



PROTOCOLE MÉDICAL

Code : CIUSSCN-PRO-2022-05

Date d'émission originale: 2022-03-02

Date de révision prévue : 2025-03-02

Référence à une ordonnance
individuelle standardisée

OUI NON

CN00417-Ocytocine

Objet : Administrer de l'Ocytocine pour le déclenchement ou la stimulation du travail

	Version antérieure	Dernière version
Recommandé par		
Le comité directeur des ordonnances collectives et protocoles		2022-02-11
Le comité de pharmacologie		2022-01-26
Le comité exécutif du Conseil multidisciplinaire		N/A
Le comité exécutif du Conseil des infirmières et infirmiers		2020-02-27
Adopté par		
Le comité exécutif du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens		2022-03-02

PROFESSIONNEL(S) AUTORISÉ(S)

Les infirmières du CIUSSS de la Capitale-Nationale ou d'une agence de personnel exerçant au CIUSSS de la Capitale-Nationale qui possèdent la compétence professionnelle requise, c'est-à-dire les connaissances scientifiques, les habiletés et le jugement clinique inhérent à l'activité exercée dans le lieu de naissance suivant :

- Unité de naissances du territoire.

SITUATION CLINIQUE OU CLIENTÈLE

Usagère enceinte nécessitant une perfusion d'ocytocine pour le déclenchement ou la stimulation du travail en vue d'un accouchement.

CONDITIONS D'APPLICATIONS

- Une ordonnance individuelle est requise pour l'initiation du protocole par les infirmières.
- Référer à l'ordonnance individuelle standardisée (OIS) *CN00417-Ocytocine*.

DIRECTIVES

1. Définitions

Déclenchement

Amorce de contraction utérine chez une femme qui n'est pas en travail spontané afin qu'elle puisse accoucher par voie vaginale.

Stimulation du travail

Accroissement des contractions chez une femme qui est déjà en travail.

2. Fiche technique du médicament

Ocytocine

Indications	Déclenchement ou stimulation de l'activité utérine en vue d'un accouchement.
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none">• Placenta praevia, vasa praevia, procidence du cordon• Présentation ou position anormale du fœtus• Antécédents d'incision utérine classique ou en T inversé• Chirurgie utérine majeure antérieure• Herpès génital actif• Anomalies de structure du bassin• Cancer invasif du col de l'utérus• Rupture utérine antérieure• Travail avec hypertonie utérine;• Tout état accompagné de souffrance fœtale. <p><i>Liste non exhaustive des contre-indications au déclenchement du travail selon AMPRO 2021</i></p>
Condition d'admission	La perfusion d'Ocytocine doit être installée via une pompe à perfusion volumétrique.
Présentation	Ocytocine 40 milli-unités/ml, soit 20 unités (2 ml) diluées dans 500 ml de Lactate Ringer.
Administration	<ul style="list-style-type: none">• En voie intraveineuse (IV) primaire, débiter la perfusion de Lactate Ringer 1000 ml à 30 ml/h• En dérivé au site proximal, débiter la perfusion de l'Ocytocine selon le dosage prescrit• Augmenter le débit selon le dosage prescrit aux 30 minutes selon l'évaluation clinique des contractions utérines. Référez au Tableau 1. Protocole à faible dose d'Ocytocine ou au Tableau 2. Protocole à forte dose d'Ocytocine selon le dosage prescrit.• Ajuster le débit de l'Ocytocine en fonction des éléments indiqués :<ul style="list-style-type: none">○ Selon l'activité utérine○ Lors de l'arrêt temporaire de la perfusion○ Lors de l'installation d'un cathéter péridural○ Lors d'un épisode de surveillance de la tachysystolie utérine <p>Référez à la section 3 : Démarche clinique – pendant l'administration de l'Ocytocine.</p>
Effets secondaires associés à une intoxication hydrique	L'administration de forte dose d'Ocytocine peut occasionner une intoxication hydrique. Celle-ci est due à l'effet antidiurétique. <ul style="list-style-type: none">• Nausée/vomissement• Céphalées• Hypotension• Tachycardie• Confusion

Tableau 1

PROTOCOLE À FAIBLE DOSE D'OCYTOCINE Ocytocine 40 milli-unités/ml (20 unités dans 500 ml de Lactate Ringer)			
Augmenter le débit aux trente minutes selon évaluation clinique des contractions *	Débit de la perfusion		
	Milli-unités/minute	ml/heure	
		2	3
		4	6
		6	9
		8	12
		10	15
		12	18
		14	21
		16	24
		18	27
		20	30
		22	33
		24	36
		26	39
		28	42
		30	45
		32	48
		34	51
	Aviser le médecin de garde	36	54
		38	57
		40	60
		42	63
		44	66
	46	69	
	48	72	
	50	75	
	52	78	
	54	81	
	56	84	
	58	87	

*** Maintenir le débit constant lorsque l'activité utérine est adéquate.**

La demi-vie de l'Ocytocine est de 1 à 6 minutes.
Pour la mise en œuvre d'un travail adéquat, la posologie requise est habituellement de 8 à 12 milli-unités/minute.

