

**Le travail : mécanique
obstétricale - surveillance -
partogramme (Premier et
deuxième temps de la deuxième
étape du travail)**

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 01/03/11

Table des matières

SPECIFIQUES :	5
I Premier temps : l'engagement	7
I.1 Définition	7
I.2 Mécanisme de l'engagement	7
I.2.1 Concordance des axes	7
I.2.2 Accommodation du sommet	8
I.2.2.1 Variétés de présentation	8
I.2.2.2 Flexion	10
I.2.2.3 Asynclitisme	11
I.2.2.4 Déformation	12
I.2.3 Mouvements du bassin	12
I.2.3.1 Nutation	12
I.2.3.2 Contre-nutation	13
I.3 Diagnostic	13
I.3.1 Repères anatomiques	13
I.3.1.1 Mobile foetal	14
I.3.1.2 Bassin maternel	14
I.3.2 Diagnostic positif	14
I.3.2.1 Interrogatoire et palpation	15
I.3.2.2 Toucher vaginal	15
I.3.3 Délai d'engagement	17
II Deuxième temps : la rotation intrapelvienne	18
II.1 Définition	18
II.2 Mécanismes	18

II.2.1	Types de rotation.....	18
II.2.2	Théories de la rotation.....	19
III	Les postures maternelles	22
III.1	Objectifs.....	22
III.2	Clinique.....	22
III.2.1	Influence sur l'état hémodynamique.....	22
III.2.2	Influence sur la dynamique du travail.....	22
III.2.3	Influence sur la mécanique du travail.....	23
III.3	Pratique.....	23
IV	Surveillance du travail	24
IV.1	Objectifs.....	24
IV.2	Paramètres.....	24
IV.2.1	Eléments dynamiques.....	24
IV.2.1.1	Activité utérine.....	24
IV.2.1.2	Modifications cervicales.....	25
IV.2.2	Eléments mécaniques.....	25
IV.2.2.1	Mobile foetal.....	25
IV.2.2.2	Bassin.....	25
IV.2.2.3	Etat des membranes.....	25
IV.2.3	Bien-être foetal.....	26
IV.2.4	Bien-être maternel.....	26
IV.2.5	Thérapeutiques.....	26
IV.3	Outils.....	26
IV.3.1	Surveillance électronique.....	27
IV.3.1.1	Cardiotocographie (CTG).....	27
IV.3.1.2	Monitoring maternel.....	27
IV.3.1.3	Echographie en salle de naissance.....	27
IV.3.2	Partogramme.....	27

IV.3.2.1 Schéma de la progression du travail.....	28
IV.3.2.2 Synthèse des éléments de surveillance maternelle et foetal.....	30
IV.3.2.3 Outil d'aide à la décision et à la communication.....	31
IV.3.2.4 Fin du partogramme.....	31
V Annexes.....	33

PRÉ-REQUIS

- Anatomie du bassin obstétrical
- Le mobile foetal
- Le périnée
- Déterminisme de la parturition - diagnostic du travail
- Étude de la contraction utérine
- La première étape du travail : Phénomènes dynamiques - effacement - dilatation du col

OBJECTIFS

SPECIFIQUES :

- Établir la physiologie du travail
- Connaître les phénomènes mécaniques de la deuxième étape du travail
- Diagnostiquer l'engagement
- Établir l'utilité des positions au cours du travail
- Utiliser les outils cliniques et para-cliniques de la surveillance du travail

INTRODUCTION

Le travail et l'accouchement sont les étapes qui terminent la grossesse. Ils permettent la naissance de l'enfant et l'expulsion des annexes fœtales. Classiquement, le travail est divisé en 3 étapes :

- la première correspondant aux phénomènes dynamiques permettant l'effacement et la dilatation du col ;
- la deuxième correspondant aux phénomènes mécaniques permettant l'engagement, la descente et l'expulsion de la présentation ;
- et la troisième permettant l'expulsion des annexes fœtales. Les anglo-saxons nomment ainsi « fourth stage of labor » la période du post-partum immédiat jusqu'à la stabilisation des constantes maternelles.

La deuxième étape du travail est elle-même divisée en 3 temps :

- le passage du détroit supérieur du bassin ;
- la rotation intra-pelvienne de la présentation fœtale (ici le sommet) ;
- **et l'expulsion de la tête fœtale hors des voies génitales maternelles.**

Après avoir étudié le principal obstacle à l'accouchement, qui est le col, dans le chapitre précédent ; et avant d'étudier le franchissement du périnée, constituant l'expulsion ; nous allons donc étudier les phénomènes mécaniques régissant la descente du mobile fœtal à travers la filière pelvienne.

Ces phénomènes vont voir une adaptation du mobile fœtal au bassin osseux maternel, mais aussi aux parties molles de la filière pelvienne et génitale ; ainsi qu'un travail des contractions utérines poussant le fœtus hors des voies génitales.

I PREMIER TEMPS : L'ENGAGEMENT

I.1 DÉFINITION

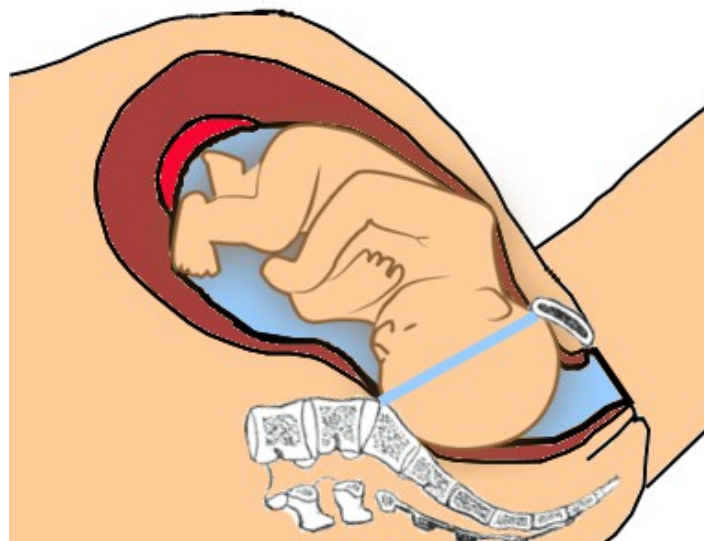
Une présentation est « engagée » lorsque sa plus grande circonférence passant par les bosses pariétales a franchi le plan du détroit supérieur.

Le plus grand diamètre de la présentation du sommet fléchi est le diamètre passant par les deux bosses pariétales : le diamètre sous-occipito-bregmatique.

En savoir plus : L'anatomie du crâne du fœtus - développement du fœtus : http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/dev_foetus/site/html/1.html.

L'engagement du sommet est donc le passage du détroit supérieur par le diamètre sous-occipito-bregmatique.

Figure 1 :



Source : UVMaF

I.2 MÉCANISME DE L'ENGAGEMENT

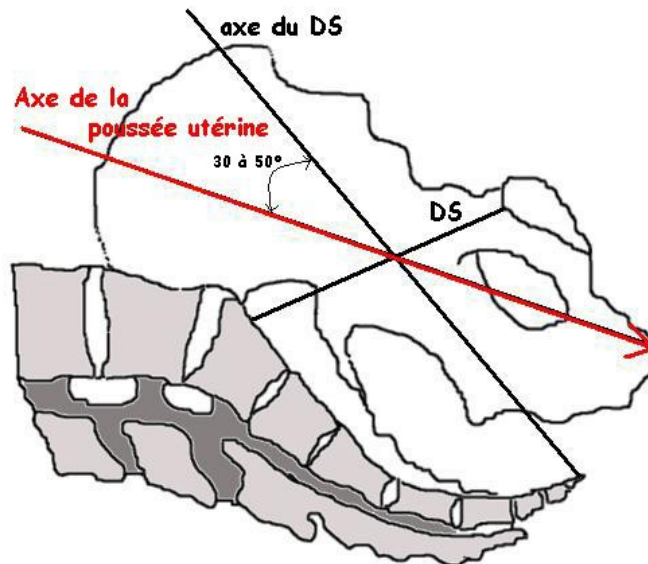
I.2.1 Concordance des axes

L'engagement va être permis grâce à la poussée utérine, générée par les contractions utérines, une fois la première étape du travail terminée.

