



**HAL**  
open science

# Conséquences obstétricales et néonatales de la dystocie de démarrage. Étude de deux thérapeutiques : Nalbuphine versus analgésie péridurale précoce

Camille Lajarige

## ► To cite this version:

Camille Lajarige. Conséquences obstétricales et néonatales de la dystocie de démarrage. Étude de deux thérapeutiques : Nalbuphine versus analgésie péridurale précoce. Gynécologie et obstétrique. 2011. dumas-00623593

**HAL Id: dumas-00623593**

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00623593v1>

Submitted on 14 Sep 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

## Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

**Mémoire** pour obtenir le  
**Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

Présenté et soutenu publiquement  
le : **07 Avril 2011**

par  
**Camille LAJARIGE**

Née le 30 Juillet 1987

**Conséquences obstétricales et néonatales de  
la dystocie de démarrage**

Etude de deux thérapeutiques: Nalbuphine versus analgésie  
péridurale précoce

**DIRECTEUR DU MEMOIRE :**

**Mr le Pr CABROL**

Gynécologue obstétricien, maternité Port Royal

---

**JURY :**

**Mr le Pr CABROL**

Directeur technique de l'école de sages-femmes de  
baudelocque

**Mme PRUDHOMME**

Représentante de la directrice de l'école de sages-femmes de  
Baudelocque

**Mr le Dr BOUNAN**

Gynécologue obstétricien, maternité Port Royal

**Mme LEBOT**

Sage-Femme, maternité Port Royal

**Mme DUQUENOIS**

Sage-Femme co-directrice de l'école de sages-femmes de  
Baudelocque

N° du mémoire : 2011PA05MA22

---

## **REMERCIEMENTS**

à Monsieur le Professeur Dominique CABROL, chef du service de Gynécologie obstétrique de la maternité de Port Royal, Directeur Technique de l'Ecole de Sages-Femmes de Port Royal, mon directeur de mémoire.

à Madame Françoise NGUYEN, Directrice de l'Ecole de Sages-femmes de Port Royal.

à Madame Sylvie DUQUENOIS, Sage-Femme enseignante à l'école de Port Royal, ma guidante de mémoire.

à Madame Julie TORT, Sage-femme chargée d'évaluation qualité et coordinatrice du réseau de Port Royal.

à tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire.

# TABLE DES MATIERES

Remerciements .....	3
Table des matières .....	4
Liste des tableaux .....	6
Liste des abréviations .....	7
Introduction.....	8
<b>CHAPITRE 1: CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>9</b>
1. LA DYSTOCIE DE DÉMARRAGE .....	11
1.1. Définition .....	11
1.2. Diagnostic et physiopathologie .....	11
1.3. Diagnostics différentiels.....	12
1.4. La conséquence principale de la dystocie de démarrage : la douleur .....	13
1.5. Cas particulier : le terme dépassé.....	13
2. LA NALBUPHINE (NUBAIN®) .....	14
2.1. Pharmacocinétique .....	14
2.2. Posologie et voie d'administration .....	14
2.3. Indications et contre-indications.....	15
2.4. Effets indésirables.....	15
2.5. Effets sur l'utérus et le col utérin.....	16
3. ANALGÉSIE PÉRIDURALE ET DIRECTION DU TRAVAIL. ....	16
3.1. L'analgésie péridurale précoce.....	16
3.2. La direction du travail .....	19
<b>CHAPITRE 2: L'ÉTUDE.....</b>	<b>20</b>
1. PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE.....	20
1.1. Cœur de la problématique .....	20
1.2. Objectifs et hypothèses .....	20
1.2.1. Les objectifs de l'étude .....	20
1.2.2. Les hypothèses de l'étude.....	20
1.3. Matériel et méthode .....	21
1.3.1. Matériel.....	21
1.3.2. Méthode .....	22
1.3.3. Analyse des données .....	23

2.	LES RÉSULTATS .....	24
2.1.	<i>Les critères obstétricaux</i> .....	24
2.1.1.	Description des populations .....	24
2.1.2.	Caractéristiques du travail .....	27
2.1.3.	Mode d'accouchement et hémorragie du post partum .....	30
2.2.	<i>Critères néonataux</i> .....	33
2.2.1.	Description des nouveau-nés.....	33
2.2.2.	Etat néonatal .....	33
<b>CHAPITRE 3: LA DISCUSSION.....</b>		<b>35</b>
1.	ANALYSE DE LA MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	35
2.	ANALYSE DES RÉSULTATS .....	37
2.1.	<i>1<sup>ère</sup> hypothèse</i> .....	37
2.2.	<i>2<sup>ème</sup> hypothèse</i> .....	39
2.3.	<i>3<sup>ème</sup> hypothèse</i> .....	41
3.	COMMENT PRÉVENIR LA DYSTOCIE DE DÉMARRAGE. ....	43

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Courbe de la dilatation cervicale d'après Friedman (3)

Tableau 2 : Facteurs mécaniques et dynamiques concourant au déroulement normal de la dilatation cervicale au cours du travail (4)

Tableau 3: Détermination des différents diagnostics de travail (8)

Tableau 4 : Description des populations étudiées

Tableau 5 : Répartition de la parité dans les deux groupes étudiés

Tableau 6 : Conditions d'intervention

Tableau 7 : Posologies du Nubain®

Tableau 8 : Poursuite du travail en fonction de la posologie d'administration du Nubain®

Tableau 9 : Durée du travail dans les deux populations étudiées

Tableau 10 : Pourcentage de Stagnations de la dilatation dans les deux groupes étudiés

Tableau 11 : Evènements pendant le travail dans les deux populations étudiées

Tableau 12 : Caractéristiques du liquide amniotique dans les deux populations étudiées

Tableau 13 : Caractéristiques du liquide amniotique dans les deux groupes étudiés

Tableau 14 : Mode d'accouchement dans les deux populations étudiées

Tableau 15 : Comparaison des voies d'accouchement dans les deux groupes étudiés

Tableau 16 : Indication des césariennes dans les deux groupes étudiés

Tableau 17 : Indications des césariennes en fonction de la posologie du Nubain®

Tableau 18 : Hémorragies du post partum dans les deux populations étudiées

Tableau 19 : Pourcentage des hémorragies du post-partum dans les deux groupes étudiés

Tableau 20 : Caractéristiques des nouveau-nés dans les deux populations étudiées

Tableau 21 : Etat néonatal (score apgar et pH) et transfert néonatal dans les deux populations étudiées.

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

ACTH : Adréno cortico trophic hormone  
AMM : Autorisation de mise sur le marché  
APD : Analgésie péridurale  
ARCF : Anomalies du rythme cardiaque foetal  
CU : Contraction utérine  
DC : Dilatation complète  
DRT : détresse respiratoire transitoire  
NS : Non significatif  
OR : Odds ratio  
pH :Potentiel hydrogène  
RAPDE : Rupture artificielle de la poche des eaux  
RCF : Rythme cardiaque foetal  
RCIU : Retard de croissance intra-utérin  
RSM : Rupture spontanée des membranes  
SA : Semaine d'aménorrhé  
SIMF : Suspicion d'infection materno-foetale  
UME : Unité mère enfant



# Introduction

En pratique quotidienne, les sages-femmes et obstétriciens sont souvent confrontés à des anomalies des différentes phases du travail, de cause dynamique ou mécanique.

La dystocie de démarrage, ou anomalie de la phase de latence, peut concerner toute parturiente. Son diagnostic est difficile car la plupart du temps établi à posteriori. Il s'agit d'une situation clinique devant laquelle l'équipe obstétricale est souvent dans l'incertitude sur la poursuite du travail (faux travail, travail spontané, travail dirigé).

La dystocie de démarrage est à elle seule une source d'anxiété pour la patiente d'autant plus qu'elle survient au début du travail, le moment de l'accouchement paraissant soudain lointain.

La prise en charge de cette dystocie est difficile pour les sages-femmes car il n'existe pas de consensus établi sur cette situation obstétricale. De plus, la sage-femme ne peut différencier la dystocie de démarrage du faux travail qu'après quelques heures de contractions douloureuses et intenses. Il est parfois difficile de soulager la douleur de ces patientes surtout lorsqu'elle s'accompagne d'une extrême fatigue.

C'est pourquoi nous avons choisi d'explorer l'impact de la dystocie de démarrage sur la poursuite du travail et les issues maternelles et fœtales. Pour cela nous avons réalisé une étude comparant deux prises en charge différentes : la Nalbuphine versus analgésie péridurale précoce.

## CHAPITRE 1: CADRE CONCEPTUEL

La dilatation cervicale est divisée en trois phases (1)(2):

- La première est la phase de latence qui permet la maturation cervicale. Il y a une installation et une coordination des contractions utérines entraînant l'effacement et la dilatation jusqu'à 2 à 3 cm du col. Elle dure en moyenne 8 heures chez la primipare et 5 heures 30 chez la multipare.
- La deuxième est la phase active de la dilatation cervicale où la vitesse de dilatation est de 3 cm par heure avec un minimum de 1 cm par heure pour la primipare et de 1,5 cm par heure pour la multipare.
- La troisième est la phase de ralentissement de la vitesse de dilatation après 8 cm. Cette phase a été discutée car elle serait la conséquence des différents modes de présentations surtout des variétés de présentations postérieures.

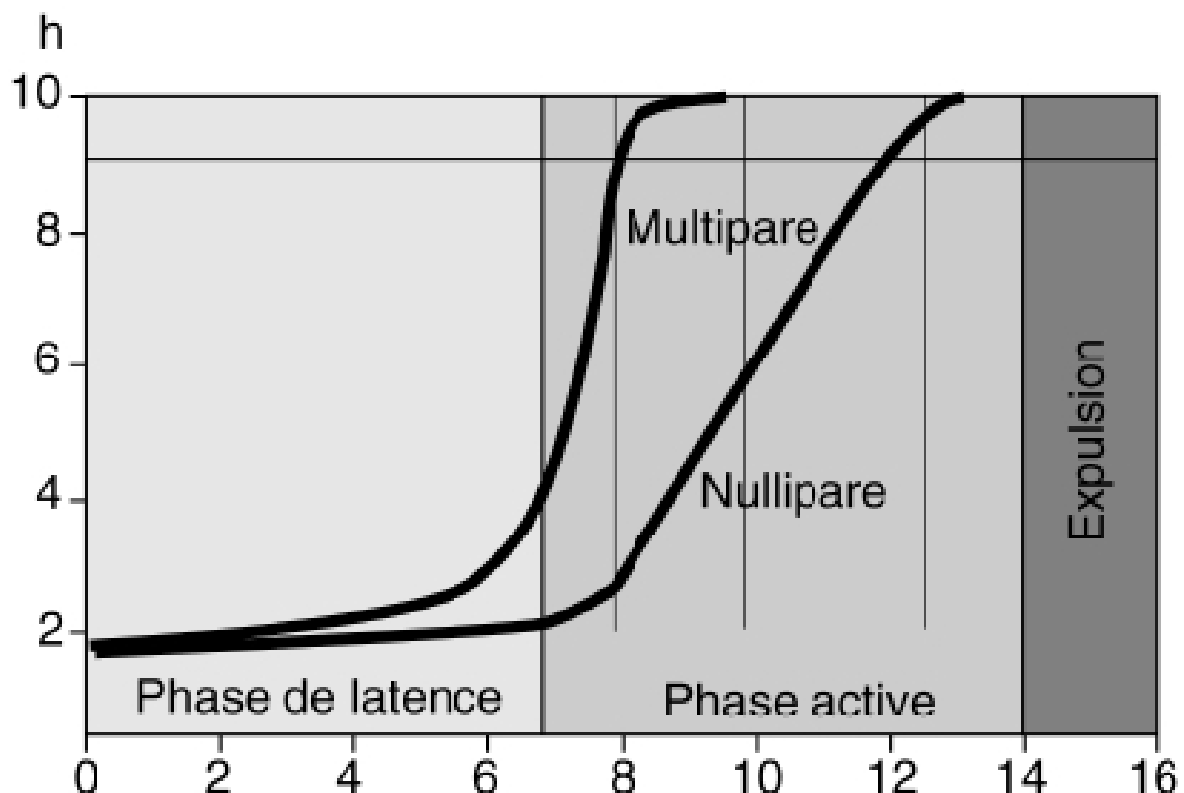


Tableau 1 : Courbe de la dilatation cervicale d'après Friedman (3)

La dilatation cervicale est sous la dépendance de plusieurs facteurs mécaniques et dynamiques qui permettent qu'elle soit optimale. Mais le manque ou l'anomalie d'un de ces facteurs peut entrainer une dystocie de démarrage ou une dystocie dynamique ou mécanique.

