



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes Albert Fruhinsholz

*Travail dirigé : Syntocinon et Amniotomie
versus Amniotomie et Syntocinon dans la
correction des dystocies dynamiques du travail*

- Etude descriptive et analytique menée à la Maternité Régionale et Universitaire de Nancy sur 120 cas
- Enquête auprès des Sages-femmes de salle des naissances

Mémoire présenté et soutenu par

Julianne TAYON

Directeur de mémoire : LEMOINE Hélène

Sage-femme cadre enseignante faisant fonction à l'école de sage-femme de Nancy

Expert : DUMORTIER Camille

Sage-femme à la maternité régionale et universitaire de Nancy

Promotion 2014

REMERCIEMENTS

Merci à Madame LEMOINE, ma directrice de mémoire :

Pour m'avoir encadré durant ce long mémoire et pour vos conseils

Merci à Madame DUMMORTIER, mon experte de mémoire :

Pour votre encouragement, votre disponibilité et votre engagement
sincère dans tout ce que vous entreprenez

Merci à ma famille :

Pour m'avoir soutenu quotidiennement et pour m'avoir permis d'en
arriver jusque là

Merci à Clément GOMME :

Pour tes conseils statistiques et pour avoir toujours été là

Merci à Mathilde RALLI :

Pour ton amitié à toutes épreuves et tous les moments partagés
depuis ces quatre années d'études

Merci à Justine RULQUIN :

Pour cette rencontre inattendue, ta générosité et cette belle amitié

SOMMAIRE

Sommaire	4
Glossaire	6
Introduction	7
PARTIE 1	8
Généralités	9
1. Dystocies dynamiques	10
1.1. Description et fréquence	10
1.2. Retentissement fœtal et néonatal.....	10
1.3. Retentissement maternel	10
1.4. Facteurs favorisant la dystocie	10
2. Diagnostic des dystocies dynamiques	12
2.1. Classification des dystocies.....	12
3. Le travail dirigé	16
3.1. Analgésie péridurale.....	16
3.2. L'amniotomie.....	17
3.3. Ocytociques.....	19
3.4. L'accompagnement	21
PARTIE 2	22
1. Méthodologie	23
1.1. Problématique	23
1.2. Hypothèses	23
1.3. Objectifs	23
1.4. Type et site de l'étude	24
1.5. Recueil de données.....	24
1.6. Période d'enquête auprès des sages-femmes de salle des naissances	27
2. Résultats relatifs au recueil de données	28
2.1. Préambule.....	28
2.2. Renseignements généraux sur les patientes et leur grossesse	29
2.3. Le travail	30
2.4. Accouchement.....	39

2.5. Etat néonatal.....	40
3. Résultats de l'enquête auprès des sages-femmes de salle des naissances.....	42
PARTIE 3.....	46
1. Forces et faiblesses de l'étude.....	47
1.1. Absence de protocole	47
1.2. Population cible, taille des échantillons.....	47
1.3. Données manquantes.....	47
2. Analyse et résultats de l'étude du recueil de données.....	49
2.1. Caractéristiques des patientes et leur grossesse	49
2.2. A propos de l'analgésie péridurale lors d'un travail dirigé.....	49
2.3. Indications du travail dirigé après la pose d'APD	50
2.4. Travail dirigé par une seule méthode, Syntocinon® ou amniotomie.....	51
2.5. Travail dirigé par deux méthodes, Syntocinon® et amniotomie	55
2.6. Bien être fœtal durant le travail.....	61
2.7. Mode d'accouchement	63
2.8. Etat néonatal.....	63
2.9. Retour sur les hypothèses.....	65
2.10. Réflexion sur les facteurs associés aux dystocies dynamiques.....	66
3. Analyse des pratiques professionnelles auprès des sages-femmes de salle des naissances.....	68
3.1. Méthode de première intention pour diriger un travail selon les sages-femmes	68
3.2. Fondements de la pratique du travail dirigé.....	70
3.3. Justification du travail dirigé.....	71
Conclusion.....	73
Bibliographie	75
TABLE DES MATIERES	79
Annexe 1.....	83
Annexe 2.....	86

GLOSSAIRE

APD: Analgésie péridurale

CU: Contraction utérine

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

HAS: Haute autorité de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

IMC: Indice de masse corporelle

LA : Liquide amniotique

MRUN : Maternité régionale et universitaire de Nancy

OP: Occipito pubien

OS: Occipito sacré

RAM: Rupture artificielle des membranes

RCF: Rythme cardiaque fœtal

SA: Semaine d'aménorrhée

SFA : Souffrance fœtale aigüe

VP: Variété postérieure

INTRODUCTION

La direction du travail s'est progressivement imposée dans la pratique obstétricale avec l'augmentation du nombre d'analgésies péridurales. Son intérêt résulte en grande partie de la prise de conscience de l'accroissement du taux de césariennes durant le travail.

La première indication de césarienne durant le travail est la dystocie dynamique. De ce fait, elle nécessite une prise en charge adaptée en recherchant les étiologies, et en posant un diagnostic précoce. La correction de la dystocie réside essentiellement dans l'administration d'ocytociques et la réalisation d'une amniotomie.

Au cours de mes études, j'ai pu constater que l'ordre de ces deux méthodes face à des dystocies dynamiques du travail n'était pas protocolisé.

De ce constat est née mon interrogation sur la chronologie des actes à réaliser en première intention face à une dystocie dynamique du travail.

Deux séquences sont donc possibles : l'administration des ocytociques suivie de la réalisation d'une amniotomie versus l'exécution d'une amniotomie suivie de l'administration d'ocytociques.

Quelle séquence est à privilégier pour le déroulement du travail et le fœtus et quels sont les bénéfices attendus de ce choix ?

Tout d'abord, un rappel sur les dystocies dynamiques du travail sera fait afin de mieux les définir. Ensuite, chaque technique sera étudiée (l'amniotomie et l'administration d'ocytociques) ainsi que les principales recommandations et les revues bibliographiques.

Puis, les résultats de l'étude à la Maternité Régionale et Universitaire de Nancy menée sur 120 dossiers seront développés ainsi que les résultats de l'enquête réalisée auprès des sages-femmes de salle des naissances.

Enfin, une analyse fine des résultats de ces deux études sera faite tout en suggérant différentes propositions.

PARTIE 1

Dystocies Dynamiques et travail dirigé

Revue de la littérature

GENERALITES

La direction du travail regroupe l'ensemble des moyens mis en œuvre pour modifier le déroulement de l'accouchement permettant ainsi la normalisation d'un travail dystocique et une amélioration du confort maternel.

L'objectif est donc de se mettre dans les meilleures conditions d'efficacité du travail pour obtenir la progression régulière de la dilatation, une efficacité de la dynamique utérine, l'engagement et la descente du mobile fœtal et éviter un travail de longue durée pour la parturiente. Ainsi on peut diminuer les troubles acido-basiques conduisant à une souffrance fœtale. La direction du travail ne doit pas être une menace pour le fœtus ou la patiente et confère ainsi une responsabilité supplémentaire à l'équipe obstétricale [1][3][4].

La direction du travail repose sur des moyens mécaniques et pharmacologiques après avoir fait un diagnostic précis de la mise en travail spontané de la parturiente [5].

Une des principales difficultés du travail est la dystocie dynamique.

1. DYSTOCIES DYNAMIQUES

1.1. Description et fréquence

La dystocie dynamique est une perturbation du fonctionnement du muscle utérin pendant le travail aboutissant à une contractilité anormale et par conséquent à une inefficacité de la dilatation. Cela se traduit par une dilatation $< 1,2\text{cm/h}$, chez la primipare et une dilatation $< 1,5\text{cm/h}$ chez la multipare [4].

La fréquence des dystocies dépend de la pertinence avec laquelle le diagnostic est posé en salle d'accouchement. Friedman observait des dystocies chez 7,7% des primipares et 0,8% des multipares.

Dans la plupart des cas, il est difficile de prédire avec précision le risque de dystocie avant le début du travail.

1.2. Retentissement fœtal et néonatal

Les études ont montré que la mortalité et la morbidité fœtales augmentent avec la durée du travail ce qui survient dans la plupart des cas en présence de dystocies. Les dystocies augmenteraient la fréquence des anomalies du RCF (rythme cardiaque fœtal), des pH $< 7,25$ à la naissance, des scores d'APGAR < 6 , des réanimations néonatales et des transferts en unités de soins intensifs pédiatriques.

1.3. Retentissement maternel

Les dystocies entraînent une multiplication des actes médicaux et techniques. Le diagnostic de dystocie en cours de travail, aboutit à une césarienne dans 50 à 68% des cas.

La dystocie doit donc être reconnue et traitée [1][6].

1.4. Facteurs favorisant la dystocie

Le diagnostic étiologique de la dystocie est généralement réalisé à posteriori. Le facteur causal est difficile à identifier au moment de l'apparition de la dystocie. La

survenue d'une dystocie est souvent le résultat d'une addition de plusieurs facteurs de risques. Certains de ces facteurs peuvent être corrigés, d'autres sont fixes.

Tout d'abord les facteurs maternels qui regroupent la taille, les antécédents obstétricaux, la présence d'un utérus cicatriciel, la clinique du bassin, la présence d'un obstacle prævia (fibrome, kyste ovarien), la qualité des contractions, la dilatation cervicale et la malformation utérine.

Puis les facteurs fœtaux qui regroupent la présence de macrosomie ou de malformation fœtale, l'état des membranes, le degré de flexion de la tête, le type de présentation (antérieure ou postérieure) et le degré d'engagement.

Puis pour finir, les facteurs idiopathiques qui se définissent par l'analgésie péridurale et le traitement associé comme les ocytociques.

Du diagnostic étiologique dépendra le traitement [4].

2. DIAGNOSTIC DES DYSTOCIES DYNAMIQUES

Chez une parturiente présentant une anomalie de la dilatation, il est important dans un premier temps d'éliminer une dystocie mécanique, la DFP (disproportion foeto-pelvienne) ou une mauvaise orientation de la tête fœtale afin de pouvoir rechercher par la suite une dystocie dynamique [3]. L'absence de dystocie mécanique sera à rechercher en permanence au cours du travail.

Le diagnostic de dystocie dynamique se pose sur un partogramme, rempli au fur et à mesure par l'équipe en charge de la patiente, devant une mauvaise cinétique de la dilatation, de la contractilité utérine ou encore face à une anomalie de la progression de la présentation [6].

L'appréciation des anomalies d'évolution de la dilatation cervicale ainsi que de la progression de la présentation se fera lors des examens vaginaux réalisés chaque heure au cours du travail par le praticien en charge de la patiente. Les anomalies de la dynamique utérine s'observent à l'aide des méthodes actuelles de surveillance du travail, cliniques et technologiques ; le palper utérin, l'enregistrement tocographique externe et la tocographie interne [4].

2.1. Classification des dystocies

La classification des dystocies selon Friedman distingue diverses dystocies selon les phases du travail et les anomalies de la dilatation. Elle correspond assez bien aux faits rencontrés dans la pratique obstétricale.

2.1.1. Premier temps du travail

Anomalies de la phase de latence

Compte tenu de l'imprécision du début du travail, on peut observer de grandes variations dans la durée de cette phase de latence. Deux types d'anomalies doivent être distingués. Le faux début de travail et la dystocie de démarrage. Dans ce travail, la dystocie de démarrage serait détaillée car elle peut faire l'objet d'un travail dirigé contrairement au faux début de travail.

- **Dystocie de démarrage**

Les dystocies de démarrage sont peu fréquentes, rencontrées dans 2% des accouchements et atteignant les primipares dans 75% des cas.

Il s'agit de CU (contractions utérines) régulières, espacées de plus de 5min, qui deviennent de plus en plus intenses et douloureuses, qui n'entraînent aucune modification objective du col et ne cessent pas spontanément. Les CU ont tendance à augmenter à la marche. L'inconfort de cette situation est souvent source d'angoisse et d'agitation maternelle [5].

Une notion clinique simple fut proposée par Cardozo et Gibb selon laquelle la durée entre l'admission et la dilatation de 3cm est limitée à 6 heures pour les primipares et 4 heures pour les multipares [1].

Pour l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), la phase de latence doit être inférieure à 8 heures [6].

La durée de la phase de latence varie selon les conditions d'admission. En effet, une parturiente qui présente un col mature en début de travail, bénéficiera d'une phase de latence plus courte.

Cette dystocie reste controversée pour sa prise en charge. Certains auteurs considèrent qu'il suffit de calmer, de patienter et d'accompagner la parturiente d'autres pensent qu'il convient de diriger activement le travail [3][5][27].

Anomalies de la phase active

La progression lente du travail peut mettre en évidence une anomalie de la phase active. Elle peut être appréciée par une durée globale de travail trop élevée ou par une vitesse de dilatation insuffisante, généralement <1cm/heure voire un arrêt de la dilatation. Le partogramme permet généralement de poser le diagnostic.

Les CU sont responsables dans la majorité des cas des dystocies dynamiques lorsqu'une cause mécanique est éliminée. Elles représentent 30% des anomalies de la dilatation et doivent être évoquée systématiquement comme étiologie face à un ralentissement ou un arrêt de la dilatation durant le travail. La fréquence, l'intensité et la durée de la contraction sont les paramètres principaux à prendre en compte.

- **Hypocinésie**

Une hypocinésie se définit par une insuffisance de l'activité utérine. Les CU ont une intensité diminuée < 30 mm Hg, une durée < 60 secondes et une périodicité de 3 CU toutes les 10min aboutissant par conséquent à une vitesse de dilatation < 1cm/heure.

La dilatation lente hypocinétique est une dystocie assez fréquente. Friedman l'observe chez 3.6% des primipares et 0.3% des multipares.

Certaines étiologies semblent plus fréquentes.

Tout d'abord, les étiologies primaires qui regroupent la multiparité, les malformations utérines et les fibromes utérins.

Puis les étiologies secondaires qui comprennent la sur distension utérine (grossesse gémellaire, hydramnios, macrosomie), la DFP, l'obstacle prævia, les présentations dystociques et les facteurs iatrogènes (utilisation de sédatifs, d'anesthésiques, analgésie péridurale, conisation) [4].

En l'absence de traitement, cette dystocie entraîne une plus longue durée du travail avec une fatigue maternelle surajoutée, une augmentation du risque infectieux, de souffrance fœtale aigue et d'extraction instrumentale à la naissance. Le taux de césarienne est également plus accru avec un état et une adaptation néonatale non rassurants nécessitant un recours à la réanimation plus fréquent. La poursuite, même lente, de la dilatation tend à retarder la décision de pratiquer une césarienne.

Pour poser le diagnostic d' hypocinésie, il faut un temps d'observation assez long, de 2h environ. La décision thérapeutique prise sera la direction du travail. Dans ce cas, il conviendra de poser une APD (analgésie péridurale), surtout si le travail a été long, puis d'envisager une amniotomie ainsi qu'une perfusion d'ocytocine. Ces deux méthodes permettent de relancer la dynamique utérine et d'assurer la reprise de la dilatation.