Tableau 2

PROTOCOLE À FORTE DOSE D'OCYTOCINE Ocytocine 40 milli-unités/ml (20 unités dans 500 ml de Lactate Ringer)		
Augmenter le débit aux trente minutes selon évaluation clinique des contractions *	Débit de la perfusion	
	Milli-unités/minute	ml/heure
	4	6
	8	12
	12	18
	16	24
	20	30
	24	36
	28	42
	32	48
	Aviser le médecin de garde	54
	40	60
	44	66
	48	72
	52	78
56	84	
60	90	

*** Maintenir le débit constant lorsque l'activité utérine est adéquate.**

La demi-vie de l'Ocytocine est de 1 à 6 minutes.
 Pour la mise en œuvre d'un travail adéquat, la posologie requise est habituellement de 8 à 12 milli-unités/minute.

3. Démarche clinique

L'infirmière doit préalablement relever l'ordonnance individuelle standardisée *CN00417-Ocytocine* ou toute autre ordonnance médicale afin d'intervenir en toute légitimité.

3.1 Avant l'administration d'Ocytocine

1. Installer le monitoring fœtal électronique (MFE) pendant 30 minutes.
2. Intervenir selon l'interprétation du tracé fœtal :
Tracé normal : Débuter la perfusion d'Ocytocine
Tracé atypique : Aviser le médecin
Tracé anormal : Aviser le médecin
Référer au tableau 3 : Synthèse du monitoring fœtal électronique.
3. S'assurer qu'une formule sanguine complète (FSC) et un groupe sanguin et recherche d'anticorps ont été faits depuis moins de 72h. Si non fait, faire le prélèvement.
4. S'assurer que l'évaluation clinique des contractions utérines rencontre ces critères, sinon aviser le médecin de garde en obstétrique avant de débiter la perfusion :
 - Fréquence : moins de 5 contractions en 10 minutes
 - Durée : moins de 90 secondes
 - Intensité : faibles ou modérées à la palpation manuelle
 - Relâchement : au moins 30 secondes entre les contractions à la palpation manuelle
5. Installer un dispositif d'accès veineux périphérique :
 - En voie IV primaire :
 - Lactate Ringer 1000 ml sur pompe volumétrique
 - En dérivé du Lactate Ringer, au site proximal :
 - Ocytocine 40 milli-unités/ml, soit 20 unités (2 ml) diluées dans 500 ml de Lactate Ringer sur pompe volumétrique.

