

POSE DE BALLONNET POUR LA MATURATION DU COL



Docteur Afif SADFI

CH L'Aigle

Réunion réseau de périnatalité Basse Normandie 31/01/2014

	Utilisation	quelle sonde?	Periodicité	indications	Equipe
Alençon	oui	folley	exceptionnel	ut cicat/ CLD	Dr Mousteau
Avranches	oui	Double ballonnet	souvent	ut cicat/ gemellaire	Dr Six Dr Mercier
Flers	non			sauf hémorragie cervicale	Dr André
Bayeux	non mais intéressé si intérêt prouvé				Dr Lefevre
Coutances	non mais intéressé				Dr Leguevaques
Argentan	non mais intéressé				Dr Nelle
Lisieux	non				
Honfleur	non				
Cherbourg	non				
Clinique du Parc	non				
CHU	non				
Falaise	non				
Saint lô	?				

Historique

→ Technique de maturation très ancienne [1,2,3,4,17]:

- Schnakenberg de Marbourg (Allemagne) en 1837, Devilliers en 1847, Antoine Mattei en 1855.
- En 1862, Robert Barnes propose un ballon constitué de trois sacs en caoutchouc de dimensions différentes, en forme de violon.
- Tarnier, en novembre 1862, présente son ballon-dilatateur à l'Académie de Médecine, ce dernier reste longtemps utilisé en France
- En 1868 et en 1883, Chassagny met au point les deux modèles de son double ballon
- Boissard et Champetier font réaliser en 1892, un nouveau ballon et selon la dilatation du col ils utilisent deux ballons de tailles différentes.
- Les années 1970 divers autres ballons dont celui de Dubecq.
- Les années 1980 : la sonde urinaire de Foley.
- Double ballonnet : Atad en 1991.

PRINCIPE



MODE D'ACTION

Triple [5,6]:

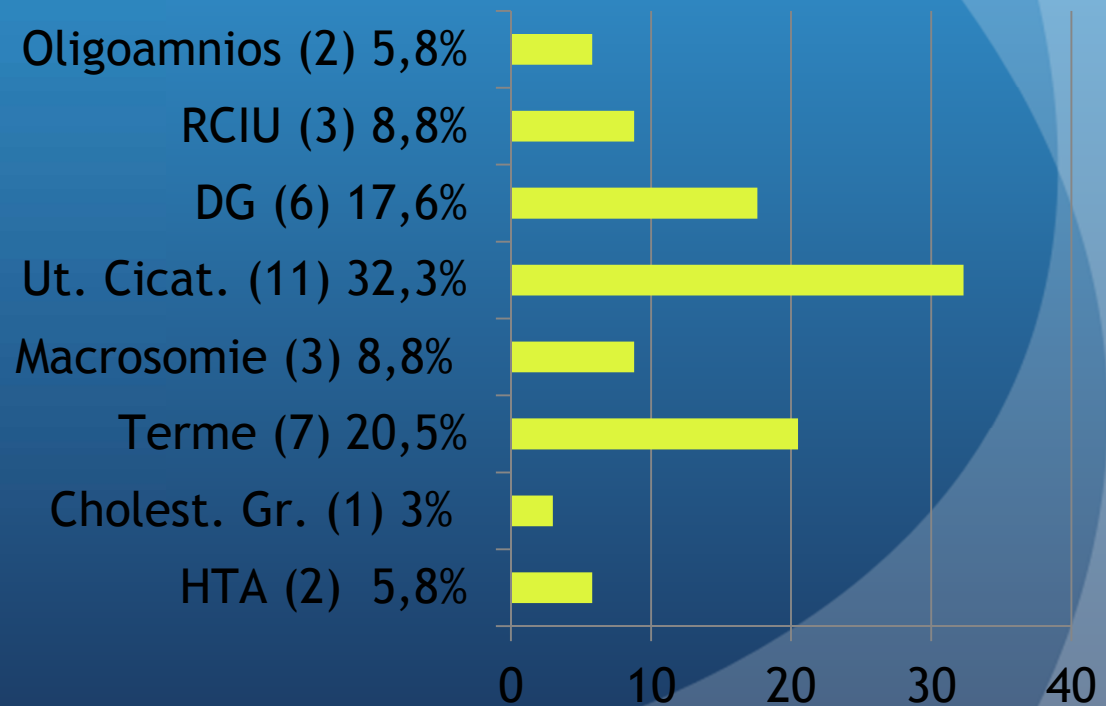
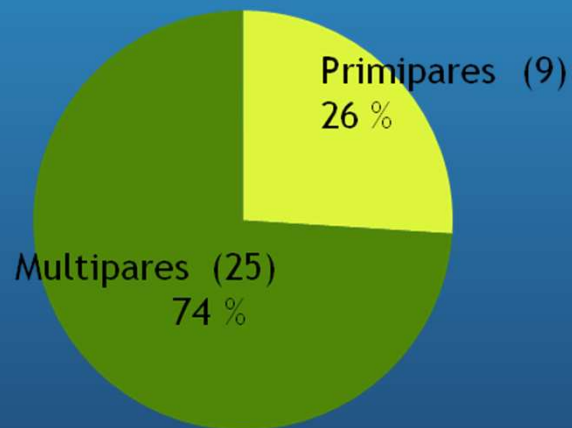
- Action mécanique : Distension soutenue de l'orifice interne du col et le décollement du pôle inférieur de l'œuf.
- Action réflexe neuro-hormonale (réflexe de Ferguson) induisant la sécrétion d'ocytocine naturelle entraînant des contractions utérines.
- Action inflammatoire locale induisant la libération de prostaglandines endogènes avec maturation du col et apparition de contractions utérines.