Sous réserve d'un RCF normal, un délai de 2 heures est acceptable. Au-delà, si la dilatation n'a pas progressé plus rapidement, la DFP doit être évoquée et une césarienne doit être réalisée [3].

- **L'arrêt de la dilatation**

L'arrêt ou stagnation de la dilatation est l'absence de progression de la dilatation en phase de dilatation active, constatée au minimum 2 heures malgré une bonne dynamique utérine. La courbe de dilatation sur le partogramme reste horizontale.

Il s'agit d'une dystocie assez fréquente rencontrée chez 5,5% des patientes, plus présente chez les primipares que les multipares.

Dans ces cas là, on observe évidemment un taux de césarienne plus élevé, mais les résultats néonataux ne sont pas significativement différents des accouchements eutociques.

Parmi les étiologies, on retrouve principalement les présentations dystociques avec les variétés postérieures dans 73% des cas et les DFP dans 45% des cas.

2.1.2. Deuxième temps du travail

Grâce à l'action des CU, et lorsque le col utérin est à dilatation complète, l'engagement et la progression du mobile fœtal dans la filière pelvienne se déroule de manière physiologique dans les deux heures qui suivent la dilatation complète.

On parle de dystocie lorsque l'engagement et la descente du mobile fœtal ne se produisent pas dans les deux heures qui suivent la dilatation complète.

Les étiologies peuvent être multiples comme la DFP, la macrosomie et les présentations dystociques (présentation du siège, présentation transverse, présentation postérieure [5]).

En effet, lors d'un diagnostic de variété postérieure, une direction du travail pourra être mise en place afin de prévenir toute survenue de dystocie et de ralentissement du travail. Les variétés postérieures augmentent le risque de naissance par césarienne et d'extraction instrumentale. L'utilisation d'une perfusion d'ocytocine peut amener spontanément la présentation en variété antérieure ou faciliter la réalisation d'une rotation manuelle car l'augmentation des CU favorise la rotation.

Une césarienne sera réalisée si ce délai de deux heures n'est pas respecté.

3. LE TRAVAIL DIRIGE

Le travail dirigé a pour objectif de diminuer la durée du travail en corrigeant les anomalies de la dilatation et de la dynamique utérine et donc le nombre de césariennes pour dystocie. Il fait l'objet de nombreuses études. Il est classiquement entrepris après la pose d'une analgésie péridurale. Les moyens thérapeutiques pour diriger activement le travail sont essentiellement l'amniotomie et la perfusion d'ocytociques. Cependant, il n'existe aucun protocole sur la direction du travail, ou conduite à tenir spécifique sur la méthode à utiliser en première intention face à des dystocies du travail :

Dans « L'accouchement dystocique » de « La Pratique de l'Accouchement » :

- LANSAC J cite l'amniotomie en première intention face à une dystocie de la dilatation alors qu'en cas d'hypocinésie utérine c'est la perfusion d'ocytociques qui apparaît comme première thérapeutique.

Il est difficile pour les professionnels de santé d'avoir une pratique uniforme de ces deux méthodes dans la direction du travail. En effet, certains opteront pour une amniotomie avant la pose de la perfusion d'ocytociques et d'autres choisiront l'inverse. Ces divergences reposent donc sur des situations, des appréciations et des expériences propres à chacun. Il conviendra alors de décrire ces méthodes en évaluant les bénéfices risques maternels et fœtaux [3][6].

3.1. Analgésie péridurale

L'APD et ses effets sur l'activité utérine sont variables selon les auteurs.

Selon Thorp et al, elle entraînerait un léger allongement de la durée du travail, notamment dans la deuxième phase du travail, un relâchement de l'activité utérine et de ce fait une augmentation de l'utilisation d'ocytociques et un taux d'extractions instrumentales plus élevé à la naissance [12].

D'un autre côté, Segal et al, ne montra pas de différence significative après l'instauration de l'APD.

Le moment opportun de la pose de l'APD reste controversé. Plusieurs auteurs ont suggéré de retarder la pose de la péridurale jusqu'à 4-5 cm de dilatation cervicale afin

d'optimiser la durée du travail alors que d'autres études ont démontré que la pose précoce ou tardive de l'APD n'influencerait en rien sur la durée du travail et le taux d'extraction instrumentale [3][1].

Le résultat est différent en présence d'un travail dirigé. En effet, Rogers R, dans son étude, compara un groupe ayant reçu une direction du travail (amniotomie et ocytocine) puis une pose d'APD précoce contre un second groupe ayant reçu une direction du travail et une APD tardive. Lorsque l'APD fut mise en place précocement la durée du travail était réduite de 1,4heures, contre une réduction de 3.6heures si celle-ci était réalisée tardivement [13].

Cependant, en cas de diagnostic de dystocie, l'APD est généralement mise en place, elle soulage et lève l'angoisse des parturientes et autorise le recours aux traitements thérapeutiques avec moins d'appréhension. Elle permet de se donner le temps pour apprécier l'efficacité de ces traitements, ainsi que la réalisation plus aisée de manœuvres obstétricales, comme une extraction instrumentale ou une césarienne si nécessaire.

L'APD fait donc partie intégrante de la direction du travail [6][1].

3.2. L'amniotomie

3.2.1. La poche des eaux

Pendant le travail et durant les contractions, la poche des eaux joue un rôle de coin dilateur en facilitant les modifications cervicales.

La RAM (rupture artificielle des membranes) ou amniotomie permet un accroissement des CU mais également une application directe de la présentation fœtale sur le col utérin, permettant ainsi une progression de la dilatation plus rapide.

3.2.2. Technique

La pratique de la RAM se fait lors d'une contraction, par l'intermédiaire d'un toucher vaginal sur un col suffisamment dilaté et en présence d'une présentation qui applique. Une fois la RAM effectuée, la sage-femme doit apprécier la couleur du liquide, sa quantité, la présence ou non d'une anse de cordon et le bénéfice de cette rupture sur le col utérin et le reporter sur le partogramme [2][3][4][5].

3.2.3. Indications

La RAM est très fréquemment réalisée par les sages-femmes et ne doit en aucun cas être banalisée et exécutée systématiquement.

D'après le Traité d'Obstétrique, la RAM est le premier geste thérapeutique à pratiquer devant une anomalie de la progression de la dilatation en phase active du travail lorsque la dystocie est diagnostiquée après un délai d'observation d'au moins deux heures. En pratique, ce délai est généralement abaissé à une heure [3].

L'amniotomie est un traitement efficace qui résout à elle seule 50% des dystocies dynamiques.

- Pour Cardozo L, « 30% des patientes présentant une dystocie répondent à la RAM seule, sans ocytocine, avec de meilleurs résultats chez les primipares que chez les multipares ».
- Brison-Carolls G, dans sa méta analyse, mis en évidence l'utilité de l'amniotomie sur la diminution de la durée du travail de 0,6 à 2,3 heures et la diminution de la fréquence des scores d'APGAR inférieur à 7 à 5 minutes de vie [9][8][10].

Classiquement, la RAM est réalisée lorsque la présentation est fixée, vers 4-5cm de dilatation. En effet, les études ont démontré qu'il était recommandé de ne pas la pratiquer précocement lors du travail.

- L'étude de Johnson RB a montré que le taux de césarienne est significativement plus élevé si l'amniotomie est précoce [15].
- Dans l'étude de Goffinet F, la souffrance fœtale après amniotomie précoce était significative [16].

Le CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) s'est également positionné par rapport à la RAM sur un travail spontané.

Il est déconseillé « *de réaliser une amniotomie précoce et systématique en début de travail parce qu'elle induit plus fréquemment des anomalies du RCF à type de ralentissements variables et tardifs* » [7].

Dans la pratique, la RAM est souvent associée aux ocytociques durant le travail.

- Cardozo L dans son étude compara l'efficacité de la RAM versus RAM et ocytociques. Lorsque la dilatation était inférieure à 1cm/heure, l'association de ces deux méthodes permettait une reprise significative de la dilatation chez les multipares et primipares [23]
- Blanch G, dans son essai randomisé, confirma ces résultats. Le groupe RAM et ocytociques a permis une reprise de la vitesse de dilatation de 1,99cm/heure tandis que le groupe RAM seule de 0,85cm/heure [17].

3.3. Ocytociques

Les ocytociques sont des utérotoniques qui augmentent la force contractile de l'utérus et régularisent les CU. Ils sont constitués d'ocytocine et sont commercialisés actuellement sous le nom de Syntocinon®.

3.3.1. Indications et Administration

Les ocytociques sont préconisées face à des dystocies dynamiques, cervicales ou utérines, en début ou pendant le travail, en présence de défaut de flexion ou d'engagement de la présentation fœtale ou encore d'anomalie de la progression fœtale.

Ses modalités d'emploi varient suivant les établissements et les protocoles notamment sur la manière d'augmenter la posologie.

Le CNGOF recommande : « *En cas d'indication de travail dirigé, il est recommandé d'utiliser de faibles doses d'ocytociques en respectant des délais d'augmentation de 20 à 30 minutes afin d'éviter la survenue d'une hyperactivité utérine et les troubles du RCF* » [7].

Mori R dans son essai randomisé, compara les utilisations de doses fortes avec les doses faibles d'ocytocine. Il mit en évidence que les doses fortes s'accompagnaient d'une diminution significative de la durée du travail, de moins d'applications instrumentales et de césarienne pour dystocies, et que l'état néonatal ne présentait pas de différence notable. Néanmoins les césariennes au cours du travail pour SFA (souffrance fœtale aigüe) étaient augmentées [18][19].

Une fois la contractilité satisfaisante, il est recommandé d'arrêter l'augmentation de la perfusion voire de diminuer le débit. Cette pratique n'est pas forcément habituelle

dans les salles de naissance et l'arrêt est plus volontiers décidé à l'occasion d'un trouble de la contractilité ou d'un trouble sévère du RCF [29].

3.3.2. Résultats

Sur le plan obstétrical, la perfusion d'ocytocine est un traitement de choix, essentiel dans l'avancée du travail et la correction des dystocies dynamiques. Elle est dans la plupart des cas précédée de la RAM. L'absence de progression de la dilatation, malgré une correction par RAM et ocytocine doit conduire à réaliser une césarienne.

- Selon l'étude de Thornton JG, la totalité du travail fut réduite approximativement de deux heures lorsque qu'une parturiente avait reçu une perfusion d'ocytocine en début de travail par rapport à une absence de traitement. Dans les situations obstétricales à risques pour l'enfant et la mère ce point est non négligeable [20].
- Dans son étude rétrospective, Bottoms SF observa que sur 593 dystocies dynamiques, 50% ont accouché par voie basse après avoir reçu la RAM seule contre 71% lorsqu'elles ont eu de l'ocytocine en supplément. Au total, 14,5% de l'effectif total a été césarisé en ayant des résultats néonataux satisfaisants [21].
- En ce qui concerne le taux de césarienne, dans un essai contrôlé randomisé, Fraser WD observa que celui-ci était diminué lorsque l'association de la RAM et la perfusion d'ocytocine était placée précocement pendant le travail [22].
- L'efficacité de l'ocytocine fut également démontrée dans une étude randomisée de Cardozo L sur 926 patientes. Il a comparé, après RAM, l'effet d'une perfusion d'ocytocine (débit compris entre 4 et 32mUI/min) ou d'une perfusion de sérum physiologique. L'association RAM et ocytocine permettait une reprise de la dilatation lorsque celle-ci est $<1\text{cm/h}$ et une réduction du taux de césarienne (10% contre 28% avec une perfusion de sérum physiologique). Ce traitement permettait également une reprise de la dilatation lors d'un arrêt de la dilatation chez les primipares (90% contre 8%) comme chez les multipares (97% contre 25%) [23].

En conclusion, l'association RAM et ocytocine permet une progression de la dilatation chez la primipare comme chez la multipare, en présence d'une dilatation lente ou d'un arrêt de la dilatation. Par conséquent, la fréquence des césariennes est diminuée et le risque fœtal n'est pas augmenté [24].

Sur le plan néonatal, les résultats étaient satisfaisants que ce soit à la suite d'un travail normal ou d'un travail dirigé. Une cohorte de 413 enfants nés après dystocies traitées par ocytocine et RAM montra que l'incidence des anomalies neurologiques, avec un recul de plus de deux ans, était identique que la patiente ait reçu de l'ocytocine ou non [1] [24].

3.4. L'accompagnement

La douleur et l'angoisse liés à l'accouchement influent de manière péjorative le déroulement du travail.

Le travail de Wuitchik M a associé la durée du travail et le mode d'accouchement avec l'intensité de la douleur dès l'entrée en travail. Il conclut à un travail plus long avec un taux d'extraction instrumentale et de césarienne plus élevé dans les cas où la douleur de la patiente était intense [25].

L'accompagnement permanent des parturientes réduit la durée du travail, la fréquence des extractions instrumentales et le taux de césariennes.

Zhang J, dans sa méta analyse confirma ces résultats en évaluant l'intérêt de l'accompagnement par une personne ne participant pas aux soins [26].

PARTIE 2

Méthodologie et résultats de l'étude

1. METHODOLOGIE

1.1. Problématique

L'utilisation de Syntocinon® et de la RAM sont courantes, tant dans la correction de dystocies que dans l'accélération du travail physiologique. Cependant, l'emploi et l'ordre de ces deux méthodes varient selon les situations obstétricales et les professionnels de santé. En effet, deux séquences sont donc possibles : l'administration des ocytociques suivie de la réalisation d'une amniotomie versus l'exécution d'une amniotomie suivie de l'administration d'ocytociques.

Quelle séquence est à privilégier pour le déroulement du travail et le fœtus et quels sont les bénéfices attendus de ce choix ?

1.2. Hypothèses

- 1) « Les pratiques professionnelles ne sont pas uniformes sur le travail dirigé »
- 2) D'après les recommandations : « La RAM est utilisée en première intention dans le travail dirigé »
- 3) « La séquence choisie a un impact différent sur la correction des dystocies dynamiques du travail »
- 4) « Les caractéristiques du travail, le mode d'accouchement et l'état fœtal et néonatal varient selon la séquence choisie »

1.3. Objectifs

Cette étude a été menée selon différents objectifs.

1.3.1. Objectif principal

- Observer les avantages et les inconvénients, maternels et fœtaux, d'un travail dirigé en comparant les pratiques : Syntocinon® suivi d'une RAM versus RAM suivie d'une perfusion de Syntocinon® chez les nullipares et primipares.

1.3.2. Objectif secondaire

- Faire un état des lieux des pratiques professionnelles des sages-femmes de la Maternité Régionale et Universitaire de Nancy.

1.4. Type et site de l'étude

Dans un premier temps, cette étude a été réalisée de manière descriptive, rétrospective, analytique, chez des patientes ayant accouché à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.

Puis, des questionnaires ont été distribués aux sages-femmes exerçant dans la salle des naissances de cet établissement.

La Maternité Régionale Universitaire de Nancy est un établissement de type III, comptabilisant 3354 accouchements en 2012 dont 731 césariennes (21%).