Tableau 3

SYNTHÈSE DU MONITORING FŒTAL ÉLECTRONIQUE (MFE)			
	Normal	Atypique	Anormal
Fréquence cardiaque fœtale (FCF) de base	<ul style="list-style-type: none"> • 110 – 160 bpm 	<ul style="list-style-type: none"> • 100 – 109 bpm • Supérieure ou égale à 160 bpm pendant plus de 30 minutes mais moins de 80 minutes • Augmentation de la FCF de base 	<ul style="list-style-type: none"> • Inférieur à 100 bpm • Supérieure ou égale à 160 bpm pendant plus de 80 minutes • FCF de base irrégulière
Variabilité	<ul style="list-style-type: none"> • 6 – 25 bpm • Inférieure ou égale à 5 bpm pendant moins de 40 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> • Inférieure ou égale à 5 bpm pendant 40 – 80 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> • Inférieure ou égale à 5 bpm pendant plus de 80 minutes • Supérieure ou égale à 25 bpm pendant plus de 10 minutes • Tracé sinusoïdal
Décélérations	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune • Décélérations variables non compliquées non répétitives • Décélérations précoces 	<ul style="list-style-type: none"> • Décélérations variables non compliquées répétitives • Décélérations variables compliquées non répétitives • Décélérations tardives intermittentes • Décélérations prolongées uniques de plus de 2 minutes mais moins de 3 minutes 	<ul style="list-style-type: none"> • Décélérations variables compliquées répétitives : <ul style="list-style-type: none"> - Pas de retour à la FCF de base à la fin de la contraction - Décélération jusqu'à 60 bpm ou moins durant 60 secondes et plus - Décélération de 60 bpm ou plus par rapport à la FCF de base sur plus de 60 secondes - Accélération secondaire prolongée (léger dépassement après la décélération) ayant une amplitude de 20 bpm et/ou une durée supérieure à 20 secondes - Décélération variable en présence d'une anomalie de la FCF de base (variabilité nulle ou minime, bradycardie ou tachycardie fœtale) • Décélérations tardives récurrentes • Décélération prolongée unique qui dure plus de 3 minutes mais moins de 10 minutes
Accélération	Présence d'accélération spontanées et lors de la stimulation du cuir chevelu fœtal	Absence d'accélération lors de la stimulation du cuir chevelu fœtal	<ul style="list-style-type: none"> • Habituellement absentes • La présence d'accélération ne modifie pas la classification du tracé
Terminologie	<p>Répétitives : Trois décélérations consécutives ou plus</p> <p>Non répétitives : Une seule décélération, ou un maximum de deux à la suite</p> <p>Récurrentes : Décélérations qui coïncident avec au moins 50 % des contractions pendant une période de 20 minutes</p> <p>Intermittentes : Décélérations qui coïncident avec moins de 50 % des contractions pendant une période de 20 minutes</p> <p>BPM : Battement par minute</p>		

3.2 Pendant l'administration de l'Ocytocine

1. Débuter la perfusion de Lactate Ringer 1000 ml à 30 ml/heure.
2. Débuter la perfusion d'Ocytocine 40 milli-unités/ml, soit 20 unités diluées dans 500 ml de Lactate Ringer selon le dosage prescrit.
3. Augmenter le débit selon le dosage prescrit aux 30 minutes selon l'évaluation clinique des contractions utérines.
Référer au **Tableau 1. Protocole à faible dose d'Ocytocine** ou au **Tableau 2. Protocole à forte dose d'Ocytocine** selon le dosage prescrit.
4. Maintenir le débit constant lorsque l'activité utérine est adéquate soit :
 - Fréquence des contractions : 3 – 5 contractions en 10 minutes
 - Intensité modérée ou forte à la palpation
 - Duré de chaque contraction entre 45 et 90 secondes
5. Ajuster le débit lors de l'arrêt temporaire de la perfusion d'Ocytocine :
 - Arrêt de moins de 10 minutes : recommencer la perfusion d'Ocytocine au même débit que le débit précédent
 - Arrêt de 10 à 30 minutes : recommencer la perfusion d'Ocytocine à un débit de la moitié du débit précédent
 - Arrêt de plus de 30 minutes : recommencer la perfusion d'Ocytocine au débit initial
6. Assurer la surveillance clinique et les interventions requises au chevet en continu selon les paramètres indiqués au **Tableau 4 : Surveillance générales** ainsi que selon les paramètres indiqués au **Tableau 5 : Surveillance et interventions spécifiques lors de situations particulières**.

Tableau 4

SURVEILLANCES GÉNÉRALES	
Paramètres	Surveillances
Tension artérielle (TA) et fréquence cardiaque (FC) maternelle	Consigner au dossier : <ul style="list-style-type: none">• TA et FC aux 30 minutes• TA et FC avant chaque augmentation de débit de la perfusion d'Ocytocine
Activité utérine	Consigner l'interprétation : <ul style="list-style-type: none">• Aux 30 minutes• Avant chaque augmentation de débit de la perfusion d'Ocytocine
Monitoring fœtal électronique (MFE)	Consigner l'interprétation : <ul style="list-style-type: none">• Aux 15 minutes• Avant chaque augmentation de débit de la perfusion d'Ocytocine

