



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-theses-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

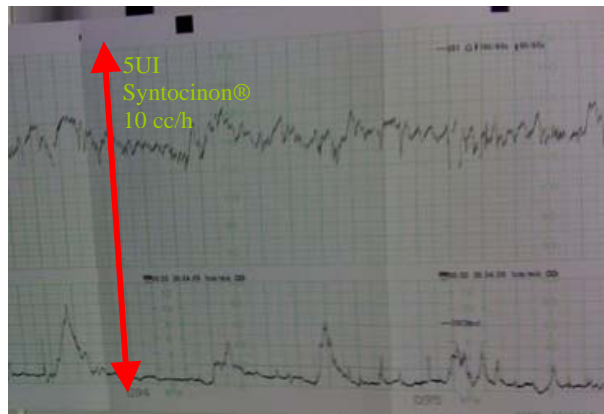
<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes Albert Fruhinsholz

Le travail dirigé par Syntocinon® :

Evaluation menée à la maternité de Bar-le-Duc



Mémoire présenté et soutenu par
Mylène COLMANT

Promotion 2010

Je remercie Monsieur le Docteur LORAILLÈRE, expert de mon mémoire,
Madame PICHON cadre sage-femme enseignante, directrice de mon mémoire et le
personnel des archives de Bar-le-Duc.

SOMMAIRE

Sommaire	3
Préface	6
Introduction	7
Partie 1 : Le travail dirigé, aspect théorique	8
1. rappels	9
1.1. Définition du travail dirigé.....	9
1.2. Effets des contractions utérines.....	9
1.2.1. Dilatation du col au cours du travail	9
1.2.2. Evaluation des contractions utérines.....	11
2. Anomalies du travail nécessitant l'usage d'ocytocine	12
2.1. Dystocies dynamiques.....	12
2.1.1. Définition	12
2.1.2. Circonstances de découvertes	12
2.1.3. Méthodes d'analyses	13
2.2. Dystocies de démarrage	13
2.3. Dystocies au cours du travail	15
2.3.1. Hypocinésie.....	15
2.3.2. Dystocie de la deuxième phase du travail.....	17
2.3.3. Troubles de la contractilité utérine.....	17
3. travail dirigé	19
3.1. Méthodes du travail dirigé	19
3.1.1. Rupture artificielle des membranes.....	19
3.1.2. Ocytociques.....	19
3.2. Indications à l'utilisation d'ocytocine.....	20
3.3. Contre indications au travail dirigé.....	20
3.4. Effets indésirables	21
3.4.1. Effets généraux	21
3.4.2. Effets utérins	21
3.4.3. Effets fœtaux	22
3.5. Administration du Syntocinon®	22
3.5.1. Préparation de la perfusion de Syntocinon®	22
3.5.2. Voie d'administration du Syntocinon®	23
3.5.3. Posologie.....	24
3.5.4. Interactions médicamenteuses.....	25
3.5.5. Prescription du Syntocinon®	25
4. Analgésie péridurale	26
5. Situations particulières	27
5.1. Accouchement d'un enfant macrosome ou épreuve du travail pour disproportion fœto-pelvienne	27
5.2. Utérus cicatriciel	27
5.3. Fièvre en début de travail.....	28

5.4.	Liquide amniotique teinté	28
5.5.	HTA connue et traitée	29
5.6.	Présentation du siège.....	29
5.7.	Accouchement par voie basse des grossesses gémellaires.....	30
6.	Conclusion.....	31
Partie 2 : Réalisation de l'étude à la maternité de Bar-le-Duc		32
1.	Mise en place de l'étude.....	33
1.1.	Justification de l'étude	33
1.2.	Objectifs et hypothèses	34
1.2.1.	Objectifs	34
1.2.2.	Hypothèses	34
1.3.	Schéma général de l'étude	34
1.4.	Population étudiée, échantillonnage.....	35
1.4.1.	Critères d'inclusion	35
1.4.2.	Critères d'exclusion	35
1.5.	Description de l'action	35
1.6.	Description des données collectées et méthodes de mesure	36
1.7.	Aspects médico-légaux et réglementaires.....	36
2.	Réalisation de l'étude.....	37
2.1.	Préambule.....	37
2.2.	Travail dirigé.....	37
2.2.1.	Age maternel	37
2.2.2.	Age gestationnel.....	38
2.2.3.	Parité	38
2.2.4.	IMC	40
2.2.5.	Score de Bishop	41
2.2.6.	Fréquence des contractions utérines.....	41
2.2.7.	Déroulement du travail.....	43
2.3.	Accouchement.....	47
2.3.1.	Mode d'accouchement	47
2.3.2.	Etat du périnée	48
2.3.3.	Anomalies rythme cardiaque foetal	49
2.4.	Nouveau-né à la naissance	50
2.4.1.	pH au cordon	50
2.4.2.	Poids du nouveau né	50
2.4.3.	Réanimation et présence du pédiatre.....	50
2.5.	Pratiques professionnelles.....	51
2.5.1.	Indications à la pose de Syntocinon®	51
2.5.2.	Contre indication à la pose de Syntocinon®.....	52
2.5.3.	Préparation et voie d'administration du Syntocinon®.....	52
2.5.4.	Débit initial du Syntocinon®	53
2.5.5.	Durée des paliers	54
2.5.6.	RAM, indications et mise en place du Syntocinon®	55
2.5.7.	Indications et augmentation du débit de Sytocinon®	56
2.5.8.	Indication à l'arrêt ou à la diminution du Syntocinon®	57
2.6.	Cas particuliers.....	58
2.6.1.	Travail dirigé et liquide amniotique teinté.....	58
2.6.2.	Travail dirigé et hyperthermie.....	59

2.6.3.	Travail dirigé et présentation du siège	60
2.6.4.	Travail dirigé et grossesse gémellaire	61
2.6.5.	Travail dirigé et utérus cicatriciel	62
2.6.6.	Travail dirigé et macrosomie	63
Partie 3 : Discussion		64
1.	Synthèse.....	65
2.	Limites et Difficultés de l'étude	67
2.1.	Limites de l'étude.....	67
2.2.	Difficultés rencontrées	68
3.	Propositions d'améliorations	69
Conclusion.....		74
Liste des abréviations.....		75
Bibliographie		76
TABLE DES MATIERES		79
Annexe 1.....		I
Annexe 2.....		IV

PREFACE

Depuis sa synthèse en 1953, l'utilisation du Syntocinon® a connu un essor considérable pour son utilisation au cours du travail spontané. Depuis 2005, les sages-femmes ont le droit de prescrire des produits renfermant de l'ocytocine, dans le cadre du travail dirigé en salle de naissance. Cette prescription fait maintenant partie de leur pratique courante. Celles-ci tiennent un rôle essentiel dans le suivi du travail et le bien-être des patientes et de leurs enfants. Il est donc important d'utiliser le Syntocinon® avec connaissance et prudence.

Dans notre cursus, nous réalisons des stages tout au long de nos quatre années d'études. Au cours des différents stages réalisés en salle de naissance, j'ai remarqué que l'utilisation du Syntocinon®, dans le cadre du travail dirigé, différait d'un professionnel de santé à un autre, qu'ils fassent partie d'un même établissement de santé ou d'établissements différents.

Il m'est paru difficile, au cours de mes stages, d'utiliser à bon escient le Syntocinon®, et ce avec le moins de risques possibles.

J'ai alors décidé de porter mon intérêt pour ce sujet. J'ai donc souhaité réaliser mon mémoire sur les avantages et inconvénients du Syntocinon® au cours du travail dirigé pour pouvoir l'utiliser du mieux possible au cours de ma carrière. De plus, les sages-femmes ont un rôle d'enseignement auprès des étudiants, il me semble donc important d'uniformiser les pratiques professionnelles de celles-ci. Par conséquent, j'ai décidé de compléter mon étude par une analyse des pratiques professionnelles concernant le Syntocinon® dans le travail dirigé.

Suite à un stage effectué à Bar-le-Duc, j'ai proposé au chef de service de la maternité, Monsieur le Docteur Lorillère, et à la cadre Sage-femme de ce même service, de réaliser une étude sur le travail dirigé, au sein de la maternité. Cette proposition fut accueillie avec enthousiasme.

Introduction

Si le travail dirigé comporte des avantages et des inconvénients en ce qui concerne le déroulement de l'accouchement d'une parturiente, les auteurs ne s'accordent pas toujours sur ce sujet. Les pratiques professionnelles rencontrées lors de mes stages ne m'ont pas permis de visualiser clairement l'application des Recommandations Professionnelles.

De ce constat est née mon interrogation sur le Syntocinon®, plus particulièrement sur les avantages et les inconvénients du travail dirigé par Syntocinon® et sur les pratiques professionnelles quant à l'utilisation de l'Ocytocine en salle de naissance.

Dans un premier temps, j'ai donc voulu définir le travail dirigé, puis j'ai souhaité aborder les anomalies nécessitant une utilisation du Syntocinon® et les recommandations concernant l'utilisation de cette thérapeutique (indications et contre-indications, administration). Pour finir j'ai évoqué quelques cas particuliers nécessitant l'administration d'ocytociques.

Dans une seconde partie, mon enquête à Bar le Duc m'a amenée à étudier et analyser les avantages et inconvénients de cette méthode, au cours du travail et ce jusque l'accouchement, sur une cohorte de 79 patientes. Parallèlement j'ai souhaité rendre compte des pratiques professionnelles des sages-femmes de Bar-le-Duc.

Enfin dans une troisième partie, j'ai mis en avant ce que mon étude a montré puis, en fonction des limites et des difficultés de mon étude, j'ai tenté de proposer des améliorations.

Partie 1 : Le travail dirigé, aspect théorique

1. RAPPELS

Pour expliquer en quoi consiste le travail dirigé, je vais dans un premier temps essayer de le définir. J'effectuerai ensuite quelques rappels sur l'effet des contractions utérines (CU) sur le col et sur l'évaluation de ces contractions.

1.1. Définition du travail dirigé

Diriger un travail consiste à prendre les mesures nécessaires pour modifier le déroulement de l'accouchement. Ceci permet de normaliser un accouchement dont le déroulement n'est pas physiologique et d'améliorer le confort maternel. 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 [21].

La conduite active de celui-ci repose sur un diagnostic précis du début du travail puis sur une détection précoce et un traitement rapide de l'insuffisance des contractions. Cette méthode s'est progressivement imposée dans les pratiques obstétricales. L'objectif est d'aboutir à une dilatation régulière, plus rapide qu'un travail naturel, obtenir un engagement et une descente de la présentation et éviter un travail de longue durée, dans les meilleures conditions possibles [2].

Le travail dirigé pourrait alors être défini par un travail dont le début est spontané mais dont le déroulement est modifié par une intervention médicale.

1.2. Effets des contractions utérines

1.2.1. Dilatation du col au cours du travail

Afin de comprendre les raisons de la mise en place d'un travail dirigé, il me paraît essentiel de rappeler l'action des CU sur le col.

Le col est un obstacle à l'accouchement c'est pourquoi la dilatation cervicale est essentielle. Cette dernière correspond à l'aboutissement de la grossesse et s'effectue essentiellement au cours du travail [1][5][6][12][23].

La dilatation pendant le travail n'est pas homogène. La première phase du travail est divisée en deux : une phase de latence et une phase active.

La *phase de latence* correspond à l'effacement du col et au début de sa dilatation, de 0 à 5 cm.

La *phase active* représente l'accélération de la dilatation cervicale jusqu'à dilatation complète [1][10][12][19]. Chez les primipares, le col s'efface puis se dilate. Chez la multipare, ce mécanisme est différent puisque l'effacement et la dilatation sont simultanés ; cette dernière précède même parfois le début du travail. La durée de la dilatation est donc plus courte chez la multipare que chez la primipare. Ceci fut démontré par les études de Friedman, et Peisner [6][12].

	phase de latence	phase active
primipare	8,6 +/- 0,27 heures	4,9 +/- 0,13 heures
multipare	5,3 +/- 0,19 heures	2,2 +/- 0,07 heures

Au cours du travail, les CU sont le principal moteur de la dilatation cervicale [1]. Le segment inférieur de l'utérus recueille les forces du corps utérin pour les diriger vers le col de l'utérus. Il s'amincit au détriment du corps utérin qui devient alors plus épais. L'effacement et la dilatation se font de l'orifice interne vers l'orifice externe du col [5][6][12][22][23].

La présentation fœtale joue également un rôle important dans la dilatation cervicale, car les CU, grâce à l'augmentation de la pression intra-utérine, entraînent un appui de la présentation sur le col. Elles permettent des tractions sur les fibres cervicales, qui va entraîner un assouplissement et une ouverture du col [5][6][12][22]. Seul l'appui direct de la présentation sur celui-ci favorise sa dilatation [1][12][23]. On comprend alors les perturbations de cette dilatation en présentation du siège, de la face ou du front car le col est mal sollicité [1][6][23].

Le toucher vaginal reste une des meilleures méthodes pour observer les modifications cervicales (position, consistance, longueur, dilatation et hauteur de la présentation). Il s'agit aussi de la méthode la plus utilisée au cours du travail. Le toucher vaginal s'effectue en moyenne toutes les heures [1][23].

Nous venons de voir que les CU avaient un rôle essentiel pour l'accouchement. Au cours du travail, leur mesure est importante pour diagnostiquer le plus rapidement possible une anomalie de la dynamique utérine.

1.2.2. Evaluation des contractions utérines

Au cours du travail, la mesure des CU permet de les qualifier. On peut alors décrire précisément leur fréquence, leur intensité totale (pression maximale enregistrée), leur intensité vraie (intensité totale diminuée du tonus de base), leur durée et leur tonus de base (pression la plus basse entre les CU). Leur fréquence passe de 1 toutes les 15-20 minutes à 3-4 par 10 minutes avant l'expulsion. Leur intensité, leur durée et leur fréquence augmentent également entre le début et la fin du travail [10][12]. Lindgren a prouvé que la dilatation du col ne débutait que si les CU avaient une intensité > 30mmHg. La fréquence et l'intensité des contractions sont importantes pour avoir une bonne dynamique utérine [6].

Au cours du travail, les CU sont intermittentes, totales et concernent tout le muscle utérin. Entre le début du travail et la fin du travail, les CU sont très différentes. La tocographie permet de les évaluer [1][5][10][12]

Pour mesurer les contractions, on peut utiliser deux méthodes :

- La première est la *tocographie externe*, la plus utilisée en France. Il s'agit d'une capsule, contenant un ressort, posée au niveau du fond utérin, qui permet de mesurer la fréquence et la durée des contractions, mais ne permet pas de connaître l'intensité et le tonus de base [1][10].
- La seconde méthode est la *tocographie interne*. Il s'agit d'une méthode semi invasive nécessitant une rupture préalable des membranes et une dilatation ≥ 2 cm. Elle est utilisée en seconde intention, du fait du risque infectieux qu'elle présente, pour mesurer l'intensité vraie des contractions, leur tonus de base et faire ainsi un meilleur diagnostic des anomalies dynamiques [1][10].

L'unité de mesure des CU est l'unité Montevideo (UM), elle s'exprime en kPa/15 min. La courbe de pression qualifiant la contraction est asymétrique, la phase ascendante de contraction étant plus courte que la phase descendante de relaxation. Entre deux contractions, il est essentiel pour l'utérus de se relâcher complètement, afin de retrouver son tonus de repos [5][10][12][22].

Le toucher vaginal ne permet pas de mesurer ou de qualifier la CU mais il évalue son efficacité. L'évaluation des CU et le toucher vaginal nous permettent de diagnostiquer des anomalies [1][12].

2. ANOMALIES DU TRAVAIL NECESSITANT L'USAGE D'OCYTOCINE

Toute anomalie survenant pendant le travail doit faire l'objet d'une recherche étiologique précise, telle qu'une dystocie mécanique, une dystocie dynamique et une anomalie de la dilatation cervicale. Je vais aborder les dystocies nécessitant l'usage d'ocytociques. Dans un premier temps, je parlerai des dystocies dynamiques en général, puis j'approfondirai sur les dystocies de démarrage et les dystocies au cours du travail. Pour finir, j'aborderai les troubles de la dynamique utérine.

2.1. Dystocies dynamiques

2.1.1. Définition

On appelle dystocie dynamique toute anomalie contractile [22]. Il s'agit de « l'ensemble des phénomènes qui perturbent le fonctionnement du muscle utérin, lors des contractions de travail, pouvant avoir pour conséquence une inefficacité sur la dilatation cervicale » (Magnin) [7]. Elle correspond à une anomalie de la contractilité utérine et aboutit à une dilatation $< 1\text{cm/h}$, alors que la vitesse de dilatation normale est de 1cm/h ou plus [7][22].

En présence d'une anomalie de la dilatation cervicale, il faut en premier éliminer une dystocie mécanique. Elle se traduit par une disproportion fœto-pelvienne (DFP) (bassin rétréci et/ou macrosomie) et une présentation anormale ou mal fléchiée. Ensuite nous recherchons une dystocie dynamique [22].

2.1.2. Circonstances de découvertes

C'est l'analyse du partogramme qui permet de diagnostiquer une dystocie dynamique. Il permet de voir un défaut, une lenteur ou une stagnation de la dilatation, une anomalie du partogramme, un défaut de progression de la présentation et une anomalie des CU. Les anomalies des CU peuvent également être découvertes sur le monitoring ou à la palpation [1][22].

Après avoir découvert une anomalie, il est essentiel de l'analyser afin de la qualifier. Cette analyse se fait par plusieurs méthodes.

2.1.3. Méthodes d'analyses

Les CU correspondent aux sensations subjectives douloureuses ressenties par la patiente, la périodicité et la durée des CU. La clinique objective, à l'aide de la main de l'opérateur, apprécie au palper, ces mêmes paramètres. L'enregistrement tocographique externe apprécie la fréquence des contractions et la tocographie interne permet de connaître l'intensité réelle des contractions, leur durée et le tonus de base [22].

Les méthodes d'analyse vont permettre de qualifier les dystocies dynamiques en deux groupes : les dystocies de démarrage et les dystocies au cours du travail que nous allons aborder.

2.2. Dystocies de démarrage

Ce nom fut donné par Lacomme, dans des situations où on observe une absence de la dilatation cervicale chez des femmes, souvent des primipares, ayant des contractions douloureuses et mal tolérées qui ne cèdent pas spontanément [2][22][23].

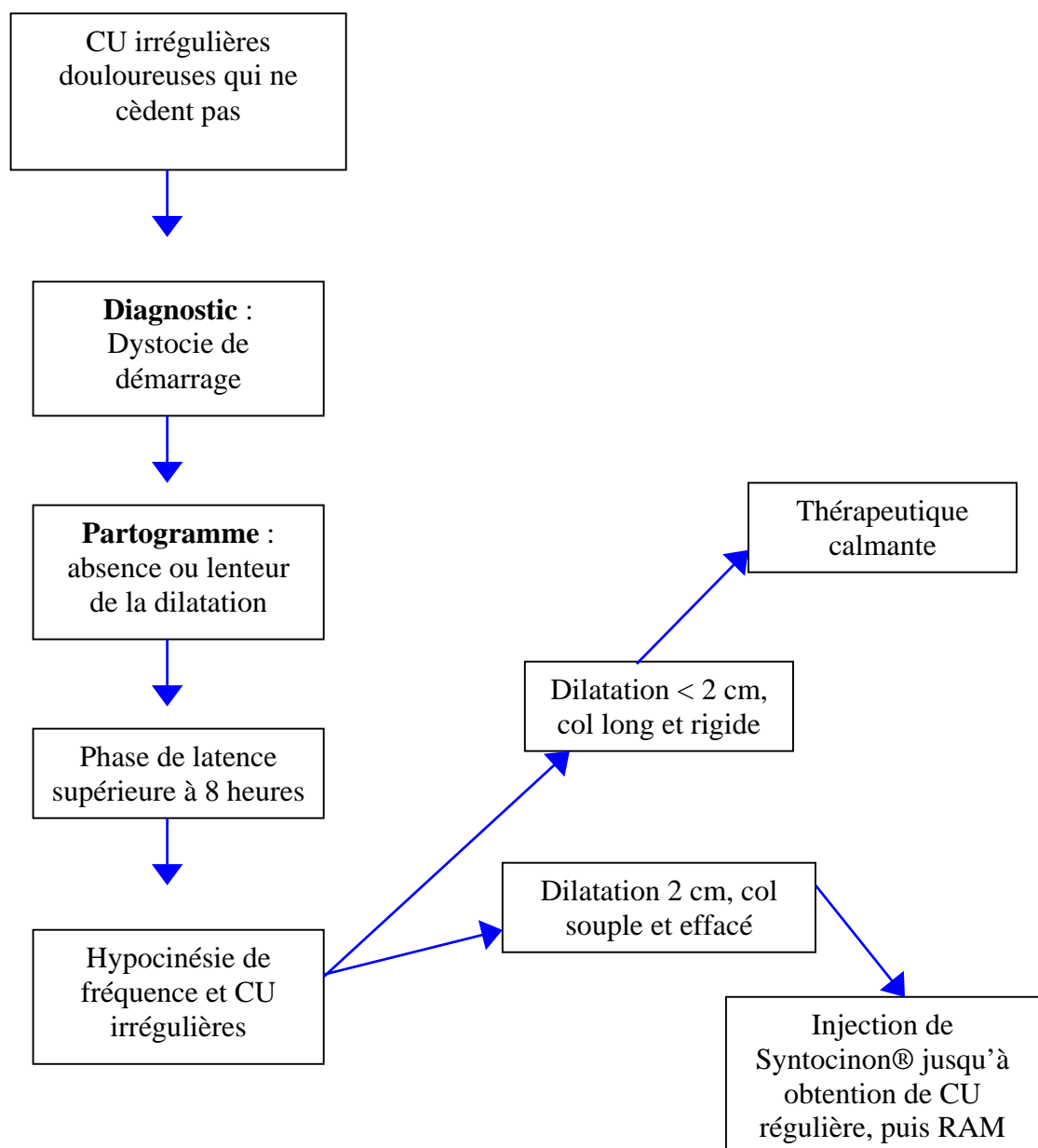
Les dystocies de démarrage sont souvent liées à l'anxiété et l'agitation provoquées par les CU [7][21]. Les contractions sont irrégulières, sollicitent mal le col et sont espacées de 5 minutes ou plus [12]. La durée de la phase de latence varie suivant les conditions d'admission. Si la phase de latence est supérieure à 20h pour une nullipare et à 14h pour une multipare, alors Friedman parle de dystocie de démarrage [6][10]. Pour l'OMS (organisation mondiale de la santé), la phase de latence doit être supérieure à 8 heures pour parler d'une dystocie de démarrage [1][6]. Plus le col est mature en début de travail, plus courte sera la durée de la phase de latence. La hauteur de la présentation en début de travail semble être un facteur prédictif de dystocie. Si la présentation est haute chez une nullipare, le taux de césarienne semble être augmenté, contrairement à la multipare [1].

