

Obstétrique et gynécologie

Les douze examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

par

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Dernière mise à jour le septembre 2020



1 Évitez l'épisiotomie de routine lors d'un accouchement naturel par voie vaginale.

Il a été démontré que l'épisiotomie de routine provoque plus de mal que de bien. Des études montrent, en effet, que la mise en place de règlements qui freinent le recours à l'épisiotomie est associée à une diminution des traumatismes périnéaux postérieur et à une réduction des points de sutures et des complications; de tels règlements ne changent pas la majorité des indices de douleur ou de traumatismes vaginaux ou périnéaux graves. Lorsque l'accouchement est entravé par un problème périnéal, en particulier lorsque la fréquence cardiaque fœtale est anormale, l'épisiotomie peut faciliter la naissance par voie vaginale.

2 Ne faites pas de surveillance fœtale électronique chez les femmes à faible risque qui sont en travail; utilisez plutôt l'auscultation intermittente.

La surveillance fœtale électronique continue (SFÉC) est associée à des taux significativement plus élevés de césariennes et d'accouchements vaginaux instrumentés chez les patientes à faible risque comparativement à l'auscultation intermittente. L'auscultation intermittente n'entraîne aucune différence significative dans le nombre de décès néonataux durant le travail et le post-partum immédiat, ni de différence dans le taux de paralysie cérébrale, d'acidose du sang du cordon ou d'utilisation d'analgésiques chez les patientes à faible risque. Par ailleurs, la SFÉC restreint les mouvements de la patientes et le choix de positions; elle exclut l'option de naissance dans l'eau et requiert plus de ressources pour interpréter, de façon continue, les tracés de fréquence cardiaque fœtale. La SFÉC chez les patientes à faible risque accroît donc le risque d'interventions et réduit les choix sans offrir d'avantages significatifs, ni améliorer les résultats néonataux.

3 N'effectuez pas à une analyse urinaire de routine (protéines, glucose) à chaque visite prénatale (chez les femmes normotendues à faible risque).

L'analyse urinaire de routine (protéines et glucose) n'est pas recommandée dans les grossesses à faible risque. Chez les femmes enceintes en bonne santé, l'analyse urinaire de routine pour vérifier le risque de diabète gestationnel n'est pas recommandée en raison de sa faible sensibilité. L'analyse urinaire avec ou sans bandelettes dans le but de doser l'albumine est peu fiable pour l'évaluation du risque de prééclampsie chez les femmes enceintes. Ne vous fiez pas à l'apparition de protéinurie pour dépister l'hypertension gestationnelle; vérifiez plutôt, périodiquement, la tension artérielle.

4 N'utilisez pas le Doppler de l'artère ombilicale en dépistage de routine, dans les situations de grossesses non compliquées avec croissance fœtale normale.

L'intégrité placentaire et plus spécifiquement la résistance vasculaire peuvent être évaluées en mesurant le débit des artères ombilicales par échographie Doppler. Lorsqu'on utilise cette technique dans les grossesses à risque élevé, le taux de mortalité périnatale est diminué et des interventions appropriées peuvent être mises en oeuvre ou retardées. Dans ce contexte, le « risque élevé » réfère à un retard de croissance intra-utérine ou à une hypertension maternelle. Lorsque le Doppler est utilisé dans des grossesses à faible risque, on ne note aucune amélioration sur la santé maternelle ou foetale et les tests anormaux sont plus susceptibles d'être de faux positifs.

5 Ne faites pas de test de Pap de routine chez les femmes de moins de 21 ans et celles de plus de 69 ans.

Les tests de Pap devraient commencer à être faits, à partir de l'âge de 21 ans, chez les femmes asymptomatiques et immunocompétentes. Des études ont révélé un nombre plus élevé de résultats faux positifs chez les adolescentes de moins de 21 ans dont l'incidence de cancer du col de l'utérus est la plus faible. Effectuer le test de Pap chez les femmes de moins de 21 ans n'exerce aucun effet protecteur. Quelques études ont porté sur l'âge auquel ces tests devraient être cessés. Des études de modélisation n'ont montré aucune augmentation de l'effet protecteur du test de Pap chez les femmes de plus de 70 ans chez qui le dépistage a été fait de routine antérieurement.

