

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Hédon*

Première partie
Obstétrique



*38^{es} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2014*

Prise en charge des grossesses à risque : quelle place pour le repos ?

P. ROZENBERG
(Poissy)

Résumé

Le repos au lit et la restriction d'activité ne réduisent pas les risques de fausses couches dans la première moitié de la grossesse, d'accouchement prématuré en cas de travail prématuré, de col court, de rupture prématurée des membranes avant terme, de placenta praevia, ou de grossesses multiples. Ils n'améliorent pas non plus les issues obstétricales et néonatales en cas de retard de croissance intra-utérin, d'hypertension, ou de prééclampsie. En revanche, le repos au lit augmente significativement les risques d'accidents thromboemboliques, de lyse osseuse, de troubles émotionnels et de l'humeur. En outre, l'impact financier négatif de la restriction d'activité sur la société est majeur. En raison de l'absence de preuves d'efficacité et des effets négatifs potentiels que l'alitement peut avoir sur les femmes et leurs familles, et de l'augmentation considérable des coûts pour le système de santé, le repos au lit ne devrait pas être recommandé de façon systématique.

Hôpital Poissy-Saint Germain - Département d'obstétrique et gynécologie - Université Versailles Saint-Quentin - Unité de recherche EA 7285 - 78000 Poissy

Correspondance : prozenberg@chi-poissy-st-germain.fr

Mots clés : repos au lit, grossesse, travail prématuré, rupture prématurée des membranes avant terme, placenta praevia, prééclampsie

Déclaration publique d'intérêt

L'auteur n'a aucun conflit d'intérêt.

Commençons par quelques chiffres : le taux d'accouchements prématurés est en augmentation depuis 20 ans : 6,7 % en 2010 (+ 22 % entre 1995 et 2010) en France [1] ; 12,5 % (+ 33 % entre 1981 et 2004) aux États-Unis [2]. On peut d'emblée conclure que nos efforts de lutte contre la prématurité ont une efficacité pour le moins limitée.

En France, le taux d'hospitalisation prénatale est de 18,8 % des grossesses dont 1/3 pour « menace d'accouchement prématuré » (à membranes intactes) [1]. On peut donc légitimement se demander si nos efforts de lutte contre la prématurité ne sont pas, en fait, pourvoyeurs de iatrogénèse.

Alors pourquoi et comment en sommes-nous arrivés là ?

En fait, la réponse tient en une seule autre question : quelles sont les raisons justifiant une hospitalisation en obstétrique ?

Quelques réponses sont évidentes : l'accouchement imminent (à terme ou avant terme), la nécessité d'une surveillance intensive et/ou d'un traitement intraveineux. L'amélioration de la compliance du repos (au lit) est également une raison très souvent invoquée, non seulement pour justifier l'hospitalisation mais également pour justifier la prolongation de l'hospitalisation. En effet, le repos est considéré historiquement depuis Hippocrate comme une thérapeutique préventive ou curative.

Mais est-ce un mythe ou une réalité ? Nous trompons-nous et assistons-nous à une normalisation de la déviance ? Que nous disent les données fondées sur les preuves (« evidence based medicine ») ? En fait, les données sont peu nombreuses et la méthodologie de ces études est souvent faible.

I. MENACE D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ET REPOS

Le premier auteur à avoir étudié par un essai randomisé l'effet du repos au lit sur le risque d'accouchement prématuré est Saunders et son essai remonte à 1985 [3]. L'auteur a randomisé 212 grossesses gémellaires entre hospitalisation prophylactique (avec repos au lit) à partir de 32 SA et suivi ambulatoire. Le critère de jugement principal était l'accouchement < 37 SA. Le taux d'accouchements < 37 SA a été significativement différent entre les 2 bras : 30,4 % dans le bras hospitalisation ($n = 105$) et 18,7 % dans le bras ambulatoire ($n = 107$), $p < 0,05$. L'auteur concluait (dès 1985) que : « *There is at present no scientifically acceptable evidence that this common, disruptive, and expensive obstetric policy does more good than harm* ».

