



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

La dystocie cervicale et la stagnation de la dilatation

Positionnement de la sage femme dans la prise
en charge de ces pathologies ?

Mémoire présenté et soutenu par

Mlle Julie BOHLER

Promotion 2006-2011



Travail de recherche

Réalisé sous la direction de Madame BERTRAND
Sage femme cadre-enseignant à l'école de sages femmes de Nancy.

Et sous l'expertise de Madame PETROLATI
Sage femme en salle de naissances à la Maternité Régionale
Universitaire de Nancy.

GLOSSAIRE

ADP : Adénosine di phosphate.

APD : Analgésie péridurale.

ATCD : Antécédent.

ATP: Adénosine tri phosphate.

AVB: Accouchement voie basse.

Ca: Calcium.

CAT: Conduite à tenir.

CU : Contraction utérine.

DC : Dystocie cervicale.

DFP : Disproportion fœto pelvienne.

IV : Intraveineuse.

IVD : Intraveineuse directe.

IVL : Intraveineuse lente.

Kg : Kilogramme.

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité.

RAM : Rupture artificielle des membranes.

RCF : Rythme cardiaque fœtal.

SD : Stagnation de la dilatation.

SDN : Salle de naissances.

SFA : Souffrance fœtale aigue.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE	3
SOMMAIRE	4
PREFACE	5
INTRODUCTION	6
 Partie 1	 8
 1.Un peu de physiologie	 9
2.Du cote de la pathologie	14
 Partie 2	 35
 1.Présentation de la première etude	 36
2.Présentation de la deuxième etude	60
 Partie 3	 64
 1.Generalites	 65
2.Synthese et analyse des resultats	68
3.La sage femme face a la dystocie	72
 CONCLUSION	 82
 BIBLIOGRAPHIE	 84
 TABLE DES MATIERES	 88
 ANNEXES	 91

PRÉFACE

Il y a peu de temps, je suis tombée sur un proverbe norvégien : « La première joie pour une femme est d'être mère, la seconde est d'être sage-femme ». Comme pour beaucoup je souhaite réaliser ces deux choses mais pour l'instant commençons par la seconde.

Au cours de mon enseignement secondaire, j'ai eu la chance de réaliser un stage en maternité qui m'a permis de connaître le métier de sage femme. Depuis ce jour je suis convaincue que je me destine à faire le « plus beau métier du monde ». Cette première approche fut particulière car j'ai assisté à un accouchement avec extraction instrumentale. Depuis, j'attire profusément la pathologie. La salle de naissances reste néanmoins pour moi une grande source d'épanouissement tant sur un plan professionnel que personnel. En effet, lorsque nous assistons à la mise au monde d'un enfant, nous sommes envahis d'une émotion inestimable. D'autre part, la naissance fait intervenir une mécanique obstétricale extraordinaire.

Encore aujourd'hui je ne cesse d'être confrontée à la pathologie. Au cours de mon stage de deuxième année en salle de naissances, j'ai rencontré de nombreux cas d'anomalies de la dilatation à savoir dilatation lente ou stagnation de la dilatation. L'issue était dans la moitié des cas la césarienne. Le reste du temps j'observais les diverses prises en charges des sages femmes : chacune avait sa « petite astuce ».

Au travers de ce mémoire, je cherche dans un premier temps à comprendre le mécanisme de cet arrêt. Dans un second temps, je souhaite identifier la prise en charge efficace pour palier à la césarienne.

INTRODUCTION

En 2009, le taux de césarienne en France était de 20.2%. La dystocie, qu'elle soit dynamique ou mécanique, représente actuellement l'indication la plus fréquente de césarienne.

En 2009, le taux de césarienne à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy était de 22.7 %. La prise en charge des parturientes dont le travail est incidenté par un arrêt de la dilatation représente donc un intérêt tout particulier.

Les compétences de la sage femme dans le suivi du travail se limitent à la physiologie. Quand on observe une absence de modifications cervicales entre deux touchers vaginaux successifs, il est du devoir de la sage femme d'instaurer une thérapeutique pour favoriser la reprise de la dilatation. Après deux heures d'absences de modifications cervicales, on passe dans le cadre d'une situation pathologique qui requiert la présence d'un gynécologue-obstétricien.

Dès lors, il devient indispensable d'avoir des notions concernant le diagnostic précoce, les étiologies et les possibilités thérapeutiques de cette anomalie. Le but étant d'assurer une reprise de la dilatation et donc d'éviter la césarienne.

Ma réflexion s'est portée sur la recherche et la détermination des modalités de prise en charge des parturientes ayant présenté une dystocie cervicale ou une stagnation de la dilatation à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Le but de ce mémoire est d'une part de trouver les thérapeutiques permettant une reprise de la dilatation afin d'éviter la césarienne et d'autre part, d'identifier le rôle de la sage femme dans le suivi d'un travail qui affleure la pathologie.

Ce travail s'articule autour de trois parties. Nous allons, dans un premier temps, faire un rappel sur la physiologie du travail afin de mieux appréhender la dystocie cervicale et la stagnation de la dilatation. En s'appuyant des données de la littérature, nous allons présenter ces deux pathologies : de leurs étiologies à leurs prises en charge

en passant par leur diagnostic et leurs conséquences éventuelles. La deuxième partie expose les résultats de l'étude principale et de l'enquête réalisée auprès des sages femmes et les confronte aux données de la littérature. La troisième et dernière partie de ce travail analyse les résultats de ces deux études et suggère différentes propositions qui se basent sur les données de la littérature et sur les résultats des deux études. Elle fait également le point sur les compétences de la sage femme face à cette situation.

Partie 1

Cette première partie permet d'aborder le sujet sous différents angles par l'intermédiaire d'une revue de la littérature.

1. UN PEU DE PHYSIOLOGIE

1.1. Le travail

Le travail ou parturition est l'ensemble des phénomènes dynamiques et mécaniques qui conduisent à l'accouchement. [1]

Le début du travail est souvent précédé par la perte du bouchon muqueux. Son diagnostic peut être affirmé quand, avec un régime de contractions utérines régulières on constate à deux examens successifs, une modification du col utérin. Les contractions de travail ont un caractère spécifique : elles sont régulières (plus de 2 contractions par 10 minutes), involontaires, intermittentes, rythmées, progressives dans leur durée et leur intensité, totales et douloureuses.

Selon les auteurs, le travail comprend 3 ou 4 étapes : [2]

- ✓ **Première étape** : s'étend du début du « vrai travail » jusqu'à la fin de la dilatation à savoir 10 cm.
- ✓ **Seconde étape** : correspond à l'engagement, la descente, la rotation et l'expulsion du fœtus.
- ✓ **Troisième étape** : la délivrance.
- ✓ **Quatrième étape** : le post partum immédiat allant jusqu'à la stabilisation des constantes maternelles. Cette étape est plus ou moins décrite selon les auteurs.

La première étape est divisée en 2 phases :

- ✓ **Phase de latence** : elle fait suite à l'effacement du col mais peut lui être parallèle notamment chez la multipare. C'est la plus longue des phases et dure en moyenne 8.6 heures chez une nullipare et 5.3 heures chez une multipare avec un maximum de 20 heures et de 14 heures respectivement. La limite avec la phase active du travail se situe vers 2-3 cm pour Friedman [1] et vers 4-5 cm pour Peisner [1].
- ✓ **Phase active** : elle correspond à une dilatation active du col (1.5 cm par heure en moyenne). Cette vitesse reste physiologique tant qu'elle est

supérieure à 1 cm par heure chez la primipare et 1.5 cm par heure chez la multipare. Cette phase dure en moyenne 4.9 heures chez la nullipare et 2.2 heures chez la multipare avec un maximum de 12 heures et de 6 heures respectivement.

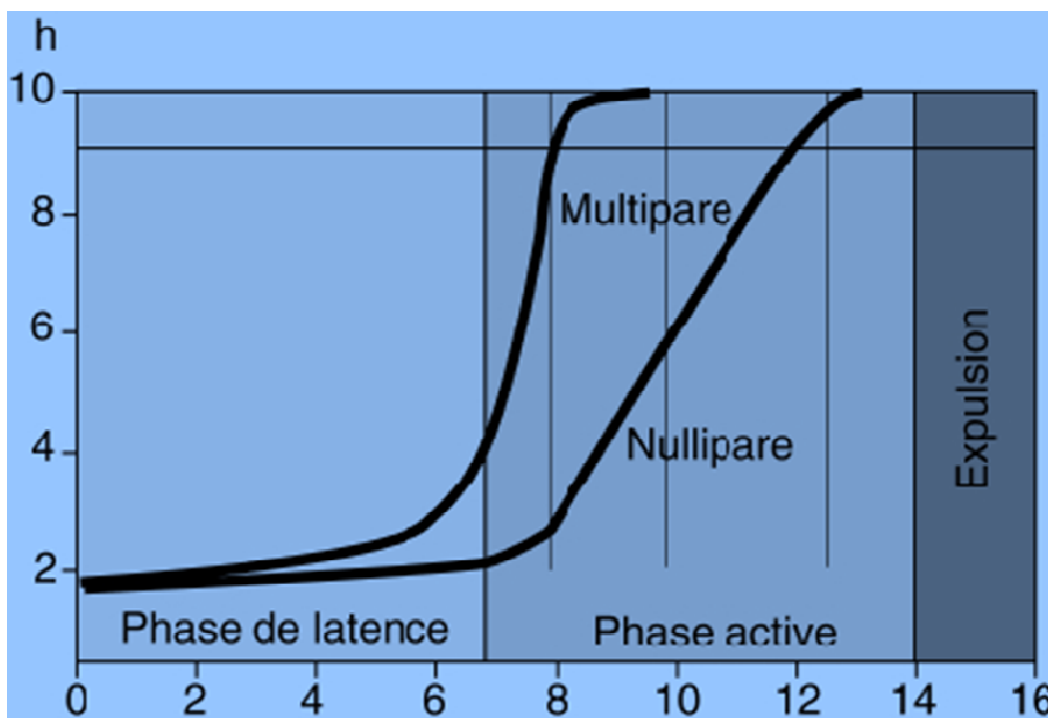


Diagramme des différentes phases du travail chez la nullipare et la multipare [1]

Travail spontané, dirigé ou médicalisé ?

Le travail est dit spontané ou naturel lorsqu'il s'installe et se déroule sans l'intervention de facteurs extérieurs. Selon les auteurs et les pratiques, on peut obtenir différents types de travail. Kreiss et Schickele sont à l'origine du travail médicalisé qui consiste à rompre la poche des eaux et à utiliser des antispasmodiques. Pigeaud introduit des ocytociques et on parle alors de travail dirigé. [1]

1.2. Mécanisme de la dilatation cervicale

La dilatation cervicale s'explique en grande partie par trois éléments: [1], [3], [4]

- ❖ **La contraction utérine** : c'est un élément primordial, il n'y a pas de dilatation sans CU. Elle a différents rôles : une augmentation de la pression intra-utérine, une meilleure sollicitation du col grâce à la poche des eaux et à la présentation, un raccourcissement des fibres utérines entraînant une traction directe sur le col.
- ❖ **Le col** est un véritable obstacle du fait de sa résistance. Celle-ci est liée à la structure anatomique du col et au degré de maturation du tissu conjonctif. Il a une élasticité de type nylon. Après l'étirement du à la CU, le retour à la dilatation antérieure est long et non achevé à la CU suivante ce qui explique le phénomène de dilatation.
- ❖ **L'ampliation du segment inférieur.** Elle dépend de la descente de la présentation. Elle joue un rôle de transmission des forces de la CU sur l'orifice cervical. C'est la composante horizontale de ces forces qui joue le rôle moteur dans la dilatation.

1.3. Physiologie de la contraction utérine

1.3.1. Les éléments en présence [5]

- ❖ **Le muscle utérin** :

Il est formé par des cellules musculaires lisses qui s'entourent d'une matrice conjonctive. Le tissu conjonctif a un rôle plastique et un rôle de transmission des forces contractiles engendrées pas les cellules musculaires lisses.

❖ **La membrane plasmique :**

Elle présente des invaginations situées à proximité du réticulum sarcoplasmique et des mitochondries. Elle a un rôle dans les échanges ioniques.

❖ **L'appareil contractile :**

Il occupe une grande partie de la cellule et comprend les filaments fins d'actine, les filaments épais de myosine et les corps denses. Les filaments intermédiaires n'ont quant à eux pas de rôle dans la contraction.

❖ **La myosine :**

Sa tête globulaire comprend trois sites fondamentaux à la contraction :

- ✓ Un site pour l'interaction avec l'actine.
- ✓ Un site de fixation pour la phosphorylation de la chaîne légère de la myosine qui est un élément régulateur de la contraction.
- ✓ Un site enzymatique pour l'hydrolyse de l'ATP qui va fournir l'énergie nécessaire à la contraction.

1.3.2. Mécanisme de la contraction utérine

La contraction de la fibre utérine résulte d'un raccourcissement des chaînes d'actine et de myosine. Ce raccourcissement est possible grâce à l'apport d'énergie fournie par l'ATP en présence d'ions sodium (Na), potassium (K) et calcium (Ca) [Annexe 1]. Le phénomène initial est l'augmentation de la concentration intracellulaire en Ca ionisé. Celui-ci entraîne une instabilité de la membrane, d'où la modification de sa perméabilité avec entrée de sodium et sortie de potassium. Ces flux font varier le potentiel de membrane entraînant un phénomène électrique. Les modifications ioniques provoquent également la délivrance d'énergie par transformation d'ATP en ADP. Cette hydrolyse se fait sous l'influence de l'ATPase mais uniquement si la concentration en Ca intracellulaire est suffisante.

Il existe deux sources de calcium qui ont un rôle différent dans le processus de la contraction musculaire et qui sont dépendantes du mode d'initiation de la contraction. L'augmentation du Ca peut être due à une modification du potentiel de membrane (initiation électromécanique) qui va provoquer l'ouverture de canaux calciques voltage dépendants et permettre l'entrée du Ca extracellulaire dans la cellule. La hausse du calcium peut également résulter de la liaison d'un agoniste à un récepteur spécifique (initiation pharmaco mécanique), ce qui libère le Ca contenu dans les réservoirs situés à l'intérieur de la cellule. [Annexe 2]. [5], [6]

1.3.3. Régulation de la contraction

Le mécanisme nerveux de la CU est encore très obscur et ne sera pas plus détaillé dans ce travail.

L'excitabilité et la conductibilité de la fibre utérine sont soumises à un contrôle hormonal essentiellement dû :

- ❖ aux **œstrogènes** qui tendent à rendre la fibre utérine plus excitable et plus conductible.
- ❖ à la **progestérone** qui augmente la liaison calcium-ATPase diminuant ainsi la concentration du calcium libre intracellulaire et la perméabilité de la membrane au calcium. Elle inhibe ainsi la propagation des potentiels d'action.
- ❖ à l'**ocytocine** qui augmente l'excitabilité d'une fibre sous domination œstrogénique et qui reste sans influence sur une fibre inhibée par la progestérone.
- ❖ aux **prostaglandines** qui trouvent leur place dans l'induction de l'activité myométriale.

2. DU COTE DE LA PATHOLOGIE

2.1. Définitions

2.1.1. La dystocie

Le terme de dystocie vient du grec « **du**s » difficulté et « **tokos** » accouchement. La dystocie se définit donc comme l'ensemble des phénomènes qui s'opposent au bon déroulement du processus normal de l'accouchement.

Les anomalies de progression du travail se divisent en deux grands groupes à savoir : les dystocies dynamiques et les dystocies mécaniques.

En se limitant aux présentations céphaliques du sommet, 10 à 15 % des patientes présenteront une anomalie de la progression du travail. Face à cette anomalie, 75 à 80 % des parturientes accoucheront par les voies naturelles, et seulement 20 à 25% seront césarisées, ce qui représente 3% des patientes. [8]

2.1.2. La dystocie dynamique

« C'est l'ensemble des phénomènes qui perturbent le fonctionnement du muscle utérin lors des CU de travail, soit parce qu'il y a viciation de la contraction utérine qui n'a pas un aspect normal, soit parce qu'il y a une inefficacité sur la dilatation de contractions utérines apparemment correctes. » [3, Magnin]

« Chaque fois que la dynamique de l'accouchement s'éloignera des normes avec progression irrégulière du mobile. » [3, Lacomme]

Elle concerne donc toutes les anomalies de la dynamique du travail à savoir les **anomalies de la dilatation du col** et les **anomalies de la contraction utérine** ; les deux étant dépendantes l'une de l'autre.

Il est possible d'identifier 3 grands groupes de dystocies dynamiques : [29]

- Groupe en rapport avec le col utérin. (col pathologique).
- Groupe relevant d'une pathologie primitive ou secondaire de la contraction utérine. (hypocinésie, hypercinésie, hypertonies)

- Groupe se traduisant par des anomalies de la courbe de dilatation. (les dystocies de démarrage, les dilatations lentes ou arrêt de la dilatation.)

Elle concerne environ 8% des accouchements. [10]

2.1.3. La dystocie mécanique

Les dystocies mécaniques regroupent différentes anomalies :

- **Les anomalies du contenant** : c'est-à-dire les anomalies du bassin maternel comme les anomalies de taille, de forme et ou d'inclinaison.
 - **Les anomalies du mobile fœtal** : fœtus de gabarit important (macrosomie).
 - **La disproportion foeto pelvienne** qui est le résultat d'une constellation malheureuse entre grandeur, forme, configuration, et position de la tête fœtale et grandeur, architecture et forme du bassin.
- [9]

2.2. Dystocie cervicale et stagnation de la dilatation

2.2.1. Définitions générales, fréquences [10]

Dystocie cervicale :

Encore appelée dystocie par obstacle cervical, elle appartient au groupe des dystocies dynamiques.

Elle désigne les anomalies **situées au niveau du col utérin**, lesquels sont **responsables d'un défaut de la dilatation cervicale**.

Il existe deux types d'anomalies de la dilatation :

- ✓ la dilatation lente ou phase active prolongée.
- ✓ l'arrêt de la dilatation ou stagnation de la dilatation.

C'est une dystocie liée à l'existence ou à l'apparition d'un obstacle sur le col.

Elle peut être :

- ✓ **fonctionnelle** par anomalie de la dilatation secondaire à une hypocinésie ou une hypercinésie.
 - ✓ **anatomique temporaire.**
 - ✓ **anatomique permanente.**
- } Ou **mécanique**

Son diagnostic est posé quand on constate un arrêt de la dilatation de 2 heures.

Il faut différencier les dystocies cervicales des dystocies de démarrage qui sont des anomalies de la phase de latence correspondant à la présence de contractions utérines régulières, intenses et douloureuses n'ayant peu ou pas d'effets sur la dilatation du col utérin. [11]

Selon Lacomme, 27 % des accouchements présentent ce type de dystocie.

Le tableau ci-dessous nous montre le pourcentage de dystocies en fonction de la parité d'après deux auteurs : Friedman et Cardozo/Gibb.

Type de dystocie	Primipares en %		Multipare en %	
	Friedman	Cardozo et Gibb	Friedman	Cardozo et Gibb
Dilatation lente	3.6	26	0.3	8
Arrêt de la dilatation (au minimum de deux heures)	3.9	6.3	0.4	1.9

On remarque une prédominance nette de dystocies chez les primipares versus les multipares. Le diagnostic de dystocie varie avec la durée du travail et la durée de l'arrêt de la dilatation (14% sur une heure et 5.5% pour deux heures), ce qui explique que les chiffres de Friedman et Cardozo / Gibb diffèrent. De même, Cardozo et Gibb ont pris une définition plus stricte pour leur étude.

La différence entre dystocie mécanique et dynamique n'est jamais évidente dans la mesure où l'étiologie de la dystocie ne peut que rarement être affirmée avec exactitude. De plus, chacun des auteurs a une définition n'ont pas différente mais nuancé de la dystocie cervicale comme nous le montre le tableau ci-dessous.

Tableau faisant un état des lieux des différentes définitions en fonction des auteurs

BIBLIOGRAPHIE	DEFINITION	DESCRIPTION CLINIQUE
Encyclopédie médico-chirurgicale [12]	Dystocie cervicale organique = dystocie des parties molles. Dystocie cervicale fonctionnelle= dystocie dynamique.	Agglutination de l'orifice externe du col avec non dilatation et effacement complet ou arrêt de la dilatation avec un col épais et rigide. Col épais et rigide à la CU.
Mécanique et techniques obstétricales [1]	Dystocie cervicale avec col pathologique. Dystocie cervicale fonctionnelle= dystocie dynamique.	Absence ou arrêt de la dilatation. Œdème du col, agglutination du col, spasme du col, dissociation lamelleuse du col. (col épais et forme des anneaux concentriques fermes).
Précis d'obstétrique [2]	Dystocie cervicale fonctionnelle=dystocie dynamique. Dystocie cervicale anatomique : -temporaire -permanente	Stagnation de la dilatation. Agglutination du col, hymen cervical (Demelin). Sténoses cicatricielles du col.