6 Ne prescrivez pas d'emblée la mesure des taux hormonaux d'œstradiol, de progestérone, de folliculostimuline et d'hormone lutéinisante chez les femmes postménopausées ou après une hystérectomie, afin de confirmer la survenue de la ménopause ou gérer l'hormonothérapie.

La fréquence et la sévérité des symptômes ménopausiques ne sont pas corrélés aux taux de folliculostimuline (FSH) ou d'œstradiol sériques. Les taux d'œstrogènes nécessaires à la fonction reproductive sont généralement beaucoup plus élevés que ceux requis pour le simple soulagement des symptômes de ménopause. La gestion des symptômes par l'hormonothérapie repose sur l'administration de la dose efficace la plus faible permettant de réduire les symptômes à un niveau acceptable. Se fier à un taux élevé de FSH pour confirmer la ménopause peut priver les femmes d'un traitement efficace pour réduire les symptômes dérangement. L'utilisation d'un test non fiable entraîne un traitement sous-optimal, et le recours à des analyses sanguines afin d'ajuster l'hormonothérapie pour atténuer et gérer les symptômes peut donner lieu à la prescription de doses d'hormonothérapie plus élevées que nécessaire.

7 Ne dépister pas le cancer de l'ovaire chez les femmes asymptomatiques sans risque particulier.

Le dépistage du cancer de l'ovaire n'améliore pas les résultats cliniques chez les femmes asymptomatiques qui n'ont pas d'antécédents familiaux pertinents. Ce dépistage n'a réduit ni la mortalité de toute cause, ni la mortalité par cancer ovarien, ni le risque d'un diagnostic de cancer ovarien avancé. L'échographie transvaginale, les examens pelviens de routine et le dosage du CA125 ou autres biomarqueurs ne confèrent aucun bienfait démontré au plan de la mortalité, mais donnent plutôt lieu à des résultats faux positifs, à des surdiagnostics et à des traitements excessifs, avec les complications que cela comporte.

8 Ne proposez pas l'hystérectomie à des femmes présentant des fibromes asymptomatiques en invoquant un risque de cancer.

La croissance rapide d'un fibrome ne permet pas de prédire le léiomyosarcome. Environ une femme sur 400 (0,25 %) qui subissent une chirurgie pour des fibromes présente un risque de léiomyosarcome. Cependant, la croissance des fibromes ou l'apparition de symptômes post-ménopausiques nouveaux devraient éveiller les soupçons à l'égard d'un cancer gynécologique. Des léiomyosarcomes utérins nouveaux ont été observés lors de myomectomies résectoscopiques de routine; leur incidence était toutefois plus faible que celle rapportée lors d'hystérectomie (0,13 %). Il n'est pas possible de distinguer, avec certitude, sur la base de signes cliniques ou de quelque technique d'imagerie que ce soit, les léiomyomes des léiomyosarcomes.

9 Ne faites pas d'intervention chirurgicale, comme une ablation de l'endomètre, pour des saignements utérins anormaux, tant qu'une prise en charge médicale (y compris avec un dispositif intra-utérin au lévonorgestrel) n'a pas été offerte, refusée ou prouvée inefficace.

Plusieurs agents non hormonaux et hormonaux se sont révélés efficaces pour le traitement des saignements utérins anormaux. Certains d'entre eux peuvent, de surcroît, soulager les symptômes de dysménorrhée tout en agissant comme contraceptif. Ces agents peuvent aider à stabiliser l'anémie et soulager les symptômes; ils peuvent aussi être utilisés en préparation d'un traitement chirurgical, dans les cas de saignements menstruels abondants. La prise en charge médicale permet un début rapide du traitement en soins de première ligne, tandis que l'intervention chirurgicale qui nécessite une consultation avec un spécialiste et un accès au bloc opératoire, peut prendre du temps. Toutes les options thérapeutiques envisageables pour les saignements utérins anormaux devraient faire l'objet d'une discussion et d'un consentement éclairé de la patiente avant qu'un traitement ne soit instauré; cela inclut des informations sur les effets secondaires, l'efficacité relative, les risques, les coûts et l'impact sur la fertilité.

10 Évitez l'ablation des ovaires chez les femmes préménopausées à moins qu'elle soit fortement indiquée sur le plan clinique.

