

# Suisse alémanique : directives internes en matière de CTG

Objekttyp: **Group**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **107 (2009)**

Heft 3

PDF erstellt am: **05.08.2024**

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Directives internes en matière de CTG

Hebamme.ch s'est adressée à 27 maternités publiques et privées de Suisse alémanique, pour savoir quelles étaient leurs directives en matière de CTG. Le questionnaire allait à la direction médicale et se basait explicitement sur les faits probants (Cochrane Review 2008, NICE-Guidelines 2007). 13 cliniques ont répondu (taux de réponses = 48,14 %).

Maternité	Question 1: CTG à l'admission?	Question 2: surveillance par CTG continu, par CTG intermittent ou par auscultation intermittente?
	Dans beaucoup de services obstétricaux, un CTG est prescrit lors de l'admission. Cette mesure a-t-elle un sens? Quelle recommandation votre service suit-il à ce sujet?	Votre service applique-t-il ces 3 méthodes de surveillance? Si non, pour quelles raisons? Si oui, quelles en sont les indications?
Olten Kantonsspital	Oui, cela a un sens. Nous l'avons inclus dans la procédure d'entrée. Cela donne une image actualisée de l'état de l'enfant.	Surveillance par CTG continu seulement pour les naissances à risque (ex.: jumeaux, diabète, avant terme, etc.) Pour les naissances physiologiques, un CTG toutes les 2 heures, plus un contrôle du rythme cardiaque toutes les 15 min. dès que les contractions sont régulières.
Soleure Bürgerspital	Un CTG est prescrit à l'admission.	En l'absence de problème, un CTG intermittent jusqu'à la phase active. A ce moment, toujours un CTG continu.
Zürich Hirslanden Klinik Im Park	Lors de chaque entrée, en principe, un CTG est prescrit. Cette mesure est particulièrement pertinente pour avoir une vision globale de l'état dans lequel se trouve la femme comme l'enfant et pour envisager comment va se dérouler l'accouchement.	Les trois méthodes: CTG intermittent durant la 1 <sup>o</sup> phase tant que le rythme cardiaque est bon (min. 2 fois par heure). CTG continu dès qu'il y a un écart du rythme fœtal, ou un autre facteur physiologique, ou qu'il y a un analgésique, que la dilatation est complète. Auscultation intermittente peu appliquée. Dans certains cas, Doppler: par ex., lors de l'accouchement dans l'eau.
Aarau Hirslanden Geburtenstation	CTG systématique lors de l'admission, ce qui est pertinent pour évaluer la situation de l'enfant. Recommandation suisse.	CTG intermittent, puis continu dès 7/8 cm. Continu en cas de péridurale. Recommandation suisse (ancien schéma) habitudes.
Frauenfeld Kantonsspital	A l'admission, un CTG de 30 min. Ce qui est pertinent parce que les pathologies les plus lourdes s'annoncent ainsi suffisamment tôt.	Intermittent en début d'accouchement physiologique. Continu en phase active.
Berne, Frauenklinik Universitätsspital Insel	Selon les directives de la société allemande DGGG, ( <a href="http://www.dggg.de">www.dggg.de</a> ). Il est à noter que nous avons un taux élevé de grossesses à haut risque.	
Zürich, Klinik für Geburtshilfe, Universitätsspital	Selon le «Handbuch Geburtshilfe» (R. Zimmermann, Eigenverlag).	
Lucerne Klinik St. Anna	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un CTG lors de l'admission pour un contrôle ou pour un accouchement</li> <li>- &lt; 30 SA en accord avec gynéco</li> <li>- sur prescription pour les contrôles</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) continu: <ul style="list-style-type: none"> <li>- en cas de CTG pathol</li> <li>- en phase active (aussi dans le bain)</li> <li>- en cas d'induction par Synto jusqu'au début des contractions</li> <li>- en cas de contractions précoces ou d'arrêt (selon avis médical)</li> </ul> </li> <li>2) intermittent: <ul style="list-style-type: none"> <li>- durant la 1<sup>o</sup> phase d'un accouchement physiologique</li> <li>- avant et après induction avec Propess et Prostin jusqu'au début des contractions</li> <li>- en cas de repos strict de 1-2/jour jusqu'à 1-2/sem. (selon avis du gynéco)</li> </ul> </li> <li>3) auscultation: <ul style="list-style-type: none"> <li>- en début d'accouchement après le CTG à l'entrée</li> <li>- accouchement avant terme, selon avis médical (&lt;30SA)</li> <li>- durant le bain de détente</li> <li>- pendant l'accouchement et lors de contrôles avec la «cornette» pour entraîner les sages-femmes apprenantes</li> </ul> </li> </ol>
Spital Uster	Oui, c'est pertinent. Ainsi, on peut évaluer l'état de l'enfant et on peut envisager la procédure ultérieure.	Les trois sont appliquées selon la situation et la progression de l'accouchement. Continu: sub partum Intermittent: avant une induction.

