

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

ANNEE 2012

MEMOIRE N°

**INFLUENCES DU PROLONGEMENT DE LA DEUXIEME PHASE DU TRAVAIL
AU DELA DE 120 MINUTES**

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

présentée et soutenue publiquement

le 10 mai 2012

par

Christelle GUEMAS

Née le 14 septembre 1988, à Périgueux

Madame Elodie VAGUEBLASSE, Directeur de mémoire

Madame Marie-Noelle FAURY, Guidant de mémoire

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

Mademoiselle VALGUEBASSE Elodie pour avoir accepté de diriger ce mémoire et Madame FAURY Marie-Noelle pour l'avoir guidé. Merci pour votre disponibilité, vos précieux conseils et vos encouragements.

Toute l'équipe pédagogique ainsi que la secrétaire, pour la qualité de votre enseignement tout au long de ces quatre années.

Ma famille pour leur soutien quotidien et leurs encouragements tout au long de ces études.

Toutes les personnes qui m'ont aidée d'une manière ou d'une autre dans la réalisation de ce mémoire.

Enfin, toute ma promotion, pour sa présence, son soutien, sa solidarité et sa bonne humeur.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE

1. LA MECANIQUE ET LA DYNAMIQUE OBSTETRICALE DE LA DEUXIEME PHASE DU TRAVAIL
 - 1.1 La phase passive
 - 1.2 La durée normale de cette deuxième phase du travail
 - 1.3 Contractions et force des contractions
 - 1.4 L'influence de l'analgésie péridurale sur la deuxième phase
2. LA SURVEILLANCE FCETALE PENDANT LE TRAVAIL ET L'EXPULSION
 - 2.1 L'analyse du rythme cardiaque fœtal
 - 2.2 Le fœtus pendant la phase expulsive
3. ASPHYXIE FCETALE ET ETAT NEONATAL
 - 3.1 Asphyxie fœtale per natale
 - 3.2 Le score d'APGAR
 - 3.3 Asphyxie néonatale
4. LA CONDUITE A TENIR PENDANT LE TRAVAIL ET L'EXPULSION
 - 4.1 Le contexte fœtal
 - 4.2 Le contexte maternel
 - 4.3 Les éléments obstétricaux
 - 4.4 L'aspect du liquide amniotique
5. LES ETUDES

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1. CONSTAT
2. PROBLEMATIQUE
3. OBJECTIF
4. HYPOTHESES
 - 4.1 Principale
 - 4.2 Secondaires

5. TYPE D'ÉTUDE
6. POPULATION
 - 6.1 Echantillon
 - 6.2 Critères d'inclusion
 - 6.3 Critères d'exclusion
7. LA METHODOLOGIE
 - 7.1 Présentation des variables
8. LES STRATEGIES D'EXPLOITATION

TROISIEME PARTIE : ANALYSE

1. PRESENTATION DE LA POPULATION
2. EVALUATION DU PROLONGEMENT DE LA DEUXIEME PHASE PASSIVE DU TRAVAIL AU-DELA DE DEUX HEURES DE DILATATION COMPLETE
3. REPONSES AUX HYPOTHESES DE RECHERCHE
 - 3.1 L'hypothèse principale
 - 3.2 Les hypothèses secondaires
4. LES ANALYSES COMPLEMENTAIRES
 - 4.1 La hauteur de la présentation au début des efforts expulsifs
 - 4.2 Evaluation des extractions instrumentales

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

1. POINTS FAIBLES DE L'ÉTUDE
 - 1.1 Patientes avec une deuxième phase de moins de 120 minutes
2. POINTS FORTS DE L'ÉTUDE
3. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ÉTUDE
 - 3.1 Evaluation du mode d'accouchement
 - 3.2 Les hypothèses secondaires
4. LES PROPOSITIONS EN LIEN AVEC L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

CONCLUSION

ANNEXES

1. ANNEXE I
2. ANNEXE II
3. ANNEXE III
4. ANNEXE IV

REFERENCES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

La deuxième partie du travail débute lorsque la dilatation du col est complète et se termine par la naissance de l'enfant.

C'est en 1894, que Landis établit la règle des deux heures d'attente maximum à dilatation complète, définissant clairement une limite de temps au-delà de laquelle le pronostic fœtal s'aggraverait et préconisait un accouchement immédiat.

Bien qu'actuellement cette attitude soit encore souvent appliquée, elle est réévaluée depuis plusieurs années. En effet, les pratiques professionnelles diffèrent en ce qui concerne la gestion du second stade du travail. Chaque professionnel agit en fonction de la clinique et de ses expériences passées.

Dans cette étude nous nous sommes intéressés à l'influence d'un prolongement de la deuxième phase du travail au-delà de 120 minutes de dilatation complète sur le mode d'accouchement, la durée des efforts expulsifs, les lésions périnéales et l'état néonatal à la naissance.

Afin de répondre à nos interrogations, nous avons réalisé une étude rétrospective sur les patientes primipares ayant accouché entre Janvier 2009 et Décembre 2010 à l'hôpital mère-enfant de Limoges.

Après avoir rappelé les différents stades du travail et les modalités de la surveillance fœtale, nous exposerons l'impact de la durée du second stade du travail sur l'état fœtal, néonatal et obstétrical et les études recensées.

Dans un second temps, nous présenterons notre méthodologie de recherche et les résultats obtenus.

Puis, nous discuterons nos résultats en fonction des hypothèses émises, afin de pouvoir faire des propositions en lien avec notre exercice professionnel.

PREMIERE PARTIE

1.LA MECANIQUE ET LA DYNAMIQUE OBSTETRICALE DE LA DEUXIEME PHASE DU TRAVAIL

L'accouchement comprend trois périodes ou stades.

Le premier stade correspond à l'effacement et la dilatation du col, le second à la progression et à l'expulsion du fœtus, et le troisième à la délivrance.

Les deux premiers stades représentent la période de travail.

La deuxième partie du travail se divise en deux phases :

- la phase passive au cours de laquelle la présentation fœtale descend dans la filière maternelle, le mobile fœtal franchit chacun des trois étages du bassin en s'adaptant et en s'orientant de la façon la plus favorable,
- et la phase active qui correspond aux efforts expulsifs [1].

1.1 La phase passive

1.1.1 L'engagement

Il s'agit du franchissement du détroit supérieur.

C'est le temps le plus important, aboutissement plus ou moins prolongé de la première période du travail.

L'engagement de la tête est précédé de deux phénomènes préparatoires : l'orientation et l'amointrissement qui constituent l'accommodation foeto-pelvienne au détroit supérieur.

L'orientation : le plus grand diamètre du crâne fœtal s'oriente selon un des diamètres obliques du bassin.

L'amointrissement : la présentation s'oriente mais aussi réduit au maximum ses dimensions par :

- Une flexion de la tête sur le tronc ; le diamètre occipito-frontal devient le diamètre sous-occipito-bregmatique (9,5 cm) dans le cas d'une présentation du sommet.
- Une flexion latérale qui peut être à l'origine d'un asynclitisme, la poussée utérine engagera dans ce cas une bosse pariétale puis l'autre.
- La possibilité de chevauchement des os du crâne.

La présentation, orientée et présentant des diamètres facilement acceptables par le détroit supérieur, permet alors l'engagement [1].

1.1.2 La descente et la rotation

C'est la traversée du détroit moyen.

La présentation progresse selon l'axe d'engagement ombilico-coccygien. Sa direction évolue progressivement au cours de la descente, passant de l'axe ombilico-coccygien du détroit supérieur à un axe horizontal par un mouvement de pivot autour de la symphyse pubienne.

La présentation rencontre le muscle releveur de l'anus au contact duquel se fait la rotation.

Cette rotation fait correspondre l'axe antéropostérieur de la tête, c'est-à-dire le diamètre sous-occipito-bregmatique, et l'axe antéropostérieur du détroit inférieur, donc selon l'axe de la boutonnière musculaire périnéale et de l'orifice vulvaire.

La rotation peut être tardive et faire suite à la descente, ou lui être synchrone, se produisant plus ou moins haut dans l'excavation pelvienne.

Dans plus de 98% des accouchements spontanés, l'occiput s'oriente en avant en occipito-pubien. Simultanément, la tête se fléchit, ce qui amène la petite fontanelle au centre de la présentation.

Dans moins de 2% des cas, l'occiput tourne en arrière en occipito-sacrée, la tête est alors moins fléchie [1].

1.1.3 Le dégagement

Il correspond à la traversée du détroit inférieur osseux et musculaire.

A ce niveau, la tête fœtale puis le reste du corps sont expulsés hors des voies génitales.

La présentation bien fléchie et orientée selon l'axe antéropostérieur du détroit inférieur, franchit le plan de celui-ci.

L'expulsion comporte :

- L'ampliation périnéale
- Le dégagement de la tête : grâce à la flexion de la tête, la région sous-occipitale fœtale se cale sous la symphyse pubienne ; la tête se défléchit ensuite autour du pivot formé par le bord inférieur de la symphyse pubienne, ampliant au maximum le périnée postérieur, décrivant ainsi une courbe ; son axe d'expulsion devient presque vertical.
- Puis, les autres parties fœtales suivent les mêmes temps, s'engageant à leur tour, descendant et tournant dans l'excavation avant de se dégager [1].

1.2 La durée normale de cette deuxième phase du travail

L'accouchement normal est caractérisé par la naissance spontanée de l'enfant en bonne santé, c'est-à-dire vivant, exempt de traumatisme et d'asphyxie sévère.

La durée moyenne est de 20 minutes chez les multipares et 50 minutes chez les primipares.

Cette période du travail est considérée comme normale lorsqu'elle ne dépasse pas deux heures.

Une prolongation inhabituelle ne signifie pas obligatoirement dystocie [2].

De nombreux facteurs peuvent être à l'origine d'une prolongation de cette seconde phase du travail.

Parmi eux, nous retrouvons : la nulliparité qui nécessite une accommodation foeto-pelvienne plus longue, la prise de poids maternelle excessive, la longueur de la phase active de la première partie du travail, les variétés de présentation postérieures ou encore la présence d'une analgésie péridurale.

1.3 Contractions et force des contractions

Les véritables contractions de l'accouchement sont caractérisées par leur origine au niveau du fond utérin et leur extension ensuite à tout l'utérus. Elles deviennent de plus en plus fréquentes et de plus en plus fortes.

Les contractions atteignent une intensité d'environ 60 mm Hg en phase de dilatation, jusqu'à un maximum de 200 mm Hg en phase d'expulsion.

Il existe 3 types de contractions caractérisées par les signes suivants :

- type 1 : montée lente de la pression et chute rapide après le sommet de la douleur, environ trois quarts de toutes les contractions au début de la phase de dilatation.

- type 2 : montée et chute régulières ; environ un tiers des contractions en phase de dilatation ou d'expulsion
- type 3 : montée rapide et chute lente ; environ 90 % des contractions d'expulsion.

Les contractions sont soumises à une régulation hormonale ; l'hypophyse libère l'ocytocine qui provoquera les contractions.

Dans la musculature utérine, on trouve des récepteurs à l'ocytocine et leur nombre augmente considérablement pour l'accouchement.

D'une contraction à l'autre, le myomètre de la partie supérieure de la matrice va progressivement se resserrer, car lors des pauses entre les contractions, les cellules musculaires ne retrouvent plus leur longueur initiale. Ceci provoque un constant retrait des cellules des parties basses de l'utérus et aboutira à l'ouverture du col utérin. La limite entre les deux portions utérines est appelée « sillon de Bandl » ou anneau de rétraction [3].

1.4 L'influence de l'analgésie péridurale sur la deuxième phase

La pratique obstétricale a été bouleversée par l'arrivée dans les années 1970 de l'anesthésie péridurale et rapidement une polémique s'est installée au sujet de l'éventuel effet néfaste de cette analgésie sur le déroulement du travail et en particulier sur l'allongement de la seconde phase.

En effet, la présence d'une analgésie péridurale entraîne :

- Une diminution du réflexe de poussée avec une baisse de la sécrétion d'ocytocine rendant les contractions utérines moins efficaces
- Un relâchement des muscles du périnée et notamment des releveurs de l'anus, avec rotation intra-pelvienne tardive du mobile fœtal, à un niveau

inférieur dans l'excavation pelvienne, voire une rotation vers l'arrière avec un dégagement en variété occipito-sacrée

- Une diminution de l'efficacité des efforts de poussée par diminution du réflexe de poussée [4].

Ces données démontrent que la deuxième étape du travail peut être plus longue en présence d'une analgésie péridurale.