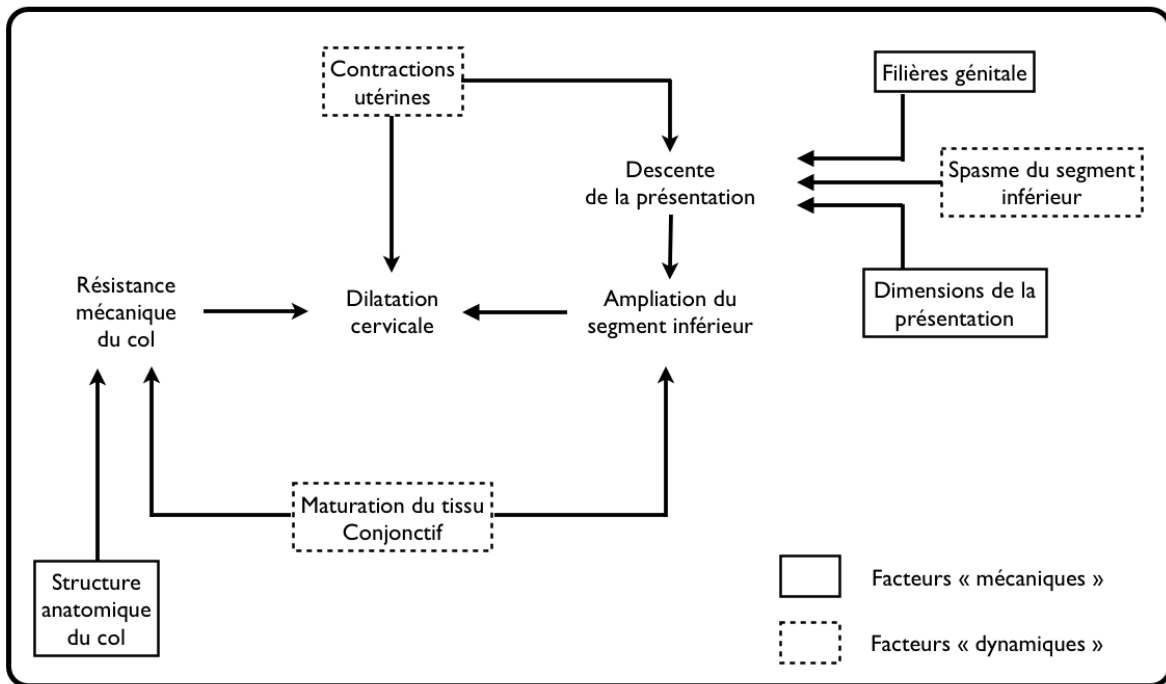


Tableau 2 : Facteurs mécaniques et dynamiques concourant au déroulement normal de la dilatation cervicale au cours du travail (4)

Nous allons nous intéresser à l'anomalie principale de la phase de latence : la dystocie de démarrage.

# **1. LA DYSTOCIE DE DEMARRAGE**

## **1.1. DEFINITION**

La dystocie de démarrage est une anomalie de la dilatation qui entraîne une augmentation de la durée de la phase de latence.

La dystocie de démarrage est définie comme un épisode de contractions utérines plus ou moins régulières dans leur fréquence et leur intensité, mal supportées par la patiente, avec peu ou pas de modifications cervicales (4).

Selon Friedman (1)(3) la dystocie de démarrage est une prolongation de la phase de latence de plus de 20 heures chez la primipare et de plus de 14 heures chez la multipare.

Généralement lors d'une dystocie de démarrage le col est encore postérieur, long à court avec une certaine tonicité et une dilatation inférieure à 3 cm. Le plus souvent, la présentation n'est pas encore appliquée. Cela permet de dire que la patiente n'est pas encore en phase active de la dilatation cervicale (5).

## **1.2. DIAGNOSTIC ET PHYSIOPATHOLOGIE**

De façon empirique il convient de discuter d'une dystocie de démarrage lorsqu'il n'y a pas de modification cervicale au bout de deux heures de contractions douloureuses.

La physiopathologie de la dystocie de démarrage est encore mal connue. Selon Cabrol D. et al (4) elle pourrait être due « à une dissociation entre une activité contractile corporelle bien synchronisée et une maturation retardée du tissu conjonctif cervicosegmentaire, responsable de la résistance anormale du col utérin et/ou à un asynchronisme de la contractilité myométriale ».

Les éléments nécessaires à une bonne dilatation sont des contractions utérines régulières, une maturation suffisante du col et une ampliation du segment inférieur(4).

### 1.3. DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

Il y a deux diagnostics différentiels possibles :

-le vrai travail

-le faux travail

- Le vrai travail est défini comme des contractions utérines régulières en fréquence et en intensité entraînant des modifications cervicales.
- Le faux travail est défini comme un épisode de contractions utérines plus ou moins régulières dans leur fréquence et leur intensité, douloureuses, sans modification cervicale, qui cède spontanément au bout de quelques heures ou après administration de morphino-mimétiques (5)(6). Pour d'autres, le faux travail est considéré comme un épisode de contractions utérines douloureuses sans mise en travail dans la journée qui suit cet épisode (7).

La distinction entre faux travail et dystocie de démarrage est faite au mieux rétrospectivement.

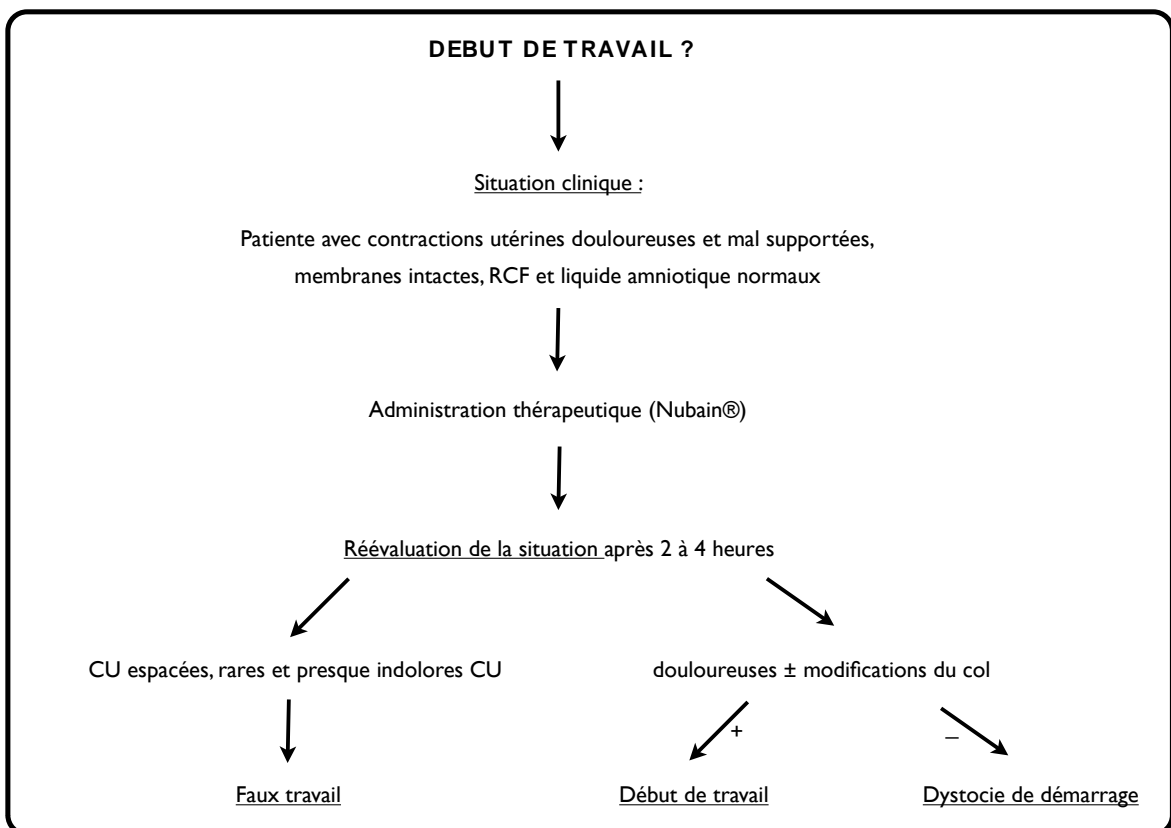


Tableau 3: Détermination des différents diagnostics de travail (8)

#### **1.4. LA CONSEQUENCE PRINCIPALE DE LA DYSTOCIE DE DEMARRAGE : LA DOULEUR**

La prise en charge de la dystocie de démarrage est basée sur celle de la douleur. En effet, la douleur est une notion subjective qui dépend de l'évaluation de chaque patiente en fonction de son seuil personnel de tolérance. Mais elle peut avoir des conséquences sur l'activité utérine, le débit utéro placentaire et le bien-être fœtal.

Au cours du travail il y a une élévation des taux de cortisol et d'ACTH mais aussi de catécholamines qui peuvent diminuer le débit utéro-placentaire et retentir sur le fœtus.

Les stimulations douloureuses provoquent une hypertonie musculaire, une hyperventilation (tachypnée entraînant une hypocapnie) et une stimulation de système sympathique (élévation de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle, du débit cardiaque et de la consommation d'oxygène, un arrêt de la vidange gastrique et du transit).

Le stress psychologique, induit par la douleur, peut retentir sur l'hémodynamique et l'équilibre acido-basique du fœtus.

Un facteur biologique peut moduler la perception de la douleur : c'est l'augmentation du taux circulant des bêta-endorphines. Mais cet effet est limité.

#### **1.5. CAS PARTICULIER : LE TERME DEPASSE**

La grossesse est dite à terme entre 37 et 41 semaines d'aménorrhée (SA). Après 41 SA le placenta subvient de moins en moins bien aux besoins vitaux du fœtus. Ce qui peut entraîner un début d'asphyxie avant le début du travail du fait de la moins bonne qualité du placenta.

S'il y a une dystocie de démarrage, il peut y avoir plus de répercussions sur le fœtus telles que des anomalies du rythme cardiaque fœtal, un liquide amniotique méconial... Dans ce cas il faut essayer de réduire le plus possible la phase de latence.

