualité de la mesure de la LCC mesurée avant 14 SA ne sont pas présents, la DDG devra être déterminée grâce à la date des dernières règles et à la durée habituelle des cycles menstruels. Les grossesses obtenues par FIV échappent à cette règle et la DDG est alors définie par la date de ponction (accord professionnel). Avant toute intervention en cas de grossesse prolongée, il est recommandé de s'assurer que le meilleur paramètre de datation de grossesse a été choisi : date de ponction d'ovocytes, LCC avec ses critères de qualité, DDR précise (accord professionnel).

En l'absence d'échographie du premier trimestre et d'élément pour dater la grossesse (DDR inconnue, cycles irréguliers...) ce sont les paramètres échographiques céphaliques qui doivent être privilégiés pour estimer l'âge gestationnel (périmètre céphalique ou diamètre bipariétal avant 18 SA) (grade B). Lorsque l'âge gestationnel est incertain au-delà de 22 SA, un contrôle biométrique à 15-20 jours permet de réévaluer la dynamique de croissance et parfois de mieux préciser l'âge gestationnel (accord professionnel).

6. À PARTIR DE QUEL ÂGE GESTATIONNEL DÉBUTER LA SURVEILLANCE ?

De 37^{0-6} à 43^{0-6} SA, le risque de mortalité périnatale augmente régulièrement et il n'y a pas de seuil à partir duquel il existerait une augmentation franche de la mortalité périnatale. Initier une surveillance fœtale dès 40^{+0} SA nécessiterait d'organiser la surveillance de près de la moitié des femmes enceintes et rien n'indique qu'une telle politique s'accompagnerait d'une diminution de la morbi-mortalité néonatale. En revanche, une surveillance fœtale instaurée à partir de 41^{+0} SA concerne environ 20 % des femmes et permet de réduire la morbidité périnatale par rapport à une surveillance à partir de 42^{+0} SA (grade C).

7. À QUELLE FRÉQUENCE ORGANISER CETTE SURVEILLANCE ?

La fréquence conseillée de cette surveillance se situe entre 2 et 3 fois par semaine (accord professionnel).

8. Y A-T-IL DES POPULATIONS À SURVEILLER PARTICULIÈREMENT ?

Chez les femmes noires africaines, la mortalité fœtale n'est pas significativement augmentée en fin de grossesse (grade B). Il n'existe pas de données pour modifier les pratiques en cas de grossesse prolongée dans cette population.

L'association d'un retard de croissance intra-utérin à une grossesse prolongée est un facteur de risque de mortalité périnatale (grade C). Cependant, il n'y a pas de données spécifiques à cette population qui permettraient de définir une conduite à tenir particulière dans cette situation.

9. QUELS EXAMENS SONT UTILES POUR SURVEILLER ?

Le compte de mouvements fœtaux

En cas de grossesse prolongée, la diminution ressentie des mouvements fœtaux semble liée à une augmentation du risque de morbidité périnatale (grade C). Les données actuelles sont cependant insuffisantes pour montrer un éventuel bénéfice d'une information donnée aux patientes sur la diminution des mouvements fœtaux en cas de grossesse prolongée (accord professionnel).

Aucune méthode de compte des mouvements fœtaux n'a été évaluée en cas de grossesse prolongée.

Malgré le peu de données disponibles, il semble cependant de bon sens de recommander aux patientes de consulter en cas de diminution des mouvements fœtaux (accord professionnel). Le type d'explorations à réaliser n'est pas clairement établi actuellement dans cette situation (accord professionnel).

L'amnioscopie

La valeur diagnostique de l'amnioscopie pour prédire l'existence d'un liquide amniotique teinté ou méconial est médiocre (grade C). En cas de grossesse prolongée, le lien entre un liquide amniotique teinté en amnioscopie et une issue néonatale défavorable n'est pas démontré (grade C). Dans ces conditions, il n'y a pas d'intérêt à réaliser une amnioscopie en cas de grossesse prolongée (accord professionnel).

L'analyse visuelle et/ou informatisée du rythme cardiaque fœtal (RCF)

Bien que son analyse visuelle ne soit pas associée à une amélioration de l'issue périnatale dans la surveillance des grossesses prolongées (grade B), l'enregistrement du RCF représente l'examen de première ligne de la surveillance du bien-être fœtal, et son intégration dans les programmes de surveillance paraît incontournable (accord professionnel).

En analyse informatisée du RCF, une variation à court terme supérieure ou égale à 4 millisecondes aurait une valeur prédictive négative proche de 100 % dans la prédiction de l'acidose fœtale (grade B). Cependant, ce type d'analyse n'a pas montré sa supériorité par rapport à l'analyse visuelle du RCF pour améliorer le pronostic périnatal des grossesses (grade B). Qu'il s'agisse de grossesses prolongées ou non, elle est toutefois une alternative envisageable à l'analyse visuelle, car elle offre des avantages en termes d'organisation et d'élaboration des programmes de surveillance, en diminuant notamment la durée et la répétition des examens (grade B). Elle peut s'avérer aussi utile dans l'analyse des tracés douteux. Comme pour l'analyse visuelle du RCF, les données de la littérature sont insuffisantes pour affirmer l'intérêt de l'analyse informatisée du RCF en cas de grossesse prolongée (grade B).

