

Travail normal

■ Enoncé

Vous êtes de garde en maternité de niveau 1.

Mme Anne-Laure A, 35 ans, 3^e pare, consulte aux urgences pour des contractions utérines évoluant depuis deux heures.

Question 1

En attendant le dossier de la patiente, quelles questions lui posez-vous pour vous orienter rapidement dans votre prise en charge immédiate ?

Question 2

Le dossier récupéré et étudié vous rassure : Mme A n'a pas d'antécédent particulier et sa grossesse s'est bien déroulée. Elle est au terme de 39 SA + 1 jour. Vous pensez que Mme A peut être en travail. Quelle est la définition du travail ?

Question 3

Que faites-vous pour objectiver le travail dans le box des urgences ?

Question 4

Votre patiente est bien en travail, elle passe en salle de naissance et désire une anesthésie péridurale. Observez le document joint (cf. page suivante). De quel document s'agit-il, à quoi sert-il ?

Question 5

A quoi correspondent la ligne du bas (A) et la ligne du haut (B) ? Quelle est l'évolution prévisible de ces 2 lignes si le travail se poursuit sans encombre ?

Question 6

A quelle fréquence examine-t-on les patientes en travail (en France) ? Que faites-vous à chaque examen ?

Question 7

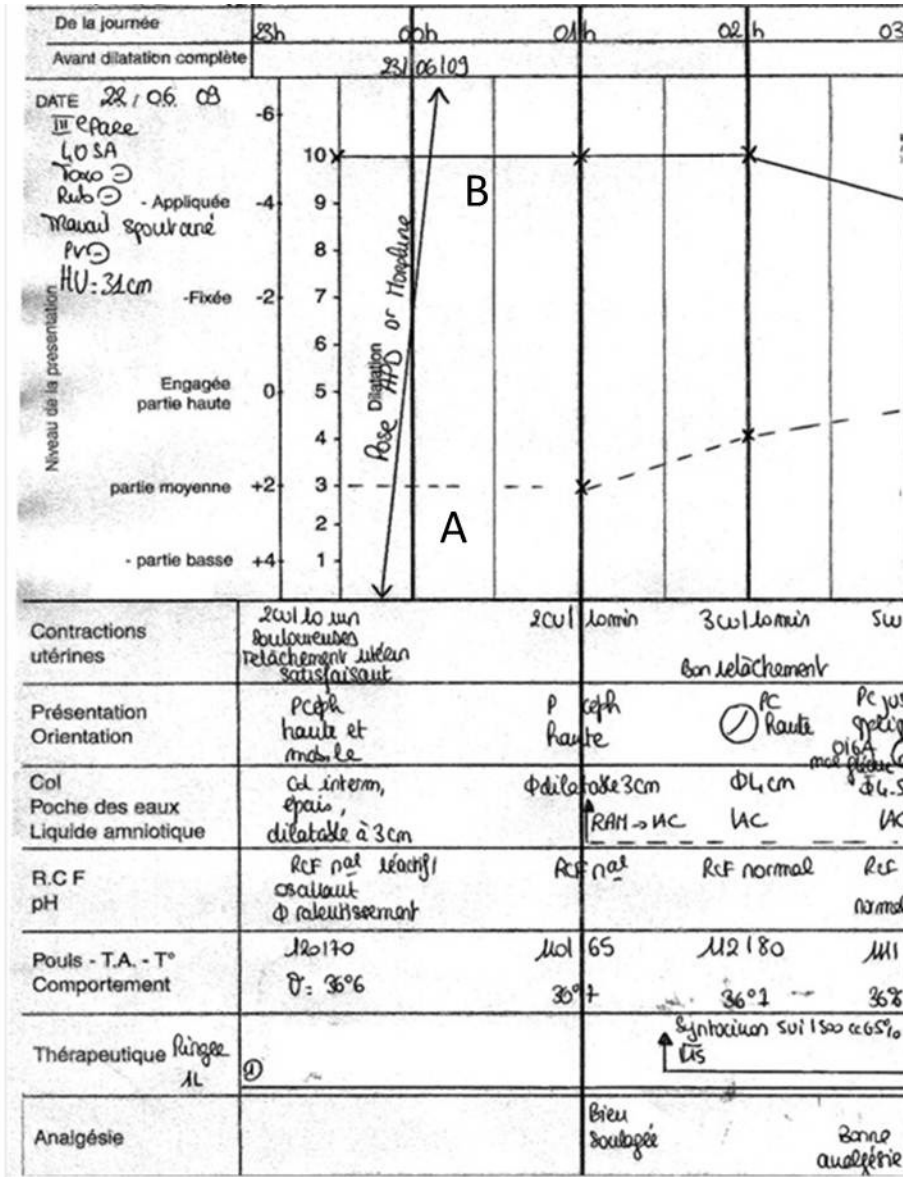
A l'examen clinique, la dilatation cervicale est à 6 cm depuis 2 heures de temps, il s'agit d'une stagnation de la dilatation. Quelles sont les mesures possibles pour favoriser la dilatation ?

