

Guideline:

dépasse-
ment de
terme

Recommandations pour la pratique clinique (guideline): Surveillance et prise en charge en cas de dépassement de terme

Commission Qualité de la SSGO

Präambule

Präambule

La Fédération des médecins suisses (FMH) estime que les guides de pratique médicale sont utiles pour les médecins, aussi bien dans le cadre de l'activité en cabinet médical qu'en milieu hospitalier, pour autant qu'ils remplissent certains critères énumérés ci-dessous. Ces guides aident le médecin à prendre la bonne décision lorsqu'il se trouve face à des questions complexes de diagnostic, de traitement et de technique médicale et à des exigences concernant aussi bien les structures que le déroulement des actes et procédés médicaux. De ce fait, les guides de pratique médicale s'adressent principalement aux médecins et ensuite seulement au public et aux assureurs.

La complexité de la médecine moderne et ses progrès constants et rapides, qu'il s'agit de prendre en compte lors de l'élaboration et de la mise à jour des guides de pratique, écartent à notre avis tout risque de schématisation de la médecine, d'autant plus que ces guides de pratique ne couvrent pas tous les domaines, mais uniquement ceux où se posent de véritables problèmes. Quant au risque de médecine défensive, qui ne serait d'aucune utilité au patient, il s'en trouve également réduit.

Les guides de pratique sont valables pour les cas normaux. Ils ne sauraient s'appliquer à toutes les situations. Il appartient donc au médecin de décider si une instruction particulière est applicable en cas d'espèce, compte tenu de la situation individuelle du patient (polymorbidité éventuelle) et de la complexité du mal dont il est atteint. Les dérogations à un guide de pratique au cours d'un acte médical doivent être motivées. Il convient de relever qu'entre la publication de résultats d'étude probants et l'établissement d'un guide de pratique s'y rapportant, il peut se produire une inévitable perte de temps (jusqu'à trois ans), ce qui donne toute son importance à l'actualisation rapide et permanente des guides de pratique. En présence de nouveaux résultats de

recherche, ces derniers doivent nécessairement et sans retard être abrogés totalement ou en partie. Dans ce domaine, la compétence appartient aux commissions des sociétés de discipline et pour les guides de pratique supradisciplinaires coordonnés par la FMH, à cette dernière.

Bien élaboré et bien utilisé, un guide de pratique médicale est un instrument utile et non contraignant à l'égard de la liberté thérapeutique du médecin, tant sur le plan médical, qu'économique ou juridique (voir à ce propos le commentaire juridique).

Experts: Prof. Dr. med. P. Hohlfeld, Prof. Dr. med. G. Drack, Dr. med. P. Primavesi, Prof. Dr. med. H. Schneider, Fr. Dr. med. E. Vogel.

1. Introduction

1.1. Importance du sujet

Selon l'OMS et la FIGO, on parle de dépassement de terme pour des grossesses de 42 semaines révolues (dépassant 294 jours depuis la date des dernières règles). Il apparaît qu'une augmentation de la morbidité néonatale s'observe déjà dès la fin de la 41^e semaine, c'est-à-dire au-delà de 287 jours après la date des dernières règles (1).

L'incidence des grossesses dépassant 41 semaines peut atteindre 27% (2). L'incidence des grossesses dépassant 42 semaines varie de 4 à 14% et celles dépassant 43 semaines de 2 à 7% (1). Actuellement, il semble y avoir une diminution de l'incidence des dépassements de terme, sans doute en raison de l'utilisation de l'échographie pour obtenir une datation précise.

L'incidence du dépassement de terme peut varier en fonction de plusieurs facteurs : la définition du dépassement de terme (41 ou 42 semaines de grossesse), la population étudiée, l'utilisation de l'échographie de routine pour déterminer l'âge gestationnel, la fréquence des accouchements préma-

1. Introduction

turés, des déclenchements artificiels de l'accouchement et des césariennes programmées.

Un antécédent de dépassement de terme constitue un facteur de risque, puisque la probabilité de récurrence est de 30 à 40% (3). De plus, les malformations fœtales sont également associées à une augmentation de l'incidence du dépassement de terme; elles sont par ailleurs responsables de 25% de la mortalité périnatale observée lors de dépassement de terme.