L'essai prospectif randomisé le plus récent porte sur des grossesses uniques avec travail prématuré arrêté par tocolyse entre 24⁺⁰ et 33⁺⁴ SA [4]. Les patientes ont été randomisées entre prise en charge ambulatoire immédiatement après la cure de corticoïdes ($n = 50$) et hospitalisation jusqu'à 34 SA ($n = 51$). Le critère de jugement principal était l'accouchement ≥ 36 SA. Le taux d'accouchements ≥ 36 SA n'a pas été différent entre les 2 bras : 71 % parmi les femmes hospitalisées *versus* 72 % parmi les femmes prises en charge en ambulatoire ($p = 0,89$) alors que la durée moyenne d'hospitalisation a été de 16 ± 13 jours dans le bras hospitalisation. Le taux d'accouchement ≤ 34 SA a également été similaire : 22 % *versus* 24 %, respectivement.

En 2012, l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) a indiqué que le repos au lit n'a pas été démontré efficace sur la prévention de la prématurité et ne devrait pas être recommandé en routine [5].

II. COL COURT ET REPOS

Il n'existe qu'une seule étude qui réponde à cette question. Grobman a réalisé une analyse secondaire [6] d'un essai randomisé évaluant l'efficacité de la 17- α hydroxyprogestérone caproate sur la prévention de l'accouchement prématuré parmi des nullipares ayant un col < 30 mm à l'échographie du second trimestre [7]. Un questionnaire

a évalué toute forme de restriction d'activité (abstinence sexuelle, réduction de l'activité professionnelle partielle ou totale, ou réduction de l'activité non professionnelle partielle ou totale) parmi 646 des 657 (98 %) femmes incluses dans l'essai. Deux cent cinquante-deux (39,0 %) femmes ont « bénéficié » d'une restriction d'activité à une médiane de 23,9 SA (intervalle interquartile 22,6-27,9 SA). Le taux d'accouchements prématurés < 37 SA a été plus élevé parmi les femmes en restriction d'activité (37 % *versus* 17 %, $p < 0,001$). Après contrôle des facteurs de confusion potentiels, la prématurité est restée plus fréquente parmi les femmes en restriction d'activité (OR ajusté 2,37, IC 95 % 1,60-3,53). Les résultats étaient similaires pour les naissances < 34 SA.

III. RPM ET REPOS

Après avoir respecté des critères d'inclusion très stricts, Carlan *et al.* ont randomisé 67 patientes ayant une rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme entre prise en charge expectative à domicile ($n = 27$) *versus* à l'hôpital ($n = 28$) [8]. La prise en charge dans les 2 bras était similaire et comportait la surveillance de la température et du pouls toutes les 6 heures, le compte quotidien des mouvements actifs, un monitoring et une NFS 2 fois par semaine, une échographie et une visualisation du col hebdomadaire. L'âge gestationnel à la rupture des membranes était similaire ($30,6 \pm 3,7$ SA *versus* $31,7 \pm 3,5$ SA, respectivement). Il n'y a pas eu de différence significative quant à l'âge gestationnel à la naissance ($33,2 \pm 3,2$ SA *versus* $33,5 \pm 3,4$ SA, respectivement), le délai de latence (18 ± 22 jours *versus* 12 ± 13 jours, respectivement), le nombre de chorioamniotites (4 *versus* 3, respectivement) et de césariennes (3 *versus* 6, respectivement). Il y avait cependant une baisse significative du nombre de jours d'hospitalisation de la mère et des frais d'hospitalisation maternelle dans le groupe à domicile ($5\ 388 \pm 3\ 105$ \$ *versus* $10\ 395 \pm 5\ 383$ \$, respectivement).

Harrison *et al.* ont évalué l'efficacité d'un programme de soins à domicile parmi des patientes ayant présenté une menace d'accouchement prématuré ou une rupture prématurée des membranes avant terme [9]. Les résumés de sortie de l'hôpital ont été utilisés pour comparer les issues des femmes entrées dans le programme de soins à domicile à celles d'une cohorte de femmes ayant reçu des soins prénatals à l'hôpital avant la mise en place de ce programme.

L'échantillon comprenait 437 femmes ($n = 228$ à domicile, $n = 209$ à l'hôpital). Les issues des enfants du groupe soins à domicile ont été significativement plus favorables, qu'il agisse de l'âge gestationnel à la naissance ($36,1 \pm 3,1$ SA *versus* $34,0 \pm 4,0$ SA, $p < 0,001$), du poids de naissance ($2\,732 \pm 716$ g *versus* $2\,330 \pm 749$ g, $p < 0,001$), ou du risque de séjour en unité néonatale de soins intensifs supérieur à 48 heures (OR 0,53, IC 95 % 0,36-0,78).