Question 8

Le travail se poursuit sans encombre et vous apprenez que votre patiente est « à dilatation complète », présentation céphalique engagée. A quelle dilatation (en cm) correspond la « dilatation complète » ? Qu'est-ce que l'engagement ?

Question 9

Mme A accouche par voie basse d'un petit « Bruno » pesant 3550 g, Apgar 9-10-10, périnée intact, délivrance naturelle complète. Combien de temps surveillez-vous la patiente en salle de naissance (sauf complication) et en quoi consiste cette surveillance ?



■ Corrections

■ Question 1

En attendant le dossier de la patiente, quelles questions lui posez-vous pour vous orienter rapidement dans votre prise en charge immédiate ?

- Terme, présentation, nombre de fœtus, déroulement de la grossesse, localisation placentaire, déroulement des grossesses et accouchements précédents
- Présence de métrorragies, de perte de liquide amniotique, mouvements actifs fœtaux (MAF) perçus
- Régularité et intensité des contractions utérines
- Traitements en cours, en particulier, prise d'anticoagulant
- Allergies médicamenteuses

■ Question 2

Quelle est la définition du travail ?

- Le travail se définit par des modifications cervicales associées à des **contractions** utérines régulières.

■ Question 3

Que faites-vous pour objectiver le travail dans le box d'urgence ?

- On examine la patiente par un toucher vaginal pour évaluer les caractéristiques du col (longueur, tonicité, position, dilatation) et la hauteur de la présentation.
- On pose un **tocographe** pour objectiver les contractions utérines, cet enregistrement tocographique doit être associé à un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) qui permettra d'évaluer le bien être fœtal.

■ Question 4

De quel document s'agit-il, à quoi sert-il ?

- Il s'agit d'un **partogramme**, il a une fonction de surveillance clinique du déroulement du travail.
- Il s'agit d'un document ayant une valeur médicolégale.

■ Question 5

A quoi correspondent la ligne du bas (A) et la ligne du haut (B) ? Quelle est l'évolution prévisible de ces 2 lignes si le travail se poursuit sans encombre ?

- La ligne du bas (A) correspond à la dilatation du col, la ligne du haut (B) à la hauteur de la présentation.
- Ces 2 lignes vont se croiser.

■ Question 6

A quelle fréquence examine-t-on les patientes en travail (en France) et que faites vous à chaque examen ?

- On examine les patientes toutes les heures.
- On pratique un toucher vaginal pour évaluer les caractéristiques du col, la hauteur de la présentation, la variété de la présentation, la couleur du liquide amniotique, les caractéristiques du RCF et la fréquence des contractions.
- On note la pression artérielle, le pouls et la température.
- On reporte ces informations sur le partogramme.
- On informe la patiente de l'évolution de son travail et on s'assure d'une bonne analgésie.

■ Question 7

Quelles sont les mesures possibles pour favoriser la dilatation ?

- Les mesures possibles pour favoriser la dilatation sont :
 - le sondage vésical, la rupture artificielle des membranes si les membranes sont intactes, les modifications de posture
 - la mise en place de l'ocytocine (Syntocinon®) par voie intraveineuse

■ Question 8

A quelle dilatation en cm correspond la « dilatation complète » ? Qu'est-ce que l'engagement ?