Les dystocies de démarrage sont diagnostiquées le plus souvent grâce au partogramme, montrant une absence ou une lenteur de la dilatation cervicale. Elles sont aussi diagnostiquées grâce à la tocographie, qui permet d'observer une hypokinésie de fréquence ou une irrégularité des CU [1][12]. Le traitement de ces dystocies est différent selon que le col soit rigide avec une dilatation < à 2cm, ou que le col soit quasiment effacé, souple avec une dilatation à 2cm ou presque [21].

Lorsque le col est long, rigide avec une dilatation ≤ 2 cm, une thérapeutique calmante est recommandée. Ceci ne nécessite pas de perfusion de Syntocinon®.

Si le col est quasiment effacé, souple et dilaté à 2 cm ou presque, une perfusion de Syntocinon® s'impose, faisant suite à une analgésie péridurale, pour régulariser les CU et les rendre plus efficaces sur le col. Lorsque l'on obtient des contractions toutes les 2 à 3 minutes, on peut alors rompre artificiellement les membranes si cela ne s'est pas fait spontanément [21].

Les dystocies de démarrage ne sont pas les seules dystocies dynamiques, on trouve également des dystocies au cours du travail.



2.3. Dystocies au cours du travail

Il s'agit d'une stagnation de la dilatation alors que la patiente est franchement en travail, lorsqu'elle est entrée dans la phase active. Ceci est diagnostiqué grâce au partogramme où l'on observe une horizontalisation de la courbe de dilatation [11]. Au cours de la première phase du travail, on trouve des hypocinésies. On peut aussi diagnostiquer des dystocies de la deuxième phase du travail.

2.3.1. Hypocinésie

L'hypocinésie est responsable de 30 % des anomalies de la dilatation. Cette anomalie se traduit par des CU régulières mais de fréquences insuffisantes, deux contractions sont espacées de plus de 3 minutes, de durée < 70 secondes et d'intensité < 30 mmHg. Ceci aboutit à une dilatation cervicale < 1 cm/h [10][18][22][23].

Elle peut être d'origine primaire (grande multiparité, malformation utérine, fibrome utérin) ou secondaire (présentation dystocique, DFP, obstacle prævia, surdistension utérine, présentation mal fléchie, analgésie péridurale (APD) trop précoce, utilisation excessive de sédatifs ou d'analgésie) [7][18].

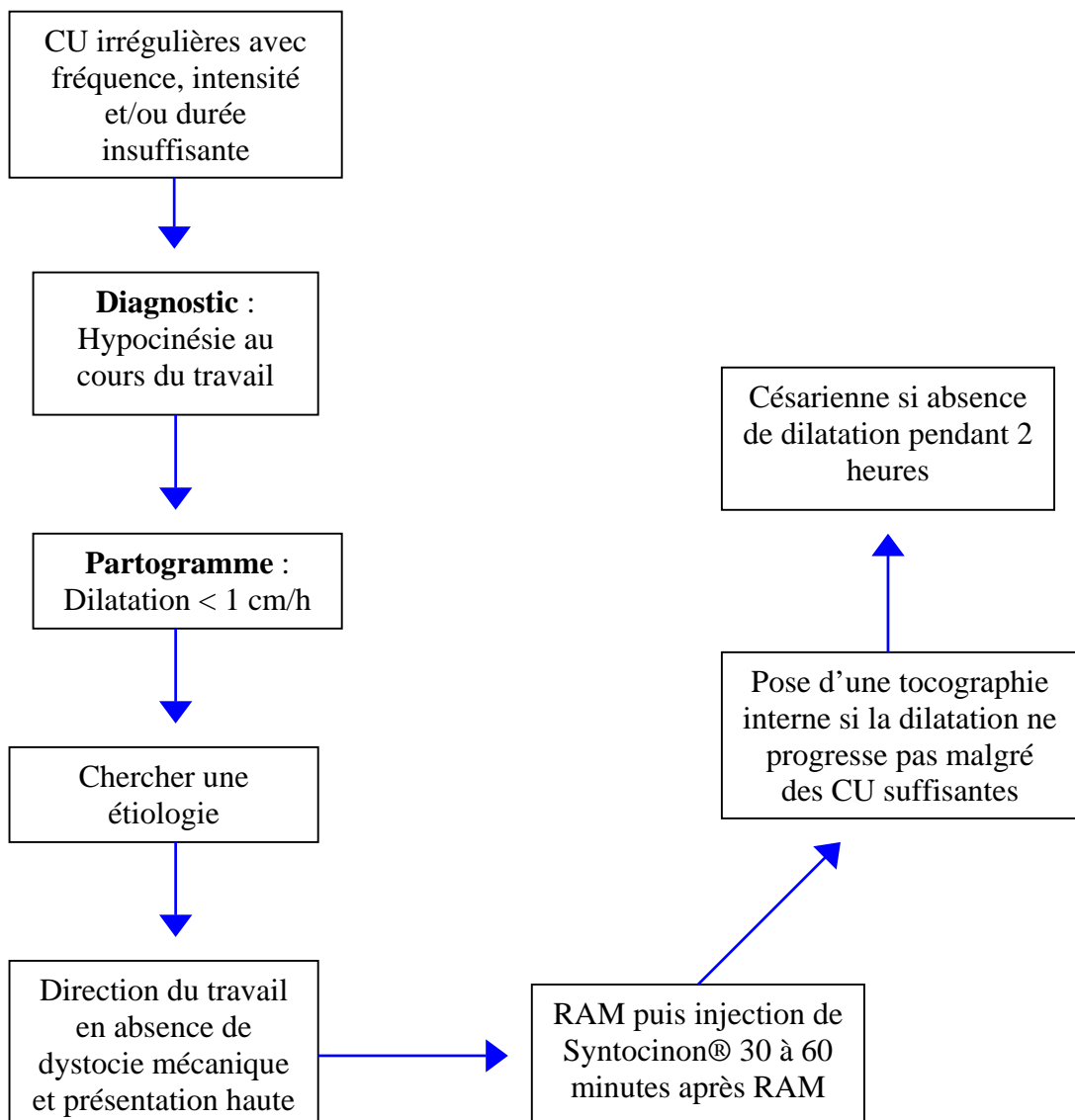
L'hypocinésie entraîne un travail long, fatigant, et souvent, des extractions instrumentales ainsi que des infections materno-fœtales, un liquide amniotique (LA) teinté, des anomalies du rythme cardio-fœtal (RCF) liées à une souffrance fœtale et des hypoxies fœtales [7][15][18].

La direction active du travail est alors indiquée en l'absence de critères obstétricaux de mauvais pronostics tels que macrosomie, bassin pathologique, signes de dystocie mécanique (bosse séro-sanguine importante, début de chevauchement des sutures) et présentation très haute [11][19].

La direction du travail s'établit par rupture artificielle des membranes (RAM) puis par la mise en place d'une perfusion d'ocytocine s'il n'y a pas eu de réponse 30 à 60 minutes après la RAM [10][11][18][22]. L'ocytocine permet d'obtenir des contractions utérines toutes les 2 à 3 minutes. Si la présentation fœtale est très haute, il est recommandé de mettre en place une perfusion de Syntocinon®, avant de pratiquer la RAM, à cause du risque de procidence du cordon. L'amniotomie peut être réalisée avec prudence une heure après, même si la présentation reste identique [11].

Lorsque les CU paraissent suffisantes mais que la dilatation ne progresse pas, il est recommandé d'installer une tocographie interne pour vérifier l'intensité des contractions [21].

La direction du travail (amniotomie et utilisation d'ocytocique) permet d'obtenir une diminution du temps de travail en cas d'anomalie de la dilatation, une dynamique utérine correcte et une reprise de la dilatation. Ceci est confirmé par de nombreuses études [1][10]. Toutefois, si la dilatation ne dépasse toujours pas les 1 cm/heure malgré une dynamique correcte, il faut se poser à nouveau le problème de DFP ou de présentation mal fléchie, et faire appel à un obstétricien. Lorsque la dilatation reste identique pendant 2 heures, même si le RCF est correct, la césarienne est recommandée [1][18].



2.3.2. Dystocie de la deuxième phase du travail

La progression du travail au cours de cette phase est mesurée en termes de descente et de rotation de la présentation. La rotation de la tête de l'enfant est nécessaire pour que la présentation descende dans le bassin.

On parle de dystocie de la deuxième phase du travail lorsque l'engagement et la descente de la présentation sont trop lents. La présentation fœtale doit s'engager, descendre et se dégager dans les deux heures suivant la dilatation complète. On parle également de ce type de dystocie en cas de non progression de la présentation pendant 45 minutes à dilatation complète [17][19].

Les étiologies sont la macrosomie, la DFP et les présentations dystociques (présentation postérieure, présentation du siège, présentation transverse, présentation défléchie).

L'ocytocine peut transformer un forceps de rotation difficile en une extraction aisée, voire même en une naissance spontanée car l'augmentation de l'intensité des contractions favorise la rotation. S'il y a une non progression de la présentation pendant 30 minutes, il est recommandé de mettre en place une perfusion d'ocytocine. Si elle persiste au-delà de 60 minutes de perfusion d'ocytocine à dose maximale, une césarienne est recommandée [17][18]. Le travail dirigé diminuerait légèrement le taux de césarienne, cependant tous les auteurs ne sont pas univoques [1][9][10][20].

Au cours des dystocies dynamiques, il est important de surveiller la progression de la dilatation ou de la présentation fœtale ainsi que la tocographie, car on peut voir apparaître des troubles du rythme de la CU.

2.3.3. Troubles de la contractilité utérine

Normalement la contractilité utérine est régulière dès l'entrée en travail. Cependant il existe des anomalies du rythme. On peut parfois observer des contractions bi- ou trigéminées, c'est-à-dire que deux ou trois contractions successives ne sont pas séparées par un retour au tonus de base entre chaque contraction. Cette situation est dangereuse en cas d'utilisation d'ocytocique, car il y a un risque d'hypertonie. On peut observer des anarchies du tracé où l'on ne retrouve plus de rythme précis. Les contractions se succèdent avec une fréquence et une intensité variant pour chacune, entraînant une lenteur ou un arrêt de la dilatation [22][23].

Il est traditionnel d'utiliser des ocytociques pour traiter les troubles de la contractilité utérine. Cependant, il semblerait que ce ne soit pas la bonne thérapeutique puisque certaines de ces irrégularités sont à la limite de l'hypertonie. Il serait donc plus conseillé d'utiliser des β -mimétiques qui sont utéro-relaxant [22].

L'insuffisance des contractions utérines en début ou en cours de travail, ou dystocie dynamique, doit être identifiée et corrigée. Quelle qu'en soit la nature, dynamique ou mécanique, elle est la première cause de césarienne chez la primipare.

La correction précoce des insuffisances de la contractilité utérine est le moyen principal, par la perfusion intraveineuse continue d'oxytocine, de réduire la durée du travail. Le Syntocinon® est un traitement de 1ère intention pour renforcer la fréquence et l'intensité des contractions utérines au cours du déclenchement ou de l'activation du travail afin de réduire la durée de celui-ci [16].

3. TRAVAIL DIRIGÉ

3.1. Méthodes du travail dirigé

La direction du travail permet d'obtenir une diminution du temps de travail en cas d'anomalie de la dilatation, une dynamique utérine correcte et une reprise de la dilatation. Ceci est confirmé par de nombreuses études [10][12]. On peut diriger un travail grâce à deux méthodes : la rupture artificielle des membranes et l'utilisation de médicaments agissant sur la CU. [2]

3.1.1. Rupture artificielle des membranes

L'amniotomie consiste à percer la poche des eaux au cours du travail, à l'aide d'un amniotome. Cet acte entraîne une meilleure application de la présentation fœtale, une libération des prostaglandines qui permettront une meilleure maturation du col, une coordination des CU ainsi qu'une accélération de la vitesse de dilatation cervicale et une diminution des dystocies cervicales [10][21]. Ceci s'effectue sur des membranes intactes, au cours d'un toucher vaginal [21]

La RAM est associée aux ocytociques lors de la direction du travail, pour avoir une meilleure efficacité de celui-ci [1][4][8][13][15].

3.1.2. Ocytociques

Les ocytociques sont constitués par l'Ocytocine (dénomination commune internationale). L'ocytocine est synthétisée depuis 1953, son nom commercial étant le Syntocinon®. Il s'agit d'une hormone naturelle : l'ocytocine, qui est identique à celle produite par la post-hypophyse de notre corps. Les ocytociques sont des utérotoniques puissants qui accentuent la force contractile de l'utérus et régularisent les CU [10][21][25]. Le Syntocinon® est commercialisé depuis le 13 août 1970 (date de l'autorisation de mise sur le marché) [15].

Les études montrent qu'une direction précoce et systématique serait plus péjorative pour le travail qu'une direction non systématique puisqu'elle ne présente pas d'avantages sur la durée du travail, l'état fœtal et maternel, ni sur le mode d'accouchement par voie basse, même si une légère diminution du taux de césarienne

est démontré dans plusieurs études. Celles-ci ne sont pas toutes univoques [4][8][13][15].

La prescription de Syntocinon® ne doit donc pas être systématique mais doit faire suite à une indication médicale dans le cadre du travail dirigé.

3.2. Indications à l'utilisation d'ocytocine

La direction du travail au cours d'un accouchement est indiquée en présence de dystocies dynamiques soit en début, soit en cours de travail. L'ocytocine est aussi indiquée en cas de défaut de flexion de la présentation fœtale et de dystocie de la deuxième phase du travail. Le travail dirigé permet ainsi de réduire le diamètre d'engagement fœtal. Un travail ayant été déclenché artificiellement sur un col mature peut aussi être dirigé. La pose de péridurale n'est pas une indication à la mise en place d'une perfusion de Syntocinon® [2][6][10][16][18][21][25].

Les indications du travail, tout comme les contre-indications, que j'évoque ensuite, doivent être respectées.

3.3. Contre indications au travail dirigé

Ces contre-indications sont liées à l'injection d'ocytocine. On trouve des contre-indications absolues et relatives.

Les contre-indications absolues comprennent la DFP, les obstacles prævia et une présentation dystocique (front ou transverse), la souffrance fœtale antérieure ou en début de travail, l'hypertonie utérine quand l'accouchement n'est pas imminent et l'hypersensibilité au médicament [1][10][18][21][25].

Les contre-indications relatives sont les utérus cicatriciels, la grande multiparité, la présentation du siège, les grossesses multiples, l'hydramnios, les troubles cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle (HTA) sévère, la prédisposition aux embolies amniotiques (mort fœtale in-utéro et l'hématome rétro-placentaire). Toutefois, il est fréquent de réaliser un travail dirigé malgré la présence de contre-indications relatives, à l'aide d'une surveillance renforcée et plus attentive [1][10][18][21][25].

Si l'injection d'ocytocine ne se fait pas correctement ou s'effectue en présence de contre-indications, on peut voir apparaître des effets indésirables.

3.4. Effets indésirables

L'injection d'ocytocine peut avoir des conséquences sur l'utérus, sur l'état général de la patiente et sur le fœtus.

3.4.1. Effets généraux

Lorsque la dose d'ocytocine injectée est très importante, on peut assister à une hypotension artérielle et une tachycardie suivie d'une hypertension artérielle (HTA), d'une bradycardie et d'une augmentation de la pression veineuse centrale.

Pour une dose massive de Syntocinon® (supérieure à 120 mU/min, alors qu'on ne doit pas dépasser 50 à 80 mU/min), on verra apparaître un effet antidiurétique se manifestant par une intoxication à l'eau transitoire. Ceci est rare mais grave, et, est lié à un apport massif en ocytocine et soluté de dilution des ocytociques. Cette intoxication se traduit par des nausées, des vomissements, des céphalées, puis par un coma avec des convulsions et une hyponatrémie.

Exceptionnellement, on voit apparaître un rash, une réaction anaphylactoïde, ou un choc anaphylactique [1][2][10][12][18][21][25].

3.4.2. Effets utérins

Le Syntocinon® peut entraîner une hyperstimulation utérine. Elle se traduit par une hypercinésie d'intensité et/ou de fréquence. Une dose élevée entraînera une augmentation du tonus de repos des CU. On parle alors d'hypercinésie utérine ou d'hypertonie. On peut aussi voir apparaître une rupture utérine qui reste exceptionnelle, mais ce risque est majoré en cas d'utérus cicatriciel.

L'administration d'ocytocine doit être contrôlée par une tocographie interne en présence d'un utérus cicatriciel, d'autant plus qu'une même dose à des effets variables d'une personne à une autre [1][2][10][21][25].

3.4.3. Effets fœtaux

Une souffrance fœtale aigüe peut être la conséquence d'une hypertonie ou d'une hypercinésie utérine. L'amniotomie précoce, systématique et/ou l'administration de fortes doses d'ocytocine sont associées à des perturbations du RCF [24].

De telles pratiques nécessitent donc beaucoup de prudence et surveillance.

Il semblerait également que le Syntocinon® soit responsable, de manière indirecte, d'une hyperbilirubinémie néonatale. L'ocytocine fragiliserait les hématies fœtales sous l'effet de l'hypo-osmolarité induite par le Syntocinon®. Mais cette anomalie est retrouvée en présence d'un travail long, d'une bosse séro-sanguine ou encore d'un céphalématome. Le Syntocinon® ne serait donc pas le seul responsable d'une hyperbilirubinémie. Cette physiopathologie n'est pas univoque pour tous [1][10][21][25].

3.5. Administration du Syntocinon®

L'administration du Syntocinon® comprend sa préparation, sa voie d'administration, sa posologie, ses interactions médicamenteuses et enfin sa prescription.

3.5.1. Préparation de la perfusion de Syntocinon®

Le Syntocinon® est une solution commerciale dont la forme galénique est une ampoule de 1ml contenant 5 unités internationales (UI) d'ocytocine et des excipients (acétate de sodium, chlorobutanol, alcool éthylique, acide acétique et eau pour préparation injectable). Sa conservation s'effectue au réfrigérateur dont la température est comprise entre +2°C et +8°C [1][10][16][17][25].

La dilution de l'ampoule se fait dans du sérum physiologique isotonique ou dans du glucosé à 5%. Une ampoule de 5UI est diluée dans 500 ml le plus souvent. On peut aussi le diluer dans 49 ml de glucosé isotonique à 5% s'il est administré à l'aide d'une seringue électrique de 50 ml. L'administration d'ocytocine nécessite un monitoring utérin et fœtal dès la mise en route de la perfusion et ce jusque l'accouchement, afin de dépister précocement une souffrance fœtale ou une anomalie utérine [10][16][17][18][21][25].

La perfusion de Syntocinon® doit être placée en dérivation d'une perfusion d'entretien (contenant un sérum physiologique) car il ne doit pas être ajouté d'autre substance au Syntocinon® [21][25]. Associée à d'autres médicaments, le débit de la perfusion d'ocytocine pourrait être augmenté. Or, l'ocytocine doit être administrée avec un débit contrôlé et augmenté prudemment jusqu'à l'obtention d'une bonne dynamique utérine [21].

3.5.2. Voie d'administration du Syntocinon®

L'administration d'ocytocine se fait uniquement par voie intraveineuse (IV) [21][25].