Stagnation de la dilatation

Pour parler de stagnation de la dilatation il faut avoir deux éléments. D'une part un arrêt de la dilatation de 2 heures et d'autre part un début de dilatation cervicale. La stagnation de la dilatation traduit une dystocie cervicale. La nuance entre ces deux entités est très légère.

2.2.2. Etiologies

La stagnation de la dilatation faisant suite à une dystocie, nous allons traiter dans un même paragraphe les étiologies de l'une et de l'autre. On retrouve ainsi :

❖ les dystocies cervicales fonctionnelles :

Ce sont les plus fréquentes et elles sont la conséquence d'une anomalie de la dynamique utérine, le plus souvent due à une hypokinésie de fréquence, d'intensité ou de durée de la contraction utérine. Cette irrégularité des contractions utérines est à l'origine de l'augmentation de résistance du col mais ne suffit pas à expliquer la stagnation.

L'hypokinésie peut être due à : [1]

- ✓ Une grande multiparité.
- ✓ Une malformation utérine.
- ✓ Une dystocie mécanique (présentation dystocique, DFP, obstacle prævia).
- ✓ Une surdistension utérine (grossesse multiple, hydramnios, macrosomie)
- ✓ Une dystocie iatrogène (utilisation excessive de sédatifs ou d'analgésiques, APD trop précoce).

Parfois les difficultés de descente fœtale peuvent également être responsables d'une dystocie fonctionnelle en ne sollicitant que peu le col ou en gênant l'ampliation du segment inférieur. [4], [10]

La classique dichotomie entre dystocie dynamique et mécanique semble être plus schématique. En effet, certaines anomalies dynamiques peuvent résulter de facteurs mécaniques et, à l'inverse, des anomalies mécaniques peuvent être induites par une dynamique inadéquate.

❖ les dystocies cervicales sur col pathologique :

Encore appelées dystocie anatomique ou dystocie mécanique par certains auteurs, elles font suites à :

✓ **Une anomalie primitive siégeant au niveau du col.**

- Les cicatrices cervicales : Les cicatrices d'électrocoagulation se rencontrent actuellement plus rarement. Les cicatrices de conisation ancienne, cautérisation seraient plus fréquemment à l'origine d'absence ou d'arrêt de la dilatation ou de dilatation lente. Le cerclage du col utérin ne paraît cependant pas à l'origine de dystocie cervicale. [1]
- Le fibrome cervical : Il peut être responsable d'une dystocie cervicale qui s'avère être le plus souvent irréductible. [1], [3]
- Les conisations actuelles et les vaporisations laser n'ont quasiment aucune conséquence sur l'accouchement. [1], [10]
- Allongement hypertrophique du col. [3]
- Hymen cervical. (particularité structurale du col présent uniquement chez la primipare) [3]
- Agglutination du col, le syndrome de Schickelé : il se caractérise par la formation d'un anneau cervical rigide. En dehors des contractions, l'orifice cervical reste tendu, comme cerclé par un fil de fer. Pendant la contraction, toute la région cervicale devient tendue et douloureuse. [2]

✓ **Un défaut de maturation cervicale** (augmentation de l'hydratation, diminution de la concentration du collagène, modifications des

composants de la substance fondamentale du tissu conjonctif). En fin de grossesse, le col reste fermé et très tonique.

- ✓ **La persistance d'une rétroversion utérine** peut entraîner l'incarcération du col entre la symphyse pubienne et la présentation. (exceptionnel)

❖ Les dystocies iatrogènes :

L'utilisation inadéquate de certaines thérapeutiques peut aboutir à des effets paradoxalement inverses du but recherché. On retrouve par exemple : [10]

- ✓ La RAM réalisé trop précocement lors de la phase de latence sur un col non effacé.
- ✓ L'utilisation abusive d'analgésiques et de sédatifs.
- ✓ Pose d'une APD trop précoce.

❖ Autres causes :

- ✓ Les **anomalies d'ampliation du segment inférieur** peuvent être responsables de dystocie. En effet, si le segment inférieur se contracte trop, la transmission est trop brutale ce qui peut aboutir à un blocage du col. Ceci peut expliquer certaines dystocies dans les accouchements après césarienne (zone non extensible par sclérose au niveau du segment inférieur). De même, il a été décrit des spasmes du segment inférieur (décrit par Lindgren) et des anneaux musculaires de rétraction (Demelin) susceptibles d'entraîner une anomalie de la dilatation. [2]
- ✓ Le **spasme du col** en cours de travail peut s'observer en l'absence d'APD. Il est une conséquence de la douleur majorée par l'anxiété et l'agitation. La douleur provoque un spasme cervical lui-même responsable d'anomalies contractiles de l'utérus responsables d'une

stagnation de la dilatation et d'une accentuation de la douleur. Ainsi se constitue un cercle vicieux : douleur-spasme cervical-dystocie. [6]

- ✓ La **taille du bassin** ne paraît pas être une cause courante. [13]
- ✓ Les **présentations postérieures**. [13]
- ✓ L'**obésité maternelle**. [14]

2.2.3. Diagnostic

Au cours du travail, aucun moyen électronique ne permet la surveillance de la dilatation cervicale. Le toucher vaginal réalisé toutes les heures ou demi-heures en absence d'anomalies est donc le seul moyen de surveillance de la dilatation et de son évolution au cours du temps. Le toucher vaginal va permettre d'apprécier la dilatation cervicale mais également, la longueur et la consistance du col ainsi que la présentation. Ces résultats seront rapportés sur un partogramme ou partographe. [1]

Le partogramme est un enregistrement graphique méthodique et synthétique des progrès du travail et des principales données sur l'état de santé de la mère et du fœtus. Il se commence après la phase de latence c'est-à-dire vers 3cm de dilatation. [16]

Il se construit sur une grille pré-imprimée où les échelles de temps et de dilatation sont soigneusement choisies pour que les anomalies soient évidentes, donc diagnostiquées et traitées en temps utile. Il existe deux types de partogramme : le partogramme de Friedman [Annexe 3] et le partogramme de l'OMS [Annexe 4]. Ce dernier présente l'avantage de comporter des bornes représentées par les lignes « alerte » et « action ». Il devient ainsi un véritable outil pédagogique, prévisionnel et décisionnel. [15]

Des graphiques alerte/action sont également proposés. Ils se présentent comme des partogrammes avec deux ou trois diagonales. Si la ligne de dilatation croise la ligne d'alerte, c'est qu'il y a un ralentissement ou un arrêt de la dynamique de dilatation. Si la ligne de dilatation croise la ligne d'action un diagnostic doit être fait sur la cause de la dystocie et une décision thérapeutique doit être prise. [1]

Si les limites alerte/action ne sont pas présentes sur le partogramme, il est toutefois possible de déceler rapidement une éventuelle anomalie : la courbe de dilatation prenant alors un aspect horizontal. [1]

2.2.4. Conséquences

Par définition, les dystocies cervicales sont la cause d'une stagnation de la dilatation. Leur retentissement est donc similaire. Il correspond aux conséquences d'un travail prolongé et peut avoir des effets néfastes sur le fœtus. En effet, on peut observer entre autres :

- ☞ une augmentation des anomalies du RCF.
- ☞ une plus grande fréquence de pH < 7.25 à la naissance.
- ☞ un accroissement des scores d'Apgar < 6.
- ☞ une augmentation des réanimations néonatales et des transferts en unités de soins intensifs pédiatriques. [10]

Le travail long entraîne également une augmentation des actes médicaux et techniques (TV) ce qui accroît le risque de fièvre maternelle et d'infection maternofoetale. Il existe aussi une relation entre la durée de l'ouverture de la poche des eaux et le risque d'infection maternofoetale. [17]

La dystocie est l'indication la plus fréquente de césarienne au cours du travail devant les souffrances fœtales aiguës. Parfois la césarienne est la seule solution possible pour pallier à l'arrêt de la dilatation. [8]

2.3. Prise en charge d'une stagnation de la dilatation et ou d'une dystocie cervicale

Le traitement de la dystocie cervicale est identique à celui de la stagnation de la dilatation car celle-ci est le résultat même d'une dystocie cervicale sous jacente.

Selon les étiologies, différentes thérapeutiques sont possibles, c'est pourquoi il faut avant tout **rechercher la cause**. Le traitement consiste en l'association de différentes thérapeutiques. Il doit être actif et si possible préventif.

2.3.1. Traitement visant à améliorer la dynamique utérine

a. La rupture artificielle des membranes

C'est une technique datant de plus d'un siècle.

En absence de contre indications (siège et risque de procidence), la RAM est la mesure thérapeutique la plus simple et la plus fréquemment utilisée. Elle doit être systématique devant une anomalie de la progression du travail et ce dès une heure d'arrêt de la dilatation. [10]

Elle a une double action :

- ❖ Elle permet la libération de prostaglandines endogènes notamment les prostaglandines E2 qui sont produites en grande quantité par l'amnios. Celles-ci vont avoir une action ocytocique sur le col et le segment inférieur qui va agir de manière positive sur la fréquence et l'intensité de la contractilité myométriale. [17]
- ❖ Elle permet également une meilleure application et sollicitation de la présentation sur le col ce qui déclenche par voie réflexe la sécrétion d'ocytocique. [10]

Le bénéfice thérapeutique doit apparaître dans les 2 heures avec une amélioration des conditions obstétricales : descente de la présentation et reprise satisfaisante de la progression du travail.

b. Les ocytociques

Les moyens pharmacologiques pour augmenter la contractilité utérine sont connus depuis de nombreuses années.

Historique : [17]

- ❖ Le premier : ergot de seigle (Dugès), arrêté en 1839 car risque de contracture utérine constante.
- ❖ Les extraits hypophysaires : pituitrine (Demelin), stimule la CU tout en respectant l'intermittence naturelle.
- ❖ L'ocytocine.
- ❖ Les prostaglandines.

Les prostaglandines 1970:

Elles montrent d'abord leur utilité dans les interruptions tardives de grossesses puis dans l'induction du travail sur col défavorable. Elles ne sont pas utilisées lors du travail car aucune étude ne montre des avantages à utiliser les prostaglandines IV plutôt que l'ocytocine. De plus elles ont un certain coût et ont des effets indésirables (diarrhée, vomissement, fièvre) plus fréquents qu'avec l'ocytocine.

L'ocytocine : [17], [28]

L'ocytocine naturelle est un nonapeptide hormonal synthétisé dans l'hypothalamus et stocké dans la post hypophyse. Sa sécrétion pulsatile durant le travail permet une stimulation puissante et spécifique du myomètre.

L'ocytocine synthétique ou syntocinon® est similaire cliniquement et biologiquement à l'ocytocine naturelle. Celle-ci étant l'hormone de la contraction myométriale, son usage thérapeutique dans les dystocies cervicales par hypocinésie est logique.

Elle a deux mécanismes :

- La contraction utérine dont l'action est proportionnelle au nombre de récepteurs présents.

- Action sur les récepteurs déciduaux ce qui conduit à la synthèse endogène des prostaglandines qui augmente le processus de maturité du col et stimule les CU.

Son utilisation se fait après RAM par voie IV ce qui permet d'obtenir une dilatation complète dans 90 % des cas de dilatation lente et dans 97 à 100% des cas d'arrêt de la dilatation.

Des études ont montré qu'il faut attendre 3 demi-vies pour voir les effets.

2.3.2. Traitement visant à dilater le col

a. L'acupuncture

C'est une médecine traditionnelle chinoise basée sur des concepts philosophiques d'équilibre des forces de l'univers. L'accent est mis sur l'interdépendance de tous les organes. Chaque maladie est interprétée comme un symptôme particulier, mais aussi comme le signe d'un déséquilibre énergétique.

En médecine chinoise, les dystocies dynamiques sont appelées :

- **Zhichan** : accouchement arrêté.
- **Nanchan** : accouchement difficile.

Les cadres cliniques théoriques fondamentaux les plus fréquemment rencontrés sont :

- **Vide ou insuffisance du Qi 气 et du sang.**

La symptomatologie correspond à une hypokinésie des contractions utérines, un accouchement long.

Le principe du traitement est de tonifier le qi et le sang.

- **Stagnation du qi 气 et amas de sang.**

La symptomatologie comprend un col immature, épais, spasmé, oedematié.

Le principe du traitement est de régulariser le qi, vivifier le sang, chasser la stagnation.

L'acupuncture permet un relâchement du col suivi d'une dilatation très rapide après rééquilibrage des énergies.

b. Les antispasmodiques

La spasmalgine® aujourd'hui supprimée de la pharmacopée était très efficace en cas de spasmes cervicaux. [1]

Depuis longtemps, les anciens accoucheurs cherchent un médicament antispasmodique actif sur le col et utile dans les dystocies. La structure conjonctive du col **confirme l'impossible action des spasmolytiques** actifs sur le muscle lisse. [10] Pourtant l'utilisation d'antispasmodiques comme le spafon® est très répandue en SDN. [18]. Il est utilisé en perfusion de 1 à 6 ampoules dilué dans une solution de NaCl à 0.9% de faible volume (100ml). On le retrouve également en association avec le gluconate de calcium® (1 ampoule).

Dans la littérature on retrouve son indication en cas de trouble de la dynamique utérine. [1]

c. Remède de la bonne sorcière

Le massage du fil de la sorcière permet un relâchement du col et une reprise de la dilatation. Il s'agit de masser des points spécifiques du col :

- ✓ les quatre points cardinaux.
- ✓ le point situé à 11 heures.

d. Traitement spécifique

Les thérapeutiques citées ci-dessous sont d'indications exceptionnelles et ne sont quasiment plus utilisées actuellement. Elles sont en générales appliquées à de faible dilatation.

☞ **Agglutination du col** : [2], [12], [20]

Réaliser une pression digitale sur la zone de sténose cicatricielle correspondant à l'orifice cervical suivie d'un mouvement de vrille. Le doigt finit par pénétrer dans l'orifice et décolle par la même occasion le pôle inférieur de l'œuf. La dilatation qui s'ensuit est de manière générale rapide.

Débridement prudent à la pince.

Ouverture du col par l'introduction d'une sonde en gomme ou par l'extrémité d'une pince languette ou par une bougie de Hégar.

☞ **Dissociation lamelleuse du col** : [1]

Tenter une dilatation au doigt.

☞ **Hymen cervical** : [2]

Autrefois, on réalisé de petites incisions radiées du bord cervical, aujourd'hui on se limite à la RAM.

☞ **Allongement hypertrophique du col** : [7]

Incision du col.

2.3.3. Traitement visant à améliorer l'application de la présentation sur le col

En plus d'agir sur la dynamique utérine, la rupture artificielle des membranes permet une meilleure application de la présentation sur le col.

Parfois la stagnation est le fait de problèmes mécaniques mineurs comme la mauvaise application de la présentation sur le col ou une présentation « défavorable » : variétés postérieures. Le traitement proposé consiste à poser une sonde urinaire à demeure afin de laisser de la place pour la descente de la présentation. Dans le cas des variétés postérieures, une rotation manuelle en position antérieure peut être tentée à une dilatation de 8 cm, sur vessie vide, lors d'une contraction et accompagné d'efforts expulsifs. [18]

Pour que le fœtus progresse dans la filière pelvienne et qu'il applique sur le col, il faut lui laisser un maximum de place. C'est pourquoi il faut jouer avec les positions de contre nutation et inciter les patientes à se mobiliser.

2.3.4. L'analgésie péridurale

Il est difficile de trouver la véritable place de l'APD dans le traitement de la dystocie. Les différentes études réalisées n'aboutissent pas aux mêmes conclusions.

a. Effets de l'APD [30]

Il semble que ce type d'analgésie s'accompagne d'une diminution des taux circulants des métabolites de prostaglandines dont la corrélation avec l'activité utérine est importante au cours du travail.

Les effets de l'APD sur l'activité utérine sont variables selon les auteurs. (voir tableau ci-dessous). [30]

Auteurs de l'étude	Résultats
Thorp et al	Augmentation de la durée de la phase de dilatation, de la nécessité de recours aux ocytociques, des variétés postérieures et des taux de césarienne pour dystocies.
Friedman	Augmentation de la phase active.
Baxie	Dilatation est facilitée parfois accélérée surtout chez les patientes anxieuses avec un travail hyperalgique.
Thorp dans une étude anglophone	Augmentation du taux de césarienne chez les primipares.
Anim-Somuah et al	Pas d'augmentation du risque de césarienne.
Segal et al	Pas de différence significative après l'instauration en routine de l'APD.
Méta analyse (2009)	Allongement des deux périodes de travail. Nécessité d'une utilisation plus fréquente de l'ocytocine par rapport aux opiacés.
Chesnut et al	Pas d'augmentation de la durée du travail, du taux de césarienne

L'APD possède deux composantes qui peuvent entraver la dynamique utérine. D'une part, le bloc péridural qui entraîne une inhibition transitoire des CU ; les anesthésiques locaux utilisés à faible concentration ont un effet tocolytique même s'il n'est probablement que modeste et transitoire. D'autre part, l'expansion volémique intraveineuse utilisée en prévention du risque d'hypotension artérielle serait à l'origine d'une inhibition de l'ocytocine et d'une diminution transitoire de la fréquence des CU pendant les 20 minutes suivant la pose de l'APD.

De plus, le relâchement des muscles releveurs de l'anus est responsable d'un défaut de rotation de la tête fœtale.

Bien que certaines études montrent une incidence défavorable de l'APD sur le travail, il semble que celle-ci puisse être réduite par les progrès actuels et qu'il existe un réel bénéfice en terme d'analgésie, de confort et de sécurité des parturientes.

b. Une prévention ou une thérapeutique

Indications :

L'APD est préconisée lors de facteurs obstétricaux défavorables comme une admission précoce en salle de naissance, une dilatation lente, une patiente algique,...

L'APD s'impose dès qu'apparaît une dystocie. Elle permet de corriger les troubles de la dynamique utérine dus à une rigidité cervicale, de lever le spasme du col et de favoriser la dilatation. Elle évite la réalisation d'une anesthésie générale en cas de césarienne réalisée en urgence.

Prévention :

L'APD est une excellente technique d'analgésie sans risques néonataux et sans altération de la conscience maternelle. Elle permet d'une part de soulager les parturientes et d'autre part de lever l'angoisse et le stress dus à l'accouchement.

Elle autorise une plus grande utilisation d'ocytocique qui va permettre de palier à la diminution du régime contractile entraînée par le bloc péridural.

2.3.5. L'homéopathie

L'homéopathie repose sur le principe expérimental du mal par le mal : une substance capable de provoquer un certain nombre de symptômes physiques, émotionnels, mentaux et comportementaux chez un individu est capable de guérir un individu malade de ces mêmes symptômes. Il s'agit de substances minérales, végétales ou animales à doses infinitésimales, et à des dilutions homéopathiques.

La thérapeutique homéopathique est en plein développement, de plus en plus de patientes sont demandeuses d'une préparation à l'accouchement homéopathique. Le traitement homéopathique ne remplace évidemment pas la prise en charge classique de l'accouchement. Il n'a pas pour but de diminuer la douleur de l'accouchement mais de favoriser la dilatation et de réduire le temps du travail. On peut utiliser l'homéopathie de manière préventive pour préparer le col, favoriser la dilatation ou de façon thérapeutique en cas de stagnation de la dilatation. [27]

Préparation à l'accouchement :

- **ACTAEA RACEMOSA 9CH** 5 granules par jour : action de régulation des contractions du myomètre, préparation du col, diminution du travail, diminution des besoins en ocytocique au cours du travail.

Ou

ACTAE RACEMOSA 30 CH : 1 dose tous les 15 jours à partir du 6^{ème} mois de grossesse.

- **CAULOPHYLLUM THALICTROIDES 7 CH** : 3 granules par jour à partir du 9^{ème} mois de grossesse.
- **IGNATIA** peut être donné dans le dernier mois de grossesse pour diminuer l'anxiété.

En cas de dystocie :

- **CAULOPHYLLUM 5CH** 5 granules tous les quarts d'heures en cas d'arrêt de la dilatation avec des CU inefficaces et un col rigide.

- **ACTAEA RACEMOSA 9CH** 5 granules toutes les heures pour régulariser le travail.

Ou

ACTAEA RACEMOSA 30CH 1dose unique en cas de spasme du col. Il est possible de l'associer à **CAULOPHYLLUM**

Ou

ACTAEA RACEMOSA 4 CH (=cimicifuga) 2 granules toutes les 15 minutes en alternance avec **CAULOPHYLLUM**.

