



Cette lettre regroupe la sélection (février à septembre 2016) des revues systématiques et méta-analyses Cochrane publiées dans le domaine de l'obstétrique. Elle comporte les titres, les objectifs et les conclusions des revues.

Cette lettre a été élaborée par Anne Rousseau et Patrick Rozenberg (Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines).

Si un de vos collègues souhaite s'abonner à cette lettre d'information, il peut inscrire sur le site internet de :

[Cochrane France](#)

Contact :

A. Rousseau – Département Maïeutique - UFR des Sciences de la Santé- UVSQ - anne.rousseau@uvsq.fr

Résumés traduits :

- [Perfusion sous-cutanée continue d'insuline versus multiples injections quotidiennes d'insuline parmi les femmes enceintes diabétiques](#)
- [Traitement par anti-inflamatoire non stéroïdien \(dose unique\) pour la douleur périnéale dans la période du post-partum immédiat](#)
- [Supplémentation en oxygène en cas de césarienne sous anesthésie locorégionale](#)

Autres résumés :

- [Cup feeding versus other forms of supplemental enteral feeding for newborn infants unable to fully breastfeed](#)
- [Different intensities of glycaemic control for women with gestational diabetes mellitus](#)
- [Different intensities of glycaemic control for pregnant women with pre-existing diabetes](#)
- [Amnioinfusion for chorioamnionitis](#)
- [Dopamine agonists for preventing future miscarriage in women with idiopathic hyperprolactinemia and recurrent miscarriage history](#)
- [Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants](#)
- [Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding](#)
- [Immediate versus deferred delivery of the preterm baby with suspected fetal compromise for improving outcomes](#)
- [Hypnosis for pain management during labour and childbirth](#)
- [Melatonin for women in pregnancy for neuroprotection of the fetus](#)
- [Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women](#)
- [Oxytocin for preventing postpartum haemorrhage \(PPH\) in non-facility birth settings](#)
- [Pharmacological interventions for generalised itching \(not caused by systemic disease or skin lesions\) in pregnancy](#)
- [Regimens of fetal surveillance of suspected large-for-gestational-age fetuses for improving health outcomes](#)

- [Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding](#)
- [Routes of administration of antibiotic prophylaxis for preventing infection after caesarean section](#)
- [Sealing procedures for preterm prelabour rupture of membranes](#)
- [Supplementation with multiple micronutrients for breastfeeding women for improving outcomes for the mother and baby](#)
- [Vitamin supplementation for preventing miscarriage](#)

Perfusion sous-cutanée continue d'insuline versus multiples injections quotidiennes d'insuline parmi les femmes enceintes diabétiques

Contexte

Le diabète induit une augmentation de la glycémie au-delà des seuils physiologiques. En l'absence de traitement, cela peut causer des lésions à de nombreux systèmes, notamment cardiovasculaire et rénal. La grossesse augmente la résistance à l'insuline ; cela se traduit par une augmentation des besoins en insuline des femmes ayant un diabète préexistant à la grossesse. Il existe plusieurs méthodes d'administration de l'insuline. Classiquement, l'insuline est administrée par des injections sous-cutanée quotidiennes multiples (IQM), formellement appelé traitement conventionnel intensif. Une méthode alternative d'administration de l'insuline est la perfusion sous-cutanée continue d'insuline par une pompe (PCP).

Objectifs

Comparer la PCP aux IQM d'insuline parmi les femmes enceintes présentant un diabète préexistant ou gestationnel.

Stratégie de recherche

Les auteurs ont consulté le Registre des Essais du Groupe Cochrane Grossesse et Naissance (31 Mars 2016) et les listes de références des études récupérées.

Critères de sélection

Essais randomisés comparant la PCP aux IQM d'insuline parmi les femmes enceintes présentant un diabète.

Recueil des données et analyse

Trois auteurs ont évalué indépendamment les études et deux auteurs ont extrait les données. Les désaccords ont été résolus par discussion avec le troisième auteur. Les auteurs ont évalué le niveau de preuves en utilisant l'approche GRADE.

Résultats principaux

Les auteurs ont inclus 5 essais d'un seul centre (en Italie) avec 153 femmes et 154 grossesses dans cette revue.