Contrairement aux autres grands mammifères, chez l'être humain, l'anatomie du bassin est telle que cet axe ne correspond pas à l'axe d'engagement dans le détroit supérieur.

En effet, l'axe d'engagement, perpendiculaire au détroit supérieur, croise l'axe de poussée utérine selon un angle variant entre 30 et 50°. Ce dernier étant plus incliné vers l'avant du bassin.

Figure 2 :



Source : UVMaF

La variation de cet angle peut être due à la position de l'utérus (antéversé ou latéro-dévié) et par la statique pelvienne (mouvements de nutation et de contre-nutation) et maternelle (hyperlordose lombaire).

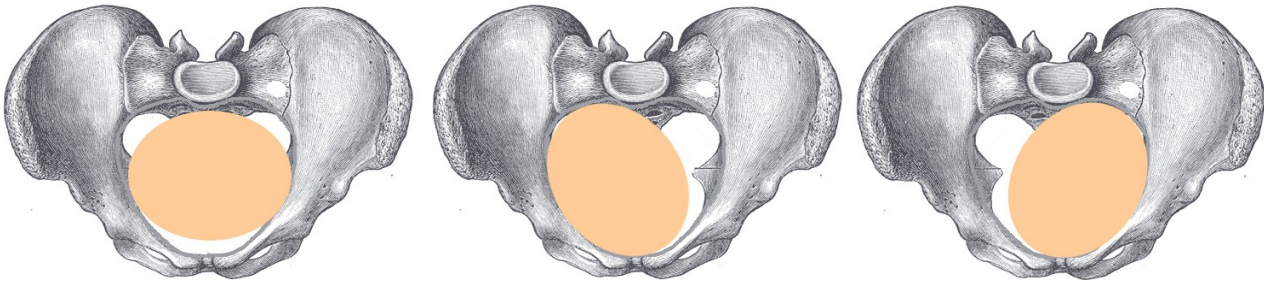
Ainsi, la contraction utérine a tendance à pousser la présentation fœtale contre la symphyse pubienne. Pour pouvoir pénétrer dans la filière pelvienne, le sommet doit donc s'accommoder aux obstacles osseux qui lui sont opposés.

I.2.2 Accommodation du sommet

I.2.2.1 Variétés de présentation

Afin de se présenter dans un diamètre plus favorable à l'engagement, et parce qu'il est gêné par la saillie du promontoire, le fœtus doit faire correspondre les plus grands diamètres de son crâne aux plus grands diamètres du détroit supérieur qui sont les diamètres obliques droit et gauche.

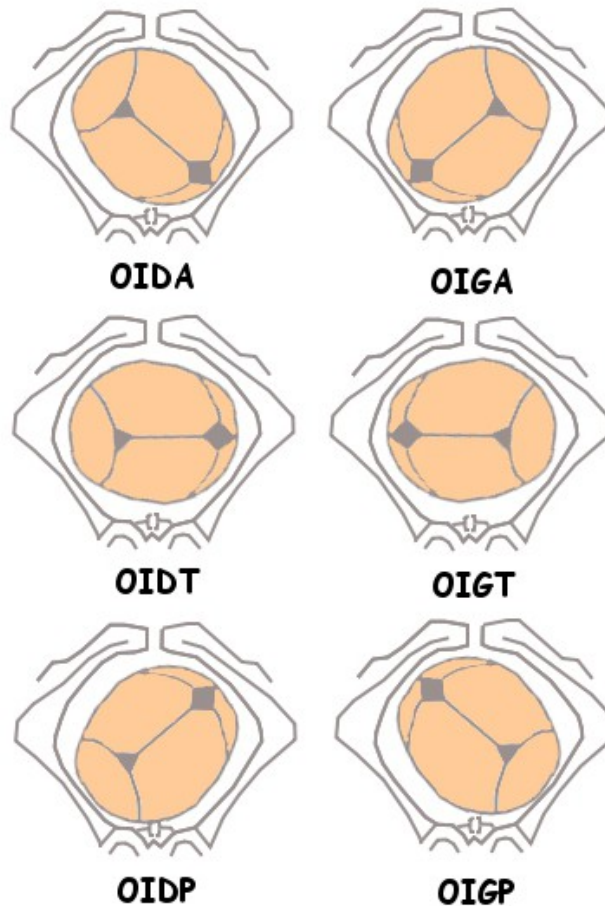
Figure 3 :



Source : Wikipédia et UVMaF

Ainsi, selon l'orientation du côté du dos fœtal, la présentation du sommet peut se décliner en 4 grandes variétés : occipito-iliaque gauche antérieure (OIGA) et occipito-iliaque droite postérieure (OIDP) pour le diamètre gauche du bassin maternel ; et occipito-iliaque droite antérieure (OIDA) et occipito-iliaque gauche postérieure (OIGP) pour le diamètre droit du bassin maternel. Il est décrit 2 variétés accessoires : occipito-iliaque gauche transverse (OIGT) et occipito-iliaque droite transverse (OIDT).

Figure 4 :



Source : UVMaF

1.2.2.2 Flexion

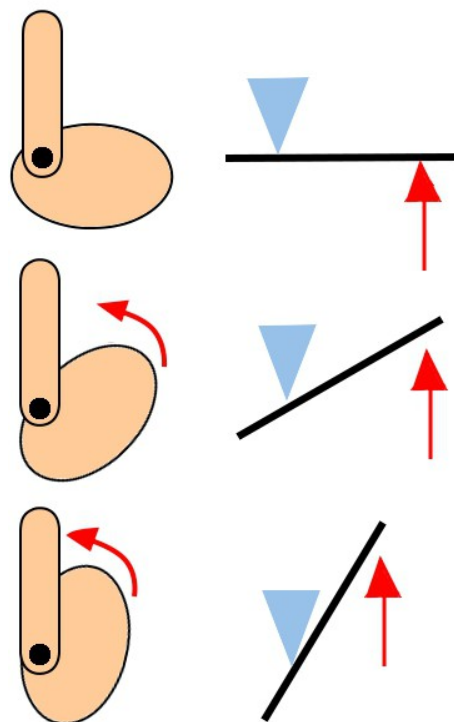
Afin de présenter ses diamètres les plus favorables à l'engagement, le fœtus doit fléchir sa tête. En effet, le diamètre sous-occipito-bregmatique est le plus petit des diamètres de la tête fœtale. Même si l'attitude du fœtus in utero est un enroulement sur lui-même, et donc une tendance à la flexion céphalique, une flexion complémentaire se fait au moment de l'engagement.

Cette diminution des dimensions céphaliques fœtales s'obtient grâce à plusieurs théories mécaniques.

1.2.2.2.1. Théorie des Leviers

Les mouvements de flexion de la tête se faisant grâce à l'articulation atloïdo-occipitale ; et le front étant plus éloigné que l'occiput de cette articulation ; lorsque la poussée utérine applique la tête fœtale sur le détroit supérieur, la réaction de contre-pression sur la tête fœtale a tendance à pousser le front plutôt que l'occiput. Ainsi, le front se rapproche du reste du corps fœtal et réalise un effort de flexion complémentaire.

Figure 5 :



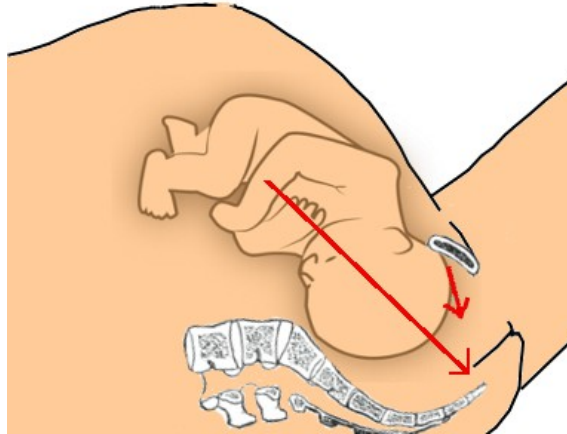
Source : UVMaF

1.2.2.2.2. Théorie de Jarrousse

Valable pour les variétés antérieures de présentation, cette théorie se base sur la décomposition des forces en présence lors de l'application de la tête fœtale contre la symphyse pubienne par la poussée utérine.