2.3.6. Traitement préventif

a. La rupture artificielle des membranes

Ce n'est pas un geste magique et il ne doit pas être systématique. Son utilisation doit être faite avec discernement et réservée au traitement des anomalies de la progression du travail. Elle diminue le nombre de dystocies cervicales mais pas le taux de césariennes. Dans leur étude, Frazer et al, montrent que la RAM permet une diminution du temps de travail à condition qu'elle soit réalisée après 3cm de dilatation. Friedman retrouve une dilatation lente dans 35% des RAM trop précoces et 30% d'arrêt de la dilatation. [10], [26]

b. Prise en charge de la douleur et de l'anxiété

L'accouchement est une douleur aiguë, viscérale et somatique qui met en jeu des voies nerveuses périphériques spécifiques. Elle est source d'angoisse et de stress et est préjudiciable au déroulement du travail. Les anomalies de la dilatation, qui allongent la durée du travail, s'accompagnent fréquemment d'une agitation maternelle qui manifeste une angoisse. La priorité est donc de soulager ces parturientes par une analgésie efficace car plus la douleur est intense, plus le travail sera long. A la douleur s'ajoute l'angoisse qui est également un facteur de mauvais pronostic. Ces influences psychologiques sont à l'origine de dystocies et peuvent même les aggraver. [10]

Différents moyens sont possibles pour diminuer la douleur ou la rendre plus supportable :

☞ Techniques non pharmacologiques

- **La PNP** : Partant de l'hypothèse que la peur entraîne la tension, celle-là même qui génère la douleur, la PNP propose une méthode visant à dissiper les peurs de la femme enceinte par le biais d'une éducation, d'une préparation du corps à l'accouchement et d'une relaxation mentale et physique qui, en agissant sur l'angoisse, abolit la tension. [21]
- **L'accompagnement** : Les parturientes doivent bénéficier d'une présence rassurante : c'est en général le rôle de la sage femme ou de l'étudiant sage femme, qui, par ses explications et son réconfort réduit l'anxiété de la parturiente. Les deux méta-analyses de Zhang et Hodnett aboutissent à la même conclusion : l'accompagnement induit des effets positifs sur l'accouchement. De même la méta-analyse de Scott montre que l'accompagnement permanent a un meilleur impact sur la durée du travail que l'accompagnement intermittent. [10]
- **Le bain de détente** : Il a un double effet positif : l'eau chaude agit comme un anti douleur en même temps que la dilatation progresse et ce de manière plus rapide. Il entraîne la détente et la relaxation de la patiente ce qui permet de lever les spasmes cervicaux. L'utilisation du bain chaud ne doit cependant pas être recommandée avant 5 cm de dilatation car il aurait un effet inverse en diminuant la dynamique utérine. [2]
- **La mobilisation** : La liberté de mouvements permet de mieux s'adapter à la douleur. Il faut encourager les parturientes à se mobiliser et à rechercher une position antalgique. La déambulation et le changement fréquent de positions permettent une accélération du travail, une diminution de la consommation des analgésiques et des anomalies du tracé. Les positions debout ou assises permettent aussi une meilleure accommodation de la présentation dans la filière pelvienne. Naturellement les parturientes adoptent une position favorisant le déroulement du travail. [1], [10], [18], [22]

- **L'utilisation du chaud** sur le bas ventre ou au niveau des reins peut être préconisée pour soulager la douleur chez certaines parturientes. [1]
- **L'acupuncture, le yoga, l'hypnose,...**

☞ Techniques pharmacologiques

- **L'APD** est la plus sûre et la plus gouvernable des méthodes pour diminuer ou supprimer les douleurs de l'enfantement. Elle entraîne un relâchement des muscles pelviens et relance la dilatation cervicale.
- **Les morphiniques parentéraux** sont peu utilisés car ils entraînent une analgésie médiocre en plus de leur sédation importante.
- **Le protoxyde d'azote** dit « gaz hilarant » qui s'utilise lors des CU.
- **Les anesthésies loco régionales** comme le bloc paracervical et le bloc des nerfs honteux.

c. Direction active du travail

Elle a été prônée par l'école de Dublin en 1970 pour les primipares et consiste à réaliser une RAM puis une perfusion d'ocytocique associée à une APD. Lacomme en a défini les principes comme suit: atténuer la douleur et agir sur la dynamique utérine pour obtenir un travail brillant.

Les études ont montré qu'en cas de dystocies confirmées la direction du travail permet de diminuer le taux de césarienne.

Bien que le travail dirigé diminue la durée du travail il n'est pas recommandé de le réaliser en systématique. Elle doit rester le traitement essentiel des dystocies. [10]

d. Injection intracervicale de hyaluronidase

Si les ocytociques et les antispasmodiques améliorent et régularisent l'activité du muscle utérin pendant le travail, ils n'ont qu'une action indirecte sur le col dont la texture histologique est à prédominance conjonctive. La recherche d'un impact direct

sur les résistances cervicales a conduit à utiliser une préparation purifiée de hyaluronidase.

La hyaluronidase est une enzyme qui favorise le relâchement de la trame collagénique en supprimant les interactions glycosaminoglycanes collagènes ce qui améliorent les conditions locales en début de travail.

L'efficacité de la hyaluronidase a été démontrée de façon spectaculaire chez les multipares. Une autre étude a voulu démontrer son efficacité chez une primipare. Il s'agissait de réaliser une injection intracervicale directe de hyaluronidase à quatre endroits du col chez des primigestes à terme en tout début de travail. On distingue deux périodes : la première allant du début du travail jusqu'à 5 cm de dilatation; la deuxième de 5 cm à dilatation complète. Les résultats, montrent que la durée de la dilatation cervicale est significativement diminuée. Le gain de temps est de soixante minutes pour atteindre 5 cm de dilatation puis cette différence d'une heure persiste sans amélioration jusqu'à dilatation complète. Ce gain d'une heure même s'il est statistiquement satisfaisant, ne paraît cependant pas présenter un intérêt médical important. [19]

2.3.7. Traitement de dernier recours la césarienne

La dystocie est la première indication de césarienne chez la primipare. Elle est décidée lorsque l'on est en présence d'un arrêt de la dilatation irréductible. Selon la littérature, on peut accepter un maximum de stagnation de 2 heures (Nancy), 3 heures [18] ou 4 heures [6] sous conditions que le RCF soit satisfaisant et que l'on est pas de critères obstétricaux de mauvais pronostic (macrosomie, présentation haute,..). C'est durant cette période qu'il faut user de toutes les thérapeutiques possibles pour pallier à la dystocie.

Partie 2

Dans cette partie nous allons énoncer les différents résultats obtenus à la suite de l'étude réalisée au sein de la Maternité Régionale Universitaire Adolph Pinard de Nancy sur une période de 3 mois. De même, nous allons annoncer les résultats de l'enquête réalisée auprès des sages femmes de la salle de naissances de la Maternité Régionale Universitaire Adolph Pinard de Nancy.

1. PRÉSENTATION DE LA PREMIÈRE ETUDE

Mon travail s'est articulé autour de deux études. Avant d'en présenter les résultats, voici quelques précisions sur leur mise en place et leur déroulement.

1.1. Objectifs et hypothèses

1.1.1. Objectif principal

Evaluer la prise en charge de toutes les parturientes ayant présenté une dystocie cervicale ou une stagnation de la dilatation à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy sur une période de 3mois.

1.1.2. Objectifs secondaires

- Identifier les facteurs de risques de DC ou de SD.
- Evaluer le diagnostic d'une DC ou d'une SD.
- Evaluer le moment de la prise en charge d'une dystocie cervicale ou d'une SD.
- Identifier les différents moyens utilisés par les sages femmes.
- Identifier les thérapeutiques efficaces.
- Uniformiser les prises en charges.

1.1.3. Hypothèses

- Les DC ou SD peuvent être corrigées par différentes techniques.
- Il existe un effet placebo.

1.2. Schéma général de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, mono centrique, prospective, non randomisée et observationnelle.

1.3. Population et échantillonnage

La population est constituée par toutes les parturientes ayant présenté une dystocie cervicale au cours de leur travail à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Elle est volontairement limitée à une seule maternité pour des soucis de faisabilité et de temps.

1.3.1. L'échantillon

Les critères d'inclusion sont :

- Toutes les parturientes ayant accouché par voie basse à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.
- Toutes les parturientes ayant eu une césarienne en cours de travail pour DC ou SD à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.
- Un travail après 37SA.
- Une dystocie cervicale.
- Une stagnation de la dilatation.

Les critères d'exclusion sont :

- Les accouchements avant 37 SA.
- Les césariennes d'indication autre que la dystocie cervicale ou la stagnation de la dilatation.

1.4. Modalités de réalisation de l'étude

L'étude s'est déroulée au sein de la SDN de la Maternité Régionale Universitaire Adolphe Pinard de Nancy qui est une maternité de niveau III.

Afin de répondre aux différents objectifs cités ci-dessus, nous avons choisi d'élaborer une fiche de recueil [Annexe 5]. Cette dernière s'adresse aux sages femmes et étudiants sages femmes de SDN qui seraient confrontés à une anomalie de la dilatation cervicale : SD ou DC. La fiche a été testée au préalable puis déposée en SDN. Une feuille de consignes [Annexe 6] l'introduisait précisant les buts de l'étude et les modalités de remplissage.

Afin de respecter l'anonymat de la parturiente, les grilles de recueil ne comportent aucun moyen d'identification. De même aucun renseignement concernant la sage femme ou l'étudiant sage femme ne figure sur la fiche.

Plusieurs relances ont été effectuées par le biais de mon passage quotidien en SDN.

L'étude s'est échelonnée sur une période prédéfinie de 3 mois allant du 15 juillet 2010 au 15 octobre 2010 ce qui a permis de rassembler 30 fiches de recueil.

1.5. Présentation de l'outil utilisé

La fiche de recueil est constituée dans sa plus grande majorité d'items fermés. Ceci permet de mieux structurer l'étude et de faciliter l'analyse des résultats. Les critères de jugement sont : critères d'inclusion et d'exclusion satisfaits. La fiche de recueil comporte 7 parties :

- Les deux premières permettent d'apprécier les ATCD pertinents et comprennent 9 items.
- La troisième concerne la grossesse et son déroulement par le biais de 8 items.
- La quatrième s'intéresse au travail et compte 2 items.
- La cinquième permet de détailler la SD.

- La sixième partie insiste sur la prise en charge mise en place pour pallier à la SD.
- La dernière indique le mode d'accouchement et le poids de naissance de l'enfant.

La trame de la fiche de recueil a été établie grâce aux données de la première partie et comprend au total 49 items.

1.6. Analyse des données

Les données de la fiche de recueil ont été saisies à l'aide du tableur EXCEL. L'analyse des données a également été faite sur EXCEL, via des tableaux croisés dynamiques. Les données ont été exploitées via des graphiques : histogrammes et secteurs mais également en terme de moyenne, minimum, maximum et d'écart type.

1.7. Présentation des résultats

Sur les 50 fiches de recueil déposées en SDN, 30 ont été remplies. Le plan choisi pour analyser les résultats reprend celui de la fiche. Cependant, certains items indissociables ont été mis ensemble pour l'analyse graphique. Pour l'analyse de nos résultats, les items cochés « non renseigné » ont été saisi comme étant une réponse « non ».

1.7.1. Les antécédents de la parturiente

Pour commencer, la première partie de la fiche de recueil permet de connaître les ATCD gynécologiques et obstétricaux de la parturiente. Lesquels peuvent être un facteur de risque de DC ou SD.

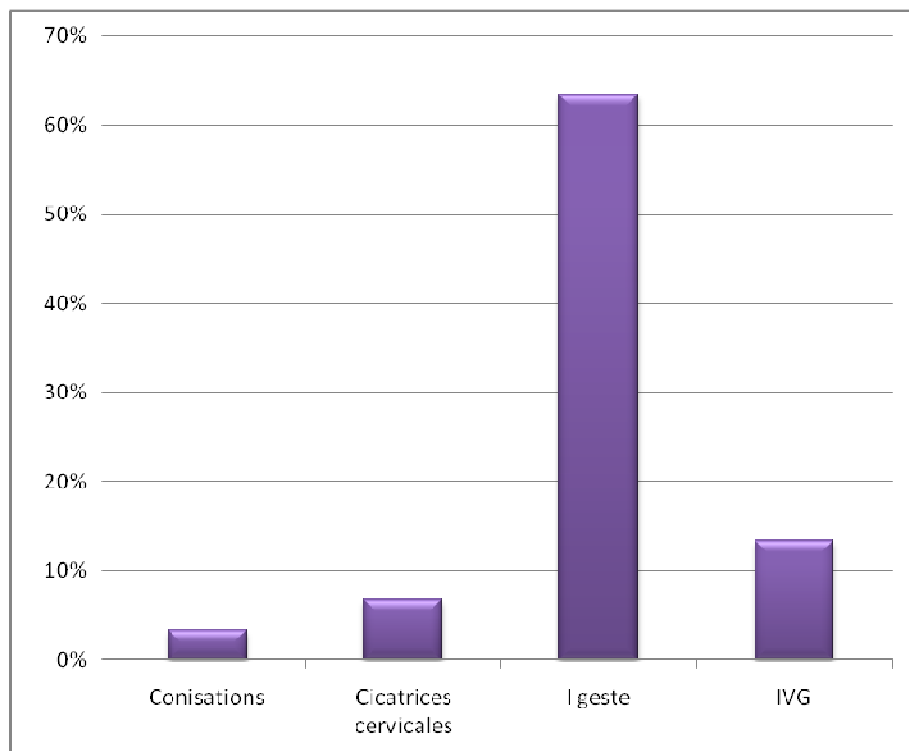
Nous ne retrouvons aucun ATCD de dystocie cervicale lors d'un accouchement antérieur, et seule une patiente présente un utérus cicatriciel ; la césarienne avait été réalisée pour SFA. De plus, aucune parturiente ne présente de malformations utérines.

Comme nous l'avons vu au cours de la première partie de ce travail, les dystocies peuvent apparaître sur un col fragilisé c'est pourquoi nous nous sommes intéressés à tout ce qui peut irriter le col. On retrouve par exemple : les conisations, les IVG ou les autres cicatrices cervicales.

Notons que :

- ☞ nous prenons en compte uniquement les IVG ayant nécessité une intervention chirurgicale ou un curetage.
- ☞ La gestité correspond au nombre de grossesses qu'a connu une femme. Pour l'étude, la grossesse actuelle est incluse.
- ☞ La parité correspond au nombre de grossesses abouties viables incluant la grossesse en cours.

Graphique 1 : Antécédents gynécologiques et obstétricaux

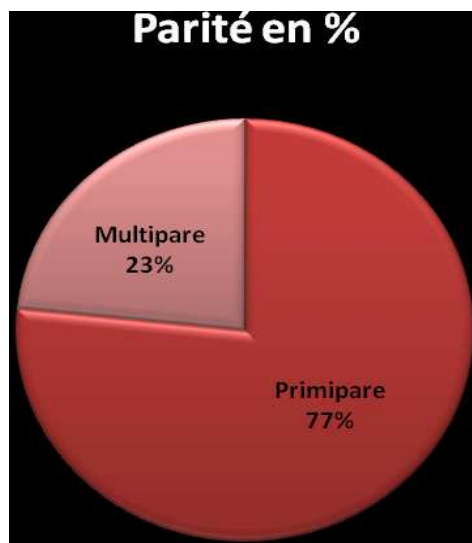


Les résultats montrent que :

- ✓ 3.3 % des parturientes ont bénéficié d'une conisation antérieure à la grossesse. (1 patiente)
- ✓ 6.7 % d'entre elles présentent un col cicatriciel. (2 patientes) On y retrouve une déchirure cervico isthmique et une lésion à papillomavirus.
- ✓ Pour 63.3 % des parturientes, il s'agit de leur première grossesse. (19 patientes)
- ✓ 13.3 % des parturientes ont eu recours à une IVG avant cette grossesse. (4 patientes)

Graphique 2 :

23 patientes sont primipares
versus 7 multipares.



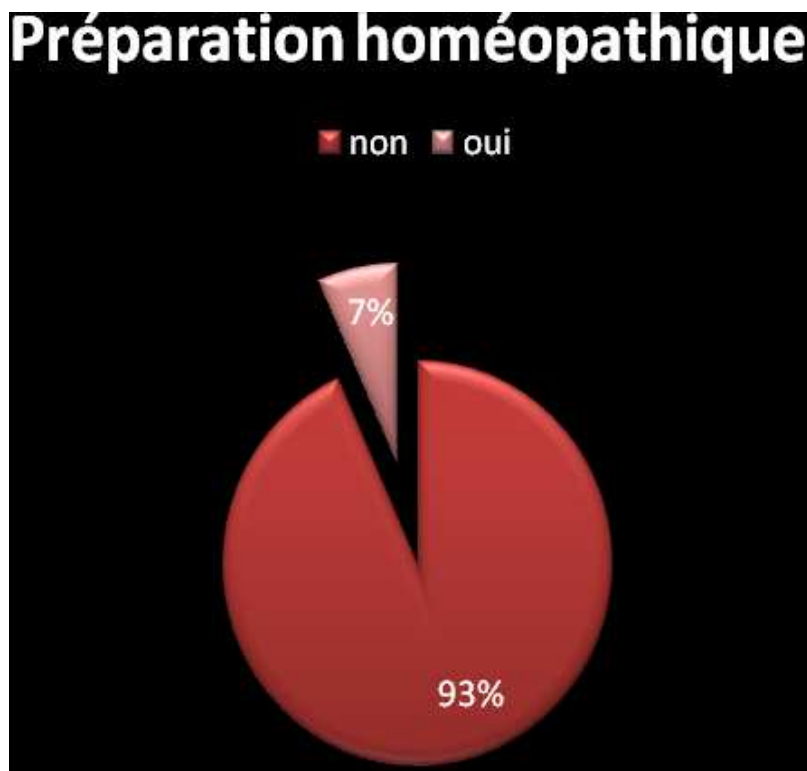
1.7.2. Informations sur le déroulement de la grossesse

Bien que les grossesses multiples ne soient pas exclues, notre étude comprend exclusivement des grossesses uniques.

Dans cette partie on s'intéresse au suivi d'une préparation à la naissance et à la parentalité ou à l'accouchement. Les items se limitent volontairement aux préparations à l'accouchement par homéopathie ou par acupuncture. En effet, nous avons vu précédemment que l'homéopathie permet une préparation du col pour l'accouchement. De plus, l'homéopathie peut également être utilisée en début de travail et en cas d'anomalies de la dilatation. La préparation à l'accouchement par l'intermédiaire de l'acupuncture peut être débutée dès le cinquième mois de la grossesse. Les séances ont généralement lieu une fois par semaine. A l'approche du terme, il est possible de stimuler les points de puncture qui contrôlent la dilatation du col.

Les autres méthodes de préparations à la naissance n'ont pas d'effets directs sur le col mais ne sont cependant pas à négliger car elles permettent aux patientes d'arriver plus sereines le jour de leur accouchement.

Graphique 3 : Participation à une préparation à l'accouchement par homéopathie en %



Seulement 7 % (2 patientes) des patientes ayant suivi une préparation homéopathique sont confrontées à une anomalie de leur travail. Le traitement mis en place n'a pas été spécifié.

Graphique 4 : Participation à une préparation à la naissance et à la parentalité en %



30 % des parturientes ont suivi une préparation à la naissance et à la parentalité dans laquelle on retrouve 8 préparations à la naissance « classique » et une préparation à la naissance avec une sage femme libérale. (9 patientes en tout).

On remarque qu'aucune patiente n'a eu recours à une préparation à l'accouchement par acupuncture.

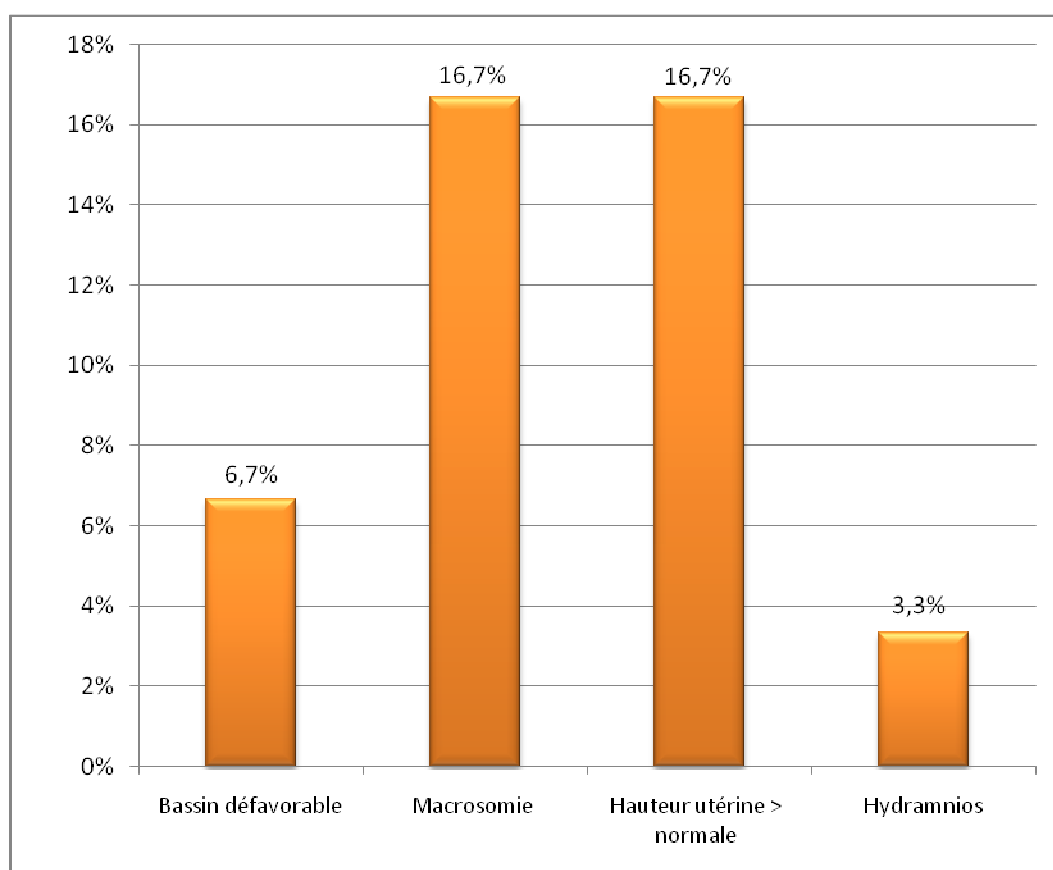
De même, aucune patiente n'a participé à plusieurs préparations.