De plus n'étant plus algique, la patiente a tendance à ne plus se mouvoir et reste, dans la majorité des cas, figée dans la même position sur la table d'accouchement.

Ce manque de mobilisation maternelle a tendance à rallonger la durée du travail et plus précisément la deuxième phase.

2.LA SURVEILLANCE FŒTALE PENDANT LE TRAVAIL ET L'EXPULSION

2.1 L'analyse du rythme cardiaque fœtal

Le rythme cardiaque fœtal (RCF) s'analyse grâce :

- au rythme de base,
- aux oscillations,
- aux accélérations,
- et enfin aux décélérations.

2.1.1 Le rythme de base

C'est le rythme enregistré en dehors des modifications liées aux contractions utérines. Il est compris entre 110 et 160 battements par minute (BPM).

Entre 100 et 110 BPM, il s'agit d'une bradycardie légère, en dessous de 99 BPM d'une bradycardie modérée.

Entre 160 et 170 BPM, c'est une tachycardie légère, entre 171 et 181 BPM une tachycardie modérée, et nous avons une tachycardie marquée si le RCF est supérieur à 181 BPM [2].

2.1.2 Les oscillations

Les oscillations donnent à la ligne de base une allure oscillante. Elles sont caractérisées par leur fréquence, exprimée en cycles par minute, normalement comprise entre 2 et 6 cycles par minute. Leur amplitude normale se situe entre 5 et 25 BPM.

Si l'amplitude est supérieure à 25 BPM, il s'agit d'une amplitude marquée, ou d'un rythme saltatoire.

Si l'amplitude est inférieure à 5 BPM, le rythme est plat, et comprend des oscillations d'amplitude réduite [2].

2.1.3 Les accélérations

L'accélération est une augmentation sporadique, de courte durée, du RCF de base.

Au-delà de 34 semaines d'aménorrhée, il doit exister au moins deux accélérations d'amplitude supérieure à 15 BPM et de durée supérieure à 15 secondes, pour une durée d'enregistrement de 10 à 20 minutes.

2.1.4 Les ralentissements

Selon leur aspect, on décrit plusieurs sortes de ralentissements, il existe deux types de ralentissements réguliers ou uniformes :

Les ralentissements précoces. Ils ont un début, un maximum et une fin correspondant, en miroir, à la contraction utérine. Il n'y a pas de décalage par rapport au début, à l'acmé ou à la fin de la contraction utérine.

Les ralentissements tardifs. Ils ont un début, un maximum et une fin décalée dans le temps par rapport à l'acmé ou à la fin de la contraction utérine [2].

Puis il y a les ralentissements irréguliers ou variables car leur aspect varie :

La variation peut affecter le moment de leur début ou de leur terminaison, leur forme ainsi que leur survenue par rapport à la contraction utérine.

Ils peuvent être précédés d'accélération transitoire liée au transfert de sang du placenta vers le fœtus, lors du début de la contraction utérine.

Les ralentissements variables sont les plus fréquents et les plus difficiles à interpréter.

Il existe souvent aussi une accélération du RCF après la fin du ralentissement : c'est l'épaule, il témoigne d'une hypoxie fœtale et il est associé à une augmentation du risque de réanimation néonatale [2].

2.1.5 Le tracé normal

Un RCF normal affirme l'absence d'asphyxie fœtale. A l'opposé, la présence d'anomalies du RCF ne permet pas d'affirmer la présence d'une asphyxie et ne peut pas préciser le degré d'hypoxie fœtale.

Dans la classification suédoise adaptée de celle de la FIGO (annexe I) un cardiogramme est considéré normal si :

- La fréquence de base se situe entre 110 et 160 BPM,
- Il y a une variabilité de la réactivité normale avec présence d'accélération.
- Des décélérations ou ralentissements peuvent être présents uniquement s'ils sont précoces, s'ils sont variables non compliqués, c'est-à-dire de durée inférieure à 60 secondes et d'amplitude inférieure à 60 BPM.

2.1.6 Interprétation d'un tracé anormal [2]

Quatre éléments sont observés :

- Les variations du niveau de base avec ou non une tachycardie et une bradycardie,
- Les ralentissements réguliers précoces ou tardifs,
- Les ralentissements irréguliers ou variables,
- L'amplitude des oscillations.

Les **RCF intermédiaires** sont décrits comme suit (annexe I) :

- La fréquence de base se situe entre 100 et 110 BPM ou 160 et 170 BPM : il y a de courts épisodes de bradycardie.
- La variabilité peut être supérieure à 25 BPM ou au contraire inférieure à 5 BPM pendant plus de 40 minutes.
- Enfin, il peut y avoir des décélérations variables non compliquées, de durée inférieure à 60 secondes, mais d'amplitude supérieure à 60 BPM.

Les **tracés intermédiaires** sont d'interprétation difficile : ils sont souvent liés à des phénomènes d'adaptation du fœtus. La combinaison de plusieurs signes intermédiaires doit faire conclure à un RCF anormal.

Les **RCF anormaux ou pathologiques** comportent un ou plusieurs des éléments suivants :

- La fréquence de base est supérieure à 160 BPM
- La variabilité est inférieure à 5 BPM pendant plus de 60 minutes ou le rythme est sinusoïdal
- Les décélérations variables compliquées de durée supérieure à 60 secondes ou les décélérations tardives sont répétées

Enfin, le **RCF préterminal** est caractérisé par : l'absence totale de variabilité et de réactivité avec ou sans décélérations ou bradycardie.

Devant chacune de ces situations une règle de conduite doit être clairement définie et justifiée par l'obstétricien ou la sage-femme responsable.

2.1.7 Le RCF pendant l'expulsion

La classification du rythme cardiaque fœtal selon Melchior est spécifique de la phase d'expulsion et différencie cinq types de RCF (type 0 à 4). Le risque d'acidose fœtale et son amplitude augmentent du type 0 au type 4 (NP4).

D'après les recommandations pour la pratique clinique pour les modalités de surveillance fœtale pendant le travail élaborées par le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français publiées en 2007 [5], les études faites sur l'expulsion ne permettent pas de donner des recommandations précises sur la durée des efforts expulsifs. Elles permettent cependant de dire qu'il est préférable d'envisager une extraction instrumentale en l'absence d'anomalies du RCF quand la durée de l'expulsion dépasse une moyenne admise de 30 minutes chez la primipare pour cette phase [5].

2.2 Le fœtus pendant la phase expulsive

La phase d'expulsion débute par le premier effort expulsif. La phase expulsive est à haut risque pour le fœtus.

La baisse moyenne de pH observée à chaque effort expulsif passe de 0,004 unité de pH pour le type 0 à 0,01 unité pour le type 1 et 0,02 unité pour le type 2 (absence de données pour les types 3 et 4). Il est important que les efforts expulsifs ne soient menés que pendant les contractions utérines [5].

En effet, si pendant la phase passive le fœtus n'est soumis qu'aux forces mécaniques utérines, il est soumis pendant la phase active aux forces mécaniques volontaires (efforts expulsifs).

Ces deux forces augmentent la pression intra-amniotique jusqu'à des valeurs qui peuvent atteindre 250 mm Hg et qui diminuent la perfusion placentaire et funiculaire. Les échanges en oxygène et en dioxyde de carbone diminuent avec d'une part, une augmentation du taux fœtal en dioxyde de carbone (acidose respiratoire) et d'autre part, une diminution des apports en oxygène (acidose métabolique). Les études réalisées sur le scalp fœtal ont montré que pendant l'expulsion, la tension transcutanée en oxygène et le pH diminuaient alors que la tension transcutanée en dioxyde de carbone augmentait [5].

3. ASPHYXIE FŒTALE ET ETAT NEONATAL

En 1995, la Société des gynécologues-obstétriciens du Canada (SOGC) a recommandé d'abandonner la dénomination de souffrance fœtale, trop imprécise, au profit de celle d'asphyxie, définie comme étant un déficit d'oxygénation conduisant à l'acidose métabolique ; en précisant qu'il est souhaitable de distinguer les asphyxies anténatales, per-natale et néonatales.

Ce diagnostic d'asphyxie requiert donc un dosage des gaz du sang et une mesure de l'équilibre acido-basique [6].

3.1 Asphyxie fœtale per natale

Le but principal de la surveillance fœtale au cours de l'accouchement est de dépister cette asphyxie.

Le diagnostic peut être suspecté au cours du travail sur deux éléments principaux :

- L'émission de méconium dans le liquide amniotique (LA) par le fœtus avant la naissance. Elle résulte de l'hypoxie. Elle provoque une modification variable de l'aspect du LA, de teinté et fluide à méconial, épais et particulaire. L'aggravation de cet aspect au cours du travail témoigne d'une pathologie concomitante.
- Les altérations du rythme cardiaque fœtal. Pour le dépistage d'une asphyxie, les anomalies du RCF ont une très bonne sensibilité mais une assez faible spécificité (des ralentissements tardifs ne traduisent une asphyxie que dans 40 à 50 % des cas).

Le diagnostic de certitude repose sur une mesure de l'équilibre acido-basique, par micro prélèvement pratiqué sur le scalp en cours de travail.

L'étude peut être complétée ou remplacée par la mesure de la lactaplasmie fœtale, qui a l'avantage de mesurer la seule composante métabolique de l'acidose. La valeur normale est < 4 mmol/L pendant le travail et < 6 mmol/L pendant l'expulsion et la naissance [6].

3.2 Le score d'APGAR

Le score d'Apgar proposé par Virginia Apgar en 1953, comprend cinq paramètres, chacun de ces cinq critères est coté de 0 à 2 (annexe III).

Il faut réserver le score de 2 aux états strictement normaux, le score de 0 aux anomalies majeures, et coter 1 tous les intermédiaires.

Le nouveau-né normal a un score d'Apgar supérieur à 7 à 1 et à 5 minutes de vie.

Un score inférieur à 7, et a fortiori inférieur à 3, à un moment quelconque des dix premières minutes de vie, justifie des gestes immédiats de réanimation en salle de naissance.

Un mauvais score d'Apgar (0-3) à 5 minutes de vie reste, 50 ans après sa description, parfaitement prédictif d'un pronostic péjoratif [7].

L'ordre d'altération des paramètres du score d'Apgar est en général le suivant : couleur, respiration, tonus, réflexes, cœur. L'ordre de restauration (sous traitement) des paramètres du score est en général le suivant : cœur, réflexes, couleur, respiration, tonus [7].

3.3 Asphyxie néonatale

L'état d'asphyxie néonatale comporte l'association de quatre éléments principaux :

- Une acidité sanguine anormale à la naissance ($\text{pH} < 7,15$ ou $7,0$) ;
- Un score d'Apgar ≤ 3 à la 5^e min de vie ;
- Des désordres neurologiques précoces chez le nouveau-né (hypotonie, coma, crises convulsives) ;
- Des signes cliniques et/ou biologiques de souffrance multi viscérale chez le nouveau-né.

Seule l'association de ces quatre éléments permet d'affirmer qu'une asphyxie néonatale est intervenue et comporte un risque de séquelles chez l'enfant [6].

Après la description des critères obstétricaux et fœtaux de la deuxième phase du travail et de l'état néonatal, nous allons voir les conduites à tenir à adopter, afin de mener au mieux cette phase.

4. LA CONDUITE A TENIR PENDANT LE TRAVAIL ET L'EXPULSION

Toute décision doit tenir compte du contexte et du temps.

4.1 Le contexte fœtal

Le passé fœtal est analysé : le fœtus est-il fragile ? Y a-t-il un défaut de croissance intra-utérine ? Le fœtus est-il à terme ? S'agit-il d'un enfant post-mature ? Dans ces cas, l'asphyxie périnatale peut évoluer plus vite, du fait de l'absence de réserve du fœtus [4].

4.2 Le contexte maternel

L'état maternel peut entraîner des anomalies du RCF. C'est le cas pour les vomissements, l'hypotension aiguë ou subaiguë, l'établissement d'une analgésie péridurale ayant entraîné des variations tensionnelles [4].

4.3 Les éléments obstétricaux

La rupture artificielle des membranes entraîne souvent des ralentissements variables, d'apparition immédiate et de durée courte. Parfois, ils sont plus prolongés, habituellement, ils disparaissent. Ils sont les témoins d'un déséquilibre hydrostatique provoqué par la rupture de la poche des eaux et/ou par l'augmentation passagère de la pression subie par le crâne fœtal.

A dilatation complète et en période d'expulsion, les ralentissements précoces sont plus fréquents même en l'absence d'asphyxie périnatale ; ils sont une réaction au stress.