L'injection directe en intramusculaire ou en IV, les administrations nasales et per-linguales sont contre-indiquées au cours du travail du fait de la trop grande quantité de produit injecté. Ce médicament doit être administré par perfusion intra-vasculaire, sous contrôle médical très strict, avec un débit faible afin de ne pas voir apparaître des effets secondaires graves. La vitesse de la perfusion doit être strictement contrôlée et adaptée à la réponse utérine. La perfusion est obligatoirement régulée par une pompe volumétrique ou une seringue électrique assurant un débit régulier (1 goutte équivaut à 0,5 milli-unité si la dilution a été effectuée dans un sérum à 500 ml). Ce perfuseur doit être sécurisé de manière à ce que la patiente ne puisse pas modifier le débit de la perfusion [1][16][17][18][25].



La mise en route de la perfusion s'effectue après vérification du bon fonctionnement de la pompe ou de la seringue. Si l'administration se fait à débit constant, l'activité utérine augmente progressivement pendant 20 à 30 minutes [1].

Après avoir débuté la perfusion de Syntocinon®, la posologie de celle-ci est déterminante dans le travail dirigé, afin d'obtenir le meilleur travail sans effets indésirables.

3.5.3. Posologie

Le but de la perfusion est d'obtenir des CU semblables aux contractions physiologiques. La mise en route de la perfusion s'effectue à un débit initial compris entre 2 à 8 gouttes/min (ce qui équivaut à 1 et 4 mUI/min, soit 0,1 à 0,4 ml/min, soit 6 à 24 ml/h si la dilution est effectuée dans un soluté de 500 ml) [1][16][17][18][25]. L'augmentation du débit doit être régulière, par palier de 10 à 15 ml/h toutes les 30 à 40 minutes ; une fréquence d'augmentation plus rapide ne montre pas de bénéfice autre qu'un travail moins long et pourrait entraîner des effets indésirables [12][14][20].

Les doses d'ocytocine injectées lors d'un travail dirigé doivent toujours être inférieures aux doses d'ocytocine injectées pour un déclenchement. La vitesse de perfusion doit être strictement contrôlée et adaptée à la réponse utérine [1][17][18]. Cette réponse utérine requiert des doses d'ocytocine plasmatiques variables pour chaque femme [10]. Cette dernière est souvent obtenue avec des doses faibles : 1 à 5 mUI/min, mais parfois 10 à 15 mUI/min, en fonction de la réponse de l'utérus à cette hormone [10][21]. Au-dessus de la quantité d'ocytocine nécessaire pour obtenir une bonne dynamique utérine, il y a un risque d'hypertonie utérine, d'hypersystolie et donc de souffrance fœtale [10].

Le débit maximal injecté est de 40 gouttes/min (soit 20mUI/min ou 120 ml/h). La demi-vie dans le sang de la mère de l'ocytocine est de 2 à 3 minutes. Cependant la durée d'action du Syntocinon® est de 30 minutes environ pour la voie IV. Ceci permet de contrôler facilement l'effet utéro-tonique de la perfusion. La liaison plasmatique est faible et l'élimination se fait essentiellement par les reins et le foie [1][16][17][18][21][25].

L'arrêt de la perfusion entraîne une diminution, rapide au début et plus lente ensuite, de l'intensité et de la fréquence des CU. Il faut environ 40 minutes pour revenir à la CU antérieure, à la mise en route d'une perfusion de Syntocinon®. Cet acte est utile en cas d'hyperstimulation utérine [10][21][25].

La posologie doit être respectée pour ne pas mettre en danger la vie de la patiente et de son enfant. Toutefois, l'injection d'ocytocine doit être vigilante face aux interactions médicamenteuses.

3.5.4. Interactions médicamenteuses

Pendant ou après l'APD, l'ocytocine peut potentialiser l'effet vaso-constricteur des sympathomimétiques. Certains anesthésiques volatils tels que le cyclopropane ou l'halothane peuvent aggraver l'effet hypotenseur de l'ocytocine et réduire son action utérotonique. En cas d'administration concomitante des troubles du rythme fœtal et maternel peuvent apparaître [10][25].

Les prostaglandines peuvent également potentialiser l'effet de l'ocytocine [1][16].

Afin de ne pas voir apparaître d'interactions médicamenteuses ou d'effets indésirables, et ainsi de sécuriser le déroulement du travail, tous les professionnels de santé ne sont pas autorisés à prescrire du Syntocinon® [10][25].

3.5.5. Prescription du Syntocinon®

Autrefois, la prescription d'ocytocine était réservée aux médecins. Depuis l'arrêté du 12 octobre 2005 du code de la santé publique, la sage-femme est également autorisée à prescrire, pour un usage professionnel, les produits renfermant de l'ocytocine tels que le Syntocinon®, uniquement dans le cadre d'un travail dirigé [2][23][25].

Il est essentiel de contrôler l'administration d'ocytocine. L'utilisation de médicaments agissant sur la CU se fait lorsque l'état du col et des membranes le permettent. La prescription de médicaments agissant sur les CU est réalisée uniquement si l'AVB est autorisé. Pour des accouchements normaux, les bénéfices du travail dirigé restent encore discutés. Toutefois, la direction active du travail est indiquée s'il existe une anomalie de la dilatation cervicale ou de la progression de la présentation fœtale [16].

4. ANALGESIE PERIDURALE

L'analgésie péridurale est de plus en plus présente en salle de naissance (SDN). Elle permet de supporter la douleur liée aux CU [11]. Toutefois, elle présente des conséquences et des inconvénients notamment sur la dynamique utérine. Les anesthésiques locaux n'ont pas d'action directe sur la CU. En revanche, des cas d'hypertonie utérine transitoire dus à l'utilisation de morphinique, comme le Fentanyl®, ont été rapportés. Ceci est expliqué par l'inhibition de la stimulation des récepteurs alpha au niveau de l'utérus due à la diminution rapide des catécholamines lors de l'installation de l'analgésie. Une diminution de l'activité utérine a été mise sur le compte du volume de remplissage utilisé en prévention de l'hypotension liée au bloc sympathique provoqué par la péridurale. Les différentes études restent assez controversées [1][3][19][22].

Nous venons d'étudier la direction du travail en l'absence de contre-indication. Cependant, dans certaines situations, la direction du travail est recommandée, malgré la présence de contre-indications.

5. SITUATIONS PARTICULIERES

La macrosomie, la DFP, l'utérus cicatriciel, la fièvre en début de travail, le LA teinté, l'HTA, la présentation du siège et l'accouchement de jumeaux sont des situations pouvant nécessiter une perfusion d'ocytocine pendant le travail, malgré une contre-indication relative, car elles favorisent les anomalies.

5.1. Accouchement d'un enfant macrosome ou épreuve du travail pour disproportion fœto-pelvienne

Cette situation entraîne des anomalies de la dilatation. Seules les hypokinésies justifieront un traitement par perfusion d'ocytocine. La mise en route de cette perfusion doit se faire de manière très prudente puisque des études ont montré que le taux de dystocie des épaules doublait chez des enfants de plus de 4500g, pour lesquels il y avait eu un arrêt ou une lenteur anormale de la dilatation pendant le travail. Il faut donc faire attention à ne pas forcer l'engagement de la présentation céphalique [21].

5.2. Utérus cicatriciel

Dans cette situation, l'hypokinésie est la cause la plus fréquente d'anomalie de la dilatation. La dynamique utérine est surveillée par tocographie externe tant que les membranes ne sont pas rompues, puis par tocographie interne après la rupture membranaire. Lorsqu'une anomalie de la dilatation est diagnostiquée, il est recommandé de mettre en place une tocographie interne pour qualifier et traiter l'hypokinésie (de fréquence et/ou d'intensité) [11][21].

Le traitement indiqué est une perfusion de Syntocinon®, faisant suite à une RAM, seulement si la surveillance est maximale et sans jamais dépasser un débit de 20mUI/min soit 120 ml/h. Toute intervention (RAM et/ou perfusion de Syntocinon®) doit entraîner une reprise de la dilatation dans l'heure car la stagnation de celle-ci n'est pas acceptée au-delà de 2h. Si on observe une modification brutale de l'activité utérine (hyper ou hypokinésie), il faut immédiatement penser à la rupture utérine puisqu'une hypercinésie sur un utérus cicatriciel est le premier signe d'une déhiscence de la

cicatrice. En cas d'hypercinésie, la conduite à tenir est de prévenir le médecin et préparer la patiente pour une césarienne en urgence [11][21].

5.3. Fièvre en début de travail

Le dérèglement du centre thermo-régulateur fait suite à une infection maternelle ovulaire, extra ovulaire ou généralisée.

20% des femmes fébriles donnent naissance à des enfants infectés. Il existe des risques pour l'enfant (infections néonatales, souffrance fœtale, prématurité, mortalité périnatale majorée, détresses respiratoires et hémorragie intra-ventriculaire), pour la mère (endométrite, bactériémie, septicémie, choc toxique et infectieux, et coagulopathie), et au cours du travail (augmentation de la durée du travail, augmentation d'intervention obstétricale due à des dystocies dynamiques, souffrances fœtales, augmentation du taux de césarienne et d'extraction instrumentale) [21].

Un des traitements pour une fièvre en début de travail consiste en la direction de celui-ci. Elle permet de corriger une dystocie dynamique, de réduire la durée du travail afin de diminuer les risques pour la mère, pour le fœtus et de diminuer les anomalies du travail [21].

5.4. Liquide amniotique teinté

Cette situation entraîne des inhalations et des infections fœtales ainsi que des anomalies du RCF. La direction du travail permet donc de limiter ces pathologies.

Lorsque le LA est teinté mais transparent, il faut surveiller le déroulement du travail, surtout le RCF, et diriger celui-ci si une anomalie de la progression du travail est diagnostiquée [21].

Lorsque le LA est méconial, le RCF est souvent normal ou peu pathologique. Dans des conditions locales favorables, il faut diriger le travail.

En effet en présence d'un LA pathologique, le travail doit être rapide afin de diminuer les risques d'inhalation méconiale et d'infection fœtale. Cette thérapeutique nécessite une surveillance maximale par monitoring, saturométrie, et pH au scalp [21].

5.5. HTA connue et traitée

La présence d'HTA en début de travail doit être dirigée avec prudence. Le travail et l'accouchement nécessitent un minimum de puissance. Il faut donc limiter la durée des efforts expulsifs. Les risques d'hypertonie, de tachysystolie ou d'hypersystolie chez l'enfant entraînent une surveillance accrue de la dynamique du travail [21].

5.6. Présentation du siège

Le diagnostic de présentation du siège est généralement établi pendant la grossesse, plus rarement au cours du travail. Les risques encourus au cours de l'accouchement sont l'asphyxie, les traumatismes, une procidence du cordon, des difficultés d'extraction liées à une rétention de tête dernière ou à une extension des bras [11][21].

L'AVB doit se faire dans des conditions strictes de sécurité : l'obstétricien doit être sur place et une césarienne doit pouvoir être réalisée dans les plus brefs délais. La phase de dilatation doit être régulière et le contrôle du RCF permanent. Les membranes doivent être conservées intactes le plus longtemps possible.

En présence d'une hypokinésie, et seulement s'il n'y a pas de souffrance, une perfusion d'ocytocine peut être prescrite. La stagnation de la dilatation ne doit pas dépasser 2 à 3 heures et la durée totale du travail ne doit pas être supérieure à 10h. Le RCF doit rester correct tout au long du travail. Au moment de l'expulsion, une perfusion d'ocytocine est recommandée afin que l'accouchement soit le plus rapide possible [11][21].

5.7. Accouchement par voie basse des grossesses gémellaires

Ces accouchements comportent des risques tels que la procidence du cordon, l'asphyxie fœtale, l'accrochage des fœtus et l'enchevêtrement des cordons.

L'accouchement par voie basse est possible si le premier enfant est en présentation céphalique. La surveillance de l'accouchement du premier jumeau est identique à ceux d'un enfant unique [11][21]. La surveillance du RCF de chaque jumeau est obligatoire pendant toute la durée du travail, ainsi que les CU. L'utilisation des ocytociques est possible pour régulariser les CU. La dilatation cervicale doit être, dans sa phase de latence et dans sa phase active, aussi rapide que pour une grossesse unique. L'expulsion du premier jumeau est identique à celle d'un enfant unique.

L'accouchement du deuxième jumeau nécessite un travail dirigé. Immédiatement après la naissance du premier jumeau, la perfusion de Syntocinon® doit être arrêtée pour vérifier la présentation du deuxième jumeau.

Plusieurs possibilités s'offrent à nous :

- Le deuxième jumeau est en présentation céphalique, on s'attend à une reprise des CU. Si elles tardent à venir, on reprendra la perfusion de Syntocinon®, puis une RAM de la deuxième poche est pratiquée prudemment pour éviter une latérocidence ou une procidence du cordon. L'expulsion se fera ensuite rapidement.
- Le deuxième jumeau est en présentation du siège, la perfusion de Syntocinon® doit être reprise systématiquement pour obtenir une bonne dynamique utérine. Puis une RAM est réalisée prudemment.

Les autres présentations du deuxième jumeau nécessitent des manœuvres spécialisées et non une perfusion de Syntocinon® [21].

6. CONCLUSION

Le travail dirigé présente des avantages et des inconvénients. Il permet d'accélérer un travail dont le déroulement n'est pas physiologique et de corriger des anomalies de la contraction utérine au cours du travail. Il est aussi recommandé dans des situations particulières, présentant des contre-indications à la direction du travail. Toutefois, l'emploi de l'ocytocine doit se faire avec précaution et par un personnel qualifié. Cette hormone présente en effet beaucoup d'effets indésirables graves pour la patiente ou le fœtus si la prescription et l'utilisation ne sont pas correctes. Des études ont été réalisées présentant divers résultats. C'est pourquoi j'ai réalisé ma propre étude concernant les avantages et inconvénients du Syntocinon® du travail dirigé.

Indications	Contre-indications	Avantages	Inconvénients
Dystocie de démarrage Hypocinésie Dystocie de la deuxième phase du travail Trouble de la dynamique utérine	<p>Absolues :</p> <p>Placenta prævia</p> <p>Disproportion fœto-pelvienne</p> <p>Souffrance fœtale antérieure ou en début de travail</p> <p>Présentation dystocique</p> <p>Hypertonie utérine</p> <p>Hypersensibilité au médicament</p> <p>Relatives :</p> <p>Utérus cicatriciels</p> <p>Multiparité</p> <p>Présentation du siège</p> <p>Grossesses multiples</p> <p>Hydramnios</p> <p>Troubles cardio-vasculaires</p> <p>HTA sévère</p> <p>Prédisposition aux embolies amniotiques</p>	<p>Diminution du temps de travail</p> <p>Correction des dystocies dynamiques</p> <p>Diminution des souffrances fœtales</p> <p>Extractions fœtales plus aisées</p> <p>Reprise de la dilatation</p>	<p>Général :</p> <p>Hypotension</p> <p>tachycardie</p> <p>HTA et bradycardie</p> <p>Intoxication à l'eau</p> <p>Nausées, vomissements</p> <p>Céphalées et coma</p> <p>Convulsions et hyponatrémie</p> <p>Rash, réaction anaphylactoïde choc</p> <p>anaphylactique</p> <p>Utérin :</p> <p>Hyperstimulation utérine</p> <p>Hypercinésie utérine, hypertonie</p> <p>Rupture utérine</p> <p>Fœtal :</p> <p>Souffrance fœtale aigüe</p> <p>Hyperbilirubinémie néonatale?</p>

*Partie 2 : Réalisation de l'étude à la maternité
de Bar-le-Duc*

1. MISE EN PLACE DE L'ETUDE

1.1. Justification de l'étude

Mon étude porte sur l'utilisation du Syntocinon® en phase de travail lors d'un début de travail spontané d'une grossesse de plus de 37 semaines d'aménorrhée (SA).

Pour tenter d'y répondre, j'ai réalisé une étude rétrospective à Bar-le-Duc, à l'aide d'un questionnaire, établi grâce aux connaissances acquises, et d'une analyse de mes résultats par le logiciel EXCEL.

Mon objectif principal est de rechercher les bénéfices et les risques liés à l'utilisation du Syntocinon® selon les critères de mon étude. Mon objectif secondaire est d'observer l'utilisation du Syntocinon® en salle de naissance au cours d'un travail dirigé.

Dans les différents ouvrages que j'ai pu consulter, j'ai observé que le travail était souvent dirigé par Syntocinon®. Cette méthode n'est pas le premier choix pour diriger un travail (il s'agit de la rupture artificielle des membranes). Cependant elle présente beaucoup d'avantages, mais comporte également des risques quant à l'utilisation de cette molécule synthétisée. Depuis l'apparition du Syntocinon® en 1953, son utilisation n'a pas cessé d'augmenter. Ce médicament fait partie des prescriptions autorisées aux sages-femmes depuis 2005.

1.2. Objectifs et hypothèses

1.2.1. Objectifs

Objectif principal :

- Observer les avantages et inconvénients, maternels et fœtaux, d'un travail dirigé par Syntocinon®.

Objectifs secondaires :

- Evaluer l'utilisation du Syntocinon® tout au long du travail lorsque le déclenchement est spontané avec un terme \geq à 37 SA.
- Confronter les pratiques professionnelles du personnel de Bar-le-Duc avec les Recommandations Professionnelles concernant le Syntocinon®.

1.2.2. Hypothèses

- L'utilisation du Syntocinon® réduit la durée du travail.
- L'utilisation de ce médicament fait suite à une dystocie dynamique.
- Une mauvaise utilisation de l'ocytocine peut entraîner des anomalies de la dynamique utérine et du RCF.
- Une mauvaise utilisation du Syntocinon® peut entraîner des anomalies de la contractilité utérine.
- L'utilisation du Syntocinon® augmente le taux de césarienne et d'extraction instrumentale.

1.3. Schéma général de l'étude

Type de l'étude : Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique, rétrospective, non randomisée.

1.4. Population étudiée, échantillonnage

La population étudiée est constituée par des femmes ayant accouché à la maternité de Bar-le-Duc, à un terme de 37 SA ou plus, dont le travail a été dirigé par Syntocinon® suite à un début de travail spontané, au cours des trois premiers mois de l'année 2009.

1.4.1. Critères d'inclusion

- Femmes ayant accouché à un terme ≥ 37 SA.
- Femmes ayant eu un début de travail spontané (RPM, CU...).
- Femmes ayant reçu du Syntocinon® au cours du travail (travail dirigé).

1.4.2. Critères d'exclusion

- Femmes ayant accouché avant 37 SA.
- Femmes ayant eu un travail naturel.
- Femmes ayant été déclenchées.
- Femmes ayant été césarisées avant le début du travail.

1.5. Description de l'action

J'ai examiné les dossiers des trois premiers mois de l'année 2009, concernant mes critères, aux archives de la maternité de Bar-le-Duc. La durée de mon étude a été étudiée avec Madame Pichon (directrice de mon mémoire), Monsieur le Docteur Lorailère (expert de mon mémoire et chef de service de cette maternité) et le service du DIM de Nancy. A l'aide d'un questionnaire de recueil de données, j'ai analysé les dossiers.

Mon action ne présente aucun risque pour les patientes.

1.6. Description des données collectées et méthodes de mesure

Mes critères de jugement comprennent :

- les critères d'inclusion,
- la présence d'antécédents d'accouchements antérieurs par voie basse,
- les indications à l'injection de Syntocinon®,
- la survenue d'anomalies durant le travail, ainsi que la gestion de ces éventuelles anomalies,
- le déroulement de l'accouchement,
- les indications et les contre-indications au travail dirigé,
- la mise en place, l'utilisation et la surveillance du travail dirigé,
- l'impact positif et /ou négatif sur le travail le fœtus,
- Les pratiques professionnelles des sages-femmes.

1.7. Aspects médico-légaux et réglementaires

Afin de respecter l'anonymat des dossiers et de leur contenant, mes questionnaires ne sont pas nominatifs.

2. REALISATION DE L'ETUDE

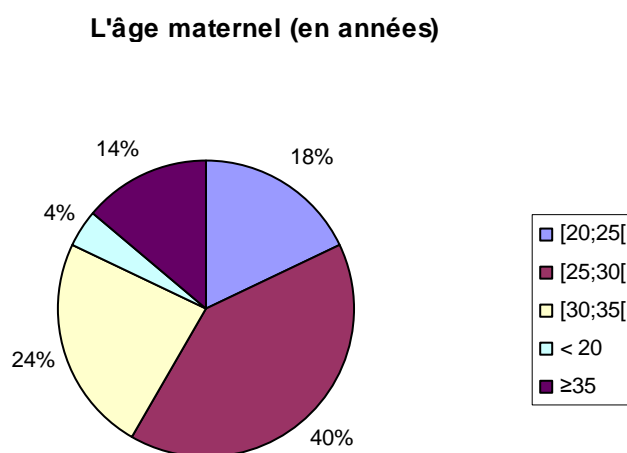
Les 3 mois concernant mon étude ont compté 174 accouchements. 79 ont été dirigés après un début de travail spontané, correspondant à 45,4% des accouchements. Parmi ceux-ci, je note 2 dossiers dont le fœtus est en présentation du siège et 1 dossier concernant une grossesse gémellaire.

2.1. Préambule

Afin de ne pas alourdir la lecture, j'ai choisi de ne pas faire apparaître la totalité de mes résultats. Les résultats ne montrant pas d'influence sont ainsi disponibles en annexe 2. Des renvois en annexe sont précisés aux moments pertinents. Dans cette seconde partie, j'ai également décidé, pour ne pas me répéter, d'effectuer l'analyse de mes résultats au fur et à mesure de leur présentation.