Winthertour Kantonsspital	A l'admission, pour toutes. Selon les directives du DGGG (version août 2008): un CTG de 30 min.	Tout est possible. Voir aussi directives DGGG, point 5.2.
Berne Hirslanden Klinik Salem	Les 17 médecins se sont mis d'accord sur les directives suivantes, auxquelles les sages-femmes sont liées:  a) Entrée: durant 30 min.	b) En phase de latence: – CTG continu pour patientes à risques (ex. retard de croissance, siège, induction, terme dépassé) – en cas de CTG réactif à l'admission, CTG toutes les 2 heures durant 30 min. et entre-temps contrôles du rythme cardiaque toutes les 15 min. durant 30 sec. au départ d'une contraction.  c) En phase active: surveillance par CTG continu ou contrôles du rythme cardiaque durant 30 sec. à chaque contraction.  d) Cas spéciaux: CTG insatisfaisant: informer le médecin après 10 min.
Saint-Gall Frauenklinik Kantonsspital	Concept global pour application du CTG: oui. Nous nous référons essentiellement aux directives de la DGGG (version août 2008) avec une petite modification (mise en œuvre depuis plusieurs années des scores FIGO).	Depuis la phase de latence jusqu'au début de la phase active, la fréquence et la durée de l'enregistrement CTG dépend de chaque situation particulière. CTG continu par-après et en phase active. De temps en temps, le cœur fœtal est ausculté pour de brefs contrôles. Chaque fois que c'est possible, nous appliquons la téléométrie, également en cas de péridurale (souvent ambulatoire).
Bâle Universitäts-Frauenklinik	Un CTG de 30 min. lors de l'admission pour établir l'état du fœtus des primipares et pour évaluer les contractions (EL IV). Le CTG d'admission sert aussi de manière routinière comme preuve d'une absence de faute pour les enquêtes médico-légales.  Pour augmenter la spécificité du CTG, une formation continue sur nos directives a été réalisée.  Référence aux directives DGGG (version août 2008).	D'abord une surveillance par CTG intermittent; CTG continu pour des indications précises. Une auscultation exclusivement intermittente n'est pas pratiquée. L'auscultation intermittente est utilisée pour disposer d'une documentation solide pouvant servir de références médico-légales.  <i>Indications pour un CTG intermittent:</i> grossesse sans risque et, en cas CTG «discret» en début d'accouchement, toutes les 30 min. à 2 h. (au min. 30 min.).  <i>Indications pour un CTG continu:</i> en fin de phase de latence et en phase active.  En cas grossesse à risque, un CTG continu peut être prescrit durant tout l'accouchement et en phase active.  Les tracés pathologiques persistant durant plus de 30 min. doivent être discutés. Exceptions: bradycardie fœtale grave ou CTG gravement pathologique nécessitant une intervention immédiate (cf. DGGG).

Enquête réalisée par Gerlinde Michel et Inge Loos.

Traduction libre: Josianne Bodart Senn

## France

# Modalités de surveillance foetale pendant le travail

**En 2007, lors des 31<sup>èmes</sup> Journées nationales du Collège des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) des recommandations pour la pratique ont été formulées ainsi:**

À l'admission en début de travail, il est indispensable d'évaluer les états maternel et foetal en s'attachant:

– À étudier le dossier de suivi de grossesse et les antécédents, en particulier obstétricaux, informations qui peuvent, à elles seules, faire décider d'un niveau plus ou moins élevé de surveillance foetale (RCIU, prématurité, post-terme, oligoamnios connu, liquide méconial notamment...) (niveau faible de preuve: grade C).

– À mettre en évidence des signes anormaux (diminution des mouvements fœtaux, métrorragies, mauvais relâchement utérin...), conduisant à une attitude de vigilance accrue quant à l'appréciation de l'état foetal (grade C).

Le diagnostic clinique de travail et son caractère actif (phase active de la dilatation cervicale) sont nécessaires pour juger de l'attitude de prise en charge. En phase active, il faut recommander la surveillance en milieu obstétrical; en phase de latence, tous les niveaux de vigilance sont possibles en fonction du contexte, à condition d'une évaluation initiale de l'état foetal (grade C).

**Il est recommandé de réaliser un enregistrement du RCF sur au moins 20 minutes pour toute femme arrivant en début de travail (grade C).**

La surveillance électronique cardiotocographique discontinuée avec support papier est plus efficace que le stéthoscope à ultrasons et que le stéthoscope de Pinard dans la détection des anomalies du rythme cardiaque foetal (présomption scientifique: grade B).

La surveillance du travail discontinuée ne peut se concevoir que pour une patiente à bas

risque. Elle nécessite la présence d'une sage-femme par parturiente (grade C).

L'enregistrement foetal continu par comparaison à l'auscultation intermittente divise par deux le taux de convulsions néonatales sans influence sur le pronostic néonatal à long terme (grade B). En revanche, l'utilisation de l'enregistrement foetal continu est associée à une augmentation des taux de césariennes et d'extractions instrumentales (grade B).

La surveillance foetale continue a une meilleure sensibilité que la surveillance discontinuée dans la détection des acidoses néonatales (grade B).

Compte tenu des pratiques obstétricales actuelles (absence de formation à l'auscultation intermittente) et du personnel disponible en salles de naissance, il est recommandé d'utiliser la surveillance continue en phase active du travail (accord professionnel).

Source: Actes des 31<sup>èmes</sup> Journées publiés le 12 décembre 2007 sur [www.cngof.asso.fr](http://www.cngof.asso.fr)