La cinétique utérine est importante également. L'élévation du tonus de base ou l'hypercinésie de fréquence et/ou d'intensité perturbe les échanges materno-fœtaux. Leur correction suffit souvent à faire cesser les anomalies du RCF [4].

4.4 L'aspect du liquide amniotique

Si le liquide est méconial et si ce caractère s'aggrave au cours du travail (liquide teinté puis liquide particulaire en quelques heures), le pronostic est moins bon. Le taux de mortalité périnatale est de 11,4 pour mille pour un liquide amniotique méconial, versus 2,01 pour mille s'il reste clair [4].

5. LES ETUDES

En 1999, une étude au département de Gynécologie Obstétrique du CHUV de Lausanne a été réalisée ; son but était d'évaluer le pronostic néonatal et maternel lors d'une deuxième phase du travail de longue durée.

Un groupe d'étude de 751 femmes ayant accouché avec une deuxième phase prolongée (en moyenne 189 minutes) est comparé à un groupe contrôle, de 5241 femmes ayant accouché par la voie basse après une deuxième phase courte (en moyenne 19 minutes). Ne pas limiter la deuxième phase à deux heures a permis d'obtenir une avance du mobile fœtal dans 70 % des cas et 90 % des patientes ont accouché par la voie basse contre 70 % pour une installation dès le diagnostic de dilatation complète. Malgré un pH ombilical et un Apgar à 5 minutes plus bas, la morbidité et la mortalité néonatale n'ont pas augmenté de manière significative [11].

En 2003, le département de Gynécologie Obstétrique de l'université de Saint-Louis aux Etats-Unis a fait une étude afin de déterminer les facteurs de risques induits par une deuxième étape du travail prolongée et d'évaluer la morbidité maternelle et fœtale. 7818 patientes ont été choisies pour cette étude, celles-ci ont été divisées en deux groupes, un groupe 1 avec une deuxième étape de 120 minutes ou moins et un groupe 2 avec une deuxième étape de plus de 120 minutes.

Il a été noté, dans le groupe avec une deuxième étape prolongée, une augmentation du nombre d'épisiotomies, de traumatismes au niveau du périnée mais un nombre d'accouchement par la voie vaginale supérieur. En revanche, la morbidité néonatale était similaire pour les deux groupes.

Les auteurs ont donc conclu, qu'une deuxième étape prolongée est associée à un taux plus élevé d'accouchement par la voie basse spontanée, de morbidité maternelle mais aucune augmentation de la morbidité néonatale n'a été observée [10].

En 2005, une autre étude a été réalisée au CHU de Nantes. Celle-ci a étudié l'état néonatal et maternel en fonction de la durée de la seconde phase du travail. Les auteurs ont comparé les effets de la poussée retardée à la poussée immédiate dès la dilatation complète. 3148 patientes ont été retenues dans le groupe avec la poussée immédiate dès la dilatation complète et 1584 dans le groupe avec la poussée retardée (lorsque la tête était à la vulve ou lorsque la femme ne pouvait s'empêcher de pousser, après 1 à 3 heures de dilatation complète).

Dans le groupe à poussée immédiate, il y a moins de voies basses spontanées, davantage de césariennes et d'extractions instrumentales. Dans le groupe de la poussée retardée, il y a un net raccourcissement de la durée des efforts expulsifs et plus d'accouchements sans manœuvres. En ce qui concerne le devenir néonatal, aucune conclusion définitive n'a pu être tirée du fait d'une grande disparité dans les critères de morbidité choisis par les différents auteurs [12].

En 2008, une nouvelle étude a été réalisée à la clinique universitaire de Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble. Le but de ce travail était de comprendre les recommandations françaises concernant le recours à une extraction instrumentale au bout de 30 minutes d'efforts expulsifs chez la primipare.

Les auteurs ont d'abord redéfini la « deuxième phase du travail » qui inclut une première phase de descente, sans efforts expulsifs, et une seconde phase active (efforts de poussée maternelle).

Ils ont ensuite précisé les mécanismes physiologiques intervenant dans les modifications de l'équilibre acido-basique durant la phase active. La surveillance fœtale est difficile pendant cette phase du fait de l'absence fréquente d'enregistrement fiable du rythme cardiaque fœtal.

Les auteurs ont alors conclu, que prolonger le second stade du travail était possible mais devait se faire en faveur de la première phase inactive, surtout tant qu'il n'existerait pas de moyen non invasif et fiable pour s'assurer du bien-être fœtal [13].

Toutes ces études portent sur des grossesses uniques avec une présentation céphalique, un âge gestationnel supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée, sans anomalie importante de la grossesse ou de la première phase du travail et enfin sous analgésie péridurale.

Les critères d'analyse qui sont généralement utilisés pour juger de l'état de l'enfant à la naissance sont : le score d'Apgar à 5 minutes, le pH artériel et veineux au cordon, le poids à la naissance, le transfert en soins intensifs de néonatalogie et l'évolution durant les premiers jours de vie.

Après avoir décrit les différents éléments à prendre en compte lors de la deuxième phase du travail et les conduites à tenir énoncées dans la littérature, nous allons nous intéresser aux pratiques à l'hôpital Mère-enfant (HME) de Limoges.

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

1.CONSTAT

Durant les différents stages que j'ai pu effectuer en salle de naissance, j'ai constaté à de nombreuses reprises qu'après deux heures de dilatation complète, alors que le rythme cardiaque fœtal est normal et la tête fœtale encore haute, de nombreux obstétriciens et sages-femmes installent les patientes afin de débiter les efforts expulsifs.

Bien souvent, cette limite des deux heures a placé l'équipe médicale devant des manœuvres délicates non dépourvues de risques.

En effet, d'après les recommandations françaises, une extraction instrumentale doit être envisagée après un maximum de 30 minutes d'efforts expulsifs et ce, même en présence d'un monitoring fœtal normal [8].

Cependant, un accouchement instrumental entraîne un plus grand risque de complications maternelles et néonatales à court, moyen et long terme qu'un accouchement par la voie basse spontané [9].

A l'HME de Limoges, les habitudes de travail utilisés dans les salles de naissances sont très variables allant pour certaines sages-femmes d'une attitude active, prônant le début des efforts expulsifs dès le diagnostic de la dilatation complète, à une attitude passive avec absence d'intervention jusqu'à l'apparition du réflexe de poussée.

Ainsi, pour les partisans d'une attitude « interventionnelle », la deuxième phase du travail est réduite à la phase d'expulsion. À l'inverse pour les partisans d'une attitude « attentiste », la phase passive occupe la majorité de

la deuxième phase, la patiente pouvant se guider elle-même sur son réflexe expulsif qui apparaît spontanément quand le plancher pelvien est sollicité par la tête.

Depuis quelques années, il y a un intérêt renouvelé pour la mobilisation lors du travail et de l'accouchement.

Les sages-femmes mettent davantage en pratique les variations de position particulière et spécifique à chaque étape. L'objectif est d'améliorer l'engagement, la descente, la rotation du fœtus, le dégagement et protéger le périnée.

De plus, il y a une plus grande liberté posturale maternelle avec la possibilité pour celles qui le souhaitent de pouvoir accoucher en décubitus latéral gauche ou encore en position accroupie (si les conditions obstétricales et environnementales sont favorables).

De même, il ne faut pas oublier qu'il existe une attitude de gestion, d'occupation des salles de naissances et qu'en fonction de l'activité, certaines actions ne sont pas réalisables.

En effet, parfois la densité et l'intensité du travail font que les sages-femmes n'ont pas vraiment le temps de laisser le travail se dérouler physiologiquement.

Dans ce cas, elles débutent les efforts expulsifs plus tôt de façon à accélérer la deuxième étape du travail et permettre d'accueillir de nouvelles parturientes plus rapidement.

Tous ces éléments font que les attitudes adoptées, face à cette deuxième étape du travail, diffèrent d'une équipe médicale à une autre et pour une même équipe d'une circonstance à une autre.

2.PROBLEMATIQUE

A l'hôpital mère-enfant de Limoges, est-ce que le fait de retarder le moment de la poussée après deux heures de dilatation complète, a des conséquences sur le mode d'accouchement et l'état néonatal à la naissance ?

3.OBJECTIF

Faire un état des lieux à l'hôpital mère-enfant de Limoges, des conséquences d'un allongement de la deuxième phase passive du travail au-delà de deux heures de dilatation complète sur le mode d'accouchement et l'état néonatal à la naissance.

4.HYPOTHESES

4.1 Principale

Le prolongement de la deuxième phase passive du travail au-delà de deux heures de dilatation complète est associé à une majorité d'accouchements par la voie basse spontanée.

4.2 Secondaires

Le prolongement de la deuxième phase passive du travail au-delà des deux heures de dilatation complète est associé à un état néonatal normal.

Le prolongement de la deuxième phase passive du travail au-delà des deux heures de dilatation complète est associé à une durée des efforts expulsifs en majorité inférieure à 30 minutes

Le prolongement de la deuxième phase passive du travail au-delà des deux heures de dilatation complète est associé à une diminution du taux de lésions périnéales.

5. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective mono centrique effectuée à l'hôpital mère enfant de Limoges.

6. POPULATION

6.1 Echantillon

En utilisant la formule pour le calcul du nombre de sujets nécessaires :

$$(E^2) * (p.q. / i^2)$$

$$E=1,96$$

D'après mon hypothèse principale, l'allongement de la deuxième phase passive du travail au-delà de deux heures de dilatation complète est associé à 70 % d'accouchement par voie basse spontanée, d'où un $p=70\%$

Dans 30 % des cas l'allongement de la deuxième phase passive du travail au-delà de deux heures de dilatation complète aboutit à un accouchement par voie basse instrumentale ou une césarienne, d'où un $q=30\%$

L'intervalle de confiance est de 5 %

$$((1,96)^2 * 0,70 * 0,30) / (0,05)^2 = 322,7$$

Il faut donc un minimum de 323 patientes pour réaliser l'étude cependant comme le logiciel Filemaker existe depuis 2009, nous avons inclus toutes les patientes depuis cette année-là ce qui a abouti à un nombre plus important et a rendu ainsi l'étude plus pertinente.

6.2 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants, les deux premiers étant connus pour prolonger de façon importante la durée de la deuxième phase du travail :

- Les patientes nullipares
- Les patientes sous anesthésie péridurale
- Le travail spontané ou induit
- Une grossesse unique à terme entre 37 et 42 semaines d'aménorrhée
- Un mobile fœtal en présentation du sommet
- Sans anomalie de la grossesse ou de la première phase du travail
- Une durée de la deuxième phase du travail supérieure à 120 minutes

6.3 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont :

- Une durée de la deuxième phase du travail inférieure ou égale à 120 minutes
- Les patientes multipares
- Les pathologies obstétricales qui nécessitent une intervention urgente type placenta prævia
- Les complications fœtales telles que les anomalies du rythme cardiaque fœtal nécessitant une intervention urgente
- L'infection maternelle qui nécessite une prise en charge précoce
- L'hypertension artérielle gravidique et essentielle
- Les toxémies gravidiques
- L'hémorragie maternelle récente du troisième trimestre

- Les malformations fœtales qui nécessitent une intervention rapide comme les omphalocèles
- Les pathologies cardiaques maternelles
- Le diabète insulino-dépendant
- Les contre-indications aux efforts de poussée

7. LA METHODOLOGIE

Il s'agit d'une étude sur dossier médical informatisé à partir du logiciel FILEMAKER de l'hôpital mère-enfant de Limoges depuis Janvier 2009 jusqu'à Décembre 2010.

A partir de l'analyse des partogrammes, nous n'avons pris en compte que les patientes qui sont restées plus de deux heures à dilatation complète et nous avons observé la descente du mobile fœtal à travers le bassin maternel, le moment du début des efforts expulsifs, la hauteur à leur commencement ainsi que leur durée.

7.1 Présentation des variables

Les variables qui caractérisent la population sont :

- L'âge des patientes (en année)
- La position maternelle à l'engagement du mobile fœtal,
- Le terme (SA) et le poids des nouveau-nés à la naissance (g).