2.2. Travail dirigé

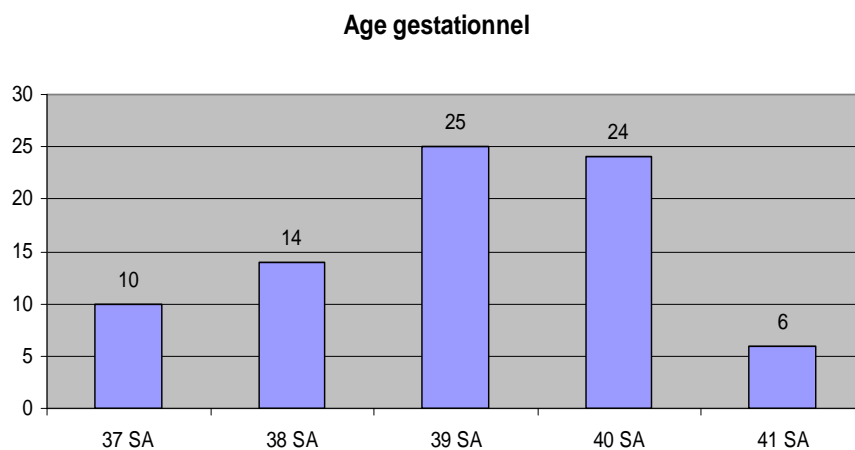
2.2.1. Age maternel



Graphique 1

Le graphique 1 présente un échantillon dont l'âge moyen est de 28,5 ans, la médiane de 28 ans et l'étendue de 17 à 45 ans. Je me suis interrogée sur l'âge maternel corrélé au débit de Syntocinon® utilisé. Il ne semble pas y avoir d'influence de l'âge maternel sur le débit de Syntocinon® utilisé (Voir annexe 2, graphique 2).

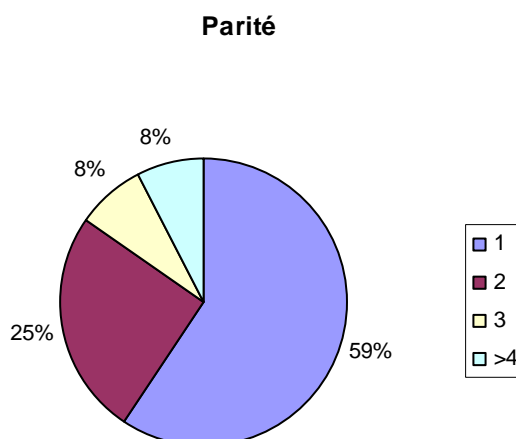
2.2.2. Age gestationnel



Graphique 3

Le graphique 3 représente l'âge gestationnel de ma population variant de 37 à 41SA. L'âge gestationnel (AG) moyen est de 39SA. Il est peu représentatif du débit maximum de Syntocinon® administré. (Voir annexe 2, graphique 4)

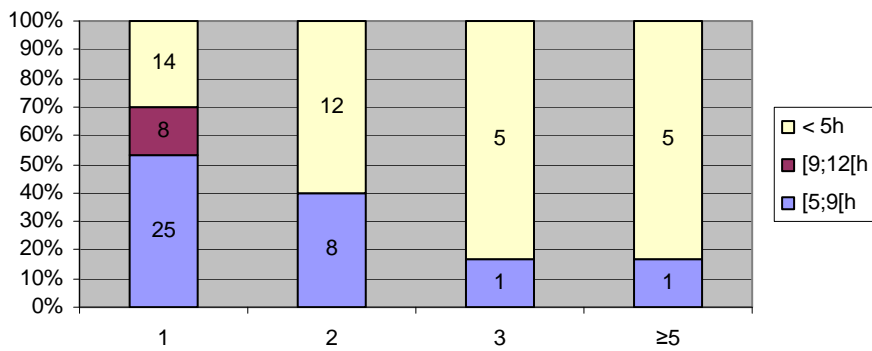
2.2.3. Parité



Graphique 5

La parité de mon échantillon est représentée par le graphique 5. Elle se compose de 59% de primipares et de 41% de multipares. La parité moyenne est de 1,83.

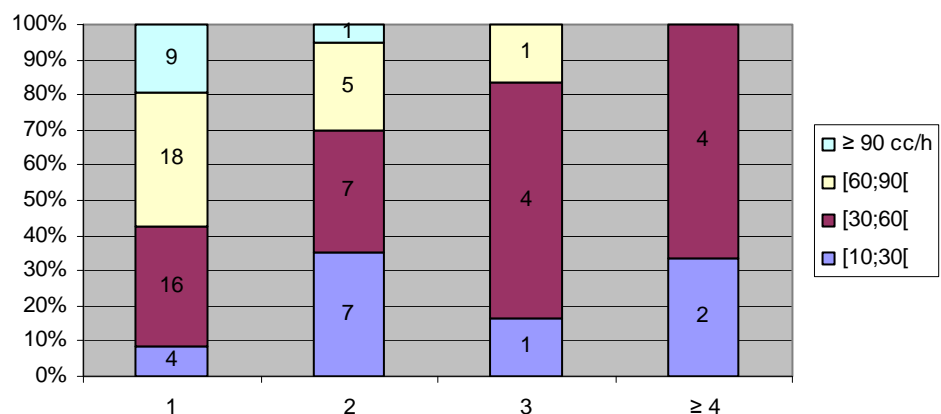
Parité et durée du travail



Graphique 6

On remarque, sur le graphique 6, que les primipares de cet échantillon ont une durée de travail supérieure aux multipares. Plus la parité augmente et plus la durée du travail est faible. Le Syntocinon® ne modifie donc pas le différentiel entre la durée du travail chez la primipare et la multipare.

Parité corrélée au débit maximum de Syntocinon (en cc/h)

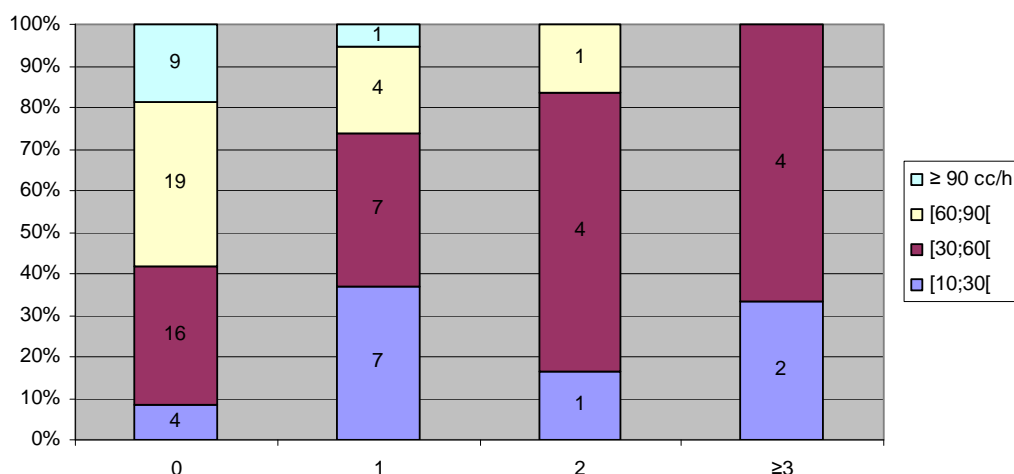


Graphique 7

Sur le graphique 7, on observe que plus la parité augmente, plus les débits de Syntocinon® utilisés sont faibles.

La dynamique utérine chez la multipare serait meilleure puisque nécessitant moins de Syntocinon®. On peut donc émettre l'hypothèse que la durée du travail chez la primipare soit physiologiquement plus longue. Les sages-femmes, pour un souci d'efficacité, auraient tendance à augmenter le débit de Syntocinon® pour diminuer la durée du travail.

AVB et débit maximum de Syntocinon (en cc/h)

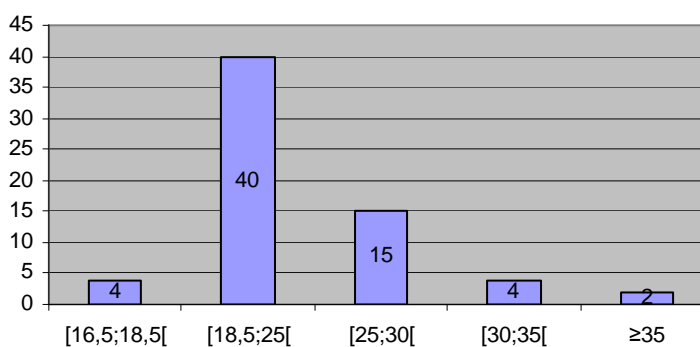


Graphique 8

Le graphique 8 montre que plus les antécédents d'accouchements par voie basse (AVB) sont nombreux, plus le débit maximum de Syntocinon® est faible. On peut supposer qu'en présence d'antécédents d'AVB, le présent travail nécessite moins de Syntocinon®.

2.2.4. IMC

IMC



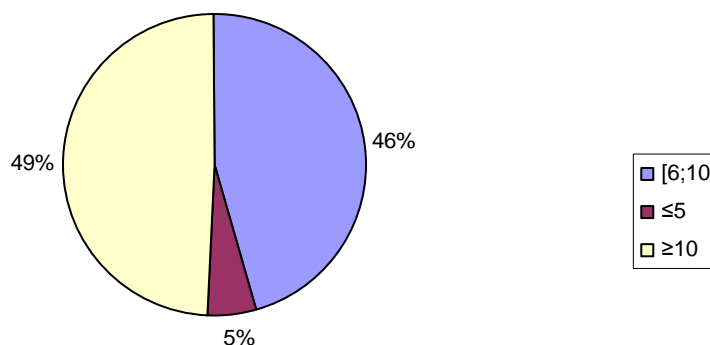
Graphique 9

L'indice de masse corporelle (IMC) moyen de mon échantillon est de 24,1. La médiane est de 23. Le minimum est de 17,5 et le maximum est de 51. On remarque, sur le graphique 9, que la majorité de mon échantillon a un IMC compris entre 18,5 et 25, soit un IMC normal.

L'IMC ainsi que la prise de poids ne semblent pas corrélés à une utilisation particulière du Syntocinon®. (Voir annexe 2, graphiques 10 et 11)

2.2.5. Score de Bishop

Score de Bishop avant l'administration de Syntocinon



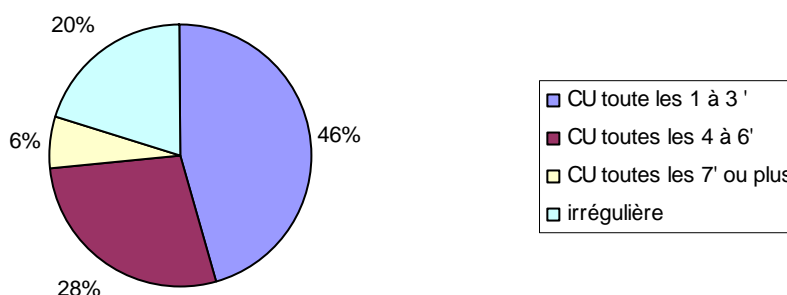
Graphique 12

Le graphique 12 montre que le score de Bishop est variable avant la mise en place du Syntocinon®.

5% des patientes de l'échantillon ont un score de Bishop inférieur à 6 au moment de la mise en place du Syntocinon®, il serait donc principalement utilisé lorsque le score de Bishop est supérieur ou égal à 6.

2.2.6. Fréquence des contractions utérines

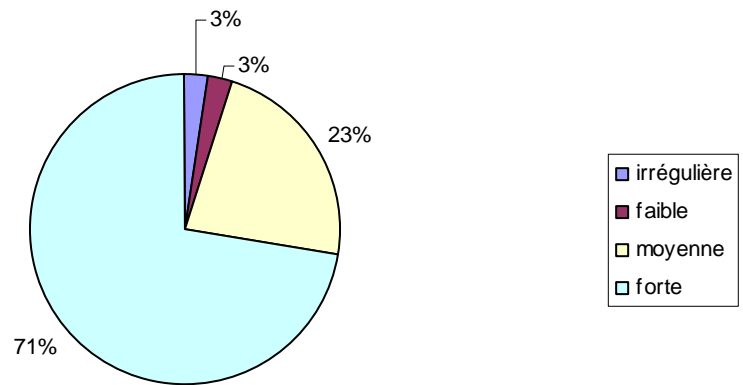
Fréquence des contractions utérines avant l'administration de Syntocinon



Graphique 13

Pour 54% des patientes, du graphique 13, l'administration de Syntocinon® se fait à la suite d'une hypokinésie de fréquence (≤ 2 CU par 10 minutes).

Intensité des CU au moment de l'administration du Syntocinon



Graphique 14

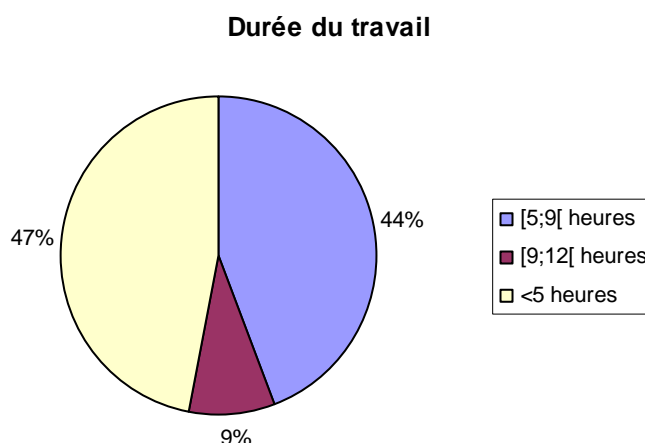
Sur le graphique 14, on remarque que le Syntocinon® est administré, dans 29% des cas, en présence d'une hypokinésie d'intensité.

On peut émettre l'hypothèse que l'hypokinésie de fréquence est l'indication la plus fréquente de la mise en route d'une perfusion de Syntocinon®.

Ceci est en accord avec l'étude de Lindgren, montrant que la fréquence et l'intensité des contractions sont importantes pour obtenir une dynamique utérine satisfaisante [6]. L'injection d'ocytocine est donc justifiée.

2.2.7. Déroulement du travail

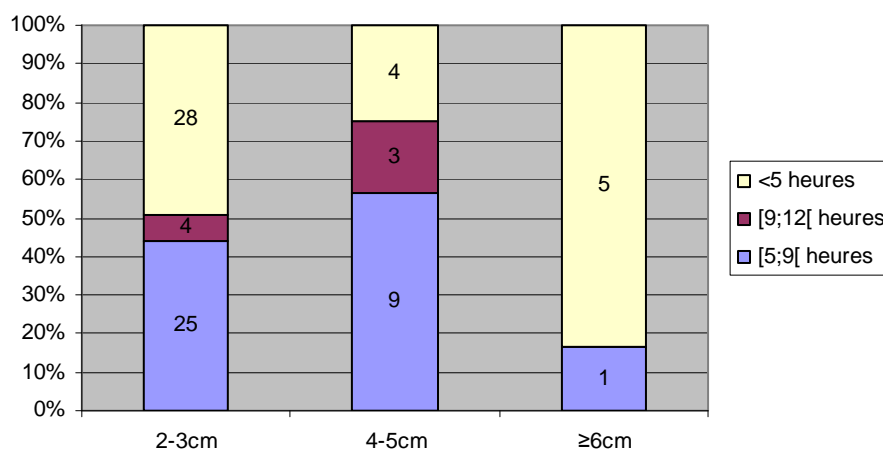
Durée du travail



Graphique 15

Le graphique 15 représente la durée du travail. La moyenne ainsi que la médiane sont de 5h. D'après Friedman, un travail naturel dure environ 12h chez une primipare et 8h chez une multipare [6][12]. Pour cet échantillon ayant eu un travail dirigé, la durée du travail est inférieure aux données retrouvées dans la littérature.

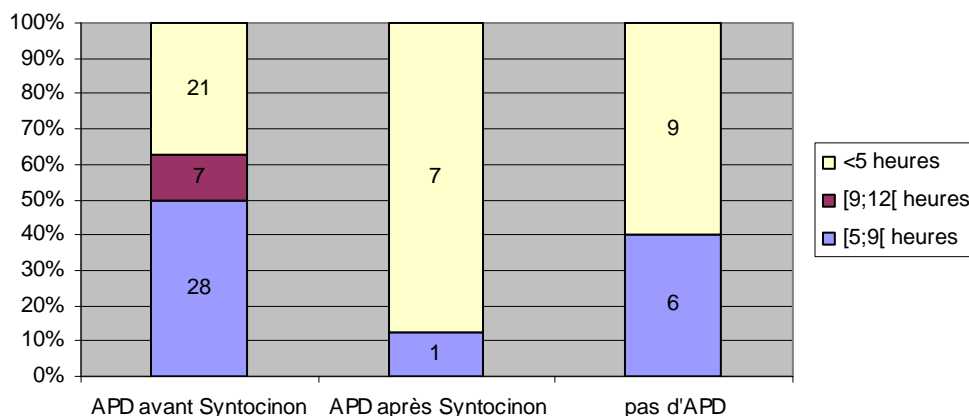
Dilatation d'entrée et durée du travail



Graphique 16

Sur le graphique 16, on observe que la direction du travail entraîne la diminution de la durée de celui-ci. Cet échantillon met en avant que la dilatation à l'admission en salle de naissance influence le temps de travail lorsque celui-ci est dirigé. La dilatation avancée (≥ 6 cm) au moment de l'admission, associée à un travail dirigé, semble diminuer la durée du travail.

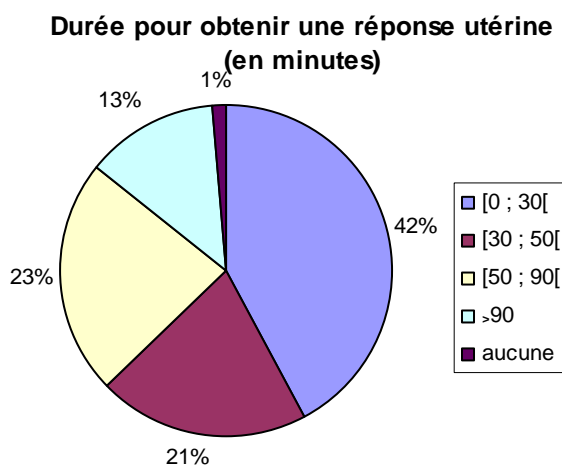
APD et durée du travail



Graphique 17

Le graphique 17 permet de voir que la présence d'une analgésie péridurale entraîne une diminution du temps de travail lorsqu'elle est posée après l'administration de Syntocinon®. Elle semble augmenter la durée du travail lorsqu'elle est posée avant l'administration de Syntocinon®.

Obtention d'une réponse utérine



Graphique 18

La durée moyenne pour obtenir une bonne dynamique utérine est de 47,2 minutes. Je note qu'il y a 9 patientes dans mon échantillon dont le Syntocinon® est utilisé en présence d'une dynamique utérine satisfaisante.

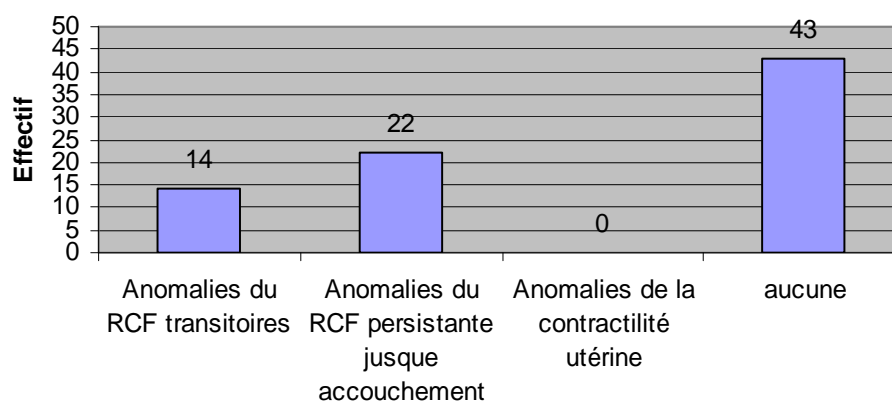
On observe, sur le graphique 18, que la durée d'obtention d'une bonne dynamique utérine est très variable et peu significative. D'après la littérature, cette

durée est également variable d'une personne à l'autre. Ce graphique semble donc s'accorder avec les études réalisées à grande échelle.

Une dynamique utérine correcte est majoritairement obtenue avec des débits variant de 10 à 59 cc/h. Toutefois, cela reste très variable, ce qui est en accord avec les données de la littérature. (Voir annexe 2, graphique 19)

Anomalies pouvant être liées au Syntocinon®

Anomalies dans les 30 minutes suivant la mise en route du Syntocinon

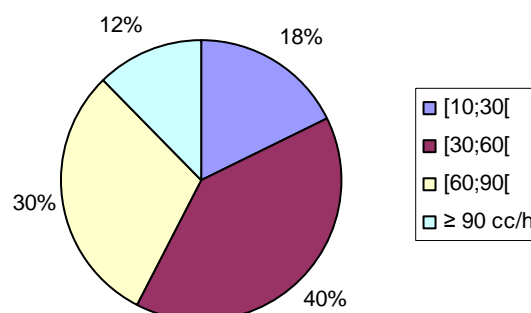


Graphique 20

Pour la plupart des patientes de l'échantillon, on ne retrouve pas d'anomalies dans les 30 minutes suivant la mise en route de la perfusion, et aucune anomalie de la contractilité utérine n'a été rencontrée au cours de mon étude (graphique 20). Les altérations du RCF constituent les anomalies les plus retrouvées au cours du travail, en présence de Syntocinon®. Ce graphique ne semble donc pas en accord avec la littérature. Un échantillon plus important aurait peut-être permis de mettre en évidence d'autres anomalies.