Au total seulement 11 parturientes se sont préparées à l'accouchement alors que le groupe est composé de 23 primipares.

1.7.3. Le travail

Les anomalies de la dilatation peuvent être consécutives ou associées à une dystocie mécanique. Nous avons donc examiné les différents signes de dystocie mécanique. Pour cela, nous avons recherché les principaux facteurs de risques de celle-ci, à savoir : les anomalies du bassin et les fœtus de gros gabarit. Comme la DFP peut également être responsable d'une dystocie dynamique, on retrouve sur le graphique 4 les items hydramnios et hauteur utérine supérieure à la normale qui peuvent être responsables d'une mauvaise dynamique utérine.

Graphique 5 : Facteurs de risques de dystocie mécanique ou dynamique



Nous remarquons que 2 parturientes présentent un bassin cliniquement défavorable. Sur les 30 fœtus de l'étude, 5 ont un gabarit fœtal supérieure au 90^{ème} percentile à la dernière échographie. Sur ces 5 fœtus, seulement 2 ont une poids de naissance dépassant 4 Kg (4.210 Kg et 4.250 Kg).

Le poids de naissance moyen est de 3.376 Kg, il s'étend de 2.250 Kg à 4.340 Kg.

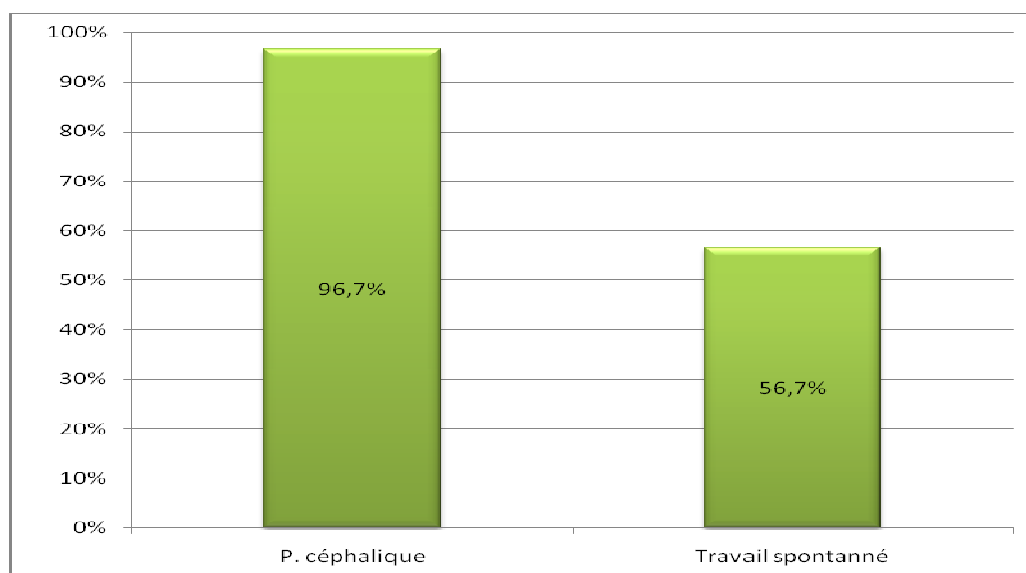
On s'aperçoit que 5 parturientes ont une hauteur utérine supérieure à 33 cm et une a un hydramnios.

Comme le montre le graphique 6 ci-dessous, 1 fœtus sur les 30 se présente en siège et 13 parturientes ont bénéficié d'un déclenchement contre 17 travaux spontanés.

Le bishop au moment du déclenchement par syntocinon est en moyenne égal à 6, le minimum étant à 3 et le maximum à 8.

L'âge gestationnel moyen est de 280 jours soit 40 SA. Il s'étend de 262 jours à 292 jours soit respectivement 37 SA + 4 jours et 42 SA.

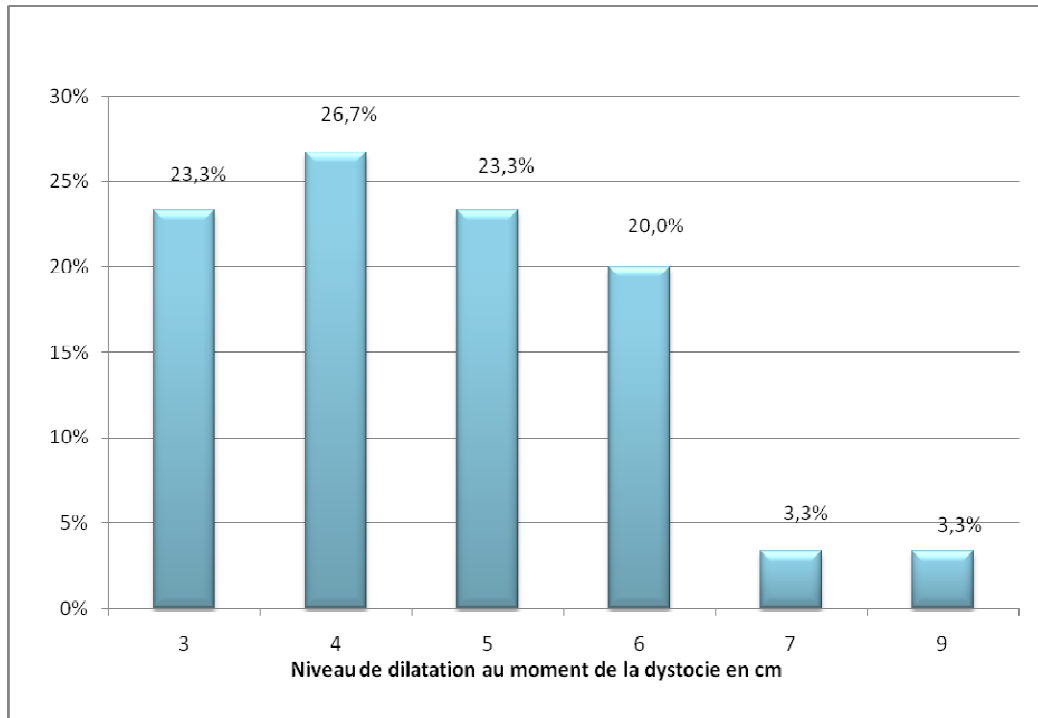
Graphique 6 : Type de présentation et de travail en %



1.7.4. La dystocie cervicale ou la stagnation de la dilatation

Afin de bien caractériser la pathologie nous avons recherché le niveau de la dilatation (graphique 7), l'activité utérine (graphique 8), la hauteur de la présentation (graphique 9) et l'état du col (graphique 10) au moment de la dystocie.

Graphique 7 :

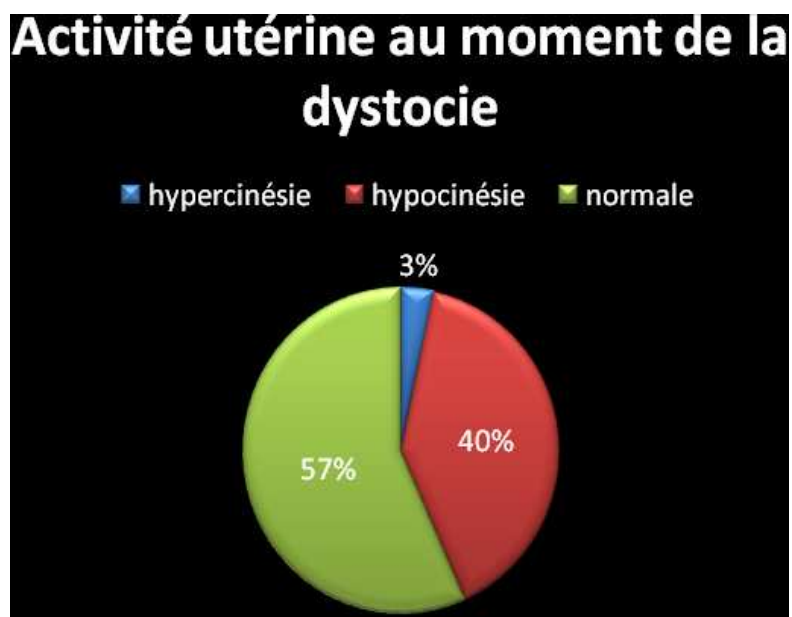


Comme le montre le graphique 7 :

- ✓ les arrêts de la dilatation se situent pour plus de 90 % d'entre eux entre 3 et 6 cm de dilatation. (28 cas sur 30)
- ✓ On retrouve 0 % d'arrêt à 8 cm.
- ✓ A 7 et 9 cm de dilatation on ne constate que 3.3 % d'arrêt de la dilatation, ce qui représente 1 personne pour chaque dilatation.

La dilatation moyenne au moment de l'arrêt est de 4.7cm.

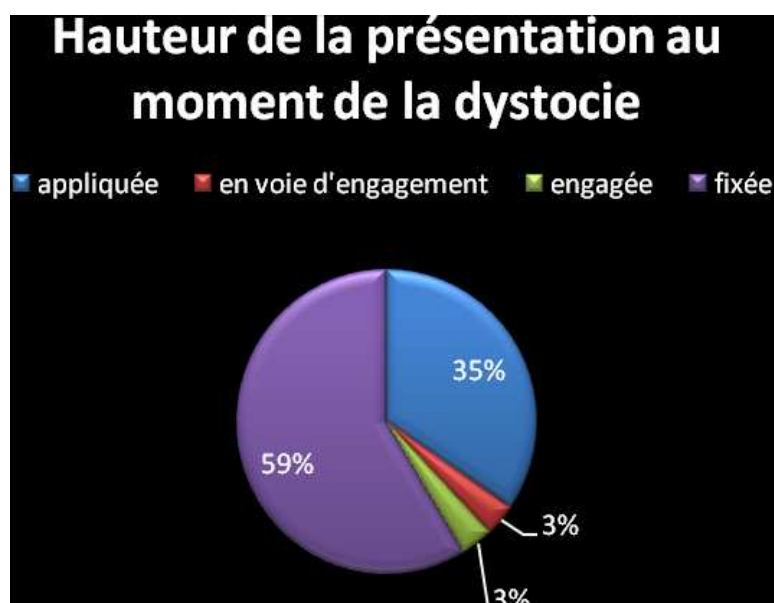
Graphique 8 :



Concernant l'activité utérine on constate :

- ☞ 56.7 % d'activité utérine normale. (17 activités utérines normales)
- ☞ 40 % d'hypocinésie de fréquence, d'intensité ou de durée. (12 hypocinésies)
- ☞ 3.3 % d'hypercinésie de fréquence, d'intensité ou de durée. (1 hypercinésie)

Graphique 9 :

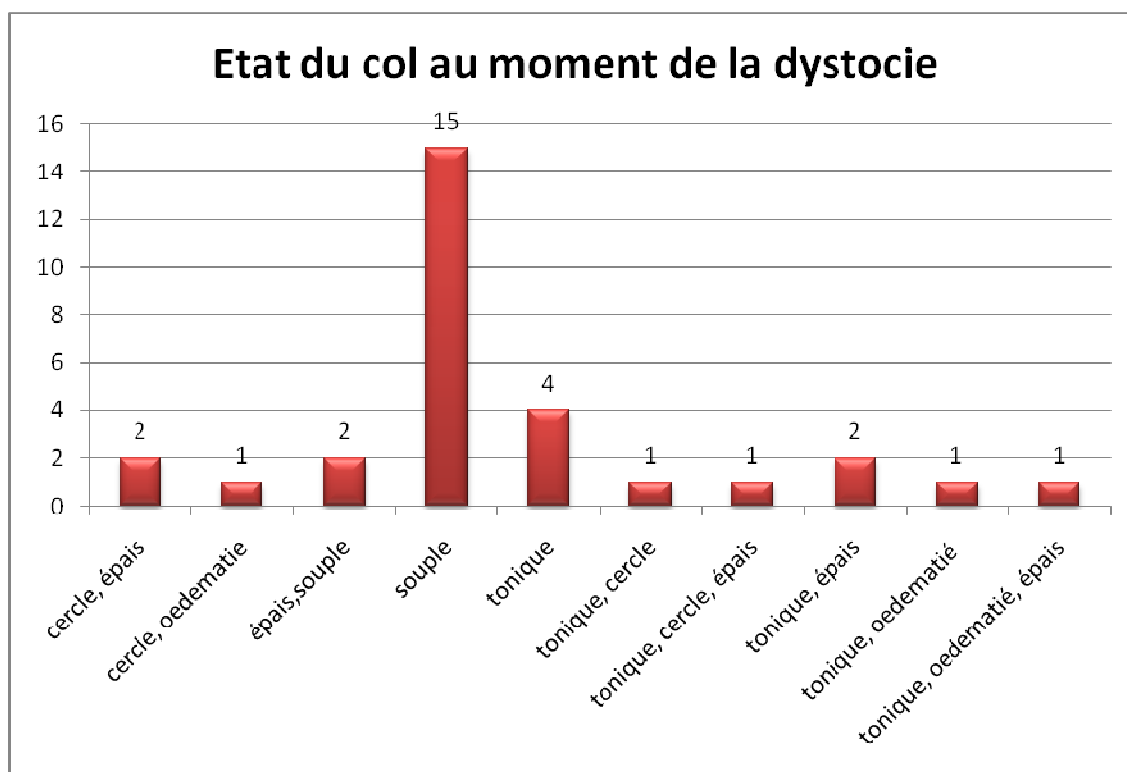


La présentation est majoritairement fixée (58.62 %) ou appliquée (34.48 %). Une très faible proportion est en voie d'engagement (3.45 %) ou engagée (3.45 %).

Nous savons que la dystocie cervicale correspond à une anomalie cervicale préexistante ou non lors du travail. On entend par anomalie, un col qui s'œdématie, qui devient tonique, épais ou qui cerclé. Comme le montre le graphique 10 ci-dessous, l'état du col au moment de la dystocie est très variable. De plus, le col peut présenter plusieurs anomalies.

Au total : le col est œdématisé dans 3 cas, cerclé dans 5, épais dans 8 et tonique dans 10. On note que le col garde de la souplesse 15 fois, ce qui représente 50 % de la population.

Graphique 10 :

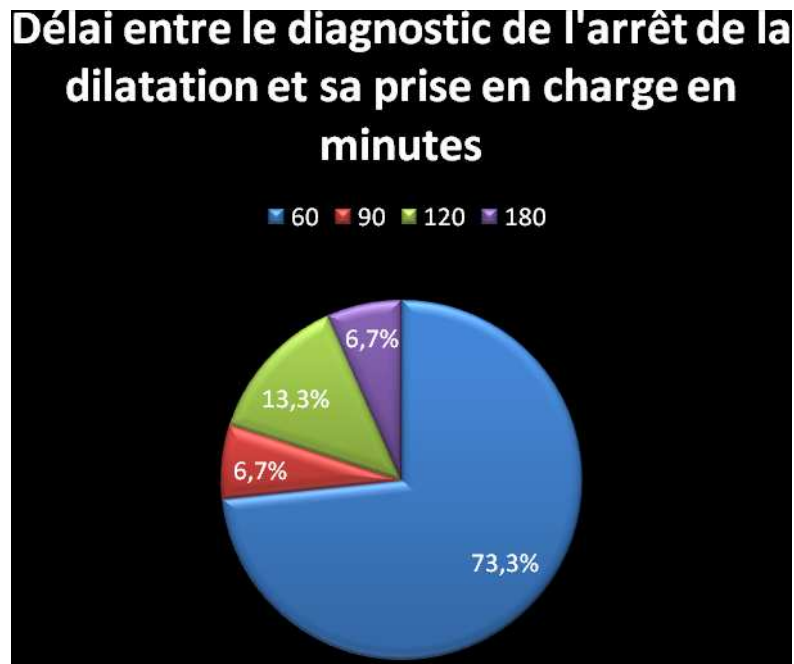


L'arrêt de la dilatation est souvent responsable d'une agitation maternelle due à une hyperalgie très importante. Cette dernière s'explique par la présence de CU intenses non suivies de modifications cervicales. C'est pourquoi nous avons souhaité prendre en compte le comportement maternel. Ce dernier n'a cependant pas pu être étudié car il n'était que très peu souvent rempli.

1.7.5. Conduite à tenir proposée pour pallier à ce problème

Avant d'étudier les modalités de la prise en charge, nous nous intéressons au temps écoulé entre le moment du diagnostic de l'arrêt de la dilatation et le moment de sa prise en charge.

Graphique 11 :



Le temps 60 correspond à la constatation d'un arrêt de la dilatation depuis le dernier examen. 73.3 % des sages femmes mettent en place une thérapeutique à ce stade.

On parle de stagnation à partir de 2 heures ; 13.3 % des sages femmes agissent à ce moment.

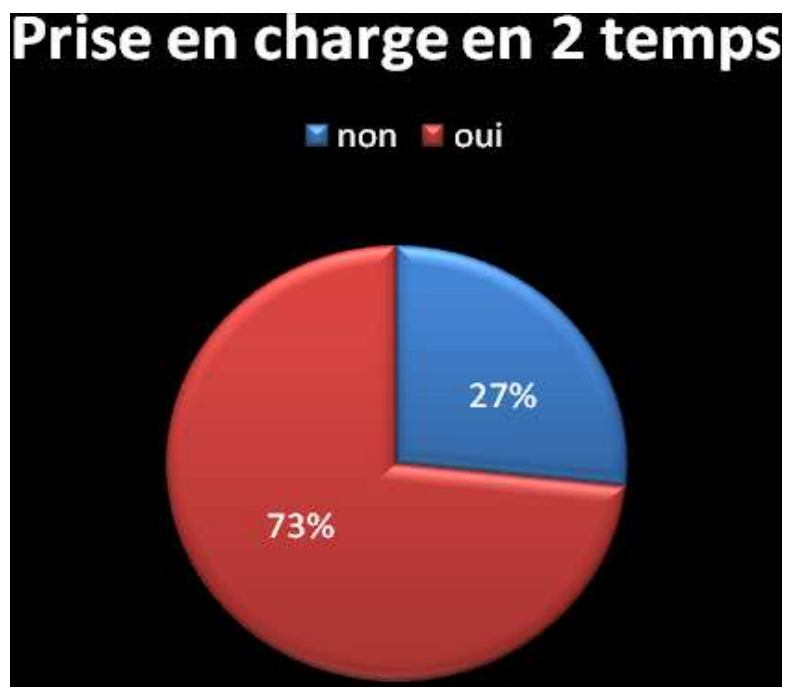
Pour 6.7 % des sages femmes la prise en charge se fait au bout de 90 minutes.

De même, pour 6.7 % des sages femmes la prise en charge se fait au bout de 3 heures d'arrêt de la dilatation.

Concernant la prise en charge : les différentes thérapeutiques proposées dans la fiche de recueil ont été choisies en fonction des données de la littérature. Il y avait cependant la possibilité d'ajouter d'autres thérapeutiques.

La littérature préconise une prise en charge rapide et accepte l'arrêt de la dilatation durant un temps bien limité. Ce temps doit permettre d'user de toutes les thérapeutiques possibles pour pallier au problème. C'est pourquoi les items relatifs à la prise en charge sont redondants dans la fiche de recueil.