Il n'y avait pas de différences claires parmi les issues principales rapportées entre PCP et IQM dans ces essais:

- césarienne : rapport de risque (RR) 1.09, intervalle de confiance (IC) à 95%, [0.66 ; 1.77]; 3 essais, 71 femmes, niveau de preuves classé comme très faible;

- gros pour l'âge gestationnel : RR 4.15, IC 95% [0.49 ; 34.95], 3 essais, 73 enfants, niveau de preuves classé comme très faible ;
- et mortalité périnatale : RR 2.33, IC 95% [0.38 ; 14.32]; 4 essais, 83 enfants, niveau de preuves classé comme très faible.

Les autres issues principales n'étaient pas rapportées dans ces essais (complications hypertensives de la grossesse, développement d'un diabète de type 2, issues néonatales graves, et handicap neurosensoriel).

Il n'y avait pas de preuve claire de différences parmi les issues maternelles secondaires : gain de poids pendant la grossesse, glycémie moyenne sur 24 heures à chaque trimestre, HbA1c moyenne à chaque trimestre, hypoglycémie et hyperglycémie. Beaucoup d'issues secondaires maternelles n'étaient pas rapportées : traumatisme périnéal, retour au poids d'avant la grossesse, dépression post-natale, déclenchement artificiel du travail.

Dans deux essais, incluant un total de 61 enfants, la PCP a été associée à une augmentation du poids de naissance moyen par rapport aux IQM (différence moyenne (DM) 220.56 g, IC 95% [-2.09 g ; 443.20 g] ; P = 0.05). Cependant, ce large intervalle de confiance (allant d'une petite réduction à une augmentation du poids de naissance moyen) et l'absence de différence sur le taux de macrosomie (RR 3.20, IC 95% [0.14 ; 72.62] ; 2 essais, 61 enfants) suggère l'incertitude. Le petit poids pour l'âge gestationnel suggère également l'incertitude de l'effet. Aucune différence significative n'a été trouvée sur : l'âge gestationnel à l'accouchement, l'accouchement prématuré < 37 semaines d'aménorrhée, < 32 semaines d'aménorrhée, l'hypoglycémie néonatale (niveau de preuves classé comme très faible), le syndrome de détresse respiratoire, l'hyperbilirubinémie néonatale et les malformations fœtales. Il n'y avait pas de données rapportées sur de nombreuses issues néonatales importantes : adiposité et diabète. Il n'y avait pas de suivi des enfants dans l'enfance ou à l'âge adulte, de sorte que les issues à long terme n'étaient pas rapportées.

La seule issue rapportée sur l'utilisation des ressources des services de santé a été le nombre de journées d'hospitalisation maternelle, qui n'a pas montré de différence entre les groupes parmi le petit nombre de femmes incluses (DM 9.40, IC 95% [-6.04 ; 24.84], 1 essai, 10 femmes).

Les méthodes utilisées dans ces essais ont été mal rapportées, si bien que le risque de biais est élevé ou impossible à préciser et la validité externe très faible. De nombreuses issues importantes n'ont pas été rapportées, et parmi celles rapportées, le niveau de preuves est très faible (césarienne, macrosomie, mortalité périnatale, et hypoglycémie néonatale). Cela était dû aux limites dans la conception des essais inclus, la petite taille de leurs échantillons, aux larges intervalles de confiance passant 1 avec souvent peu d'événements. Il est donc incertain si la PCP ou les IQM d'insuline améliorent les issues des femmes enceintes diabétiques et de leurs enfants, et les résultats d'études supplémentaires pourraient modifier sensiblement ceux présentés dans cette revue.

Conclusions des auteurs

Il n'y a aucune preuve pour justifier l'utilisation d'une forme particulière d'administration de l'insuline par rapport une autre parmi les femmes enceintes diabétiques. Il y a seulement un petit nombre d'essais appropriés pour méta-analyse, un petit nombre de femmes incluses et une généralisabilité douteuse de la population d'étude.