Lors de dépassement de terme, la mortalité périnatale augmente (4, 5) (ante-partum, intra-partum et post-partum) en raison d'anomalies fœtales, d'infections intra-utérines et d'asphyxie avec ou sans liquide amniotique méconial. Le risque de morbidité néonatale est également augmenté (macrosomie, dystocie des épaules, aspiration de liquide méconial, admission en unité de soins intensifs, intubation, syndrome de détresse respiratoire, persistance du canal artériel, pneumonie et souffrance cérébrale) (6-15).

Le dépassement de terme entraîne également un taux plus élevé de déclenchement de l'accouchement, de souffrance fœtale durant l'accouchement, de liquide amniotique méconial et d'accouchements instrumentaux par rapport aux grossesses à terme (16).

D'autres facteurs de risque peuvent s'ajouter au dépassement de terme: hypertension ou prééclampsie, diabète, décollement du placenta et retard de croissance intra-utérin.

1.2. But des recommandations pour la pratique clinique

Ces recommandations concernant le dépassement de terme au-delà de 41 semaines de grossesse sont basées sur l'évidence scientifique publiée et visent à :

- assurer une surveillance et une prise en charge adéquate en cas de véritable dépassement de terme,

- éviter des interventions diagnostiques et thérapeutiques inutiles chez les patientes n'ayant pas réellement un dépassement de terme,
- impliquer la mère et son partenaire dans les décisions concernant l'accouchement.

1.3. Méthode

Ces recommandations pour la pratique clinique ont été établies d'après les directives de la commission Assurance de qualité de la SSGO.

■ La commission Assurance de qualité de la SSGO a créé un groupe de travail composé médecins travaillant dans des cliniques universitaires, des hôpitaux régionaux ou en pratique privée. Sa mission était de rédiger des recommandations pour la pratique clinique en cas de dépassement de terme.

■ Les 5 membres du groupe de travail se sont rencontrés à plusieurs reprises durant deux ans afin d'établir un consensus.

■ Les guidelines existants et les études publiées ont été analysés par rapport à une recherche de littérature effectuée sur Med-line pour la période 1966-1998.

■ Ces recommandations pour la pratique clinique correspondent aux implications pour la pratique de la Librairie Cochrane (17), aux recommandations américaines (18) et canadiennes (19).

■ Une révision des recommandations est prévue deux ans après leur diffusion.

Degré d'évidence (Canadian Task Force on the Periodic Health Examination (20):

■ **Degré I:** L'évidence repose sur des études contrôlées et randomisées d'ampleur suffisante pour que le risque de résultats faussement négatifs ou faussement positifs soit minime.

2. Recommandations

■ **Degré II:** L'évidence repose sur des études contrôlées et randomisées dont la taille ne correspond pas au degré I. Ces études peuvent montrer des tendances statistiquement non significatives ou l'absence de tendance. Elles présentent un haut risque de résultats faussement négatifs

■ **Degré III:** L'évidence repose sur des études non contrôlées, non randomisées (études cas contrôle, études de cohortes, séries de cas).

■ **Degré IV:** L'évidence repose sur l'avis d'experts ou de groupes d'experts reconnus publiés dans le cadre de conférences de consensus ou de guidelines.

■ **Degré V:** L'évidence repose sur l'avis des personnes responsables de la rédaction ou de l'actualisation des Guidelines. Elle se base sur leur expérience, sur leur connaissance de la littérature relevant du sujet et sur des discussions entre spécialistes.

1.4. Définition et cible

Patientes dont la grossesse dure plus de 41 semaines révolues (terme de la grossesse confirmé par un examen échographique précoce).

2. Recommandations

2.1. Détermination de l'âge gestationnel.

■ La prise en charge du dépassement de terme est difficile s'il existe une incertitude quant à l'âge gestationnel.

■ En Suisse, une échographie à la fin du premier trimestre est recommandée. Si elle est bien documentée, cela devrait permettre dans l'immense majorité des cas d'éviter toute incertitude quant à l'âge gestationnel.

2.2. Prise en charge entre 39 semaines et 40 semaines et 6 jours.

■ Pour les grossesses ne présentant pas de complication, il n'y a aucune raison de recommander un déclenchement programmé de l'accouchement durant cette période.

■ En l'absence de complication, il n'est pas non plus nécessaire de démarrer une surveillance fœtale durant cette période.