La réaction aux forces de frottements appliquées sur la tête fœtale a tendance à fléchir la tête jusqu'à ce que l'occiput entre en contact avec la symphyse pubienne et freine cette force de flexion.

Figure 6 :



Source : UVMaF

1.2.2.3. Flexion des variétés postérieures

L'attitude fléchie du fœtus in utero est moins importante dans les variétés de présentation postérieures (OIGP et OIDP). En effet, le dos fœtal est en regard de la lordose lombaire maternelle (convexité antérieure dans le plan sagittal) et l'attitude générale de l'enfant à naître a donc une tendance à la déflexion de la tête par rapport au tronc.

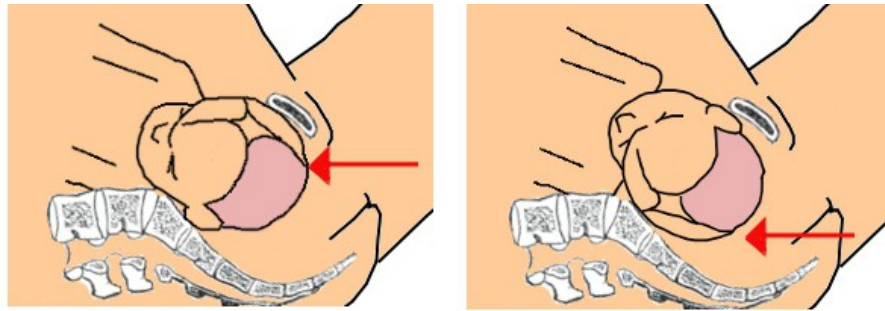
Ainsi les variétés postérieures peuvent être moins bien fléchies que les variétés antérieures. Malgré tout, et tardivement, le frottement du front sur la symphyse pubienne permet une flexion incomplète de la présentation.

1.2.2.3 Asynclitisme

De manière inconstante, une inclinaison latérale de la tête par rapport au plan du détroit supérieur peut se produire afin de faciliter l'engagement.

On parle d'asynclitisme quand la suture sagittale est déplacée latéralement par rapport à l'axe du détroit supérieur. Il peut être antérieur quand c'est la bosse pariétale antérieure qui se présente avant la bosse pariétale postérieure (donc si la suture sagittale est plus proche du sacrum). Il est postérieur quand c'est la bosse pariétale postérieure qui se présente en avant (donc si la suture sagittale est plus proche du pubis).

Figure 7 :



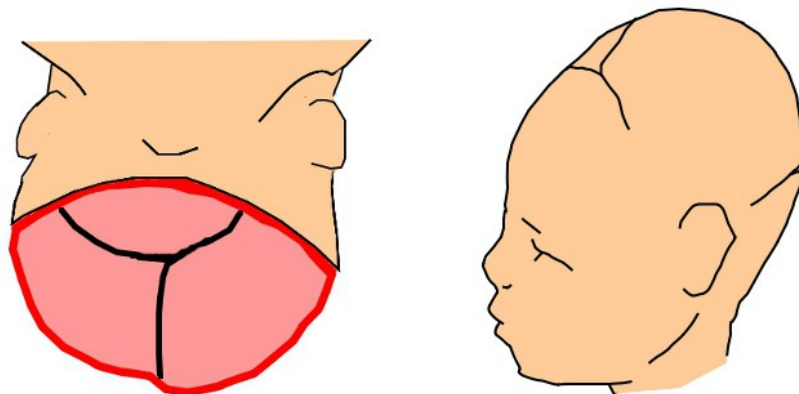
Source : Wikipédia et UVMaF

I.2.2.4 Déformation

De manière inconstante, l'absence de soudure entre les os du crâne et la présence des fontanelles permet au crâne fœtal de se modeler légèrement en fonction de son environnement.

Ainsi, les variétés antérieures présentent une déformation sagittale du crâne, lui donnant une forme en « pain de sucre ».

Figure 8 :



Source : UVMaF

I.2.3 Mouvements du bassin

La nutation et la contre-nutation sont des mouvements du bassin possibles grâce, essentiellement, aux articulations sacro-iliaques.

I.2.3.1 Nutation

Ce mouvement du bassin est obtenu en fléchissant les cuisses sur le bassin. Les déplacements des pièces osseuses diffèrent si le sacrum reste fixe ou non, mais les conséquences restent les mêmes : une diminution du diamètre promonto-rétro-pubien, une augmentation du diamètre sous-sacro-sous-pubien et une amélioration de la concordance entre l'axe du détroit supérieur et l'axe de poussée utérine.



Prochainement ici se trouvera des illustrations

Ce mouvement augmente donc le diamètre du détroit inférieur, diminue celui du détroit supérieur, mais surtout fait coïncider les axes permettant l'engagement.

I.2.3.2 Contre-nutation

Ce mouvement est obtenu par l'extension des cuisses sur le bassin. Il en résulte un écartement des os coxaux et un rapprochement des tubérosités ischiatiques. Ainsi les conséquences sont une augmentation du diamètre promonto-rétro-pubien, une diminution du diamètre sacro-pubien, une diminution du diamètre bi-ischiatique.



Prochainement ici se trouvera des illustrations

Ainsi même s'il agrandit le détroit supérieur, ce mouvement ne favorise pas la concordance entre l'axe du détroit supérieur et l'axe de poussée utérine.

I.3 DIAGNOSTIC

Le diagnostic d'engagement est d'une valeur pronostique très élevée pour la voie d'accouchement. Il est donc important de pouvoir réaliser un diagnostic certain.

I.3.1 Repères anatomiques

I.3.1.1 Mobile foetal

La position de la présentation fœtale par rapport au détroit supérieur impose une classification de son approche et de son engagement.

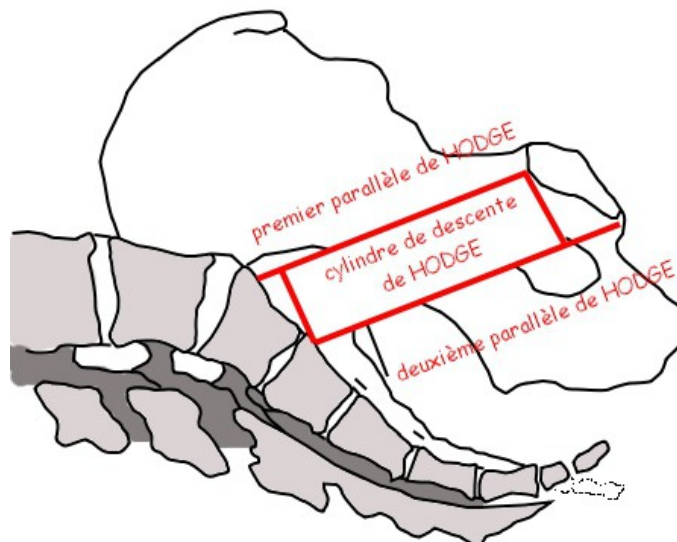
On parle :

- de tête mobile lorsque le toucher vaginal ne permet pas, ou peu, de toucher la présentation : on trouve l'excavation pelvienne vide.
- de tête appliquée, ou amorcée, lorsque le toucher vaginal permet de sentir la présentation au contact de l'aire du détroit supérieur ; et qu'il est encore possible de la refouler.
- de tête fixée lorsque le toucher vaginal ne peut plus refouler la présentation, alors qu'elle n'est pas diagnostiquée comme engagée.

I.3.1.2 Bassin maternel

L'engagement se fait à travers un cylindre anatomique (le cylindre de descente de Hodge) limité en haut par le diamètre promonto-rétro-pubien (défini comme étant le premier parallèle de Hodge), et limité en bas par la ligne parallèle au diamètre promonto-rétopubien qui passe par le bord inférieur de la symphyse pubienne (deuxième parallèle de Hodge).

Figure 9 :



Source : UVMaF

I.3.2 Diagnostic positif

I.3.2.1 Interrogatoire et palpation

Puisque le fœtus descend dans l'excavation pelvienne, il peut être constaté à l'interrogatoire une gêne sous-costale diminuée pour la mère, ainsi qu'une accentuation de la gêne au niveau pelvien.