Les variables recueillies pour l'hypothèse principale sont :

- La durée de la deuxième phase du travail (minutes)
- Le mode d'accouchement (voie basse spontanée, extraction instrumentale et césarienne)

Les variables recueillies pour les hypothèses secondaires sont :

Pour le nouveau-né :

- L'analyse du rythme cardiaque fœtal durant la 2^{ème} phase du travail
- La couleur du liquide amniotique à l'expulsion (clair / teinté / méconial / sanglant)
- La variété de position à l'accouchement (occipito-pubien/occipito-sacré)
- Le pH artériel du cordon ombilical (le chiffre)
- La mesure des lactates au cordon ombilical (le chiffre)
- Le score d'Apgar à 5 minutes
- Le premier examen pédiatrique en salle de naissance (normal / pathologique)
- L'évolution durant les premiers jours de vie (normal/pathologique)
- L'indication d'un transfert en soins intensifs de néonatalogie (oui/non)

Pour la mère :

- La durée des efforts expulsifs (minutes)
- La présence d'une déchirure du périnée (oui/non)
- La présence d'une épisiotomie (oui/non)
- La présence d'atteinte périnéale type périnée complet et périnée complet compliqué

8. LES STRATEGIES D'EXPLOITATION

La saisie et l'analyse des données s'est faite à l'aide du logiciel Microsoft EXCEL. Les tests statistiques utilisés sont le test de Khi 2.

TROISIEME PARTIE : ANALYSE

1. PRESENTATION DE LA POPULATION

De janvier 2009 à décembre 2010, 334 patientes ont été recensées.

Les résultats suivants ont été obtenus :

Age des patientes

Sur les 334 patientes, l'âge moyen était de 28,8 ans, la médiane étant à 29 ans et l'écart type de 5 ans.

Terme à l'accouchement

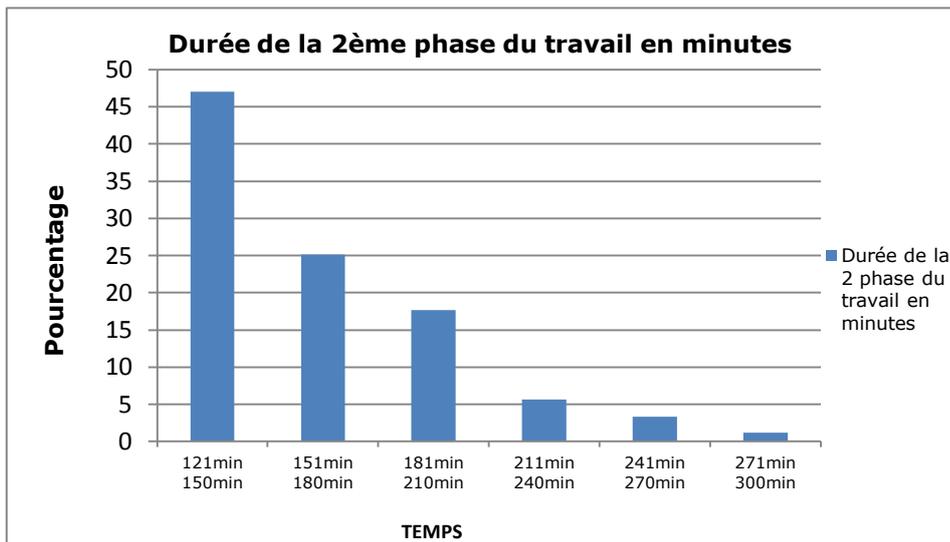
Les patientes ont accouché à un terme moyen de 39 semaines d'aménorrhée et la médiane est de 40 semaines d'aménorrhée.

Poids des nouveau-nés

La moyenne des poids pour les nouveau-nés est de 3366 grammes.

La médiane est de 3360 grammes et l'écart type de 375 grammes.

2. EVALUATION DU PROLONGEMENT DE LA DEUXIEME PHASE PASSIVE DU TRAVAIL AU-DELA DE DEUX HEURES DE DILATATION COMPLETE



Après dilatation complète, il a été obtenu une moyenne de 165 minutes d'attente (soit 2 heures et 45 minutes).

Les patientes ont ensuite été répertoriées par tranches de 30 minutes.

47 % des patientes ont eu une deuxième phase prolongée entre 121 et 150 minutes.

Plus la phase d'attente a été prolongée, moins le nombre de patientes était important par 30 minutes ; 1 % seulement entre 271 et 300 minutes (soit de 4 heures et 31 minutes à 5 heures).

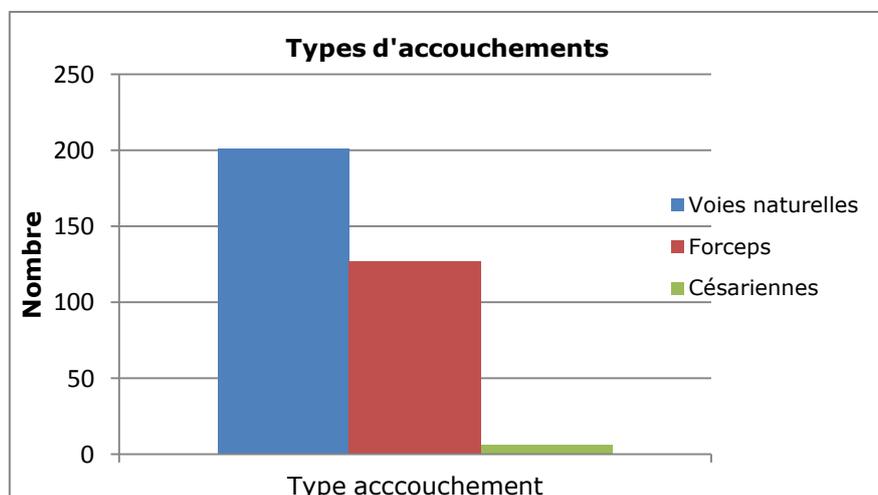
3.REPONSES AUX HYPOTHESES DE RECHERCHE

3.1 L'hypothèse principale

« Le prolongement de la deuxième phase passive du travail au-delà de deux heures de dilatation complète est associé à une majorité d'accouchements par la voie basse spontanée. »

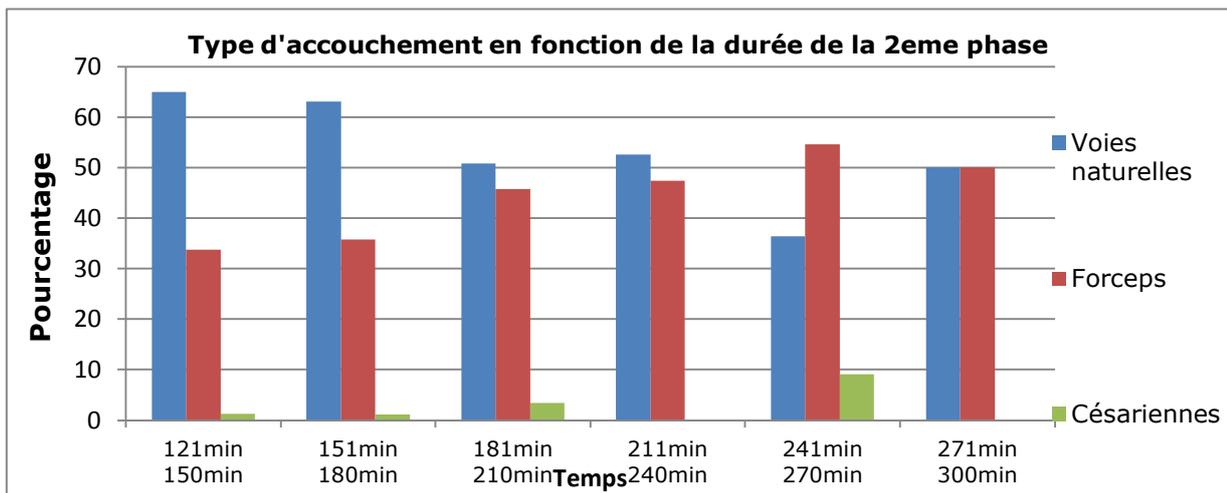
Pour cela, nous avons répertorié les différents modes d'accouchements :

Les voies basses spontanées, les extractions instrumentales (forceps et ventouses) et les césariennes.



Au-delà de 120 minutes de dilatation complète ; il y a 60,2 % d'accouchements voie basse spontanée (201 patientes), 38 % d'extractions instrumentales (127 patientes) et 1,8 % de césariennes (6 patientes).

Dans un premier temps, les patientes ont été répertoriées par tranches de 30 minutes.



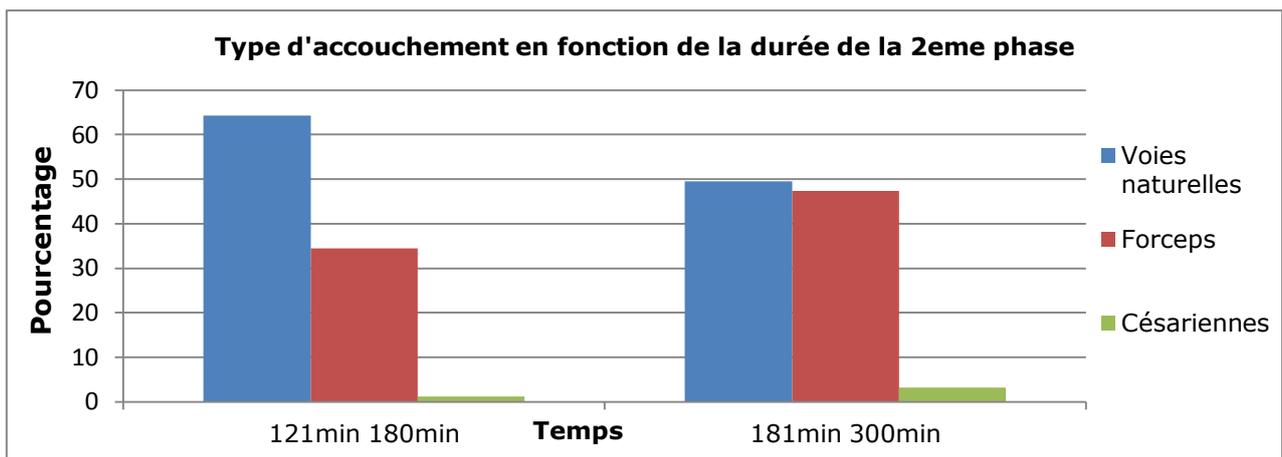
Ce graphique montre que le pourcentage d'extractions instrumentales augmente nettement au-delà de 180 minutes.

C'est pour une meilleure représentation des résultats, sachant que le nombre de patientes (soit 334 patientes) est décroissant avec le temps, que la population a été divisée en deux groupes :

Une première de 121 à 180 minutes (soit 241 patientes)

Une deuxième de 181 à 300 minutes (soit 93 patientes)

Et cela, pour toutes les analyses de l'étude.



La différence d'accouchements voie basse entre 120-180 minutes et au-delà de 180 minutes est significative ($p=0,000161$).

En revanche, il n'a pas été possible de démontrer cela pour le taux d'extractions instrumentales ($p=0,20$).

Malgré la majorité d'accouchements par la voie basse (60 %) par rapport aux autres modes d'accouchements, notre hypothèse principale ne peut être entièrement vérifiée car celle-ci précisait que nous devions obtenir 70 % d'accouchements par la voie basse.

3.2 Les hypothèses secondaires

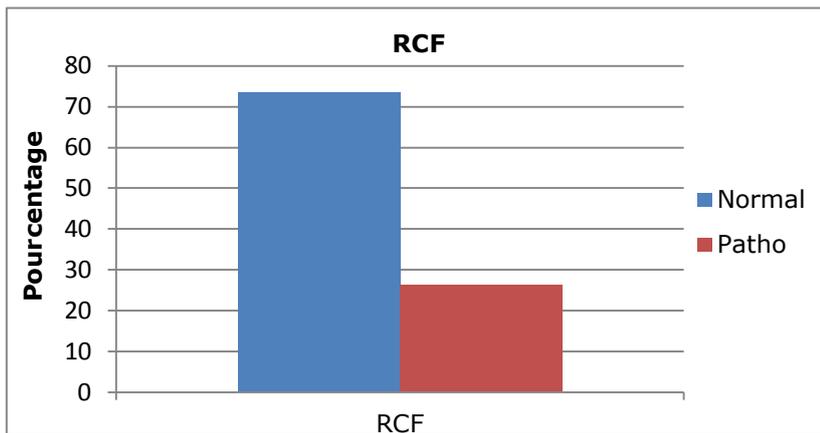
3.2.1 Première hypothèse secondaire

« Le prolongement de la deuxième phase passive du travail au-delà des deux heures de dilatation complète est associé à un état néonatal normal »

Afin de répondre à cette hypothèse, nous avons pris en compte :

- Le RCF pendant la seconde phase du travail
- La couleur du liquide amniotique à l'accouchement
- Le pH néonatal à la naissance
- Le score d'APGAR à 5 minutes de vie
- Le premier examen pédiatrique en salle de naissance
- L'évolution durant les premiers jours de vie
- Le transfert éventuel en réanimation néonatale ou en néonatalogie

3.2.1.1 Le Rythme Cardiaque Foetal



Les RCF (334 au total) sont classés en fonction de leurs caractéristiques :

- Normal, c'est-à-dire sans signe d'hypoxie foetale (soit 246)
- Pathologique, en fonction des critères énoncés en première partie (soit 88)

Parmi les patientes avec une deuxième phase du travail prolongée nous avons obtenu 75 % de tracés normaux et 25 % de tracés pathologiques.