De vastes bases de données populationnelles américaines ont permis d'estimer que le taux de salpingo-ovariectomie bilatérale (SOB) lors d'une hystérectomie pour des indications bénignes était de 46,4 %. Après stratification selon l'âge, les taux d'ovariectomie étaient d'environ 60 % chez les femmes de 45 à 49 ans et de 65 % à 75 % chez celles de plus de 55 ans. Des études ont indiqué une hausse des risques de mortalité, toutes causes confondues, de coronaropathies et de décès d'origine cardiovasculaire chez les femmes de moins de 50 ans ayant subi une SOB. Il est possible de modifier ces risques au moyen de l'hormonothérapie. La SOB a également été associée à un risque accru de trouble cognitif et de démence, ainsi qu'à un risque accru à long terme de symptômes dépressifs ou anxieux. Bien qu'il ait été démontré que la SOB réduit l'incidence du cancer de l'ovaire et du cancer du sein, des résultats contradictoires ont été obtenus pour le cancer colorectal et le cancer du poumon. La SOB est cliniquement indiquée chez les femmes préménopausées présentant une prédisposition génétique au cancer de l'ovaire (gène BRCA1, gène BRCA2, syndrome de Lynch) ou une endométriose.

11 Ne pratiquez pas de césarienne si la seule indication est un arrêt de progression du travail à la phase de latence d'une grossesse monofoetale avec bébé en présentation céphalique.

En cas d'arrêt de progression du travail chez une femme dilatée à moins de 4 cm, une prise en charge non interventionniste est possible avec analgésie et repos au besoin. Ces femmes obtiennent en général de bons résultats et peuvent souvent accoucher par voie vaginale sans autres complications, à l'instar des cas sans prolongation de la phase de latence du travail. Selon les directives cliniques de la SOGC sur la gestion du travail : « La dystocie ne peut pas être diagnostiquée avant le début du travail ou pendant la phase latente; il est inapproprié de recourir à la césarienne à ce moment. » On peut procéder à une réévaluation du cas à la fin de la phase de latence; la transition à une phase active facilite le diagnostic rétrospectif. Une description des courbes des valeurs du travail donne à penser que la fin de la phase de latence serait à 6 cm, plutôt qu'à 4 cm, et que la progression dans son ensemble est plus lente que décrite à l'origine. Les unités obstétriques doivent définir l'entrée dans la phase active au premier stade du travail. Quelle que soit la définition adoptée, une intervention pour une dystocie présumée est inopportune à la phase de latence. Les femmes devraient avoir la chance de progresser dans le travail – ce que beaucoup feront en temps donné –, d'accoucher par voie vaginale et d'éviter une césarienne.

12 N'utilisez pas de corticothérapie prénatale à moins que les critères d'âge gestationnel soient respectés et que le risque d'accouchement dans les sept jours à venir soit très élevé.

Lorsqu'on envisage l'utilisation d'une corticothérapie prénatale chez une femme enceinte, il faut accorder une attention particulière à la probabilité d'accouchement prématuré et à l'âge gestationnel. L'efficacité de ce traitement est maximale lorsqu'il est administré de 24 heures à sept jours avant l'accouchement. Son administration plus de sept jours avant l'accouchement en réduit les avantages et peut donner lieu à des effets indésirables non nécessaires. Des essais menés sur des femmes enceintes de 24+0 à 34+6 semaines présentant un risque élevé d'accouchement prématuré ont montré que la corticothérapie prénatale réduisait de façon significative le décès périnatal, le syndrome de détresse respiratoire et l'hémorragie intraventriculaire chez les nouveau-nés prématurés. Des données tirées d'études de cohorte ont fait état d'une réduction significative de la mortalité périnatale des nouveau-nés exposés à une corticothérapie prénatale avant 24 semaines. Les femmes enceintes de 22+0 à 23+6 semaines présentant un risque élevé d'accouchement prématuré dans les sept jours devraient se voir offrir une consultation multidisciplinaire sur la probabilité accrue de mortalité périnatale, de morbidité périnatale grave et de morbidité maternelle associée. Il faudrait administrer des stéroïdes si des soins intensifs au bébé sont prévus.