Matériels et Méthodes

- Etude prospective portant sur les résultats de maturation par ballonnet de cook® chez 34 patientes consentantes de mai à décembre 2013.
- Le ballonnet est posé pour une durée max 12h, gonflé au max à 80 cc, après la chute du ballon, la patiente est déclenchée au syntocynon.
- Critères d'exclusion : Placenta bas inséré, RPM, Suspicion de chorioamniotite, Présentation dystocique, ATCD de cicatrice corporeale, Prééclampsie sévère, Allergie au latex, non consentement de la patiente.
- 5 cas particuliers exclus : 2 cas de ballonnet après Propess et 3 cas de ballonnet avant Propess.

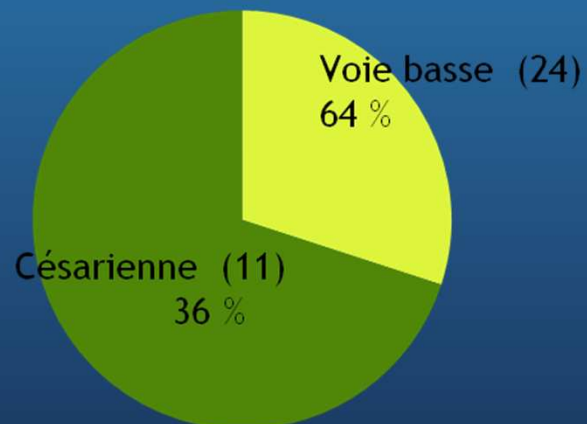
Résultats

- Age moyen : 29 an → de 22 à 39 ans.
- Terme moyen : 39 SA 3j → de 37 SA1j à 41 SA4j
- Parite : . Indications :



Résultats

- Temps moyen depuis la pose → la chute: de 1h à 11h30. Moy: 5.67h
- 2 Retraits immédiats de la sonde : choc vagal + douleurs (exclus)
- Bishop moyen avant : 3.97 Bishop moyen après : 6.23 soit + 2.26
- Temps moyen depuis la pose à l'accouchement : 39.7h.
- Voie d'accouchement : VB : 22 césarienne : 12



(5 pour anomalie RCF)

Discussion -conduite pratique

- 64 % de réussite de VB après sonde à ballonnet, Résultats comparables / d'autres séries / Prostaglandines [7,8,11].
- La maturation par ballonnet est un moyen ancien peu onéreux et relativement rapide avec néanmoins quelques effets secondaires : Douleurs, Sgt, gène.
- Les meilleures indications / Propess : Ut cicatriciel, gdes multipares [7,9].
- Double ballonnet ou simple ballonnet (Foley) pas de différence significative. La traction excessive est inconfortable et inutile [10].
- Sonde avant ou après prostaglandines (pas beaucoup de publications) plutôt Propess après sonde sur CLFP.

Conduite pratique

- Ne pas hésiter à poser le ballonnet quand le col est long fermé postérieur, 100% de réussite dans notre série.
- Combien de cc à gonfler dans la sonde : pas de relation entre le volume du ballonnet et son efficacité [13,14], gonfler selon l'état du col : de 40 à 80cc ballon interne, 20 à 40cc ballon externe.
- Dans la littérature le ballonnet est resté 12 à 18h et jusqu'à 24 h avant son retrait mais aucun bénéfice au-delà de 12 h [15,16].
- ATB préventive ? : études contradictoires sur le risque de chorioamniotite [7,12]. Pour nous Amoxicilline 1g/6h.
- Ne pas hésiter à tirer doucement sur la sonde pour vérifier la chute (la patiente peut le faire) (ballon coincé dans le vagin).