3.2.1.2 La couleur du liquide amniotique à l'expulsion

Il a été recensé :

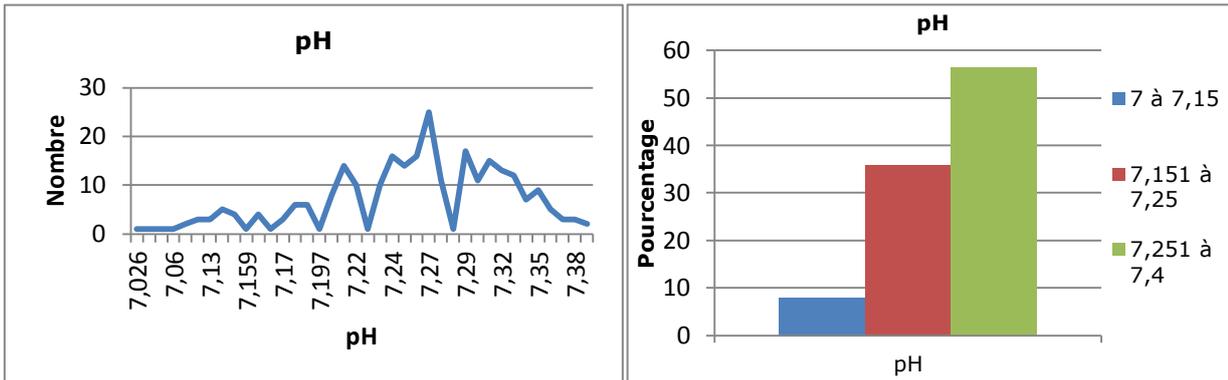
82% de liquide amniotique **clair**,

13% de liquide amniotique **teinté**,

3% de liquide amniotique **sanglant**,

2% de liquide amniotique **méconial**.

3.2.1.3 Le pH



La moyenne des pH obtenue est de 7,26 et la médiane se situe à 7,27.

Le pH est supérieur à 7,25 à 56 %, entre 7,15 et 7,25 à 36 % et inférieur à 7,15 à 8 %.

3.2.1.4 L'APGAR

Seuls les résultats à cinq minutes ont été retenus car il s'agit de la valeur prédictive du pronostic néonatal.

Nous retrouvons un APGAR à **10** à cinq minutes de vie dans **96 %** des cas.

3.2.1.5 Le premier examen pédiatrique, l'évolution durant les premiers jours de vie et l'éventuel transfert en néonatalogie ou réanimation néonatale

Premier examen pédiatrique	Normal à 87 %	Pathologique à 23 %
Evolution durant les premiers jours	Normal à 96 %	Pathologique à 4 %
Transfert en néonatalogie ou réanimation néonatale	Effectué à 3 %	Non effectué à 97 %

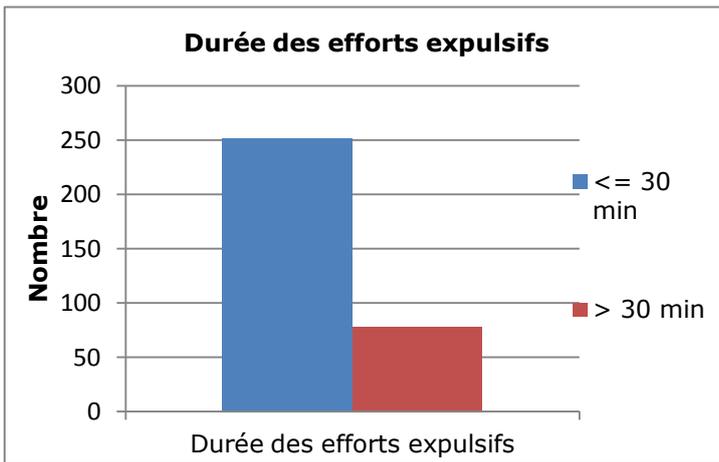
L'état néonatal est donc normal pour une très grande majorité à la naissance d'après ces différents critères, notre hypothèse est donc vérifiée.

3.2.2 La deuxième hypothèse secondaire

« Le prolongement de la deuxième phase passive du travail au-delà des deux heures de dilatation complète est associé à une durée des efforts expulsifs en majorité inférieure à 30 minutes »

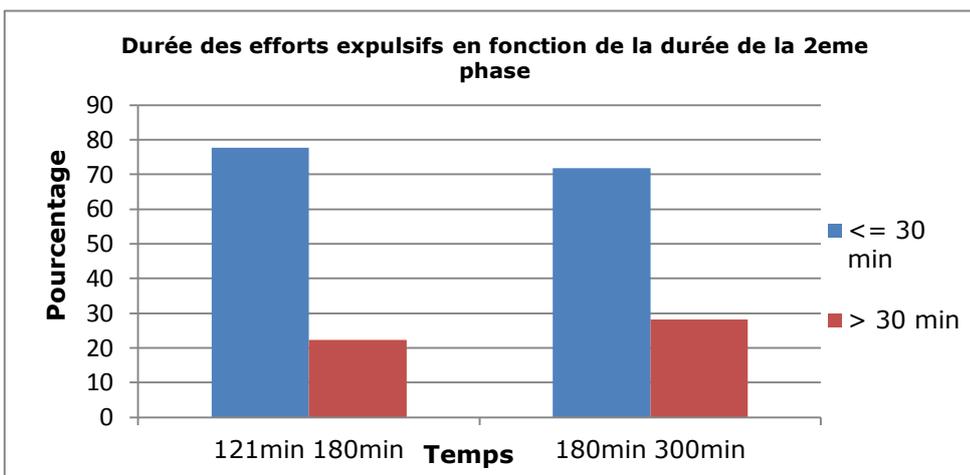
328 patientes ont été concernées. Ce résultat comprend aussi bien les accouchements par la voie basse, que les extractions instrumentales.

Nous avons obtenu une moyenne de 23 minutes d'efforts expulsifs.



De façon générale 76 % des patientes avec une phase passive du travail prolongée ont une durée d'efforts expulsifs inférieure ou égale à 30 minutes.

Et seulement 24 % de ces patientes ont une durée d'efforts expulsifs supérieure à 30 minutes.



Dans le premier groupe qui comprend 239 patientes, le pourcentage de patientes avec des efforts expulsifs inférieurs ou égaux à 30 minutes est de 78 % et 22 % pour les patientes avec des efforts expulsifs de plus de 30 minutes.

Dans le second groupe de 89 patientes, celles avec des efforts expulsifs inférieurs ou égaux à 30 minutes sont 72 % l'autre groupe à un taux de 28 %.

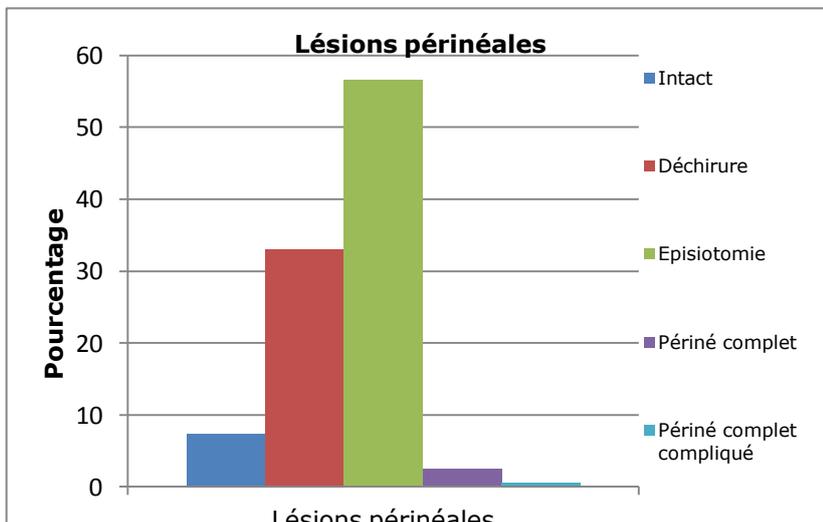
Notre hypothèse est donc vérifiée.

3.2.3 La troisième hypothèse secondaire

« Le prolongement de la deuxième phase passive du travail au-delà des deux heures de dilatation complète est associé à une diminution du taux de lésions périnéales. »

Les patientes concernées sont celles qui ont accouché par la voie basse spontanée et les extractions instrumentales (328 patientes). Pour répondre à cette hypothèse, nous avons relevé les différentes situations périnéales possibles :

- Périnée intact
- Déchirure simple (éraillures, 1^{er} et 2^{ème} degrés)
- Episiotomie
- Périnée complet
- Périnée complet compliqué

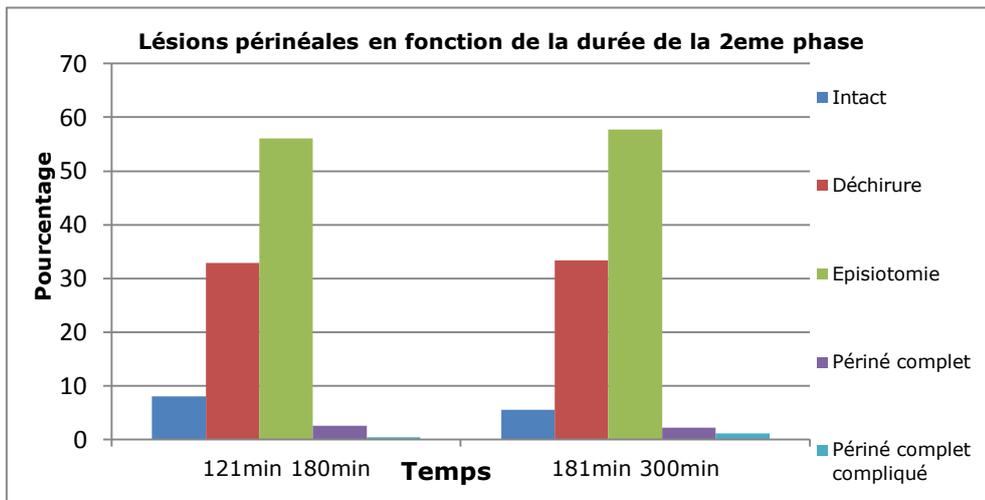


Le pourcentage d'épisiotomies est prédominant : 56 % (soit 184 patientes), puis viennent les déchirures (toutes confondues) 32 % (105 patientes).

Les périnées intacts représentent 7 % des résultats (soit 23 patientes).

Les périnées complet et complet compliqué représentent 5 % des résultats (soit 16 patientes)

Quelque soit la période au-delà de 120 minutes, l'épisiotomie reste majoritaire.



Dans le premier groupe (239 patientes), il y a une majorité d'épisiotomies (56 %), ensuite viennent les déchirures (32 %), puis les périnées intactes (8 %) et les complications périnéales graves (3 % et 0,5 %).

Dans le second groupe (89 patientes), on constate toujours une majorité d'épisiotomies (58%), puis les déchirures (33%), les périnées intactes (5 %) et les complications périnéales graves (2 % et 1 %).

Notre hypothèse est donc nulle.

4. LES ANALYSES COMPLEMENTAIRES

4.1 La hauteur de la présentation au début des efforts expulsifs

Hauteur au début des efforts expulsifs chez les patientes avec une deuxième phase du travail supérieur à 120 minutes		
Entre la partie haute et la partie moyenne (%)	Entre la partie moyenne et la partie basse (%)	A partie basse (%)
13	73	14

La hauteur du mobile fœtal dans le bassin maternel au début des efforts expulsifs a été recensée chez ces patientes avec une deuxième phase prolongée.

Les patientes ont débuté leurs efforts expulsifs après la partie moyenne dans 73 % des cas, à la partie basse du bassin dans 14 % des cas et entre la partie haute et la partie moyenne dans 13 % des cas.