Le test aux ocytociques

Le test aux ocytociques permet de diminuer le taux de faux-négatifs de l'enregistrement du RCF mais reste de réalisation longue avec un taux de faux-positifs de l'ordre de 30 %. Il n'y a pas de données suffisantes dans la littérature pour recommander son utilisation comme outil de première ou de deuxième ligne pour la surveillance fœtale de la grossesse prolongée (grade C).

La recherche d'un oligoamnios par l'échographie

Dans les grossesses prolongées, il existe une association significative entre la découverte d'un oligoamnios et la survenue d'anomalies du RCF, la présence d'un liquide méconial et l'augmentation du taux de césarienne. Cependant la valeur diagnostique de l'oligoamnios dans la prédiction d'une issue défavorable reste modérée (grade C).

En échographie, il est recommandé d'utiliser la mesure de la plus grande citerne de liquide amniotique, car la mesure de l'index amniotique - somme des quatre quadrants - s'accompagne d'une augmentation du nombre de diagnostics d'oligoamnios, d'inductions du travail et de césariennes pour anomalie du RCF sans amélioration du pronostic néonatal (grade A).

Devant le risque de survenue d'oligoamnios et d'augmentation de la morbi-mortalité après 41 SA⁺⁰ il semble raisonnable de proposer une surveillance prénatale échographique de la quantité de liquide amniotique (mesure de la plus grande citerne de liquide amniotique) à partir de 41 SA⁺⁰ et ce, 2 à 3 fois par semaine (accord professionnel). En cas d'oligoamnios, défini par une plus grande citerne < 2cm, un déclenchement peut être envisagé (accord professionnel). En l'absence de déclenchement, la surveillance doit être renforcée (accord professionnel).

Les indices Doppler

Peu d'études retrouvent une association significative entre des indices Doppler ombilicaux, cérébraux et aortiques anormaux et la survenue d'une issue défavorable dans les grossesses ≥ 41 SA⁺⁰. La valeur diagnostique de ces indices Doppler étant très faible, il n'est pas recommandé de les utiliser en routine dans la surveillance des grossesses prolongées (grade C).

Le score biophysique de bien-être fœtal (Manning)

La pratique du score biophysique de Manning entraîne une augmentation des diagnostics d'oligoamnios et d'anomalies du RCF générant une augmentation des taux de déclenchement et de césarienne sans amélioration du pronostic néonatal. Il n'est donc pas recommandé d'utiliser le score biophysique de Manning dans la surveillance des grossesses prolongées (grade B).

10. À PARTIR DE QUAND FAUT-IL DÉCLENCHER L'ACCOUCHEMENT ?

En l'absence de pathologie, un déclenchement du travail devrait être proposé aux patientes entre 41⁺⁰ SA et 42⁺⁶ SA (grade B). Le moment du déclenchement sera déterminé en fonction des caractéristiques maternelles (conditions cervicales locales, cicatrice utérine,

parité, indice de masse corporelle, âge), de la préférence des patientes et de l'organisation des soins des maternités (accord professionnel).

Cependant, si la prolongation de la grossesse au-delà de 42⁺⁰ SA est choisie, elle semble assortie d'une augmentation des risques fœtaux qui doivent être expliqués à la patiente et mis en balance avec les inconvénients potentiels d'un déclenchement (accord professionnel). Cette remarque est d'autant plus nécessaire que la généralisation de l'utilisation de la LCC au 1^{er} trimestre pour estimer l'âge gestationnel pourrait augmenter la proportion de « vrais » post-terme par rapport aux grossesses mal datées dans la population des femmes dépassant 41⁺⁰ SA (accord professionnel).

11. COMMENT DÉCLENCHER L'ACCOUCHEMENT ?

Le décollement des membranes

Le décollement des membranes peut réduire la durée de la grossesse par une augmentation du nombre de patientes entrant en travail spontanément dans la semaine suivant le décollement (grade B). Comparé à l'expectative, il n'augmente pas le taux de césarienne (grade A) et réduit le recours au déclenchement de 41 % à 41⁺⁰ SA et de 72 % à 42⁺⁰ SA (grade B). Il n'augmente ni le risque de rupture des membranes, ni les risques infectieux maternels et néonataux (grade B), mais ses désagréments (contractions, métrorragies, douleurs) doivent être clairement exposés et acceptés avant son éventuelle réalisation. Compte tenu de ses inconvénients, le décollement des membranes ne doit pas être réalisé lors d'un examen systématique sans information et sans accord préalable de la patiente (accord professionnel)

L'ocytocine

Il s'agit actuellement de la méthode de référence pour le déclenchement du travail sur col favorable à 41 SA et au-delà (grade A). En cas de col défavorable (score de Bishop < 5) l'ocytocine permet également de déclencher le travail, mais n'est plus la molécule de première intention (grade A).