■ En présence de facteurs de risques tels qu'hypertension, protéinurie, retard de croissance intra-utérin, diabète, macrosomie, hydramnios, oligoamnios, grossesses multiples ou d'autres complications, une surveillance fœtale serrée ou un accouchement programmé devraient être envisagés.

2.3. Prise en charge de 41 à 42 semaines de grossesse.

■ Les patientes devraient être informées des bénéfices et des risques associés aux deux attitudes possibles: **déclenchement ou attitude expectative. Leurs préférences devraient être respectées.**

■ Un accouchement programmé devrait être proposé aux patientes atteignant 41 à 42 semaines d'une grossesse sans complication.

■ Si le col n'est pas favorable, il devrait subir une maturation à l'aide d'une des méthodes disponibles et acceptées. Tant que la mère et l'enfant ne présentent pas de problème, il n'y a pas de raison pour que cette procédure soit entamée rapidement.

■ Si le col est favorable et que la présentation est engagée, le travail peut aisément être déclenché par rupture artificielle des membranes avec ou sans perfusion d'ocytocine ou utilisation de prostaglandines. La décision va dépendre des préférences du médecin et de la patiente et des coûts relatifs des diverses méthodes.

3. Base des recommandations

2.4. Attitude expectative.

■ Les décisions concernant l'accouchement doivent être prises en accord avec la mère et son partenaire. Certaines patientes ne choisiront pas le déclenchement programmé de l'accouchement, malgré la légère diminution des risques (mortalité et morbidité néonatales, accouchement par césarienne). Dans ce cas, une surveillance fœtale régulière doit être organisée.

■ Cette surveillance bihebdomadaire doit comprendre au minimum un CTG et une estimation de la quantité de liquide amniotique. La mesure de la plus grande citerne de liquide semble une méthode préférable à la mesure de l'index de liquide amniotique (17, 21). En cas d'oligoamnios (plus grande citerne de liquide amniotique < 3 cm), l'accouchement doit être envisagé. D'autres formes de surveillance fœtale peuvent être ajoutées (profil biophysique de Manning, compte des mouvements fœtaux).

2.5. Résumé des recommandations.

■ **Lors de grossesses non compliquées**, il n'y a aucune évidence permettant de justifier un déclenchement de l'accouchement avant 41 semaines révolues. Dans ces circonstances, une surveillance fœtale ne semble pas non plus nécessaire.

■ **Après 41 semaines révolues** (lors de datation précise de la grossesse), un déclenchement programmé de l'accouchement devrait être offert aux patientes. Tant que la mère et l'enfant sont en bonne santé, il n'y a aucune raison de démarrer la maturation avant 41 semaines révolues ni aucune raison de précipiter les choses après 41 semaines.

■ **Après 41 semaines révolues**, si la patiente ne désire pas le déclenchement de l'accouchement, une surveillance fœtale serrée est indispensable.

3. Base des recommandations

3.1. Détermination de l'âge gestationnel

Une datation précise de la grossesse est essentielle. Cela devrait permettre d'éviter des interventions inutiles chez les patientes n'ayant pas réellement un dépassement de terme tout en s'assurant que les vrais dépassements de terme sont pris en charge de manière adéquate.

Un examen échographique effectué à la fin du premier trimestre est la meilleure méthode pour confirmer ou établir l'âge gestationnel chez une patiente (22). Cela est essentiel lorsque les dernières règles sont incertaines, les cycles irréguliers ou que la grossesse est survenue juste après l'arrêt d'une contraception hormonale.

Des études comparant l'échographie de routine à l'échographie sur indication ont montré que l'échographie de routine permettait de diminuer le taux de déclenchement artificiel de l'accouchement pour dépassement de terme (17, 23, 24).

3.2. Conséquences du dépassement de terme.

Liquide amniotique: son volume est maximal à 24 semaines, et reste pratiquement constant jusqu'à 37 semaines. La quantité de liquide va ensuite décroître progressivement et au-delà du terme, cette diminution atteint un rythme de 33% par semaine. Cette réduction de volume entraîne une diminution des mouvements fœtaux et une augmentation des risques de compression funiculaire (décélérations variables)

Placenta: la sénescence placentaire observée en échographie n'est pas le signe d'une altération de la fonction placentaire. Associée à un oligoamnios,

3. Base des recommandations

Guideline:

dépassement de terme

elle peut être considérée comme un témoin du dépassement de terme.