## **2. LA NALBUPHINE (NUBAIN®) (9)(10)(11)(12)(13)**

La nalbuphine est un analgésique central morphino-mimétique de type agoniste antagoniste, voisin de la Naloxone. Elle a un effet agoniste sur les récepteurs kappa responsables de l'analgésie, mais aussi de la sédation et un effet antagoniste sur les récepteurs mu responsables également de l'analgésie mais aussi de la dépression respiratoire. Toutefois le risque de dépression respiratoire est limité avec l'effet plafond de la Nalbuphine.

### **2.1. PHARMACOCINETIQUE**

L'analgésie apparaît 2 à 3 minutes après une injection intra-veineuse et 15 à 20 minutes après une injection intra-musculaire ou sous-cutanée. Le pic maximal d'analgésie est obtenu environ 30 minutes quelque soit le type d'injection. Il existe un effet plafond obtenu à partir de 0,3 à 0,5 mg/kg.

Le métabolisme de la Nalbuphine est uniquement hépatique, la plus grande partie est glucuronoconjuguée puis éliminée par voie urinaire.

La demi-vie de la Nalbuphine est de 3 à 5 heures et l'action analgésique est en moyenne de quatre heures.

Le passage transplacentaire est rapide avec un équilibre materno-foetal obtenu en 20 minutes.

### **2.2. POSOLOGIE ET VOIE D'ADMINISTRATION**

La Nalbuphine se présente sous forme d'ampoules injectables contenant 20 mg de principe actif.

La posologie habituelle chez l'adulte est de 10 à 20 mg par voie intraveineuse, intramusculaire ou sous-cutanée, renouvelée toutes les 3 à 6 heures sans dépasser 160 mg par jour.

Au cours du travail, elle peut être utilisée sous stricte surveillance de la patiente et du fœtus lorsque la dilatation du col est inférieure à 4 cm. Dans ce cas, il est conseillé d'éviter la voie intraveineuse. Elle doit être administrée en intramusculaire à la dose de 10 à 20 mg sans dépasser 160 mg par jour.

La sage-femme est autorisée à prescrire la Nalbuphine dans la limite de 20 mg maximum par patiente. Sinon, elle doit se référer à un médecin (obstétricien ou anesthésiste).(14)

### **2.3. INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS**

Elle peut être utilisée pour des douleurs obstétricales principalement lors d'une dystocie dynamique de la première phase du travail, d'un faux début de travail ou lorsqu'il y a une contre-indication à l'analgésie péridurale (en évitant son administration si on estime que l'accouchement peut avoir lieu dans les deux heures).

Elle est contre-indiquée en cas de tracé pathologique du RCF, car elle entraîne un aplatissement du RCF de 10 à 15 bpm. Si une anesthésie générale est réalisée (césarienne, révision utérine, etc.) il faut prévenir l'anesthésiste de l'heure et de la dose de Nalbuphine administrée.

Elle est à éviter lors d'une prématurité ou d'une grossesse multiple.

### **2.4. EFFETS INDESIRABLES.**

C'est un analgésique central avec des effets sur le plan respiratoire, cardiovasculaire et utérin.

Une dépression respiratoire maternelle peut apparaître mais elle est limitée du fait de l'effet plafond.

Elle a un effet au niveau utérin en facilitant la dilatation du col ce qui accélère la première phase du travail. Mais elle diminue la fréquence et l'amplitude des contractions ce qui entraîne une augmentation de la durée totale du travail.

Elle peut avoir un effet psychomoteur provoquant : soit une sédation, avec une somnolence voir des vertiges, soit au contraire une période d'euphorie pendant les contractions.

Les nausées et vomissement sont rares et le transit intestinal est peu modifié.

Il peut y avoir une hyperglycémie et une baisse de la température centrale après l'injection.

Un prurit peut apparaître.



Chez le nouveau-né, elle peut être responsable d'une détresse respiratoire transitoire qui répond bien à la Naloxone. Cette détresse est plus fréquente si l'injection a eu lieu moins de deux heures avant l'accouchement.

## **2.5. EFFETS SUR L'UTERUS ET LE COL UTERIN**

La Nalbuphine et les morphiniques en général faciliteraient la dilatation du col et accélèreraient la première partie du travail. Mais ils réduisent la fréquence et l'amplitude des contractions, et donc allongent la durée totale du travail. Cependant, lorsque le travail est bien engagé, ils ne modifieraient pas l'activité utérine et pourraient même la régulariser au cours d'une dystocie dynamique.

## **3. ANALGESIE PERIDURALE ET DIRECTION DU TRAVAIL**

### **3.1. L'ANALGESIE PERIDURALE PRECOCE (2)(9)**

L'analgésie péridurale est la technique d'analgésie obstétricale la plus efficace et la plus utilisée au cours du travail. Elle est sans risque néonatal et n'altère pas la conscience maternelle.

Lors d'une dystocie de démarrage, les sensations douloureuses sont dues aux contractions utérines rapprochées et ne cessant pas. L'objectif de l'analgésie péridurale est d'assurer une bonne analgésie sans entraver le déroulement optimal du travail.

- Définition : son principe est d'interrompre la conduction du message douloureux au niveau des troncs nerveux servant son acheminement dans la moelle épinière vers les structures corticales. Elle a pour but de supprimer la douleur en évitant de diminuer la motricité utérine.

L'analgésie péridurale précoce est réalisée avant que la patiente soit en phase active du travail c'est à dire avant 3 ou 4 cm de dilatation.

- Médicaments utilisés :

- Les anesthésiques locaux sont indispensables à la réalisation d'une analgésie péridurale. Il y en a deux utilisés actuellement : la naropéïne et la lidocaïne (Xylocaïne®). Ils interrompent l'influx nerveux le long de la fibre au niveau du lieu d'injection.

La naropéïne a un délai d'action de 10 à 20 minutes et une durée d'action de 65 à 90 minutes avec une bonne puissance analgésique et un faible bloc moteur.

La lidocaïne est utilisée pour l'anesthésie locale de surface mais peut l'être aussi pour l'analgésie péridurale. Ses avantages sont sa rapidité d'action (5 minutes) et son efficacité analgésique mais elle donne un bloc moteur important pouvant être délétère lors d'un accouchement normal. Elle est plus souvent utilisée pour la réalisation d'une extraction instrumentale ou d'une césarienne.

- Les dérivés morphiniques permettent de réduire le délai d'action des anesthésiques locaux et d'augmenter leur durée d'action tout en diminuant la dose utile d'anesthésiques locaux pour obtenir un effet analgésique satisfaisant. Ils se fixent sur les récepteurs mu de la corne postérieure de la moelle épinière. Les morphiniques les plus utilisés sont le Fentanyl et le Sufentanyl® (seul à avoir l'AMM pour l'administration en analgésie loco-régionale périmédullaire). Leur principal inconvénient est d'entraîner fréquemment un prurit.

Malgré leur passage transplacentaire important, ils ne semblent pas avoir d'effet sur l'état du fœtus à la naissance.

Ils pourraient augmenter le tonus de base de l'utérus transitoirement et potentialiser l'action hypertoniante des anesthésiques locaux. Ceci à cause de la diminution brutale de sécrétion de l'adrénaline endogène du fait de la suppression de la douleur. Cela peut entraîner des anomalies du rythme cardiaque fœtal transitoires.

- Effets obstétricaux :
  - Le remplissage vasculaire effectué avant la mise en place de l'analgésie péridurale pourrait diminuer l'activité utérine à cause de la dilution plus importante de l'ocytocine dans le sang maternel. Ceci est un effet transitoire et il peut être limité en administrant moins de 500 mL de liquide avant l'analgésie péridurale. Ce remplissage est effectué pour prévenir l'hypotension maternelle liée au bloc sympathique systématique lors d'une analgésie péridurale. Cette hypotension peut être prévenue en mettant la parturiente légèrement en décubitus latéral gauche.
  - L'analgésie péridurale augmente probablement la durée des deux phases du travail du fait d'une diminution de l'efficacité des contractions utérines. Cet effet est partiellement corrigé avec l'utilisation plus fréquente d'ocytocine.
  - L'analgésie péridurale n'augmente pas le taux de césarienne. Mais elle augmente probablement le risque d'extractions instrumentales, dû à une plus forte incidence des présentations postérieures, à cause du relâchement plus important des muscles releveurs de l'anus responsables de la rotation de la présentation.
  
- Indications : en dehors de l'extrême urgence, l'analgésie péridurale est préférable à l'anesthésie générale. Ces indications sont larges. La principale est le confort maternel. Ensuite certaines situations obstétricales privilégient l'utilisation de l'analgésie péridurale : une présentation du siège, une grossesse gémellaire, un utérus cicatriciel, le déclenchement et l'épreuve du travail, une extraction instrumentale prévue lors d'une contre-indication aux efforts expulsifs, un fœtus fragile (RCIU, malformation fœtale, etc.), une pré-éclampsie... Elle peut également être indiquée lors d'une dystocie du col car elle pourrait faire « céder » le col lors d'une dystocie de démarrage ou une dystocie dynamique.
  
- Contre-indications : elles sont rares et une seule est absolue : l'asphyxie fœtale aigue. Les autres contre-indications sont maternelles telles que les troubles de l'hémostase, la prise d'aspirine inférieure à trois jours, une infection de la zone de ponction et un état septicémique et bien sur le refus de la patiente. Elle peut être discutée avec la patiente lors d'une pathologie neurologique évolutive.

- Complications : la plus fréquente, mais néanmoins assez rare, est l'effraction dure-mérienne. Elle entraîne des céphalées et peut être soulagée par le décubitus dorsal ou le *blood patch*. De façon exceptionnelle il peut y avoir une infection plus ou moins profonde au niveau du point de ponction. Les paralysies restent rarissimes.

### **3.2. LA DIRECTION DU TRAVAIL**

Elle va débiter par la pose d'une analgésie péridurale qui va permettre de soulager la parturiente, lever l'angoisse et le stress liés à la douleur et parfois normaliser l'évolution de la dilatation.

Ensuite, si les membranes sont intactes, une rupture artificielle de la poche des eaux est réalisée pour faciliter l'entrée en phase active du travail. Souvent, il y a utilisation d'ocytociques (Syntocinon®) pour régulariser les contractions utérines. Le Syntocinon® est un analogue synthétique de l'hormone naturelle humaine post hypophysaire et lui est strictement identique.

Cette attitude permet de diminuer la durée du travail en augmentant la vitesse de dilatation et réduit le taux de césariennes pour anomalies de la dilatation cervicale.

## **CHAPITRE 2: L'ETUDE**

### **1. PRESENTATION DE L'ETUDE**

#### **1.1. CŒUR DE LA PROBLEMATIQUE**

La dystocie de démarrage est une situation clinique fréquente lors du suivi quotidien du travail en salle de naissance. La sage-femme a un rôle central dans sa prise en charge et elle se doit d'agir afin de soulager la patiente. Mais il s'agit d'un des rares cas en obstétrique pour lequel il n'y a pas de consensus autour de sa prise en charge, d'autant que le diagnostic de cette dystocie se fait à postériori et que son issue est incertaine. C'est pourquoi nous avons choisi d'explorer dans la pratique quotidienne l'impact de la dystocie de démarrage sur la poursuite du travail et les issues maternelles et néonatales.

#### **1.2. OBJECTIFS ET HYPOTHESES**

##### **1.2.1. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE**

- Evaluer l'impact de la dystocie de démarrage sur le déroulement du travail, le mode d'extraction fœtale et l'état néonatal.
- Montrer les issues maternelles et néonatales dans les deux méthodes classiquement utilisées pour traiter la dystocie de démarrage (Nalbuphine et analgésie péridurale précoce).