Par le même phénomène, la hauteur utérine sera diminuée de quelques centimètres par rapport à l'examen d'entrée en salle de naissance.

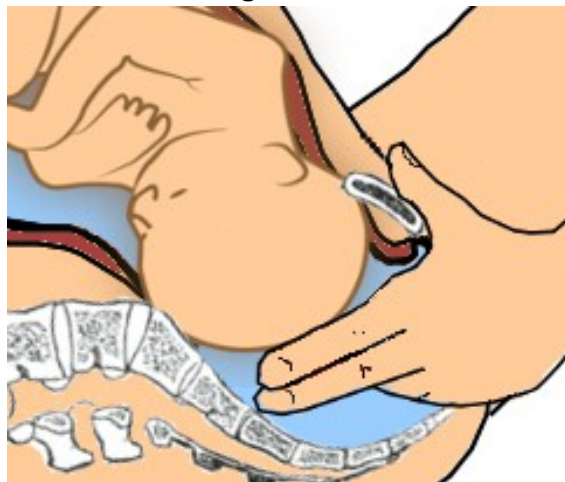
Le principal signe clinique d'engagement à la palpation est le Signe de Favre : « Quand la hauteur de l'épaule (par rapport au bord supérieur du pubis) est de plus de 7 centimètres, la tête n'est pas engagée. Quand elle est de moins de 7 centimètres, l'engagement est fait. ».

I.3.2.2 Toucher vaginal

Plusieurs signes sont utilisés au toucher vaginal pour diagnostiquer l'engagement. Certains sont difficiles à interpréter car peu précis.

- L'obstruction, par la présentation fœtale, de l'accès au détroit supérieur en passant le **doigt derrière la symphyse pubienne** est un signe imprécis, d'autant plus si l'ogive pubienne est serrée et que la présentation doit donc trouver son diamètre d'engagement en comblant d'autant plus un des sinus sacro-iliaque.
- Le **signe de Farabeuf** décrit l'engagement lorsque seulement 2 doigts trouvent place entre la présentation fœtale et le plan sacro-coccygien.

Figure 10 :

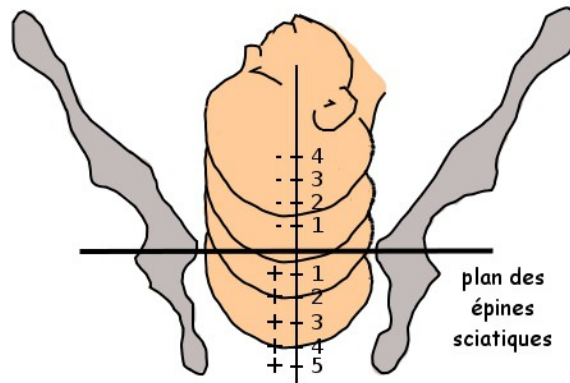


Source : Wikipédia et UVMaF

- L'étude du plan passant par les épines sciatiques peut permettre de déterminer la position de la présentation dans la filière pelvienne. La tête fœtale est engagée lorsque le sommet atteint le niveau des épines sciatiques. C'est le niveau 0 par rapport au **plan des épines sciatiques**. En reprenant la classification proposée

dans le chapitre 1.3.1.1., la présentation est mobile lorsqu'elle est au niveau -5 cm par rapport au plan des épines sciatiques. Se basant sur un repère anatomique établi, ce signe peut paraître fiable, même si une certaine expérience clinique est nécessaire pour réaliser cette étude.

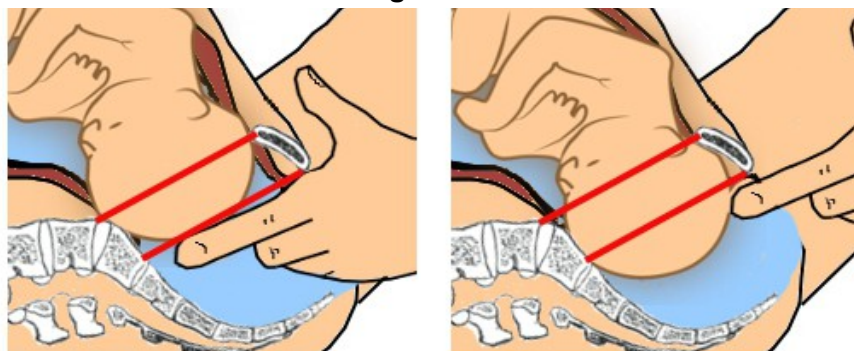
Figure 11 :



Source : UVMaF

- Le **signe de Demelin** utilise le cylindre de descente de Hodge et un repère anatomique fixe (la symphyse pubienne) et semble donc présenter le rapport précision/facilité de réalisation le plus intéressant. Le pouce est placé contre la symphyse pubienne ; et l'index, perpendiculaire, va suivre le trajet du deuxième parallèle de Hodge. S'il bute contre la présentation, alors celle-ci est engagée.

Figure 12 :



Source : Wikipédia et UVMaF

- Il est à noter que la présence d'une bosse séro-sanguine peut induire un faux diagnostic d'engagement.

I.3.3 Délai d'engagement

Le dépistage des pathologies de l'engagement est primordial afin d'améliorer le pronostic des mères et des enfants.

Toute patiente présentant, à dilatation complète, une dynamique utérine normale et dont l'engagement n'a pas été constaté après 45 minutes, présente une dystocie d'engagement.

II DEUXIÈME TEMPS : LA ROTATION INTRAPELVIENNE

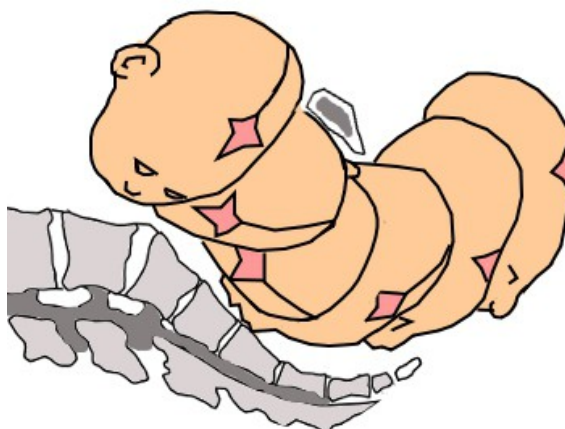
II.1 DÉFINITION

Comme l'engagement permet à la présentation d'entamer sa descente dans la filière pelvienne, le dégagement de la présentation correspond au moment où celle-ci sort de cette filière et est expulsée via le détroit inférieur du bassin.

L'étude de l'engagement nous a permis de définir que le diamètre antéro-postérieur de la présentation du sommet (le sous-occipito-bregmatique) s'engage dans le bassin dans l'axe le plus favorable : l'axe oblique du détroit supérieur.

Le dégagement du sommet se faisant dans un axe, imposé par l'anatomie du périnée, antéro-postérieur représenté par le diamètre pubo-coccygien ; la présentation doit donc nécessairement réaliser une rotation entre son engagement et son dégagement. En effet, le plancher pelvien est constitué de muscles (releveurs de l'anus et ischio-coccygiens) qui dessinent un plan en forme de hamac (ou de carène de navire) perforé par la boutonnière uro-génitale, tous deux dans un axe antéro-postérieur.

Figure 13 :



Source : UVMaF

Le dégagement du sommet s'effectue selon deux variétés de présentation : l'occiput foetal en regard du pubis maternel ou variété occipito-pubienne (occipito-pubienne), variété dont

la prévalence est la plus élevée quelle que soit la variété d'engagement ; et l'occiput foetal en regard du sacrum maternel ou occipito-sacrée (occipito-sacrée).