1.5. Recueil de données

1.5.1. Population étudiée, échantillonnage

La population étudiée était constituée de femmes ayant accouché à terme (entre 37 SA et 41 SA), dont le travail a été dirigé par Syntocinon® et amniotomie après la pose d'une analgésie péridurale.

Critères d'inclusion

- Nullipare
- Primipare
- Grossesse d'évolution physiologique
- Grossesse singleton
- Terme compris entre 37 SA et 41 SA
- Présentation céphalique
- Travail spontané
- Membranes intactes lors de l'admission en salle des naissances

- Sous analgésie péridurale durant le travail
- Patiente ayant reçu une amniotomie pendant le travail et après la pose d'analgésie péridurale
- Patiente ayant reçu une perfusion d'ocytociques pendant le travail et après la pose d'analgésie péridurale

Critères d'exclusion

- Patientes ayant accouché avant 37 SA et après 41 SA
- Patientes ayant un suivi de grossesse incidenté (MAP, diabète gestationnel, HTA gravidique...)
- Patientes avec un antécédent d'utérus cicatriciel
- Patientes ayant été déclenchées
- Patientes ayant été dirigées pour raison médicale au préalable

Deux groupes de patientes ont été distingués dans cette population cible.

D'une part les femmes n'ayant jamais accouché, les nullipares et d'autre part les femmes ayant déjà un enfant, les primipares.

Puis pour chacun de ces 2 groupes, 2 échantillons ont été différenciés.

Un premier échantillon composé de parturientes ayant reçu dans un ordre précis : l'analgésie péridurale, la perfusion d'ocytocine puis la RAM et un second échantillon constitué de parturientes ayant reçu l'analgésie péridurale, la RAM puis la perfusion d'ocytocine.

60 dossiers ont été étudiés par groupe soit **120** dossiers au total.

De ce fait, chaque échantillon a été composé de **30** dossiers afin d'être représentatif et transposable à la population générale comportant ces mêmes critères.

1.5.2. Description de l'action

Cette étude a débuté le 1^{er} août 2013 jusqu'à ce que 60 dossiers soit obtenus dans les deux groupes. Elle a donc été arrêtée le 15 novembre 2013 en se rendant très régulièrement à la maternité de Nancy.

Le registre des naissances de l'établissement se trouvant en salle des naissances a permis de relever le nom des patientes ayant accouché durant cette période. Les critères de sélection étaient :

- nullipare-primipare
- terme compris entre 37 SA et 41 SA
- APD durant le travail

Une fois les critères relevés, les dossiers obstétricaux ont été triés dans le service des accouchées en excluant ceux qui ne correspondaient pas à l'étude.

Par la suite, un numéro d'anonymat a été attribué à chaque patiente. Pour chaque numéro d'anonymat, un questionnaire de recueil de données concernant le travail dirigé a été complété (Annexe 1). Le remplissage de ce questionnaire se basait uniquement sur les informations présentes dans le dossier obstétrical de la patiente.

Cette action ne présentait aucun risque pour les patientes.

1.5.3. Outil d'enquête

Par la suite, un recueil de données basé sur des éléments extraits des dossiers obstétricaux a été créé, et divisé principalement en 4 parties :

- les renseignements généraux de la patiente
- le travail
- l'accouchement
- l'état néonatal

Les données ont ensuite été rentrées sous forme de tableau à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel.

1.5.4. Difficultés rencontrées

La principale difficulté a été le remplissage du recueil de données. En effet, les dossiers relatifs à cette étude étaient souvent indisponibles. D'autres encore étaient sortis du service. De ce fait, plusieurs jours ont été nécessaires pour pouvoir accéder aux dossiers susceptibles de faire partie de l'étude.

Des difficultés ont également été rencontrées pour compléter les quatre échantillons avec le même nombre de patientes. Certains des échantillons ont été remplis plus rapidement (ceux où l'amniotomie était réalisée en première intention chez les nullipares et primipares), nécessitant un tri plus important par la suite.

Le travail dirigé n'a pas de cotation, cela a donc rajouté une difficulté supplémentaire. Il fut nécessaire de répertorier tous les accouchements ayant eu lieu dans la période de l'étude et de ne retenir que ceux en accord avec celle-ci.

1.6. Période d'enquête auprès des sages-femmes de salle des naissances

Le questionnaire (Annexe 2) fut distribué durant le mois de novembre. Sur 17 questionnaires distribués aux sages-femmes, 15 ont été récupérés. Soit un taux de réponse de 88%.

Le questionnaire incluait uniquement les sages-femmes travaillant en salle des naissances à la MRUN afin de mettre en relation les sages-femmes qui se sont occupées des patientes de l'étude.

Le questionnaire présentait une majorité de questions « ouvertes » afin de ne pas influencer les réponses sur leurs pratiques. Ce questionnaire est disponible en Annexe 2.

2. RESULTATS RELATIFS AU RECUEIL DE DONNEES

2.1. Préambule

Dans un premier temps, pour faciliter l'exploitation des résultats, une nomination appropriée et compréhensible des 2 groupes a été faite :

- Les patientes qui ont reçu dans un ordre précis ; l'APD, le Syntocinon® et la RAM : **SR**
 - Les patientes qui ont reçu dans un ordre précis ; l'APD, la RAM et le Syntocinon® : **RS**

Puis dans un deuxième temps, une nomination des 4 échantillons en fonction de la parité a été réalisée :

- Les nullipares qui ont reçu la perfusion d'ocytocine avant la RAM :
SR-N
- Les nullipares qui ont reçu la RAM avant la perfusion d'ocytocine :
RS-N
- Les primipares qui ont reçu la perfusion d'ocytocine avant la RAM :
SR-P
- Les primipares qui ont reçu la RAM avant la perfusion d'ocytocine :
RS-P

Dans chaque tableau, n représente l'effectif, my représente la moyenne et % représente le pourcentage.

La p-value doit être < 0.005 pour être significative. NS représente non significatif.

2.2. Renseignements généraux sur les patientes et leur grossesse

Tout d'abord, les caractéristiques générales des patientes ont été étudiées

Population cible, échantillons					
	SR-N n=30 n	RS-N n=30 n	SR-P n=30 n	RS-P n=30 n	Total N
<u>Age de la patiente (années)</u>					
< 20	4	1		1	6
[20;25[	12	7	8	10	37
[25;30[	11	11	10	13	45
>30	3	11	12	6	32
<u>IMC (kg/m²)</u>					
<18,5	1	1	1	2	5
[18,5;25[	19	22	24	19	84
[25;30[	5	2	3	4	14
≥30	3	1		2	6
<u>Age gestationnel (SA)</u>					
[37;38]	4	1	4	1	10
]38;39]	7	1	7	6	21
]39;40]	9	13	9	8	39
]40;41]	11	16	11	12	50

Tableau 1 : Caractéristiques des patientes et leur grossesse selon les 4 échantillons

Légende : IMC (Indice de masse corporelle) :

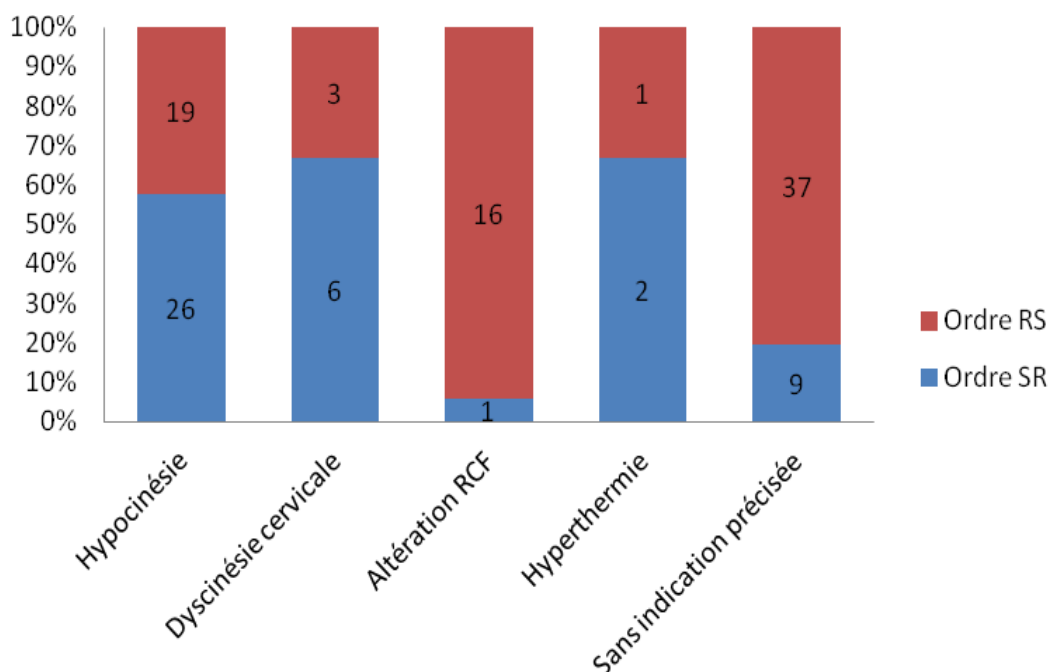
- <18,5= maigre
- [18,5;25 = poids normal
- [25;30[= surpoids
- ≥30=obésité

A noter : 2 IMC n'ont pas été retrouvés dans les dossiers obstétricaux.

2.3. Le travail

Puis, les indications au travail dirigé après la pose d'analgésie péridurale ainsi que la survenue des dystocies ont été relevées.

2.3.1. Les indications du travail dirigé chez les nullipares et primipares



Graphique 1 : Les indications au travail dirigé chez les nullipares et primipares confondues

2.3.2. Dystocies et anomalies du RCF après la pose de l'APD

Population cible, échantillons							
	SR-N	RS-N		SR-P	RS-P		Total
	n=30	n=30	p-value	n=30	n=30	p-value	
	n (%)	n (%)	p < 0,005	n (%)	n (%)	p < 0,005	n
<u>Présence de dystocies après APD</u>							
dyscinésie cervicale	3 (10)	1 (3)	NS	3 (10)	2 (6)	NS	9
hypocinésie utérine	16 (53)	11 (36)	NS	10 (33)	8 (27)	NS	45
<u>Anomalies du RCF avant le travail dirigé</u>							
	1 (3)	7 (23)	NS		9(30)	NS	17

Tableau 2 : Présence de dystocies et anomalies du RCF selon les 4 échantillons

2.3.3. Travail dirigé par une seule méthode (Syntocinon® ou Amniotomie)

Les conditions obstétricales et fœtales de chacune des méthodes au moment de leur réalisation ont été étudiées, ainsi que la correction ou non des dystocies suivant la méthode employée.

Population cible, échantillons							
	SR-N n=30 n (%) my	RS-N n=30 n (%) my	p-value p< 0,005	SR-P n=30 n (%) my	RS-P n=30 n (%) my	p-value p < 0,005	Total n
<u>Délai avec l'APD</u>							
<u>(minutes)</u>	35,5	79,2		52	65,2		
<u>Dilatation (cm)</u>	4,8	5,8		5,6	5,2		
<u>Présentation fœtale</u>							
Haute	17 (56)	1 (3)	0,00008	11 (36)		0,0026	29
Appliquée	8 (26)	15 (50)	NS	7 (23)	14 (47)	NS	44
Fixée	5 (16)	14 (47)	0,0025	12 (40)	16 (53)	NS	47
<u>Poche des eaux</u>							
Bombante	9	17	0,004	16	7	0,0038	49
Plate	11	13	NS	14	23	0,0034	61
<u>Contractions utérines</u>							
<u>fréquence (min)</u>							
[2-3[	(23)	(43)		(47)	(50)		
[3-4[	(20)	(17)		(27)	(17)		
>4	(57)	(40)		(27)	(33)		
<u>intensité</u>							
modérée	(73)	(60)		(57)	(77)		
modérée à forte	(13)	(10)		(13)	(3)		
forte	(13)	(30)		(27)	(20)		

Tableau 3 : Conditions obstétricales et fœtales lors de la réalisation d'une seule méthode (Syntocinon® ou amniotomie) selon les 4 échantillons

Population cible, échantillons							
	SR-N	RS-N		SR-P	RS-P		Total
	n (%)	n (%)	p-value	n (%)	n (%)	p-value	n
	my	my	p < 0,005	my	my	p < 0,005	
<u>Dilatation cervicale (cm)</u>	5,4	6,5		6,3	6		
<u>Correction des dystocias précédentes</u>							
dyscinésie cervicale	2 (67)	1 (100)	NS	2 (67)		NS	5
hypocinésie utérine	6 (38)	2 (18)	NS	6 (60)	2 (25)	NS	16
<u>Non correction des dystocias précédentes</u>							
dyscinésie cervicale	1 (33)		NS	1 (33)	2 (100)	NS	4
hypocinésie utérine	10 (62)	9 (82)	NS	4 (40)	6 (75)	NS	29
<u>Présence de dystocias après une seule méthode</u>							
dyscinésie cervicale	5 (17)	8 (27)	NS	1 (3)	8 (27)	0,0043	22
hypocinésie utérine	13 (43)	11 (37)	NS	4 (12)	12 (40)	0,0047	40
dystocie d'engagement	2 (6)		NS	1 (3)		NS	3
stagnation de la présentation	2 (6)	2 (6)	NS	1 (3)	2 (6)	NS	7
<u>Anomalies RCF après une seule méthode</u>							
	3 (10)	5 (17)	NS	3 (10)	6 (20)	NS	17

Tableau 4 : Correction ou persistance des dystocias après une seule méthode (Syntocinon® ou amniotomie) selon les 4 échantillons

Au moment de la dyscinésie cervicale, 52.5% des échantillons présentaient une dynamique utérine satisfaisante. Nous observons 47.5% d'hypocinésie de durée et d'intensité. Et seulement 9% des échantillons présentaient une présentation fœtale encore haute.

Population cible, échantillons							
	SR-N n=30 n (%)	RS-N n=30 n (%)	p-value p< 0,005	SR-P n=30 n (%)	RS-P n=30 n (%)	p-value p< 0,005	Total n
<u>Débit initial lors de la pose (cc/h)</u>							
5	2 (6)	1 (3)	NS	4 (13)	2 (6)	NS	9
10	24 (80)	27 (90)	NS	26 (87)	25 (83)	NS	102
15	4 (13)	2 (6)	NS		3 (10)	NS	9
>15							
<u>Intervalle des paliers (minutes)</u>							
[10;20]	(22)	(26)		(16)	(20)		
[20;30]	(42)	(36)		(20)	(32)		
[30;40]	(24)	(28)		(56)	(42)		
> 40	(12)	(10)		(8)	(6)		
<u>Débit maximum en fin de travail</u>							
[10;30]	14 (46)	20 (66)	NS	21 (70)	21 (70)	NS	76
[31;50]	7 (23)	9 (30)	NS	6 (20)	6 (20)	NS	28
[51;70]	3 (10)	1 (3)	NS	1 (3)	3 (10)	NS	8
[71;90]	6 (20)		NS	1 (3)		NS	7
≥ 91				1 (3)		NS	1
<u>Délai RAM/Syntocinon® (minutes)</u>							
[1;30]	9 (30)	13 (43)	NS	9 (30)	9 (30)	NS	40
]30;60]	14 (47)	6 (20)	0,0041	16 (53)	10 (33)	NS	46
]60;120]	7 (23)	7 (23)	NS	4 (13)	9 (30)	NS	27
>120		4 (13)	NS	1 (3)	2 (6)	NS	7

Tableau 5 : Emploi du Syntocinon® selon les 4 échantillons

2.3.4. Travail dirigé par deux méthodes (Syntocinon® et Amniotomie)

Puis dans cette partie, les conditions obstétricales et fœtales lors de l'application des deux méthodes ainsi que la correction ou non des dystocies suivant la séquence choisie ont été étudiées.