##### **1.2.2. LES HYPOTHESES DE L'ETUDE**

- La prise en charge de la dystocie de démarrage diffère selon la parité.
- Il y a plus d'extractions instrumentales et de césariennes après une analgésie péridurale précoce qu'après utilisation de Nalbuphine.
- La prise en charge par Nalbuphine augmente le risque d'hypoxie fœtale et de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine (plus d'anomalies du RCF, plus d'apgar et de pH néonataux faibles).

## **1.3. MATERIEL ET METHODE**

### **1.3.1. MATERIEL**

Cette étude a été réalisée au sein des maternités de Port Royal et de Saint Vincent de Paul sur la période du 1<sup>er</sup> juin 2009 au 31 octobre 2010. Il s'agit d'une étude rétrospective comparant deux prises en charge de la dystocie de démarrage. Un groupe de 100 patientes étaient traitées par Nubain® à la maternité de Saint Vincent de Paul et l'autre groupe de 91 patientes étaient prises en charge par analgésie péridurale précoce à la maternité de Port Royal.

Pour trouver nos cas de dystocie de démarrage nous nous sommes basés sur la définition suivante :

« La dystocie de démarrage est une anomalie de la phase de latence durant laquelle la patiente ressent des contractions utérines douloureuses, intenses et mal supportées. Son col utérin est défavorable c'est à dire long à court, souvent postérieur, assez tonique, une dilatation inférieure à 3 cm et une présentation au maximum appliquée. Celui-ci ne se modifie pas sous l'effet des contractions utérines, ce qui nécessite l'administration d'un antalgique (dans cette étude la Nalbuphine ou Nubain®) ou d'une analgésie péridurale précoce afin de soulager la parturiente. »

Les critères d'inclusions étaient les suivants :

- Pour le groupe Nubain® : toute femme ayant une grossesse singleton avec une présentation céphalique, entrée en travail de façon spontanée et ayant reçu une administration de Nubain®, par voie intraveineuse ou intramusculaire, comme première intention de traiter la dystocie de démarrage. Chaque patiente a accouché à terme (terme supérieur ou égal à 37 semaines d'aménorrhée) d'un enfant vivant.
- Pour la groupe analgésie péridurale précoce : toute femme ayant une grossesse singleton avec une présentation céphalique, entrée en travail de façon spontanée et ayant reçu une analgésie péridurale précoce comme première intention de traiter une dystocie de démarrage. Chaque patiente a accouché à terme d'un enfant vivant.

Les critères d'exclusion étaient les grossesses multiples, les présentations podaliques, les maturations ou un déclenchement du travail, les accouchements prématurés, les interruptions médicales de grossesse et la mort fœtale in utero. Mais également les patientes présentant un utérus uni ou pluri-cicatriciel, une malformation utérine ou ayant eu un cerclage pendant la grossesse, ainsi que celles ayant une contre-indication formelle à l'accouchement par voie basse (placenta prævia recouvrant, malformation fœtale, toute pathologie contre-indiquant les efforts expulsifs).

### 1.3.2.METHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers comparant 100 parturientes ayant reçu Nubain® et 91 ayant bénéficié d'une analgésie péridurale précoce dans la prise en charge d'une dystocie de démarrage. Le recueil des données a été réalisé à la maternité de Saint Vincent de Paul pour le groupe Nubain® et de Port Royal pour le groupe analgésie péridurale précoce. Il a été effectué à partir de fiches complétées à l'aide des dossiers obstétricaux (cf. fiche de recueil en annexe I).

Nous avons choisi l'administration de Nubain® et l'analgésie péridurale précoce car ce sont les méthodes les plus utilisées dans la prise en charge d'une dystocie de démarrage à Port Royal.

Au départ nous voulions réaliser notre étude à la maternité de Port Royal mais le nombre de dossier de Nubain® était de 41 sur un an et demi d'utilisation. Donc nous avons réalisé l'étude des cas de Nubain® à la maternité de Saint Vincent de Paul car son utilisation y est plus importante.

La liste des dossiers du groupe Nubain® a été récupérée à partir des cahiers d'accouchements de la maternité de Saint Vincent de Paul. Nous avons sélectionné les patientes ayant reçu du Nubain® mais également lorsqu'une dystocie de démarrage était notifiée avec ou sans précision d'administration de Nubain®. Lors de cette première sélection notre nombre de cas était de 119. Après consultation des dossiers aux archives de Saint Vincent de Paul, seuls 100 dossiers ont été retenus pour notre étude. En effet les 19 autres comprenaient des patientes ayant un critère d'exclusion de notre étude (utérus cicatriciel, présentation podalique, malformation utérine et maturation ou déclenchement du travail) et d'autres ayant reçu du Nubain®

car elles ne souhaitent pas d'analgésie péridurale. Certains dossiers notés dystocie de démarrage ne mentionnaient pas l'utilisation de Nubain®.

La liste des dossiers du groupe analgésie péridurale précoce a été établie auprès de la sage-femme chargée d'évaluation qualité et coordinatrice du réseau de Port Royal. Nous avons recherché les patientes, avec une grossesse unique en présentation céphalique et travail spontané, ayant bénéficié d'une analgésie péridurale avant 3 cm de dilatation. Cette information est la seule permettant de trouver les cas de dystocie de démarrage. Lors de cette première sélection le nombre de cas était de 879. Après consultation des dossiers aux archives de Port Royal, seuls 91 dossiers ont été retenus pour notre étude. En effet il y avait, dans la plupart des 788 autres dossiers, une erreur de codage au niveau de la dilatation au moment de la pose de l'analgésie péridurale (codée à moins de 3 cm alors qu'elle était posée à 3 cm ou plus) et parfois les patientes n'avaient reçu aucune analgésie péridurale. Pour d'autre il y avait une administration de Nubain® comme première intention de traitement.

Nous n'avons pas réussi à appairer les cas des deux groupes par la parité car nous avons trop peu de primipares dans le groupe analgésie péridurale précoce.

### 1.3.3.ANALYSE DES DONNEES

La comparaison des moyennes a été réalisée à l'aide du test paramétrique de Student et celle des données qualitatives par les tests du Chi-2, Fischer et corrigé de Yates. Quelque soit la méthode utilisée nous avons fixé le seuil de significativité à  $p < 0,05$ . Le logiciel utilisé pour la réalisation de ces calculs est « biostaTGV » sur le site internet de l'unité mixte de recherche en santé 707.



## 2. LES RESULTATS

### 2.1. LES CRITERES OBSTETRICAUX

#### 2.1.1. DESCRIPTION DES POPULATIONS

- Caractères généraux

	Nubain® (n=100)	APD (n=91)	p
	n (%) ; m +/- Sd	n (%) ; m +/- Sd	
<b>Âge (an)</b>	29,6 +/- 5,8	31,6 +/- 5,0	NS
<b>Primipare</b>	93 (93%)	66 (72,5%)	0,0003
<b>Multipare</b>	7 (7%)	25 (27,5%)	
<b>Terme (37-41 SA)</b>	86 (86%)	72 (79,1%)	NS
<b>Post-terme (&gt;41 SA)</b>	14 (14%)	19 (20,9%)	

Tableau 4 : Description des populations étudiées

Dans le groupe analgésie péridurale précoce (APD) les patientes sont un peu plus âgées mais sans différence significative.

Il y a significativement 5 fois plus de multipares dans le groupe APD que dans le groupe Nubain®. (OR=5,04[1,99-6,80])

Les termes d'accouchement sont comparables dans les deux groupes.

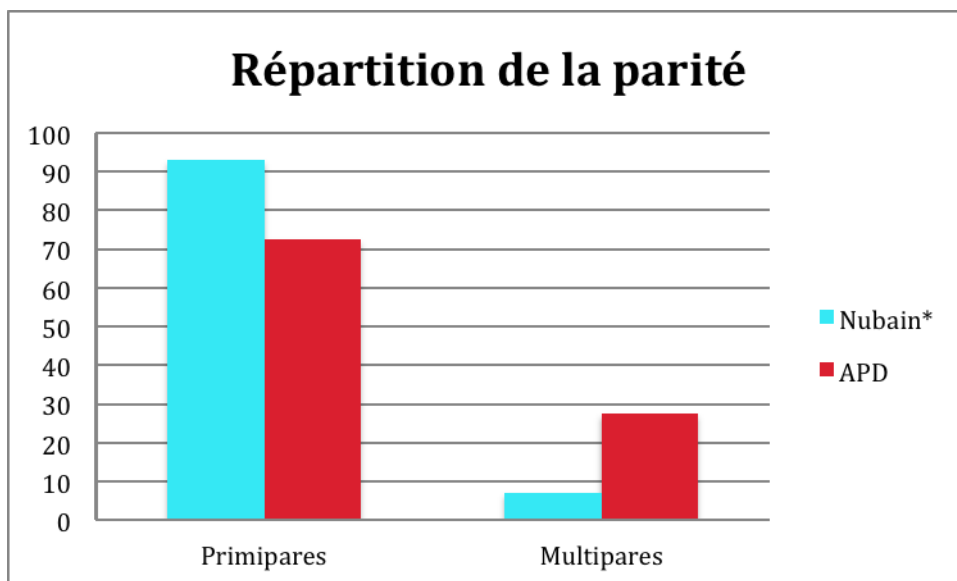


Tableau 5 : Répartition de la parité dans les deux groupes étudiés

- Conditions d'intervention

	<b>Nubain® (n=100)</b>	<b>APD (n=91)</b>	<b>P</b>
	m +/- Sd	m +/- Sd	
<b>Bishop à l'intervention</b>	5,0 +/-1,4	5,5 +/-1,2	<b>0,01</b>
<b>CU douloureuses /intervention (heure)</b>	1,10 +/- 0,87	1,31 +/- 1,4	NS

Tableau 6 : Conditions d'intervention

Le bishop est significativement plus favorable dans le groupe APD.

L'intervalle de temps entre le début des contractions douloureuses et l'intervention (Nubain® ou APD précoce) est similaire dans les deux groupes.

- Description du groupe Nubain®

<b>Nubain® n=100</b>	
n (%)	
<b>Posologie Nubain® :</b>	
<b>10 mg</b>	46 (46%)
<b>2*10 mg</b>	47 (47%)
<b>20 mg</b>	1 (1%)
<b>3*10 mg</b>	3 (3%)
<b>4*10 mg</b>	3 (3%)

Tableau 7 : Posologies du Nubain®

Les posologies du Nubain® sont dans la plupart des cas d'une à deux injections de 10 mg de Nalbuphine. Ce sont les posologies que la sage-femme est en droit de prescrire. Les autres posologies ont été prescrites par un obstétricien ou un anesthésiste lorsqu'elles dépassaient 20 mg par patiente.

	<b>Faux travail n=5</b>	<b>Travail spontané n=70</b>	<b>Travail dirigé n=25</b>
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Posologie Nubain® :</b>			
<b>10 mg (n=46)</b>	3 (6,5%)	34 (73,9%)	9 (19,6%)
<b>2*10 mg (n=47)</b>	2 (4,3%)	33 (70,2%)	12 (25,5%)
<b>20 mg (n=1)</b>	0	0	1 (100%)
<b>3*10 mg (n=3)</b>	0	2 (66,7%)	1 (33,3%)
<b>4*10 mg (n=3)</b>	0	1 (33,3%)	2 (66,7%)

Tableau 8 : Poursuite du travail en fonction de la posologie d'administration du Nubain®

Il y a 5 faux travaux diagnostiqués après l'administration de Nubain®. Ces cinq patientes sont entrées spontanément en travail par la suite. La plupart des patientes sont entrées en phase active du travail spontanément après l'administration de Nubain® (70 patientes sur 100) et un quart des patientes a eu recours à une direction du travail.