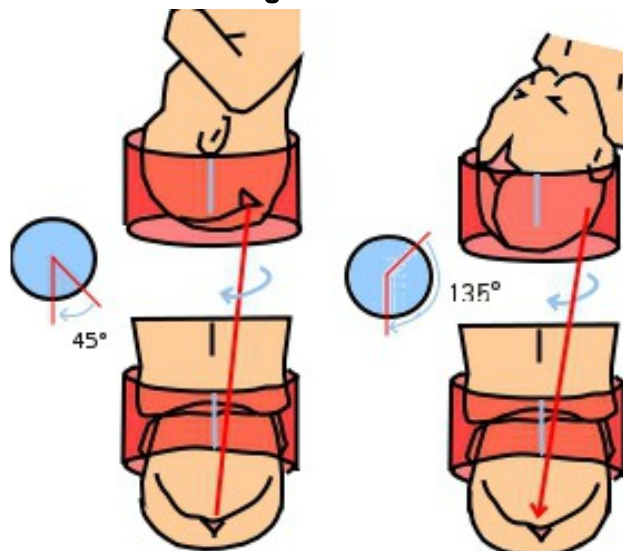
II.2 MÉCANISMES

II.2.1 Types de rotation

Les variétés de présentation à l'engagement (OIGA, OIDP, OIDA et OIGP dans l'ordre de fréquence) et la possibilité que la présentation se dégage en OP ou en OS impliquent différents types de rotation.

Ainsi toutes les variétés de position antérieures (OIGA et OIDA) tournent, après une rotation de 45° , en OP ; tout comme 97% des variétés de position postérieures (OIGP et OIDP) après une rotation de 135° .

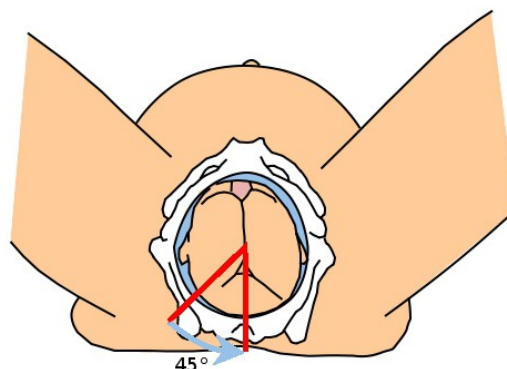
Figure 14 :



Source : UVMaF

Trois pour cent des variétés postérieures tournent en occipito-sacrée après une rotation de 45° .

Figure 15 :



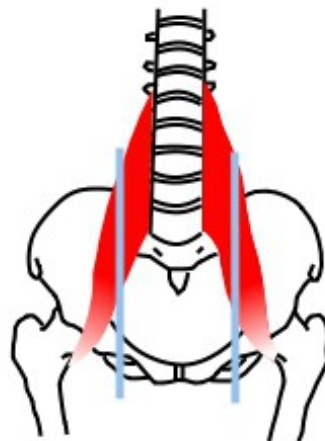
Source : UVMaF

II.2.2 Théories de la rotation

La rotation, obligatoire, se fait concomitamment à la descente de la présentation dans la filière pelvienne. Elle peut se réaliser à des niveaux variables selon les situations : haute dans l'excavation, sur le périnée, ou progressivement.

- Les rotations hautes peuvent être expliquées par la **théorie du plan lombo-aortique** de Polosson et Trillat. Cette théorie explique que le corps fœtal glisse dans un plan anatomique incliné en bas en avant et en dedans. Dans le cadre des variétés d'engagement occipito-postérieures, le dos fœtal va alors tourner vers l'avant et faire tourner la tête solidaire du corps vers l'avant.

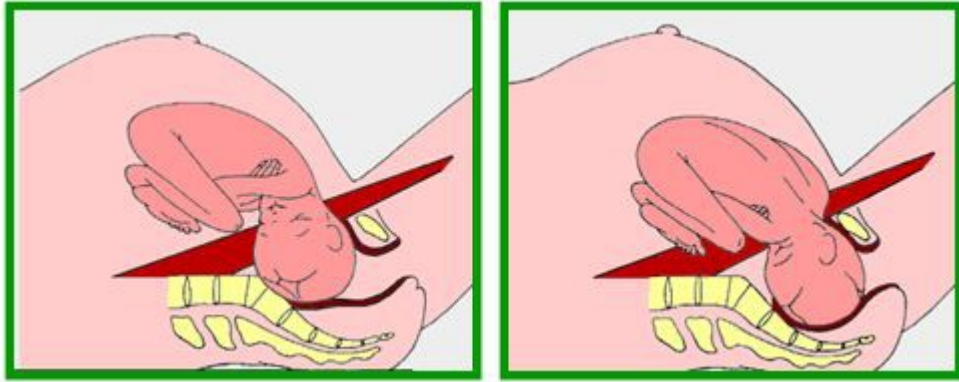
Figure 16 :



Source UVMaF

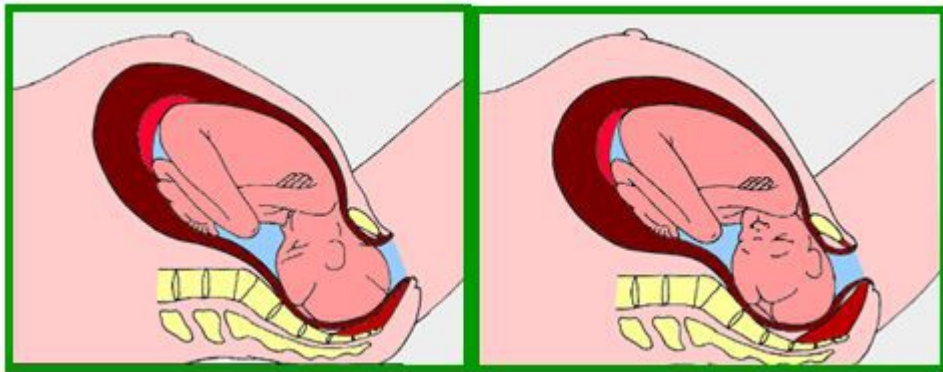
- Les rotations basses peuvent être expliquées par la **théorie du plancher pelvien** de Varnier. Elle explique que la forme et la tonicité de la carène des releveurs obligent la présentation à tourner dans un axe antéro-postérieur.

Figure 17



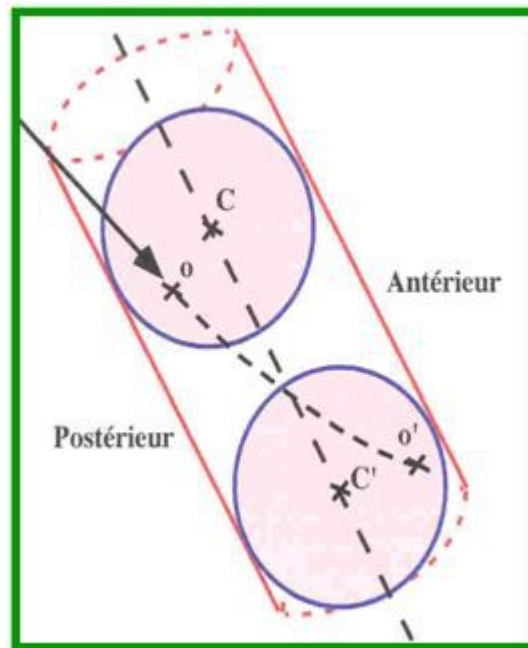
- Les rotations progressives peuvent être expliquées par la **théorie de l'appui pelvien** de Jarrouse. Elle explique la rotation de la tête fœtale par sa soumission à une force dont le point d'appui est excentré par rapport à l'axe du bassin.

Figure 18 :



- Enfin la rotation résulte de la réaction des forces soumettant la propulsion de la tête fœtale contre la symphyse pubienne. Selon le degré de flexion de la présentation, la pression exercée par cette réaction a un effet plus ou moins important. Moins la présentation est fléchie, moins le bras de levier frontal est sollicité par la force de réaction, moins la présentation tourne.

Figure 19



Ainsi, la rotation dépend du degré de flexion et seules les présentations bien fléchies tournent vers l'avant. La force de la réaction de l'arc antérieur du bassin dépend de la force de la poussée utérine.

Au total, pour qu'une présentation descende dans le bassin, elle doit tourner. Pour qu'une présentation tourne en avant, elle doit être fléchie et accompagnée d'une dynamique utérine suffisante. Par ailleurs, les postures maternelles doivent être adaptées à la mécanique obstétricale.

