

Principaux changements aux pratiques selon la directive Surveillance du bien-être fœtal : Directive clinique de consensus des soins intrapartum de 2020 de la SOGC

Terminologie

Le comité de rédaction de la ligne directrice a reconnu la nécessité de clarifier de nombreux termes définis dans la ligne directrice de 2007. Des précisions ont été apportées sur les termes suivants :

- **Tachysystolie** : toute activité utérine (AU) excessive
- **Décélérations répétitives** : supérieur ou égal à 3 décélérations consécutives.
- **Décélérations récurrentes** : décélérations qui surviennent dans plus de ou égal de 50 % des contractions utérines sur une période de 20 minutes.
- **Décélérations intermittentes** : décélérations qui surviennent dans moins de 50 % des contractions utérines sur une période de 20 minutes.
- **Décélérations graduelles épisodiques** :* décélérations graduelles (plus grande ou égal à 30 secondes de l'apparition au nadir) qui ne sont pas liées à une contraction.
- **Surveillance électronique fœtale interprétable** : tracé de surveillance électronique fœtale où la fréquence cardiaque fœtale et l'activité utérine sont visibles en continu avec un minimum d'interruptions.

* indique une nouvelle terminologie

Activité utérine (AU)	<ul style="list-style-type: none">• Il faut consigner la fréquence de l'activité utérine en indiquant le nombre de contractions aux 10 minutes selon la moyenne des contractions sur une période de 30 minutes (p. ex., 3 contractions aux 10 minutes).• Si le rythme cardiaque du fœtus est atypique ou anormal au cours des premières 10 minutes de tachysystolie, il faut intervenir sans calculer la moyenne sur 30 minutes.
Auscultation intermittente (AI)	<ul style="list-style-type: none">• Il convient de recourir à l'auscultation intermittente (AI) en cas de travail spontané à partir de 37 semaines d'aménorrhée chez les patientes en santé sans facteur de risque périnatal.• La présence d'accélération spontanées est une observation normale, mais elles ne sont pas nécessaires pour classer la surveillance du bien-être fœtal (SBF) comme normale.• Si la patiente commence le travail après la maturation du col, déterminer la méthode de SBF intrapartum en fonction des facteurs de risque existants.• Il y a lieu d'utiliser un appareil de poche pour l'AI au lieu d'un capteur de surveillance électronique fœtale (SEF) connecté à un disque dur, même lorsque

Adaptation du tableau : The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) Clinical Practice Guideline No. 396 - Fetal health surveillance: Intrapartum consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2020, 42(3):316–348.

	<p>l'impression papier est désactivée, étant donné que l'enregistrement n'est pas vu par le fournisseur de soins, mais plutôt enregistré sur le disque dur et consigné au dossier médical.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En cas de décélération détectée par AI immédiatement après une contraction, on doit effectuer une évaluation supplémentaire en repositionnant la parturiente et en écoutant de nouveau ou en amorçant la SEF. Si les décélérations persistent après la contraction suivante, il y a lieu d'amorcer la SEF si ce n'est pas déjà fait pour confirmer le tracé de la fréquence cardiaque fœtale. Il convient d'amorcer la réanimation intra-utérine au besoin. • Si la SEF a été amorcée en raison d'une AI anormale, le retour à l'AI peut se faire si le tracé est normal, que le tableau clinique global a été évalué et qu'aucun facteur de risque maternel n'est présent. Il est recommandé d'avoir au moins 20 minutes de tracé de SEF avant de retourner à SBF par AI.
<p>Surveillance électronique fœtale (SEF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Autres cas où la SEF peut s'avérer utile : <ul style="list-style-type: none"> • Artère ombilicale unique • Insertion vélamenteuse du cordon ombilical • Triple circulaire cervical du cordon ombilical (ou plus) • Analgésie rachi-péridurale combinée • Travail dystocique • Arythmie fœtale • Indice de masse corporelle prégestationnel de plus de 35kg/m² • Lorsqu'une décélération variable, en présence d'une contraction, ne retourne pas à la FCF de base d'ici la fin de la contraction, il s'agit d'une décélération variable compliquée, qui a la même importance physiologique que les décélérations tardives. • Considérer les décélérations de grandes amplitudes et de longue durée comme significative : décélérations variables qui durent plus de ou égal à 60 secondes AVEC ralentissement à 60 bpm ou moins OU chute de 60 bpm ou plus par rapport à la fréquence de base sont des décélérations variables compliquées. • Envisager l'électrode de cuir chevelu et/ou un cathéter de pression intra-utérine, si possible, lorsque la SEF ne produit pas un tracé interprétable. • Si la surveillance interne n'est pas possible, on doit poursuivre la SBF externe à intervalle rapproché pour obtenir l'information nécessaire à l'interprétation exacte du tableau clinique. • Des pauses de SEF d'une durée maximale de 30 minutes sont permises au besoin pour favoriser la marche, l'hydrothérapie et les changements de position, à condition que : (i) l'état fœto-maternel soit stable et que (ii) la vitesse de perfusion d'ocytocine soit également stable, le cas échéant.
<p>Évaluation au deuxième stade du travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Durant la phase active du deuxième stade du travail, il y a lieu d'évaluer et de consigner la SBF et sa classification; en cas de situation atypique ou anormale, consigner l'interprétation et les interventions. : <ul style="list-style-type: none"> • Auscultation intermittente : à intervalles de 5 minutes ou moins • Surveillance électronique fœtale (SEF) : à intervalles de 15 minutes ou moins en cas de tracés continus de la fréquence cardiaque fœtale et de l'activité en

Adaptation du tableau : The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) Clinical Practice Guideline No. 396 - Fetal health surveillance: Intrapartum consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2020, 42(3):316-348.

