



Activité sexuelle et déclenchement du travail

Sexual activity and induction of labor

Norbert Winer*

Références bibliographiques

1. Schaffir J. *Sexual intercourse at term and onset of labor. Obstet Gynecol* 2006;107:1310-4.
2. Petridou E, Salvanos H, Skalkidou A et al. *Are there common triggers of preterm deliveries? BJOG* 2001;108:598-604.
3. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM Jr, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. *Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. Obstet Gynecol* 2001;97:283-9.
4. Taylor PL, Kelly RW. *19-Hydroxylated E prostaglandins as the major prostaglandins of human semen. Nature* 1974;250:665-7.
5. Tan PC, Andi A, Azmi N, Noraihan MN. *Effect of coitus at term on length of gestation, induction of labor, and mode of delivery. Obstet Gynecol* 2006;108:134-40.
6. Chayen B, Tejani N, Verma UL, Gordon G. *Fetal heart rate changes and uterine activity during coitus. Acta Obstet Gynecol Scand* 1986; 65:853-5.
7. Tan PC, Yow CM, Omar SZ. *Effect of coital activity on onset of labor in women scheduled for labor induction: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol.* 2007;110:820-6.
8. Tan PC, Yow CM, Omar SZ. *Coitus and orgasm at term: effect on spontaneous labour and pregnancy outcome. Singapore Med J* 2009;50:1062-7.

* Hôpital mère-enfant, CHU de Nantes.

Les recommandations de pratique clinique du CNGOF 2011 modifient quelque peu la sémantique vis-à-vis de la durée de la grossesse : 41 SA devient la date de surveillance du terme et non plus le terme. En effet, dans l'esprit des professionnels et donc des patientes, au-delà de cette date, on passait dans une zone stressante de haut risque puisqu'on parlait de terme dépassé alors qu'il s'agit seulement d'une grossesse qui se prolonge. Les conséquences de ce raisonnement aboutissent à déclencher quasiment toutes les femmes au-delà de 41 SA, quelles que soient les conditions cervicales et alors même que la surveillance intensifiée (qui reste indispensable) ne détectait aucune anomalie.

En France, la grossesse prolongée (≥ 41 SA + 0 SA) concerne 15 à 20 % des femmes enceintes et le terme dépassé (≥ 42 SA + 0 SA) ne concerne alors plus qu'environ 1 % des femmes enceintes. La datation précoce des grossesses par échographie fondée sur une mesure de la longueur crano-caudale bien codifiée et le recours de plus en plus fréquent au déclenchement contribuent conjointement à une diminution progressive de l'incidence des grossesses prolongées et donc des termes dépassés dans la plupart des pays.

En cas de menace de prématurité ou de contractions, la plupart des patientes craignent les conséquences de l'activité sexuelle et les professionnels vont le plus souvent dans le même sens, recommandant l'abstinence par principe de précaution et en raison du rôle délétère possible mécanique et du fait de la présence de prostaglandines dans le sperme (1).

Des études observationnelles contrôlées des patientes ayant accouché avant 37 SA (1) montreraient un risque augmenté dans le groupe des femmes ayant une activité sexuelle dans les semaines qui précèdent la naissance (OR : 3,21 ; IC₉₅ : 1,45-7,09).

Les études ne concluent pas toutes à l'effet délétère de l'activité sexuelle vis-à-vis de l'augmentation du risque de prématurité (3), ce qui aboutit à une littérature pauvre en nombre d'études et pauvre en qualité méthodologique.

La question de la relation entre l'activité sexuelle et le déclenchement du travail revient alors régulièrement chez les patientes. Les études de bonne méthodologie sont rares, expliquant que le débat ne semble pas tranché dans l'esprit des praticiens.

La première question posée est celle de l'action maturative sur le col utérin par les rapports sexuels dans les jours qui précèdent son évaluation. Il semble que non et que le score de Bishop soit comparable qu'il y ait ou non une activité sexuelle vaginale (4). L'équipe de Tan s'est particulièrement intéressée à cette question et a ainsi cherché à évaluer la relation possible entre l'activité sexuelle et l'entrée en travail des patientes à partir de 37 SA jusqu'au terme (5). En 2006, l'étude portait sur 200 patientes à qui on a demandé d'avoir une activité sexuelle vaginale régulière et de répondre par questionnaire. Après régression logistique multivariée, le nombre de femmes ayant une grossesse prolongée serait ainsi diminué de 72 % (OR : 0,28 ; IC₉₅ : 0,13-0,58). À 39 SA, il fallu demander à 5 couples d'avoir une activité sexuelle régulière pour éviter à une femme de se voir proposer un déclenchement du travail à 41 SA, cette activité n'ayant aucun impact sur le taux de césariennes (5). Cette étude est fondée sur la bonne foi des patientes et il n'y a pas de groupe témoin. Elle doit donc être prise avec les réserves liées à un défaut de méthodologie de fort niveau de preuve.

Sur ces bases de départ, la même équipe proposait alors une randomisation de 108 patientes à terme sans urgence avec la recommandation d'avoir des rapports sexuels et dans une autre groupe de 102 patientes, aucune recommandation n'était faite. Soixante pour cent des femmes dans le groupe étudié avaient eu une activité sexuelle par rapport à 39 % des femmes dans le groupe témoin ($p = 0,004$). Le nombre de femmes entrant en travail, le taux de césariennes et l'état néonatal étaient comparables (6).