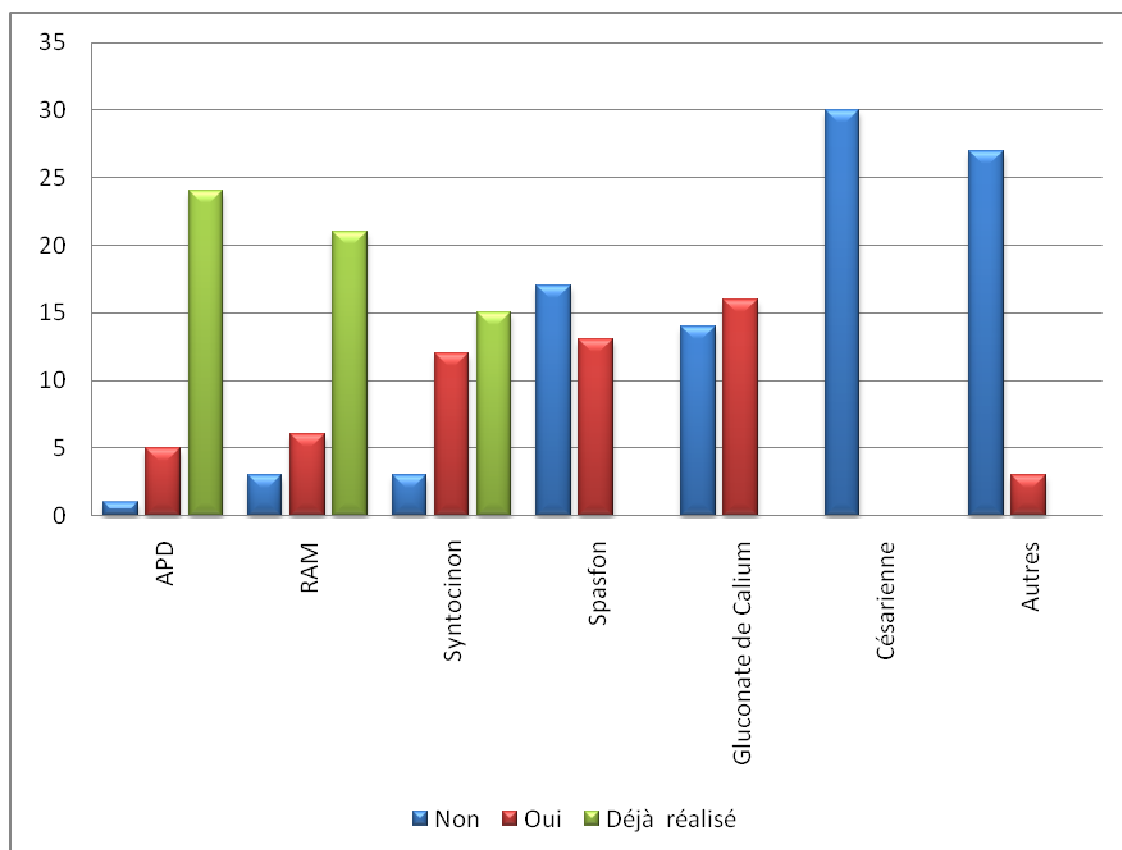
Graphique 12 :



On remarque qu'à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy, la prise en charge est dans 73,3 % des cas réalisée en deux temps.

La graphique 13 ci-dessous, nous montre les différentes thérapeutiques mises en place en première intention.

Graphique 13 : Prise en charge de première intention d'un arrêt de la dilatation



Pour chacune des prises en charges, le tableau ci-dessous nous indique l'effectif de :

- ✓ « était déjà réalisé »
- ✓ « a été réalisé »
- ✓ « n'a pas été réalisé »

Remarque :

Dans les thérapeutiques autres, on retrouve :

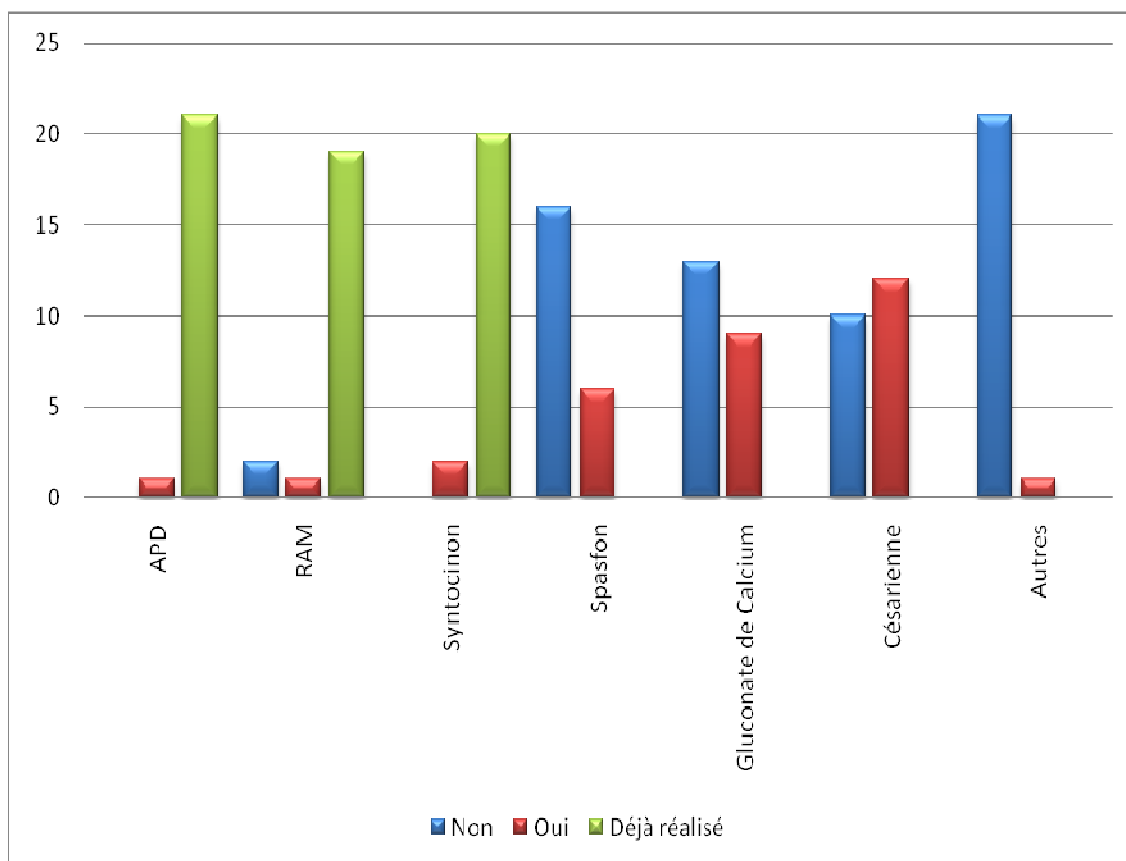
- ✓ le sondage urinaire
- ✓ l'acupuncture
- ✓ la position de rosa assise (position horizontale classique avec hyper flexion de l'articulation coxo-fémorale).

Tableau montrant l'effectif pour chaque prise en charge

Thérapeutiques	Etait déjà réalisé	A été réalisé	N'a pas été réalisé
APD	24/30	5/30	1/30
RAM	21/30	6/30	3/30
Syntocinon®	15/30	12/30	3/30
Spasfon®	0/30	13/30	17/30
Gluconate de calcium®	0/30	16/30	14/30
Césarienne	0/30	0/30	30/30
Autres	0/30	3/30	27/30

Comme nous l'avons vu précédemment, 73.3 % des sages femmes ont une prise en charge en plusieurs temps. Voici la prise en charge de deuxième intention.

Graphique 14 : Prise en charge de seconde intention en cas d'arrêt de la dilatation



22 dossiers sont concernés par la deuxième prise en charge.

Dans la grande majorité des cas, l'APD, la RAM et le syntocinon® sont déjà mis en place en première intention. C'est pourquoi on ne retrouve leur utilisation que dans 1 à 2 cas.

Les thérapeutiques utilisées sont :

- ✓ Spasfon® : 6 fois.

- ✓ Gluconate de calcium® : 9 fois.
- ✓ Césarienne : 12 fois.
- ✓ Position à quatre pattes : 1 fois.

A l'inverse, on constate que les thérapeutiques citées ci-dessus, ne sont pas utilisées dans :

- ✓ 16 cas pour le spasfon®.
- ✓ 13 cas pour le gluconate de calcium®.
- ✓ 10 cas pour la césarienne.
- ✓ 21 cas pour les thérapeutiques autres.

Quelques précisions :

- **Concernant la RAM :**

Le niveau de dilatation au moment de la RAM n'est précisé que dans 1/3 des cas.

On retrouve :

- ✓ 3 RAM à deux doigts.
- ✓ 6 à 3 cm.
- ✓ 5 à 4cm.

La rupture des membranes est spontanée et prématurée dans 6 cas.

- **Concernant l'utilisation du spasfon® :**

Graphique 15 :



Dans 53 % des cas, on utilise 2 ampoules de spasfon®. Dans 16 % on retrouve 1 et 3 ampoules. Dans 10 % des cas, 4 ampoules sont employées et dans 5% :6 ampoules.

Dans la plupart des cas, le spasfon® est utilisé en IVL avec une solution de NaCl 0.9 %.

On le retrouve également utilisé en IVD : injection sur 3 ou 4 CU.

- **Concernant le gluconate de calcium® :**

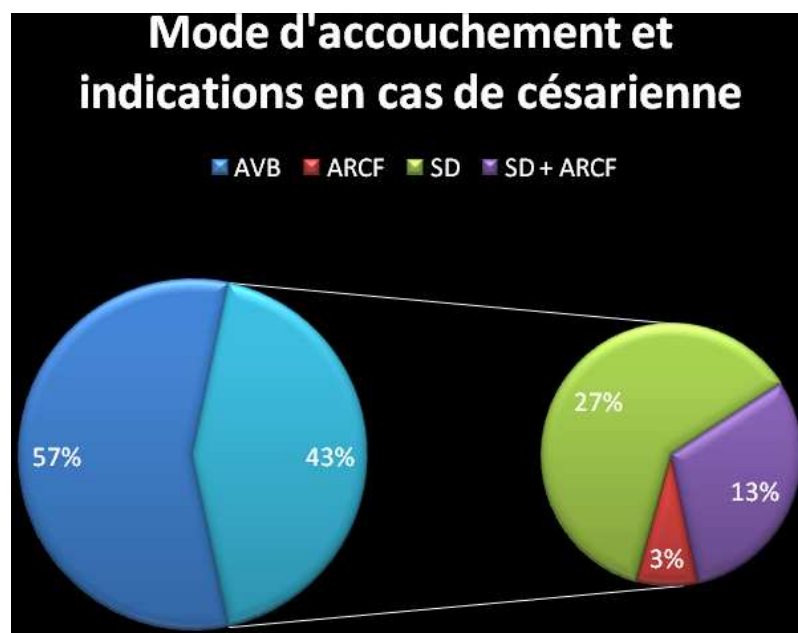
Le dosage du gluconate de calcium® est toujours identique : 1 ampoule. Comme le spasfon®, son utilisation est majoritairement faite en IVL par le biais d'une solution de NaCl 0.9 %.

On retrouve souvent une association de gluconate de calcium® et de spasfon® en perfusion dans un NaCL de 100 ml à 0.9 %. Le débit de perfusion est relativement rapide : 20 à 30 minutes.

1.7.6. L'accouchement

Dans cette partie, on fait le point sur le mode d'accouchement afin de savoir si la dilatation a pu reprendre. En cas de césarienne nous avons précisé son indication afin de ne pas entraîner de biais.

Graphique 16 :



Dans 57 % des cas, le spasme du col cède aux traitements. Les indications de césarienne sont :

- ✓ La stagnation de la dilatation (27 %).
- ✓ L'altération du rythme cardiaque fœtal (3 %).
- ✓ La stagnation de la dilatation associée à une altération du rythme cardiaque fœtal (13 %).

Au total, on a donc 40 % d'échec des traitements. Dans 3 % des cas on ne peut rien conclure concernant l'impact du traitement car la césarienne a été réalisée pour altération du RCF.

2. PRÉSENTATION DE LA DEUXIÈME ETUDE

2.1. Objectifs

Redéfinir les différents termes :

- Dystocie cervicale.
- Dyscinésie cervicale.
- Stagnation de la dilatation.

Connaître les différentes prises en charge et les comparer avec les résultats de la première étude.

2.2. Description

Il s'agit d'une étude descriptive, mono centrique, prospective, non randomisée réalisée par le biais d'un questionnaire [Annexe 7] destiné aux sages femmes.

2.3. Population

La population est constituée par les sages femmes de la SDN de la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Ce qui représente un effectif de 30.

2.4. Présentation de l'outil utilisé

Le questionnaire permet de connaître les définitions des termes DC, SD et dystocie cervicale, données par les sages femmes.

2.5. Analyse des données

L'analyse des données du questionnaire a été similaire à celle de la fiche de recueil, c'est-à-dire via EXCEL par l'intermédiaire de tableaux et de graphiques croisés dynamiques.

2.6. Présentation des résultats

Au total, l'étude comprend 24 questionnaires.

Le faible échantillon constitué par les sages femmes de la salle de naissances de Nancy ne nous permet pas une interprétation très fiable : pour 80 % des sages femmes (soit 19), dystocie cervicale et stagnation de la dilatation sont similaires.

Concernant la définition de la dystocie cervicale, on ne retrouve pas de réel consensus mais la même idée se dégage : absence, arrêt ou stagnation de la dilatation cervicale. Quelques sages femmes rajoutent une notion temporelle : anomalie de la dilatation au cours du travail. D'autres introduisent la notion d'anomalie malgré une dynamique utérine efficace et une bonne application de la présentation fœtale sur le col utérin. Une sage femme pense qu'il s'agit d'une absence de dilatation ne cédant à aucun traitement. Une autre introduit la notion de col pathologique : oedematié, cerclant, tonique.

Pour 62,5 % des professionnels (soit 15), le terme dyscinésie cervicale est identique à une stagnation de la dilatation. Dans le cas contraire, on retrouve différentes définitions. 12 % d'entre elles pensent que dyscinésie cervicale et dystocie cervicale sont deux termes équivalents. De même 12 % ne connaissent pas ce terme. Le reste des maïeuticiens ajoutent à l'absence de dilatation la notion de vitesse : cinétique de dilatation incorrecte ou encore une notion de mauvais moteur utérin.

Nous nous sommes ensuite intéressées à la prise en charge. Y'a t-il une prise en charge identique en cas de stagnation, de dystocie ou de dyscinésie cervicale. Pour 75 % des sages femmes (soit 18), la prise en charge est similaire.

Voici, la liste exhaustive, les thérapeutiques sont classées en fonction de leur fréquence de citation :

- ✓ Gluconate de calcium®.
- ✓ Ocytociques.
- ✓ RAM.
- ✓ Antispasmodiques.
- ✓ APD.
- ✓ Déambulation.
- ✓ Sondage urinaire.
- ✓ Acupuncture.
- ✓ Appel médecin / Césarienne après 2 heures.
- ✓ Massage du fil de la sorcière.
- ✓ Homéopathie.

Sur les 24 sages femmes interrogées, 6 mettent en place une thérapeutique différente pour les différentes anomalies du travail. Dans le tableau ci-dessous on retrouve leur prise en charge.

Prise en charge des différentes anomalies de la dilatation selon les sages

femmes :

Sage femme	Dystocie cervicale	Dyscinésie cervicale	Stagnation de la dilatation
1	Gluconate de calcium® Spasfon® Syntocinon® RPM Déambulation	Syntocinon® RAM	Gluconate de calcium® Spasfon® Syntocinon® RAM Déambulation
2	Spasfon® Changement de position	Syntocinon® Balnéothérapie Utilisation du ballon Spasfon®	APD RAM Syntocinon® Changement de position Spasfon®
3	Conduite à tenir de médecin : césarienne	Syntocinon® Spasfon® Gluconate de calcium® Changement de position Sondage évacuateur/ sonde a demeure APD RAM Massage du col (points cardinaux et fil de la sorcière)	Syntocinon® Spasfon® Gluconate de calcium® RAM APD Changement de position Morphine
4	Spasfon® Gluconate de calcium® Massage du col	Morphine	Syntocinon® RAM Changement de position Spasfon® Gluconate de calcium® Massage du col Déambulation
5	Spasfon® Gluconate de calcium®	RAM Syntocinon®	APD RAM Syntocinon®
6	Gluconate de calcium® Massage Césarienne	N'utilise pas ce terme	RAM Syntocinon® Gluconate de calcium® Déambulation Changement de position Sonde à demeure

Partie 3

Cette dernière partie permet de cerner au mieux la problématique de notre étude. Nous rappelons en effet que ce travail s'est intéressé à la prise en charge d'une dystocie cervicale ou d'une stagnation de la dilatation à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy. Nous avons également voulu identifier le moment de la prise en charge et déterminer s'il existait des facteurs de risques.

1. GENERALITES

1.1. Les difficultés rencontrées

1.1.1. L'étude

Afin de répondre au mieux à la problématique posée, nous avons choisi de réaliser une *étude rétrospective* par le biais d'une grille de recueil. Pour cela je me suis rendue au Département d'Information Médicale (DIM) de la maternité où j'ai été confronté à un premier problème : la stagnation de la dilatation ou la dystocie cervicale ne font pas parties des critères retenus par le DIM.

J'ai donc du faire un relevé de tous les accouchements sur une période donnée puis j'ai consulté les partogrammes informatiques de chacun des accouchements pour faire une première sélection de dossiers correspondant à mes critères de sélection.

Quand j'ai démarré mon recueil de données, j'ai été très vite confrontée à un tout autre problème. Les données présentes dans le dossier médical étaient insuffisantes et ne me permettaient pas de répondre à une grande majorité des items.

J'ai donc du changer l'étude et mettre en place une *étude prospective*.

1.1.2. Les recherches bibliographiques

Ne trouvant que peu d'informations concernant certains médicaments, j'ai sollicité les laboratoires titulaires des différents produits mais en vain. Ces derniers ne délivrent de renseignements qu'aux personnes réalisant des thèses de pharmacie ou de médecine.

1.2. Remarques

1.2.1. Concernant l'étude principale

Le premier constat qui me semble important à souligner est le faible nombre de fiches de recueil remplies.

En effet, sur les 50 fiches vierges déposées en SDN, seulement 2/3 ont été remplies malgré les précautions prises en termes de communication :

- ✓ Explication de mon étude au cadre du service.
- ✓ Dépôt des fiches avec une note explicative.
- ✓ Passage régulier en salle de naissances.
- ✓ Contact et explications individuelles de l'étude et de ses objectifs aux sages femmes de SDN.

Il est possible de justifier ce chiffre faible de multiples façons. Tout d'abord, la SDN est un service d'urgence où le travail est très présent et prenant, les sages femmes suivent généralement plusieurs patientes à la fois. Ceci ne laisse que peu de temps pour répondre à la fiche de recueil qui comprend un certain nombre d'items. De plus, la sage femme se trouvant face à un travail dystocique ne pense pas forcément à remplir une fiche. Le manque d'intérêt pour le sujet peut également être un argument en faveur du faible nombre de fiches.

Ce petit nombre de dossiers exploités ne permet pas d'extrapoler l'étude à une population plus importante puisque l'échantillon ne concerne qu'un seul établissement. La Maternité Régionale Universitaire de Nancy a été choisie pour des raisons de faisabilité et on pourrait se servir de ce mémoire comme base pour réaliser une étude multicentrique à plus grande échelle.

Nous pouvons également nous intéresser aux différents éléments de la fiche. En effet, le fait de proposer des items comprenant le champ « non renseigné » fait qu'une grande majorité des sages femmes remplissant la fiche coche cette catégorie sans forcément interroger la patiente ou rechercher dans le dossier médical. Par conséquent, l'item « comportement maternel » n'a pas pu être interprété.

Concernant toujours la fiche de recueil, les items « y'a-t-il eu une direction active du travail ? », « durée du travail ? » et « type de dystocie ? » n'ont pas été pris en compte dans les statistiques par défaut de réponses.

La possibilité de répondre librement à de multiples items a été un atout majeur laissant ainsi une place pour d'autres propositions. Nous avons ainsi pu constater quelques thérapeutiques intéressantes.

Il existe néanmoins une limite importante dans cette étude. En effet, la fiche permet une analyse fine des différents antécédents, de la grossesse, des caractéristiques du travail et de la dystocie, de sa prise en charge et enfin du mode d'accouchement. Cependant aucun item ne précise le délai entre le moment de la reprise de la dilatation et l'accouchement. On observe généralement que la reprise de la dilatation est très rapide après un arrêt.

Nous souhaitons identifier un traitement efficace à la dystocie mais cela n'a pu être réalisé du fait de la trop grande diversité des prises en charge. De plus, les essais thérapeutiques ne sont pas autorisés dans le cadre d'un mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de sage femme.

1.2.2. Concernant l'enquête réalisée auprès des sages femmes

Après les premières recherches bibliographiques, nous avons constaté que le terme « dystocie » faisait l'objet de discordances quand à sa signification. Ce même désaccord a été retrouvé lorsque je parlais de mon mémoire aux différents professionnels de l'Obstétrique.