IV. PLACENTA PRAEVIA ET REPOS

Dans la publication de Wing *et al.* [10], 53 femmes avec un diagnostic initial de placenta praevia ont nécessité une hospitalisation pour métrorragies. Elles ont été stabilisées et une corticothérapie a été réalisée. Les patientes ont ensuite été randomisées entre prise en charge expectative hospitalière avec repos au lit et déambulation minimale ($n = 27$) et prise en charge expectative en ambulatoire ($n = 26$). Dans les 2 bras, une échographie toutes les 2 SA (croissance fœtale et localisation placentaire) était réalisée. Les patientes du groupe ambulatoire qui présentaient des saignements récurrents ont été réhospitalisées pour évaluation. Toutes les patientes ayant un placenta praevia persistant ≥ 36 SA ont eu une césarienne élective. Les groupes hospitalisation avec repos et suivi ambulatoire ont présenté des caractéristiques générales et obstétricales similaires, notamment l'âge gestationnel à l'admission ($29,1 \pm 3,1$ SA et $29,9 \pm 3,1$ SA, respectivement).

L'âge gestationnel moyen à l'accouchement était de $34,5 \pm 2,4$ SA pour les patientes du groupe hospitalisation et de $34,6 \pm 2,3$ SA pour les patientes du groupe ambulatoire ($p = 0,90$), tandis que les poids de naissance moyens étaient de $2\,413 \pm 642$ g et $2\,607 \pm 587$ g, respectivement ($p = 0,28$).

Quatre (14,8 %) patientes du groupe hospitalisation et 1 (3,7 %) du groupe ambulatoire ont nécessité des transfusions sanguines ($p = 0,67$).

Il n'y avait pas de différence sur la morbidité néonatale (définie par la présence d'un syndrome de détresse respiratoire, d'une hémorragie intracrânienne, ou d'un sepsis prouvé) entre les deux groupes (RR 1,16 ; IC 95 % 0,66-2,02). Il n'y a pas eu de décès néonataux.

En revanche, le nombre moyen de jours d'hospitalisation maternelle a été significativement différent entre les deux groupes :

28,6 ± 20,3 jours dans le groupe hospitalisation *versus* 10,1 ± 8,5 jours dans le groupe ambulatoire ($p < 0,0001$).

Mouer a analysé les données hospitalières de 238 patientes codées comme ayant eu un placenta praevia sur une période de 12 ans [11]. Au total, 104 patientes ont eu un traitement conservateur (accouchement > 7 j après le diagnostic). Cinquante-cinq patientes ont été hospitalisées et 49 suivies en ambulatoire. Il n'y a pas eu de différence significative sur l'âge gestationnel à l'accouchement ou le poids de naissance, le taux d'hémoglobine en post-partum, la morbidité néonatale (syndrome de détresse respiratoire, tachypnée transitoire, et hémorragie intraventriculaire).

En 2007, la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC) a émis des recommandations et considéré que la prise en charge ambulatoire du placenta praevia était appropriée pour les patientes stables avec suivi à domicile, habitant à proximité de l'hôpital, avec possibilité de communication téléphonique et transport rapidement disponible (niveau de preuve : II-2C) [12].

V. REPOS AU LIT ET MÉTA-ANALYSES

En 1999, Allen *et al.* [13] publient dans le *Lancet* une méta-analyse de tous les essais randomisés ayant comparé l'effet du repos au lit *versus* le lever précoce. Le titre est : « *Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation* ».

Cette méta-analyse inclut 39 essais portant sur 15 pathologies différentes (5 777 patients).

Vingt-quatre essais ont évalué le repos au lit suivant une procédure médicale : aucune amélioration de l'issue évaluée dans 16 essais et une aggravation significative dans les 8 autres essais ont été rapportées.

Quinze essais ont évalué le repos au lit comme traitement primaire : aucune amélioration de l'issue évaluée dans 6 essais et une aggravation significative dans 9 autres essais (dont la prééclampsie) ont été rapportées.

La Cochrane Library a publié 6 méta-analyses ayant étudié l'effet du repos avec hospitalisation en cours de grossesse : en cas de retard de croissance intra-utérin [14], de menace d'accouchement prématuré

parmi les grossesses uniques [15], d'hypertension [16], de menace de fausses couches dans la première moitié de la grossesse [17], de prééclampsie [18], de grossesses multiples [19]. La conclusion de chacune de ces méta-analyses est univoque : bien que le repos au lit à l'hôpital ou à domicile soit largement utilisé comme la première étape de traitement, il n'existe aucune preuve que cette pratique puisse être bénéfique. En raison des effets négatifs potentiels que l'alitement peut avoir sur les femmes et leurs familles, et de l'augmentation des coûts pour le système de santé, le repos au lit ne devrait pas être recommandé de façon systématique.