## 2.1.2.CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL

- Durée du travail

	<b>Nubain® (n=100)</b>	<b>APD (n=91)</b>	
	n (%) ; m +/- Sd	n (%) ; m +/- Sd	<b>P</b>
<b>Durée du travail (3 cm-DC) (heure)</b>	5,21 +/- 2,75	3,16 +/-1,79	<b>&lt;0,001</b>
<b>Durée expulsion (DC- accouchement) (heure)</b>	1,38 +/- 1,21	1,21 +/- 1,11	NS
<b>Stagnation</b>	21 (21%)	6 (6,6%)	<b>0,0081</b>

Tableau 9 : Durée du travail dans les deux populations étudiées

La durée moyenne du travail, entre 3 cm et dilatation complète, est significativement plus longue dans le groupe Nubain®. Elle est d'environ 5,21 heures dans le groupe Nubain® contre 3,16 heures dans le groupe APD. Il y a également 3,7 fois plus de stagnation de la dilatation dans le groupe Nubain® de façon significative. (OR=3,76[1,49-9,48])

La durée d'expulsion est comparable dans les deux groupes.

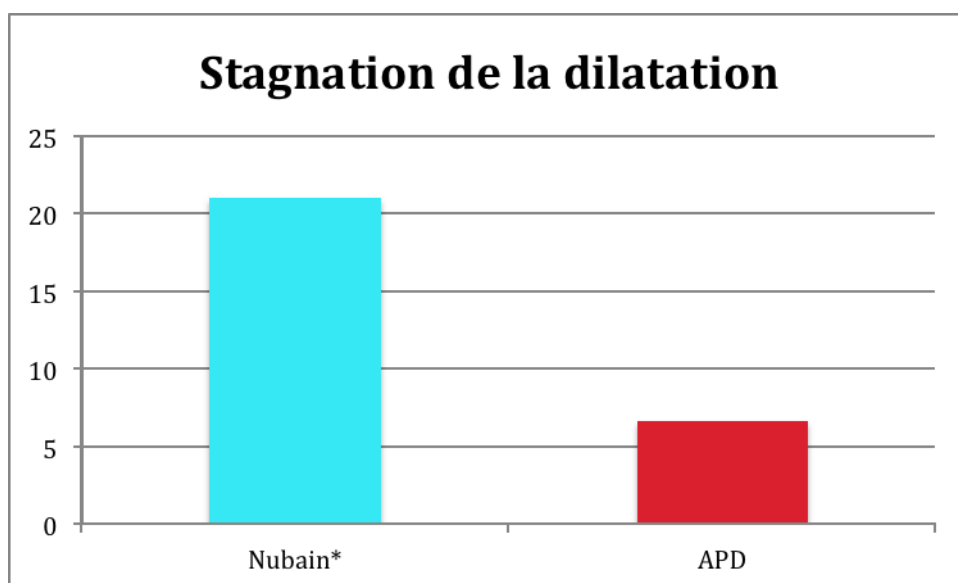


Tableau 10 : Pourcentage de Stagnations de la dilatation dans les deux groupes étudiés

- Evènements pendant le travail

	<b>Nubain® (n=100)</b>	<b>APD (n=91)</b>	<b>P</b>
	n (%)	n (%)	
<b>ARCF</b>	86 (86%)	69 (75,8%)	NS
<b>pH au scalp</b>	5 (5%)	20 (22,0%)	<b>0,0011</b>
<b>Fièvre</b>	31 (31%)	20 (22,0%)	NS
<b>Ocytocine</b>	80 (80%)	72 (79,1%)	NS
<b>RAPDE</b>	56 (56%)	50 (54,9%)	NS
<b>Rotation manuelle</b>	16 (16%)	17 (19,0%)	NS

Tableau 11 : Evènements pendant le travail dans les deux populations étudiées

Le nombre d'anomalies du rythme cardiaque fœtal est comparable dans les deux groupes mais il y a 5,3 fois plus de pH au scalp dans le groupe APD de manière significative. (OR=5,35[1,92-14,94])

L'incidence de la fièvre et le nombre de rotations manuelles sont comparables dans les deux groupes.

Il y a autant de dystocie dynamique dans les deux groupes (utilisation d'ocytocine et RAPDE comparables)

- Caractéristiques du liquide amniotique :

	<b>Nubain® (n=100)</b>	<b>APD (n=91)</b>	<b>P</b>
	n (%) ; m +/- Sd	n (%) ; m +/- Sd	
<b>RSM avant travail</b>	48 (48%)	48 (52,7%)	NS
<b>Terme moyen RSM (SA)</b>	39,4 +/-1,7	39,6 +/- 1,2	NS
<b>Liquide amniotique à l'expulsion :</b>			
<b>Clair</b>	76 (76%)	63 (69,2%)	
<b>Teinté</b>	19 (19%)	13(14,3%)	NS
<b>Méconial</b>	5 (5%)	15 (16,5%)	<b>0,024</b>

Tableau 12 : Caractéristiques du liquide amniotique dans les deux populations étudiées

Le nombre de ruptures des membranes avant travail est similaire dans le deux groupes soit environ la moitié des parturientes dans chaque groupe.

Dans le groupe APD, il y a significativement 3,7 fois plus de liquides amniotiques méconiaux à l'expulsion. (OR=3,75[1,30-10,78])

Il n'y a pas différence significative sur le pourcentage de liquides teintés dans les deux groupes.

## Caractéristiques du liquide amniotique

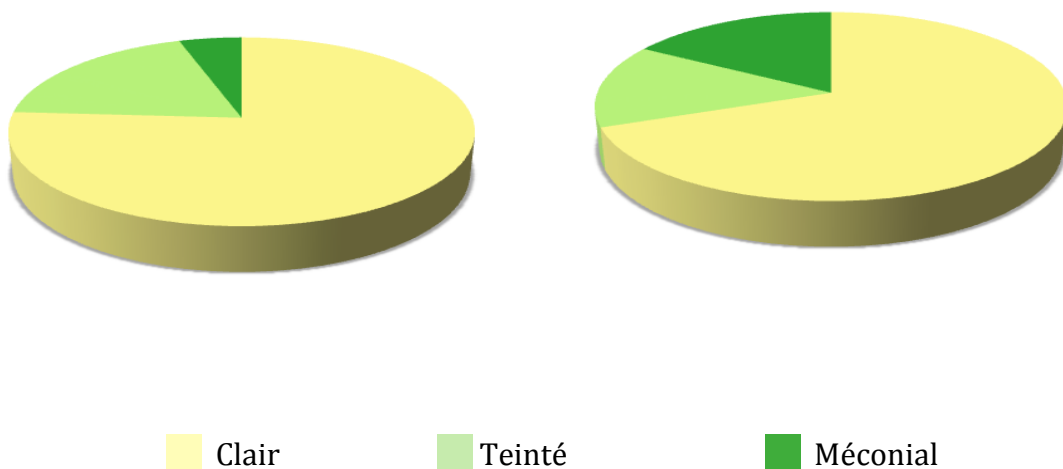


Tableau 13 : Caractéristiques du liquide amniotique dans les deux groupes étudiés

### 2.1.3.MODE D'ACCOUCHEMENT ET HEMORRAGIE DU POST PARTUM

- Mode d'accouchement

	<b>Nubain® (n=100)</b>	<b>APD (n=91)</b>	<b>P</b>
	n (%)	n (%)	
<b>Présentation :</b>			
<b>Antérieure</b>	87 (87%)	88 (96,7%)	0,017
<b>Postérieure/transverse</b>	6 (6%)	0 (0%)	
<b>Voie d'accouchement :</b>			
<b>Basse spontanée</b>	60 (60%)	73 (80,2%)	p=0.12 NS
<b>Basse instrumentale</b>	20 (20%)	10 (11,0%)	
<b>Césarienne</b>	20 (20%)	8 (8,8%)	

Tableau 14 : Mode d'accouchement dans les deux populations étudiées

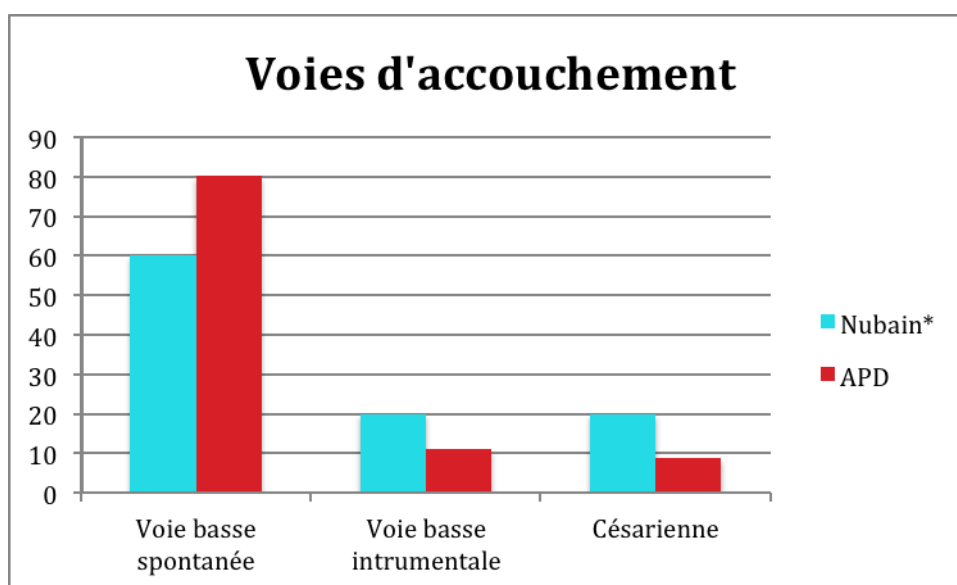


Tableau 15 : Comparaison des voies d'accouchement dans les deux groupes étudiés

Dans le groupe Nubain®, le nombre de naissances en variété postérieure est plus important que dans le groupe APD et ce de façon significative.

Les extractions instrumentales sont plus fréquentes dans le groupe Nubain® mais cette différence n'est pas significative.

Le pourcentage de césarienne est significativement plus élevé dans le groupe Nubain®. Il y a 2,5 fois plus de césariennes dans ce groupe. (OR=2,59[1,08-6,21])

	<b>Nubain® n=20</b>	<b>APD n=8</b>
	n (%)	n (%)
<b>Indication césarienne :</b>		
<b>ARCF</b>	6 (30%)	6 (75%)
<b>Stagnation</b>	6 (30%)	1 (12,5%)
<b>ARCF + stagnation</b>	8 (40%)	1 (12,5%)

Tableau 16 : Indication des césariennes dans les deux groupes étudiés

La principale indication de césarienne dans le groupe APD est l'anomalie du RCF (6 cas sur 8). Dans le groupe Nubain®, les indications principales sont la stagnation et les anomalies du RCF (6 cas de stagnation, 6 cas d'anomalies du RCF et 8 cas de stagnation et anomalies du RCF).