Une attention a également été faite sur les caractéristiques fœtales lors du travail.

Population cible, échantillons					
	SR-N	RS-N	SR-P	RS-P	Total
	n=30 n (%)	n=30 n (%)	n=30 n (%)	n=30 n (%)	n
	my	my	my	my	
<u>Dilatation (cm)</u>	6,2	7	7,3	6,3	
<u>Présentation fœtale</u>					
haute					
appliquée	4 (13)	1 (3)	3 (10)		8
fixée	24 (80)	29 (97)	27 (90)	30(100)	110
<u>Contractions utérines</u>					
<u>fréquence (min)</u>					
[2-3[	(82)	(74)	(92)	(93)	
[3-4[	(18)	(24)	(8)	(3)	
>4		(2)			
<u>intensité</u>					
modérée	(60)	(50)	(57)	(82)	
modérée à forte	(15)	(17)	(16)	(3)	
forte	(25)	(33)	(27)	(18)	

Tableau 6 : Conditions obstétricales et fœtales lors de la mise en place des deux méthodes (Syntocinon® et amniotomie) selon les 4 échantillons

A noter : 2 hauteurs de la présentation fœtale n'ont pas été retrouvées dans les partogrammes.

Population cible, échantillons							
	SR-N	RS-N		SR-P	RS-P		Total
	n=30	n=30	p-value	n=30	n=30	p-value	
	n (%)	n (%)	p<	n (%)	n (%)	p<	n
	my	my	0,005	my	my	0,005	
<u>Dilatation cervicale (cm)</u>							
	7,9	7,9		8,6	8,2		
<u>Correction des dystocies</u>							
dyscinésie cervicale	3 (60)	7 (86)	NS	1 (100)	8 (100)	NS	19
hypocinésie utérine	13 (100)	11(100)	NS	4 (100)	11 (92)	NS	39
dystocie d'engagement	1 (50)	2 (100)	NS	2 (100)		NS	5
stagnation de la présentation	1 (50)	2 (100)	NS		2 (100)	NS	5
<u>Non correction des dystocies</u>							
dyscinésie cervicale	2 (40)	1 (14)	NS				3
hypocinésie utérine					1 (8)	NS	1
dystocie d'engagement	1 (50)		NS				1
stagnation de la présentation	1 (50)		NS				1
<u>Délai de correction des dystocies (heures)</u>							
dyscinésie cervicale	1h02	1h45		1h10	1h		
hypocinésie utérine	1h06	1h32		52m	1h11		
dystocie d'engagement	1h30	2h		1h			
stagnation de la présentation				1h	13m		
<u>Durée total du travail (heures)</u>							
	6h46	5h43		5h20	4h26		

Tableau 7 : Correction ou persistance des dystocies après les deux méthodes (Syntocinon® et amniotomie) selon les 4 échantillons

Population cible, échantillons							
	SR-N	RS-N		SR-P	RS-P		Total
	n=30	n=30	p-value	n=30	n=30	p-value	
	n (%)	n (%)	p<	n (%)	n (%)	p <	n
	0,005		0,005			0,005	
<u>Couleur LA</u>							
clair	17 (58)	21 (70)	NS	25 (83)	25 (83)	NS	90
teinté	8 (27)	8 (27)	NS	3 (10)	2 (6)	NS	21
méconial	5 (17)	1 (3)	NS	2 (6)	3 (10)	NS	9
<u>Orientation de la présentation</u>							
antérieure	19(63)	18(60)	NS	22(73)	22(73)	NS	81
postérieure	7(23)	7(23)	NS	5(17)	6(20)	NS	25
podalique		1(3)	NS	2(7)		NS	3
<u>Descente du mobile fœtal (minutes)</u>							
[1;30]	2	5	NS	7	13	NS	
]30;60]	4	5	NS	11	13	NS	
]60;120]	11	11	NS	11	3	NS	
>120	8	3	NS	1		NS	
<u>Anomalies RCF après les deux méthodes</u>							
<u>PH au scalp</u>	7	7	NS	4	4	NS	22

Tableau 8 : Caractéristiques fœtales lors du travail selon les 4 échantillons

A noter : 11 orientations de la présentation lors de l'engagement n'ont pas été retrouvées dans les partogrammes.

Variétés postérieures							
	SR-N n	RS-N n	p-value p< 0,005	SR-P n	RS-P n	p-value p< 0,005	Total n
<u>Total des variétés postérieures</u>	6	7	NS	5	7	NS	25
<u>Echographie de diagnostic</u>	2	3	NS	4	3	NS	12
<u>Durée du travail</u>							
<12h	4	6	NS	5	7	NS	25
>12h	2	1	NS				3
<u>Anomalies du travail précédant le diagnostic</u>							
stagnation de la dilatation	2	1	NS				3
dystocie d'engagement	1		NS	1	1	NS	3
stagnation de la présentation	1		NS				1
<u>Anomalies du travail engendrée par la VP</u>							
stagnation de la dilatation	2	1	NS				3
dystocie d'engagement	3	1	NS	1	1	NS	6
stagnation de la présentation							
<u>Rotation naturelle</u>							
oui	4	4	NS	3	3	NS	14
non	1	3	NS	2	4	NS	10
<u>Rotation manuelle</u>	1	2	NS	2	4	NS	9
échec	1	1	NS	1	1	NS	4
réussite		1	NS	1	3	NS	5
<u>Orientation à l'expulsion</u>							
OS	1	1	NS				2
OP	4	5	NS	5	6	NS	20

Tableau 9 : Variétés postérieures selon les 4 échantillons

2.4. Accouchement

Dans cette partie, les modalités d'accouchement ont été étudiées en fonction de la séquence choisie.

Population cible, échantillons							
	SR-N	RS-N		SR-P	RS-P		Total
	n=30	n=30	p-value	n=30	n=30	p-value	
	n (%)	n (%)	p < 0,005	n (%)	n (%)	p < 0,005	n
Accouchement voie basse	25 (83)	24 (80)	NS	29 (97)	29 (97)	NS	107
non instrumentalisé	20 (80)	14 (58)	0,005	24 (80)	28 (97)	NS	86
ventouse	5 (20)	8 (33)	NS	5 (17)	1 (3)	NS	19
forceps		1 (4)	NS				1
ventouse et forceps		1 (4)	NS	1 (3)		NS	1
Césarienne	5 (17)	6 (20)	NS	1 (3)	1 (3)	NS	13

Tableau 10 : Mode d'accouchement selon les 4 échantillons

Dans l'échantillon SR-N :

- 2 patientes ont eu une césarienne pour altération du RCF et arrêt de la dilatation,
- 1 patiente pour arrêt de la dilatation et
- 2 patientes ont été césarisées pour altération du RCF, stagnation de la dilatation et non engagement dans le bassin
-

Dans l'échantillon RS-N :

- 2 patientes ont eu une césarienne pour altération du RCF et arrêt de la dilatation,
- 2 patientes ont eu une césarienne pour altération du RCF et
- 2 ont été césarisées pour altération du RCF, échec de ventouse et efforts expulsifs insuffisants

Dans l'échantillon SR-P :

- Une césarienne a été réalisée pour non engagement et altération du RCF

Dans l'échantillon RS-P :

- Une césarienne a été réalisée pour non engagement et altération du RCF

2.5. Etat néonatal

Enfin, les caractéristiques du nouveau-né à la naissance ainsi que son état néonatal suivant la séquence choisie ont été analysés.

Population cible, échantillons					
	SR-N n=30 n	RS-N n=30 n	SR-P n=30 n	RS-P n=30 n	Total n
<u>Poids de naissance (gr)</u>					
<2500			1		1
[2500;2999]	4	9	3	4	20
[3000;3499]	17	14	15	19	65
[3500;3999]	7	7	11	7	32
>4000	2				2
<u>Anomalies du RCF expliquées à la naissance</u>					
circulaire serré	4	5	3	5	17
circulaire lâche	3	5	2	3	13
bretelle	2		1	1	4
nœud au cordon		1			1
procidence					

Tableau 11 : Caractéristiques du nouveau-né à la naissance suivant les 4 échantillons

Population cible, échantillons							
	SR-N n=30 n (%) my	RS-N n=30 n (%) my	p-value p < 0,005	SR-P n=30 n (%) my	RS-P n=30 n (%) my	p-value p < 0,005	Total n
<u>APGAR à 1min</u>							
<4		4(13)	NS				4
entre 5 et 7	2(7)	5(17)	NS	1(3)	2(7)	NS	10
>7	28(93)	21(70)	NS	29(97)	28(93)	NS	106
total	8,59	7,56		8,73	8,57		
<u>APGAR à 5min</u>							
<4							
entre 5 et 7		2(7)	NS		1(3)	NS	3
>7	30(100)	28(93)	NS	30(100)	29(97)	NS	117
total	9,73	8,64		9,70	9,57		
<u>Gaz du sang</u>							
lactates (mmol/l)	3,11	3,82		3,07	2,88		
<u>ph au cordon</u>							
< 7,20	6(20)	11(37)	NS	6(20)	8(27)	NS	31
[7,20;7,25]	9(30)	11(37)	NS	10(33)	7(23)	0,0042	37
>7,25	16(53)	9(30)	0,0042	15(50)	17(57)	NS	57
<u>Gestes de réanimation</u>							
AG	9(30)	13(43)	NS	9(30)	8(27)	NS	39
ventilation	3(10)	8(27)	NS	2(7)	1(3)	NS	14
oxygénation	1(3)	4(13)	NS	1(3)	1(3)	NS	7
intubation					1(3)	NS	1
Massage cardiaque externe							

Tableau 12 : Etat néonatal selon les 4 échantillons

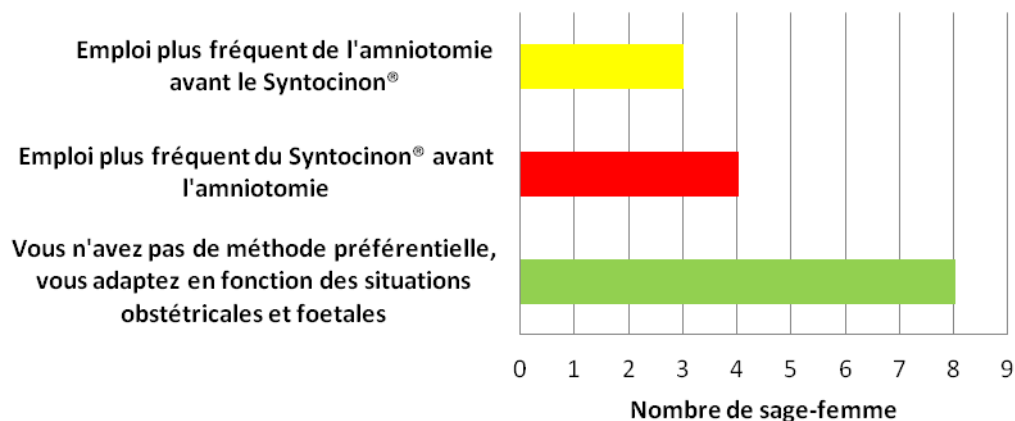
A noter : 15 ph au cordon n'ont pas été retrouvés dans les dossiers obstétricaux

3. RESULTATS DE L'ENQUETE AUPRES DES SAGES-FEMMES DE SALLE DES NAISSANCES

17 questionnaires ont été distribués aux sages-femmes travaillant en salle des naissances et 15 questionnaires ont été remplis. Les questions n°2, 3 et 5 étaient des questions « ouvertes ».

Question n°1

Pratiques des sages-femmes sur le travail dirigé

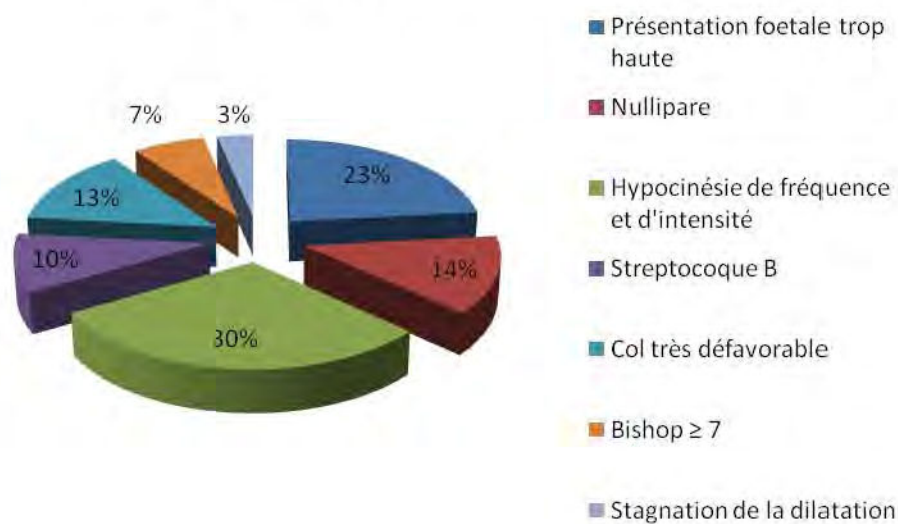


Pour diriger activement le travail, la majorité des sages-femmes soit 8, ont répondu qu'elles n'avaient pas de méthode préférentielle, et qu'elles adaptaient leur pratique en fonction des situations obstétricales.

Cependant, 4 sages-femmes auraient recours plus fréquemment au Syntocinon® en première intention contre 3 pour l'amniotomie.