Tableau 5

SURVEILLANCES ET INTERVENTIONS LORS DE SITUATIONS PARTICULIÈRES	
Situations particulières	Surveillance et interventions
1. Tracé du MFE	
1.1 Tracé normal	<p>Le MFE peut être cessé pour une période de 30 minutes si les conditions suivantes sont respectées:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tracé normal depuis 30 minutes • Débit de la perfusion d'Ocytocine non augmenté dans les 30 dernières minutes • Débit de la perfusion d'Ocytocine demeure stable pendant l'arrêt du MFE <p>Pendant l'arrêt du MFE :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectuer la surveillance de la TA et de l'activité utérine selon le tableau 3 • Effectuer l'auscultation fœtale intermittente aux 15 minutes pendant 30 minutes • Réinstaller le MFE par la suite. Ce dernier pourra être cessé de nouveau si les conditions sont respectées.
1.2 Tracé atypique	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer la surveillance des paramètres selon le tableau 3 • Différencier la FC maternelle de la FCF • Poursuivre la perfusion d'Ocytocine • Aviser le médecin • Favoriser la position latérale gauche
1.3 Tracé anormal	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer la surveillance des paramètres selon le tableau 3 • Différencier la FC maternelle de la FCF • Arrêter la perfusion d'Ocytocine • Aviser le médecin • Favoriser la position latérale gauche • Évaluer la tension artérielle toutes les 5 minutes durant 30 minutes • Procéder à un toucher vaginal (évaluer la dilatation cervicale et éliminer la procidence de cordon) • Observer la présence de perte de liquide anormal (sanguin ou méconial) • Administrer un bolus de 500 ml IV de Lactate Ringer, plein débit, sauf si le protocole « Administrer du sulfate de magnésium pour le traitement des troubles hypertensifs de grossesse et de la prééclampsie » est en cours • Si pas de normalisation de la FCF malgré la mise en place des interventions précédentes, administrer O₂ avec un masque avec sac réservoir de 10 – 15 L/min (FiO₂ 100 %) • Aviser le médecin si inefficacité des interventions précédentes

Situations particulières	Surveillance et interventions
<p>2. Lors d'un épisode de tachysystolie utérine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plus de 5 contractions sur une période de 10 minutes (en moyenne sur 30 minutes) • Contraction d'une durée de plus de 90 secondes • Relâchement incomplet du tonus utérin entre les contractions • Relâchement de moins de 30 secondes entre les contractions 	
<p>2.1 Tracé normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer la surveillance des paramètres selon le tableau 3 • Diminuer de 2 milli-unités/minute la perfusion d'Ocytocine • Favoriser la position latérale gauche • Aviser le médecin si la tachysystolie utérine persiste 15 minutes après avoir diminué le débit de la perfusion
<p>2.2 Tracé atypique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer la surveillance des paramètres selon le tableau 3 • Diminuer de 2 milli-unités la perfusion d'Ocytocine • Aviser le médecin • Favoriser la position latérale gauche • Observer la présence de perte de liquide anormal (sanguin, amniotique ou méconial) • Procéder à un toucher vaginal, au besoin, afin d'éliminer la procidence du cordon • Administrer un bolus de 500 ml de Lactate Ringer IV, plein débit (sauf si le protocole « Administrer du sulfate de magnésium pour le traitement des troubles hypertensifs de grossesse et de la prééclampsie » est en cours
<p>2.3 Tracé anormal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Effectuer la surveillance des paramètres selon le tableau 3 • Cesser la perfusion d'Ocytocine • Aviser le médecin; • Favoriser la position latérale gauche • Observer la présence de perte de liquide anormal (sanguin, amniotique ou méconial) • Procéder à un toucher vaginal afin d'éliminer la procidence du cordon • Administrer un bolus de 500 ml IV de Lactate Ringer plein débit (sauf si le protocole « Administrer du sulfate de magnésium pour le traitement des troubles hypertensifs de grossesse et de la prééclampsie » est en cours <p>Interventions en cas d'absence de normalisation du cœur fœtal suite aux interventions précédentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arrêter la perfusion d'Ocytocine, si pas déjà fait • Administrer O₂ avec un masque avec sac réservoir de 10 – 15 L/min. (FiO₂ 100 %) • Aviser le médecin • Administrer la Nitroglycérine IV selon prescription médicale