	<b>Posologie Nubain®</b>		
	<b>10 mg n=13</b>	<b>2*10 mg n=5</b>	<b>4*10 mg n=2</b>
	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Indication Césarienne :</b>			
<b>ARCF</b>	3 (23%)	1 (20%)	2 (100%)
<b>Stagnation</b>	4 (30,8%)	2 (40%)	0
<b>ARCF+stagnation</b>	6 (46,2%)	2 (40%)	0

Tableau 17 : Indications des césariennes en fonction de la posologie du Nubain®

Il y a au total 20 césariennes dans le groupe Nubain®. Dans les patientes ayant reçu 10mg de Nubain®, il y a 13 césariennes dont 3 pour ARCF, 4 pour stagnation et 6 pour ARCF et stagnation. Dans les patientes ayant reçues 2 fois 10mg de Nubain®, il y a 5 césariennes dont 1 pour ARCF, 2 pour stagnation et 2 pour ARCF et



stagnation. Dans les patientes ayant reçu 4 fois 10mg de Nubain®, il y a 2 césariennes pour ARCF. Il n'y a pas de césarienne ni chez les patientes ayant reçu 20 mg de Nubain® en une seule injection, ni chez celles ayant reçu 3 injections de 10 mg de Nubain®.

- Hémorragies du post partum

	<b>Nubain® (n=100)</b>	<b>APD (n=91)</b>	<b>p</b>
	n (%)	n (%)	
<b>Hémorragie du post partum</b>	12 (12%)	27 (29,6%)	0,0044 OR=3,09[1,46-6,56]

Tableau 18 : Hémorragies du post partum dans les deux populations étudiées

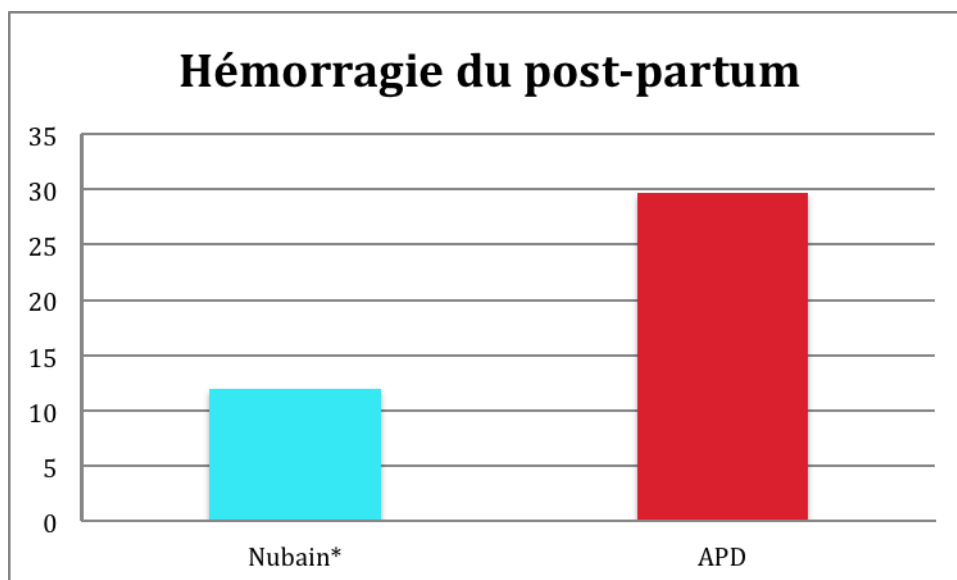


Tableau 19 : Pourcentage des hémorragies du post-partum dans les deux groupes étudiés

Il y a 3 fois plus d'hémorragies du post-partum dans le groupe APD et ce de façon significative.

## 2.2. CRITERES NEONATAUX

### 2.2.1. DESCRIPTION DES NOUVEAU-NES

	<b>Nubain® (n=100)</b>	<b>APD (n=91)</b>	<b>P</b>
	n (%) ; m +/- Sd	n (%) ; m +/- Sd	
<b>Fille</b>	57 (57%)	47 (51,6%)	NS
<b>Garçon</b>	43 (43%)	44 (48,4%)	
<b>Poids de naissance (g)</b>	3327,0 +/- 438,7	3300,4 +/-467,9	NS

Tableau 20 : Caractéristiques des nouveau-nés dans les deux populations étudiées

Il n'existe aucune différence dans les deux groupes en ce qui concerne le sexe et le poids des nouveau-nés.

### 2.2.2. ETAT NEONATAL

	<b>Nubain® (n=100)</b>	<b>APD (n=91)</b>	<b>P</b>
	n (%) ; m +/- Sd	n (%) ; m +/- Sd	
<b>apgar 5 min &lt;7</b>	0 (0%)	3 (3,3%)	NS
<b>pH inférieur à 7,20</b>	14 (14%)	21 (23,1%)	NS
<b>pH cordon moyen</b>	7,27 +/- 0,06	7,25 +/-0,08	NS
<b>DRT</b>	7 (7%)	11 (12,1%)	NS
<b>SIMF</b>	6 (6%)	7 (7,8%)	NS
<b>Tranfert : réanimation, néonatalogie ou UME</b>	3 (3%)	6 (6,6%)	NS

Tableau 21 : Etat néonatal (score apgar et pH) et transfert néonatal dans les deux populations étudiées.

Aucune différence significative n'est notée entre les nouveau-nés des deux groupes en ce qui concerne leur état néonatal. Le pH moyen est d'environ 7,26. Il y a plus de pH inférieur à 7,20 dans le groupe APD mais cette différence n'est pas significative.

Le nombre de détresses respiratoires et de suspicions d'infections materno-fœtales est similaire dans les deux groupes.

Il n'y a également pas de différence significative quant au nombre de transferts néonataux.

Les causes de transfert sont principalement les détresses respiratoires (3 cas dans le groupe APD et 1 cas dans le groupe Nubain®) et les infections materno-fœtales (2 cas dans groupe Nubain®). Il y a deux cas de transfert pour détresse respiratoire et infection materno-fœtale dans le groupe APD, dont un avec également une inhalation méconiale. Le dernier cas de transfert dans le groupe APD est pour une fente labio-maxillo-palatine diagnostiquée avant la naissance.

## **CHAPITRE 3: LA DISCUSSION**

### **1. ANALYSE DE LA METHODOLOGIE DE L'ETUDE**

Peu d'études ont été réalisées sur les conséquences obstétricales et néonatales de la dystocie de démarrage. L'analyse des données actuelles n'a pas été facile car les études traitent des effets sur la mère et le nouveau-né de différentes thérapeutiques pendant le travail (effets des dérivés morphiniques sur le déroulement du travail et l'adaptation néonatale, comparaison des différentes techniques d'analgésie, etc.). Mais ces études ne se préoccupent pas des dystocies de démarrage.

Nous avons pris comme définition de la dystocie de démarrage : un épisode de contractions utérines plus ou moins régulières dans leur intensité et leur fréquence, mal supportées par la patiente avec un col défavorable (long à court, souvent postérieur, assez tonique, avec une dilatation inférieure à 3 cm et une présentation au maximum appliquée) qui ne se modifie pas malgré les contractions. Cette définition n'est pas unanime. Friedman définit une dystocie de démarrage à partir d'une phase de latence de plus de 20 heures chez la primipare et 14 heures chez la multipare. Alors qu'en pratique nous considérons qu'il y a une dystocie de démarrage au bout de 2 à 4 heures de contractions utérines douloureuses qui ne modifient pas le col.

Ce diagnostic est difficile à plusieurs points de vue.

Tout d'abord nous savons qu'un toucher vaginal est un examen subjectif opérateur dépendant. Et pour dire qu'il y a une dystocie de démarrage il faut l'effectuer à au moins deux reprises.

De plus chaque patiente à un seuil de douleur qui lui est propre et qui fait que nous nous devons de prendre en charge une patiente algique. Ces douleurs dépendent parfois de la culture des patientes. Certaines bien préparées et prévenues sur le fait qu'il peut y avoir des contractions plus ou moins douloureuses avant le début réel du travail auront une meilleure adaptation à la douleur des premières contractions. Les patientes ayant des contractions très douloureuses lors de la phase de latence s'épuisent rapidement ce qui ne fait que renforcer encore plus la douleur. La douleur est une notion culturelle et peut être qu'il y a plus de dystocies de démarrage

aujourd'hui qu'il y a quelques années où les femmes savaient qu'un accouchement était douloureux.

Enfin le diagnostic d'une dystocie de démarrage se fait au mieux à postériori car nous ne pouvons pas estimer lors de l'arrivée d'une patiente si elle présente une dystocie de démarrage ou si elle est en tout début de travail. Nous devons examiner la patiente une seconde fois deux à quatre heures après son arrivée afin de voir s'il y a une modification cervicale. Et c'est au mieux à partir de ce moment là que nous pouvons établir le diagnostic de travail ou dystocie de démarrage.

En pratique les sages-femmes n'attendent pas forcément deux heures avant de s'occuper d'une patiente algique car c'est sa douleur qui nous guide en partie dans la prise en charge.

Dans notre étude les patientes sont prises en charge en moyenne 1h10 après le début des contractions douloureuses. Ce n'est pas le temps nécessaire à diagnostiquer une dystocie de démarrage. Mais la sage-femme cherche à soulager rapidement la patiente. C'est pour cela qu'une analgésie péridurale précoce ou une injection de Nalbuphine peut être effectuée afin de pouvoir calmer la patiente et pouvoir s'occuper d'autres patientes en même temps. Le seuil de douleur des patientes est fondamental dans la prise en charge de la dystocie de démarrage ce qui la rend subjective et difficile à définir.

Dans notre étude nous avons sélectionné nos patientes en fonction du traitement qu'elles recevaient car c'était le seul moyen que nous avions pour les trouver. En effet la dystocie de démarrage n'était pas codée comme telle dans la base de données. Cela entraîne un biais de sélection car nous n'avons pas récupéré toutes les dystocies de démarrage et certaines patientes ayant reçu de la Nalbuphine ont pu bénéficier d'une analgésie péridurale précoce par la suite. De plus, peut être que certaines patientes ayant reçu une analgésie péridurale précoce n'étaient pas considérées en dystocie de démarrage par la sage-femme mais plutôt en tout début de travail. Donc les groupes ne sont pas vraiment comparables sur la dystocie de démarrage. Par contre les patientes du groupe Nubain® étaient vraisemblablement réellement en dystocie de démarrage. C'était un biais prévisible mais non évitable du fait de la méthode de sélection qui était la seule possible.

### Limites et forces de l'étude :

- Nous avons effectué l'étude dans deux centres hospitaliers différents ce qui peut rendre les pratiques un peu différentes même si elles tendent à s'harmoniser du fait de la fusion prochaine de ces deux établissements.  
Notre étude est limitée car il s'agit d'une étude rétrospective sur dossiers. La comparabilité des deux groupes n'est pas garantie comme elle pourrait l'être dans un essai contrôlé randomisé.  
De plus nous n'avons pas pu apparier les parturientes des deux groupes par leur parité ce qui peut entraîner des biais dans l'interprétation des résultats qui seront discutés dans le prochain chapitre.
- Les forces de notre étude sont d'une part un assez grand groupe de patientes (191 au total) et d'autre part la faible durée de l'étude (du 1<sup>er</sup> juin 2010 au 31 mai 2011). En effet les pratiques n'ont pas changé sur cette période.