La technologie de la pompe a progressé depuis ces essais ont été entrepris. Des essais randomisés bien conçus sont nécessaires pour évaluer des comparaisons telles que la pompe patch versus les IQM ou la PCP plus conventionnelle versus les IQM. Ces essais devraient avoir une puissance adéquate pour évaluer l'effet des interventions et rapporter l'ensemble des issues utilisés dans les revues Cochrane du diabète pendant la grossesse. Des essais évaluant les effets des pompes sur le poids de naissance et la macrosomie sont nécessaires. Il serait bénéfique pour les essais futurs d'entreprendre un suivi à long

terme des participantes et de leurs enfants, d'évaluer les préférences des femmes, et de conduire une évaluation économique.

Références

Farrar D, Tuffnell D, West J, West HM. Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injections of insulin for pregnant women with diabetes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 6. Art. No.: CD005542. DOI: 10.1002/14651858.CD005542.pub3

[Accès au résumé complet](#)

Traitement par anti-inflamatoire non stéroïdien (dose unique) pour la douleur périnéale dans la période du post-partum immédiat

Contexte

Beaucoup de femmes éprouvent une douleur périnéale après l'accouchement, surtout après un traumatisme périnéal. La gestion de la douleur périnéale représente donc une part importante des soins en suites de couches. Les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) sont couramment utilisés dans le traitement de la douleur du post-partum, leur efficacité et leur innocuité devraient être évaluées.

Objectifs :

Déterminer l'efficacité d'une dose unique d'AINS par voie orale pour le soulagement de la douleur périnéale aiguë dans la période du post-partum immédiat.

Stratégie de recherche

Les auteurs ont effectué une recherche dans le registre des essais cliniques du Registre des Essais du Groupe Cochrane Grossesse et Naissance (31 Mars 2016). Ils ont également examiné les références bibliographiques d'articles et contacté des experts dans le domaine.

Critères de sélection

Les Essais randomisés contrôlés (ERC) évaluant une dose unique d'AINS versus une dose unique de placebo, de paracétamol ou un autre AINS parmi les femmes ayant une douleur périnéale dans la période du post-partum immédiat. Les Quasi-ERC et les essais croisés ont été exclus.

Recueil des données et analyse

Deux auteurs de la revue ont indépendamment évalué l'éligibilité des essais et le risque de biais. Les divergences ont été résolues par discussion et consensus. L'extraction des données, y compris les calculs de scores de soulagement de la douleur, a également été réalisée indépendamment par les deux auteurs de la revue.

Résultats principaux

Les auteurs ont inclus 28 études qui ont examiné 13 différents AINS et inclus 4181 femmes (dont aucune n'allaitait). Les études ont été publiées entre 1967 et 2013, dont la majorité publiée dans les années 1980. Parmi les 4181 femmes incluses dans ces études, 2642 ont reçu un AINS et 1539 ont reçu un placebo ou du paracétamol. Le risque de biais était généralement modéré du fait d'un reporting insuffisant, mais dans la plupart des études, les participantes et le personnel étaient en aveugle, les critères de jugement étaient complets et les critères de jugement spécifiés dans la section Méthodes étaient rapportés.

Aucune des études incluses n'a rapporté comme critère de jugement secondaire : une hospitalisation prolongée ou ré-hospitalisation en raison de la douleur périnéale, l'allaitement à la sortie (exclusif ou

mixte), l'allaitement à six semaines, la douleur périnéale à six semaines, l'avis maternel, la dépression postnatale, la mesure du handicap due à la douleur périnéale.

AINS versus placebo

En comparaison des femmes ayant reçu un placebo, les femmes qui ont reçu un AINS à dose unique étaient davantage soulagée à quatre heures (RR 1,91, IC à 95% [1,64 ; 2,23], 10 études, 1573 participantes, niveau de preuves faible) et à six heures (RR 1,92, IC à 95% [1,69 ; 2,17], 17 études, 2079 participantes, niveau de preuves très faible). Les femmes qui ont reçu un AINS étaient également moins susceptibles d'avoir besoin d'une analgésie supplémentaire quatre heures après l'administration (RR 0,39, IC à 95% [0,26 ; 0,58], 4 études, 486 participantes, niveau de preuves faible) et six heures après l'administration initiale (RR 0,32, 95 % CI [0,26 ; 0,40], 10 études, 1012 participantes, niveau de preuves faible). Quatorze patientes ont signalé des effets secondaires dans le groupe AINS (somnolence (5), douleurs abdominales (2), faiblesse (1), étourdissements (2), maux de tête (2), épigastralgie modérée (1), non spécifié (1)) et 8 dans le groupe placebo (somnolence (2), étourdissement (1), nausées (1), mal de dos (1), vertiges (1), épigastralgie (1), non spécifiés (1)), bien que toutes les études n'aient pas évalué les effets indésirables. Il n'y avait pas de différence sur les effets indésirables maternels de manière globale entre AINS et placebo six heures après l'administration (RR 1,38, IC à 95% [0,71 ; 2,70], 13 études, 1388 participantes, niveau de preuves très faible). Une petite étude (avec deux bras de traitement) a évalué les effets indésirables maternels quatre heures après l'administration, mais il n'y avait pas d'effets indésirables maternels observés (une étude, 90 participantes, niveau de preuves faible). Les effets indésirables néonataux n'ont été évalués dans aucune des études incluses.