Poids de naissance: l'incidence des macrosomies est 3 à 7 fois plus importante (environ 40% des enfants nés après 42 semaines dépassent 4000 g) et augmente le risque de dystocie des épaules.

Syndrome de postmaturité: ce terme s'applique aux enfants présentant un aspect clinique évoquant une malnutrition intra-utérine. Il est mis en évidence chez 20 à 40% des enfants après 42 semaines.

Mortalité périnatale: le risque associé au dépassement de terme concerne principalement les décès en cours de travail et durant la période néonatale. C'est donc le début du travail qui détermine la période à plus haut risque. En présence d'un retard de croissance intra-utérin ou d'une pathologie maternelle associée, elle est cependant 4 à 7 fois supérieure.

Morbidité périnatale: elle est principalement liée aux conséquences de l'insuffisance placentaire et de la macrosomie (souffrance fœtale aiguë, aspiration de méconium, traumatismes obstétricaux, hypoglycémie, polycythémie, hypothermie). Le dépassement de terme entraîne également un taux plus élevé de souffrance fœtale durant l'accouchement, de liquide amniotique méconial et d'accouchements instrumentaux par rapport aux grossesses à terme.

3.3. Surveillance fœtale.

Il existe de nombreuses formes de surveillance fœtale lors de dépassement de terme. Une surveillance complexe comprenant CTG, mesure de l'index de liquide amniotique, recherche de mouvements respiratoires, détermination du tonus et des mouvements fœtaux (profil biophysique) ne semble pas présenter d'avantages par rapport à une surveillance par CTG et mesure de la plus grande citerne de li-

quide amniotique seulement (17, 25).

Il persiste de nombreuses incertitudes quant à la capacité de ces tests de détecter une souffrance fœtale et quant à l'efficacité des traitements proposés lorsque ces tests sont pathologiques (17).

Quel que soit le test choisi, il est important de se souvenir que l'état du fœtus peut changer rapidement, ce qui entraîne que la surveillance doit être effectuée à intervalles rapprochés. De plus, tous ces tests peuvent présenter des résultats faussement positifs ou faussement négatifs.

La surveillance doit comprendre au minimum une estimation de la quantité de liquide amniotique bihebdomadaire. La mesure de la plus grande citerne de liquide semble une méthode préférable à la mesure de l'index de liquide amniotique (17, 21). Si le volume de liquide amniotique semble diminuer, l'accouchement doit être envisagé. D'autres formes de surveillance fœtale peuvent être ajoutées (profil biophysique de Manning, compte des mouvements fœtaux).

3.4. Déclenchement de l'accouchement.

Le déclenchement de l'accouchement semble une stratégie évidente dans le cadre des dépassements de terme. Cependant, si le col est défavorable, le déclenchement n'est pas toujours facile. Dans cette situation, l'utilisation de prostaglandines pour la maturation du col avant le déclenchement de contractions semble diminuer la probabilité d'accouchement par césarienne (26, 27).

Certaines études ont évalué la possibilité d'effectuer des déclenchements de manière ambulatoire (28, 29, 30). A notre avis, en dehors d'études contrôlées, un déclenchement artificiel de l'accouchement devrait être effectué en milieu hospitalier.

3. Base des recommandations

3.5. Efficacité du déclenchement de l'accouchement par rapport à l'attitude expectative associée à une surveillance fœtale.

Il y a dix-neuf études randomisées ou quasiment randomisées qui ont comparé une politique de déclenchement de l'accouchement avec une attitude expectative sous surveillance fœtale serrée (17).

Dans le groupe des patientes suivies de manière expectative, 20 à 36 % des femmes ont eu une induction de l'accouchement ou une césarienne avant le début du travail (31). Cela implique qu'une attitude expectative ne signifie pas forcément que le travail pourra commencer spontanément.

Il n'y a aucune évidence qu'une politique de déclenchement systématique augmente la probabilité d'accouchement par césarienne (17). Dans certaines études (26), les patientes subissant un déclenchement artificiel du travail à 41 semaines ou plus, avaient un taux significativement plus bas de césarienne par rapport aux patientes avec prise en charge expectative (26, 32). Cette réduction du taux de césarienne a été observée aussi bien pour les nullipares que les multipares (26).