## **2. ANALYSE DES RESULTATS**

### **2.1.1<sup>ERE</sup> HYPOTHESE**

#### La prise en charge de la dystocie de démarrage diffère selon la parité.

Tout d'abord nous pouvons voir qu'il y a plus de primipares dans les deux groupes. C'est à dire que les primipares font plus de dystocie de démarrage que les multipares. Ce qui est confirmé par l'étude de Bailit et al. Ils ont montré qu'il y avait plus de primipares qui se présentaient aux urgences alors qu'elles étaient encore en phase de latence (58% de primipares versus 21% de multipares). C'est également le cas dans l'étude de Maghoma J. et al qui a 73% de primipares dans le groupe des phases de latence prolongées contre 39% dans le groupe témoin. Cela peut s'expliquer par le fait que les multipares « savent » qu'il y a des contractions plus ou moins douloureuses avant le début réel du travail. Donc elles se présentent plus tard aux urgences mais peut être qu'elles font une dystocie de démarrage chez elles sans que l'équipe obstétricale ne puisse la diagnostiquer.

Mais la proportion de multipares est plus importante dans le groupe APD par rapport au groupe Nubain®. Cela peut, en partie, expliquer que le score de Bishop est significativement plus favorable dans le groupe APD ainsi que le travail significativement plus court.

Friedman EA. a montré que le travail des multipares est plus rapide que celui des primipares (1)(3). Sachant cela beaucoup de professionnels ont une attitude plus activiste dans la direction du travail des patientes multipares : analgésie péridurale précoce suivie d'une rupture artificielle des membranes et d'une perfusion d'ocytocine. Mais la parité n'est pas le seul facteur qui permet de prendre une décision sur la prise en charge d'une dystocie de démarrage. L'état du col est aussi important, car diriger un travail sur un col fermé est souvent voué à l'échec. C'est aussi pour cela que le score de Bishop est plus favorable dans le groupe APD.

Nous n'avons pas trouvé d'étude conseillant une méthode spécifique de prise en charge d'une dystocie de démarrage en fonction de la parité et des conditions locales. Mais après notre étude nous pouvons proposer préférentiellement une prise en charge par analgésie péridurale précoce chez les multipares ou les primipares avec des conditions locales favorables.

Par contre lorsque les conditions locales sont très défavorables, il est préférable de temporiser la douleur par une autre méthode que l'analgésie péridurale comme par exemple la Nalbuphine. Cette méthode est utilisée plus fréquemment chez la primipare que chez la multipare puisque nous savons d'après Friedman EA. que la phase de latence est plus longue chez la primipare.

De plus la prise en charge d'une patiente dépend de son ressenti de la douleur. Une parturiente hyperalgique, malgré une injection de Nalbuphine et des conditions locales défavorables, pourra être prise en charge par une analgésie péridurale. Nous savons que la douleur peut être source d'épuisement maternel et de dystocie.

Notre première hypothèse est partiellement validée car la prise en charge dépend en partie de la parité mais également des conditions locales et du seuil de douleur de la patiente.

## 2.2.2<sup>EME</sup> HYPOTHESE

Il y a plus d'extractions instrumentales et de césariennes après une analgésie péridurale précoce qu'après utilisation de Nalbuphine.

D'après le tableau 12, nous observons qu'il y a plus d'extractions instrumentales et de césariennes dans le groupe Nubain® mais seule la différence de césariennes est significative. En effet il y a 2,5 fois plus de césariennes dans le groupe Nubain®. Elles ont pour principale indication une stagnation de la dilatation parfois associée à des anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs. Tout d'abord le fait qu'il y a plus de dystocie dynamique après une phase de latence prolongée selon Chelmow D. (15) et que la dystocie dynamique est la première cause de césarienne chez la primipare. Elle est responsable d'environ 50% des premières césariennes.

Dans notre étude nous avons trouvé que la durée du travail dans le groupe Nubain® été plus longue (5,21 heures versus 3,16 heures). La longueur du travail peut s'expliquer par le fait qu'il y ait plus de primipares et de stagnation (21% versus 6,6%) dans le groupe Nubain® par rapport au groupe APD. Mais également qu'il y a sûrement plus de réelle dystocie de démarrage dans le groupe Nubain® à cause du biais de sélection.

Il y a significativement moins de mesures du pH au scalp dans le groupe Nubain® cela peut être dû au fait que les anomalies du rythme cardiaque fœtal étaient moins graves. Cela peut aussi être liée à des habitudes de service différentes, la mesure du pH est peut être faite moins systématiquement à la maternité de Saint Vincent de Paul. Lorsqu'il n'y a pas de pH pour interpréter le bien-être fœtal nous pouvons effectuer une césarienne plus rapidement car nous nous basons seulement sur l'interprétation du tracé du rythme cardiaque fœtal. Alors que la valeur du pH nous informe sur le retentissement fœtal des anomalies du rythme cardiaque fœtal.

Plusieurs études montrent qu'il n'y a pas plus d'extractions instrumentales ou de césariennes après une analgésie péridurale précoce et que la première phase du travail est plus courte (16)(17)(18). De plus, les patientes ont une meilleure appréciation de leur accouchement et de la douleur après une analgésie péridurale précoce qu'après l'utilisation d'un dérivé morphinique (type Nalbuphine ou Péthidine) (16).



Selon Marucci M. et al, il y a plus d'extractions instrumentales après utilisation d'un dérivé morphinique par voie parentérale puis analgésie péridurale tardive (après 4 cm de dilatation) qu'après une analgésie péridurale précoce. Les causes de ces extractions sont un état foetal inquiétant, un mauvais score de bien-être foetal et une moins bonne analgésie maternelle dans le premier groupe. Dans notre étude nous avons également plus d'extractions instrumentales dans le groupe Nubain\* mais cette différence n'est pas significative.

D'autres études, comme celle de Maghoma J. et al, montrent qu'il y a plus de césariennes après une phase de latence prolongée quelle qu'en soit la prise en charge (29% dans le groupe phase de latence prolongée versus 6% dans le groupe témoin).

Après ces différentes études nous pouvons voir qu'il n'y a pas encore de consensus des effets de la phase de latence prolongée sur la poursuite du travail sauf sur l'augmentation des césariennes.

Dans le groupe Nubain® il y a certaines patientes qui ont bénéficié d'une analgésie péridurale précoce après l'injection de Nubain® (28% des patientes). En effet la sélection de nos patientes s'est faite sur la première intention de traitement. Il y a donc un biais dans l'interprétation des résultats car certaines patientes ont bénéficié des deux thérapeutiques.

Notre deuxième hypothèse est infirmée. Il y a plus de césarienne dans le groupe Nubain® et le taux d'extractions instrumentales n'est pas significativement différent. Ce constat est en accord avec la littérature qui mentionne une augmentation des césariennes après une phase de latence prolongée. Par contre l'augmentation des extractions instrumentales n'est pas unanime. Mais ces études ne différencient pas l'analgésie péridurale précoce de l'utilisation de Nalbuphine.

### 2.3.3<sup>EME</sup> HYPOTHESE

La prise en charge par Nalbuphine augmente le risque d'hypoxie fœtale et de mauvaise adaptation à la vie extra-utérine (plus d'anomalies du RCF, plus d'apgar et de pH néonataux faibles).

D'après de tableau 9, nous observons qu'il y a un peu plus d'anomalies du rythme cardiaque fœtal dans le groupe Nubain®, mais cette différence n'est pas significative. Par contre il y a significativement plus de mesure de pH au scalp dans le groupe APD. Cela peut s'expliquer soit parce que les anomalies du rythme cardiaque fœtal étaient plus importantes dans ce groupe, soit à cause d'une habitude de service. En effet, nous avons pris les cas du groupe APD à la maternité universitaire de Port Royal où le protocole de service prévoit une surveillance du pH devant des anomalies du rythme cardiaque fœtal. Plusieurs études montrent qu'il y a plus d'anomalies du rythme cardiaque fœtal lorsque la phase de latence est prolongée mais également lorsque le travail est prolongé (4) (19) . Mais elles n'étudient pas la différence entre les thérapeutiques mises en place pendant la phase de latence prolongée. Par contre nous avons trouvé des études qui contre-indiquent l'utilisation de Nalbuphine lorsqu'il y a des signes d'hypoxie fœtale telles que des anomalies du rythme cardiaque fœtal ou un liquide amniotique teinté. En effet il a été rapporté un nombre important de cas d'acidose métabolique chez des nouveau-nés ayant des anomalies du rythme cardiaque avant que leur mère ait reçu de la Nalbuphine (13).

Dans le tableau 10, nous pouvons voir qu'il y a significativement plus de liquides amniotiques méconiaux à l'expulsion dans le groupe APD et que le pourcentage de liquides amniotiques teintés est comparable dans les deux groupes. Nous n'avons pas trouvé d'étude montrant une différence entre la Nalbuphine et l'analgésie péridurale précoce. Par contre plusieurs s'accordent à dire qu'il y a une augmentation des liquides amniotiques méconiaux après une phase de latence prolongée par rapport aux patientes admises en phase active du travail (4) (15) (20).

Dans notre étude les caractères néonataux sont comparables. Il y a autant de garçons que de filles dans les deux groupes et les poids de naissance sont comparables. La valeur du pH au cordon et l'apgar à 5 minutes sont également comparables. Nous n'avons pas trouvé de différence significative sur le nombre de

détresses respiratoires, de suspicions d'infections materno-fœtales et d'inhalations méconiales, ni sur le nombre de transferts. Par contre selon Maghoma J il y a plus de liquides amniotiques méconiaux (15% dans le groupe phase de latence prolongée versus 5% dans le groupe témoin), d'inhalations méconiales, d'apgar inférieur à 7 à cinq minutes (17% versus 3%) et de réanimation après une phase de latence prolongée. Le nombre d'hospitalisations en unité de soins intensifs est également plus important (22% versus 1%) ainsi que le nombre de jours d'hospitalisation. Les conclusions sont les mêmes dans l'étude de Chelmow D. et al. De plus selon Cabrol D. et al, il y a plus d'infections materno-fœtales après un travail prolongé. Elles sont dues à une augmentation de la durée d'ouverture de l'œuf et également à une plus forte prévalence de la fièvre dans les travaux prolongés.

Notre troisième hypothèse n'est pas validée. Nous n'avons pas trouvé de différence entre les deux groupes sauf au niveau des liquides amniotiques méconiaux qui sont plus fréquents dans le groupe APD. L'étude de la littérature nous montre qu'il y a une différence significative des conséquences maternelles et néonatales après une phase de latence prolongée ou dystocie de démarrage. Mais nous n'avons pas trouvé de comparaison entre la Nalbuphine et l'analgésie péridurale précoce.

Nous souhaitons discuter d'un autre résultat qui n'entrait pas dans nos hypothèses mais qui nous semblait important de signaler.

En effet nous avons trouvé qu'il y avait significativement 3 fois plus d'hémorragies de la délivrance dans le groupe APD. Il a été démontré que plus le travail est long plus il y a un risque d'hémorragie de la délivrance. Surtout que plus il est long plus nous avons recours à l'utilisation d'ocytocine, qui à forte dose peut également favoriser les hémorragies du post partum. Par contre dans notre étude nous n'avons pas trouvé de différence sur le taux d'utilisation de l'ocytocine. Et nous savons également que l'ocytocine est utilisée de plus en plus fréquemment sans forcément une indication de dystocie dynamique. Mais dans le groupe APD l'ocytocine a probablement été mise en place plus précocement du fait de la direction du travail qui comprend : analgésie péridurale précoce suivie d'une rupture artificielle des membranes et d'une

perfusion d'ocytocine. Alors que dans le groupe Nubain® seule 28 % des patientes ont eu un travail dirigé après l'administration de Nalbuphine.