AINS versus paracétamol

Comparé au paracétamol, l'AINS étaient également plus efficace quatre heures après l'administration (RR 1,54, IC 95% [1,07 ; 2,22], 3 études, 342 participantes), mais pas six heures après l'administration. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant la nécessité d'une autre analgésie 4 heures après l'administration (RR 0,55, 95% CI [0,27 ; 1,13], 1 étude, 73 participantes). Les femmes recevant l'AINS étaient moins susceptibles d'avoir besoin d'une analgésie supplémentaire à six heures (RR 0,28, IC à 95% [0,12 ; 0,67], 1 étude, 59 participantes). Six heures après l'administration, il n'y avait pas de différence entre les groupes concernant le nombre d'effets indésirables maternels (RR 0,74, IC à 95% [0,27 ; 2,08], 3 études, 300 participants), avec un cas de prurit dans le groupe AINS et un cas de la somnolence dans le groupe paracétamol. Les effets indésirables néonataux n'ont été évalués dans aucune des études incluses.

La comparaison de différents AINS et de doses différentes du même AINS n'ont montré aucune différence d'efficacité sur les critères de jugement. Cependant, peu de données étaient disponibles sur certains AINS.

Conclusion

Parmi les femmes n'allaitant pas et ayant subi un traumatisme périnéal, les AINS (par rapport au placebo) soulageaient davantage la douleur aiguë périnéale du post-partum et moins de femmes ont eu besoin d'une analgésie supplémentaire lors d'un traitement par AINS. Cependant, le risque de biais était peu clair pour beaucoup d'études incluses, les effets indésirables n'ont souvent pas été évalués et les femmes allaitant n'étaient pas incluses dans les études. Le niveau de preuve (GRADE) était globalement faible, les principales raisons ayant été l'inclusion d'études présentant un risque élevé de biais et l'incohérence des résultats des études individuelles.

L'AINS semble également être plus efficace dans le soulagement de la douleur périnéale que le paracétamol, mais peu d'études ont été incluses dans cette analyse.

Les études futures devraient examiner les effets indésirables de l'AINS y compris les effets indésirables néonataux et la compatibilité des AINS avec l'allaitement. De plus, les études comprenaient principalement des femmes qui ont eu une épisiotomie. Les recherches futures devraient considérer les femmes avec et

sans traumatisme périnéal, y compris des déchirures périnéales. Des études de haute qualité devraient être menées pour mieux évaluer l'efficacité des AINS par rapport au paracétamol et l'efficacité des traitements multimodaux.

References

Wuytack F, Smith V, Cleary BJ. Oral non-steroidal anti-inflammatory drugs (single dose) for perineal pain in the early postpartum period. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 7. Art. No.: CD011352. DOI: 10.1002/14651858.CD011352.pub2

[Accès au résumé complet](#)

Supplémentation en oxygène en cas de césarienne sous anesthésie locorégionale

Contexte

L'oxygène est couramment administré aux femmes enceintes à bas risque au cours d'une césarienne sous anesthésie locorégionale ; cependant, les bénéfices maternels et fœtaux n'ont pas été clairement établis. Ceci est une mise à jour d'une revue d'abord publiée en 2013.

Objectifs

L'objectif principal était de déterminer si la supplémentation en oxygène des femmes enceintes à terme, à bas risque subissant une césarienne sous anesthésie locorégionale pouvait prévenir la désaturation maternelle et néonatale. L'objectif secondaire était de comparer les valeurs moyennes des niveaux de gaz du sang maternel et néonatal entre les mères qui ont reçu de l'oxygène et celles qui ne l'ont pas reçu (groupe témoin).