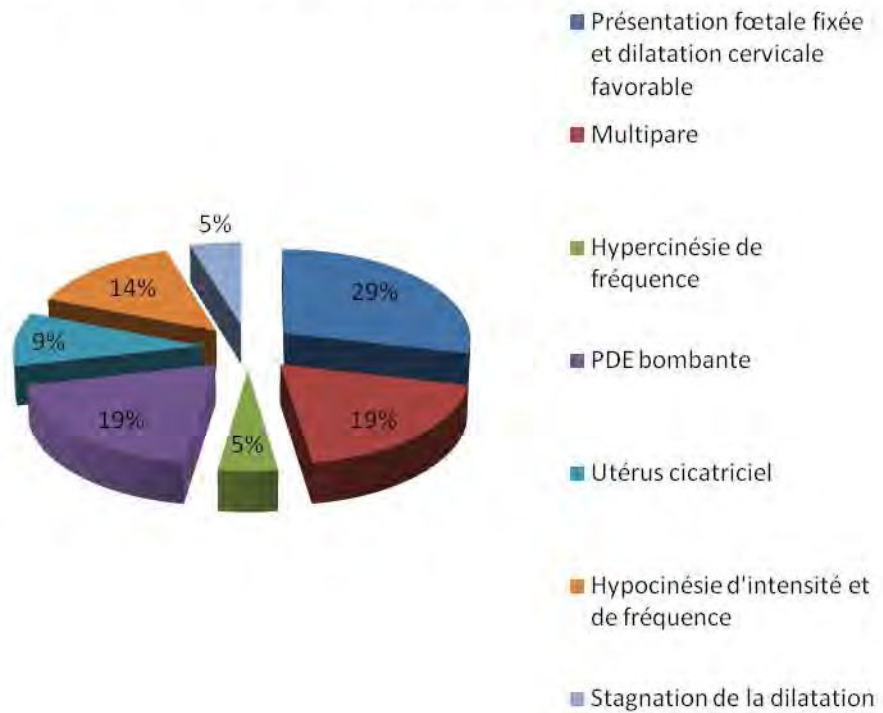
Question n°2

Dans quelle situations obstétricales ou fœtales préférez-vous employer le Syntocinon® en première intention ?



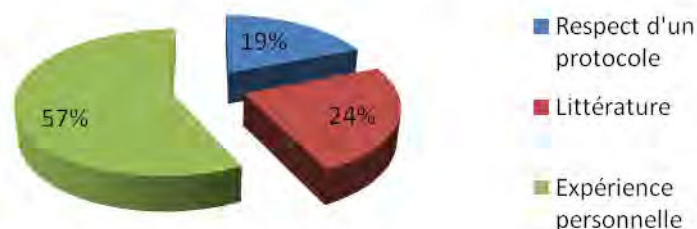
Question n°3

Dans quelles situations obstétricales ou foetales préférez-vous employer l'amniotomie en première intention ?



Question n°4

Fondements de la pratique du travail dirigé



Plusieurs réponses étaient possibles quant aux bases sur lesquelles les sages-femmes s'appuyaient pour diriger un travail :

- 19% des sages-femmes se basent sur un protocole pour diriger un travail,
- 24% sur les données de la littérature et,
- 57% sur leur expérience personnelle.

Question n°5

Pensez-vous que l'emploi du Syntocinon® et de l'amniotomie dans le travail dirigé est toujours justifié ?



L'emploi de ces deux méthodes pour diriger activement le travail est justifié pour 9 sages-femmes soit 60% d'entre elles. D'autre part, 6 sages-femmes ont répondu que l'usage de ces deux méthodes n'est pas toujours légitime ce qui représente 40% d'entre elles.

PARTIE 3

Analyse des résultats, Discussion

1. FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE

1.1. Absence de protocole

A la Maternité Régionale de Nancy, aucun protocole sur la direction du travail n'a été retrouvé. L'hypothèse était donc la non uniformité des pratiques professionnelles.

1.2. Population cible, taille des échantillons

Les patientes incluses dans notre étude ne présentaient pas de situations pathologiques ayant nécessité une prise en charge spécialisée. Elles sont donc considérées à bas risque obstétrical et limitent ainsi la généralisation des résultats à la population générale.

Cependant, nos résultats peuvent être transposés à d'autres établissements ayant une population cible avec les mêmes critères d'inclusion que cette étude.

Afin de diminuer le biais de sélection, la sélection des 4 échantillons a été réalisée de façon aléatoire. Néanmoins, le faible effectif dans chaque échantillon ne permet pas de mettre en évidence des critères significatifs.

1.3. Données manquantes

Dans les dossiers obstétricaux étudiés, certains renseignements, portant sur les indications au travail dirigé et la clinique notamment, manquaient de précisions. Ces données manquantes n'ont pas permis de réaliser une recherche exhaustive des dossiers en rapport avec notre étude.

Malgré de nombreuses données sur le travail dirigé, peu d'études se sont intéressées à l'ordre de l'administration du Syntocinon® et d'exécution de la RAM ainsi que leurs avantages et inconvénients.

2. ANALYSE ET RESULTATS DE L'ETUDE DU RECUEIL DE DONNEES

2.1. Caractéristiques des patientes et leur grossesse

Lors de la réalisation de ces résultats, les renseignements généraux concernant la patiente et sa grossesse (âge gestationnel, âge de la patiente et IMC) n'ont pas présenté d'influence sur la manière de diriger un travail que ce soit dans les 4 échantillons confondus. Ils ne seront donc pas exploités.

2.2. A propos de l'analgésie péridurale lors d'un travail dirigé

La question de l'APD sur la diminution de la contractilité utérine comme nous l'avons vu précédemment reste controversée et fait encore actuellement débat. Il semble que le moment de la pose et la dynamique utérine soit en lien.

Les résultats de cette étude auraient tendance à valider l'hypothèse d'une influence de l'APD sur la dynamique utérine puisque 37.5% de notre population cible présentait des hypokinésies de fréquence et d'intensité utérine après la pose d'APD. Les nullipares ont été plus touchées que les primipares. La proportion de dyscinésies cervicales n'était pas significativement plus élevée après l'APD.

Cependant, la notion de dynamique du travail au moment de la décision de la pose de l'APD n'est pas la seule à rentrer en jeu, la douleur de la patiente est également prise en compte. Le travail dirigé que ce soit par amniotomie ou par administration de Syntocinon® augmente l'intensité des CU et par conséquent la douleur de la patiente.

Le travail de Wuitchik mettait en évidence la relation qu'il pouvait exister entre l'apparition de dystocies lors du travail et la douleur [25]. Une étude cas/témoin pourrait être intéressante afin d'observer les pratiques de direction du travail sans APD.

Les 120 patientes de l'étude avaient reçu une APD avant la direction du travail.

Le délai optimal pour obtenir une efficacité totale de l'APD est de 20 minutes environ.

Dans cette étude, les délais ont été respectés puisque la durée entre l'APD et le début du travail dirigé s'établit à 35,5minutes pour l'échantillon SR-N, 79.2 minutes pour l'échantillon RS-N, 52 minutes pour l'échantillon SR-P et 65.2 minutes pour l'échantillon RS-P.

Dans les échantillons, le délai entre l'APD et l'amniotomie semble plus long comparé au délai entre l'APD et l'administration Syntocinon®.

Il semblerait que ce délai soit juste la conséquence d'une question pratique. En effet la RAM est réalisée au moment d'un toucher vaginal, et celui-ci s'effectue toutes les heures lors du travail.

2.3. Indications du travail dirigé après la pose d'APD

D'après le graphique 1, dans 38% des cas, aucune indication au travail dirigé n'a été retrouvée après la pose d'APD. Seule une appréciation clinique au moment de la décision du travail dirigé aurait pu donner cette indication.

Dans 62% des cas, le travail dirigé était justifié par :

- les hypokinésies
- les dyscinésies cervicales
- les anomalies du RCF
- l'hyperthermie

En ce qui concerne les hypokinésies, 57% des patientes de la population ont reçu une perfusion d'ocytocine uniquement et 43% des patientes une amniotomie.

Les dyscinésies cervicales ont également confirmé l'emploi préférentiel du Syntocinon® à 67% contre 33% pour l'amniotomie.

Le Syntocinon® est donc employé plus souvent en première intention lors de la direction du travail face à des dystocies dynamiques pour respecter au mieux la physiologie et pallier au manque de CU.

Les anomalies du RCF après la pose d'APD ont donné lieu dans 89% des cas à une amniotomie. La RAM entraîne une augmentation de la pression fœtale, cependant,

une évaluation du bien être fœtal peut se faire en appréciant la couleur du LA (liquide amniotique) et juger de la nécessité d'une césarienne.

Sur 3 patientes présentant une hyperthermie, 2 patientes ont été dirigées par du Syntocinon® en première intention et une patiente a reçu une amniotomie en première intention. L'emploi du Syntocinon® semble préférentiel car il permet une accélération du travail tout en gardant une poche des eaux intacte. Le fœtus est donc préservé le plus longtemps possible du risque infectieux.

2.4. Travail dirigé par une seule méthode, Syntocinon® ou amniotomie

2.4.1. Quel choix entre le Syntocinon® et la RAM en début de travail dirigé ?

D'après les recommandations, dans la direction du travail, l'amniotomie est la première solution à envisager face à des dystocies de travail [1][3][6][5]

En effet, chez les nullipares du groupe SR, 77% ont présenté une hypokinésie de fréquence et 73% ont présenté une hypokinésie d'intensité. Chez les primipares du groupe SR, les taux étaient moins importants mais sont restés tout de même notables avec 60% des cas qui ont présenté une hypokinésie d'intensité et 54% qui ont présenté une hypokinésie de fréquence.

Pour ces patientes qui ont reçu une perfusion d'ocytocine en première intention, la dilatation était supérieure à 4 cm. En moyenne 4.8cm dans l'échantillon SR-N et 5.6cm dans l'échantillon SR-P.

La RAM était à priori réalisable. Néanmoins, la hauteur de la présentation est un facteur important à prendre en considération puisque 56% des nullipares (SR-N) et 36% des primipares (SR-P) présentaient une présentation trop haute rendant la RAM délicate et à risque de procidence du cordon ombilical.

Ainsi, il semblerait que la hauteur de la présentation soit le seul critère permettant de préférer un ordre à un autre.

D'après les recommandations, la deuxième hypothèse : « La RAM est utilisée en première intention dans le travail dirigé » semble être affirmée seulement sous conditions obstétricales et fœtales favorables.

Les conditions obstétricales de la poche des eaux sembleraient également être prises en compte puisque 57% des nullipares et 77% des primipares possédaient une poche des eaux bombante à la CU lors de la réalisation de l'amniotomie.

2.4.2. Administration du Syntocinon®

Les 120 patientes de l'étude ont été placées sous enregistrement tocographique externe. Le travail dirigé nécessite un monitoring continu des CU et du fœtus afin d'adapter le débit des ocytociques à la dynamique utérine. Seulement 3 patientes sur la population cible ont bénéficié d'une tocographie interne.

Une fois la dynamique utérine bien évaluée, l'administration du Syntocinon® peut se faire. Selon la littérature, le débit initial doit être compris entre 6 et 24 cc/h.

Dans le tableau 5, il était inférieur à 6cc/h dans 7.5% des cas de la population cible, tout échantillon confondu. Celui-ci serait donc inefficace.

Dans 92.5% des cas, ce débit était respecté. Aucun débit supérieur aux recommandations n'a été relevé.

Augmentation du débit de la perfusion de Syntocinon®

Il est recommandé d'augmenter le débit du Syntocinon® toutes les 20 à 30 minutes pour obtenir une efficacité optimale [28].

On remarque un palier trop court dans 21% des cas, le respect de la durée des paliers dans 70% des cas et une durée supérieure aux recommandations dans 9% des cas.

Dans 30% des cas soit un quart de notre population cible les pratiques étaient erronées. L'hypothèse d'une corrélation entre le non respect des recommandations et les altérations du RCF durant le travail pourrait être intéressant à exploiter.

Débit maximum de la perfusion de Syntocinon®

Un lien a été observé entre le débit maximum de Syntocinon® administré et l'appartenance des patientes au groupe SR ou au groupe RS.

En effet, la pose de la perfusion de Syntocinon® dans le groupe SR a été faite en premier, donc naturellement le débit maximum de Syntocinon® administré sera plus élevé.

Les nullipares SR-N comptaient 30% de débit supérieur à 50cc/h contre 3% chez les nullipares RS-N. Cette différence fut moins flagrante chez les primipares SR-P et RS-P avec 13% et 10% respectivement de débit supérieur à 50cc/h.

L'HAS dans ses recommandations sur le déclenchement artificiel du travail au-delà de 37SA, propose de diminuer le débit lorsque l'activité utérine est satisfaisante. Les mêmes recommandations pourraient être appliquées lorsque la dynamique obtenue est jugée efficace. Aucun cas de ce type n'a été relevé dans notre étude [29].

2.4.3. Correction des dystocies dynamiques du travail après Syntocinon® ou amniotomie pendant le travail

En ce qui concerne la correction des dystocies après l'administration de Syntocinon® ou la RAM, les résultats étaient difficilement exploitables notamment pour la correction des dystocies cervicales, car ces deux méthodes ont été réalisées durant la phase active du travail. On peut ainsi s'interroger sur l'efficacité pure d'une ou l'autre méthode, ou l'accélération physiologique du travail.

Dyscinésies cervicales

Néanmoins, lors de l'emploi du Syntocinon®, 67% des dyscinésies cervicales ont été corrigées chez les nullipares et chez les primipares (SR-N et SR-P) contre 100%

de correction chez les nullipares (RS-N) ayant reçu l'amniotomie dans un premier temps.

L'amniotomie permet la libération de prostaglandines et une meilleure application de la tête fœtale sur le col. Il semble donc naturel que celle-ci soit plus efficace sur les dyscinésies cervicales que le Syntocinon®.

La vitesse de dilatation cervicale ne semblait pas significativement augmentée pour l'un des deux groupes. Seulement 0.1 cm supplémentaire a été noté pour les primipares et nullipares (RS-N et RS-P) après la RAM.

Hypocinésies de fréquence et d'intensité

Concernant la correction des hypocinésies, l'utilisation du Syntocinon® en première intention était plus efficace chez les primipares que chez les nullipares, 60% contre 38%. L'amniotomie quant à elle a permis de corriger seulement 18% des hypocinésies chez les nullipares (RS-N) et 25% chez les primipares (RS-P).

Le Syntocinon® augmente la force contractile de l'utérus et régularise les CU, il semble donc naturel que celui-ci soit plus efficace sur les hypocinésies utérines que l'amniotomie.

Dans la littérature, LANSAC J cite « *l'amniotomie en première intention face à une dystocie de la dilatation alors qu'en cas d'hypocinésie utérine c'est la perfusion d'ocytociques qui apparait comme première thérapeutique* » [3].

Au vu des résultats, sur les corrections ou non des dystocies, cette affirmation semble vérifiée et pourrait s'appliquer à la pratique lorsque la présentation est fixée dans les deux situations.

Soulignons que les anomalies du RCF ont été augmentées dans les échantillons qui ont reçu l'amniotomie en premier, RS-N et RS-P, représentés respectivement par 17% et 20%. Cela s'explique par le fait que la RAM diminue le volume du contenu utérin provoquant ainsi des CU plus fortes ce qui fragilise le fœtus et altère le bien être fœtal.

2.4.4. Persistances de dystocies malgré l'emploi du Syntocinon® ou la réalisation de la RAM

Une fois une des deux méthodes réalisée, nous avons constaté tout de même la persistance de dystocies. Au moment d'analyser les conditions obstétricales lors de la survenue de stagnation de la dilatation, nous avons observé que 47.5% de ces stagnations étaient en lien avec une hypokinésie de fréquence ou d'intensité.

La stagnation de la dilatation est souvent la conséquence ultime d'une mauvaise contractilité utérine.