Tan et al. ont poursuivi l'étude en 2009 sur les données de la précédente, en augmentant les effectifs ($n = 215$)

Points forts⁺⁺

» Le débat sur le rôle de l'activité sexuelle et le déclenchement du travail n'est pas tranché, par défaut d'études de bonne méthodologie et de forte puissance, mais il n'y a aucun argument scientifique pour recommander les rapports sexuels en vue de déclencher le travail.

Mots-clés

Sexualité
Déclenchement
du travail

Keywords

Sexual activity
Induction of labor

et en y introduisant une notion supplémentaire, qui est celle de l'orgasme, ajoutant un phénomène subjectif mais dont l'impact sur les contractions et l'activité utérine aurait déjà été rapporté (7). Ils ne retrouvent pas plus de liens entre l'activité sexuelle et l'entrée en travail des patientes (8).

La méthodologie était la suivante : par un essai randomisé, le groupe "activité sexuelle" était encouragé à avoir des rapports sexuels vaginaux, le groupe témoin ne bénéficiait d'aucune consigne, ni encourageant ni interdisant les rapports sexuels sur les bases des effectifs de 2007. Leurs résultats montrent alors une tendance inverse entre le coût et l'entrée en travail spontanée, mais à la limite de la significativité (OR : 0,6 ; IC₉₅ : 0,3-1).

Le **tableau** ci-dessous résume les résultats de l'étude de Tan et al. de 2009 qui montre paradoxalement que le délai moyen entre le recrutement et l'entrée en travail ou l'accouchement est plus long dans le groupe "activité sexuelle" avec orgasme.

En conclusion, et en se fondant sur les données scientifiques, il n'y a pas d'argument pour attribuer une quelconque responsabilité à l'activité sexuelle dans le déterminisme du déclenchement du travail.

L'analyse de la littérature montre ainsi des résultats discordants qui pourraient cependant justifier de nouvelles études avec une méthodologie plus rigoureuse et des effectifs plus importants si le sujet passionnait des équipes obstétricales. ■

Highlights

The debate about the role of sexual activity and induction of labor is not resolved by absence of good research methodology and high power but there is no scientific reason to recommend sex in order to induce labor.

Tableau. Résultats de la cohorte comparant l'issue de la grossesse en fonction de l'existence d'orgasme ou non (d'après Tan et al 2009).

Résultats	n patients	Orgasme	Pas d'orgasme	Odds ratio (IC ₉₅)	p
Début du travail spontané	209	43 (49,4)	69 (56,6)	0,8 (0,4-1,3)	0,33
Délai entre recrutement et admission (jours)	208	5,9 ± 3,9	3,9 ± 2,8		< 0,001
Délai entre recrutement et délivrance (jours)	209	6,2 ± 4,2	4,7 ± 3,3		0,003
Hémorragie du post-partum	204	321 ± 231	300 ± 153		0,45
Hémorragie ≥ 500 ml		13 (15,5)	13 (10,8)	1,5 (0,7-3,4)	0,40
pH au cordon	202	7,31 ± 0,07	7,29 ± 0,08		0,12
pH au cordon < 7,1		0 (0)	2 (1,7)		0,51
Score d'Apgar à 5 min	205	9,9 ± 0,3	9,8 ± 0,5		0,15
Score d'Apgar < 7 à 5 min		0 (0)	0 (0)		
Poids de naissance (kg)	206	3,2 ± 0,4	3,2 ± 0,5		0,72
Score de Bishop à l'admission	204	4,0 ± 2,5	4,2 ± 2,5		0,64
Score de Bishop < 5 à l'admission		4 (4)	4,5 (4)	1,3 (0,8-2,3)	0,69
		48 (57,1)	60 (50,0)		0,32
Mode d'accouchement	209				
Par voie basse spontanée		60 (69,0)	87 (71,3)		0,41
Par voie basse instrumentale		4 (4,6)	10 (8,2)		
Par césarienne		23 (26,4)	25 (20,5)		
Indication pour la césarienne	48				
Altération du bien-être fœtal		4 (17,4)	7 (28,0)		0,31
Stagnation de la dilatation		14 (60,9)	10 (40,0)		
Échec de déclenchement		3 (13,0)	2 (8,0)		
Autres		2 (8,7)	6 (24,0)		
Fiebre > 38°	205	21 (24,7)	23 (19,2)	1,4 (0,7-2,7)	0,39
Rupture prématurée des membranes à l'admission	208	6 (7,0)	15 (12,3)	0,5 (0,2-1,4)	0,25
Utilisation de dinoprostone	209	38 (43,7)	45 (36,9)	1,3 (0,9-2,3)	0,39
Utilisation d'ocytocine pendant le travail	208	48 (55,8)	65 (53,3)	1,1 (0,6-1,9)	0,78
Péridurale	208	24 (27,6)	37 (30,6)	0,9 (0,5-1,6)	0,76
Méconium dans le liquide méconial	207	10 (11,5)	16 (13,3)	0,8 (0,4-2,0)	0,83
Admission en néonatalogie	209	2 (2,3)	3 (2,5)	0,9 (0,2-5,7)	1,0