VI. LE REPOS : PLUS QU'UN TRAITEMENT, UNE NUISANCE !

VI.1. Repos au lit et risque thromboembolique

Kovacevich *et al.* [20] ont évalué par une étude de cohorte rétrospective portant sur 2 années la prévalence des accidents thromboemboliques parmi les femmes ayant eu un alitement prolongé (≥ 3 jours) dans le cadre du traitement du travail prématuré ou de la rupture prématurée des membranes. Il y eu 3 cas d'accidents thromboemboliques parmi 192 patientes dont le traitement comportait un alitement prolongé, soit une prévalence de 15,6 ‰. Parmi les 6 164 grossesses non traitées par un alitement prolongé au cours de cette période, il y a eu 5 cas d'accidents thromboemboliques, soit une prévalence de 0,8 ‰ ($p < 0,0015$).

VI.2. Repos au lit et lyse osseuse

Dans une étude prospective portant sur 181 femmes, Promislow *et al.* [21] ont mesuré la densité minérale osseuse aux alentours de 16 et 36 SA. Une perte osseuse trabéculaire a été constatée au cours de la grossesse. La perte moyenne de densité minérale osseuse était de 1,9 % (IC 95 % 1,2-2,5) pendant la période de 20 semaines. Les femmes pour lesquelles du repos au lit avait été prescrit ont eu une perte moyenne ajustée de 4,6 % *versus* 1,5 % parmi les femmes pour lesquelles du repos au lit n'avait pas été prescrit ($p = 0,001$) et ont présenté un risque 6 fois

plus élevé ($p = 0,001$) de perte osseuse $\geq 5\%$ au cours de cette période de 20 semaines.

VI.3. Repos au lit et autres effets délétères sur la santé

Sur le plan physique, le repos au lit est associé à une augmentation des risques d'amyotrophie, de troubles de l'adaptation cardiovasculaire, et de perte de poids maternel [22].

Sur le plan psychique, le repos au lit est associé à une augmentation des risques de troubles de l'humeur, de stress lié à une séparation de la famille, de sentiments ambivalents sur la grossesse, et de sentiment de culpabilité en cas d'incapacité à être compliant avec la prescription [22-25].

Les conséquences émotionnelles affectent également le père (sentiment de détresse) et les autres enfants de la fratrie (effets émotionnels adverses avec réactions négatives) [26, 27].

VII. REPOS ET CONSÉQUENCES ÉCONOMIQUES

Le repos au lit est responsable d'une augmentation des coûts pour la famille directement par les dépenses liées à la prise en charge des autres enfants et indirectement par l'absentéisme professionnel.

En outre, l'impact financier négatif de la restriction d'activité sur la société est majeur quand on considère la perte de revenu et de productivité. Goldenberg *et al.* [27] ont estimé que le coût annuel du repos au lit en 1993 était de 1,03 milliards de dollars en faisant des estimations prudentes, mais pouvait être aussi élevé que 5,7 milliards de dollars. Ajusté au dollar de 2013, ce coût varie de 2 à 7 milliards de dollars par an.

Au total, il faut aller de l'avant et hors du lit !

Il n'existe aucune preuve du bénéfice de la restriction d'activité et du repos au lit alors qu'il existe de nombreux arguments en faveur de sa dangerosité potentielle. Il est donc fondamental que nous puissions réduire la fréquence et la durée des hospitalisations en obstétrique en luttant contre la normalisation de la déviance.

Compte tenu des conséquences physiques, psychologiques et financières potentielles de la recommandation persistante du repos au lit par de très nombreux obstétriciens et sages-femmes, nous avons besoin d'essais cliniques méthodologiquement solides pour mettre les questions liées au repos au lit et à la limitation des activités au lit une bonne fois pour toutes.

Bien qu'Hippocrate ait enseigné la valeur du repos dans le traitement de la maladie, il a aussi enseigné à ses élèves à « d'abord, ne pas nuire ». En temps qu'obstétriciens (et sages-femmes), nous devons évaluer notre adhésion à cette doctrine...