III LES POSTURES MATERNELLES

III.1 OBJECTIFS

La mécanique obstétricale met en jeu différents paramètres qui restent constamment interconnectés : la dynamique utérine, le bassin maternel, le mobile fœtal, la douleur maternelle.

Jusqu'au milieu du XVII^e siècle, les femmes, non entravées, déambulaient spontanément durant le travail et accouchaient en position verticale. Après une période durant laquelle les patientes étaient soumises à une technologie débutante, cette dernière s'est considérablement développée et permet désormais d'accompagner les patientes dans leur désir de mobilisation.

III.2 CLINIQUE

La posture a une importance sur l'évolution du travail et le bien-être psychique, mais aussi physique de la patiente.

III.2.1 Influence sur l'état hémodynamique

Les positions diminuant la perfusion utéro-placentaire peuvent avoir un effet sur les bien-être maternel et fœtal : décubitus dorsal, pratiques respiratoires particulières (apnée, hyperventilation), stagnation du retour veineux.

La mobilisation des membres inférieurs, par la déambulation par exemple, est un moyen d'éviter la stase veineuse pendant le travail ; tout comme éviter les positions empêchant le retour veineux.

Enfin la respiration, même si elle est souvent contrôlée, dans un but analgésique, ne doit pas se faire au détriment des besoins de l'organisme.

III.2.2 Influence sur la dynamique du travail

La psychoprophylaxie obstétricale instaurée au milieu du XXe siècle a permis la réduction du temps du travail chez les primipares grâce à l'introduction, pendant le travail, de techniques de relaxation et respiratoires particulières.

En effet, la respiration a une influence sur la stimulation de l'utérus pendant et en dehors des contractions. La détente maternelle est donc importante entre chaque contraction utérine (afin de ne pas stimuler les fibres musculaires et les désynchroniser) ; alors que la force contractile est plus importante si l'utérus se voit stimulé par le diaphragme et les mouvements des côtes.

III.2.3 Influence sur la mécanique du travail

Toute posture doit avoir comme objectif l'amélioration de la concordance de l'axe de poussée utérine et de l'axe d'engagement.

Ainsi la diminution de la lordose lombaire peut permettre d'atteindre cet objectif.

La position du mobile fœtal, en variété antérieure ou postérieure, a une influence sur les moyens qu'il a de s'engager. Ainsi dans les variétés postérieures, l'antéversion du bassin, ou son inclinaison latérale peut permettre une meilleure flexion de la présentation si elle retarde le contact du front avec le détroit supérieur. Par contre, l'antéversion du bassin dans les variétés antérieures peut entraîner une moins flexion moins complète.

III.3 PRATIQUE

Ainsi il faut garder à l'esprit que toute activité annexe doit être adaptée afin qu'elle n'influence pas de manière défavorable l'hémodynamique utéro-placentaire, la dynamique ou la mécanique du travail.

Une connaissance parfaite de la mécanique et de ses principes ainsi qu'une étude de chaque parturiente doit permettre de réaliser les bons choix posturaux afin d'améliorer les pronostics obstétricaux.

Certaines positions maternelles favorisent les rotations :

- latéro-ventrales
- quatre pattes (variétés postérieures)
- accroupie suspendue et penchée en avant

Certaines positions maternelles sont antalgiques :

- appuis sur le sacrum
- hyper-extension sur rachis

Certaines positions favorisent l'engagement de la présentation :

- nutation
- aligner sacrum et rachis pour diminuer l'hyperlordose (position de Rosa)
- position gynécologique avec une flexion de hanche $> 90^\circ$
- postures asymétriques

Le choix d'une posture doit être fait en connaissant ses implications sur le mobile fœtal (tête et tronc), sur le bassin maternel, et sur leurs interactions.

IV SURVEILLANCE DU TRAVAIL

IV.1 OBJECTIFS

Les différentes étapes du travail doivent bénéficier d'une surveillance clinique et paraclinique. Cette surveillance a pour objectifs :

- l'évaluation du bien-être maternel et fœtal
- le dépistage d'anomalie(s) dynamique(s)
- le dépistage d'anomalie(s) mécanique(s)
- l'évaluation de la tolérance et de l'efficacité des éventuelles thérapeutiques mises en place

IV.2 PARAMÈTRES

IV.2.1 Éléments dynamiques

IV.2.1.1 Activité utérine

Au niveau clinique, l'interrogatoire permet de repérer la fréquence des contractions utérines et d'apprécier leur durée. La palpation donne une appréciation plus fine de l'intensité et de la durée des contractions, et permet surtout de vérifier la phase de relâchement entre celles-ci et le tonus utérin de base.

En savoir plus : L'étude de la contraction utérine : http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/travail_debut/site/html/1.html

Enfin, l'ampliation du segment inférieur, examiné au toucher vaginal, est un bon reflet de l'activité utérine.

Au niveau paraclinique, la tocographie externe ou interne permettent d'objectiver l'ensemble de ces éléments : le tonus de base, la fréquence, l'amplitude, l'intensité (tocographie interne), et la durée.

En savoir plus : L'enregistrement et l'analyse du rythme cardiaque foetal : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/rcf/site/html>

IV.2.1.2 Modifications cervicales

Le toucher vaginal évalue la position, la consistance, l'effacement et la dilatation du col au cours du temps. Ces modifications cervicales sont le reflet de l'efficacité du moteur utérin sur l'avancée du travail.

En savoir plus : - phénomènes dynamiques http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/travail_debut/site/html/

IV.2.2 Eléments mécaniques

IV.2.2.1 Mobile foetal

La palpation et le toucher vaginal, voire l'échographie, permettent le diagnostic des variétés de présentation au cours des deux premières étapes du travail.

La descente du mobile foetal dans l'excavation pelvienne est aussi évaluée et permet l'établissement et l'évaluation au cours du travail du pronostic d'accouchement.

L'ampliation du segment inférieur en début de travail est aussi pronostic de la bonne confrontation céphalo-pelvienne.

IV.2.2.2 Bassin

Même s'il est préconisé de réaliser un examen du bassin obstétrical en fin de grossesse, le changement probable d'opérateur le jour de l'accouchement, peut nécessiter la réalisation d'un nouvel examen. Chez les patientes sous analgésie péridurale, cet examen est facilité.

En savoir plus : L'examen du bassin <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/bassinobstetrical/site/html/6.html>

Ainsi, l'étude clinique du bassin au cours du travail participe à la décision de prise en charge posturale ou médicamenteuse, visant à améliorer le passage du mobile fœtal.

IV.2.2.3 Etat des membranes

L'état des membranes est aussi surveillé au cours du travail. La qualité de la poche des eaux (poche de liquide amniotique se trouvant entre la présentation et le col) bombante ou non, ainsi que le moment et le moyen de sa rupture sont des éléments essentiels à l'établissement du pronostic et de la prise en charge obstétricale.

IV.2.3 Bien-être foetal

Ses principaux moyens d'évaluation sont :

- enregistrement et analyse de l'activité cardiaque foetale
- variation de couleur et quantité du liquide amniotique

Dans certaines situations, certains moyens d'étude de deuxième ligne peuvent être utilisés : mesure du pH au scalp, lactatémie, analyse de l'ECG fœtal, oxymétrie de pouls foetale...

En savoir plus : L'enregistrement et analyse du rythme cardiaque foetal, pHmétrie, oxymétrie : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/rcf/site/html>

IV.2.4 Bien-être maternel

Les constantes sont un excellent reflet de l'état maternel. Ainsi, la tension artérielle, le pouls et la température sont vérifiés régulièrement. Le rythme est à adapter selon le contexte clinique (risque infectieux pour la température, analgésie péridurale pour la tension, par exemple).

L'évaluation du bien-être maternel comprend aussi :

- son ressenti de la douleur (une échelle analogique d'évaluation de la douleur peut être utilisée au cours du travail)
- son état de jeûn (apport entéral, apport veineux)
- son vécu psychique

- son confort physique et psychologique
- son comportement

IV.2.5 Thérapeutiques

De nombreuses thérapeutiques peuvent être utilisées au cours du travail. En fonction des pratiques, des patientes, des indications, elles peuvent se présenter sous différentes formes : médicamenteuses, posturales, médecine chinoise, accompagnement psychologique... Elles visent en priorité à traiter les anomalies dynamiques, mécaniques ou la douleur.