- La dilatation complète correspond à la dilatation cervicale maximale, soit 10 cm.

- L'engagement se définit par le franchissement par le plus grand diamètre de la présentation du détroit supérieur.

■ Question 9

Combien de temps surveillez-vous la patiente en salle de naissance (sauf complication) et en quoi consiste cette surveillance ?

On surveille la patiente pendant les 2 heures qui suivent l'accouchement, toutes les 15-20 min.

Vérification des constantes (pouls, TA, température), du volume des saignements, de la tonicité du globe utérin.

■ Items de l'ECN

- 30 - Accouchement, délivrance et suites de couches normales.

Commentaires et rappels

Question 1

Il s'agit ici de s'orienter rapidement, pas de faire le tour de tous les antécédents de la patiente : vous avez besoin de savoir rapidement si la patiente est à risque de complication (c'est le cas si le placenta est bas inséré ou recouvrant, s'il s'agit d'une présentation en siège ou s'il y a un antécédent de césarienne, d'hémorragie de la délivrance ou si le terme est < 37 SA...).

Vous devez aussi déterminer si votre maternité est adaptée au terme de votre patiente :

- Si le terme est inférieur à 37 SA, l'enfant à naître sera prématuré (voir aussi le dossier Menace d'Accouchement Prématuré), deux situations possibles :
 - la patiente est franchement en travail (dilatation cervicale supérieure à 4 cm) ou l'accouchement est imminent : dans ce cas, vous devrez pratiquer l'accouchement sur place. Il faut alors organiser - le plus tôt possible - la prise en charge du nouveau-né à venir :
 - Contacter le pédiatre d'astreinte
 - Vérifier le matériel de réanimation (table chauffante, aspiration, masque de ventilation, matériel d'intubation...)
 - Prévenir le SAMU pédiatrique, l'équipe du SAMU viendra si nécessaire prendre le relais et dirigera le nouveau-né dans une structure adaptée à son état (réanimation néonatale, unité de soins intensifs)
 - Informer la patiente / le couple que tout est organisé pour prendre en charge l'enfant et qu'il sera probablement transféré dans un autre service plus adapté à son terme. Dans la mesure du possible, on essaye de transférer secondairement la mère à proximité du lieu d'hospitalisation de l'enfant
 - la patiente n'est pas en travail ou est en tout début de travail (dilatation cervicale inférieure ou égale à 3 cm) : vous devez orienter la patiente vers une maternité adaptée au terme.

Rappel : niveaux des maternités

- Niveau 3 : unité de réanimation néonatale, pédiatre sur place 24h/24 : à partir de 26 SA (24 SA dans certains centres)
- Niveau 2 : unité de néonatalogie, prise en charge des enfants de plus de 32 SA. Pédiatre sur place la journée, de garde ou d'astreinte la nuit
- Niveau 1 : pas d'unité de néonatalogie, il n'y a pas forcément de pédiatre sur place, grossesse au-delà de 37 SA

Question 3

- Le toucher vaginal permet aussi de contrôler la présentation fœtale et l'intégrité des membranes.

Question 5

- Les lignes se croisent lorsque la ligne représentant la dilatation (la dilatation est croissante, de 0 à 10 cm) passe au-dessus de celle représentant la descente du mobile fœtal.
- En pratique, le moment de croisement n'est pas prévisible, il est le témoin de l'avancée du travail.

Question 7

- On parle de **rupture prématurée des membranes** si la rupture des membranes survient dans les 24 heures qui précèdent la mise en travail quel que soit le terme !