Comment la liste a été établie

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a formé un petit groupe de travail pour superviser le processus de rédaction de cette liste pour la campagne Choisir avec soin. Une liste initiale de recommandations a été compilée à partir de toutes les lignes directrices publiées par la SOGC. La liste a été révisée par le comité pour la campagne Choisir avec soin, qui a formulé ses commentaires et donné son avis. Une longue liste a donc été dressée à partir de quatre sources : Lignes directrices de la SOGC, recommandations Choosing Wisely publiées par des sociétés américaines (notamment l'American College of Obstetricians), recommandations de la campagne Choisir avec soin au Canada relativement aux questions d'obstétrique et de gynécologie et autres propositions des membres de la SOGC. La liste révisée a été distribuée à tous les membres du comité pour la pratique clinique - obstétrique et gynécologie, puis a de nouveau été révisée par le conseil d'administration. Une liste de 24 recommandations (classées par spécialité : obstétricales, gynécologiques et générales) a été générée et distribuée à l'ensemble des membres de la SOGC pour dresser la liste finale.

- 1 Carroli G, et coll. Episiotomy for vaginal birth. Base de données des révisions systématiques Cochrane. 2000; vol. 2 : CD000081. [PMID : 10796120](#).
Lee L, et coll. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. J Obstet Gynaecol Can. Sept. 2016; vol. 38, n°9 : p. 843-865. [PMID : 27670710](#).
- 2 Alfirevic Z, et coll. Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 3 févr. 2017; vol. 2 : CD006066. [PMID : 28157275](#).
Leveno KJ, et coll. A Prospective Comparison of Selective and Universal EFM in 34,995 Pregnancies. N Engl J Med. Le 4 sept. 1986; vol. 315, n°10 : p. 615-619. [PMID : 3736600](#).
Liston R, et coll. [Fetal Health Surveillance: Antepartum and Intrapartum Consensus Guideline: Fetal Health Surveillance in Labour](#). J Obstet Gynaecol Can. Sept. 2007; vol. 29, n°9 : p. S27. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Mires G, et coll. Randomised controlled trial of cardiotocography versus Doppler auscultation of fetal heart at admission in labour in low risk obstetric population. BMJ. Le 16 juin 2001; vol. 322, n°7300 : p. 1457-1460; discussion, p. 1460-1462. [PMID : 11408301](#).
- 3 Akkerman D, et coll. [Routine prenatal care](#). Juill. 2012. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Atacag T, et coll. Asymptomatic bacteriuria screened by catheterized samples at pregnancy term in women undergoing cesarean delivery. Clin Exp Obstet Gynecol. 2015; vol. 42, n°5 : p. 590-594. [PMID : 26524804](#).
Committee on Obstetric Practice, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 692: Emergent Therapy for Acute-Onset, Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. Obstet Gynecol. Avril 2017; vol. 129, n°4 : p. e90-e95. [PMID : 28333820](#).
Murray N, et coll. The clinical utility of routine urinalysis in pregnancy: a prospective study. Med J Aust. Le 4 nov. 2002; vol. 177, n°9 : p. 477-480. [PMID : 12405888](#).
National Institute for Health and Care Excellence. [Diabetes in pregnancy: Management of diabetes from preconception to the postnatal period](#). Févr. 2015. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
- 4 Alfirevic Z, et coll. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in high-risk pregnancies. Base de données des révisions Cochrane. Le 12 nov. 2013; vol. 11 : CD007529. [PMID : 24222334](#).
Alfirevic Z, et coll. Fetal and umbilical Doppler ultrasound in normal pregnancy. Base de données des révisions systématiques Cochrane. Le 15 avril 2015; vol. 4 : CD0014550. [PMID : 25874722](#).
- 5 Kulasingam SL, et coll. Screening for Cervical Cancer: A Decision Analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (U.S.); Mai 2011. Rapport n°11-05157-EF-1. [PMID : 22553886](#).
Miller AB, et coll. Report of a National Workshop on Screening for Cancer of the Cervix. JAMA. Le 15 nov. 1991; vol. 145, n°10 : p. 1301-1325. [PMID : 1933712](#).