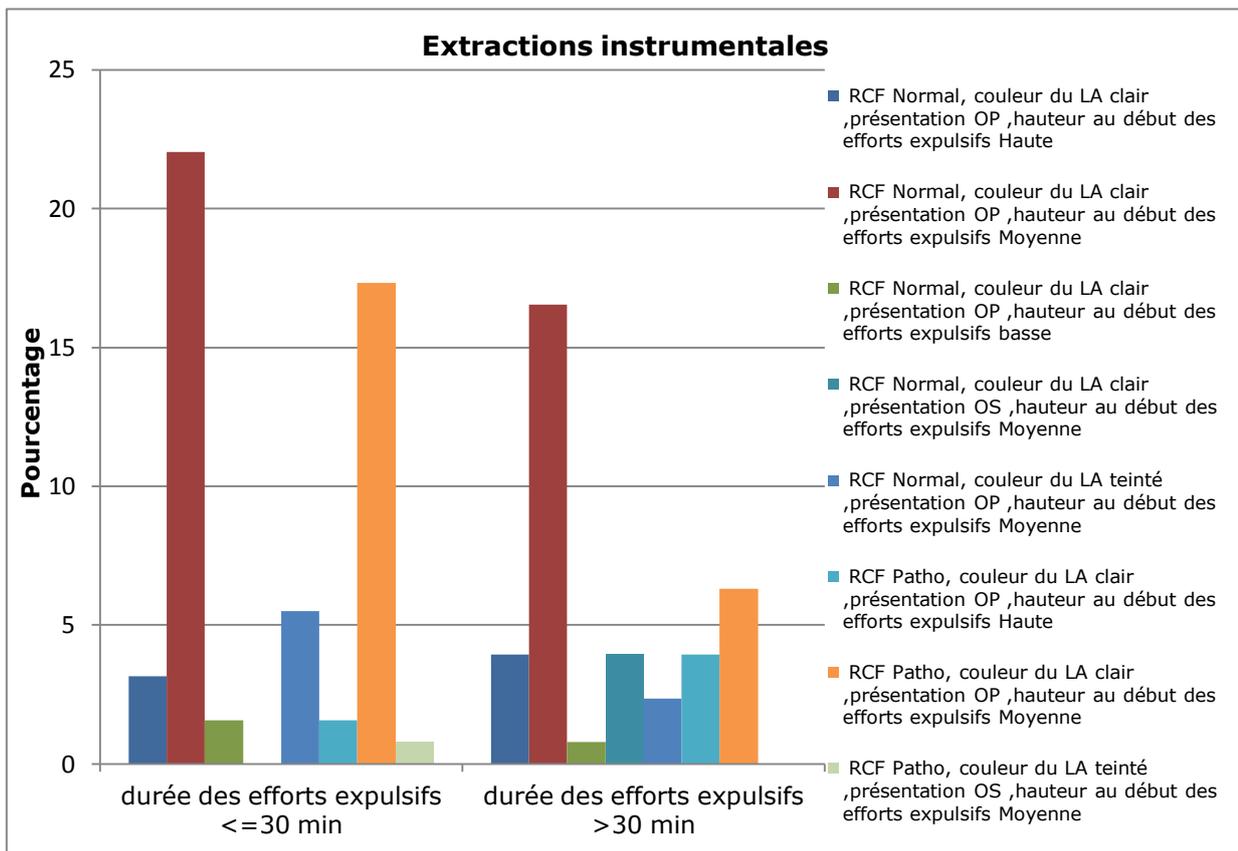
4.2 Evaluation des extractions instrumentales

Les patientes soit 127 ont été classées en deux catégories :

Une première avec des efforts expulsifs \leq à 30 minutes (81 patientes)

Une deuxième avec des efforts $>$ à 30 minutes (46 patientes)

Le taux d'extractions instrumentales (forceps et ventouse) a été corrélé aux RCF, liquide amniotique, variétés de présentation et hauteur du mobile fœtal au début des efforts expulsifs.



Il y a d'avantage d'extractions instrumentales avec un RCF normal, un LA clair, une présentation en OP et un début d'effort expulsif après la partie moyenne dans les deux groupes (22 %) et (17 %).

Puis viennent les RCF pathologiques, LA clair, présentation en OP et les efforts expulsifs après la partie moyenne (17 %) et (6 %).

Les extractions instrumentales pour les RCF pathologiques, LA teinté, présentation en OS et des efforts expulsifs après la partie moyenne représentent moins de 1 % de la totalité de ces modes d'accouchements.

QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION

1.POINTS FAIBLES DE L'ETUDE

1.1 Patientes avec une deuxième phase de moins de 120 minutes

Le point faible le plus important de l'étude est l'absence de comparaison avec une population identique ayant eu une deuxième phase du travail de moins de 120 minutes. Une étude cas-témoins aurait été plus pertinente.

En effet, cela aurait permis de confronter les deux types de résultats obtenus, les analyser et permettre de voir si nos résultats sont significatifs et ont un intérêt dans la pratique quotidienne.

Les seules comparaisons que nous avons pu effectuer sont celles entre une deuxième phase prolongée (entre 120 et 180 minutes) et très prolongée (au-delà de 180 minutes) pour toutes les hypothèses.

2.POINTS FORTS DE L'ETUDE

Suite aux critères d'inclusion et exclusion choisis, le recueil de données a permis d'obtenir un nombre suffisant de sujets sur la période déterminée.

3. DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE

3.1 Evaluation du mode d'accouchement

En prolongeant la deuxième phase du travail au-delà de 120 minutes, le pourcentage d'accouchements par la voie basse spontanée reste supérieur à celui des extractions instrumentales et des césariennes.

Ce qui est en rapport avec les chiffres nationaux des différents modes d'accouchements (toutes patientes confondues): 65 % d'accouchements par la voie basse, 15 % d'extractions instrumentales et 20 % de césariennes [14].

Donc malgré le manque de comparaison avec une population similaire dont la deuxième phase est de 120 minutes ou moins (ce qui permettrait d'avoir des résultats plus significatifs), nous pouvons dire qu'il n'y a pas d'effets néfastes, sur le type d'accouchements, à prolonger cette phase du travail.

Cependant, nous constatons qu'à partir de 180 minutes, cette attente n'est plus bénéfique car le pourcentage d'extractions instrumentales (47 %) devient quasi équivalent à celui des accouchements naturels (49 %)

Nous pouvons supposer, qu'au-delà de 180 minutes d'attente, si le mobile fœtal n'améliore pas sa descente dans le bassin maternel c'est qu'il existe une dystocie et cela peut expliquer qu'on soit davantage amené à recourir à ce mode d'accouchement.

De plus, le fœtus est plus exposé au risque d'acidose, du fait de cette attente, d'où le recours plus fréquent à une extraction instrumentale même si la durée des efforts expulsifs n'a pas atteint son maximum de 30 minutes.

Le taux de césarienne reste faible quelque soit la durée du prolongement.

Ces résultats sont en corrélation avec ceux effectués par les études, mis en évidence en première partie de mémoire, qui montraient toutes que l'accouchement par la voie basse était prédominant en cas de prolongation de la deuxième phase du travail au-delà de 120 minutes.

3.2 Les hypothèses secondaires

3.2.1 Concernant l'état néonatal

Une deuxième phase du travail prolongée est associée à un état néonatal normal.

En effet, les différents éléments recherchés afin de démontrer cela (le pH, l'APGAR, le RCF, la couleur du LA et l'évolution durant les premiers jours de vie) ont mis en évidence un bon état néonatal et l'absence de morbidités associées.

Cela est aussi en accord avec les études énoncées, qui ne montraient pas d'aggravation de l'état du nouveau-né suite à cette attente.

Il n'y a donc pas d'effets néfastes, sur l'état néonatal, à prolonger cette deuxième phase du travail en l'absence d'anomalies fœtales.

3.2.2 La durée des efforts expulsifs

Une deuxième phase du travail de plus de 120 minutes est associée à une durée d'efforts expulsifs en majorité inférieure ou égale à 30 minutes, et cela quelque soit la longueur de cette phase.

Dans notre étude, la durée moyenne de la phase d'expulsion est de 23 minutes.

Les recommandations du CNGOF envisagent une extraction instrumentale au-delà de 30 minutes d'efforts expulsifs chez la primipare, nos résultats sont donc en accord.

L'étude faite au CHU de Nantes en 2005, est la seule à avoir recherché cet élément et celle-ci est concordante avec les résultats trouvés à Limoges.

Le fait de retarder le moment de la poussée après une dilatation complète, permet d'avoir une majorité de patientes avec une durée d'efforts expulsifs dans la norme c'est-à-dire inférieure à 30 minutes.

Une mise en pratique plus régulière de cette attente (dans le cas d'un travail physiologique) permettrait de réduire le pourcentage d'extractions instrumentales liés à une limite de temps, diminuerait les traumatismes obstétricaux et néonataux et éviterait des efforts expulsifs trop longs qui sont néfastes pour le fœtus car augmente le risque d'acidose.

3.2.3 Les lésions périnéales

Le prolongement de la phase passive du travail au-delà de 120 minutes est associée à une majorité de traumatismes au niveau du périnée et cela quelque soit la durée de la deuxième phase.

Le département de Gynécologie Obstétrique de l'université de Saint-Louis aux Etats Unis retrouve le même résultat.

L'attente ne permet pas de réduire le taux de lésions périnéales.

Nous avons donc essayé de comprendre les raisons de ce résultat.

En effet, l'anormalité de l'état fœtal et néonatal, et des critères obstétricaux seraient des facteurs expliquant la nécessité de recourir à une épisiotomie afin d'accélérer la phase expulsive.

Les résultats obtenus (56 %) restent supérieurs à la moyenne nationale : 45 %.

Afin de comprendre le taux majeur d'épisiotomie, nous l'avons mis en relation avec les critères qui définissent l'état fœtal et néonatal à la naissance.

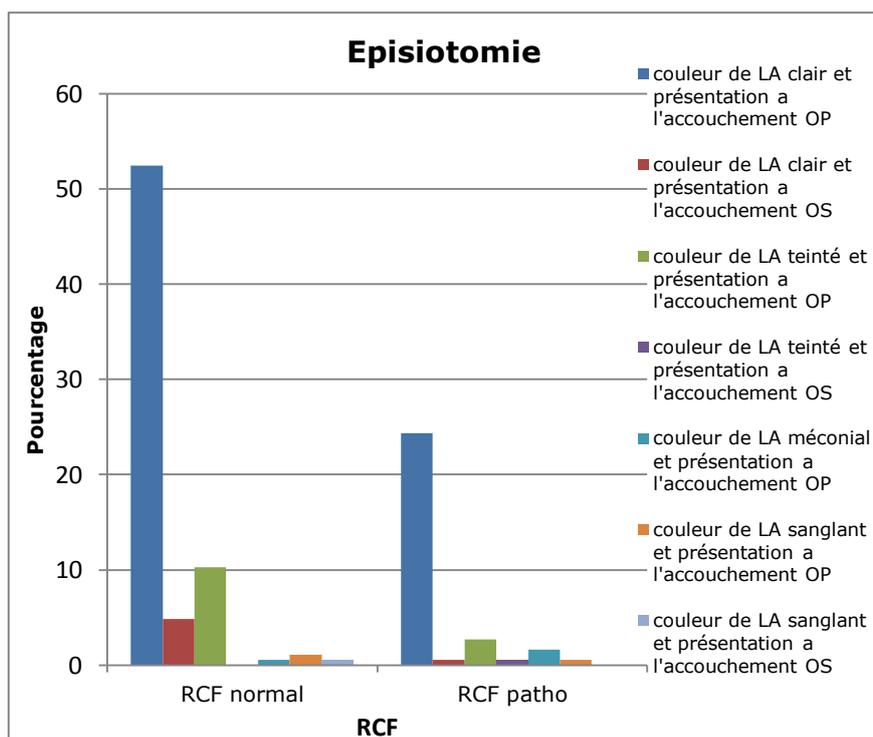
3.2.3.1 Evaluation du taux d'épisiotomie en fonction des critères fœtaux et obstétricaux

Les 186 patientes ont été regroupées en 2 catégories :

- Un premier où les RCF étaient normaux (soit 129 patientes)
- Un second où les RCF étaient pathologiques (soit 57 patientes)

Les épisiotomies ont été recensées en fonction :

- D'un LA clair et une présentation en OP
- D'un LA clair et une présentation en OS
- D'un LA teinté et une présentation en OP
- D'un LA teinté et une présentation en OS
- D'un LA méconial et une présentation en OP (Il n'y avait pas de cas de LA méconial et présentation en OS)
- D'un LA sanglant et une présentation en OP
- D'un LA sanglant et une présentation en OS



Les épisiotomies sont réalisées majoritairement avec un LA clair et une présentation en OP, aussi bien dans le premier groupe (52 %) que dans le second (24 %)

Interviennent ensuite les épisiotomies effectuées avec un LA teinté et une présentation en OP pour les deux catégories : 10 % et 3 %.