Le fait d'induire le travail à 41 semaines ou plus permet d'obtenir une réduction du nombre de CTG suspects selon plusieurs auteurs. On note également un plus faible taux de liquide amniotique méconial et de macrosomie (17).

L'induction du travail à 41 semaines ou plus permet une réduction de la mortalité fœtale ou néonatale (à l'exclusion des malformations congénitales létales ou majeures) (17), par rapport à l'attitude expectative (risque relatif 0.23; intervalle de confiance à 95%: 0.06 à 0.90). Cette réduction est en grande partie due à une diminution du risque de mort in utero et la plupart des décès observés dans ces études sont

associés à des asphyxies ou à des aspirations méconiales.

Enfin, l'adoption d'une politique de déclenchement à 41 semaines ou plus permet une diminution du coût des soins par rapport à une attitude expectative (33).

3.6. Résumé de l'évidence à disposition.

En résumé, le dépassement de terme entraîne un risque plus élevé de complications maternelles fœtales et néonatales que les grossesses se terminant spontanément à terme. Lorsque des morts périnatales surviennent, elles sont fréquemment associées à des phénomènes d'asphyxie ou à des aspirations de liquide amniotique méconial. Il y a de nombreuses méthodes disponibles pour effectuer une surveillance fœtale dans les grossesses à terme, mais leur efficacité est encore incertaine.

Les études randomisées comparant l'induction systématique du travail à 41 semaines de gestation avec une attitude expectative associée à une surveillance fœtale montrent que l'induction à 41 semaines diminue les anomalies du CTG, les liquides amniotiques méconiaux, les macrosomies fœtales et le risque de décès durant la période périnatale. L'évidence à disposition suggère qu'une politique de déclenchement systématique des grossesses à 41 - 42 semaines n'a pas d'influence sur le risque d'accouchement par césarienne par rapport à une attitude expectative.

Les patientes atteignant 41 semaines de gestation devraient être orientées de manière adéquate. Elles devraient être informées des risques et des bénéfices des différentes attitudes. Les résultats de la littérature suggèrent qu'un déclenchement devrait être discuté avec la patiente. On peut estimer que 500 déclenchements artificiels sont nécessaires pour éviter une mort périnatale (17).