Moyer VA, et coll. Screening for cervical cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. Le 19 juin 2012; vol. 156, n°12 : p. 880-891, W312. [PMID : 22711081](#).
Murphy J, et coll. [Cervical Screening: A Quality Initiative of the Program in Evidence-Based Care \(PEBC\), Cancer Care Ontario \(CCO\)](#). Le 5 oct. 2001. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Sasieni P, et coll. Effectiveness of cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data. BMJ. Le 28 juill. 2009; vol. 339 : p. b2968. [PMID : 19638651](#).
- 6 Harlow SD, et coll. Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. J Clin Endocrinol Metab. Avril 2012; vol. 97, n°4 : p. 1159-1168. [PMID : 22344196](#).
National Institute for Health and Care Excellence. [Menopause: diagnosis and management](#). Nov. 2015. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Reid R, et coll. Managing menopause. J Obstet Gynaecol Can. Sept. 2014; vol. 36, n°9 : p. 830-833. [PMID : 25222364](#).
- 7 Buhling KJ, et coll. The role of transvaginal ultrasonography for detecting ovarian cancer in an asymptomatic screening population: a systematic review. Arch Gynecol Obstet. Mai 2017; vol. 295, n°5 : p. 1259-1268. [PMID : 2835755](#).
Guirguis-Blake JM, et coll. Periodic Screening Pelvic Examination: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. Le 7 mars 2017; vol. 317, n°9 : p. 954-966. [PMID : 28267861](#).
Luzak A, et coll. Clinical effectiveness of cancer screening biomarker tests offered as self-pay health service: a systematic review. Eur J Public Health. Juin 2016; vol. 26, n°3 : p. 498-505. [PMID : 26733629](#).
Pinsky PF, et coll. Extended mortality results for ovarian cancer screening in the PLCO trial with median 15-years follow-up. Gynecol Oncol. Nov. 2016; vol. 143, n°2 : p. 270-275. [PMID : 27615399](#).
Reade CJ, et coll. Risks and benefits of screening asymptomatic women for ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. Gynecol Oncol. Sept. 2013; vol. 130, n°3 : p. 674-681. [PMID : 23822892](#).
U.S. Preventive Services Task Force, et coll. Screening for Gynecologic Conditions With Pelvic Examination: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. Le 7 mars 2017; vol. 317, n°9 : p. 947-953. [PMID : 28267862](#).
- 8 Knight J, et coll. Tissue extraction by morcellation: a clinical dilemma. J Minim Invasive Gynecol. Mai-juin 2014; vol. 21, n°3 : p. 319-320. [PMID : 24646445](#).
Parker WH, et coll. Uterine sarcoma in patients operated on for presumed leiomyoma and rapidly growing leiomyoma. Obstet Gynecol. Mars 1994; vol. 83, n°3 : p. 414-418. [PMID : 8127535](#).
Vilos GA, et coll. Miscellaneous uterine malignant neoplasms detected during hysteroscopic surgery. J Minim Invasive Gynecol. Mai-juin 2009; vol. 16, n°3 : p. 318-325. [PMID : 19423062](#).
Vilos GA, et coll. The management of uterine leiomyomas. J Obstet Gynaecol Can. Févr. 2015; vol. 37, n°2 : p. 157-178. [PMID : 25767949](#).
- 9 Qualité des services de santé Ontario. [Ménorragies : Soins aux adultes et aux adolescentes en âge de procréer](#). 2017. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Lalonde P, et coll. [SOGC clinical practice guideline: endometrial ablation in the management of abnormal uterine bleeding](#) [Internet]. J Obstet Gynaecol Can. Avril 2015; col. 322 : p. 362-376. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Munro MG, et coll. Acute uterine bleeding unrelated to pregnancy: a Southern California Permanente Medical Group practice guideline. Perm J. 2013; vol. 17, n°3 : p. 43-56. [PMID : 24355890](#).
National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). [Heavy menstrual bleeding](#). London: RCOG Press; Janv. 2007 Jan. PMID : 21938862. PMID : 21938862.
Sukhbir S, et coll. [Abnormal uterine bleeding in pre-menopausal women](#). J Obstet Gynaecol Can. Mai 2013; vol. 35, n°5 : p. 473-479. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).
Vilos GA, et coll. [SOGC clinical practice guideline: the management of uterine leiomyomas](#). J Obstet Gynaecol Can. Févr. 2015; vol. 37 : p. 157-181. [En ligne]. (consulté le 29 mai 2017).