Les taux ont été plus importants dans les échantillons ayant reçu l'amniotomie en premier.

Malgré la libération de prostaglandines au moment de la rupture, et l'augmentation de l'activité utérine on peut se poser la question de la qualité des CU par rapport à celles qui font suite à l'administration du Syntocinon®.

2.5. Travail dirigé par deux méthodes, Syntocinon® et amniotomie

2.5.1. Délai entre l'amniotomie et la perfusion de Syntocinon®

D'après les recommandations, le Syntocinon® doit être injecté dans les 30 à 60 min après la RAM si celle-ci n'a pas eu l'efficacité souhaitée.

Les échantillons concernés RS-N et RS-P possédaient un délai d'injection du Syntocinon® inférieur à 30 minutes pour 43% et 30% respectivement.

Un délai d'au moins 30 minutes doit également être respecté avant de rompre lorsque le Syntocinon® vient d'être injecté. Dans les échantillons concernés SR-N et SR-P, 30% ont reçu une RAM trop précocement.

Les pratiques professionnelles ne sont donc pas en accord avec les recommandations.

Si le délai avait été respecté, il est probable que la RAM aurait suffi à corriger les dystocies dynamiques, et l'administration de Syntocinon® aurait pu être évitée.

2.5.2. Indications à une deuxième méthode

Les indications à l'emploi d'une seconde méthode, Syntocinon® ou amniotomie, ont été :

- les stagnations de la dilatation
- les hypokinésies de fréquence et d'intensité persistantes
- les altérations du RCF
- les variétés postérieures
- les arrêts de progression de la présentation

Hypokinésies de fréquence et d'intensité

En présence d'hypokinésies de fréquence et d'intensité persistantes après l'emploi du Syntocinon® ou de l'amniotomie, tous les échantillons que ce soit du groupe SR ou du groupe RS ont été corrigés lorsque que l'amniotomie et le Syntocinon® étaient combinés, peu importe l'ordre.

Altérations du RCF

Lors d'altérations du RCF, le Syntocinon® a été mis en place dans les échantillons du groupe RS où seule la RAM avait été réalisée, et une RAM a été provoquée dans les échantillons du groupe SR. Le but dans les deux groupes était de

faire évoluer le plus rapidement possible le travail pour éviter un nombre trop important de SFA.

Stagnations de la dilatation

En présence de stagnations de la dilatation et lorsque la dynamique utérine était satisfaisante, d'autres étiologies ont été recherchées. Tout d'abord, si la sollicitation de la présentation fœtale n'était pas optimale, une RAM a été réalisée dans les échantillons ou elle n'avait pas encore été entreprise (groupe SR). Elle a ainsi permis de corriger 60% des dystocies cervicales dans l'échantillon SR-N et 100% dans l'échantillon SR-P.

L'amniotomie semble être un bon moyen de correction des stagnations de la dilatation d'autant plus lorsque celle-ci est réalisée tardivement et après la mise en place du Syntocinon®.

En effet, dans notre étude elle a été entreprise à 7.9 cm chez les nullipares (SR-N) et 8.6 cm chez les primipares (SR-P)

Par la suite, une orientation est à rechercher systématiquement.

Variétés postérieures

Au total, 25 variétés postérieures ont été diagnostiquées sur les 4 échantillons.

La présence de variétés postérieures était légèrement plus élevée dans les échantillons ayant reçu l'amniotomie en première intention, RS-N et RS-P.

Les variétés postérieures sont généralement diagnostiquées sur signes d'appels (stagnation de la dilatation, difficulté à l'engagement ou stagnation de la présentation) Elles engendrent également des anomalies du travail qui sont les mêmes que les signes d'appels. Ce fut le cas pour les 4 échantillons comme nous avons pu le constater dans le tableau 9.

D'après les études Fitzpatrick et de Ponkey, les dégagements en OS étaient associées à des durées de travail pouvant excéder 12h [32][33]. Dans les échantillons

SR-N et RS-N, les deux variétés postérieures qui se sont soldées par un dégagement en OS ont une durée de travail supérieur à 12h.

Afin de permettre au fœtus de s'orienter en position antérieure, les groupes RS ont reçu du Syntocinon® et les groupes SR ont augmenté le débit de la perfusion de Syntocinon®. Dans les échantillons SR-N et SR-P plus de 60% des fœtus ont tourné de manière naturelle alors que 49.7% en moyenne ont tourné spontanément dans les échantillons RS-N et RS-P.

L'ordre SR semble avoir une légère influence sur la rotation naturelle du fœtus lorsqu'il est en position postérieure.

Cette différence est peu significative mais pourrait s'appuyer sur le fait que les débits de Syntocinon® sont plus élevés dans les échantillons du groupe SR au moment de la rotation du fœtus.

Toutefois, il est difficile de savoir si le Syntocinon® était le seul responsable de la rotation antérieure du fœtus et qu'il justifie cette faible différence entre les échantillons, ou si celle-ci était simplement spontanée.

Certaines positions maternelles peuvent également aider à cette rotation. Elles sont généralement bien connues du personnel médical. Nous regrettons de ne pas avoir relevé cet élément lors de l'étude qui aurait pu nous aider à juger de l'efficacité du Syntocinon®.

Lorsque la présentation céphalique reste en position postérieure, elle augmente le risque d'extractions instrumentales, de déchirures compliquées et de césarienne. Une rotation manuelle à dilatation complète a donc été réalisée dans ces cas là.

Le Ray dans son étude retrouve un taux significativement plus élevé de césarienne lors d'un échec de rotation.

Le nombre de rotation manuelle était donc plus important dans les échantillons du groupe RS soit 6 au total contre 3 chez les échantillons du groupe SR.

Le taux de réussite n'a montré aucun lien avec séquence choisie.

4 échecs ont été relevés dont 2 se soldant d'emblée par une césarienne.

Sur la totalité de la population cible et sur les 25 variétés postérieures, 2 patientes ont accouché en OS. Ces deux patientes étaient des nullipares.

Stagnation de la présentation et difficultés d'engagement de la présentation

Face aux stagnations de la présentation et aux difficultés d'engagement de la présentation sans rapport avec des variétés de présentation, lorsque la RAM a été provoquée et du Syntocinon® injecté dans les échantillons concernés, la totalité de ces dystocies ont été corrigées.

Cependant l'étude manque ici de puissance puisque peu de patientes possédaient ces caractéristiques (5 au total réparties dans les échantillons SR-N, RS-N et SR-P pour non engagement de la présentation et 5 également pour stagnation de la présentation dans les échantillons SR-N, RS-N et RS-P).

Bien entendu, face à ces situations, la RAM fut réalisée pour éviter qu'elle ne constitue un obstacle supplémentaire. Dans la littérature, les auteurs s'accordent sur le fait de recourir aux ocytociques en cas de constat d'un arrêt de l'évolutivité du travail [1][3].

Au total, 2 dyscinésies cervicales n'ont pas été corrigées dans le groupe SR-N ainsi qu'1 dystocie d'engagement et 1 stagnation de la présentation après les deux méthodes. Une dyscinésie cervicale n'a pas été corrigée dans le groupe RS-N. Toutes les dystocies ont été corrigées chez les primipares.

En conclusion, il est difficile de dire qu'une séquence est plus efficace que l'autre sur les dystocies dynamiques du travail telles que les dyscinésies cervicales et les hypokinésies utérines puisqu'au final la quasi totalité de ces dystocies ont été corrigées. Il en est de même pour les dystocies d'engagement et les stagnations de la présentation.

Les seules dystocies qui n'ont pas été corrigées relevaient plus de la conséquence d'une variété postérieure que d'un choix entre le Syntocinon® puis la RAM ou la RAM suivie du Syntocinon®.

Compte tenu de l'influence de nombreux facteurs et d'un manque certains de données dans notre étude, la troisième hypothèse : « La séquence choisie a un impact différent sur la correction des dystocies dynamiques du travail » n'est donc pas en mesure d'être affirmée ou réfutée.

Notons que les dystocies du travail non corrigées dans les 4 échantillons présentaient un délai RAM/Syntocinon® compris entre 1h 45minutes et 3h 30minutes. Malheureusement les dystocies non corrigées étant en lien avec des variétés postérieures L'hypothèse d'une influence d'un délai long entre Syntocinon® et RAM ne peut donc pas être émise. Une étude sur la correction des dystocies en fonction du délai RAM/Syntocinon® pourrait être intéressante.

2.5.3. Délai de correction des dystocies dynamiques

N'ayant pas conclu sur l'influence d'un ordre Syntocinon® et RAM vs RAM et Syntocinon® sur la correction des dystocies du travail, nous nous sommes intéressés au délai de correction de ces dystocies afin d'observer si l'ordre des méthodes avait des répercussions.

Chez les nullipares les délais de correction étaient plus significatifs que chez les primipares. En effet, dans l'échantillon SR-N, le délai de correction des dyscinésies cervicales était de 1h 02 contre 1h 45 dans l'échantillon RS-N. Pour les hypokinésies utérines, le délai de correction était de 1h 06 dans l'échantillon SR-N et 1h 32 dans l'échantillon RS-N. Soit 43 minutes supplémentaires ont été constatées lorsque l'amniotomie est réalisée avant l'administration de Syntocinon® pour corriger les dyscinésies cervicales et 26 minutes supplémentaires pour la correction des hypokinésies utérines.

Chez les primipares le constat fut le même. Néanmoins, la différence sur les délais était moins importante. Seulement 10 minutes supplémentaires sur la correction des dyscinésies cervicales et 19 minutes sur la correction des hypokinésies utérines quand l'amniotomie était réalisée en première intention face au Syntocinon®.

L'emploi du Syntocinon® semble réduire les délais de correction des dystocies du travail, en ayant un impact plus important chez les nullipares lorsque celui était injecté en première intention.

La littérature a montré que la RAM potentialisait les effets du Syntocinon® et pourrait donc expliquer les résultats trouvés.

2.5.4. Durée du travail

La durée du travail semblait nettement réduite lorsque la RAM est réalisée en première intention. Une réduction d'une heure chez les nullipares RS-N et primipares RS-P fut observée par rapport aux patientes ayant reçu le Syntocinon® en première intention. Ces résultats confirment les données de la littérature.

L'amniotomie semble réduire la durée du travail chez les nullipares et primipares lorsque celle-ci était réalisée en première intention.

2.6. Bien être fœtal durant le travail

2.6.1. Liquide amniotique

Tout d'abord, la couleur du LA au cours du travail est restée claire à plus de 55% dans les 4 échantillons.

Le travail dirigé semble être mieux toléré chez les primipares que chez les nullipares puisque le taux de LA clair était de 83% chez les échantillons SR-P et RS-P alors que les nullipares ont présenté des taux à 58% dans l'échantillon SR-N et 70% dans l'échantillon RS-N. Ces taux sont bien évidemment en lien avec une durée de travail diminuée chez les primipares.

L'échantillon SR-N a donc mis en évidence un taux légèrement augmenté de liquide méconial, 17% contre 3% dans l'échantillon RS-N. Les taux étaient semblables chez les primipares et peu significatifs.

Cette différence pourrait être en lien avec une durée de travail plus importante comme nous l'avons vu précédemment et de ce fait des débits de Syntocinon® plus élevés dans cet échantillon. Ceux ci seraient à l'origine de SFA et donc d'une proportion légèrement plus importante de LA méconial.

2.6.2. Descente du mobile fœtal

La durée de descente du mobile fœtal était supérieure à 60 minutes dans l'échantillon SR-N pour 63% des patientes contre 47% dans l'échantillon RS-N. Chez les primipares, cette différence était beaucoup plus significative puisque 40% dans l'échantillon SR-P contre 10% dans l'échantillon RS-P ont eu une durée supérieure à 60 minutes.

L'amniotomie (groupe RS) en première intention dans le travail dirigé semble influencer la durée de descente du mobile fœtal, en étant plus efficace chez les primipares que chez les nullipares.

2.6.3. Anomalies du RCF

Un taux plus important d'anomalies du RCF a été observé chez les nullipares comparé aux primipares. Il n'y a pas eu de différence significative sur les anomalies du RCF entre les deux échantillons de primipares SR-P et RS-P.

Néanmoins, 22 fœtus ont présenté des anomalies du RCF durant le travail dans l'échantillon RS-N contre 14 fœtus dans l'échantillon SR-N.

Au vu de ces résultats, l'amniotomie semble engendrer un taux plus important d'anomalies du RCF lorsque celle-ci était réalisée en première intention.

Cependant, beaucoup d'anomalies du RCF, en rapport avec une anomalie funiculaire, ont été expliquées à la naissance.

Une étude plus détaillée sur les types d'anomalies du RCF serait souhaitable.

Le nombre de ph au scalp exécuté durant le travail fut plus important chez les nullipares, et cela en lien avec le taux d'anomalies du RCF plus important retrouvé chez les nullipares.

2.7. Mode d'accouchement

Parmi les 4 échantillons, plus de 80% ont accouché voie basse. Dans la littérature, Bottoms SF retrouvait ces mêmes résultats [21].

Le taux de césarienne était augmenté chez les nullipares par rapport aux primipares, mais n'était pas significatif suivant la méthode employée.

Une différence a été relevée sur le taux d'extraction instrumentale au sein des échantillons.

En effet, le taux d'extraction instrumentale était plus élevé dans l'échantillon RS-N à 49% contre seulement 20% dans l'échantillon SR-N.

Si nous nous en tenons uniquement à ces résultats, l'amniotomie semble engendrer un taux plus important d'extractions instrumentales lorsque celle-ci est réalisée en première intention, et cela en lien avec nos résultats précédents sur les anomalies du RCF.

2.8. Etat néonatal

D'après l'enquête de périnatalité de 2010, le poids fœtal de la population générale était de 3354 grammes. Dans nos résultats, le poids moyen des 4 échantillons était de 3312 grammes. Aucune différence significative n'a donc été relevée avec celle-ci.

2.8.1. APGAR

Intéressons nous maintenant au score d'APGAR. Rappelons qu'un score inférieur à 7 est un critère de gravité.

A la naissance, un APGAR à 1 minute de vie inférieur à 7 a été retrouvé de façon majoritaire chez 9 nouveau-nés de l'échantillon RS-N. De plus, 4 nouveau-nés de cet échantillon présentaient un score d'APGAR inférieur à 4.

A 5 min de vie, 2 nouveau-nés de l'échantillon RS-N présentaient un APGAR inférieur à 7. Les autres échantillons n'ont pas présenté de chiffres importants à relever.

2.8.2. Gaz du sang

Les gaz du sang effectués au cordon ombilical, ont mis en évidence une moyenne des lactates plus élevée chez les nullipares que chez les primipares. Une moyenne de 3.82 mmol/l a été relevée dans l'échantillon RS-N.

Les ph au cordon, dans chaque échantillon, ont présenté en moyenne dans près de 30% des cas une pré-acidose, c'est-à-dire un ph compris entre 7.20 et 7.25.

Une acidose a été constatée en moyenne dans 20 à 30% des cas en lien avec un ph inférieur à 7.20. Un taux plus élevé a été constaté dans l'échantillon RS-N.