Bibliographie

1. Veyre JF, Laumosne J, Mavel A, Feldman JP, Pelikan P, Michiels Y. Le ballon de Boissard : antiquité ou moyen moderne de déclenchement. Rev Fr Gynecol Obstet 1974 ; 74 : 69 : 535-9.
2. Dubecq JP. Le rôle du ballon dans le déclenchement artificiel du travail. Bull Fed Soc Gyn et Obst 1966 ; 18 : 397-405.
3. Slavtchev N, Mintcheva M. Déclenchement du travail par "ballon-cathéter". Gynecol Obstet 1971 ; 70 : 609-613.
4. Atad J, Bornstein J, Calderon I, Petrikovsky BM, Sorokin Y, Abramovici H. Non pharmaceutical ripening of unfavorable cervix and induction of labor by a novel double balloon device. Obstet Gynecol 1991 ; 77 : 146-52.
5. Semchyshyn S. Induction of cervical compliance by balloon catheter in late pregnancy. Int J Gynaecol Obstet 1983 ; 21 : 319-325.
6. S. Y. Lim, Y. H. Kim, C. H. Kim, M. K. Cho, J. W. Kim, W. D. Kang, S. M. Kim, H. Y. Ch , K. Y. Ahn , K. H. Lee & T. B. Song Department of Obstetrics and Gynecology, Gachon University Gi Medical Center, College of Medicine, Namwon, Korea. The effect of a Foley catheter balloon on cervical ripening.
7. L. Rossarda, Arlicot , H. Blascoc, J. Potin ,C. Denisa,D. Merciera, F. Perrotin. Tours France Cervical ripening with balloon catheter for scared uterus: A three-year retrospective study Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2013) 42, 480-487.
8. Cromi A, Ghezzi F, Uccella S, et al. A randomized trial of preinduction cervical ripening: dinoprostone vaginal insert versus double-balloon catheter. Am J Obstet Gynecol 2012;207:125.e1-7.
9. M. Sarreaux, L. Leufflenb, E. Monceaub, D. Tariel c,P. Villemonteixd, O. Morelb, F. Pierrea Balloon catheter for cervical ripening on scarred uterus with unfavorable cervix: Multicenter retrospective study of 151 patients. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2014) 43, 46–55.
10. Pennell CE, Henderson JJ, O'Neill MJ, McClery S, McCleery S, Doherty DA, et al. Induction of labour in nulliparous women with an unfavourable cervix: a randomised controlled trial comparing double and single balloon catheters and PGE2 gel. BJOG 2009;116:1443–52.
11. Fox NS, Saltzman DH, Roman AS, Klausner CK, Moshier E, Rebarber A. Intravaginal misoprostol versus Foley catheter for labour induction: a meta-analysis. BJOG 2011; 118: 647–54.
12. Heinemann J, Gillen G, Sanchez-Ramos L, Kaunitz AM. Do mechanical methods of cervical ripening increase infectious morbidity? A systematic review. Am J Obstet Gynecol 2008; 199:177–87 [discussion 187–8].
13. Levy R, Kanengiser B, Furman B, Arie AB, Brown D, Hagay ZJ. A randomised trial comparing a 30mL vs. 80 foley catheter balloon of preinduction cervical ripening. Am J Obstet Gynecol 2004; 191:1632–6.
14. [23] Kashanian M, Nazemi M, Malakzadegan. Comparison of 30mL and 80mL foley catheter balloon and oxytocin fo preinduction cervical ripening. Int J Gynaecol Obstet 2009; 105:174–5.
15. Guinn DA, Davies JK, Jones RO, Sullivan L, Wolf D. Labor induction in women with an unfavorable Bishop score: randomized controlled trial of intrauterine Foley catheter with concurrent oxytocin infusion versus Foley catheter with extra-amniotic saline infusion with concurrent oxytocin infusion. Am J Obst Gynecol 2004;191:225–9.
16. Ghezzi F, Massimo F, Raio L, Naro ED, Balestreri D, Bolis P. Extraamniotic foley catheter and prostaglandin E2 gel for cervical ripening at term gestation. Eur J Obst Reprod Biol 2001;97:183–7.
17. Atad J, Bornstein J, Calderon I, Petrikovsky BM, Sorokin Y, Abramovici H. Non pharmaceutical ripening of the unfavorable cervix and induction of labor by a novel double balloon device. Obstet Gynecol 1991;77:146–52.