Débit maximum de Syntocinon®

Débit maximum de Syntocinon (en cc/h)



Graphique 21

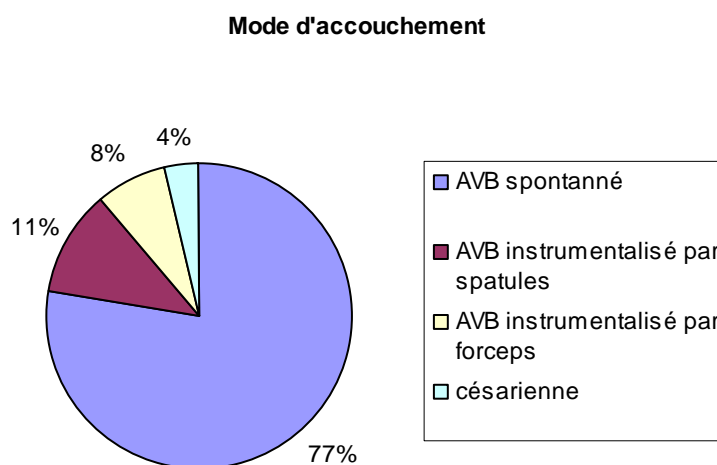
Le débit de Syntocinon® maximum utilisé varie de 10 à 120 cc/h. La moyenne est de 51cc/h et la médiane est de 45 cc/h. Il est recommandé de ne pas dépasser 120 cc/h au cours d'un travail dirigé. Ceci est donc respecté pour cet échantillon (graphique 21).

Je me suis interrogée sur plusieurs sujets : la hauteur utérine, la dilatation d'entrée et le score de Bishop. Ils ne sont pas significatifs d'une plus grande utilisation du Syntocinon®. (Voir annexes 2, graphique 22, 23 et 24)

La présence d'une analgésie péridurale aurait tendance à augmenter légèrement le débit maximum de Syntocinon® utilisé au cours du travail. (Voir annexe 2, graphique 25)

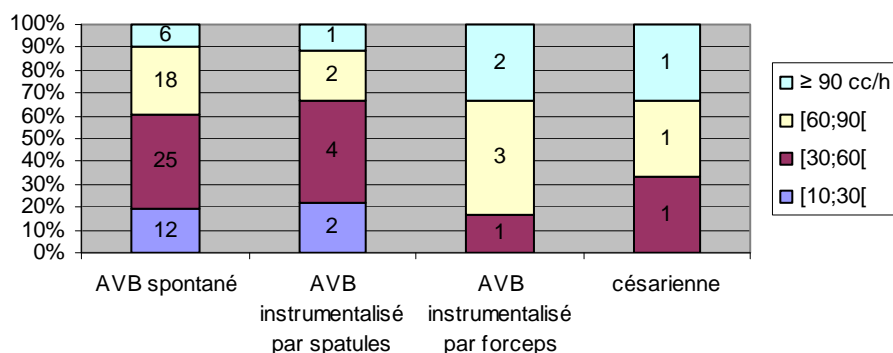
2.3. Accouchement

2.3.1. Mode d'accouchement



Graphique 26

Mode d'accouchement et débit maximum de Syntocinon (en cc/h)



Graphique 27

77% des patientes ont eu un accouchement eutocique et 23% un accouchement dystocique. Le Syntocinon® ne semble pas entraîner une augmentation du taux d'extraction instrumentale ou du taux de césarienne (graphique 26).

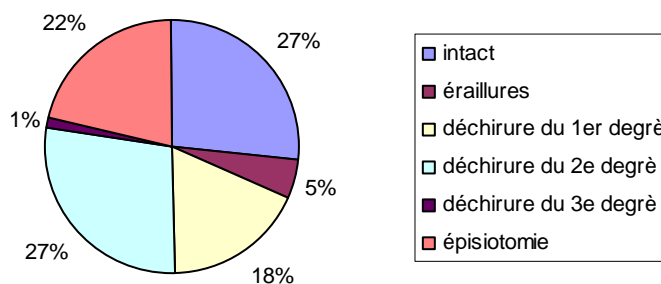
Ceci va dans le sens de plusieurs études réalisées [4][9], notant une légère baisse du taux de césarienne suite à un travail dirigé.

On note un débit de Syntocinon® augmenté en présence d'accouchements instrumentalisés par forceps et pour les accouchements par césarienne (graphique 27).

On peut alors émettre les hypothèses que l'utilisation d'un débit de Syntocinon® élevé entraînerait plus fréquemment un accouchement dystocique, mais aussi que les professionnelles pourraient entraîner un accouchement non physiologique en dirigeant un travail qui ne devrait pas l'être.

2.3.2. Etat du périnée

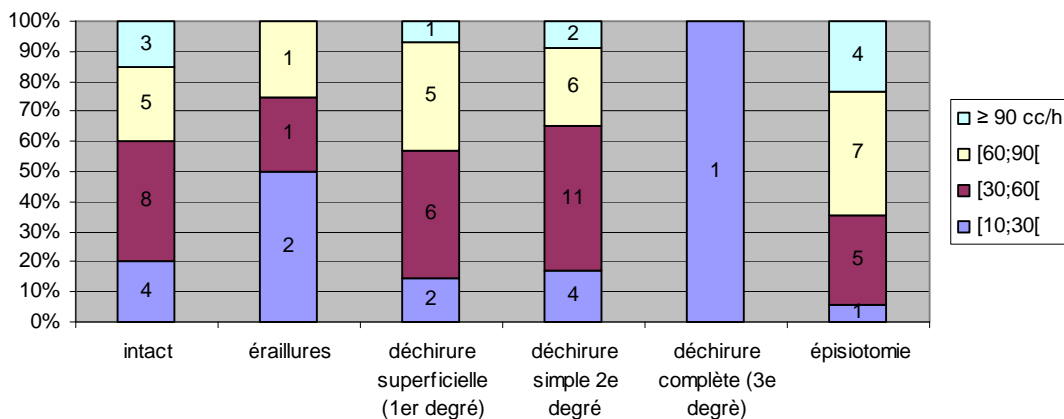
Etat du périnée à l'accouchement



Graphique 28

On observe que 27% des patientes de l'échantillon ont eu un périnée intact, 46% des patientes ont eu une déchirure et 22% ont eu une épisiotomie (graphique 28).

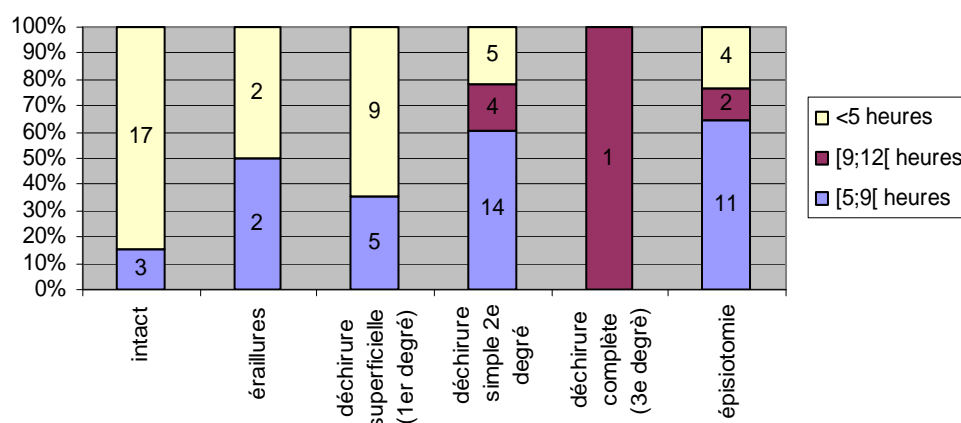
Etat du périnée à l'accouchement et débit maximum de Syntocinon (en cc/h)



Graphique 29

D'après le graphique 29, le débit de Syntocinon® semble influencer légèrement sur l'état du périnée à l'accouchement. J'observe qu'un débit élevé de Syntocinon® entraînerait une augmentation du nombre d'épisiotomie.

Etat du périnée et durée du travail



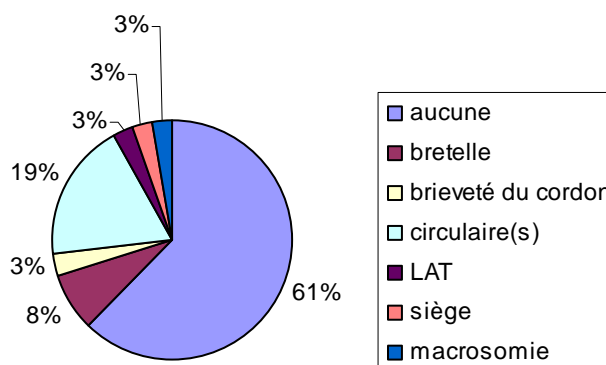
Graphique 30

La durée du travail influence également sur l'état du périnée à l'accouchement. Un travail de longue durée entraînerait plus de déchirures importantes ou d'épisiotomie.

Je peux émettre l'hypothèse qu'un travail dirigé altère plus le périnée qu'un travail naturel.

2.3.3. Anomalies rythme cardiaque fœtal

Anomalies du RCF pouvant être expliquées à l'accouchement



Graphique 31

Au cours du travail, 37 patientes ont présenté des anomalies du RCF. Sur le graphique 31, on constate que ces altérations sont expliquées à l'accouchement dans 39% des cas. Les autres anomalies sont inexpliquées. Je peux alors émettre l'hypothèse que la présence d'altérations du RCF au cours du travail, non expliquées par l'accouchement, seraient liées à l'utilisation du Syntocinon®.

2.4. Nouveau-né à la naissance

2.4.1. pH au cordon

Le Syntocinon® semble avoir une action minimale sur le fœtus. Ce sont surtout les anomalies de la contractilité utérine (l'hypocinésie entraînant un travail long ou l'hypercinésie provoquant des SFA) qui aboutissent à des anomalies de l'adaptation du fœtus à la vie extra-utérine.

pH à la naissance	Effectif	Moyenne du débit Syntocinon®
<7,25	21	58,6cc/h
≥7,25	47	45,3cc/h

Tableau I

Pour 12 nouveau-nés, le pH au cordon n'a pas été retrouvé dans le dossier. Pour les 69 autres, il varie de 7,12 à 7,46. Pour cette étude, on remarque un pH plus faible lorsque le débit du Syntocinon® est élevé (Tableau I). Un débit élevé de Syntocinon® entraînerait donc plus d'hypoxie fœtale retrouvée à la mesure du pH ombilical. On remarque que 45% des nouveau-nés ont présenté une acidose ou une pré-acidose à la naissance, on peut émettre l'hypothèse que le Syntocinon® en serait responsable.

2.4.2. Poids du nouveau né

Dans mon étude, le poids de l'enfant n'influence ni sur le débit maximum de Syntocinon® utilisé, ni sur la durée du travail.

2.4.3. Réanimation et présence du pédiatre

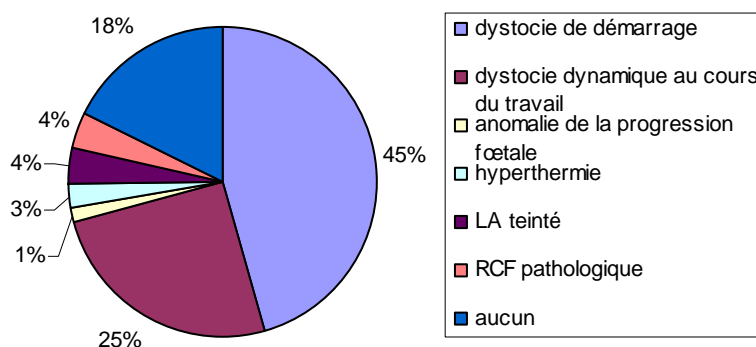
4 nouveau-nés sur 80 ont nécessité une réanimation pédiatrique de courte durée (inférieure à 10 minutes). Le pédiatre a assuré la réanimation pour 3 nouveau-nés : 1 ayant nécessité une extraction par forceps, un ayant nécessité une extraction par césarienne et un nouveau-né, issu d'une grossesse gémellaire (le premier jumeau), ayant nécessité une extraction par spatule. Une sage-femme a assuré la réanimation d'un nouveau-né ayant nécessité une extraction par spatule.

On note tout de même la présence du pédiatre pour la naissance de 5 nouveau-nés : 3 nouveau-nés nés par césarienne et 2 nouveau-nés issus d'une grossesse gémellaire. Ceci est conforme aux recommandations.

2.5. Pratiques professionnelles

2.5.1. Indications à la pose de Syntocinon®

Indications à la pose d'une perfusion de Syntocinon

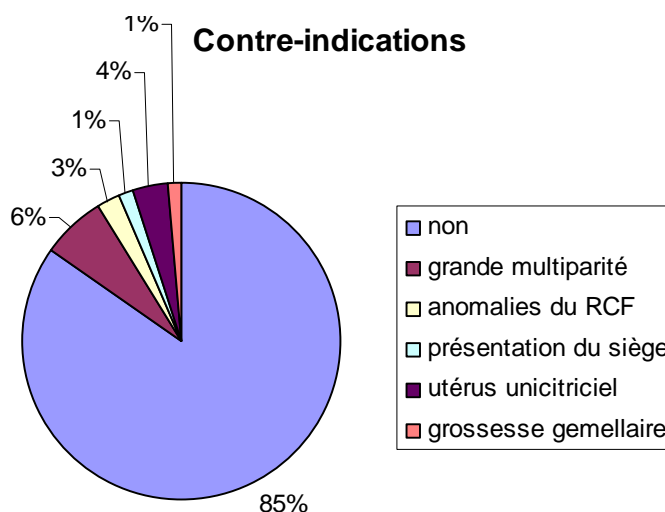


Graphique 32

Le graphique 32 met en avant une prescription de Syntocinon® plus fréquente à la suite d'une dystocie de démarrage, puis en présence d'une dystocie dynamique au cours du travail. Les autres motifs de prescription sont liés à des situations pathologiques.

Toutefois, dans 18% des cas le Syntocinon® est prescrit sans indication retrouvée dans le dossier. La pose de Syntocinon® est-elle systématique dans les pratiques professionnelles de certaines sages-femmes ?

2.5.2. Contre indication à la pose de Syntocinon®



Graphique 33

Le graphique 33 montre que dans 85% des cas, la prescription de Syntocinon® se fait en l'absence de contre-indication. Dans 15% des cas, on trouve la présence de contre-indications relatives qui nécessitent parfois l'usage d'ocytocine. Les recommandations sont donc respectées.

2.5.3. Préparation et voie d'administration du Syntocinon®

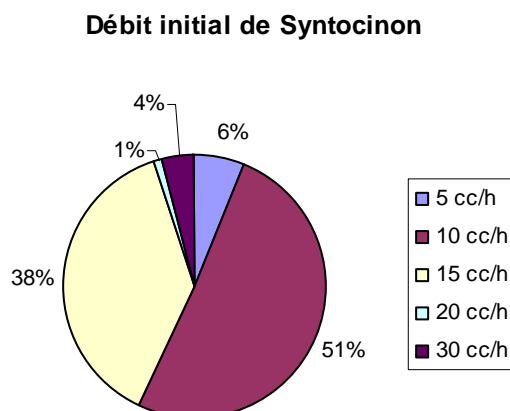
Mon étude a révélée que dans 100% des cas, la dilution du Syntocinon® était conforme aux recommandations (5 UI de Syntocinon® dans un sérum glucosé de 500 ml).

L'injection de cette thérapeutique s'effectue toujours par voie IV, en dérivation d'une autre voie d'abord. On note la présence systématique d'une pompe volumétrique sécurisée régulant le débit administré. De plus le monitoring utérin et fœtal est présent dès la mise en place de la perfusion, et ce jusque l'accouchement, pour chaque patiente.

Ces pratiques sont conformes aux Recommandations Professionnelles.

Je note tout de même, pour 5 patientes prises en charge par la même sage-femme, la présence d'antispasmodiques dans la perfusion de Syntocinon®. Comme je l'ai énoncé dans ma première partie (3.5.1. Préparation de la perfusion de Syntocinon®) cette pratique ne doit pas être effectuée. Ceci n'est donc pas conforme aux recommandations.

2.5.4. Débit initial du Syntocinon®



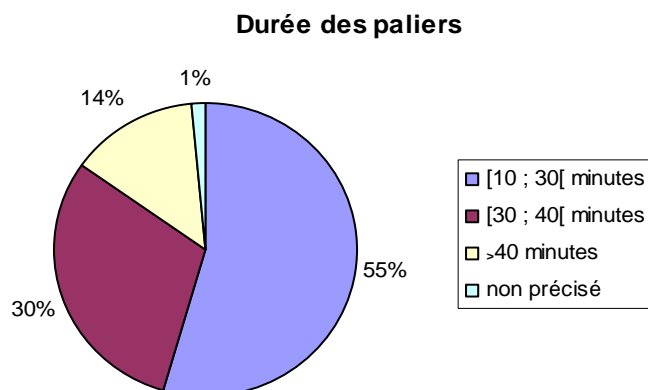
Graphique 34

Le débit initial doit être compris entre 6 et 24 cc/h selon la littérature.

Dans 90% des cas ce débit est respecté. Dans 6% il est inférieur. Dans les 4% restant, le débit initial est supérieur aux recommandations (Graphique 34).

Un débit inférieur à 6 cc/h serait inefficace et un débit supérieur à 24 cc/h entraînerait des effets secondaires liés à l'utilisation du Syntocinon®. Dans 10% des cas, les pratiques professionnelles sont erronées, alors que dans 92% elles sont en accord avec les recommandations. Ces dernières sont en général respectées en ce qui concerne débit initial du Syntocinon®. Toutefois dans 4% des cas, les pratiques professionnelles font courir un risque inutile aux patientes et aux fœtus.

2.5.5. Durée des paliers



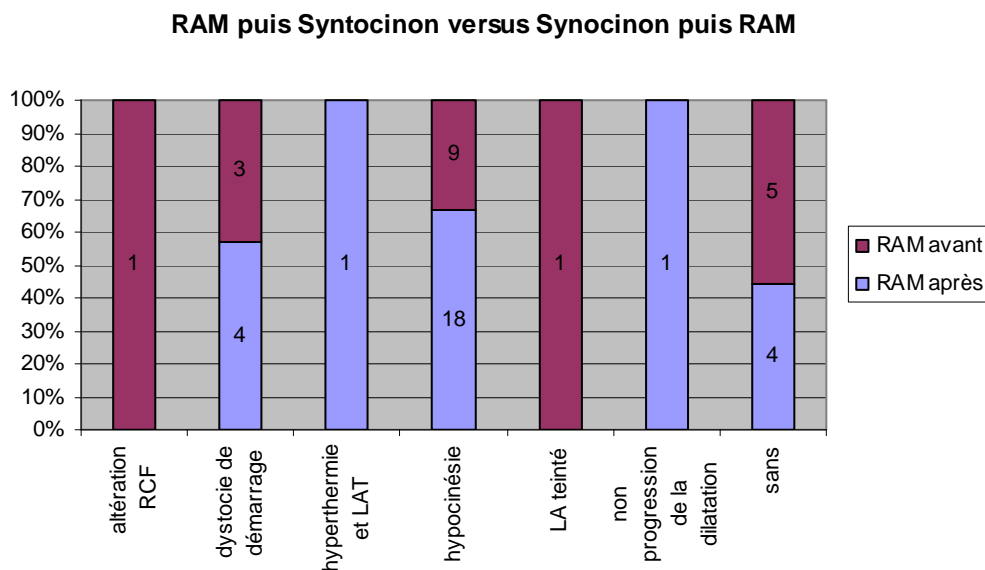
Graphique 35

Il est recommandé d'augmenter le débit du Syntocinon® toutes les 30 à 40 minutes pour obtenir une efficacité optimale.

On remarque, sur le graphique 35, un palier trop court dans 55% des cas, le respect de la durée des paliers dans 30% des cas, et une durée supérieure aux recommandations dans 14% des cas. On note tout de même dans 1% des cas une durée des paliers non retrouvée dans le dossier.