5. Bibliographie

5. Bibliographie

1. Feldman GB. Prospective Risk of Stillbirth. *Obstet Gynecol* 1992; 79 : 547–553.
2. Beischer NA, Evans JH, Townsend L. Studies in prolonged pregnancy I. The incidence of prolonged pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 103 : 476–482.
3. Bakketeig L, Bergsjø P. Post-term pregnancy : magnitude of the problem. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC (eds), *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Vol I, pp. 765–775. Oxford: Oxford University Press, 1989.
4. Ingemarsson I, Kallen K. Stillbirths and rate of neonatal deaths in 76'761 postterm pregnancies in Sweden, 1982–1991: a register study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1997; 76 : 658–662.
5. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105 : 169–173.
6. Crowley P. Post-term pregnancy: induction or surveillance? In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, England: Oxford University Press 1989: 776–791.
7. Ballantyne JW, Browne FJ. The problems of fetal postmaturity and prolongation of pregnancy. *J Obstet Gynaecol Brit Emp* 1922; 29 : 177–237.
8. McClure Browne JC. Postmaturity. *Am J Obstet Gynecol* 1963; 85 : 573–582.
9. Naeye R. Causes of perinatal mortality excess in prolonged gestations. *Am J Epidemiol* 1978; 108 : 429–433.
10. Lucas WE, Ancil AO, Callagan DA. The problem of post-term pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1965; 91 : 241–250.
11. Clifford S. Postmaturity – with placental dysfunction: Clinical syndrome and pathologic findings: *J Pediatr* 1954; 44 : 1–13.
12. Curtis PD, Matthews TG, Clarke TA, Darling M, Crowley P, Griffin E, O'Connell P, Gorman W, O'Brien N, O'Herlihy C, O'Regan M. Neonatal Seizures: the Dublin collaborative study. *Arch Dis Child* 1988; 63: 1065–1068.
13. Saunders N, Paterson C. Effect of gestational age on obstetric performance: when is «term» over? *Lancet* 1991; 338 : 1190–1192.
14. McLean FH, Boyd ME, Usher RH, Kramer MS. Post-term infants: too big or too small? *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164 : 619–624.
15. Acker DB, Sachs BP, Friedman EA. Risk factors for shoulder dystocia. *Obstet Gynecol* 1985; 66 : 762–768.
16. Shime J, Gare DJ, Andrews J, Bertrand M, Salgado J, Whillans G. Prolonged pregnancy: surveillance of the fetus and the neonate and the course of labor and delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 148 : 547–552.
17. Crowley P. Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 1999. Oxford: Update Software.
18. ACOG practice patterns. Management of postterm pregnancy. Number 6, October 1997. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 60 : 86–91.
19. Maternal-Fetal Medicine Committee, The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Management of postterm pregnancy. Committee Opinion. *Journal SOGC* 1994; 16 : 1581–1586.
20. Clinical Practice Guidelines for the Care and Treatment of Breast Cancer. A Canadian Consensus document. *Can Med Assoc J*, Feb. 10, 1998: 158 (3 Suppl).
21. Alfirevic Z, Luckas M, Walkinshaw SA, McFarlane M, Curran R. A randomised comparison between amniotic fluid index and maximum pool depth in the monitoring of post-term pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104 : 207–211.
22. Gardosi J. Routine ultrasound is the method of choice for dating pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1998; 105 : 933–936.
23. Neilson JP. Routine ultrasonography in early pregnancy. In: Chalmers I ed. *Oxford database of perinatal trials*. Version 1.3, Disk issue 7, Spring 1992, Record 3872.
24. Gardosi J, Vanner T, Francis A. Gestational age and induction of labour for prolonged pregnancy. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104 : 792–797.
25. Alfirevic Z, Walkinshaw SA. A randomised controlled trial of simple compared with complex antenatal fetal monitoring after 42 weeks of gestation. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102 : 638–643.
26. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A, and the Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. *N Engl J Med* 1992; 326 : 1587–1592.
27. Keirse MJNC, Van Oppen ACA. Preparing the cervix for induction of labour. In: Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, England: Oxford University Press 1989 : 988–1056.

Guideline:

dépassement de terme

5. Bibliographie

Guideline:

dépasse-
ment de
terme

28. Sawai SK, O'Brien WF. *Outpatient cervical ripening. Clin Obstet Gynecol* 1995; 38 : 301-309.
29. O'Brien JM, Mercer BM, Cleary NT, Sibai BM. *Efficacy of outpatient induction with lowdose intravaginal prostaglandin E2: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Am J Obstet Gynecol* 1995; 173 : 1855-1859.
30. Ohel G, Rahav D, Rothbart H, Ruach M. *Randomised trial of outpatient induction of labor with vaginal PGE2 at 40-41 weeks of gestation versus expectant management. Arch Gynecol Obstet* 1996 ; 258 : 109-112.
31. Crowley P. *Induction of labour at 41+ weeks. In Chalmers I (ed) Oxford Database of Perinatal Trials. Version 1.3, Disk Issue 7, Spring 1992. Record 4142.*
32. Dyson D, Miller PD, Armstrong MA. *Management of prolonged pregnancy: induction of labor versus antepartum testing. Am J Gynecol Obstet* 1987; 156 : 928-934.
33. Goeree R, Hannah M, Hewson S. *Cost-effectiveness of induction of labour versus serial antenatal monitoring in the Canadian Multicentre Postterm Pregnancy Trial. Can Med Assoc J* 1995; 152: 1445-1450.

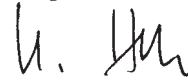
Membres du groupe de travail
«Dépassement de terme»:

Dr med. G. Drack, Saint-Gall
Dr med. P. Primavesi, Lugano
Prof. Dr med. H. Schneider, Berne
Dr med. E. Vogel, Wollhusen



Prof. Dr med. P. Hohlfeld, Lausanne, President:

.....
Der Präsident der Kommission Qualitätssicherung SGGG:



Prof. Dr. med. Urs Haller, Zürich:

.....
Der Präsident der SGGG:



Prof. Dr. med. Patrick Hohlfeld, Lausanne:

Lausanne, le 7.1. 2002