Les prostaglandines E2 (dinoprostone)

Utilisée sous forme de tampon ou de gel vaginaux, l'utilisation de prostaglandines E2 (PGE2) est une méthode efficace pour déclencher le travail (grade A). Elles peuvent être utilisées pour déclencher le travail

avec succès, que le col soit favorable ou non (grade A). En cas de conditions cervicales défavorables, les PGE2 permettent de diminuer le recours à l'ocytocine et d'en diminuer les doses requises (grade A). L'utilisation des PGE2 s'accompagne d'un risque d'hypercinésie et/ou d'hypertonie qui peuvent s'accompagner d'anomalies du rythme cardiaque fœtal (grade A).

Les prostaglandines E1 (misoprostol)

Bien que le misoprostol n'ait pas l'AMM dans les grossesses prolongées, il s'agit d'un moyen efficace et peu onéreux pour déclencher le travail, notamment sur col très défavorable (grade A). La voie d'administration optimale n'est pas totalement tranchée entre la voie vaginale et la voie orale, mais c'est la voie vaginale qui est la plus évaluée et le plus souvent privilégiée. Le risque d'hypercinésie ou d'hypertonie avec ou sans modifications du RCF est clairement retrouvé dans toutes les études avec les doses de 50 µg sans pour autant augmenter la morbidité néonatale ni le taux de césarienne (grade A). Les doses les plus faibles sont à privilégier en débutant avec des doses vaginales de 25 µg toutes les 3 à 6 heures (grade A). L'utilisation de cette molécule doit donc nécessiter un environnement permettant l'accès aux moyens de surveillance obstétricale adaptée en cas d'anomalie du RCF. Des études de plus forte puissance restent nécessaires pour mieux définir les doses, les voies d'administration, la tolérance et les indications. Quelle qu'en soit la dose, le misoprostol est contre-indiqué en cas d'utérus cicatriciel (grade B).

Les moyens mécaniques

La mise en place d'une sonde de Foley intracervicale est un moyen mécanique efficace pour déclencher le travail avec moins d'hyperstimulations utérines que les prostaglandines, sans augmentation du taux de césariennes (grade A). Toutefois, comme le risque infectieux pourrait être augmenté, cette technique nécessite une évaluation plus robuste avant une pratique généralisée (grade B).

Les autres méthodes

Les données actuelles ne retrouvent pas d'efficacité de l'acupuncture pour déclencher le travail à terme ou lorsque la grossesse est prolongée (grade C). Les données concernant la stimulation mamelonnaire et/ou l'activité sexuelle à terme sont contradictoires et insuffisantes dans cette indication (grade C). Enfin l'utilisation des dérivés nitrés est en cours d'évaluation.

Le cas particulier de l'utérus cicatriciel

L'utérus cicatriciel est une situation particulière exposant la patiente et son fœtus au risque de rupture utérine de l'ordre de 0,5 % en cas de travail spontané (grade A). Ce risque est augmenté, mais modérément (0,7 %) en cas de déclenchement à l'ocytocine et multiplié par 5 en cas de déclenchement par les prostaglandines (2,45 %) (grade A). Il est donc logique d'éviter les déclenchements sans indication médicale sur utérus cicatriciel, d'éviter les prostaglandines et de tenir compte du score de Bishop pour déclencher à l'ocytocine. Rappelons que le misoprostol est contre-indiqué en cas d'utérus cicatriciel (grade B).

12. QUELLE PRISE EN CHARGE POUR LE NOUVEAU-NÉ ?

Une aspiration pharyngée avant le dégagement des épaules n'est pas recommandée (grade A). L'équipe prenant en charge un nouveau-né post-terme dans un contexte de liquide amniotique méconial à la naissance devra savoir pratiquer une intubation et une aspiration endotrachéale (grade C) ou une ventilation au masque si l'intubation se révèle infructueuse. L'intubation endotrachéale systématique d'un nouveau-né vigoureux n'est pas recommandée (grade A).

Les équipes prenant en charge les nouveau-nés post-terme dans un contexte d'asphyxie périnatale doivent connaître la prise en charge initiale en salle de naissance, connaître les critères d'inclusion pour un traitement en hypothermie contrôlée (grade A), et avoir établi un protocole de transfert vers une réanimation néonatale (accord professionnel).

Il est recommandé de surveiller systématiquement la glycémie des nouveau-nés post-terme macrosomes (accord professionnel). La prise en charge de l'hypoglycémie des nouveau-nés post-terme ne diffère pas de celle des autres nouveau-nés. L'examen clinique initial du nouveau-né post-terme macrosome devra rechercher systématiquement une paralysie du plexus brachial ou une fracture de la clavicule (accord professionnel).