- Les mesures possibles pour favoriser la dilatation sont :
 - le sondage vésical : la vessie pleine est un obstacle mécanique à la bonne descente de la présentation, une présentation haute sollicite moins le col à chaque contraction, ce qui en ralentit la dilatation
 - la rupture artificielle des membranes si les membranes sont intactes : d’une part, la présentation applique alors directement sur l’orifice interne du col, d’autre part, le liquide amniotique contient des prostaglandines qui favorisent la dilatation cervicale
 - la mise en place de l’ocytocine (Syntocinon®) : l’ocytocine est administrée en IV selon un débit défini et a pour rôle d’augmenter l’intensité et la durée des contractions, et d’en améliorer la régularité et la fréquence

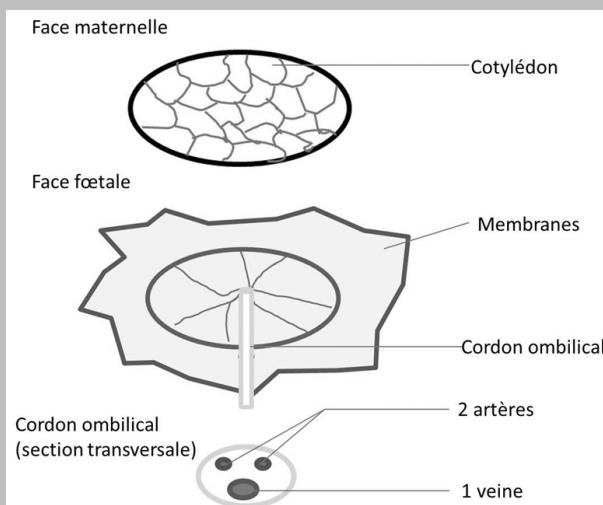
Question 8

- Le plus grand diamètre de la présentation, dans le cas d’une présentation céphalique, c’est le diamètre bipariétal, dans le cas d’une présentation du siège, c’est le diamètre bi trochantérien.
- Le **détroit supérieur** : face antérieure du promontoire en arrière, lignes innommées latéralement, bord supérieur de la symphyse pubienne en avant.

Question 9

Délivrance

- Expulsion des annexes fœtales (placenta et membranes). Elle survient spontanément dans la demi-heure suivant l’accouchement. Le délivre (produit de la délivrance) doit être examiné avec soin afin de s’assurer qu’il est complet. S’il semble manquer des éléments (cotylédon, fragment de membrane) il faut faire une **révision utérine** (asepsie rigoureuse, bonne analgésie) car un utérus doit être vide pour pouvoir se rétracter et doit être rétracté pour arrêter de saigner : après la délivrance, la lumière des vaisseaux qui alimentaient le placenta est libre dans la cavité utérine, la rétractation utérine collabe ces vaisseaux, ce qui permet l’hémostase.



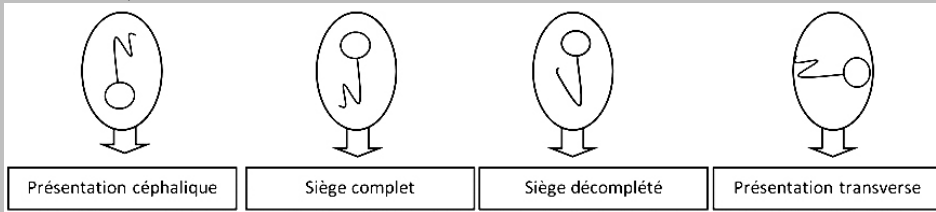
Surveillance des saignements et de la tonicité du globe utérin

- Cette surveillance est **CAPITALE**, l’hémorragie du **post-partum** (perte de plus de 500 cc de sang dans les 24 heures suivant l’accouchement) se manifeste le plus souvent dans les 2 heures et tout retard de prise en charge peut être dramatique : les morts maternelles sont une réalité (2,3 pour 100 000 naissances vivantes soit 20 patientes par an environ) et il s’agit de morts évitables !
- **Score d’Apgar** (Virginia Apgar, 1953) : évalue l’adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né :
 - évaluation à 1 min, 5 min et 10 min des 5 critères résumés dans le tableau suivant, chaque item étant coté de 0 à 2
 - minimum 0, maximum 10, « Normale » (enfant bien portant) : score supérieur ou égal à 8 à 5 min

	Cœur	Respiration	Couleur	Tonus	Réactivité
0	0	aucune	blanc ou bleu	aucun	aucune
1	< 100 bpm	quelques mouvements spontanés	extrémités cyanosées	hypotonie	grimaces
2	> 100 bpm	normale	rose	normal	cris