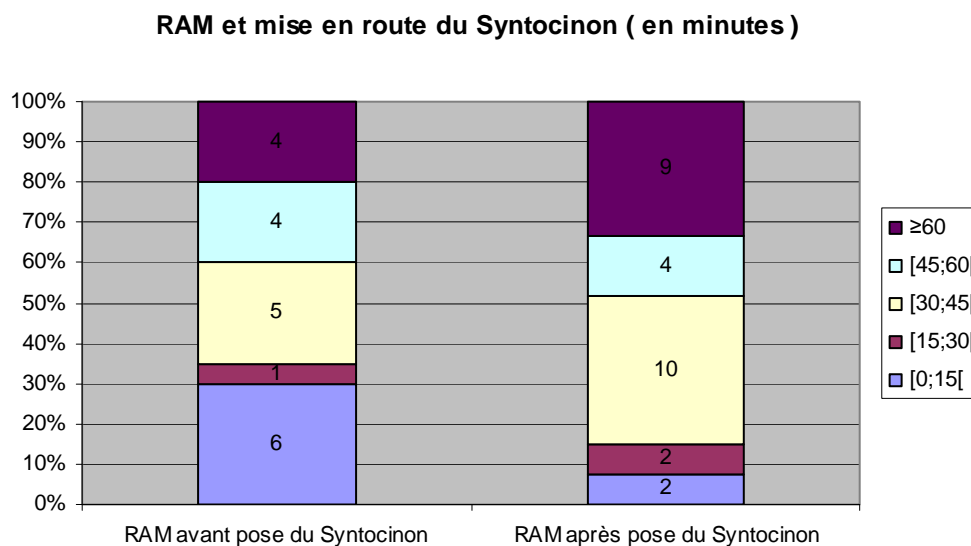
Les pratiques professionnelles sont erronées dans 55% des cas, elles sont en accord avec les recommandations dans 44%. Dans la moitié de ces pratiques, on constate une mauvaise connaissance de cette notion par les sages-femmes.

2.5.6. RAM, indications et mise en place du Syntocinon®



Graphique 36

Il est recommandé de pratiquer un RAM avant la mise en place du Syntocinon® sauf dans trois cas, la dystocie de démarrage, la présentation haute et mobile et la présentation podalique. Au cours de mon étude, j'ai remarqué que ces recommandations étaient partiellement respectées.



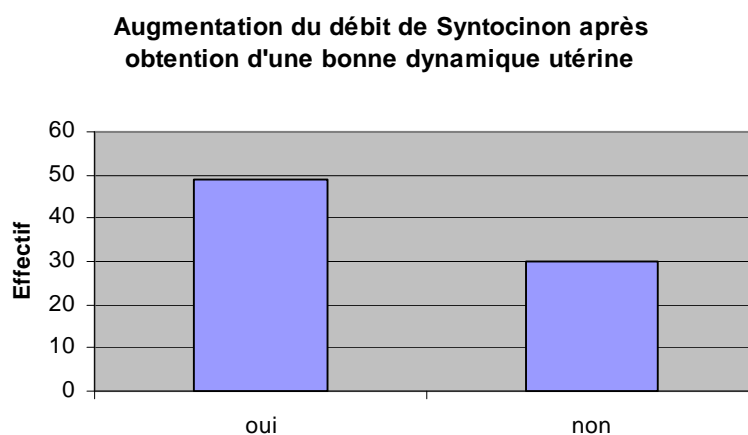
Graphique 37

La mise en place du Syntocinon® doit être effectuée, d'après les recommandations, dans les 30 à 60 minutes suivant la rupture des membranes, s'il n'y a pas eu de réponse utérine.

On remarque, sur le graphique 37, que dans 35% des cas, le Syntocinon® a été injecté précocement.

Après la mise en place du Syntocinon®, il est recommandé d’attendre 30 à 40 minutes au minimum pour observer les effets de celui-ci sur la dynamique utérine avant tout autre acte. Au cours de l’étude, la RAM suivant la mise en place du Syntocinon® a été effectuée trop précocement.

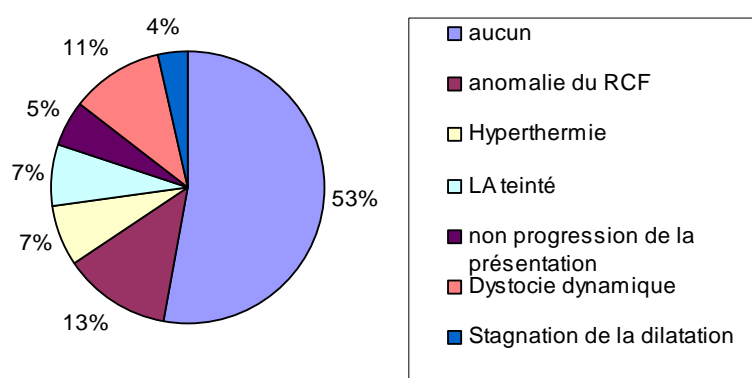
2.5.7. Indications et augmentation du débit de Syntocinon®



Graphique 38

Le débit de Syntocinon® est augmenté dans 62% des cas, après l’obtention d’une bonne dynamique utérine (Graphique 38).

Motif d'augmentation du débit après obtention d'une bonne dynamique utérine



Graphique 39

L’augmentation du débit, après avoir obtenu une dynamique utérine satisfaisante, est justifiée en cas d’apparition d’une ou plusieurs anomalies.

Sur le graphique 39, j'ai remarqué que le débit de Syntocinon® était augmenté suite à une anomalie (anomalie utérine, fœtale, maternelle, de la dilatation ou du liquide amniotique) nécessitant une reprise de la dynamique utérine ou un travail court dans 47% des cas. Toutefois, dans 53% des cas, le débit de Syntocinon® est augmenté après avoir obtenu une bonne dynamique utérine, sans indications précisées.

Les recommandations ne sont pas respectées dans la majorité des cas. Des risques sont donc pris inutilement par les professionnels.

2.5.8. Indication à l'arrêt ou à la diminution du Syntocinon®

Diminution ou arrêt du débit de Syntocinon®	Causes		Total
	Départ en césarienne	Altération du RCF	
Non			75
Diminution du débit		1	1
Arrêt de la perfusion	3		3

Tableau II

Sur le tableau II, on constate que le départ en césarienne est le seul motif pour l'arrêt d'une perfusion de Syntocinon®. Le débit de la perfusion a été diminué dans 1 cas (de 120 cc/h à 60 cc/h), en présence d'une altération sévère du RCF. Ceci est conforme aux recommandations.

2.6. Cas particuliers

2.6.1. Travail dirigé et liquide amniotique teinté

Recommandations	LA teinté	LA méconial
	13 patientes : 16%	3 patientes : 4%
Risques : inhalation méconiale infections fœtales anomalies du RCF	Anomalies rencontrées : inhalation méconiale : 0 infections fœtales : 0 anomalies du RCF : 8	Anomalies rencontrées : inhalation méconiale : 0 infections fœtales : 0 anomalies du RCF : 2
Indications : anomalie de progression du travail	Indications : dystocies de démarrage : 4 hypocinésies : 6 altération du RCF : 1 LAT : 2	Indications : non engagement de la présentation : 1 dystocie de démarrage : 1 hypocinésie : 1
surveillance au cours du travail : Monitoring Saturométrie pH au scalp	Surveillance au cours du travail : monitoring : 13	Surveillance au cours du travail : monitoring : 3
Objectif de la direction du travail : Diminuer la durée du travail afin de limiter les risques	Durée du travail : de 1 à 10 heures moyenne : 4,6 heures	Durée du travail : de 4 à 5 heures moyenne : 4,3 heures
	nouveau-nés : Apgar : 9/10 : 11 2/6 : 1 7/10 : 1 pH moyen : 7,30 3 pH non retrouvé dans le dossier Réanimation néonatale : 2 pour les nouveau-nés avec score d'Apgar à 2/6 et 7/10.	nouveau-nés : Apgar : 9/10 : 3 pH moyen : 7,31 1 pH non retrouvé dans le dossier Réanimation néonatale : 0

On remarque qu'en présence d'un LA teinté ou méconial, les recommandations sont respectées par les sages-femmes. Toutefois, on note que le Syntocinon® a été prescrit suite des altérations du RCF ou en présence d'un LA teinté. La surveillance par saturométrie et pH au scalp n'est pas pratiqué au moment de l'étude. Les objectifs requis sont atteints.

2.6.2. Travail dirigé et hyperthermie

Recommandations	Hyperthermie au cours du travail
	3 patientes
Risques : Travail long Dystocies dynamiques Souffrances fœtales Extractions instrumentales Césariennes	Anomalies rencontrées : Travail long : 0 Dystocies dynamiques : 2 Souffrances fœtales : 3 Extractions instrumentales : 0 Césariennes : 2
Indications : Hyperthermie en début de travail Dystocies dynamiques	Indications : Hyperthermie en début de travail : 3 Dystocies dynamiques : 2
Surveillance au cours du travail : Température maternelle Monitoring	Surveillance au cours du travail : Température maternelle : 3 Monitoring : 3
Objectifs : Diminution de la durée du travail Diminution des anomalies materno-fœtales	Durée du travail : de 1 à 5 heures moyenne : 3,5 heures
	nouveau-nés : Apgar : 9/10 : 2 7/10 : 1 3 pH non retrouvé dans le dossier Réanimation néonatale : 1 pour le nouveau-né avec score d'Apgar à 7/10

Les recommandations concernant l'hyperthermie au cours du travail sont respectées par les sages-femmes. Les patientes de mon étude ont toutes présenté une altération du RCF. Deux ont également eu une césarienne (pour dystocie dynamique ou altération du RCF).

Malgré le respect des recommandations, en présence d'une telle pathologie, on note l'apparition d'anomalies materno-fœtales. Le point positif est la diminution de la durée du travail.

2.6.3. Travail dirigé et présentation du siège

Recommandations	Présentation du siège
	2 patientes
Risques : Asphyxie Procidence du cordon Rétention de tête dernière Extension des bras	Anomalies rencontrées : Asphyxie : 0/2 Procidence du cordon : 0/2 Rétention de tête dernière : 0/2 Extension des bras : 0/2
Indications : Hypocinésie utérine Expulsion	Indications : Hypocinésie utérine : 2/2 Expulsion: 2/2
Surveillance au cours du travail : Monitoring	Surveillance au cours du travail : Monitoring : 2/2
Objectifs : Durée du travail < 10 heures Stagnation de la dilatation < 2 heures	Durée du travail : de 3,5 à 5 heures Durée moyenne du travail : 4,25 heures
	nouveau-nés : Apgar : 9/10 : 2/2 pH : 7,30 : 2/2 Réanimation néonatale : 0/2

Pour les présentations du siège, les recommandations sont appliquées, et les objectifs atteints.

2.6.4. Travail dirigé et grossesse gémellaire

Recommandations	Grossesse gémellaire
	1 patiente
Risques : Procidence du cordon Asphyxie fœtale Accrochage des fœtus Enchevêtrement des cordons	Anomalies rencontrées : Procidence du cordon : 0 Travail long : 0 Accrochage des fœtus : 0 Enchevêtrement des cordons : 0
Indications : Hypocinésie utérine CU irrégulières Naissance de J2 en présentation du siège J2 en présentation céphalique avec non reprise de la dynamique utérine	Indications : Hypocinésie utérine : oui CU régulières Naissance de J2 en présentation du siège : oui
Surveillance au cours du travail : Monitoring J1 présentation céphalique Enregistrement RCF des 2 jumeaux Arrêt du Syntocinon® après naissance de J1	Surveillance au cours du travail : monitoring : oui J1 présentation céphalique : oui Enregistrement RCF des 2 jumeaux : oui Arrêt du Syntocinon® après naissance de J1 : non renseigné
Objectifs : Durée du travail diminuée dilatation \geq 1cm/h	Durée du travail : 10 heures dilatation \geq 1cm/h : oui
	nouveau-nés : Apgar : 9/10 pour J2 2/4 pour J1 pH : non renseigné Réanimation néonatale : oui pour J1

Pour cette grossesse gémellaire, les recommandations sont respectées. Aucune anomalie n'a été retrouvée au cours du travail et les objectifs ont été atteints. Cependant, l'adaptation à la vie extra-utérine du premier jumeau a été difficile.

2.6.5. Travail dirigé et utérus cicatriciel

Recommandations	Utérus cicatriciel
	2 patientes
Risques : Rupture utérine déhiscence de la cicatrice	Anomalies rencontrées : Rupture utérine : non déhiscence de la cicatrice : non
Indications : Hypocinésie utérine Après RAM	Indications : Hypocinésie : 2/2 Avant RAM : 2/2
Surveillance au cours du travail : Monitoring Tocographie interne dès la rupture des membranes Débit maximum 120 cc/h	Surveillance au cours du travail : monitoring : 2/2 tocographie interne dès la rupture des membranes : 2/2 Débit maximum 45 et 70 cc/h
Objectifs : Reprise de la dilation dans l'heure Stagnation dilatation < 2 heures Si hypercinésie : césarienne	Durée du travail : de 5 à 7,5 heures Stagnation dilatation < 2 heures : 0/2 pas d'hypercinésie
	nouveau-nés : Apgar : 9/10 : 2/2 pH ≥ 7,25 : 2/2 Réanimation néonatale : 0/2

Le travail dirigé en présence d'un utérus cicatriciel nécessite des recommandations particulières. Elles ont été respectées. Les objectifs ont été atteints et aucune anomalie n'a été retrouvée.

2.6.6. Travail dirigé et macrosomie

Recommandations	Macrosomie
	5 patientes
Risques : Anomalie de la dilatation	Anomalies rencontrées : Altération RCF : 20% Stagnation de la dilatation : 20%
Indications : Hypocinésie utérine Anomalie de la dilatation	Indications : Hypocinésie : 60% Dystocie de démarrage : 40%
Surveillance au cours du travail : Monitoring dilatation \geq 1cm/h Débit maximum 120 cc/h	Surveillance au cours du travail : monitoring : 100% Dilatation \geq 1cm/h : 80% Débit maximum de 30 à 50 cc/h
Objectifs : Durée du travail diminué Stagnation dilatation < 2 heures	Durée du travail : de 2,5 à 6 heures Durée moyenne du travail : 4,2 heures Stagnation dilatation : 20%
	nouveau-nés : Apgar : 9/10 : 60% 10/10 : 20% 2/6 : 20% pH \geq 7,25 (un pH non retrouvé) Réanimation néonatale : 20%

Les recommandations concernant la macrosomie ont été respectées. On note toutefois un nouveau-né ayant nécessité une réanimation néonatale suite à une mauvaise adaptation à la vie extra-utérine.

Cette analyse des résultats, permet, dans une troisième partie, de faire le point sur ce qui a pu être mis en avant. Ceci m'amène également à présenter les limites et difficultés rencontrées au cours de la réalisation de mon étude. Ainsi, j'ai pu effectuer des propositions, dans le but d'améliorer la qualité de celle-ci.

Partie 3 : Discussion

1. SYNTHÈSE

Cette étude, concernant les avantages et inconvénients de l'utilisation du Syntocinon® au cours du travail dirigé, semble en accord avec les études retrouvées dans la littérature. Elle a mis en avant plusieurs notions.

L'hypercinésie de fréquence est la dystocie dynamique nécessitant le plus fréquemment une indication à la direction active du travail. Une bonne dynamique utérine est obtenue avec une durée et des débits de Syntocinon® variables. La mise en place de cette thérapeutique est fréquemment réalisée en présence d'un score de Bishop supérieur ou égal à 6.

Le débit ou l'utilisation du Syntocinon® ne semble pas être influencé par l'âge maternel, l'âge gestationnel, l'IMC, la prise de poids au cours de la grossesse, la hauteur utérine, la dilatation cervicale et le score de Bishop à l'admission. Un poids fœtal élevé n'entraîne pas une plus grande utilisation du Syntocinon®, on ne note pas non plus de différence entre la durée du travail chez la primipare et la multipare en présence d'un travail dirigé.

Cette étude a permis de montrer une influence positive du Syntocinon® sur :

- la durée du travail (diminution de celui-ci),
- le mode d'accouchement avec très peu de césariennes pratiquées (96% des accouchements sont des AVB et 77% sont des accouchements spontanés),
- l'état du périnée (peu d'épisiotomies ou de déchirures compliquées).
- l'état néonatal, puisque seulement 4 nouveau-nés ont nécessité une réanimation.

Le Syntocinon® présente aussi une influence néfaste sur :

- le fœtus : les anomalies les plus fréquemment rencontrées sont des altérations du RCF, qui dans la plupart des cas ne sont pas expliquées à l'accouchement,
- l'oxygénation fœtale : on retrouve, dans 45% des cas, une acidose ou une pré-acidose évaluée grâce au pH ombilical.

On note également que la quantité de Syntocinon® utilisée est influencée par :

- la présence d'antécédents d'AVB : avec ces antécédents, on note une quantité de Syntocinon® utilisée moins importante.

- la présence d'une APD. Celle-ci nécessite une quantité moins importante de Syntocinon® lorsqu'elle est réalisée après la mise en place de l'ocytocine. A l'inverse cette quantité est augmentée en présence d'une analgésie péridurale débutée avant la mise en place du travail dirigé.

A l'inverse, un débit de Syntocinon® influence sur :

- l'état du périnée, avec un taux de déchirures importantes ou d'épisiotomies plus élevé en présence d'un débit élevé.
- le mode d'accouchement, avec une augmentation du taux de césariennes ou de l'utilisation d'un forceps en présence d'un débit élevé.

Cette étude a également permis de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles. Certaines Recommandations Professionnelles sont parfaitement respectées :

- préparation et voie d'administration du Syntocinon®,
- pas de débit de Syntocinon® supérieur à 120 cc/h,
- absence d'utilisation du Syntocinon® en présence de contre-indications, sauf dans les cas particuliers,
- l'arrêt de la perfusion ou la diminution du débit est réalisée conformément aux recommandations,
- en présence de cas particuliers, ces recommandations sont également respectées. On note alors peu d'anomalies retrouvées en présence de ces cas particuliers.

Cependant, certaines recommandations ne sont pas respectées par l'ensemble des sages-femmes :

- l'indication à la prescription du Syntocinon® n'est pas toujours précisée,
- le débit initial du Syntocinon® est dans de rares cas trop élevé,
- la durée des paliers est en général trop courte, il en est de même pour la durée entre la RAM et la mise en place du Syntocinon®,
- dans plus de la moitié des cas, on ne retrouve pas, dans le dossier, d'indication à l'augmentation du Syntocinon® après avoir obtenu une dynamique utérine satisfaisante.

Ces contradictions entre les pratiques professionnelles et les recommandations peuvent être liées à une méconnaissance des sages-femmes.

2. LIMITES ET DIFFICULTES DE L'ETUDE

2.1. Limites de l'étude

Le travail dirigé est un sujet vaste. Il est difficile d'étudier la totalité de ce sujet.

De plus, toutes les pratiques professionnelles ne sont pas univoques. En effet le Syntocinon® devrait être utilisé dans un cadre théorique bien précis. Cependant les pratiques varient en fonction des sages-femmes et les patientes ne nécessitent pas la même utilisation de ce médicament.

Une étude rétrospective ne permet pas d'apprécier à sa juste valeur les pratiques professionnelles puisqu'il n'est pas possible de les évaluer directement mais seulement à partir d'un dossier.

De plus, une telle étude nécessite une multitude de dossiers pour que les résultats soient significatifs.

Certains items de ma fiche de recueil de données n'étaient renseignés que trop rarement, je n'ai donc pas pu les étudier. Ces items correspondaient à la souplesse utérine à l'admission et en cours de travail, à la position du dos au cours du travail, à l'orientation de la présentation et à la position d'accouchement. Je n'ai donc pas pu observer l'influence du Syntocinon® sur ceux-ci ou inversement, l'influence de ces items sur le Syntocinon®.

2.2. Difficultés rencontrées

Le Syntocinon® est utilisé pour plusieurs indications. Son utilisation étant très vaste, mon étude porte uniquement sur son utilisation au cours de travail et de l'expulsion. J'ai donc omis volontairement de parler de l'utilisation du Syntocinon® au cours de la délivrance dirigée et dans le cadre du déclenchement artificiel du travail.

La réalisation de l'étude a nécessité un travail sur un grand nombre de dossiers afin de rendre les résultats significatifs.

Le recueil des données a dû prendre en compte de nombreux paramètres. Ma feuille de recueil était donc longue et fastidieuse à remplir.

De plus, il n'existe pas de protocole sur le travail dirigé à la maternité de Bar-le-Duc. Je n'ai donc pas pu m'en inspirer pour étudier les pratiques professionnelles des sages-femmes et créer ma fiche de recueil de données.

Le travail dirigé n'est pas un acte côté en tant que tel, cela a donc nécessité de répertorier tous les accouchements ayant eu lieu dans ma période d'étude (représenté par 120 dossiers), ne concernant pas un déclenchement artificiel ou une césarienne avant travail. J'ai ensuite dû étudier tous les dossiers en ne conservant que ceux faisant partie mon étude.

3. PROPOSITIONS D'AMÉLIORATIONS

Mes résultats sont en accord avec les différentes études rencontrées dans la littérature, toutefois, un échantillon plus important permettrait d'obtenir des résultats plus significatifs et de voir apparaître toutes les anomalies, notamment les hypercinésies, rencontré au cours d'une telle utilisation du Syntocinon®. Cette étude met également en évidence que les sages-femmes de la maternité de Bar-le-Duc utilisent en général l'ocytocine comme le préconise les différentes études retrouvées dans la littérature. Du fait de son droit de prescription la sage-femme est donc libre et responsable de réaliser un travail dirigé ou non.