C'est pour cette raison que nous avons choisi de réaliser un bref questionnaire destiné aux sages femmes de SDN. Cette enquête a été débutée tardivement, de ce fait nous n'avons pas réussi à récolter tous les questionnaires. Concernant l'effectif, nous pouvons faire la même remarque que pour l'étude principale.

Ce bref questionnaire a permis dans un premier temps de connaître l'avis des sages femmes sur quelques définitions puis d'identifier dans un second temps, les différentes prises en charge proposées.

Ceci est un atout important qui a permis de se rendre compte assez vite de la différence qu'il peut exister entre ce que les sages femmes déclarent de leur prise en charge et ce qu'elles réalisent sur le terrain.

2. SYNTHÈSE ET ANALYSE DES RESULTATS

Quelques précisions :

- Les conclusions de notre étude sont écrites en caractère italique.
- Les conclusions de notre étude faisant référence à celles de la littérature sont écrites en caractère italique et en bleu.

Les anomalies de la dilatation cervicale lors du travail sont relativement fréquentes.

Grâce à la connaissance de certains antécédents, nous pouvons identifier le type de dystocie. En effet, lorsque l'on est en présence d'un col pathologique antérieure à la grossesse et que l'on constate un arrêt de la dilatation en cours de travail, on peut parler de **dystocie cervicale anatomique permanente**. *Dans notre étude nous retrouvons qu'un quart des cols sont cicatriciels, on peut donc conclure que notre étude comprend un quart de dystocies cervicales anatomiques permanentes.*

La littérature n'indique pas qu'un antécédent de dystocie cervicale est un facteur de risque de récurrence. Ceci a été retrouvé dans notre étude.

Aucun antécédent gynécologique n'intervient clairement sur la mauvaise dilatation du col durant le travail.

De même, on ne retrouve aucun antécédent obstétrical, ni dans la littérature ni dans notre étude, à l'origine d'une dystocie cervicale. Bien que la césarienne puisse être à l'origine d'anomalies contractiles lors d'un travail ultérieur, elle n'est pas responsable d'un arrêt de la dilatation.

Comme l'ont démontré les études de Friedman et Gardazo et Gibb, la parité intervient dans le fait de rencontrer un arrêt de la dilatation. Notre étude conforte cette idée puisque les primipares sont 3 fois plus concernées que les multipares.

On retrouve uniquement des grossesses simples et seulement une présentation par le siège. Les grossesses multiples et les présentations podaliques sont plus souvent à risques de césarienne prophylactique ce qui entraîne un biais dans notre étude. Nous ne pouvons donc pas tirer de conclusion concernant ces deux données.

Bien que le groupe soit essentiellement constitué par des primipares, on observe un faible taux de participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. On peut donc penser que celle-ci a effet positif sur le déroulement du travail et sur la prévention des arrêts de la dilatation.

Concernant les préparations à l'accouchement par le biais de l'homéopathie ou de l'acupuncture on ne peut rien conclure. En effet, aucune patiente n'a eu recours à de l'acupuncture en fin de grossesse et seule une très faible minorité ont utilisé de l'homéopathie. Cependant, nous ne pouvons pas affirmer l'inverse à savoir que l'utilisation de l'homéopathie ou de l'acupuncture serait une prévention des arrêts de la dilatation.

On observe une grande dispersion de *l'âge gestationnel* au moment du travail. On peut donc dire qu'il *n'intervient aucunement dans les arrêts de la dilatation*.

L'item « comportement maternel » n'a pas pu faire l'objet de statistiques car il n'y a que peu de précisions. On peut néanmoins voir que *la dystocie s'accompagne d'un état de stress, d'une inquiétude, d'une agitation, d'algies ce qui est en accord avec la littérature*.

Le mode d'entrée dans le travail : spontané ou déclenché ne semble pas intervenir. Cependant, en cas de déclenchement, le bishop au moment de la mise en place du syntocinon® est en moyenne à 6 ce qui est un peu trop juste. Il est donc préférable d'avoir un bishop supérieur ou égal à 7 pour poser l'indication de déclenchement par syntocinon® afin d'éviter un échec de déclenchement se traduisant par un arrêt de la dilatation. L'indication de la plupart des déclenchements est le terme échu. On peut donc penser qu'une *anomalie de maturation du col était également présente et potentiellement responsable de la mauvaise dilatation*.

La majorité des parturientes présentaient un bassin cliniquement favorable et un fœtus de gabarit « normal », la disproportion foeto pelvienne n'intervient donc pas dans le risque d'arrêt de la dilatation. On constate néanmoins qu'une grande proportion des présentations fœtales est juste fixée voire appliquée. *Le défaut d'engagement semble ici être lié à l'arrêt de la dilatation.* Le poids de naissance ne semble pas intervenir dans le risque de stagnation de la dilatation ou d'arrêt de la dilatation.

Dans leur étude : L. Marpeau, F. Sergent, F. Manson, E. Verspyck, D. Eurin constate que les dystocies dynamiques de type hypokinésie sont responsables de la moitié des cas de stagnations de la dilatation. Le même constat est fait dans notre. Dans l'autre moitié des cas, l'activité utérine est strictement normale. *Notre étude comprend donc 50 % de dystocie cervicale fonctionnelle*

D'après la littérature, la plupart des arrêts de la dilatation sont constatés entre 3 et 7 cm de dilatation avec un col qui commence à s'œdématiser, se tonifier, cerclé lors des CU. L'étude confirme une fois de plus ces données puisqu'on retrouve une dilatation moyenne au moment de l'arrêt à 4.7 cm. Les valeurs se dispersent pour la majorité entre 3 et 6 cm. L'état du col est quand à lui plus variable : l'arrêt de la dilatation s'accompagne dans la moitié des cas seulement d'un col pathologique. Dans l'autre moitié, le col garde toute sa souplesse.

Comme le souligne la littérature, il est important de prendre en charge de manière précoce les arrêts de la dilatation. Le comportement des sages femmes est en accord avec ceci puisqu'on observe que la majorité d'entre elles agissent dès le constat de l'arrêt de la dilatation fait. De plus, elles mettent en place différentes thérapeutiques pour pallier au risque de césarienne.

Le premier constat concernant la prise en charge est que l'on observe une très grande disparité. Dans un deuxième temps, on s'aperçoit qu'au moment de l'arrêt de la dilatation, le travail est déjà dirigé. En effet, la plupart des parturientes bénéficient déjà d'une APD, ont une perfusion d'ocytociques et ont les membranes rompues. *La direction active ne semble donc pas éviter un arrêt de la dilatation conformément à ce que relate la littérature. L'APD et la RAM sont réalisées de manière relativement précoce par rapport aux indications rencontrées dans la littérature.*

L'acupuncture n'a été utilisée qu'une fois et en associant avec une APD. Elle a été d'une efficacité irréprochable puisque l'on a obtenu une dilatation complète dans l'heure suivante.

Le spasfon® et le gluconate de calcium® sont en général utilisés ensemble et en perfusion. Au moment de leur mise en place, le col n'est pathologique que dans 1 cas sur 2. *Leur utilisation ne semble pas être efficace.*

La correction d'une hypokinésie se fait dans 50 % des cas par le biais d'une perfusion d'ocytociques. *Son utilisation permet la reprise d'une bonne dynamique utérine et de la dilatation cervicale.*

Il semble que les interventions multiples permettent un meilleur pronostic quand à la reprise d'une dilatation.

Les traitements paraissent efficaces et permettent une reprise de la dilatation avec un AVB dans un peu plus de la moitié des cas.

La césarienne n'est réalisée qu'après 2 heures minimum d'arrêt de la dilatation. On constate également que durant ces 2 heures, différentes prises en charges sont mises en place.

3. LA SAGE FEMME FACE A LA DYSTOCIE

3.1. Les différents termes employés

Tout au long de ce mémoire, les termes « dystocie cervicale » et « dyscinésie cervicale » ont été source de confusions. Dans un premier temps, les nombreuses recherches effectuées ont permis de montrer que chaque auteur définissait à sa façon la dystocie cervicale. De plus, quand l'étude a débutée, nous avons rencontré et ce à de nombreuses reprises la dyscinésie cervicale comme indication de césarienne. Ceci nous a donc amené à réaliser l'enquête auprès des professionnels.

Les résultats de cette dernière n'ont fait que confirmer ce que nous pensions. L'avis des sages femmes est très divergent. Beaucoup d'entre elles disent ne pas connaître le terme de « dyscinésie cervicale ». Une autre partie ne fait pas de différence avec la « dystocie cervicale ».

Il paraît donc évident de redéfinir ces termes. Bien que les recherches bibliographiques ait été effectuées sur des bases de données médicales et scientifiques telles que : EM Consulte, Cochrane Library, Scopus, ..., aucune donnée n'a été retrouvée concernant le terme « dyscinésie cervicale ». On retrouve cependant une définition pour la dyscinésie seule.

Etymologiquement, la **dyscinésie** se définit comme une difficulté à effectuer les mouvements. Elle est employée pour définir une anomalie de la contraction utérine durant le travail comme : [3]

- ✓ Une anomalie de coordination des différentes parties du myomètre.
- ✓ Une anomalie du rythme des CU.
- ✓ Une anomalie anatomique du myomètre. (anneau de retraction)

La dystocie cervicale est une dystocie dynamique faisant suite à une pathologie cervicale préexistante ou non à l'accouchement. Elle se caractérise par un défaut de dilatation cervicale (même niveau de dilatation perdurant au minimum deux heures)

plus ou moins accompagnée d'anomalie de la consistance cervicale comme une tonicité, un oedeme, un spasme,...

La définition de la stagnation de la dilatation n'a fait l'objet d'aucune erreur. Il s'agit d'un arrêt de la dilatation cervicale de deux heures.

3.2. Le cadre législatif

3.2.1. Les compétences générales de la sage femme

Il me semble justifié de faire un bref rappel des compétences des sages femmes avant d'expliquer leur position en cas de dystocie. [31]

- **Article L.4151-1 (1^{er} et 3^{ème} alinéas) du code de la santé publique**

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte (...), *la surveillance et la pratique de l'accouchement* (...). »

- **Article R.4127-318 du code de la santé publique**

« I. – Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L.4151-1, la sage femme est autorisée à pratiquer notamment : (...) la surveillance électronique de l'état du fœtus et de la contraction utérine pendant la grossesse et au cours du travail. »

- **Article L.4151-3 du code de la santé publique**

« En cas de pathologie maternelle, (...), pendant la grossesse, *l'accouchement* (...), et en cas d'*accouchement dystocique*, *la sage femme doit faire appel à un médecin*. »

La surveillance du travail pathologique est de la compétence et de la responsabilité de l'obstétricien qui aura été informé par la sage femme de la survenue d'anomalies au cours du travail jusqu'alors normal. [32] La difficulté est donc de

reconnaître la limite séparant un travail normal d'un travail pathologique. On parle de dystocie quand on constate un arrêt de la dilatation pendant au minimum deux heures.

3.2.2. Les droits de prescription de la sage femme

Au début de ce travail, nous avons vu les nombreuses possibilités thérapeutiques pour pallier à un arrêt de la dilatation. Quelles sont les compétences de la sage femme ? Comment trouve-t-elle sa place ?

- **L'APD** [31]

Article R.4127-318 du code de la santé publique

« II.- la sage femme est autorisée, au cours du travail, a effectuer la demande d'anesthésie locorégionale auprès du médecin anesthésiste-réanimateur. Elle en informe le médecin gynécologue-obstétricien. »

La sage femme est également en mesure de pratiquer une réinjection par la voie du dispositif mis en place par le médecin sauf lors de la phase d'expulsion.

- **Les traitements médicamenteux** [31]

Article L.4151-4 du code de la santé publique

« Les sages femmes peuvent prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par l'arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

Arrêté du 12 octobre 2005 fixant la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages femmes

- ☞ Antispasmodiques.
- ☞ Solutions de perfusion :
 - soluté de chlorure de sodium isotonique à 0.9%.
 - soluté de gluconate de calcium à 10%.
- ☞ Ocytociques.
- ☞ (...)

La prescription des ocytociques n'est possible que pour la correction de la dynamique utérine dans le cadre d'un travail spontané, à terme, en l'absence d'antécédent et de pathologie. [33]

- **L'homéopathie** [34]

L'homéopathie ne faisant pas partie de la liste des médicaments autorisés, les sages-femmes ne peuvent pas prescrire sur ordonnance de tels médicaments qui pourraient le cas échéant faire l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie.

Dans le cadre de son exercice professionnel, la sage-femme ne peut donc que conseiller oralement à ses patientes l'utilisation de certains médicaments homéopathiques qui se trouvent en libre service en pharmacie.

- **L'acupuncture**

Article R.4127-318 du code de la santé publique [34]

Il étend le champ de compétences de la sage femme à la pratique des actes d'acupuncture à condition que la sage femme dispose d'un « diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté Européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ».

La pratique de ces actes par les sages-femmes est néanmoins limitée par leur champ de compétence.

- **La césarienne**

La décision de césarienne ne peut être prise que par un obstétricien.

3.3. Propositions

3.3.1. Le gluconate de calcium®

Habituellement il est employé dans le traitement des hypocalcémies. On le retrouve sous différentes formes thérapeutiques en solution buvable ou injectable. [35]

Bien que la littérature concernant le sujet soit très pauvre, le gluconate de calcium® trouve sa place en obstétrique dans le traitement des arrêts de la dilatation. En effet, l'enquête réalisée auprès des sages femmes a montré que 87 % des sages femmes l'utilisent pour la correction des troubles de la dilatation. On précise également son indication : une ampoule en présence d'un col tonique, épais ou qui cerce.

L'étude va dans le même sens :

- ✓ 50 % d'utilisation en première intention.
- ✓ 40 % d'application en deuxième intention.

La littérature indique l'injection de calcium dans le traitement de l'œdème du col dû à une dystocie dynamique sus jacente. [1]

Indication en obstétrique :

- Arrêt de la dilatation.
- Œdème du col.
- Spasme du col.
- Col tonique.
- Col cerclant à la CU.

Pratique :

- Utilisation d'une ampoule de gluconate de calcium® 10 % en IV lente sur plusieurs CU ou en perfusion rapide.
- Il peut être associé au spasfon®.

En observant les schémas relatifs aux mécanismes de la CU [Annexes 1 et 2], on comprend que le calcium permet de potentialiser la dynamique utérine. L'apport de Ca permet l'obtention de CU plus intenses et régulières.

3.3.2. La place de l'ostéopathie

C'est entre 1894 et 1900 que l'ostéopathie acquiert le droit d'exercice dans le domaine de l'obstétrique.

La main ostéopathique trouve une place dans l'effacement et la dilatation du col par le biais d'une action directe sur le système neurovégétatif. [36] Il s'agit là d'une action préventive sur les stagnations de la dilatation et sur les dystocies cervicales. Cette aide conduit à repousser ou à prévenir une césarienne

Les droits de la sage femme dans le domaine de l'ostéopathie

« Seules les sages-femmes titulaires :

- d'un diplôme universitaire ou interuniversitaire sanctionnant une formation suivie au sein d'une unité de formation et de recherche de médecine délivré par une université de médecine et reconnu par le Conseil national de l'ordre des médecins.
- d'un diplôme délivré par des établissements de formation agréés qui dispensent une formation en ostéopathie réservée aux professionnels de santé.
- d'une autorisation d'exercice de l'ostéopathie ou d'user du titre d'ostéopathe délivrée par le directeur général de l'Agence Régionale de la Santé.

peuvent pratiquer des actes d'ostéopathie dans le cadre de l'exercice de leur profession et faire usage du titre d'ostéopathe. » [34]

Les sages-femmes justifiant du titre d'ostéopathe sont autorisées dans le cadre de leur profession à pratiquer des manipulations. Elles ne pourront cependant pas intervenir lorsqu'il existe des symptômes justifiant des examens para cliniques. De même, la sage-femme devra orienter la patiente vers le médecin lorsque les symptômes nécessitent un diagnostic ou un traitement médical, lorsqu'il est constaté une persistance ou une aggravation de ces symptômes ou que les troubles présentés dépassent leur champ de compétences.

Bien que l'ostéopathie montre un intérêt important dans la prévention des dystocies lors du travail, la littérature reste relativement discrète quand à sa pratique thérapeutique en cas d'arrêt de la dilatation.

3.3.3. Arbre décisionnel

A la suite de notre étude, de notre enquête et de la comparaison aux données de la littérature actuelle, il est intéressant d'énoncer quelques conseils relatifs à la prise en charge d'un arrêt de la dilatation en cours de travail.

La sage femme est habilitée à suivre le travail tant que celui-ci reste physiologique. Elle dispose néanmoins d'un arsenal thérapeutique pour prendre en charge un arrêt de la dilatation avant que ce dernier ne devienne pathologique. Elle doit donc savoir passer le relai à un médecin dès que la situation devient pathologique.

A l'heure actuelle il n'existe pas de protocole concernant la conduite à tenir en cas d'arrêt de la dilatation ; cependant une césarienne est décidée par le médecin en cas de non modification cervicale de 2 heures à condition que les paramètres fœtaux soient satisfaisants jusque là.

La grossesse : la préparation à la naissance et à la parentalité

Il paraît intéressant de conseiller aux patientes de participer à une préparation à la naissance et à la parentalité. Ces séances doivent particulièrement insister sur les différentes respirations. En tout début de travail, lorsque les CU sont encore supportables, il faut privilégier la **respiration active**. Elle permet d'accompagner au

mieux la CU. Quand les CU ne sont plus supportables, il faut favoriser la **respiration de la bougie**.

Ces séances permettent également de mettre l'accent sur l'importance de la déambulation et des changements fréquents de position.

La grossesse : la préparation à l'accouchement

Les sages femmes peuvent proposer la prise d'homéopathie afin de préparer le col à l'accouchement et ce dès le 6^{ème} mois de la grossesse.

Elle peut proposer un schéma thérapeutique pour la prise d'homéopathie en fin de grossesse et en début de travail. On trouve aussi une indication à sa prise en cas de mauvaise dilatation.

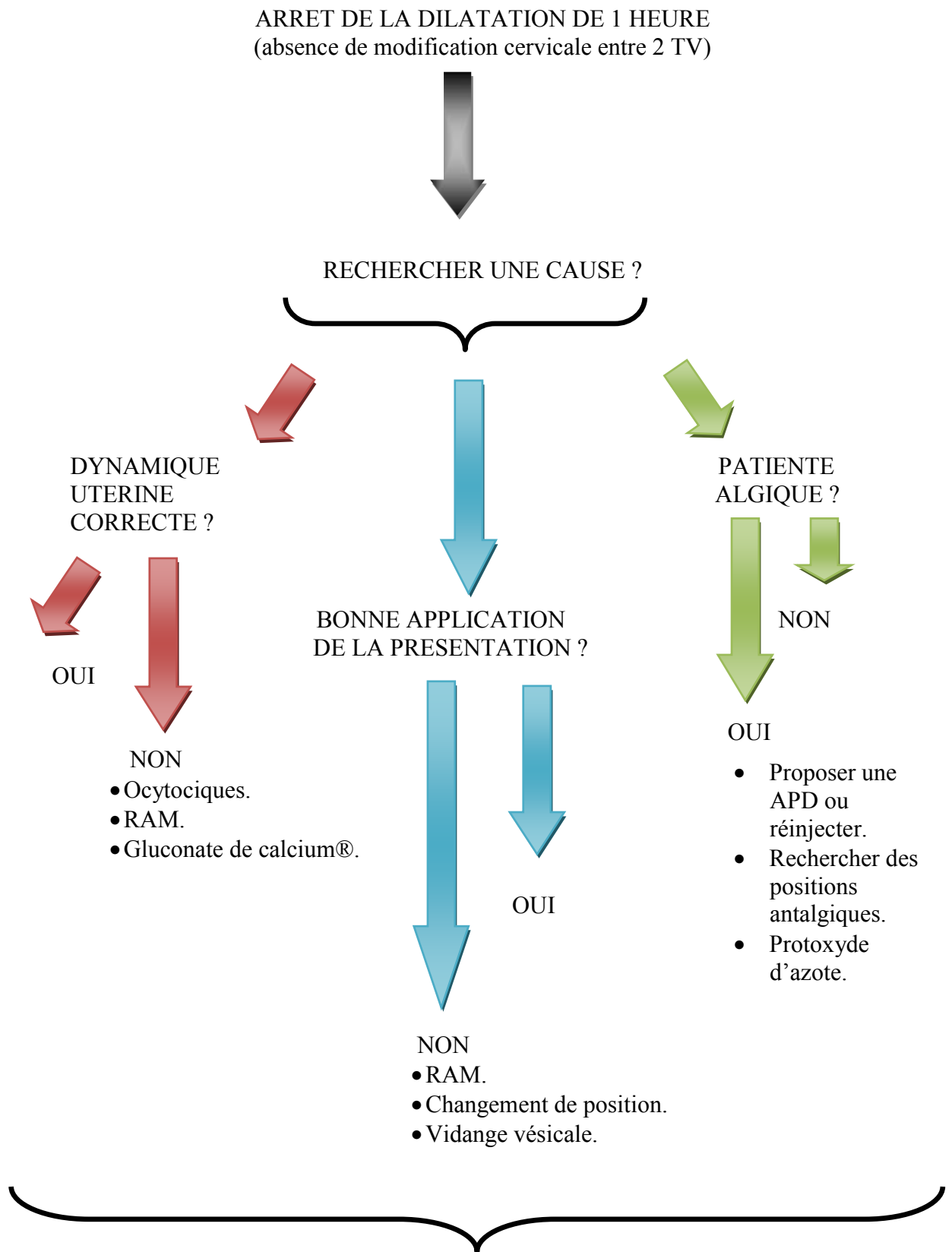
Outre l'homéopathie, les sages femmes peuvent faire découvrir l'application de l'acupuncture en fin de grossesse pour la préparation du col à l'accouchement. Il est également possible de la mentionner comme thérapeutique possible en cas d'anomalie de la dilatation.