Présentations

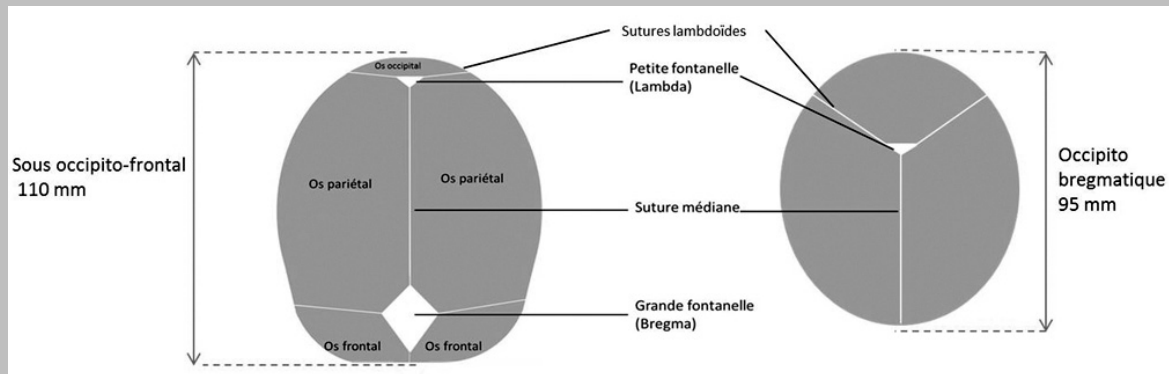
- Céphalique : la plus fréquente, la tête fœtale est en base et s'engage en premier dans le bassin
- En siège : soit complet (fesses et pieds en premier) soit décomplété (fesses en premier, les jambes repliées, le fœtus est en « U »)



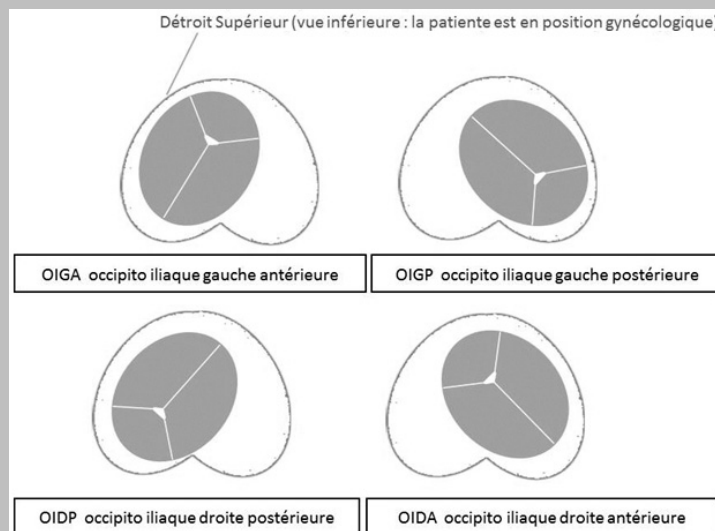
- Transverse : ne peut accoucher par voie naturelle

Variétés de présentations (cas des présentations du sommet)

- Une « variété » désigne l'orientation de la présentation par rapport au bassin de la patiente.
- Dans le cas des présentations céphaliques, on utilise comme repères fœtaux les sutures et fontanelles (zones membraneuses non ossifiées du crâne fœtal) qui permettent de localiser l'occiput du fœtus.



- La tête fœtale se fléchit afin de présenter au bassin la plus petite dimension antéro postérieure (diamètre occipito bregmatique : 95 mm).
- A l'examen, on perçoit alors la suture médiane et la petite fontanelle prolongée par les sutures lambdoïdes, quasiment au centre de la présentation, on ne perçoit pas la grande fontanelle.
- La présentation du sommet est la plus fréquente, il existe d'autres présentations céphaliques (du front, de la face...).
- Variété des présentations du sommet au cours des 3 phases de l'accouchement :
 - 1) engagement : franchissement par le plus grand diamètre de la présentation du détroit supérieur



- 2) entre l'engagement et le dégagement, la présentation effectue une descente et une rotation dans le bassin
- 3) dégagement : franchissement du détroit inférieur (face inférieure de la symphyse pubienne, pointe du coccyx)