Il serait intéressant de proposer une amélioration concernant l'utilisation de ce médicament en réalisant un protocole sur l'utilisation du Syntocinon® au cours d'un travail dirigé, en salle de naissance, en confrontant à la fois les avantages et inconvénients de l'ocytocine et les pratiques professionnelles. Ceci permettrait alors d'uniformiser les pratiques. De là est né l'idée de créer un protocole concernant le travail dirigé.

La réalisation d'une étude prospective permettrait de mieux apprécier les pratiques professionnelles.

Mon sujet de mémoire permet d'aboutir à une ouverture sur d'autres sujets. En effet, il serait intéressant de comparer les résultats obtenus au cours du travail dirigé avec une étude sur le Syntocinon® utilisé au cours d'un déclenchement artificiel du travail, et avec une étude sur le travail naturel. On pourrait également observer le moment de départ de la direction du travail en fonction de l'heure du changement d'équipe.

Ci-dessus se trouve le protocole que j'ai réalisé en collaboration avec monsieur le Docteur Lorailière. Il fut réalisé grâce aux données puisées dans la littérature et retrouvées dans ce dossier. La création de ce protocole est accueillie avec plaisir par le personnel de la maternité. Il est actuellement en cours de validation et des modifications peuvent encore survenir.

Protocole

Le travail dirigé par Syntocinon®

Il résulte d'une prescription qui doit être notifiée dans le dossier.

Indications

- Dystocie dynamique en début ou en cours de travail,
- Défaut de flexion de la présentation fœtale.

Contre-indications

Absolues :

- Disproportion fœto-pelvienne,
- Obstacles prævia,
- Présentation dystocique (front ou transverse)
- Souffrance fœtale antérieur ou en début de travail,
- Hypertonie utérine quand l'accouchement n'est pas imminent,
- Hypersensibilité au médicament.

Relatives :

- Utérus cicatriciels,
- Grande multiparité,
- Présentation du siège,
- Grossesses multiples,
- Hydramnios,
- Troubles cardio-vasculaires,
- HTA sévère,
- Predisposition aux embolies amniotiques (mort fœtale in-utéro et hématome rétro-placentaire).

Effets secondaires

Généraux :

- Hypotension artérielle et tachycardie suivie d'une HTA, d'une bradycardie et d'une augmentation de la pression veineuse centrale,
- Effet antidiurétique se manifestant par une intoxication à l'eau transitoire
- Nausées, vomissements, céphalées, coma avec convulsions et hyponatrémie,
- Rash, une réaction anaphylactoïde, ou un choc anaphylactique.

Utérins :

- Hypercinésie d'intensité et/ou de fréquence,
- Augmentation du tonus de repos des contractions utérines,
- Hypertonie,
- Rupture utérine.

Fœtaux :

- Souffrance fœtale aigüe liée à l'hypercinésie ou l'hypertonie utérine,
- Perturbations du RCF liées à l'amniotomie précoce et systématique et/ou l'administration de fortes doses d'ocytocine.

Direction active du travail

- **La rupture artificielle des membranes est la méthode de première intention en présence d'une dystocie dynamique** sauf en présence d'une dystocie de démarrage, d'une présentation haute et mobile et d'une présentation du siège.
- **L'utilisation d'ocytocine fait suite à une rupture préalable des membranes**, sauf dans les cas vu précédemment.

Administration du Syntocinon®

Préparation et voie d'administration :

- Dilution d'une ampoule 5UI de Syntocinon® dans un Glucosé 500ml à 5%,
- Monitoring utérin et fœtal de la pose de la perfusion à l'accouchement,
- Injection par voie intra-veineuse en dérivation d'une autre voie d'abord,
- Débit contrôlé par une pompe volumétrique sécurisée,
- **Pas d'injection d'autre substance dans cette solution.**

Administration :

- Injection du Syntocinon® **30 à 40 minutes suivant la rupture artificielle des membranes**,
- Débit initial compris entre **6 et 24 ml/h**,
- Augmentation du débit par **paliers de 10 à 15 ml/h**, toutes les **30 à 40 minutes**, jusqu'à l'obtention d'une dynamique utérine satisfaisante,
- Débit maximal est de 120 ml/h,
- Diminution ou arrêt de la perfusion en présence d'une altération du rythme cardiaque fœtal ou d'une hyperstimulation utérine.

Cas particuliers

Suspicion de macrosomie :

La seule indication à la mise en place d'une perfusion de Syntocinon® est l'hypocinésie. Son administration se fait comme énoncé si dessus. Attention à ne pas forcer l'engagement de la présentation, surtout s'il y a eu une lenteur ou un arrêt de la dilatation au cours du travail.

Utérus cicatriciel :

- Utilisation d'une tocographie externe en l'absence de rupture membranaire.
- Utilisation d'une tocographie interne en présence d'une anomalie de la présentation et /ou d'une rupture membranaire.
- Réalisation d'une rupture artificielle des membranes suivie par une perfusion de Syntocinon®, en présence d'une surveillance tocographique de qualité. L'administration est réalisée comme énoncée si dessus.
- Toute intervention doit entraîner une reprise de la dilatation dans l'heure.
- Penser à la rupture utérine en présence d'une hypercinésie ou d'une hypocinésie utérine.

Liquide amniotique teinté :

- Lorsque le LA est teinté mais transparent : surveiller le déroulement du travail, surtout le rythme cardiaque fœtal, et diriger le travail en cas d'anomalie de la progression du travail.
- Lorsque le LA est méconial, le RCF est souvent normal ou peu pathologique. Il faut donc, dans des conditions locales favorables, diriger le travail. La surveillance de ce dernier devra alors être maximale avec un monitoring, une saturométrie, et un pH au scalp.

L'HTA connue et traitée :

Si on note la présence d'HTA en début de travail, ce dernier doit être dirigé avec prudence. On doit avoir un travail et un accouchement avec un minimum de puissance. La dynamique utérine doit être particulièrement surveillée à cause des risques d'hypertonie utérine, de tachysystolie ou d'hypersystolie chez l'enfant.

La présentation du siège

- Les membranes doivent être conservées intactes le plus longtemps possible. En présence d'une hypocinésie, et seulement s'il n'y a pas de souffrance, une perfusion d'ocytocine peut être mise en place.
- La stagnation de la dilatation ne doit pas dépasser 2 à 3 heures et la durée totale du travail ne doit pas dépasser 10h.
- Le RCF doit rester correct tout au long du travail.

- Au moment de l'expulsion, une perfusion d'ocytocine est recommandée afin que l'accouchement soit le plus rapide possible.

L'accouchement par voie basse des grossesses gémellaires :

- L'accouchement par voie basse est possible si le premier enfant est en présentation céphalique.

- La surveillance du RCF de chaque jumeau est obligatoire pendant toute la durée du travail, ainsi que les CU.

- L'utilisation des ocytociques est possible pour régulariser les CU. La dilatation cervicale doit être, dans sa phase de latence et dans sa phase active, aussi rapide que pour une grossesse unique.

- Immédiatement après la naissance du premier jumeau, la perfusion de Syntocinon® doit être arrêtée pour vérifier la présentation du deuxième jumeau.

- L'accouchement du deuxième jumeau doit être dirigé s'il est en présentation du céphalique ou du siège.

Références

- Audra P, Pasquier JC, Thoulon JM. *La surveillance du travail avant, pendant et après l'accouchement*. Pratiques en gynécologie obstétrique. Edition Masson ; 2003.
- Cabrol D, Carbone B, Lucidarme P, Rouxel C. *Encyclopédie médicale et chirurgicale*. Elsevier. Paris. Obstétrique ; 2008.
- HAS
- Hohlfeld P, Marty F. *Le livre de l'interne Obstétrique*. 3^e édition. Edition Médecine-Sciences Flammarion ; 2007. p 293 – 296.
- Hourdin A. *Guide pratique de clinique périnatale*. Les études hospitalières. Février 2008.
- Lansac J, Marret H, Oury JF. *Pratique de l'accouchement*. 4^e édition. Edition Masson ; 2006.
- Vidal 2006. Edition Vidal Paris.

Conclusion

La maternité de Bar-le-Duc est une maternité de niveau I. Elle effectue environ 850 accouchements par an. Elle a recensé 174 accouchements lors des trois premiers mois de l'année 2009. Parmi ces accouchements, 45,4% des patientes ont bénéficié d'un travail dirigé, faisant suite à un début de travail spontané.

Malgré les limites que présentent mon étude et les difficultés rencontrées, mon travail a permis de montrer que mes résultats s'accordaient avec les études réalisées par de nombreux auteurs. Mon étude met en évidence une utilisation fréquente du travail dirigé (45,4%), puisque celui-ci présente de multiples avantages tels que la diminution de plusieurs paramètres dont la durée du travail, la survenue de dystocies dynamiques, le recours à des extractions instrumentales et des césariennes. Le travail dirigé permet aussi d'obtenir une amélioration de l'état du périnée et de l'adaptation néonatale.

Toutefois, je note, dans mon étude, des anomalies fréquentes du RCF et un taux élevé de pré-acidose ou d'acidose mesuré par le pH ombilical. Les anomalies les plus fréquemment citées dans la littérature (les hypertonies et les hypercinésies utérines) ne sont pas retrouvées. Je ne remarque pas non plus d'effets délétères autres que des acidoses fœtales.

Les pratiques professionnelles sont, en général, conformes aux recommandations. Cependant, certaines anomalies auraient peut-être pu être évitées en présence d'une application parfaite des Recommandations Professionnelles.

Nous avons donc, en fonction des difficultés mises en avant par l'étude, établi un protocole. Ce dernier a été travaillé avec Monsieur le Docteur Lorailère. Il restera à évaluer l'application de ce protocole, les difficultés rencontrées et les conséquences obstétricales et néonatales de celui-ci.

Liste des abréviations

- AVB : accouchement voie basse
- APD : analgésie péridurale
- CU : contractions utérines
- DFP : disproportion fœto – pelvienne
- DLG : décubitus latéral gauche
- SFA : souffrance fœtale aigue
- HTA : hypertension artérielle
- IMC : indice de masse corporelle
- IV : intra-veineux
- kPa : kilo Pascal
- LA : liquide amniotique
- mmHg : millimètre de mercure
- OMS : organisation mondiale de la santé
- RAM : rupture artificielle des membranes
- RCF : rythme cardiaque fœtal
- RP : ralentissement précoce
- RPM : rupture prématurée des membranes
- RT : ralentissement tardif
- RV : ralentissement variable
- SA : semaine d'aménorrhée
- SDN : salle de naissance

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Audra P, Pasquier JC, Thoulon JM. *La surveillance du travail avant, pendant et après l'accouchement*. Pratiques en gynécologie obstétrique. Paris : édition Masson ; 2003. 360p, pp 130-150.
- [2] Barbe Pauline : *l'utilisation de l'ocytocine au cours du travail spontané* [Mémoire Sage-femme]. Besancon ; 2006.
- [3] Berardi JC, Bizimungu J, Tibi N. *Consommation d'ocytociques et durée du travail sous analgésie péridurale ambulatoire*. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2001 Nov;30(7):674-9.
- [4] Berg M, Bergqvist L, Dencker A, Ladfors L, Lilja H, Thorsén LS. *Early versus delayed oxytocin augmentation in nulliparous women with prolonged labour--a randomised controlled trial*. BJOG. 2009 Mar;116(4):530-6.
- [5] Blot Ph, Cabrol D, Cavaillé F, Germain G, Sureau C. *Control and management of parturition*. 23rd Baudelocque Symposium. Vol. 151. Edition Inserm ; 1987, 273p, pp 15-23.
- [6] Boog G, Puech F, Thoulon JM. *Obstétrique. L'accouchement normal*. Paris : édition Ellipses Aupelf/Uref ; 1996. 992p, pp 675-752.
- [7] Bouin T. *Les dystocies dynamiques*. Cours d'obstétrique, janvier 2009.
- [8] Brisson-Carrol G, Fraser WD, Krauss I, Turcot L. *Amniotomy for shortening spontaneous labour*. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD000015.

- [9] Brown HC, Dowswell T, Paranjothy S, Thomas J. *Package of care for active management in labour for reducing caesarean section rates in low-risk women*. *Obstet Gynecol*. 2009 Jan; 113(1) : 218-20.
- [10] Cabrol D, Carbone B, Lucidarme P, Rouxel C. *Encyclopédie médicale et chirurgicale*. Elsevier. Paris. Obstétrique ; 2008. 5-049-D-27, 5-049-Q-10
- [11] Cabrol F, Goffinet D. *Protocoles cliniques en obstétrique*. Dystocies dynamiques et mécaniques. 2^e édition. Paris : édition Masson ; 2005, 226p, pp 181-186 .
- [12] Cabrol D, Goffinet F, Pons JC. *Traité d'obstétrique*. Paris : édition Médecine-Sciences Flammarion ; 2003, 1158p, pp 741-751 .
- [13] Cammu H, Van Eeckhout E. *A randomized controlled trial of early versus delayed use of amniotomy and oxytocin infusion in nulliparous labour*. *Br J Obstet Gynecol*. 1996 Apr;103(4):313-8.
- [14] Curry SL, Ingardia CJ, Kobetitsch ES, Lazor LZ, Philipson EH. *A randomized comparison of 15 and 40 minute dosing protocols for labor augmentation and induction*. *Obstet Gynecol*. 1993 Dec;82(6):1009-12.
- [15] Fraser WD, Luo ZC, Roy C, Wei S, Wo BL, Xu H. *Early amniotomy and early oxytocin for prevention of, or therapy for, delay in first stage spontaneous labour compared with routine care*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr;15(2):CD006794.
- [16] Haute autorité de santé, [en ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/syntocinon_-_ct-5833.pdf

- [17] Hohlfeld P, Marty F. *Le livre de l'interne Obstétrique*. 3^e édition. Paris : édition Médecine-Sciences Flammarion ; 2007. 363p, pp 293-296.
- [18] Hourdin A. *Guide pratique de clinique périnatale*. Les études hospitalières. Février 2008, 394p, pp 139-150.
- [19] Houze D, Ferrant L, Titre C, Bette K, Dilliviers C, Ferraille A, « et al ». *37^e assise Nationale des Sages-femmes*. Du bon usage de la clinique et de la paraclinique en salle de naissance. 20^e session européenne Lille, 13, 14 et 15 mai 2009.
- [20] Johnston AK, Lodolce AE, Patka JH. *High-versus low-dose oxytocin for augmentation or induction of labor*. *Ann Pharmacother*. 2005 Jan;39(1):95-101.
- [21] Lansac J, Marret H, Oury JF. *Pratique de l'accouchement*. 4^e édition. Edition Masson ; 2006, 554p, pp 157-196, pp 213-232 et pp 273-310.
- [22] Lewin D. *Obstétrique*. L'accouchement phénomène physiologique. Dystocies mécaniques. Paris : édition Ellipses ; 1993. 254p, pp137-147,pp 188-191.
- [23] Richey Michael : *Le travail dirigé par syntocinon* [Mémoire de Sage-femme]. Marseille ; 2006.
- [24] Sentilhes L, Verspyck E. *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*. *La revue sage-femme*. 2008 Mai;7(2):99-107.
- [25] Vidal 2006. Edition Vidal Paris.

TABLE DES MATIERES

Sommaire	3
Préface.....	6
Introduction	7
Partie 1 : Le travail dirigé, aspect théorique	8
1. rappels	9
1.1. Définition du travail dirigé.....	9
1.2. Effets des contractions utérines.....	9
1.2.1. Dilatation du col au cours du travail	9
1.2.2. Evaluation des contractions utérines.....	11
2. Anomalies du travail nécessitant l'usage d'ocytocine.....	12
2.1. Dystocies dynamiques.....	12
2.1.1. Définition	12
2.1.2. Circonstances de découvertes	12
2.1.3. Méthodes d'analyses	13
2.2. Dystocies de démarrage	13
2.3. Dystocies au cours du travail	15
2.3.1. Hypocinésie.....	15
2.3.2. Dystocie de la deuxième phase du travail	17
2.3.3. Troubles de la contractilité utérine.....	17
3. travail dirigé	19
3.1. Méthodes du travail dirigé	19
3.1.1. Rupture artificielle des membranes.....	19
3.1.2. Ocytociques.....	19
3.2. Indications à l'utilisation d'ocytocine.....	20
3.3. Contre indications au travail dirigé.....	20
3.4. Effets indésirables	21
3.4.1. Effets généraux	21
3.4.2. Effets utérins	21
3.4.3. Effets fœtaux	22
3.5. Administration du Syntocinon®	22
3.5.1. Préparation de la perfusion de Syntocinon®	22
3.5.2. Voie d'administration du Syntocinon®	23
3.5.3. Posologie	24
3.5.4. Interactions médicamenteuses.....	25
3.5.5. Prescription du Syntocinon®	25
4. Analgésie péridurale	26
5. Situations particulières	27
5.1. Accouchement d'un enfant macrosome ou épreuve du travail pour disproportion fœto-pelvienne	27
5.2. Utérus cicatriciel	27
5.3. Fièvre en début de travail.....	28

5.4.	Liquide amniotique teinté	28
5.5.	HTA connue et traitée	29
5.6.	Présentation du siège.....	29
5.7.	Accouchement par voie basse des grossesses gémellaires.....	30
6.	Conclusion.....	31
Partie 2 : Réalisation de l'étude à la maternité de Bar-le-Duc		32
1.	Mise en place de l'étude.....	33
1.1.	Justification de l'étude	33
1.2.	Objectifs et hypothèses	34
1.2.1.	Objectifs	34
1.2.2.	Hypothèses	34
1.3.	Schéma général de l'étude	34
1.4.	Population étudiée, échantillonnage.....	35
1.4.1.	Critères d'inclusion	35
1.4.2.	Critères d'exclusion	35
1.5.	Description de l'action	35
1.6.	Description des données collectées et méthodes de mesure	36
1.7.	Aspects médico-légaux et réglementaires.....	36
2.	Réalisation de l'étude.....	37
2.1.	Préambule.....	37
2.2.	Travail dirigé.....	37
2.2.1.	Age maternel	37
2.2.2.	Age gestationnel.....	38
2.2.3.	Parité	38
2.2.4.	IMC	40
2.2.5.	Score de Bishop	41
2.2.6.	Fréquence des contractions utérines.....	41
2.2.7.	Déroulement du travail.....	43
	Durée du travail.....	43
	Obtention d'une réponse utérine	44
	Anomalies pouvant être liées au Syntocinon®	45
	Débit maximum de Syntocinon®.....	46
2.3.	Accouchement.....	47
2.3.1.	Mode d'accouchement	47
2.3.2.	Etat du périnée	48
2.3.3.	Anomalies rythme cardiaque fœtal	49
2.4.	Nouveau-né à la naissance	50
2.4.1.	pH au cordon	50
2.4.2.	Poids du nouveau né	50
2.4.3.	Réanimation et présence du pédiatre.....	50
2.5.	Pratiques professionnelles.....	51
2.5.1.	Indications à la pose de Syntocinon®	51
2.5.2.	Contre indication à la pose de Syntocinon®.....	52
2.5.3.	Préparation et voie d'administration du Syntocinon®.....	52
2.5.4.	Débit initial du Syntocinon®	53
2.5.5.	Durée des paliers	54
2.5.6.	RAM, indications et mise en place du Syntocinon®	55
2.5.7.	Indications et augmentation du débit de Syntocinon®	56

2.5.8.	Indication à l'arrêt ou à la diminution du Syntocinon®	57
2.6.	Cas particuliers.....	58
2.6.1.	Travail dirigé et liquide amniotique teinté.....	58
2.6.2.	Travail dirigé et hyperthermie.....	59
2.6.3.	Travail dirigé et présentation du siège.....	60
2.6.4.	Travail dirigé et grossesse gémellaire.....	61
2.6.5.	Travail dirigé et utérus cicatriciel	62
2.6.6.	Travail dirigé et macrosomie	63
Partie 3 : Discussion	64
1.	Synthèse.....	65
2.	Limites et Difficultés de l'étude	67
2.1.	Limites de l'étude.....	67
2.2.	Difficultés rencontrées	68
3.	Propositions d'améliorations	69
Conclusion	74
Liste des abréviations	75
Bibliographie	76
TABLE DES MATIERES	79
Annexe 1	I
Annexe 2	IV

ANNEXE 1

Fiche de recueil de données

➤ Renseignements généraux :

- Numéro du dossier _____, numéro d'accouchement _____
- Gestité : ___, parité : ___, Age gestationnel en SA : __ SA
- Déroulement de la grossesse : _____

- Nombre d'accouchement antérieur voie basse : _____
- Antécédents pouvant affecter le déroulement du travail et de l'accouchement : _____

➤ Début du travail :

Motif et heure d'admission en SDN : _____

- Examen général :
 - Paramètres : T°C : ___, °C, TA : ___/___, Pls : ___ bpm
 - Taille en cm : ___ cm Poids en kg : ___, BMI : ___
 - Prise de poids pendant la grossesse en kg : ___, _
- Examen obstétrical :
 - Souplesse utérine : souple - irritable - tonique
 - Hauteur utérine en cm : __, _
 - Présentation au palper : _____
 - Position du dos : à droite - à gauche - centré
- Score de Bishop à l'entrée en SDN : __