3. Lors de l'installation d'un cathéter péridurale	
3.1 Grossesse sans facteur de risque ¹ ET tracé normal ET débit de la perfusion d'Ocytocine stable depuis plus de 30 minutes	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer la surveillance de la TA et de l'activité utérine selon le tableau 3 Effectuer l'auscultation fœtale intermittente aux 15 minutes
3.2 Grossesse sans facteur de risque ¹ ET tracé normal ET débit de la perfusion d'Ocytocine a été augmentée depuis moins de 30 minutes	<ul style="list-style-type: none"> Diminuer le débit de 2 milli-unités/minutes Effectuer la surveillance de la TA et de l'activité utérine selon le tableau 3 Effectuer l'auscultation fœtale intermittente aux 15 minutes
3.3 Grossesse avec facteurs de risque ¹ OU tracé atypique ou tracé anormal	<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre MFE Cesser la perfusion d'Ocytocine
¹ Référer à l'annexe 1 : Facteurs de risque fœto-maternels aux issues périnatales défavorables et aux affections obstétricales	
4. Lors de l'administration d'Ocytocine à dose critique	
4.1 Dose de 36 milli-unités/minute atteinte	<ul style="list-style-type: none"> Aviser le médecin de garde
4.2 Dose de 36 milli-unités/minute dépassée pendant plus de 8 heures	<ul style="list-style-type: none"> Effectuer la surveillance des paramètres selon le tableau 3 Effectuer un bilan ingesta et excréta aux 4 heures Aviser le médecin de garde si diurèse plus petite que 120 ml/4 heures Faire les analyses de laboratoire suivantes : <ul style="list-style-type: none"> Ions et créatinine sérique

PROCESSUS D'ÉLABORATION

Le présent protocole respecte les normes de rédaction dictées par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. Il est adapté du protocole élaboré par le CHU de Québec – Université Laval 2016-PROT-PHAR-141 *Administration d'Ocytocine (Syntocinon) pour le déclenchement ou la stimulation du travail*.

OUTILS DE RÉFÉRENCE, SOURCES ET EXPERTS CONSULTÉS

Experts consultés

Dre Jasmine St-Martin, médecin de famille en obstétrique

ACOG, (2011) Optimizing protocols in Obstetrics, oxytocin for induction.

Ampro-OB, la vie au premier plan (2021) module 1 : Déclenchement du travail

Ampro-OB, la vie au premier plan (2018) module 1 : Prise en charge du travail

Ampro-OB, la vie au premier plan (2019) module 1 : Bien être fœtal (2^e partie)

Champlain Maternal Newborn Regional Program, (2011) induction / augmentation of labour : oxytocin.

Leduc D., Biringer, A., Lee L., Dy, J. (2013). Le déclenchement du travail. Directives cliniques de la SOGC, J Obstst Gynaecol Can, 35 (9 suppl.elec. S1-S21)

Jamal A. Kalantari R. (2004) High and low dose oxytocin in augmentation of labor, Int J Gynaecol Obstet (2004) vol 84 No 1, 6-8.

Liston R. Sawchuck D, Young D. (2007) Surveillance du bien-être fœtal : Directive consensus d'anté partum et intrapartum. Directives cliniques de la SOGC, vol 29, numéro 9 supplément 4, S1-S38

¹ Référer à l'annexe 1 : Facteurs de risque fœto-maternels aux issues périnatales défavorables et aux affections obstétricales

National women health (2013) Oxytocin for induction and augmentation of labor
<http://nationalwomenshealth.adhb.govt.nz/Portals/0/Documents/Policies/Oxytocin%20Syntocinon%20Augmentation%20Labour.pdf>

NNEPQIN, (2012) Guideline for use of oxytocin,
http://www.nnepqin.org/documentUpload/22_Guideline_for_the_Use_of_Oxytocin_FINAL_2012.12.12.pdf

Simpson, K. Miller L. Assessment and Optimization of Uterine Activity During Labor Volume Clinical Obstetrics and Gynecology 54(1), March 2011, p 40–49

Smitt, J., Merrill, D. (2006) Oxytocine for induction of labor. Lippincott William & Wilkins, Clinical obstetrics and gynecology, vol 49, number 3, 594-608.

Welch RA. Improving patient safety and uniformity of care by a standardized regimen for the use of oxytocin. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2009 4//;200(4):e16

Zhang, Jun PhD, MD; Laughon, S. Katherine MD, MS; Branch, D. Ware MD Oxytocin Regimen for Labor Augmentation, Labor Progression, and Perinatal Outcomes Volume 119(2, Part 1), February 2012, p 381–382

■ PÉRIODE DE VALIDITÉ

Non applicable.

■ VALIDATION DU PROTOCOLE MÉDICAL



Directrice des soins infirmiers et de la santé physique par
intérim, Mme Sandra Racine

2022-03-02

Date

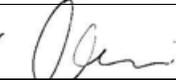


Chef du département de médecine de famille,
Dr Daniel Carpentier

2022-03-02

Date

■ APPROBATION DU PROTOCOLE MÉDICAL (obligatoire)



Président du CMDP, Dr Yvan Gauthier

2022-03-02

Date