Moins de 1 % des épisiotomies sont faites avec un LA teinté ou sanglant et une présentation en OS.

Ce que nous pouvons conclure de ces résultats, c'est que ce ne sont pas seulement les critères fœtaux et obstétricaux qui déterminent la nécessité de réaliser ou non une épisiotomie.

En effet, dans le cas présent la grande majorité des épisiotomies sont faites avec des critères très satisfaisants.

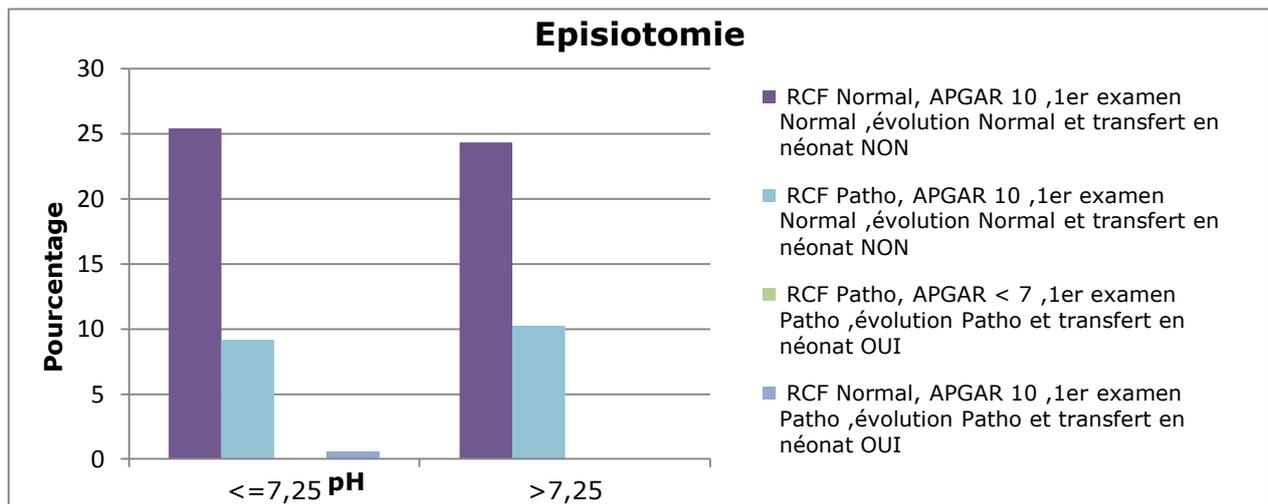
3.2.3.2 Evaluation du taux d'épisiotomies en fonction des critères néonataux

Les 186 patientes ont été répertoriées :

- Un premier groupe dont le pH $\leq 7,25$ (97 patientes)
- Un deuxième groupe dont le pH $> 7,25$ (89 patientes)

L'importance des épisiotomies ont été recensé en fonction de différentes situations qui évaluent ces critères.

- RCF normal, APGAR à 10 (5 minutes), premier examen normal, évolution normale et absence de transfert.
- RCF pathologique, APGAR à 10 (5 minutes), premier examen normal, évolution normale et absence de transfert.
- RCF pathologique, APGAR inférieur à 7 (5 minutes), premier examen pathologique, évolution pathologique et transfert en unité de soins néonataux.
- RCF normal, APGAR à 10 (5 minutes), premier examen pathologique, évolution pathologique et transfert en unité de soins néonataux.



Les épisiotomies sont effectuées avec un état foetal et néonatal satisfaisant dans 25 % des cas.

Puis viennent les épisiotomies effectuées pour un RCF pathologique, APGAR à 10, 1^{er} examen normal et pas de transfert (9%).

Pour terminer, les épisiotomies réalisées pour des critères foetaux et néonataux anormaux représentent moins de 1% de la totalité.

D'après ces analyses complémentaires, il est clair que le taux élevé d'épisiotomies n'est pas lié à l'anormalité des facteurs foetaux et néonataux.

En effet, la majorité de celles-ci sont réalisées avec des critères très satisfaisants du bien-être foetal et néonatal.

Ce résultat est donc lié à l'association de plusieurs éléments maternels, obstétricaux, médicaux, mais non strictement d'origine foetale.

3.2.3.3 Conclusion sur le taux d'épisiotomies

Suite aux différents résultats retrouvés, nous constatons que l'état et la position fœtale, la couleur du LA et le mode d'accouchement ne sont pas les seuls éléments qui rendent nécessaires la réalisation d'une épisiotomie.

D'autres facteurs comme :

- la hauteur de la présentation à la phase expulsive et la facilité d'ampliation du périnée,

Dans notre étude nous remarquons que les efforts expulsifs sont débutés en majorité à la partie moyenne du bassin, cette hauteur insuffisamment basse donne moins de temps pour permettre l'ampliation périnéale.

Cependant, les opérateurs peuvent être favorables à une politique de deuxième phase passive et être dans une attitude d'épisiotomie systématique. L'un ne s'associe pas forcément avec l'autre.

- la durée, la qualité et le type d'efforts expulsifs maternels,

Le mode de poussée à l'accouchement peut également être déterminant.

Il existe deux modes de poussée principale : la poussée en blocage inspiratoire et celle en expiration freinée.

Lors de la poussée en blocage inspiratoire, la pression exercée entraîne une descente diaphragmatique, qui abaisse les organes abdominaux, qui eux-même appuient sur le périnée. Lors de la poussée en expiration forcée, un serrage maximum du transverse abdominal et des muscles obliques va entraîner une remontée du diaphragme et donc l'ouverture périnéale devant le fœtus. Cette méthode de poussée est dite plus physiologique.

Le mode de poussée à l'accouchement peut donc avoir des conséquences plus ou moins traumatiques au niveau périnéal.

Nous pouvons donc proposer dans le cas d'un travail physiologique, si la poussée en expiré est suffisamment efficace, ce mode de poussée afin d'être moins délétère sur le périnée.

- la position maternelle à l'accouchement

De nombreuses études ont conclu que l'adoption d'une position verticale ou en décubitus latéral pour l'accouchement est associée à un plus petit nombre d'accouchements instrumentalisés et d'épisiotomies [15]. Ces positions diminuent l'impact de l'accouchement sur les muscles périnéaux.

La position décubitus dorsal ou la position gynécologique pendant l'accouchement exercent un effet délétère sur le périnée et augmentent ainsi le risque de déchirures et d'épisiotomies.

La position en décubitus latéral est de plus en plus utilisée dans les salles d'accouchement, ce qui devrait permettre de réduire le taux de lésions périnéales à long terme.

- la qualité des parties molles,
- la primiparité,

- les extractions instrumentales,

Le risque de lésion du plancher pelvien est plus important lors d'accouchements par forceps, ventouse ou spatules. De plus, le volume supplémentaire occupé par l'instrument passant par l'orifice, permet d'expliquer en partie l'augmentation des déchirures sphinctériennes et d'épisiotomies. Il existe également un plus grand risque de plaie sphinctérienne avec ces instruments.

- et les habitudes des opérateurs

En effet certains professionnels, de par leur apprentissage et expérience, ont recours à une épisiotomie systématique.

Une comparaison avec une population dont l'attente après dilatation complète était inférieure à 120 minutes aurait permis de voir si ce pourcentage était équivalent ou non en fonction des critères fœtaux, obstétricaux et néonataux.

4. LES PROPOSITIONS EN LIEN AVEC L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Afin de faire des propositions cohérentes et fiables pour la pratique en salle de naissances, il serait intéressant d'effectuer une étude avec une population dont l'attente aura été inférieure à 120 minutes.

Cependant, notre étude descriptive ne démontre pas d'importantes morbidités maternelles, fœtales et néonatales à prolonger la deuxième phase du travail.

Nous pouvons donc proposer une mise en place de cette attente dans la pratique quotidienne dans le cas d'un travail de déroulement physiologique et sans pathologies maternelles et fœtales associées. Et cela d'autant plus que la majorité des patientes primipares bénéficient actuellement d'une analgésie péridurale.

En effet, soit l'attente (entre 120 et 180 minutes) améliore la descente du mobile fœtal et dans ce cas elle est bénéfique, puisqu'elle augmente la probabilité d'un accouchement par la voie basse en réduisant la durée des efforts expulsifs et le risque d'acidose fœtale.

Soit ce prolongement n'améliore pas la descente dans le bassin maternel et dans ce cas, nous n'aggravons pas la situation car nous restons dans les normes nationales.

Néanmoins, cette attente doit être maîtrisée, et ne doit pas excéder 180 minutes car les bénéfices ne sont plus si intéressants au-delà de cette limite de temps notamment en ce qui concerne le pourcentage d'accouchements par la voie basse spontanée.

CONCLUSION

Concernant la gestion du deuxième stade du travail, les pratiques obstétricales françaises et internationales ont des points communs mais aussi des différences, en particulier en ce qui concerne la durée de celle-ci.

L'objectif de notre mémoire était de faire un état des lieux à l'hôpital mère-enfant de Limoges, des conséquences d'un allongement de la deuxième phase passive du travail au-delà de deux heures de dilatation complète sur le mode d'accouchement et l'état néonatal à la naissance.

Une prolongation de la deuxième phase du travail, entre 120 et 180 minutes, après le diagnostic de dilatation complète, montre qu'il y a davantage d'accouchements par la voie basse spontanée, par rapport aux autres modes d'accouchements. Au-delà de 180 minutes, le pourcentage d'extractions instrumentales augmente et l'attente n'a donc plus d'intérêt.

La durée des efforts expulsifs est en majorité dans la norme des recommandations françaises c'est-à-dire inférieure à 30 minutes. Quant à l'état néonatal, celui-ci est tout à fait satisfaisant sans signe de morbidités à la naissance.

Par contre, en ce qui concerne le pourcentage de lésions périnéales, celui-ci reste important quelque soit le mode d'accouchement et la prolongation de la deuxième phase du travail.

L'attente n'a donc pas d'influence sur les lésions du périnée, notamment sur le pourcentage d'épisiotomies qui reste majoritaire en toutes circonstances et qui dépend de nombreux facteurs.

Un allongement de la deuxième phase du travail pourrait donc être envisagé à l'HME de Limoges dans le cas d'une grossesse et d'un travail physiologique.

Mais, nos résultats sont à interpréter avec précaution du fait de l'absence de comparaison avec une population avec une deuxième phase du travail de 120 minutes ou moins et nécessitent d'être confirmés par d'autres études (cas-témoins par exemple).

ANNEXES

1.ANNEXE I

Classification suédoise des cardiogrammes (CTG) de K.G. ROSEN adaptée de celle de la FIGO.