Score de Bishop	0	1	2	3
Dilatation en cm	0	1 à 2	3 à 4	5 ou +
Effacement	Long	Mi-long	1 cm	Effacé
Descente	Mobile	Posée	Fixée	Engagée
Consistance	Ferme	Moyenne	Molle	
Position	Postérieure	Moyenne	Antérieure	

- Orientation de la présentation : _____
- Etat de la poche des eaux : intacte - RSM - RAM
- Si rompue : heure de rupture : ___ ; LA : clair - teinté - méconial

- Contractions utérines : fréquence : ___, durée : ___, intensité : faible – moyenne - forte
- RCF à l'arriver : rythme de base : _____ bpm, variations : _____ bpm, accélérations : oui - non, anomalies : oui – non, si oui lesquelles

- Thérapeutique avant la pose de Syntocinon® : Calcium - Magnésium - Spasfon® - Analgésie péridurale (APD) - Heure de la pose de la thérapeutique : _____

- RCF : rythme de base : _____ bpm, variations : _____ bpm, accélération : oui - non, anomalies : oui – non, si oui lesquelles : _____
- Contractions utérines après la mise en place de la thérapeutique : fréquence : _____, durée : _____, intensité : faible – moyenne – forte, non renseigné
- Orientation de la présentation : _____

➤ Mise en place d'une perfusion de Syntocinon® :

- Motif de la pose : _____
- RCF avant la pose de Syntocinon® : rythme de base : _____ bpm, variations : _____ bpm, accélérations : oui - non, anomalies : oui – non, si oui lesquelles : _____
- CU avant la pose de Syntocinon® : fréquence : _____, durée : _____, intensité : faible – moyenne – forte, non renseigné

- Bishop : ____

Score de Bishop	0	1	2	3
Dilatation en cm	0	1 à 2	3 à 4	5 ou +
Effacement	Long	Mi-long	1 cm	Effacé
Descente	Mobile	Posée	Fixée	Engagée
Consistance	Ferme	Moyenne	Molle	
Position	Postérieure	Moyenne	Antérieure	

- Orientation de la présentation : _____
- Modifications par rapport à l'entrée : _____

- Poche des eaux : intacte - RSM - RAM
Si rompue : heure de rupture ____ ; LA : clair - teinté - méconial ; durée de la rupture : ____

- Contre-indication(s) à la pose de la perfusion de Syntocinon® : oui - non
Si oui la(les)quelle(s) : _____

- Soluté de dilution du Syntocinon® : Ringer lactate 500ml - Glucosé 500ml 5% - autres :

- Débit initial : _____
Y a t il eu des anomalies liées au Syntocinon® pendant le travail ? Si oui lesquelles : ____

- Thérapeutique après la pose de Syntocinon® : APD - calcium - Magnésium - Spasfon® - autres : _____

➤ Concernant la direction du travail par Syntocinon® :

- Durée des paliers : _ _ _
- RCF après la pose de Syntocinon® : rythme de base : _ _ _ _ bpm, variations : _ _ bpm, accélération : oui - non, anomalies : oui – non, si oui lesquelles
- Examen au toucher vaginal : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- Orientation de la présentation : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- Réponse utérine après la pose de Syntocinon® : heure : _ _ _
- Débit : _ _ _ _
- CU : fréquence : _ _ _ , durée : _ _ _ , intensité : faible – moyenne – forte, non renseigné
- RCF : rythme de base : _ _ _ _ bpm, variations : _ _ _ _ bpm, accélérations : oui - non, anomalies : oui – non, si oui lesquelles : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- Analyse au scalp : oui – non – résultats : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- Après avoir eu une réponse utérine, augmente-t-on encore le débit de Syntocinon® ? : oui/ non, si oui : motif : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- Débit maximum : _ _ _
- Arrêt ou diminution du Syntocinon® : oui/non, motif : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

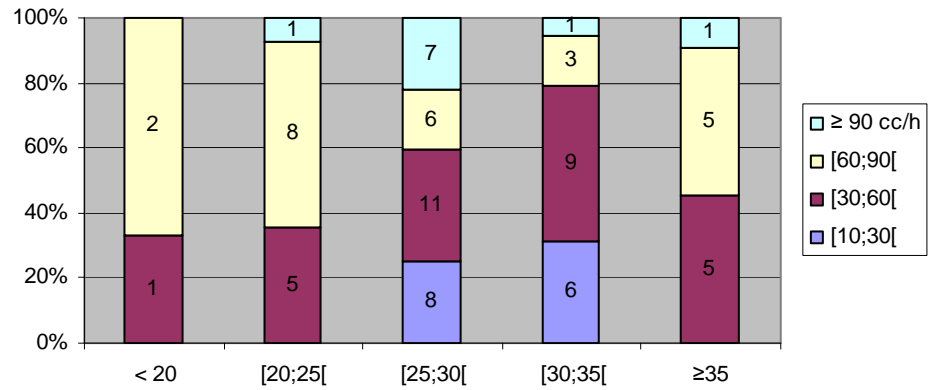
➤ Accouchement :

- Durée du travail : _ _ _ heures
- Heures d'accouchement : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- Position d'accouchement : décubitus dorsal – décubitus latéral – autre : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- Mode d'accouchement : voie basse : OP - OS - spontanée - instrumentalisée – césarienne
- Etat du périnée : intact – épisiotomie – déchirure : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- Anomalies du travail expliquées à l'accouchement : circulaire(s) - bretelle – macrosome – nœud au cordon – autres : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
- Nouveau né : Poids : _ _ _ _ g, PC : _ _ , _ cm, Apgar à la naissance : 1' : _ _ , 5' : _ _ pH : _ _ _ _ , réanimation néonatale : oui – non – durée : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
présence du pédiatre : oui - non

ANNEXE 2

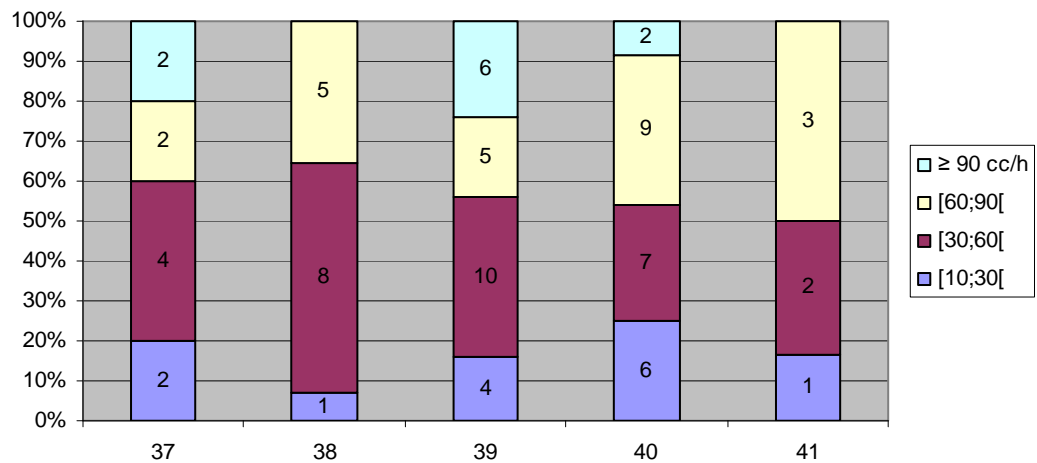
Graphique 2 :

Age maternel et débit maximum de Syntocinon (en cc/h)

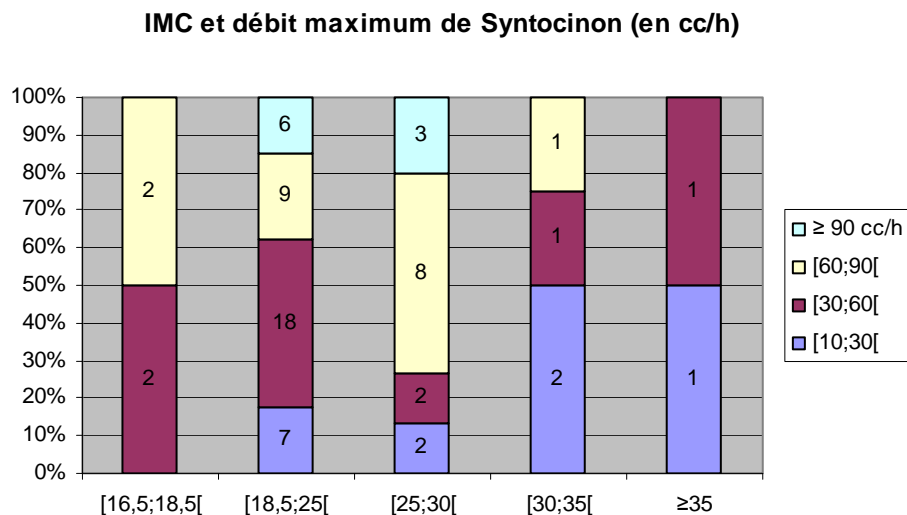


Graphique 4 :

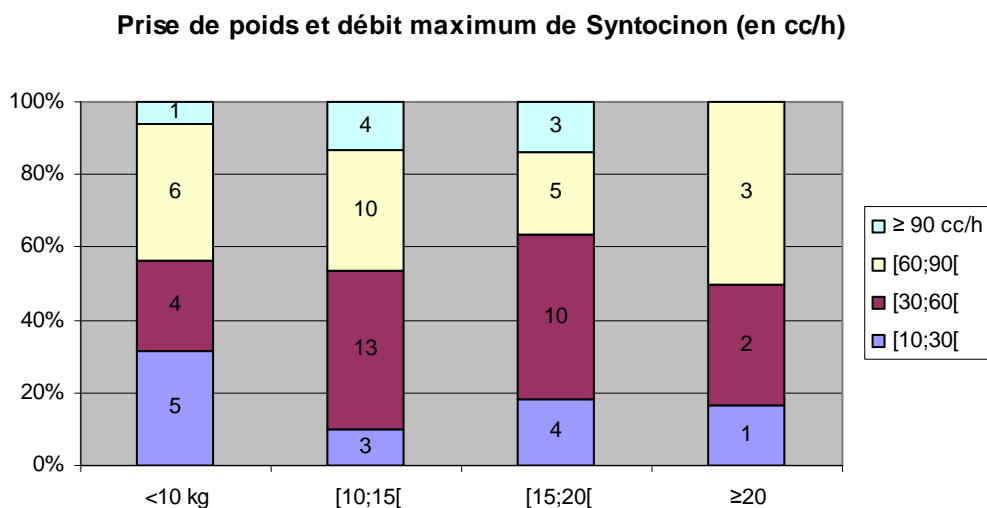
Age gestationnel et débit maximum de Syntocinon (en cc/h)



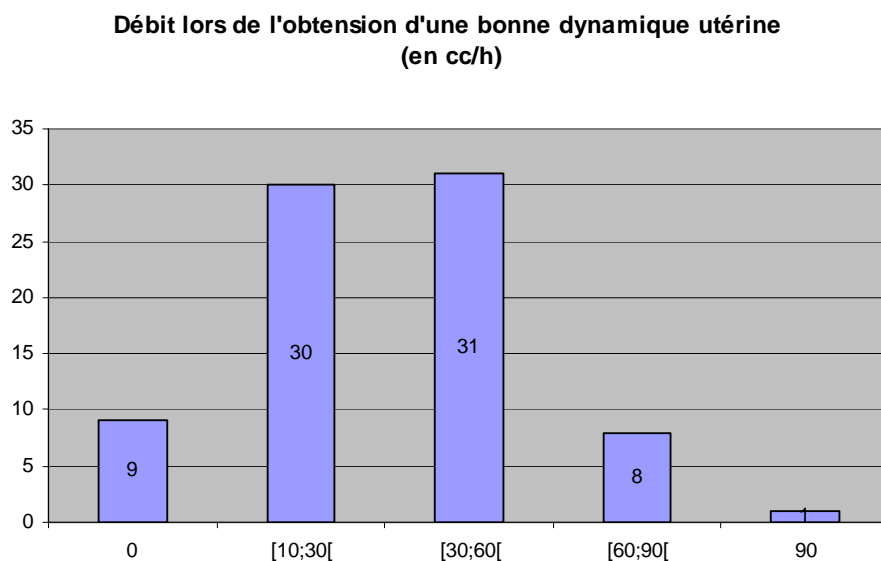
Graphique 10 :



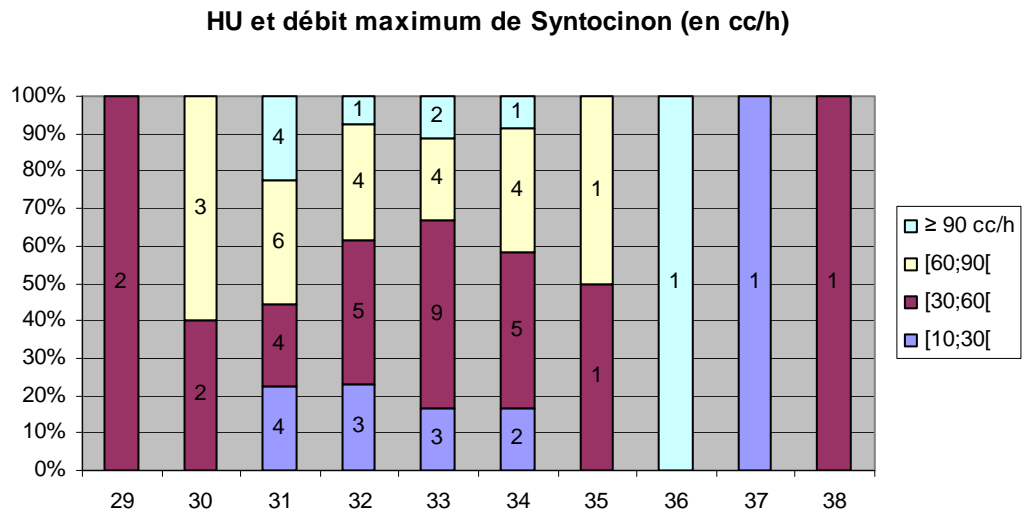
Graphique 11 :



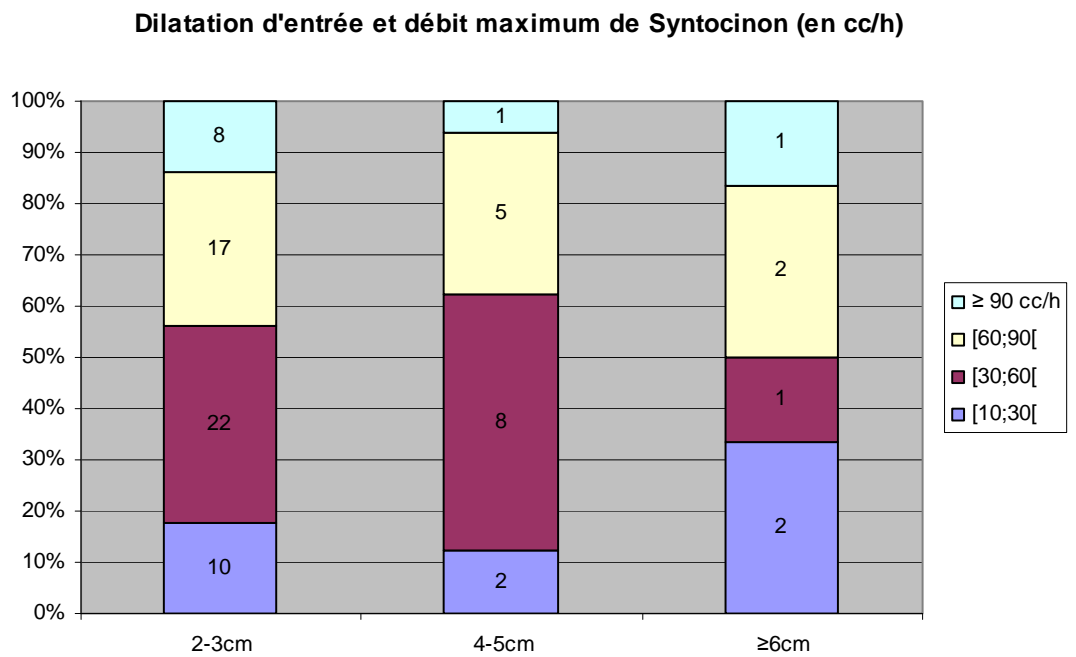
Graphique 19 :



Graphique 22 :

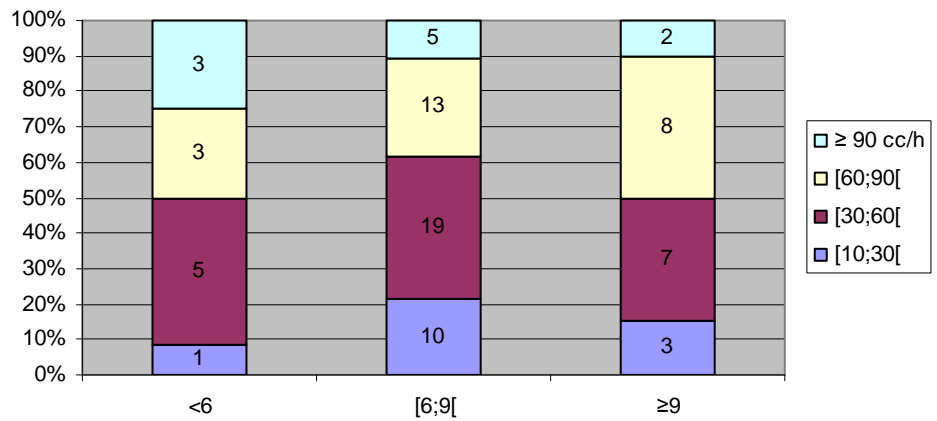


Graphique 23 :



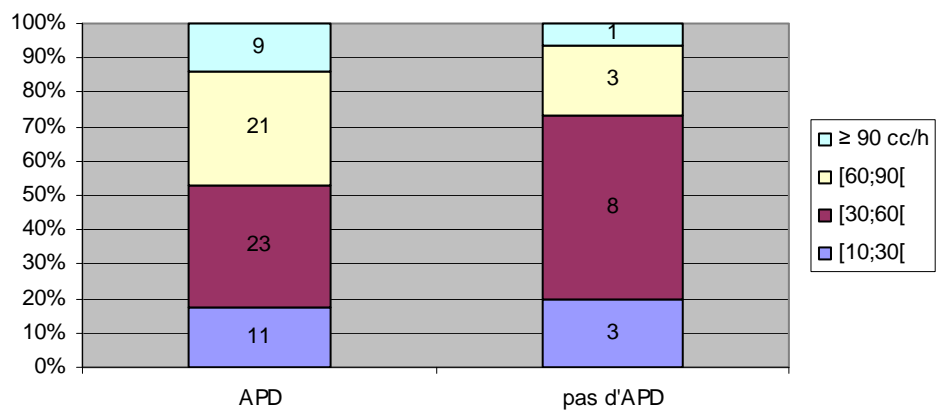
Graphique 24 :

Bishop d'entrée et débit maximum de Syntocinon (en cc/h)



Graphique 25 :

APD et débit maximum de Syntocinon (en cc/h)



Le travail dirigé par Syntocinon® Evaluation menée à la maternité de Bar-le-Duc

Mots clés : Contraction utérine, dystocie dynamique, ocytocine, Syntocinon®, travail dirigé, sage-femme.

RESUME

Le travail dirigé vise à réduire les anomalies maternelles et fœtales liées à des dystocies dynamiques. Il fait partie des prescriptions habituelles des sages-femmes. Une étude, réalisée à la maternité de Bar-le-Duc, sur ce sujet, a montré une diminution de la durée du travail, des mauvaises adaptations néonatales liées à un travail long, des accouchements dystociques et une rapide correction des dystocies dynamiques. Elle présente aussi un taux important d'altération du RCF et d'acidose fœtale. Ces résultats sont en accord avec la littérature. Il faut réaliser une surveillance minutieuse du travail, de la mère et du fœtus au cours d'un travail dirigé, afin de minimiser l'apparition de complications et d'améliorer la prise en charge des patients. La création d'un protocole a été travaillé en lien avec l'équipe de Bar-le-Duc, afin d'obtenir une meilleure application des Recommandations Professionnelles et une diminution des risques encourus par les patientes.

Summary

The active management of labour aims at reducing maternal and foetal anomalies linked to dystocias of the dynamic. It is usually prescribed by the midwives. A study, realised in the maternity of Bar-le-Duc, on this subject, showed a reduction of the labour, of the bad neonatal adaptations linked to long labour, dystocias of the delivery and a quick correction of the uterine dynamic. It also shows an important rate of alteration of cardiac foetal rhythm and foetal acidosis. These results are in harmony with literature. It's necessary to realise a close watch of the labour, the mother and the foetus in the progress of the labour, in order to limite the complications and to improve the medical supervision of the patients. The creation of a protocol was made with the medical team of Bar-le-Duc, in order to obtain a best application of Professional Recommendations and a reduction of the risks incurred by the patients.

Words key : uterine contraction, dystocia of the dynamic, oxytocine, Syntocinon®, active management of labour, midwife.

*Mémoire soutenu et présenté par Mylène COLMANT née le 28/06/1986
Promotion 2010
Ecole de sages-femmes Albert Fruhinsholz
Universté Henri Poincaré, Nancy I*