	<p>présence d'un fournisseur de soins en tout temps, autrement à intervalles de 5 minutes.</p> <ul style="list-style-type: none"> REMARQUE : Envisager l'électrode de cuir chevelu et/ou le cathéter de pression intra-utérine pour faciliter l'obtention d'un tracé continu. L'information consigner doit être représentative de la situation en temps réel.
Fréquence cardiaque maternelle (FCM)	<ul style="list-style-type: none"> Il est important de différencier la fréquence cardiaque maternelle (FCM) de la fréquence cardiaque fœtale (FCF). Il y a lieu d'évaluer et de consigner la FCM : <ul style="list-style-type: none"> Lors de l'évaluation initiale au moment de déterminer la FCF de base À tout moment d'incertitude de la fréquence détectée Il y a lieu d'évaluer et de consigner la FCM selon la fréquence recommandée en fonction des différents stades du travail : <ul style="list-style-type: none"> Dans la phase active du premier stade et la phase passive du deuxième stade avec membranes intactes : toutes les 4 heures Dans la phase active du premier stade et la phase passive du deuxième stade avec les membranes rompues : toutes les 2 heures Dans la phase active du deuxième stade : aux 15 à 30 minutes
Péridurale	<ul style="list-style-type: none"> En cas d'analgésie rachi-péridurale combinée, on doit utiliser la surveillance électronique fœtale (SEF), car ce type d'anesthésie est associé à un risque accru de FCF atypique ou anormale comparativement à la péridurale seule.
Interprétation et classification	<ul style="list-style-type: none"> Le tableau clinique global est primordial dans la classification de la surveillance du bien-être fœtal et dans le choix des interventions cliniques. Un tracé continu de la fréquence cardiaque fœtale et de l'activité utérine est nécessaire à l'interprétation exacte des résultats de la surveillance électronique fœtale (SEF). En présence de tachysystolie, l'auscultation intermittente est classifiée comme anormale. La tachysystolie peut être observée sur un tracé de SEF normal, atypique ou anormal. La présence d'accélération spontanées est une observation normale, mais elles ne sont pas nécessaires pour classifier le tracé de SEF comme normal. Les accélérations doivent être prise en compte dans le tableau clinique global en présence d'un tracé de FCF anormal; elles ne changent toutefois pas la classification du tracé.
Vitesse de déroulement du papier	<ul style="list-style-type: none"> Il est recommandé aux établissements d'utiliser une vitesse de déroulement du papier standard de 3 cm/min pour la surveillance électronique fœtale afin de favoriser l'uniformisation nationale.
Réanimation intra-utérine	<ul style="list-style-type: none"> On doit réserver l'administration d'un soluté IV en bolus aux situations indiquées (p. ex., hypovolémie ou hypotension maternelles). On doit réserver l'administration maternelle d'oxygène aux cas confirmés

Adaptation du tableau : The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) Clinical Practice Guideline No. 396 - Fetal health surveillance: Intrapartum consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can 2020, 42(3):316-348.

	<p>d'hypotension ou hypovolémie maternelles; on ne doit pas y recourir systématiquement en cas de tracé cardiaque fœtal atypique ou anormal.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les interventions suivantes doivent accompagner la réanimation intra-utérine :<ul style="list-style-type: none">• Au deuxième stade, demander à la mère de modifier ou d'interrompre ses efforts de poussée.• Évaluer et consigner les signes vitaux maternels.
Analyses supplémentaires	<ul style="list-style-type: none">• Envisager un prélèvement de lactate au niveau du cuir chevelu fœtal pour identifier de manière fiable l'acidose fœtale intrapartum.
Tenue de dossier	<ul style="list-style-type: none">• Il convient d'inclure la classification lorsque la surveillance du bien-être fœtal est consignée (III-A).
Formation	<ul style="list-style-type: none">• Il y a lieu de mettre en place des exigences de formation officielle en surveillance du bien-être fœtal pour tous fournisseurs de soins obstétricaux intrapartum (médecins, infirmières, sage-femmes) et de veiller à évaluer leurs connaissances tous les 2 ans.

Adaptation du tableau : The Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC) Clinical Practice Guideline No. 396 - Fetal health surveillance: Intrapartum consensus guideline. *J Obstet Gynaecol Can* 2020, 42(3):316-348.