Bibliographie

- [1] Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F; National Coordination Group of the National Perinatal Surveys. Trends in perinatal health in France from 1995 to 2010. Results from the French National Perinatal Surveys. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012;41:e1-e15.
- [2] Mathews TJ, MacDorman MF. Infant mortality statistics from the 2007 period linked birth/infant death data set. *Natl Vital Stat Rep* 2011;59:1-30.
- [3] Saunders MC, Dick JS, Brown IM, McPherson K, Chalmers I. The effects of hospital admission for bed rest on the duration of twin pregnancy: a randomised trial. *Lancet* 1985;2:793-5.
- [4] Yost NP, Bloom SL, McIntire DD, Leveno KJ. Hospitalization for women with arrested preterm labor: a randomized trial. *Obstet Gynecol* 2005;106:14-8.
- [5] Management of preterm labor. Practice Bulletin No. 127. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2012;119:1308-17.
- [6] Grobman WA, Gilbert SA, Iams JD, Spong CY, Saade G, Mercer BM, Tita AT, Rouse DJ, Sorokin Y, Leveno KJ, Tolosa JE, Thorp JM, Caritis SN, Van Dorsten JP; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), Maternal-Fetal Medicine Units (MFMU) Network. Activity restriction among women with a short cervix. *Obstet Gynecol* 2013;121:1181-6.
- [7] Grobman WA, Thom EA, Spong CY, Iams JD, Saade GR, Mercer BM *et al.* 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate to prevent prematurity in nulliparas with cervical length less than 30mm. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:390.e1-8.

- [8] Carlan SJ, O'Brien WF, Parsons MT, Lense JJ. Preterm premature rupture of membranes: a randomized study of home *versus* hospital management. *Obstet Gynecol* 1993;81:61-4.
- [9] Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Kimak C, Jacobs P, Mitchell BF. In-home nursing care for women with high-risk pregnancies: outcomes and cost. *Obstet Gynecol* 2001;97:982-7.
- [10] Wing DA, Paul RH, Millar LK. Management of the symptomatic placenta previa: a randomized, controlled trial of inpatient *versus* outpatient expectant management. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:806-11.
- [11] Mouer JR. Placenta previa: antepartum conservative management, inpatient *versus* outpatient. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1683-5.
- [12] Oppenheimer L; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and management of placenta previa. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29:261-73.
- [13] Allen C, Glasziou P, Del Mar C. Bed rest: a potentially harmful treatment needing more careful evaluation. *Lancet* 1999;354:1229-33.
- [14] Gülmezoglu AM, Hofmeyr GJ. Bed rest in hospital for suspected impaired fetal growth. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD000034.
- [15] Sosa C, Althabe F, Belizán J, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD003581.
- [16] Meher S, Abalos E, Carroli G. Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(4):CD003514.
- [17] Aleman A, Althabe F, Belizán J, Bergel E. Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(2):CD003576.
- [18] Meher S, Duley L. Rest during pregnancy for preventing pre-eclampsia and its complications in women with normal blood pressure. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD005939.
- [19] Crowther CA, Han S. Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;(7):CD000110.
- [20] Kovacevich GJ, Gaich SA, Lavin JP, Hopkins MP, Crane SS, Stewart J, Nelson D, Lavin LM. The prevalence of thromboembolic events among women with extended bed rest prescribed as part of the treatment for premature labor or preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1089-92.
- [21] Promislow JH, Hertz-Picciotto I, Schramm M, Watt-Morse M, Anderson JJ. Bed rest and other determinants of bone loss during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:1077-83.
- [22] Maloni JA, Chance B, Zhang C, Cohen AW, Betts D, Gange SJ. Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital bed rest. *Nurs Res* 1993;42:197-203.
- [23] Maloni JA, Kane JH, Suen LJ, Wang KK. Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest: a longitudinal study. *Nurs Res* 2002;51:92-9.
- [24] Schroeder CA. Women's experience of bed rest in high-risk pregnancy. *Image J Nurs Sch* 1996;28:253-8.
- [25] Gupton A, Heaman M, Ashcroft T. Bed rest from the perspective of the high-risk pregnant woman. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1997;26:423-30.
- [26] May KA. Impact of maternal activity restriction for preterm labor on the expectant father. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1994;23:246-51.
- [27] Maloni JA, Brezinski-Tomasi JE, Johnson LA. Antepartum bed rest: effect upon the family. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2001;30:165-73.
- [28] Goldenberg RL, Cliver SP, Bronstein J, Cutter GR, Andrews WW, Mennemeyer ST. Bed rest in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1994;84:131-6.