Leur voie, leur mode d'administration et leur efficacité doivent être vérifiés régulièrement au cours du travail.

IV.3 OUTILS

IV.3.1 Surveillance électronique

IV.3.1.1 Cardiotocographie (CTG)

C'est l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et de l'activité utérine durant les deux premières étapes du travail.

Il permet en premier lieu l'analyse de la quantité et de la qualité des contractions utérines, ainsi que la détermination de leur état physiologique ou non.

Cette analyse est nécessaire à l'étude du rythme cardiaque fœtal, permettant de dépister les états pathologiques durant le travail.

En savoir plus : L'enregistrement et analyse du rythme cardiaque foetal, pHmétrie, oxymétrie : <http://www.uvmf.org/UE-obstetrique/rcf/site/html>

IV.3.1.2 Monitoring maternel

Moyen de surveillance automatisé de l'état maternel, il peut être utilisé en complément de l'analyse du rythme cardiaque fœtal lorsque l'enregistrement ultrasonographique par capteur externe est de mauvaise qualité afin de différencier RCF et RCM.

IV.3.1.3 Echographie en salle de naissance

La pratique de l'échographie en salle de naissance a sa place dans un grand nombre de situations d'urgence ou pathologiques :

- complément d'analyse, en début de travail, des annexes fœtales (placenta, quantité de liquide amniotique),
- complément d'analyse de l'état fœtal suite à des anomalies du CTG,
- diagnostic de variété de présentation, rendu difficile à cause d'une bosse séro-sanguine, par exemple.

IV.3.2 Partogramme

L'OMS définit le partogramme comme étant l'« enregistrement graphique des progrès du travail et des principales données sur l'état de la mère et du fœtus ».

Il s'agit donc d'un document médico-légal de référence qui permet de :

- synthétiser les éléments de surveillance maternelle et fœtale
- schématiser la progression du travail
- aider à la prise de décision
- faciliter le travail en équipe

Ses caractéristiques sont par ailleurs utiles pour l'enseignement, dans les travaux de recherche clinique et lors d'évaluation des pratiques professionnelles.

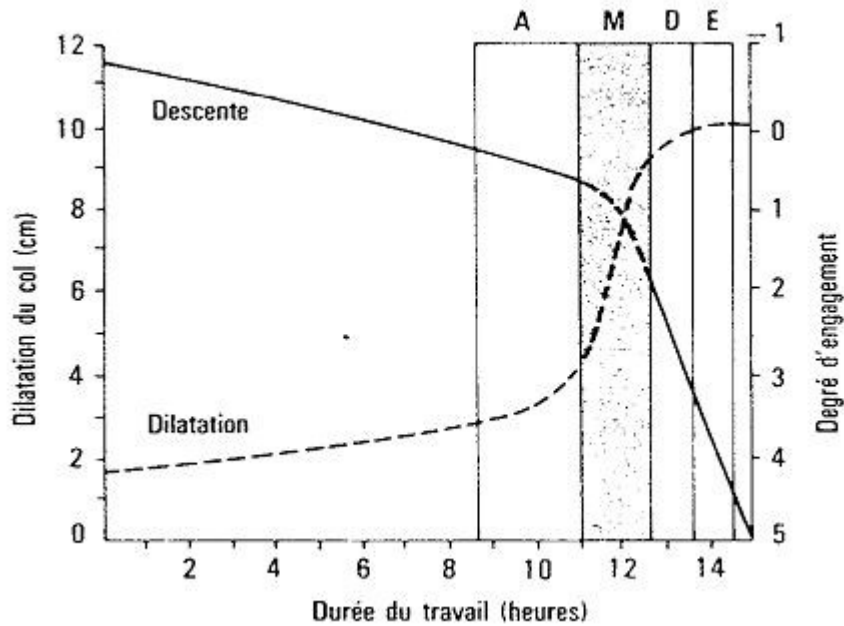
IV.3.2.1 Schéma de la progression du travail

L'OMS recommande de commencer la rédaction du partogramme à partir de 3 centimètres de dilatation (début de la phase active de la première étape du travail), ou au début du déclenchement artificiel du travail (mise en place d'une perfusion de SYNTOCINON ® ou rupture artificielle des membranes), ou à la pose de l'analgésie péridurale.

La progression du travail est reportée sur un graphe proposé par Friedman en 1954, sur lequel sont tracées deux courbes d'après le report des examens horaires :

- une courbe ascendante représentant la dilatation du col au cours du temps
- une courbe descendante représentant la progression du mobile fœtal dans le bassin maternel

Figure 20



Le détail des examens obstétricaux peut être complété par d'autres éléments comme Lacomme l'a proposé en 1960 :

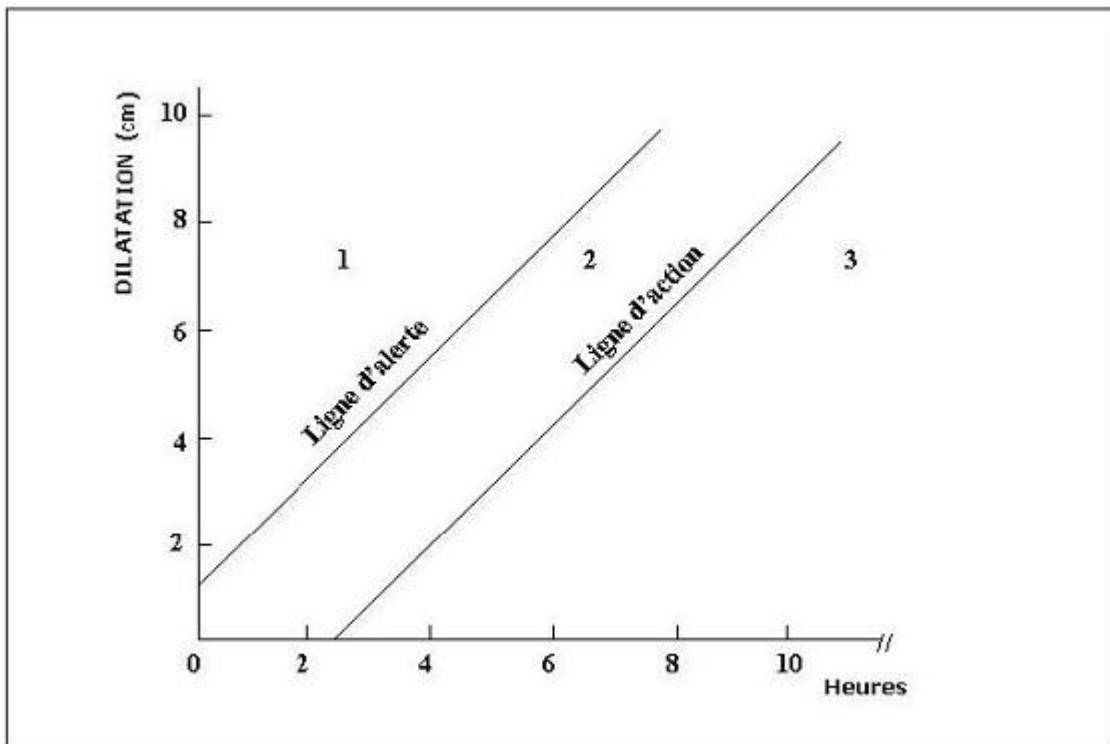
- éléments cervicaux (position, effacement, consistance)
- variété de présentation et type d'accommodation (asynclitisme, degré de flexion, bosse séro sanguine)
- état des membranes et du liquide amniotique

Figure 21

Heures	après début du travail de la journée	Midi	1	2	3	4	5	6	7
			13	14	15	16	17	18	19
Dilatation (en centimètres)		presque effacé				7 cm	9 cm	C	
Présentation		tête fixée				sommet engagé	appuie sur le col	descendu sur le périnée	
Poche des eaux						Rupture des membranes			
Rythme			8'		4'	3' 1/2	3' 1/2	3'	
Contractions	Début								
Bruits du cœur			+		+	+	+	+	
Thérapeutique									