2.8.3. Réanimation néonatale

En ce qui concerne les gestes de réanimation, un nombre plus important de ventilation et d'oxygénation a été observé dans l'échantillon RS-N.

Un seul nouveau-né a nécessité une intubation dans l'échantillon SR-P.

Les conséquences d'un travail dirigé sur l'état néonatal se sont ressenties de manière plus importante chez les nullipares que chez les primipares et semble-t-il lorsque l'amniotomie était réalisée avant l'administration de Syntocinon®.

Ces résultats confirment les données de la littérature sur l'incidence du travail dirigé et l'état néonatal [1][6].

Au vu des résultats uniquement, la quatrième hypothèse : « Les caractéristiques du travail, le mode d'accouchement et l'état fœtal et néonatal varient selon la séquence choisie » semble, de façon générale, affirmée.

2.9. Retour sur les hypothèses

La première hypothèse : « *les pratiques professionnelles ne sont pas uniformes sur le travail dirigé* » ressort donc, de façon générale, affirmée. L'absence de protocole à la Maternité Régionale et Universitaire de Nancy semble être la principale cause de cette diversité.

La deuxième hypothèse et d'après les recommandations : « *La RAM est utilisée en première intention dans le travail dirigé* » semble être vérifiée seulement sous conditions obstétricales et fœtales favorables. En effet, celle-ci ne pourra être réalisée, que si la dilatation cervicale est avancée et si la présentation fœtale applique sur le col.

Cependant les résultats de l'étude ont montré que lors de l'apparition d'une hypokinésie utérine, il était préférable d'employer la perfusion d'ocytocine en première intention et la RAM en première intention face à une dyscinésie cervicale, pour permettre leur correction.

La troisième hypothèse : « *La séquence choisie a un impact différent sur la correction des dystocies dynamiques du travail* » n'est pas en mesure d'être affirmée ou réfutée puisque la quasi-totalité des dystocies du travail ont été corrigées. Les dystocies qui ne l'ont pas été, étaient en lien avec une variété postérieure. Il n'est donc pas possible de valider cette hypothèse au vu des résultats de l'étude.

La quatrième hypothèse : « *Les caractéristiques du travail, le mode d'accouchement et l'état fœtal et néonatal varient selon la séquence choisie* » semble, de façon générale, affirmée.

La RAM semble diminuer la durée du travail et la descente du mobile fœtal, augmenter le nombre d'altérations du RCF et le taux d'extraction instrumentale lorsqu'elle est réalisée avant la mise en place de la perfusion d'ocytocine (ordre RS).

L'ocytocine en première intention (ordre SR) semble légèrement augmenter le taux de LA méconial, favoriser la rotation naturelle de la tête fœtale et diminuer le délai de correction des dystocies dynamiques du travail.

En ce qui concerne l'état fœtal et néonatal, lorsque la RAM est réalisée en première intention (ordre RS), les résultats de l'étude ont montré une augmentation des APGAR inférieurs à 7 et un recours aux ventilations sous oxygénation plus fréquent.

2.10. Réflexion sur les facteurs associés aux dystocies dynamiques

De nos résultats, ceux sont dégagés des facteurs de risque associés aux dystocies dynamiques durant le travail. Il est nécessaire de repérer ces facteurs afin d'anticiper la survenue de dystocies dynamiques mais également pour adapter la prise en charge et corriger ces dystocies.

2.10.1. La nulliparité

Dans cette étude, les nullipares sont plus sujettes aux dystocies dynamiques en conformité avec les données littéraires énoncées par Friedman. En effet, le corps et le col utérin sont des muscles qui gardent « en mémoire » la première grossesse et les modifications du travail. De ce fait, l'évolution du travail sera plus physiologique chez les primipares que les nullipares.

2.10.2. Le surpoids

Sur 20 patientes, dans les 4 échantillons confondus, présentant un IMC ≥ 25 , 15 ont présenté à un moment du travail une ou plusieurs dystocies dynamiques. L'IMC semble être un facteur prédictif de dystocies au cours du travail.

Le terme corrélé à la présence de dyscinésies cervicales ou hypocinésies utérines au cours du travail ne semblait pas avoir de lien entre ceux-ci.

2.10.3. L'hyperthermie

Les patientes qui présentaient une hyperthermie, soit 3 au total, durant le travail ont également présenté des dystocies. Cela s'explique par l'incidence de la fièvre sur la contractilité utérine entraînant généralement des hypocinésies de fréquence et d'intensité.

2.10.4. Les variétés postérieures

Sur 25 variétés postérieures dans les 4 échantillons confondus, 19 ont présenté des dystocies du travail. En effet, les variétés postérieures présentent un défaut de

flexion et sollicitent de manière moins importante le col. Les diamètres d'engagement dans le bassin sont augmentés par rapport aux variétés antérieures. Les variétés postérieures sont des facteurs prédictifs et responsables de lenteur de la dilatation et de défaut d'engagement dans le bassin.

2.10.5. La macrosomie

Les 2 cas de macrosomie fœtales relevées dans l'échantillon SR-N ont entraîné des hypokinésies causées par une sur distension de l'utérus. Un cas a présenté un défaut d'engagement de la présentation à dilatation complète. Le poids fœtal est donc un facteur à prendre en considération lors de la surveillance du travail.

3. ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AUPRES DES SAGES- FEMMES DE SALLE DES NAISSANCES

Suite à l'enquête menée auprès des sages-femmes de salles de naissances qui se sont occupées des patientes de l'étude, nous avons observé plusieurs résultats.

3.1. Méthode de première intention pour diriger un travail selon les sages-femmes

Rappel : Une fois la pose d'analgésie péridurale réalisée, pour diriger activement le travail qu'entreprenez-vous le plus fréquemment ?

Les recommandations préconisent de réaliser une amniotomie en première intention dans le travail dirigé. Cette étude a montré que seulement 3 sages-femmes provoquaient plus fréquemment une RAM avant de mettre en place du Syntocinon® contre 4 pour le Syntocinon® en première intention.

La majorité des sages-femmes soit 8, ne semblait pas avoir de méthode préférentielle et préférait s'adapter par rapport à la clinique, aux situations obstétricales et fœtales.

En effet, les indications ont été vastes pour choisir le Syntocinon® ou la RAM en première intention, la plupart ont été retrouvées dans les résultats de mon étude.

3.1.1. Indications à l'emploi du Syntocinon®

Rappel : Dans quels cas préférez-vous mettre en place une perfusion d'ocytocine avant l'amniotomie ?

Pour le Syntocinon®, les indications ont été par ordre de préférence :

- Hypocinésie de fréquence et d'intensité (30%)

- Présentation fœtale trop haute (23%)
- Nulliparité (14%)
- Col très défavorable (13%)
- Streptocoque B (10%)
- Bishop ≥ 7 (7%)
- Stagnation de la dilatation (3%)

En ce qui concerne l'hypocinésie de fréquence et d'intensité, les résultats de mon étude ont confirmé l'efficacité du Syntocinon® sur celles-ci, son emploi en première intention me paraît donc justifié. La présentation fœtale trop haute est également un critère de choix primordial.

La présence de Streptocoque B semble être un critère tout à fait pertinent pour choisir le Syntocinon® dans un premier temps afin d'éviter le plus longtemps possible le contact du fœtus aux parois vaginales. Une étude sur le travail dirigé en présence de streptocoque B pourrait être intéressante.

Les indications de Bishop ≥ 7 et la présence d'un col défavorable semble justifiées afin d'éviter tout traumatisme cervical lors d'une RAM ou d'engendrer par la suite une ouverture prolongée de la poche des eaux.

La stagnation de la dilatation au vu des résultats de l'étude semble être une indication de première intention pour la RAM.

3.1.2. Indications à la réalisation de la RAM

Rappel: Dans quels cas préférez-vous réaliser une amniotomie avant la perfusion d'ocytocine ?

Les indications pour choisir la RAM ont été par ordre de préférence:

- Présentation fœtale fixée et dilatation cervicale favorable (29%)
- Multiparité (19%)
- Poche des eaux bombante (19%)
- Hypocinésie de fréquence et d'intensité (14%)

- Utérus Cicatriciel (9%)
- Hypercinésie de fréquence (5%)
- Stagnation de la dilatation (5%)

La présentation fœtale fixée ainsi que la poche des eaux bombante sont des indications que nous avons retrouvé dans nos résultats, et celles-ci semblent tout à fait justifiées.

L'utérus cicatriciel et l'hypercinésie de fréquence sont des indications pertinentes, notamment par rapport au risque accru de rupture utérine en lien avec le Syntocinon®.

Puis, ce que nous pouvons noter d'intéressant c'est que nous retrouvons l'hypocinésie de fréquence et d'intensité ainsi que la stagnation de la dilatation dans les indications pour le Syntocinon® et l'amniotomie en première intention. Ces réponses montrent que les appréciations personnelles varient d'une personne à l'autre et confirment la diversité des pratiques.

Une étude cas/témoin sur le travail dirigé en fonction de la parité pourrait également être proposée.

3.2. Fondements de la pratique du travail dirigé

Rappel : Sur quel(s) élément(s) est basé votre pratique ?

A la maternité de Nancy, aucun protocole n'est établi sur le travail dirigé, malgré cela 19% des réponses des sages-femmes confirmaient qu'elles s'appuyaient sur un protocole pour diriger un travail. Certaines sages-femmes travaillant auparavant dans d'autres établissements avec un protocole m'ont confié qu'elles s'en remettaient volontairement à celui là.

Puis, 24% des réponses montraient que les sages-femmes basaient leur pratique sur les données de la littérature.

La grande majorité des réponses soit 54% mettaient en évidence que leurs pratiques étaient fondées sur leurs propres expériences personnelles. Ces résultats confirment donc les résultats précédents et cette diversité des pratiques.

La première hypothèse : « les pratiques professionnelles ne sont pas univoques sur le travail dirigé » ressort donc, de façon générale, affirmée.

3.3. Justification du travail dirigé

Rappel : Pensez-vous que l'emploi de ces deux méthodes est toujours justifié ?

Les sages-femmes ont répondu de manière favorable à cette question, soit 9 au total, « ne rien faire systématiquement ». La réalisation de l'amniotomie et la mise en place d'une perfusion de Syntocinon® sont adaptées en fonction de la douleur de la patiente, de l'évolutivité du travail et des situations obstétricales et fœtales.

Cependant, nous avons constaté qu'aucun protocole n'encadrerait les pratiques. La sage-femme a le libre arbitre de ses décisions dans la direction du travail. La comparaison d'un protocole avec les pratiques des sages-femmes aurait sans doute permis d'appuyer la validité de leurs réponses. Rappelons également que dans 38% des cas, le travail a été dirigé sans indications (soit plus d'un tiers).

Si le travail évolue de manière physiologique ou que l'amniotomie seule suffit à corriger les anomalies du travail, pour 6 sages-femmes, il n'est pas justifié de mettre en place une perfusion de Syntocinon®.

Une sage-femme a confié que l'emploi de ces deux méthodes permettait un raccourcissement du temps de travail notamment lorsque l'activité est intense au cours d'une garde en salle des naissances avec une occupation de la totalité des salles d'accouchement. Le travail dirigé, par ce biais, permet de libérer une salle d'accouchement pour la patiente suivante.

Une étude comparant le taux de travail dirigé lors d'une garde de jour ou de nuit serait également intéressante. Le Syntocinon® ayant pour propriété de renforcer la contractilité utérine et donc de diminuer la durée du travail, les sages-femmes pourraient avoir tendance à y recourir plus fréquemment durant les gardes de jour pour avoir moins d'activité la nuit, alors que les situations obstétricales et fœtales ne le nécessitent pas.

Les résultats de l'enquête menée auprès des sages-femmes confirment les résultats du recueil de données notamment sur les conditions obstétricales et fœtales à prendre en considération pour choisir de réaliser une amniotomie ou l'administration d'ocytociques en première intention pour diriger un travail.

Pour la majorité des sages-femmes, la séquence choisie repose sur une expérience personnelle acquise au fur et à mesure des années ce qui explique la diversité des pratiques professionnelles et des résultats retrouvés précédemment.

CONCLUSION

Ce travail cherchait à analyser l'impact de la séquence choisie sur un travail dirigé, sur le déroulement du travail, l'accouchement et l'état néonatal.

L'étude des pratiques des sages-femmes a reflété une grande diversité sur la séquence utilisée dans la correction des dystocies du travail, l'absence de protocole à la Maternité Régionale et Universitaire de Nancy étant le facteur principal de cette divergence.

L'élaboration d'un protocole sur la correction des dystocies durant le travail permettrait d'unifier les pratiques en salle des naissances.

L'étude du recueil de données a mis en évidence que ces deux méthodes employées indifféremment permettaient la correction de toutes les dystocies dynamiques et diminuer de façon importante la durée du travail.

Le choix entre ces deux méthodes pour débiter la direction d'un travail reposait essentiellement sur la hauteur de la présentation fœtale.

L'administration d'ocytocine en première intention permettait une meilleure correction des hypokinésies utérines alors que l'amniotomie en première intention corrigeait plus efficacement les dyscinésies cervicales.

Au vu des résultats, et après l'emploi des deux thérapeutiques, il semblerait que la réalisation de l'amniotomie avant l'administration d'ocytocine engendre une diminution de la durée du travail et de la descente du mobile fœtal. Cependant, une augmentation des anomalies du RCF, des extractions instrumentales, des APGAR inférieurs à 7 et des ventilations sous oxygénation ont été constatées.

Quant à l'administration de l'ocytocine avant l'amniotomie, elle semblerait favoriser la rotation antérieure de la tête fœtale lorsque celle-ci est en variété postérieure, et donc la flexion de la tête fœtale et diminuer le délai de correction des dystocies dynamiques au cours du travail. Néanmoins, une légère augmentation de

liquide amniotique méconial pendant le travail a été observée engendrant une altération du bien être fœtal.

Bien évidemment, sans étude cas/témoin, il n'est pas certain que la séquence choisie soit la seule responsable des résultats trouvés.

De plus, les résultats ont montré que le travail dirigé a eu plus d'impact chez les nullipares que chez les primipares. Il engendre une augmentation des anomalies du RCF et de ce fait, altère l'état néonatal plus fréquemment chez les nullipares.

Les résultats ont présentés peu de différences significatives dans la population des primipares quant à l'ordre dans lequel les deux méthodes ont été employées.

BIBLIOGRAPHIE

[1] CABROL D, PONS JC, GOFFINET F. Traité d'Obstétrique. Edition Médecine-Sciences Flammarion, Paris ; 2003, Chapitre 79 et 80, p 742-773.

[2] BAUDET J-H. Obstétrique pratique. *La Dystocie Dynamique*. 2^{ème} édition, Paris. Edition Maloine ; 1990, Chapitre 37, p 289-294.

[3] LANSAC J, MARRET H, OURY JF. Pratique de l'accouchement. In: A.Fournié, O.Parant, R. Desprats. *La direction du travail*. 5^e édition, Paris. Edition Masson ; 2006, p 157-164.