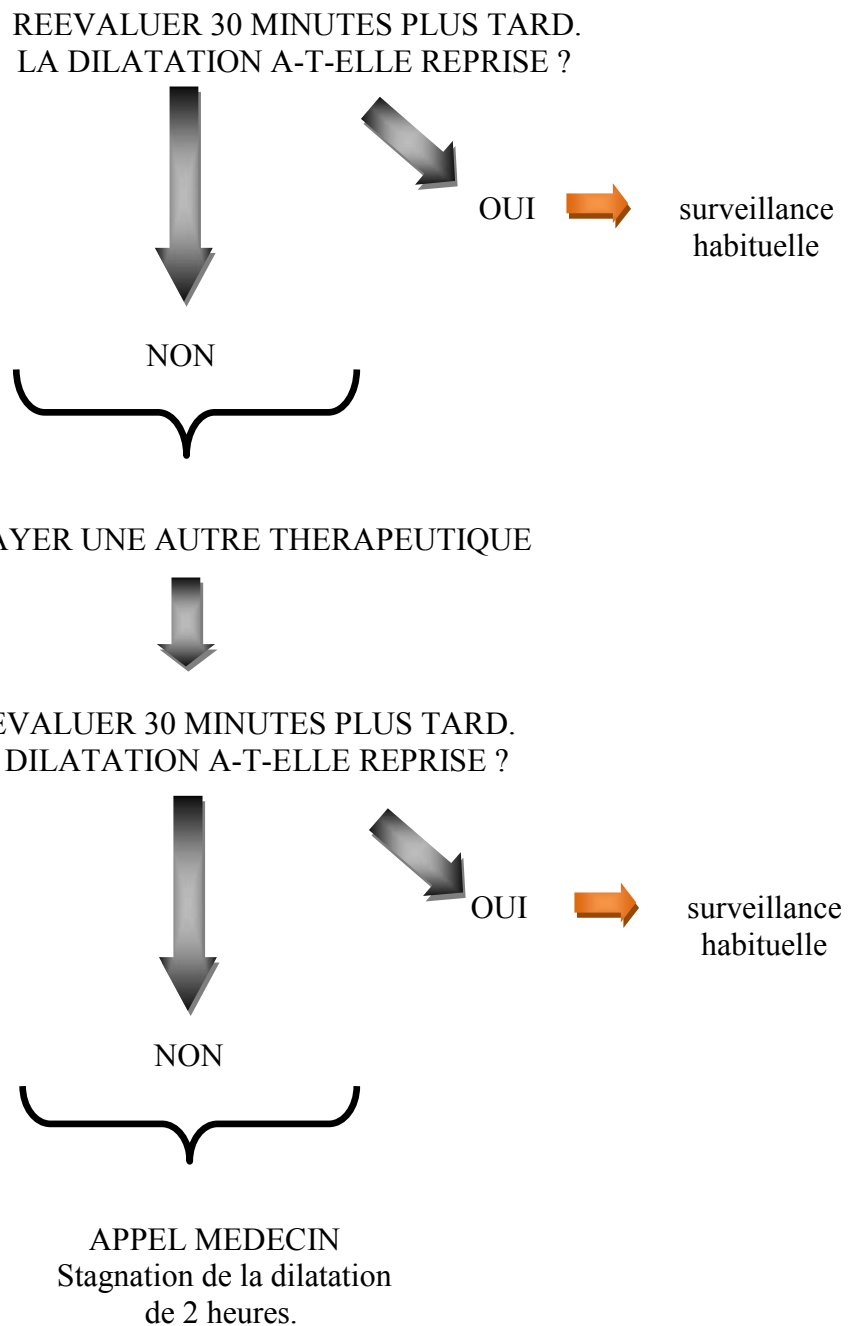
Le travail :

Le toucher vaginal (TV) réalisé toutes les heures permet de dépister au plus tôt les arrêts de la dilatation. La prise en charge doit être immédiate. Pour avoir une conduite à tenir optimale, il convient de se poser quelques questions :

- La dynamique utérine est elle correcte ?
- La présentation applique-t-elle correctement ?
- Quel est l'état du col ?
- La patiente est elle algique ?

Arbre décisionnel :





Cet arbre ne prend pas en compte le RCF qui doit cependant être analysée comme pour tout travail.

Il est également important d'apprécier la consistance du col. Si le col n'est plus souple, favoriser l'acupuncture et l'APD qui permettent un bon relâchement cervical. Le massage du col et le gluconate de calcium® trouvent également sa place dans l'assouplissement du col.

CONCLUSION

La précocité de la prise en charge d'un arrêt de la dilatation pendant le travail est d'une importance capitale pour la diminution du nombre de césariennes. On a pu constater que la décision d'extraction voie haute en cas de dystocie diffère en fonction des équipes ce qui témoigne de la diversité des attitudes obstétricales. Outre le risque de césarienne, cette pathologie peut générer une augmentation de la durée du travail responsable d'un état néonatal initial moins satisfaisant.

La dystocie cervicale ou stagnation de la dilatation concerne un arrêt de la dilatation dès deux heures. L'apparition d'une absence de modifications cervicales entre deux touchers vaginaux successifs est un signe d'« alerte » incitant la recherche d'une anomalie de la dynamique utérine, d'une mauvaise application de la présentation fœtale sur le col, d'anomalies cervicales antérieures ou non à la grossesse ou d'une hyperalgie maternelle. Une fois l'étiologie retrouvée il est important d'instaurer une prise en charge précoce. La littérature propose des thérapeutiques multiples comme la pose d'une analgésie péridurale, la rupture artificielle des membranes, l'utilisation d'ocytociques. Les sages femmes possèdent quelques remèdes particuliers à savoir : utilisation de spasfon® ou de gluconate de calcium®, massage cervical.

Les techniques plus récentes dans le domaine de l'obstétrique comme l'acupuncture et l'homéopathie trouvent également une place précieuse dans le traitement de ces anomalies de la dilatation.

Les compétences de la sage femme lui permettent d'user de toutes ces thérapeutiques mis à part concernant l'homéopathie qui ne fait pas partie de ces droits de prescriptions. Note particulière pour l'acupuncture qui nécessite l'obtention d'un diplôme universitaire.

La décision de césarienne est prise par le médecin en fonction des paramètres obstétricaux et de l'état fœtal. La réalisation systématique d'une césarienne après deux heures de stagnation de la dilatation doit être reconsidérée. En effet, on observe une

diminution du nombre de césariennes en cas d'expectative et ce, sans augmentation de la morbidité maternelle et fœtale.

Notre étude réalisée à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy est en accord avec les données de la littérature. Bien que la césarienne soit évitée dans 50% des cas, la prise en charge est très diversifiée. De ce fait, on ne peut identifier la ou les thérapeutiques efficaces.

La réalisation d'essais thérapeutiques permettrait de trouver la ou les prises en charges efficaces ce qui serait une avancée formidable. En effet, la diminution du nombre de césarienne permettrait d'assurer un meilleur avenir obstétrical à ces patientes et donc d'éviter une épreuve utérine pour un accouchement ultérieur.

L'ostéopathie est en train de se développer considérablement dans le domaine de l'obstétrique. A l'heure actuelle, aucune étude n'a été faite sur son application dans le traitement de l'arrêt de la dilatation.

BIBLIOGRAPHIE

1. Schaal J.P., et al. Mécanique et techniques obstétricales. 3^{ème} édition, Sauramps Médical, 2007. p. 231-243 ; p. 496 ; p. 503-507.
2. Merger R., Levy J. Melchior J. Précis d'obstétrique. 6^{ème} édition. Paris: Masson. 2001. p.135-145 ; p. 337-338.
3. Cabrol D., Carbonne B., et al. (page consultée le 24/11/2009). *La dystocie dynamique*. 1997 [en ligne].
<http://www.em-consulte.com/article/7954/resultatrecherche/1>
4. (page consultée le 24.02.2010). *Dilatation du col utérin*. [en ligne].
<http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst/cycle3/MTO/poly/15000fra.asp>
5. Carbonne B., Germain C., Cabrol D. Encyclopédie médico-chirurgicale. Physiologie de la contraction utérine. Obstétrique tome 2. Paris.1995.
6. Peter J. L'obstétrique actuelle. PSR, 1991. p.385-388.
7. Baudet J.H. Obstétrique pratique. 2^{ème} édition. Maloine, 1990. p.273-279.
8. Carbonne B. Recommandations pour la pratique clinique. Journal de gyn obst et biol reprod, 2000, vol. 29, n°2, p. 68-73.
9. Uhlig Schwaar S. (page consultée le 10/12/2009). Diagnostic prospectif de la disproportion foeto pelvienne pour éviter un accouchement prolongé. Site de la fédération française des sages femmes suisses [en ligne].
www.hebamme.ch

- 10.** Cabrol J.C., Goffinet F., Pons J.C. Traité d'obstétrique. Flammarion-Médecine sciences ; 2005. p. 750-763.
- 11.** Mavel A. Dictionnaire de gynécologie et obstétrique. Paris : Arnette. 1990.
- 12.** Kobé M., Ba P., Diarra S. Encyclopédie médico-chirurgicale. Dystocie des parties molles. Obstétrique tome 2. Paris.1995.
- 13.** Marpeau L., Sergent F., Manson F. et al. Mécanismes des stagnations de la dilatation en phase active du travail. Gynécologie, obstétrique et fertilité, 2002, vol. 30, n°4, p. 282-285.
- 14.** Maternal obesity: effects on labor and delivery. "Excluding other diseases that might modify obstetrical management". La revue de la sage femme, 2005, vol. 4, issue 4, p. 172-177.
- 15.** Lansac J., Carbonne B. et Pierre F. (page consultée le 19/02/2010). The partogramm : a well-known tool useful for assessing quality of obstetric care. 2006 [en ligne].
<http://www.em-consulte.com/module/displayarticle/118023/impression/vue3>
- 16.** Saint-Léger S. (page consultée le 10.02.2010). Le partogramme : principes et méthodes. [en ligne].
<http://www.ledamed.org/IMG/html/doc-10889.html>
- 17.** Cabrol D., Carbonne P., Lucidarme P., Rouxel C. Encyclopédie médico-chirurgicale. Dystocie dynamique. Obstétrique tome 2. Paris.1995.
- 18.** Cabrol D., Goffinet F. Abrégés de périnatalité. Protocoles cliniques en obstétriques. 3^{ème} édition, Paris : Masson, 2009. p.153.
- 19.** Cheve B., Lemaire B., et al. (page consultée le 24.02.2010). Injection intracytoplasmique de hyaluronidase en début de travail. [en ligne].
<http://www.gyneweb.fr/Sources/revues/referenc/V1N3/hyalur.html>

- 20.** Huch A., Benz J. Checklists de médecine obstétricale. Paris : Vigot, 1995.
p.145-147 ; p.289-292.
- 21.** Blanchard E., Guillaume S., Philippe H.-J. Encyclopédie médico-chirurgicale.
De la psychoprophylaxie de l'accouchement à la préparation à la naissance.
Obstétrique tome 2. Paris.1995.
- 22.** Communauté Périnatale de l'Agglomération Versaillaise. (page consultée le
21.09.2010). Prise en charge de la douleur pendant l'accouchement. [en ligne].
http://www.medical78.com/nat_douleur_accouch.htm
- 23.** Audra P., Thoulon J.M., Pasquier J.C. La surveillance du travail avant, pendant
et après l'accouchement. Pratiques en gynécologie obstétricale. Paris : Masson,
2003. p. 133-137 ; p. 140-145 ; p.167-170.
- 24.** Giraud J.R., Tournaire M. Surveillance et thérapeutiques obstétricales. Abrégés.
Paris : Masson, 1982. p.358-359 ; p.364-365.
- 25.** Carbonne B. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la
Reproduction. Vol.29. Paris : Masson, 2000. p.68.
- 26.** Lansac J., Marret H., Oury J.F., et al. Pratique de l'accouchement. 4^{ème} édition.
Masson, 2006. p.45-48 ; p.191-195.
- 27.** Besnard-Charvet C. L'homéopathie applications pratiques en gynécologie-
obstétrique. (page consultée le 25.07.2010). [en ligne].
http://www.esculape.com/gynecologie/homeopathie_gyneweb.html
- 28.** Petrolati Emilie. La délivrance dirigée systématique. Mémoire de sage femme
promotion 2003, Nancy.
- 29.** Atechian N. et Doubeck A. Les dystocies dynamiques en 1996 et leur correction.
(page consultée le 12.11.2010). [en ligne].
<http://www.lesjta.com>

- 30.** Boog G. Analgésie péridurale : nos patientes sont elles bien informées ?
Profession gynécologue. N°13. Paris. Septembre 2009.
- 31.** Conseil national : Ordre des sages-femmes. Les compétences des sages femmes
et le code de déontologie. Paris : mars 2007.
- 32.** Marcovitch J. Manuel d'obstétrique à l'usage des professionnels du droit. La
justice au quotidien. L'harmattan, 2007. p.70.
- 33.** Ponte C., Nguyen F. et Poulain M.-A. 40 questions sur le métier de sage-femme.
Elsevier Masson : 2007. p.79.
- 34.** Conseil national. Ordre des sages-femmes. (page consultée le 20.11.2010). [en
ligne].
<http://www.ordre-sages-femmes.fr>
- 35.** Vidal. (page consultée le 27.11.2010). [en ligne]
<http://demo.evidal.net>
- 36.** Ageron Marque C. Chambre Nationale des Ostéopathes. Ostéopathie et
naissance. (page consultée le 01.12.2010). [en ligne]
<http://www.cnosteop.com/osteop/osteonaissance.html>

TABLE DES MATIERES

GLOSSAIRE.....	3
SOMMAIRE.....	4
PREFACE.....	5
INTRODUCTION.....	6
Partie 1	8
1.UN PEU DE PHYSIOLOGIE.....	9
1.1. Le travail	9
1.2. Mécanisme de la dilatation cervicale	11
1.3. Physiologie de la contraction utérine	11
1.3.1. Les éléments en présence	11
1.3.2. Mécanisme de la contraction utérine.....	12
1.3.3. Régulation de la contraction.....	13
2.DU COTE DE LA PATHOLOGIE.....	14
2.1. Définitions.....	14
2.1.1. La dystocie	14
2.1.2. La dystocie dynamique	14
2.1.3. La dystocie mécanique.....	15
2.2. Dystocie cervicale et stagnation de la dilatation	15
2.2.1. Définitions générales, fréquences	15
2.2.2. Etiologies	18
2.2.3. Diagnostic	21
2.2.4. Conséquences.....	22
2.3. Prise en charge d'une stagnation de la dilatation et d'une dystocie cervicale	22
2.3.1. Traitement visant à améliorer la dynamique utérine.....	23
2.3.2. Traitement visant à dilater le col.....	25
2.3.3. Traitement visant à améliorer l'application de la présentation sur le col	27
2.3.4. L'analgésie péridurale.....	28
2.3.5. L'homéopathie	30
2.3.6. Traitement préventif.....	31
2.3.7. Traitement de dernier recours la césarienne.....	34

Partie 2 35

1.PRESENTATION DE LA PREMIERE ETUDE..... 36

1.1.	Objectifs et hypothèses	36
1.1.1.	Objectif principal	36
1.1.2.	Objectifs secondaires	36
1.1.3.	Hypothèses	36
1.2.	Schéma général de l'étude	37
1.3.	Population et échantillonnage	37
1.3.1.	L'échantillon	37
1.4.	Modalités de réalisation de l'étude	38
1.5.	Présentation de l'outil utilisé.....	38
1.6.	Analyse des données	39
1.7.	Présentation des résultats	39
1.7.1.	Les antécédents de la parturiente	39
1.7.2.	Informations sur le déroulement de la grossesse.....	42
1.7.3.	Le travail	45
1.7.4.	La dystocie cervicale ou la stagnation de la dilatation.....	46
1.7.5.	Conduite à tenir proposée pour pallier à ce problème.....	50
1.7.6.	L'accouchement	58

2.PRESENTATION DE LA DEUXIEME ETUDE 60

2.1.	Objectif.....	60
2.2.	Description	60
2.3.	Population	60
2.4.	Présentation de l'outil utilisé.....	61
2.5.	Analyse des données	61
2.6.	Présentation des résultats	61

Partie 3 64

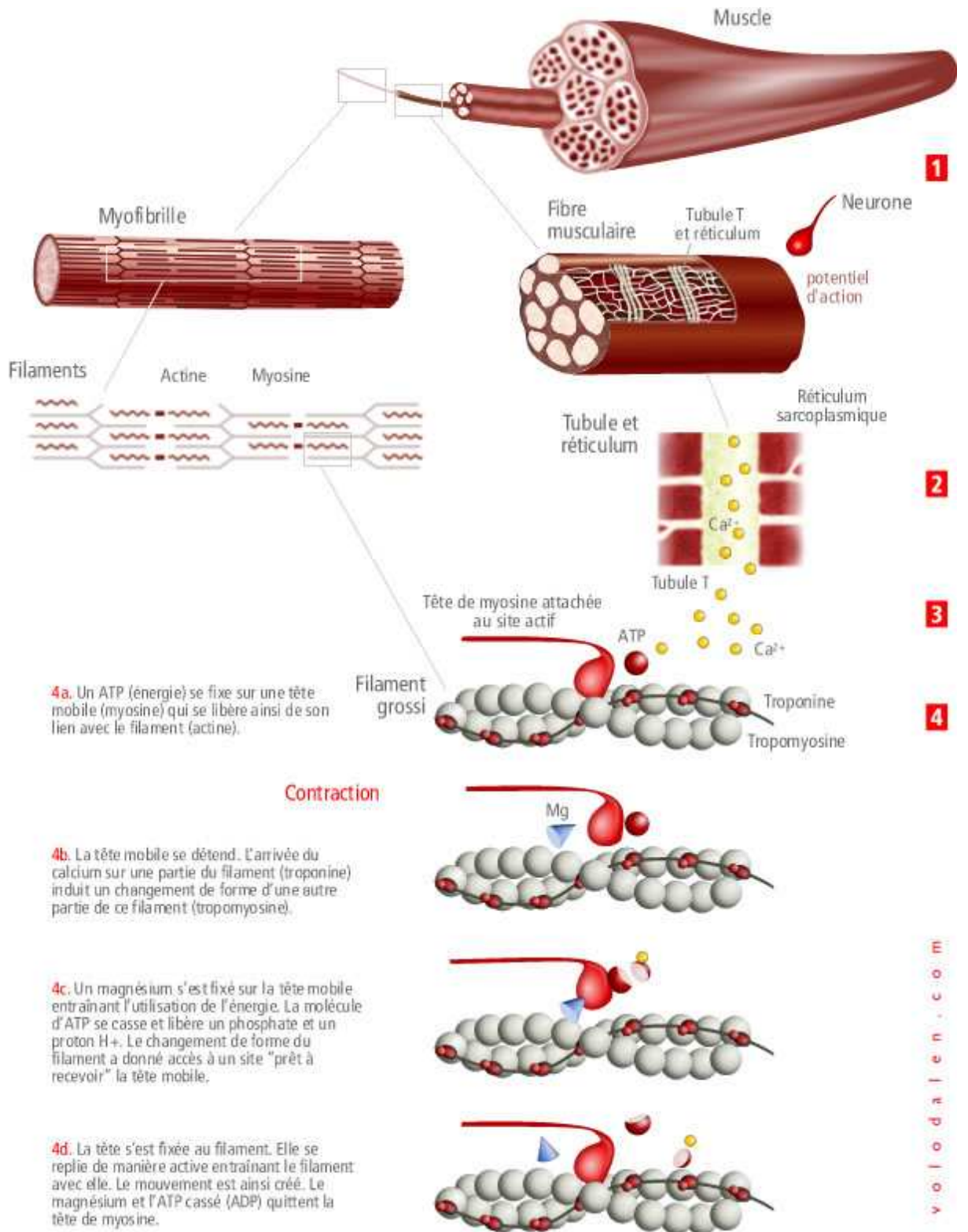
1.GENERALITES..... 65

1.1.	Les difficultés rencontrées	65
1.1.1.	L'étude	65
1.1.2.	Les recherches bibliographiques	65
1.2.	Remarques.....	66

1.2.1.	Concernant l'étude principale	66
1.2.2.	Concernant l'enquête réalisée auprès des sages femmes	67
2.SYNTHESE ET ANALYSE DES RESULTATS		68
3.LA SAGE FEMME FACE A LA DYSTOCIE.....		72
3.1.	Les différents termes employés.....	72
3.2.	Le cadre législatif.....	73
3.2.1.	Les compétences générales de la sage femme	73
3.2.2.	Les droits de prescription de la sage femme	74
3.3.	Propositions.....	76
3.3.1.	Le gluconate de calcium®	76
3.3.2.	La place de l'ostéopathie.....	77
3.3.3.	Arbre décisionnel	78
CONCLUSION.....		82
BIBLIOGRAPHIE.....		84
TABLE DES MATIERES		88
ANNEXE 1.....		91
ANNEXE 2.....		92
ANNEXE 3.....		93
ANNEXE 4.....		95
ANNEXE 5.....		96
ANNEXE 6.....		100
ANNEXE 7.....		101