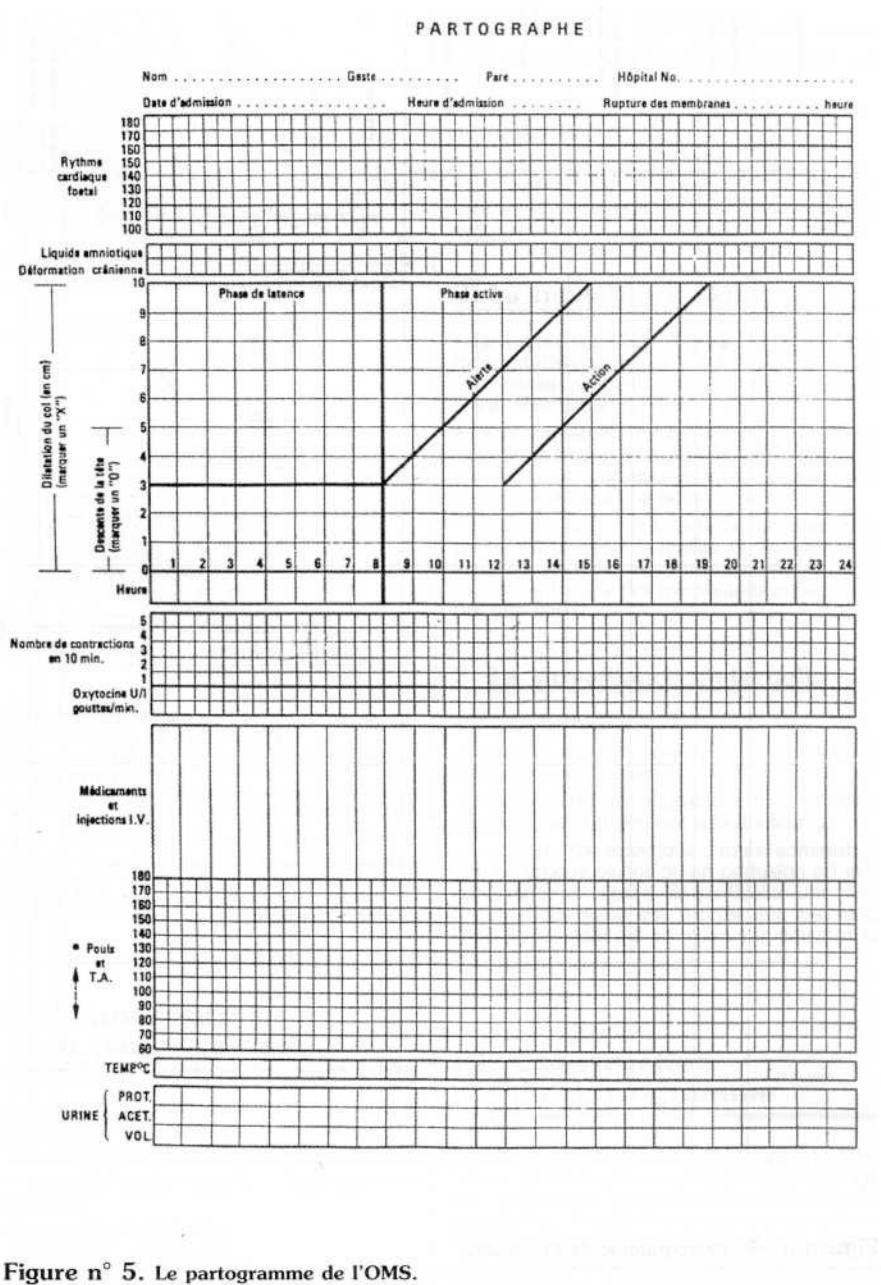
Enfin, le diagramme d'action de Philpott (1972) peut y apparaître.

Figure 22



Les intervalles de graduation doivent être précisés pour les 2 courbes en abscisse et en ordonnée.

Figure 23 :



IV.3.2.2 Synthèse des éléments de surveillance maternelle et foetal

L'ensemble des éléments de surveillance materno-fœtale sont reportés sur le partogramme : constantes, monitorages, EVA, apparition de métrorragies, analyse du RCF.

Le responsable du suivi du travail y reporte aussi l'ensemble des thérapeutiques dont la patiente bénéficiera : analgésie (type, posologie, horaires), ocytociques, perfusion d'attente (type Ringer), antispasmodiques, antibiotiques...

IV.3.2.3 Outil d'aide à la décision et à la communication

Bien entendu, les éléments d'identification sont inscrits sur le partogramme : nom de la patiente, date, équipe médicale (sage-femme, obstétricien, anesthésiste, étudiant sage-

femme, internes) ; ainsi qu'une synthèse des éléments important du dossier obstétrical et de la mise en travail.

Les actes réalisés et les évènements majeurs sont également reportés en temps réel : rupture artificielle des membranes, pose d'une tocographie interne, sondage urinaire évacuateur ou à demeure, appel de l'obstétricien, décision de césarienne ou d'extraction instrumentale...

IV.3.2.4 Fin du partogramme

Le diagramme se termine à l'expulsion de l'enfant, mais les éléments de le troisième temps de la deuxième étape du travail et du post-partum immédiat y sont également reportés :

- heure de naissance, état de l'enfant, sexe et poids de l'enfant
- mode d'accouchement
- type de délivrance
- état périnéal et périnéorraphie éventuelle

Au total, le partogramme est le support de transmission entre les différents professionnels. Il permet de vérifier la normalité du travail et de diagnostiquer de façon précoce toute anomalie. C'est un outil de conduite de travail qui améliore la qualité de la prise en charge maternelle et fœtale. C'est enfin le support principal d'expertise du dossier obstétrical en matière de responsabilité médicale.

M^{re} X
ÉTIQUETTE PATIENT
24/6/1978



ÉTIQUETTE UF

IIIg IIp
A(+)
Toxo(+)
Rubéole(+)
Allergie Pénicilline
Diabète Gestationnel
SSes Régime
PK(+) Strepto B 95mg

	9H	10H	11H	3H	4H
PRÉSENTATION	10		10h45		
- mobile					
- appliquée	7				
- fixée		6			
- engagée	4		PM		
- à la vulve	2				
Examen fait par HU: 35	I HERVO(SF)		"		
Pouls et TA	TA 12/7	TA 11/6			
Température	TT 86 T 37	TT 91			
C.U./10 min.	3cu/10'	4cu/10'	Facilité de coagulation		
Intensité/Relâchement	BI/BR	BI/BR	à la naissance		
Analgésie	APD souhaitée	en attente du bilan sanguin			
Ré-injections		saupur effacé			
Col	épais coagulant				
Poche des eaux	RSPDE	LAC			
LA { Quantité					
LA { Couleur	le 25/10/06 à 7H → LA clair				
RCF	135 bpm MOR	140 bpm			
pH		oscillant peu réactif			
Thérapeutique	kinésio socc 9H Erythromycine 500mg IVc (H.66H)				
Bilan entrée	3112 mPoz coag fibinogène RAI Bilan viral				

	5H	6H	7H	8H	9H	10H
10h45		Accouchement / OTGA → OP spontané				
		Naissance de Félix de sexe masculin pèse 3890 - Apres 10/10				
10h55		DDC Bandelocque pénic				
		S) accouchée 10L Syntocinon 2000				
11h)		12/8	TT 78			
		plate tonique à l'ombilic saignés physiologiques.				

Source : UVMAf

V ANNEXES

ABRÉVIATIONS

- BSS : bosse séro sanguine
- CTG : cardiotocogramme
- ECG : électrocardiogramme
- EVA : échelle visuelle analogique
- OIDA : occipito-iliaque droite antérieure
- OIDP : occipito-iliaque droite postérieure
- OIDT : occipito-iliaque droite transverse
- OIGA : occipito-iliaque gauche antérieure
- OIGP : occipito-iliaque gauche postérieure
- OIGT : occipito-iliaque gauche transverse
- OP : occipito-pubienne
- OS : occipito-sacrée
- RCF : rythme cardiaque foetal
- RCM : rythme cardiaque maternel