[4] LEMOINE H. *Cours Dystocie dynamique, Cours Dystocie mécanique*. 2012.

[5] CABROL F., GOFFINET D. *Protocoles cliniques en obstétrique*. Dystocies dynamiques et mécaniques. Édition Masson, 2^{ème} édition, Paris, Chapitre 42, p.181-186.

[6] THOULON J., PASQUIER J., AUDRA P. La surveillance du travail avant, pendant et après l'accouchement. Edition Masson, Paris, 2003, p 29- 40.

[7] CNGOF, *Pratiques obstétricales et anesthésiques associées aux anomalies de rythme cardiaque fœtal pendant le travail et mesures correctives*. Année 2007.

Disponible sur :

<http://www.cngof.asso.fr>

[8] VERSPYCK E., SENTILHES L. *Pratiques obstétricales associées aux anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail et mesures correctives à employer en cas d'anomalies du RCF pendant le travail* .Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction, volume 37, numéro 1S, février 2008, p 56-64.

- [9] BRISSON-CAROLL G, FRASER WD, KRAUSS I, TURCOT L. *Amniotomy for shortening spontaneous labour*. Cochrane Database Syst Rev. Jul 2007.
- [10] WOLOMBY J.J., TOZIN R.RR. *Amniotomie pour raccourcir la durée du travail spontané : Commentaire de la BSG (dernière révision : 5 janvier 2009)*. Bibliothèque Génésique de l’OMS ; Genève : OMS
- [11] ZOHAR N, GALI G, YFAT K, NOAH Z, ELIEZER S, RAED S. *Comparison between amniotomy, oxytocin or both for augmentation of labor in prolonged latent phase: a randomized controlled trial*. Reproductive Biology and Endocrinology, 2010, n°8, p.136.
- [12] THORP J, HU D, ALBIN R, MCNITT J, MEYER BA, COHEN GR, YEAST JD. *The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial*. Obstet Gynecol. 1993 Oct;169 : p 851–858.
- [13] ROGERS R, GILSON G, KAMMERER DOARK D. *Epidural analgesia and active management of labor: effects on length of labor and mode of delivery*. Obstet Gynecol. 1999, 93 : p 995-998.
- [14] BRISSON-CAROLL G, FRASER W, BREAT G, KRAUSS I, THORNTON J. *The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor: a meta-analysis*. Obstet Gynecol. 1996, 87: p 485-490.
- [15] JONHSON N LILFORD R GUTHRIE K. *Randomised trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term*. Obstet Gynecol. 1997, 104: p 340-346.
- [16] FRASER W, MARCOUX S, GOFFINET F. *Early amniotomy increases the frequency of fetal heart rate abnormalities*. Obstet Gynecol. May 1997, 104: p. 548-553.
- [17] BLANCH G LAVENDER T WALKINSHAW S ALFIREVIC Z. *Dysfunctionnal labour : a randomized trial*. Obstet Gynecol, 1998, 105: p117-120.

- [18] MORI R, TOKUMASU H , PLEDGE D, KENYON S. *High dose versus low dose oxytocin for augmentation of delayed labour*. The Cochrane review, 2011, Oct 5.
- [19] BIDGOOD KA STEER PJ. *A randomized study of oxytocin augmentation of labor. Uterine activity*. Obstet Gynecol, 1987,94 : p 518-522.
- [20] THORNTON JG, BUGG GJ, SIDDIGUI F. *Oxytocin versus no treatment or delayed treatment for slow progress in the first stage of spontaneous labour (Cochrane review)*. The library Cochrane 2011, Jul 6.
- [21] BOTTOMS SF, HIRSCH VJ, SOKOL RJ. *Medical management of arrest disorders of labor: a current overview*. Obstet Gynecol, 1987, 156: p 935-939.
- [22] FRASER W, VENDITELLI F, KRAUSS I, BREART G. *Effects of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin : a meta-analysis*. Obstet Gynecol, 1998, 105 : p 189-194.
- [23] CARDOZO L, PEARCE JM. *Oxytocin in active phase abnormalities of labor: a randomized study*. Obstet Gynecol, 1990, 75: p 152-157.
- [24] ROSEN MG, DEBANNE SM, THOMSON K, DICKINSON JC. *Abnormal labor and infant brain damage*. Obstet Gynecol, 1999, 93: p 329-331.
- [25] WUITCHIK M, BAKAL D, LIPSHITZ J. *The clinical significance of pain and cognitive activity in latent labor*. Obstet Gynecol, 1989,73: p 35-42.
- [26] ZHANG J , BERNASKO JW, LEYBOVICH E, FAHS M, HATCH MC. *Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta analysis*. Obstet Gynecol. 1996, 88 : p 739-744.

[27] ATECHIAN N. et DOUBEK A. *Les dystocies dynamiques en 1996 et leur correction*. Disponible sur :

<http://www.lesjta.com>

[28] HAS. *Recommandations sur le Syntocinon®*. Commission de la transparence. Avis. 22 juillet 2009.

[29] HAS, *Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhées*. Avril 2008. Disponible sur :

<http://www.hassante.fr>

[30] Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant. *Enquête nationale périnatale 2010*. Disponible en ligne :

<http://www.sante.gouv.fr/perinatalite.html>

[31] Vidal 2013. Disponible en ligne :

<http://www.vidal.fr/>

[32] FITZPATRICK M., McQUILLAN K., O'HERLIHAY C. *Influence of persistent occiput posterior position on delivery outcome*. *Obstet Gynecol*, 2001, 98, p 1027-1031.

[33] PONKEY SE., COHEN AP., HEFFNER LJ., LIEBERMANN E. *Persistent occiput posterior position : obstetric outcomes*. *Obstet Gynecol*, 2003, 101, p 9115-9120.

[34] COLMAN, Mylène. *Le travail dirigé par Syntocinon® : évaluation menée à la maternité de Bar-le-Duc*. Mémoire de Sage-femme. Nancy, 2010.

[35] LE BRETON, Marie. *Pratique actuelle de l'amniotomie et influence sur le déroulement du travail*. Mémoire de Sage-femme. Nancy, 2011.

TABLE DES MATIERES

Sommaire	4
Glossaire	6
Introduction	7
PARTIE 1	8
Généralités	9
1. Dystocies dynamiques	10
1.1. Description et fréquence	10
1.2. Retentissement fœtal et néonatal.....	10
1.3. Retentissement maternel	10
1.4. Facteurs favorisant la dystocie	10
2. Diagnostic des dystocies dynamiques	12
2.1. Classification des dystocies.....	12
2.1.1. Premier temps du travail	12
Anomalies de la phase de latence.....	12
Anomalies de la phase active	13
2.1.2. Deuxième temps du travail.....	15
3. Le travail dirigé	16
3.1. Analgésie péridurale.....	16
3.2. L'amniotomie.....	17
3.2.1. La poche des eaux	17
3.2.2. Technique.....	17
3.2.3. Indications	18
3.3. Ocytociques.....	19
3.3.1. Indications et Administration.....	19
3.3.2. Résultats	20
3.4. L'accompagnement	21
PARTIE 2	22
1. Méthodologie	23
1.1. Problématique	23
1.2. Hypothèses	23

1.3.	Objectifs	23
1.3.1.	Objectif principal	23
1.3.2.	Objectif secondaire.....	24
1.4.	Type et site de l'étude	24
1.5.	Recueil de données.....	24
1.5.1.	Population étudiée, échantillonnage.....	24
	Critères d'inclusion	24
	Critères d'exclusion	25
1.5.2.	Description de l'action	26
1.5.3.	Outil d'enquête.....	26
1.5.4.	Difficultés rencontrées	27
1.6.	Période d'enquête auprès des sages-femmes de salle des naissances	27
2.	Résultats relatifs au recueil de données	28
2.1.	Préambule.....	28
2.2.	Renseignements généraux sur les patientes et leur grossesse	29
2.3.	Le travail	30
2.3.1.	Les indications du travail dirigé chez les nullipares et primipares	30
2.3.2.	Dystocies et anomalies du RCF après la pose de l'APD	31
2.3.3.	Travail dirigé par une seule méthode (Syntocinon® ou Amniotomie)...	32
2.3.4.	Travail dirigé par deux méthodes (Syntocinon® et Amniotomie).....	35
2.4.	Accouchement.....	39
2.5.	Etat néonatal.....	40
3.	Résultats de l'enquête auprès des sages-femmes de salle des naissances	42
	PARTIE 3.....	46
1.	Forces et faiblesses de l'étude.....	47
1.1.	Absence de protocole	47
1.2.	Population cible, taille des échantillons	47
1.3.	Données manquantes.....	47
2.	Analyse et résultats de l'étude du recueil de données	49
2.1.	Caractéristiques des patientes et leur grossesse	49
2.2.	A propos de l'analgésie péridurale lors d'un travail dirigé.....	49
2.3.	Indications du travail dirigé après la pose d'APD	50
2.4.	Travail dirigé par une seule méthode, Syntocinon® ou amniotomie.....	51

2.4.1.	Quel choix entre le Syntocinon® et la RAM en début de travail dirigé ?	51
2.4.2.	Administration du Syntocinon®	52
	Augmentation du débit de la perfusion de Syntocinon®	52
	Débit maximum de la perfusion de Syntocinon®	53
2.4.3.	Correction des dystocies dynamiques du travail après Syntocinon® ou amniotomie pendant le travail	53
	Dyscinésies cervicales	53
	Hypocinésies de fréquence et d'intensité	54
2.4.4.	Persistances de dystocies malgré l'emploi du Syntocinon® ou la réalisation de la RAM	55
2.5.	Travail dirigé par deux méthodes, Syntocinon® et amniotomie	55
2.5.1.	Délai entre l'amniotomie et la perfusion de Syntocinon®	55
2.5.2.	Indications à une deuxième méthode	56
	Hypocinésies de fréquence et d'intensité	56
	Altérations du RCF	56
	Stagnations de la dilatation	57
	Variétés postérieures	57
	Stagnation de la présentation et difficultés d'engagement de la présentation	59
2.5.3.	Délai de correction des dystocies dynamiques	60
2.5.4.	Durée du travail	61
2.6.	Bien être fœtal durant le travail	61
2.6.1.	Liquide amniotique	61
2.6.2.	Descente du mobile fœtal	62
2.6.3.	Anomalies du RCF	62
2.7.	Mode d'accouchement	63
2.8.	Etat néonatal	63
2.8.1.	APGAR	63
2.8.2.	Gaz du sang	64
2.8.3.	Réanimation néonatale	64
2.9.	Retour sur les hypothèses	65
2.10.	Réflexion sur les facteurs associés aux dystocies dynamiques	66
2.10.1.	La nulliparité	66
2.10.2.	Le surpoids	66

2.10.3.	L’hyperthermie.....	66
2.10.4.	Les variétés postérieures	66
2.10.5.	La macrosomie	67
3.	Analyse des pratiques professionnelles auprès des sages-femmes de salle des naissances.....	68
3.1.	Méthode de première intention pour diriger un travail selon les sages-femmes	68
3.1.1.	Indications à l’emploi du Syntocinon®	68
3.1.2.	Indications à la réalisation de la RAM.....	69
3.2.	Fondements de la pratique du travail dirigé.....	70
3.3.	Justification du travail dirigé.....	71
	<i>Conclusion.....</i>	<i>73</i>
	Bibliographie	75
	TABLE DES MATIERES	79
	Annexe 1.....	83
	Annexe 2.....	86

ANNEXE 1

Outil d'étude

Numéro de Dossier :.....

Dans les caractéristiques de la patiente :

- L'âge de la patiente
- L'âge gestationnelSA
- Nullipare oui / non Primipare oui / non
- BMI.....

Dans les caractéristiques du travail :

- Bishop avant la pose d'APD....

Après la pose de l'analgésie péridurale

- Dilatation cervicale..... cm
- La présence d'une dyscinésie cervicale : oui / non
- La présence d'une hypocinésie utérine : oui / non
- Anomalie RCF : oui / non
- Ordre SR ou Ordre RS

Après la mise en place du Syntocinon® ou la réalisation de l'amniotomie

- Dilatation cervicale.....cm
- Délai entre Syntocinon® ou Amniotomie et APD....h.....
- Correction dyscinésie cervicale : oui / non

- Correction hypokinésie utérine : oui / non
- Présence dyscinésie cervicale : oui / non hypokinésie utérine : oui / non
- La présence d'une dystocie d'engagement : oui / non
- Anomalie de progression de la présentation : oui / non
- La présence d'anomalies du RCF : oui / non

- Intensité et fréquence des CU au moment de l'administration du Syntocinon® ou amniotomie.....
- Débit de base du Syntocinon®.....
- Intervalle des paliers :.....
- Couleur du liquide au cours du travail.....

Après la réalisation des deux méthodes

- Dilatation cervicale.....cm
- Délai entre pose Syntocinon® et RAM...h....
- Correction dyscinésie cervicale : oui / non
- Correction hypokinésie utérine : oui / non
- Correction dystocie à l'engagement : oui / non
- Correction anomalie de progression de la présentation : oui / non

- Présence dyscinésie cervicale : oui / non hypokinésie utérine : oui / non
- La présence d'une dystocie d'engagement : oui / non
- Anomalie de progression de la présentation : oui / non
- Délai de correction de la dystocie...h...
- La présence d'anomalies du RCF : oui / non
- Ph au scalp durant le travail : oui / non

- Orientation de la présentation à l'engagement à la naissance.....

- **Si variété postérieure**

- Echographie diagnostic : oui / non
- Présence de dystocies du travail diagnostiquées avant la VP : oui / non
- Présence de dystocies du travail engendrée par la VP : oui / non
- Rotation naturelle : oui / non
- Rotation manuelle : oui / non
- Echech : oui / non
- Réussite : oui / non
- Débit final de Syntocinon®cc/h
- La durée totale du travail...h.....
- La durée de la descente du mobile foetal.....h.....

- **Naissance**

- AVB : oui / non Extraction instrumentale : oui / non Motif
- Césarienne : oui / non Motif.....
- Poids..... gr
- APGAR à 1min à 10min.....
- Ph au cordon
- Lactates :.....
- Ventilation : oui / non Oxygène : oui / non
- Intubation : oui / non

ANNEXE 2

Questionnaire

Le travail dirigé par amniotomie et perfusion d'ocytocine

1. Une fois la pose d'analgésie péridurale réalisée, pour diriger activement le travail vous entreprenez le plus fréquemment :

- Une amniotomie avant la perfusion d'ocytocine
- Une perfusion d'ocytocine avant l'amniotomie
- Vous n'avez pas de méthode préférentielle, vous adaptez en fonction de la situation obstétricale

2. Dans quels cas préférez-vous mettre en place une perfusion d'ocytocine avant l'amniotomie ?

3. Dans quels cas préférez-vous réaliser une amniotomie avant la perfusion d'ocytocine ?

4. Sur quel(s) élément(s) est basé votre pratique ?

- Respect d'un protocole
- La littérature
- Expérience personnelle
- Autres :

5. Pensez vous que l'emploi de ces deux méthodes est toujours justifié ?