Stratégie de recherche

Les auteurs ont effectué des recherches dans les bases de données Cochrane des essais contrôlés (CENTRAL; 2014, numéro 11), MEDLINE (1948 à Novembre 2014) et EMBASE (1980 à Novembre 2014). La recherche initiale a été effectuée la première fois en Février 2012. Les auteurs ont ensuite relancé la recherche sur CENTRAL, MEDLINE, EMBASE en Février 2016.

Critères de sélection

Les auteurs ont sélectionné les essais randomisés contrôlés (ERC) incluant des femmes enceintes à bas risque ayant subi une césarienne sous anesthésie locorégionale et ont comparé les résultats avec et sans supplémentation en oxygène.

Recueil de données et analyse

Deux auteurs de la revue ont extrait indépendamment les données, évalué la qualité méthodologique, effectué des sous-groupes et réalisé une analyse de sensibilité.

Résultats principaux

Une nouvelle étude a été incluse dans cette version mise à jour. Au total, cette revue inclut 11 essais (avec 753 participantes). Aucune différence significative sur les scores moyens Apgar à 1 minute (6 essais, 519 participants, IC à 95% [-0,16 ; 0,31], P = 0,53) et 5 minutes (6 essais, 519 participants ; IC à 95% [-0,06 ; 0,06], P = 0,98) n'a été retrouvée mais avec un faible niveau de preuve. Aucun des 11 essais n'a rapporté de désaturation maternelle. En comparaison de l'air ambiant, les femmes en travail recevant une supplémentation en oxygène avaient une meilleure saturation maternelle en oxygène (3 essais, 209 participantes), PaO₂ maternelle (pression d'oxygène maternel dans le sang ; 6 essais, 241 participantes),

UaPO2 (sang artériel ombilical du fœtus ; 8 essais, 504 participants ; 95% CI [01.08 ; 04.09], P <0,0001) et UvPO2 (sang veineux ombilical du fœtus ; 10 essais, 683 participants) mais avec un très faible niveau de preuve. Il y avait une forte hétérogénéité entre ces résultats. L'analyse en sous-groupe n'a montré aucune différence significative sur la UaPO2 entre les deux groupes dans les études à faible risque, alors que les études à haut risque ont montré un avantage dans le groupe oxygène néonatal.

Conclusion des auteurs

Globalement, il n'existe aucune preuve convaincante montrant que donner de l'oxygène aux femmes enceintes à terme en bonne santé pendant la césarienne sous anesthésie locorégionale soit bénéfique ou délétère pour la mère ou le devenir à court terme du fœtus, évalué sur les scores d'Appgar. Bien qu'il y ait des taux maternels et néonataux de gaz du sang et de marqueurs de radicaux libres significativement meilleurs lorsque de l'oxygène était donné, les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison du faible niveau de preuve.

Références

Chatmongkolchart S, Prathep S. Supplemental oxygen for caesarean section during regional anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD006161. DOI: 10.1002/14651858.CD006161.pub3

[Accès au résumé complet](#)

Cochrane France est le centre national de la collaboration Cochrane, organisation internationale, indépendante (ne recevant en particulier aucun financement de l'industrie pharmaceutique), à but non lucratif, dont l'objectif est de synthétiser les connaissances dans le domaine de la santé. Une de ces activités principales est la production de revues systématiques évaluant l'efficacité des interventions diagnostiques, thérapeutiques, préventives et organisationnelles dans le domaine de la santé. Ces revues sont accessibles dans la banque de données Cochrane.

Cochrane France est organisé sous la forme d'un Groupement d'intérêt scientifique (GIS) qui associe la Haute Autorité en Santé, l'INSERM et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Il est financé par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Cochrane France a mis en place un programme destiné à la traduction de l'ensemble des résumés des revues Cochrane. Ces traductions ont été rendues possibles grâce, outre à la contribution financière du **ministère français des affaires sociales et de la santé**, et à celle des organismes canadiens suivants (**Instituts de recherche en santé du Canada, ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, Fonds de recherche du Québec-Santé et Institut national d'excellence en santé et en services sociaux**).