- 10 Adelman, M. R., Sharp, H. T. Ovarian conservation vs removal at the time of benign hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol.* 2018; vol. 218, n°3 : p. 269-279. [PMID : 28784419](#).
Evans, E. C., Matteson, K. A., Orejuela, F. J. et coll. Salpingo-oophorectomy at the Time of Benign Hysterectomy: A Systematic Review. *Obstet Gynecol.* 2016; vol. 128, n°3 : p. 476-485. [PMID : 27500347](#).
Jacoby, V. L., Grady, D., Wactawski-Wende, J. et coll. Oophorectomy vs ovarian conservation with hysterectomy: cardiovascular disease, hip fracture, and cancer in the Women's Health Initiative Observational Study. *Arch Intern Med.* 2011; vol. 171, n°8 : p. 760-768. [PMID : 21518944](#).
Parker, W. H., Broder, M. S., Chang, E. et coll. Ovarian conservation at the time of hysterectomy and long-term health outcomes in the nurses' health study. *Obstet Gynecol.* 2009; vol. 113, n°5 : p. 1027-1037. [PMID : 19384117](#).
Parker, W. H., Feskanich, D., Broder, M. S. et coll. Long-term mortality associated with oophorectomy compared with ovarian conservation in the nurses' health study. *Obstet Gynecol.* 2013; vol. 121, n°4 : p. 709-716. [PMID : 23635669](#).
Perera, H. K., Ananth, C. V., Richards, C. A. et coll. Variation in ovarian conservation in women undergoing hysterectomy for benign indications. *Obstet Gynecol.* 2013; vol. 121, n°4 : p. 717-726. [PMID : 23635670](#).
Rocca, W. A., Bower, J. H., Maraganore, D. M. et coll. Increased risk of cognitive impairment or dementia in women who underwent oophorectomy before menopause. *Neurology.* 2007; vol. 69, n°11 : p. 1074-1083. [PMID : 17761551](#).
Rocca, W. A., Grossardt, B. R., Geda, Y. E. et coll. Long-term risk of depressive and anxiety symptoms after early bilateral oophorectomy. *Menopause.* 2018; vol. 25, n°11 : p. 1275-1285.
- 11 American College of Obstetricians and Gynecologists. Safe prevention of the primary cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2014; vol. 210, n°3 : p. 179-193. [PMID : 24565430](#).
Boyle, A., Reddy, U. M., Landy, H. J. et coll. Primary Cesarean Delivery in the United States. *Obstet Gynecol.* 2013; vol. 122 : p. 33-40.
Friedman, E. A. (1978). *Labour: clinical evaluation and management.* 2e édition. New York : Appleton Century Croft.
Lee, L., Dy, J., Azzam, H. Management of Spontaneous Labour at Term in Healthy Women. *J Obstet Gynaecol Can.* 2016; vol. 38, n°9 : p. 843-865. [PMID : 27670710](#).
Zhang, J., Troendle, J. F., Yancey, M. K. Reassessing the labour curve in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol.* 2002; vol. 187, n°4 : p. 824-828. [PMID : 12388957](#).
- 12 Asztalos, E., Willan, A., Murphy, K. et coll. Association between gestational age at birth, antenatal corticosteroids, and outcomes at 5 years: multiple courses of antenatal corticosteroids for preterm birth study at 5 years of age (MACS-5). *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014; vol. 14 : p. 272. [PMID : 25123162](#).
Roberts, D., Dalziel, S. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Base de données des révisions systématiques Cochrane.* 2006; n°3 : article CD004454. [PMID : 16856047](#).
Skoll, A., Boutin, A., Bujold, E., Burrows, J., Crane, J., Geary, M., Jain, V., Lacaze-Masmonteil, T., Liauw, J., Mundle, W., Murphy, K., Wong, S., Joseph, K. S. No. 364-Antenatal Corticosteroid Therapy for Improving Neonatal Outcomes. *J Obstet Gynaecol Can.* 2018; vol. 40, n°9 : p. 1219-1239. [PMID : 30268316](#).

À propos de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin au Canada. La SOGC a pour mandat de promouvoir l'excellence dans la pratique de l'obstétrique, de la gynécologie et la santé des femmes par le leadership, la représentation, la collaboration et l'éducation. Elle compte plus de 3 500 membres, obstétriciens, gynécologues, médecins de famille, infirmières, sages-femmes et autres professionnels de la santé qui travaillent dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.



THE SOCIETY OF OBSTETRICIANS
AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA
LA SOCIÉTÉ DES OBSTÉTRICIEENS
ET GYNÉCOLOGUES DU CANADA

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@ChooseWiselyCA](https://twitter.com/ChooseWiselyCA) | 📌 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)