ANNEXE 1

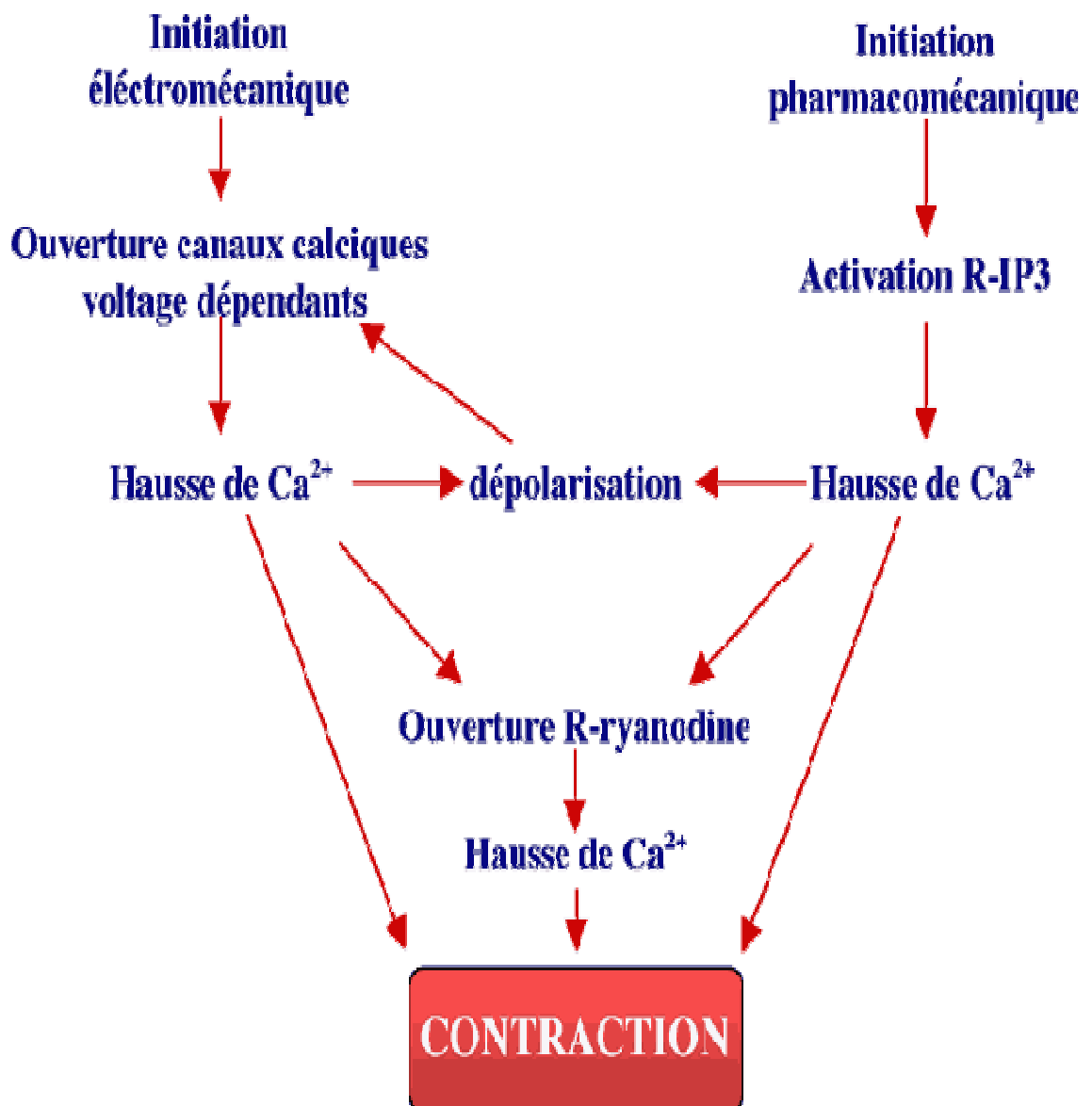
LES DIFFERENTES ETAPES DE LA CONTRACTION



1
2
3
4
v o l o d a t e n . c o m

ANNEXE 2

MODE D'INITIATION DE LA CONTRACTION DE LA CELLULE MUSCULAIRE LISSE



ANNEXE 3

LE PARTOGRAMME DE FRIEDMAN

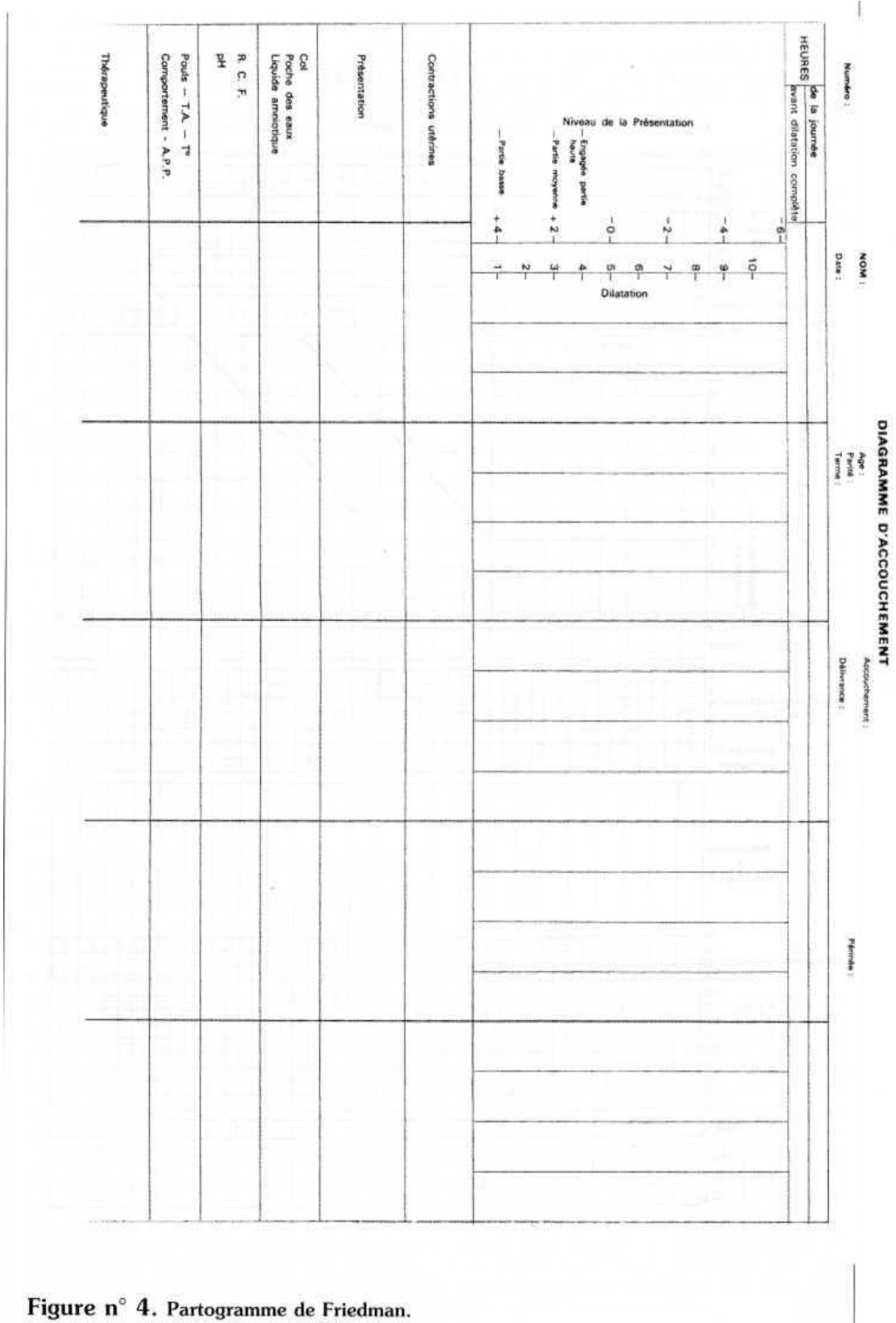


Figure n° 4. Partogramme de Friedman.

ANNEXE 4

LE PARTOGRAMME DE L'OMS

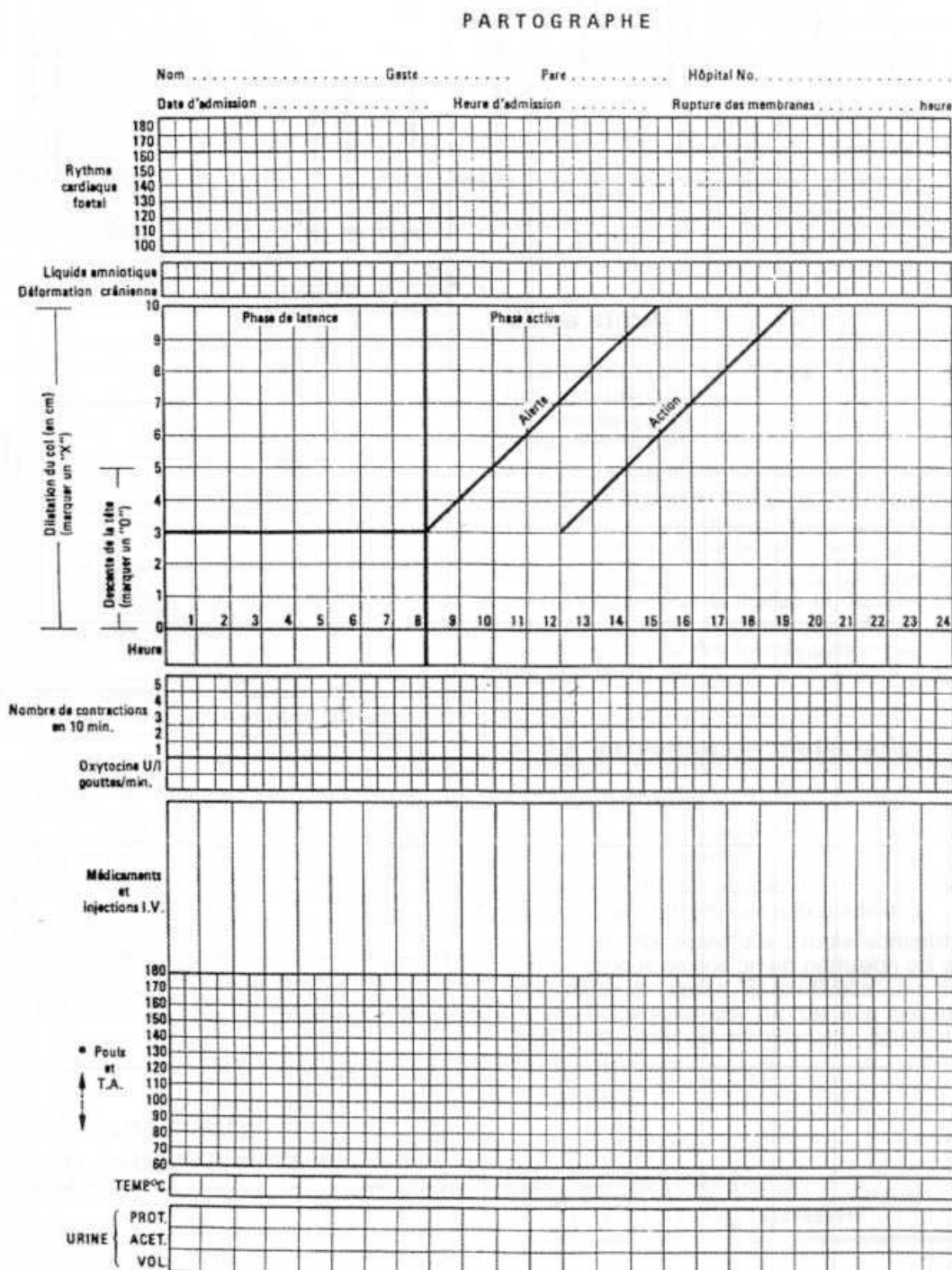


Figure n° 5. Le partogramme de l'OMS.

ANNEXE 5

FICHE DE RECUEIL POUR MON MEMOIRE DE FIN D'ETUDE : LA DYSTOCIE CERVICALE

Antécédents médicaux :

- ❖ Bassin cliniquement favorable : OUI
 NON
 NON RENSEIGNE

Antécédents obstétricaux et gynécologiques :

- ❖ Gestité :g. (inclure la grossesse actuelle).
- ❖ Parité : p. (inclure l'enfant à naître).
- ❖ Dystocie cervicale lors d'un AVB précédent : OUI
 NON
 NON RENSEIGNE
- ❖ Césarienne(s) : OUI
 NON
 - ❖ Si oui, indication de la 1^{ère} césarienne :
 - 2^{ème} césarienne :
- ❖ IVG chirurgicale ou curetage : OUI
 NON
 NON RENSEIGNE
- ❖ Conisation : OUI
 NON
 NON RENSEIGNE
- ❖ Autres cicatrices cervicales :
- ❖ Malformations utérines : OUI
 NON
 NON RENSEIGNE

La grossesse actuelle :

- ❖ Préparation à l'accouchement par homéopathie: OUI
 NON
 NON RENSEIGNE
 - Traitement :
 - Posologie :
 - Durée du traitement :
- ❖ Préparation à l'accouchement par acupuncture: OUI
 NON
 NON RENSEIGNE
- ❖ Autres préparations :
- ❖ Grossesse : SIMPLE MULTIPLE

- ❖ Présentation : CEPHALIQUE PODALIQUE
- ❖ Hydramnios : OUI NON
- ❖ Hauteur utérine supérieure à la normale : OUI NON
- ❖ Gabarit foetal supérieur au 90^{ème} percentile à la dernière échographie : OUI
 NON

Le travail :

- ❖ Age gestationnel : SA et jours révolus.
- ❖ Travail : SPONTANE DECLENCHE
 - Bishop au moment du déclenchement par ocytocine :
- ❖ Ya t'il eu une direction du travail ? OUI NON

Dystocie cervicale: (=arrêt de la dilatation, oedeme du col, agglutination du col, spasme du col)

- ❖ Dilatation : cm (au moment de la dystocie).
- ❖ Comportement maternel :
 NON RENSEIGNE
- ❖ Activité utérine : NORMAL
 HYPOCINESIE (de fréquence, d'intensité et ou de durée).
 HYPERCINESIE (de fréquence, d'intensité et ou de durée).
 Autres :
- ❖ Etat du col : SOUPLE
 TONIQUE
 CERCLANT à la CU
 OEDEMATIE
 EPAIS
 AUTRES :
- ❖ Présentation : APPLIQUEE
 FIXEE
 EN VOIE D'ENGAGEMENT
 ENGAGEE
- ❖ Prise en charge : Immédiate
 Au bout de heures.

Conduite à tenir proposée pour pallier à la dystocie cervicale présentée par la patiente :

- En 1^{ère} intention :

- ❖ APD : OUI NON DEJA POSEE à une dilatation de cm.
 - Type : DEBIT CONSTANT
 REINJECTIONS A LA DEMANDE
 PCEA
 - Réinjection : OUI NON

- ❖ RPDE : OUI NON DEJA REALISEE à une dilatation decm.

- ❖ Syntocinon : OUI NON DEJA MIS EN PLACE.

- ❖ Spasfon : OUI NON
 - Dosage : Ampoules
 - Type d'administration : IVD IVL
 - Si IVL, dilution avec :

- ❖ Gluconate de calcium : OUI NON
 - Dosage : Ampoules.
 - Type d'administration : IVD IVL
 - Si IVL, dilution avec :

- ❖ Césarienne : OUI NON

- ❖ Autres :

- ❖ Résultats au TV suivant:
 - Délai avant l'obtention d'un résultat :minutes.
 - Comportement maternel :
 NON RENSEIGNE.

 - Activité utérine : NORMAL
 HYPOCINESIE (de tous types).
 HYPERCINESIE (de tous types).
 Autres :

 - Etat du col : SOUPLE
 TONIQUE
 CERCLANT à la CU
 OEDEMATIE

- EPAIS
- AUTRES :
- REPRISE DE LA DILATATION

- **En 2^{ème} intention :**

- ❖ APD : OUI NON DEJA POSEE à une dilatation de ...cm.
 - Type : DEBIT CONSTANT
 - REINJECTIONS A LA DEMANDE
 - PCEA
 - Réinjection : OUI NON
- ❖ RPDE : OUI NON DEJA REALISEE à une dilatation de ...cm.
- ❖ Syntocinon : OUI NON DEJA MIS EN PLACE.
- ❖ Spasfon : OUI NON
 - Dosage : Ampoules
 - Type d'administration : IVD IVL
 - Si IVL, dilution avec :
- ❖ Gluconate de calcium : OUI NON
 - Dosage : Ampoules.
 - Type d'administration : IVD IVL
 - Si IVL, dilution avec :
- ❖ Césarienne : OUI NON
- ❖ Autres :
- ❖ Résultats au TV suivant:
 - Délai avant l'obtention d'un résultat :minutes.
 - Comportement maternel :
 - NON RENSEIGNE.
 - Activité utérine : NORMAL
 - HYPOCINESIE (de tous types).
 - HYPERCINESIE (de tous types).
 - Autres :
 - Etat du col : SOUPLE
 - TONIQUE
 - CERCLANT à la CU

- OEDEMATIE
- EPAIS
- REPRISE DE LA DILATATION
- AUTRES :

L'accouchement :

- ❖ Mode d'accouchement : AVB CESARIENNE
 - Motif de la césarienne : Stagnation de la dilatation de heures.
 - Défaut d'engagement
 - Altération du RCF
 - Autres :

❖ Poids de naissance :g

ANNEXE 6

FEUILLE DE CONSIGNES

Bonjour,

Actuellement en 3^{ème} année, je réalise mon mémoire de fin d'études sur les dystocies cervicales et leur prise en charge. Afin de réaliser au mieux ce travail je me permets de vous solliciter pour le recueil des données nécessaires à mon étude.

Cette étude prospective cible les dystocies cervicales de la phase active du travail c'est-à-dire à partir de 3 cm de dilatation cervicale. Le terme de dystocie cervicale englobe les anomalies de la dilatation cervicale, à savoir : les arrêts de la dilatation (à partir de 1 heure), les stagnations de la dilatation (à partir de 2 heures) et les dilatations lentes : moins de 1 cm par heure pour une primipare et moins de 1,5 cm par heure pour une multipare.

Sont incluses, toutes les patientes qui au cours d'un travail débuté après 37 semaines d'aménorrhée, présentent une anomalie de la dilatation cervicale comme décrite ci-dessus. Et sont donc exclues, les césariennes programmées et/ou les accouchements avant 37 semaines d'aménorrhée.

Cette étude va me permettre de faire un état des lieux des différentes prises en charge proposées pour pallier aux dystocies cervicales.

Je compte sur votre participation et vous remercie par avance pour votre précieuse collaboration.

Julie BOHLER

ANNEXE 7

QUESTIONNAIRE DESTINEE AUX SAGES FEMMES POUR MON MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Qu'est ce que pour vous une dystocie cervicale ?

.....
.....
.....

Qu'est ce que pour vous une dyscinésie cervicale ?

.....
.....
.....

Est-ce que pour vous dystocie cervicale = stagnation de la dilatation ? OUI
NON

Est-ce que pour vous dyscinésie cervicale = stagnation de la dilatation ? OUI
NON

Avez-vous la même prise en charge pour la stagnation la dystocie et la dyscnisésie cervicale ?

Si oui laquelle ?

.....
.....
.....

Si non : Prise en charge de la stagnation de la dilatation ?

.....
.....
.....

- Prise en charge de la dystocie cervicale ?

.....
.....
.....

- Prise en charge de la dyscinésie cervicale ?

.....
.....
.....