Classification CTG	Fréquence Cardiaque de base	Variabilité Réactivité	Décélérations
CTG Normal	110-150 bpm	5-25 bpm Accélérations	Décélérations précoces Décél variable non compliquée, durée < 60 sec, amplitude < 60 bpm
CTG Intermédiaire	100-110 bpm 150-170 bpm Court épisode de bradycardie	>25 bpm sans accélération < 5 bpm pendant plus de 40 minutes	Décél variable non compliquée, durée < 60 sec, amplitude > 60 BPM
CTG Anormal	150-170 BPM et variabilité réduite > 170 BPM Bradycardie persistante	< 5 BPM pendant plus de 60 minutes RCF sinusoidal	Décél variable compliquée, durée > 60 sec Décél tardives répétées
CTG préterminal			
Absence totale de variabilité et de réactivité avec ou sans décélération ou bradycardie			

2.ANNEXE II

Règles de conduite en fonction des anomalies du RCF par MURPHY KW 1990

Anomalies du RCF	Durée maximale tolérable
Tachycardie isolée (161 à 180 BPM)	120 minutes
Tachycardie > 180 BPM	60 minutes
Bradycardie < 100 BPM	20 minutes
Ralentissements variables modérés (> 50 BPM, durée > 60 secondes)	40 minutes
Ralentissements tardifs (décalage de plus de 20 secondes)	40 minutes
Tracés plats (< 5 BPM)	60 minutes
Tachycardie > 160 BPM + ralentissements tardifs ou variables graves + tracé plat	40 minutes

3.ANNEXE III

Le score d'Apgar

Paramètres	0	1	2
Battements cardiaques	Absents	< 100 / minute	>100 / minute
Mouvements respiratoires	Absents	Lents, irréguliers	Vigoureux, avec cri
Tonus musculaire	Nul	Faible : légère flexion des extrémités	Fort : quadriflexion, mouvements actifs
Réactivité à la stimulation	Nulle	Faible : grimace	Vive : cri, toux
Coloration	Globalement bleue ou pâle	Corps rose, extrémités bleues	Totalement rose

4.ANNEXE IV

Valeurs traduisant la sévérité d'une asphyxie per natale, selon la SOGC

	pH (artère ombilicale)	BD (artère ombilicale)
Nécessité d'une intervention	< 7, 15	≥ 12 mmol/l
Possibilité d'une atteinte cérébrale	< 7, 0	≥ 16 mmol/l

REFERENCES

[1] LANSAC J, BODY G, Pratique de l'accouchement, Edition SIMEP 1992: 349 p-47

[2] THOULON J-M, PASQUET J-C, AUDRA P, La surveillance du travail, Edition MASSON 2003: 361p-181 à 201

[3] THOULON J-M, PASQUET J-C, AUDRA P, La surveillance du travail, Edition MASSON 2003: 361p-71 à 90

[4] MYLES T-D, SANTOLAYA J, Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage of labor, Pubmed.gov juillet 2003 consulté le 27 septembre 2010

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12850607>

[5] SIMON.A, DUPUIS.O La surveillance fœtale pendant l'expulsion, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction consulté le 23 septembre 2011

<http://www.em-consulte.com/article/209772#N10235>

[6] GOLD F., BLOND M.H., LIONNET C., Pédiatrie en maternité, réanimation en salle de naissance, Edition MASSON 2002, 373p, p 15 à 21

[7] GOLD F., BLOND M.H., LIONNET C., Pédiatrie en maternité, réanimation en salle de naissance, Edition MASSON 2002, 373p, p74 à 77

[8] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, recommandations pour la pratique surveillance fœtale pendant l'expulsion 2008, consulté le 23 septembre 2010

http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_18.HTM#expulsion

[9] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, recommandations pour la pratique extraction instrumentale 2008, consulté le 23 septembre 2010

http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_21.HTM#9

[10] ROBERTS JE, A new understanding of the second stage of labor: implications for nursing care, pub med 2003 consulté le 27 septembre 2010

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14649600>

[11] GERBER S, VIAL Y, HOHLFIELD P, Pronostic maternel et néonatal lors de la deuxième phase d'accouchement prolongé, EM-Consulte Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 1999 consulté le 1 septembre 2010

<http://www.em-consulte.com/module/displayarticle/article/113781>

[12] MENEZ-ORIEUX C, LINET T, PHILIPPE H-J, BOOG G, Poussée retardée *versus* poussée immédiate lors de la seconde phase du travail chez les nullipares sous anesthésie péridurale, EM-Consulte Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2005 consulté le 4 septembre 2010

<http://www.em-consulte.com/article/115392>

[13] SCHAAL J-P, DREYFUS M, BRETTELE F, DUPUIS O, Durée des efforts expulsifs : pousser n'est pas jouer, EM-Consulte Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2008 consulté le 27 septembre 2010

<http://www.em-consulte.com/module/displayarticle/article/186926>

[14] JR GIRAUD, GM COUSIN, P LE PORS LEMOINE ; OU VA L'OBSTÉTRIQUE ?, consulté le 19 Mars 2012

http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/Ou_va_l_obst.pdf

[15] DE GASQUET Bernadette. Prévention périnéale et maternité selon les principes de la méthode A.P.O.R. de Gasquet. Collège National des sages-femmes, consulté le 19 mars 2012.

http://www.cnsf.asso.fr/journees/pdf/3eme/04-maternite_et_perinee.pdf

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

GOLD F., BLOND M H., LIONNET C., Pédiatrie en maternité, réanimation en salle de naissance, Edition MASSON 2002: 373p

LANSAC J, BODY G, Pratique de l'accouchement, Edition SIMEP 1992: 349 p

THOULON J-M, PASQUET J-C, AUDRA P, La surveillance du travail, Edition MASSON 2003: 361p

WIELAND P, LONDON M-L, BROCKENS S, Soins infirmiers maternité et néonatalogie, Edition ERPI 1992: 990p

INTERNET

COHEN M, L'expulsion fœtale revisitée, quand débiter les efforts expulsifs?, la lettre des actualités périnatales du Languedoc Roussillon, avril décembre 2006

<http://www.perinat-france.org/upload/lettre/pdf>

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, recommandations pour la pratique surveillance fœtale pendant l'expulsion 2008, consulté le 23 septembre 2010

http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_18.HTM#expulsion

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, recommandations pour la pratique extraction instrumentale 2008, consulté le 23 septembre 2010

http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_21.HTM#9

DE GASQUET Bernadette. Prévention périnéale et maternité selon les principes de la méthode A.P.O.R. de Gasquet. Collège National des sages-femmes consulté le 19 mars 2012.

http://www.cnsf.asso.fr/journees/pdf/3eme/04-maternite_et_perinee.pdf

GERBER S, VIAL Y, HOHLFIELD P, Pronostic maternel et néonatal lors de la deuxième phase d'accouchement prolongé, EM-Consulte Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 1999 consulté le 1 septembre 2010

<http://www.em-consulte.com/module/displayarticle/article/113781>

JR GIRAUD, GM COUSIN, P LE PORS LEMOINE ; OU VA L'OBSTÉTRIQUE ?, consulté le 19 Mars 2012

http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/Ou_va_l_obst.pdf

KELLY M, JOHNSON E, LEE V, MASSEY L, PURSER D, RINGER K, SANDERSON S, STYLE J, WOOD D, Poussée immédiate versus poussée retardée durant la deuxième phase du travail, pubmed.gov mars-avril 2010

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20215948>

MENEZ-ORIEUX C, LINET T, PHILIPPE H-J, BOOG G, Poussée retardée *versus* poussée immédiate lors de la seconde phase du travail chez les nullipares sous anesthésie péridurale, EM-Consulte Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2005 consulté le 4 septembre 2010

<http://www.em-consulte.com/article/115392>

MYLES T-D, SANTOLAYA J, Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage of labor, Pubmed.gov juillet 2003 consulté le 27 septembre 2010

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12850607>

MYLES TD, SANTOLAYA J, Maternal and neonatal outcomes in patients with a prolonged second stage of labor, pubmed.gov 2003 consulté le 27 septembre 2010

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12850607>

ROBERTS JE, A new understanding of the second stage of labor: implications for nursing care, pub med 2003 consulté le 27 septembre 2010

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14649600>

ROBERTS JE, The "push" for evidence: management of the second stage, pub med 2002 consulté le 27 septembre 2010

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11874088>

SAUNDERS NS, PATERSON CM, WADSWORTH J, Neonatal and maternal morbidity in relation to the length of second stage of labour, pub med 1992 consulté le 27 septembre 2010

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1622909>

SCHAAL J-P, DREYFUS M, BRETELLE F, DUPUIS O, Durée des efforts expulsifs : pousser n'est pas jouer, EM-Consulte Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2008 consulté le 27 septembre 2010

<http://www.em-consulte.com/module/displayarticle/article/186926>

SIMON.A, DUPUIS.O La surveillance fœtale pendant l'expulsion, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction

<http://www.em-consulte.com/article/209772#N10235>

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	2
SOMMAIRE	3
INTRODUCTION	6
PREMIERE PARTIE	8
1. LA MECANIQUE ET LA DYNAMIQUE OBSTETRICALE DE LA DEUXIEME PHASE DU TRAVAIL .	8
1.1 La phase passive.....	8
1.1.1 L'engagement	8
1.1.2 La descente et la rotation	9
1.1.3 Le dégagement	10
1.2 La durée normale de cette deuxième phase du travail.....	11
1.3 Contractions et force des contractions.....	11
1.4 L'influence de l'analgésie péridurale sur la deuxième phase	12
2. LA SURVEILLANCE FCETALE PENDANT LE TRAVAIL ET L'EXPULSION	13
2.1 L'analyse du rythme cardiaque fœtal	13
2.1.1 Le rythme de base.....	14
2.1.2 Les oscillations	14
2.1.3 Les accélérations	14
2.1.4 Les ralentissements	15
2.1.5 Le tracé normal	15
2.1.6 Interprétation d'un tracé anormal [2].....	16
2.1.7 Le RCF pendant l'expulsion	17
2.2 Le fœtus pendant la phase expulsive	18
3. ASPHYXIE FCETALE ET ETAT NEONATAL.....	18
3.1 Asphyxie fœtale per natale	19
3.2 Le score d'APGAR	19
3.3 Asphyxie néonatale	20
4. LA CONDUITE A TENIR PENDANT LE TRAVAIL ET L'EXPULSION	21
4.1 Le contexte fœtal	21
4.2 Le contexte maternel	21

4.3	Les éléments obstétricaux	21
4.4	L'aspect du liquide amniotique	22
5.	LES ETUDES.....	22
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....		25
1.	CONSTAT	25
2.	PROBLEMATIQUE	27
3.	OBJECTIF.....	27
4.	HYPOTHESES.....	27
4.1	Principale	27
4.2	Secondaires.....	27
5.	TYPE D'ETUDE	28
6.	POPULATION	28
6.1	Echantillon	28
6.2	Critères d'inclusion	29
6.3	Critères d'exclusion	29
7.	LA METHODOLOGIE.....	30
7.1	Présentation des variables.....	30
8.	LES STRATEGIES D'EXPLOITATION.....	32
TROISIEME PARTIE : ANALYSE		33
1.	PRESENTATION DE LA POPULATION.....	33
2.	EVALUATION DU PROLONGEMENT DE LA DEUXIEME PHASE PASSIVE DU TRAVAIL AU-DELA DE DEUX HEURES DE DILATATION COMPLETE	34
3.	REPNSES AUX HYPOTHESES DE RECHERCHE	35
3.1	L'hypothèse principale	35
3.2	Les hypothèses secondaires.....	37
3.2.1	Première hypothèse secondaire	37
3.2.1.1	Le Rythme Cardiaque Fœtal.....	38
3.2.1.2	La couleur du liquide amniotique à l'expulsion.....	38
3.2.1.3	Le pH	39
3.2.1.4	L'APGAR.....	39
3.2.1.5	Le premier examen pédiatrique, l'évolution durant les premiers jours de vie et l'éventuel transfert en néonatalogie ou réanimation néonatale	40
3.2.2	La deuxième hypothèse secondaire	40
3.2.3	La troisième hypothèse secondaire	42

4.	LES ANALYSES COMPLEMENTAIRES	44
4.1	La hauteur de la présentation au début des efforts expulsifs	44
4.2	Evaluation des extractions instrumentales	44
	QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION	46
1.	POINTS FAIBLES DE L'ETUDE	46
1.1	Patientes avec une deuxième phase de moins de 120 minutes	46
2.	POINTS FORTS DE L'ETUDE	46
3.	DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE	47
3.1	Evaluation du mode d'accouchement	47
3.2	Les hypothèses secondaires	48
3.2.1	Concernant l'état néonatal	48
3.2.2	La durée des efforts expulsifs	48
3.2.3	Les lésions périnéales	49
3.2.3.1	Evaluation du taux d'épisiotomie en fonction des critères foetaux et obstétricaux	49
3.2.3.2	Evaluation du taux d'épisiotomies en fonction des critères néonataux	51
3.2.3.3	Conclusion sur le taux d'épisiotomies	53
4.	LES PROPOSITIONS EN LIEN AVEC L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE	55
	CONCLUSION	57
	ANNEXES	59
1.	ANNEXE I	59
2.	ANNEXE II	60
3.	ANNEXE III	61
4.	ANNEXE IV	62
	REFERENCES	63
	BIBLIOGRAPHIE	66
	TABLE DES MATIERES	69

GUEMAS Christelle

« Influences du prolongement de la deuxième phase du travail au delà de 120 minutes »

71 Pages

Mémoire de fin d'études - Ecole de sages-femmes de LIMOGES

Année universitaire 2011-2012

Résumé : C'est en 1894 que la règle des deux heures d'attente maximum à dilatation complète a été établie. Bien qu'elle soit réévaluée par certains professionnels, cette attitude est toujours appliquée.

L'objectif était de faire un état des lieux à l'hôpital mère-enfant de Limoges des conséquences d'un allongement de la deuxième phase du travail au-delà de 120 minutes sur le mode d'accouchement et l'état néonatal.

Une attente est associée à une majorité d'accouchements par la voie basse par rapport aux autres modes d'accouchements, un état néonatal satisfaisant mais elle n'a aucune influence sur le taux de lésions périnéales qui reste important.

Mots-clés : deuxième phase du travail, surveillance fœtale, efforts expulsifs, mode d'accouchement, état néonatal, lésions périnéales.