De plus quelques études ont montré une légère augmentation des hémorragies du post partum du seul fait de l'analgésie péridurale. Mais ces résultats sont encore controversés.

Enfin au vu du faible effectif de ce groupe et du fait qu'il ait été sélectionné dans une maternité de niveau III, il n'est pas très représentatif de la population générale ayant reçu une analgésie péridurale précoce.

### **3. COMMENT PREVENIR LA DYSTOCIE DE DEMARRAGE.**

D'après notre étude, nous ne pouvons pas proposer d'organigramme de décision puisque ce diagnostic est difficile et dépend du ressenti de la patiente mais également de l'expérience de la sage-femme et de son habitude à prendre en charge des dystocies de démarrage. En effet, le diagnostic d'une dystocie de démarrage nécessite un temps d'observation important. Mais il peut être diminué si la patiente est trop algique.

Nous pouvons agir sur plusieurs facteurs pour prévenir une dystocie de démarrage mais également pour être le moins interventionniste possible afin de ne pas créer de dystocie.

Tout d'abord sur la préparation de la patiente pendant sa grossesse. En effet la sage-femme ou l'obstétricien qui suit une patiente durant sa grossesse doit lui expliquer l'importance de la préparation à la naissance, surtout si c'est une première grossesse. Il existe différentes méthodes de préparation qui vont de la méthode classique (séances théoriques sur la grossesse, l'accouchement, l'allaitement et les suites de couches et relaxation, respiration et méthode de poussée) à la préparation en piscine et même l'haptonomie, le yoga, le chant prénatal, etc. Il existe différentes préparations et les femmes peuvent en trouver une qui leur convient. Ces séances peuvent se dérouler à l'hôpital ou bien chez une sage-femme libérale. Dans tous les cas elles peuvent être réalisées au cabinet d'une sage-femme libérale. De plus, il y a huit séances remboursées par la sécurité sociale. Toutes les patientes peuvent y avoir accès afin d'être préparées le mieux possible au moment de l'accouchement,

mais également pour être bien informées sur le déroulement du pré-travail et sur le fait qu'il peut y avoir des contractions plus ou moins douloureuses qui préparent le col en fin de grossesse et juste avant le travail. Ces informations sont nécessaires mais pas suffisantes au bon déroulement du pré-travail. Elles permettent également de faire pratiquer aux patientes des exercices de relaxation et de respiration qui peuvent les aider à gérer les contractions utérines.

Il faut également que les patientes soient soutenues par une personne de leur choix (conjoint, famille) pendant le travail. Il a été démontré que cet accompagnement permettait de diminuer la dose d'analgésie utilisée par les patientes pendant le travail ainsi que le nombre d'extractions instrumentales et de césariennes. Cette étude montrait également une meilleure satisfaction des femmes sur leur accouchement (19).

Cet accompagnement peut aussi être réalisé par une sage-femme mais cela peut sembler compliqué dans la pratique actuelle de son exercice en salle de naissance. En effet l'accompagnement nécessite du temps pas toujours facile à trouver pour une sage-femme. Mais il est fondamental car il permet de rassurer la patiente pendant le pré-travail.

La prévention de la dystocie inclut l'accompagnement de la patiente pendant le pré travail. Cet accompagnement peut être réalisé par un membre de l'équipe obstétricale, le plus souvent une sage-femme, si la patiente est seule. Nous avons plusieurs moyens pour permettre à la patiente de mieux tolérer la douleur : la déambulation, les différentes positions qu'elle peut prendre spontanément, l'utilisation du ballon, d'une galette et d'un coussin d'allaitement, le bain mais également l'acupuncture, la relaxation, la sophrologie, etc. Même avec peu de matériel nous pouvons toujours proposer des positions aux patientes, le mieux étant quand même d'avoir assez d'espace et du matériel adapté à ces positions. Par contre certaines techniques demandent une formation spécifique des sages-femmes (acupuncture, relaxation, sophrologie, etc.). L'accompagnement de ces patientes est fondamental pour retarder le plus tard possible l'admission en salle de travail. Le mieux étant d'admettre la patiente lorsqu'elle est en phase active du travail (19).

Nous avons trouvé dans notre étude qu'il y avait 20 % de césarienne lorsque les patientes avaient reçu du Nubain® ce qui correspond à des patientes réellement en dystocie de démarrage. D'après ce résultat, nous devons éviter le plus possible la dystocie si la douleur de la patiente nous le permet. En effet à vouloir être trop interventionniste nous risquons de créer la dystocie. Nous devons donc penser à surveiller plus attentivement le travail d'une patiente après une dystocie de démarrage, qui est objectivée, dans notre étude, par l'administration de Nubain®. Cependant notre effectif étant restreint nous ne pouvons pas conclure sur une vérité scientifique. D'autant plus qu'il y a plus de primipare dans notre groupe Nubain®.

## Conclusion

L'analyse de nos résultats nous a permis de répondre à une partie de nos questionnements. Cependant, le diagnostic d'une dystocie de démarrage reste difficile et nécessite une période d'observation de plusieurs heures. La sage-femme et l'équipe obstétricale ont l'obligation de prendre en charge la douleur des patientes.

Les deux groupes de notre étude ne sont pas réellement comparables sur la dystocie de démarrage. Néanmoins, les patientes du groupe Nubain® étaient probablement en dystocie de démarrage. Notre étude nous a permis de mettre en évidence un risque augmenté de césarienne pour stagnation après une dystocie de démarrage sans incidence sur l'état néonatal.

D'après ces résultats nous devons être plus attentifs sur la poursuite du travail d'une patiente après une dystocie de démarrage en gardant à l'esprit que le risque de césarienne est plus important.

Suite à notre étude, nous nous sommes rendu compte qu'il serait intéressant d'effectuer une étude prospective plus précise de l'impact de la préparation à la naissance sur la dystocie de démarrage.

## Bibliographie

1. Friedman EA. Labor, clinical evaluation and management. Appleton century croft ed. 1982;New-York.
2. Lansac J., Marret H., Oury JF. Pratiques de l'accouchement. 4 éd. Masson
3. Friedman EA. Functional division of labor. Am J Obstet Gyneacol. 1971;15(109):274-280.
4. Cabrol D., Carbonne B., Lucidarme P., Rouxel C. Dystocie dynamique. Encycl méd chir, obstetrique. (5-064-A-10):9 p.
5. Cabrol D., Goffinet F. Protocoles cliniques en obstétrique. 3ème éd, Masson; p151-5.
6. Schaal JP., Reithmuller D., Muller A., Lemouel A., Quéreux C., Maillet R. Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement. Encycl Méd Chir Obstétrique. 1998;(5-049-D-27):35p.
7. Magnin G., Pierre F., Ducroz B., Body G. La dystocie dynamique. Encycl Méd Chir, Obstétrique. 1992;(5064-a10):13p.
8. André R. Les conséquences obstétricales et néonatales de la dystocie de démarrage. mémoire, université Paris Descartes, école de sages-femmes Baudelocque, 2006, 57p.
9. Schaal JP., Reithmuller D., Maillet R., Uzan M. Mécanique & Techniques Obstétricales. 3 éd. Sauramps médical, 921p.
10. Boulay G., Simon L., Hamza J. Analgésie et anesthésie au cours de l'accouchement. Encycl Méd Chir Obstétrique. 2002;(5-049-L-80):21p.
11. Chauvin M. Pharmacologie des morphiniques et des antagonistes de la morphine. Encycl Méd Chir Anesthésie-Réanimation. 1995;(36-371-A-10).
12. Jernite M., Diemunsch P., Treisser A., Brettes JP. Utilisation de la nalbuphine pendant le travail. Arch Pédiatr. 1995;2:492-495.



13. Bruyère M., Mercier JF. Alternatives à l'analgésie péridurale au cours du travail. *Ann Fr Anesth Réanim.* 24:1375–1382.
14. Gomez C. Quelles sont les conditions d'utilisation des stupéfiants autorisés à la sage-femme ? Elsevier Masson SAS. 2006;5(6):329-332.
15. Smith MA. A critical review of labor and birth care. *J. Fam. Pract.* 1991;33:281-92.
16. Bayoumeu F. Alternatives à l'analgésie périmédullaire pour l'accouchement. *Le praticien en anesthésie-réanimation.* 2005;9(6):471-476.
17. Haberer JP. et al. Anesthésie obstétricale : bases pharmacologiques. *Encycl Méd Chir Anesthésie-Réanimation.* 1992;(36-595-B-10).
18. Chestnut DH. et al. Does early administration of epidural analgesia affect obstetrics outcomes in nulliparous women who are in spontaneous labor? *anesthesiology.* 1994;80(6):1201-1208.
19. Chelmow D., Kilpatrick SJ., Laros RK Jr. Maternal and neonatal outcomes after prolonged latent phase. *Obstet. Gynecol.* 1993 Avr;81(4):486-91.
20. Wong CA., Scavone BM., Sullivan JT., McCarthy RJ. Early Labor Neuraxial Analgesia: Effects on the Progress and Outcome of Labor. *Anesthesiology.* 2010;112(4):1053-4.
21. Marucci M., Cinnella G., Perchiazzi G., Brienza N., Fiore T. Patient-requested neuraxial analgesia for labor : Impact on rates of cesarean and instrumental vaginal delivery. *Anesthesiology.* 2007;106(5):1035-45.
22. Bergeret S., al. Enquête nationale prospective sur les alternatives à l'analgésie péridurale obstétricale. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2000;19:530-9.
23. Ohel G., Gonen R., Vaida S., Barak S., Gaitini L. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: Does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;194:600-5.
24. Dewan DM., Cohen SE. Epidural analgesia and the incidence of cesarean section : Time for a closer look. *Anesthesiology.* 1994;80(6):1189-92.

25. Wong CA., al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. *N Engl J Med.* 2005;352(7):655-65.
26. Aveline C., Bonnet F. Influence de l'anesthésie péridurale sur la durée et les modalités de l'accouchement. *Ann Fr Anesth Réanim.* 2001;20:471-84.
27. Gharoro EP., Enabudoso EJ. Labour management : an appraisal of the role of false labour and latent phase on the delivery mode. *J Obstet Gynaecol.* 2006 Aug;26(6):534-7.
28. Rozenberg P., Bardou D. Ocytociques. *Encycl Méd Chir Obstétrique.* 1996;(5-049-Q-10).
29. Shields SG., Ratcliffe SD., Fontaine P., Leeman L. Dystocia in Nulliparous Women. *American Family Physician.* 2007.
30. Bailit JL., Dierker L., Blanchard MH., Mercer BM. Outcomes of women presenting in active versus latent phase of spontaneous labor. *Obstet. Gynecol.* 2005 Jan;105(1):77-9.
31. Soulier F. Retentissement foetal et néonatal de l'ansthésie et de l'analgésie pendant l'accouchement. *Journal de pédiatrie et de puériculture.* 2005;18:131-140.
32. Vahratian A., Zhang J., Hasling J., Troendle JF., Klebanoff MA., Thorp JM. The effect of early epidural versus early intravenous analgesia use on labor progression: A natural experiment. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;191:259-65.
33. Maghoma J., Buchmann EJ. Maternal and fetal risks associated with prolonged latent phase of labour. *J Obstet Gynaecol.* 2002 Jan;22(1):16-9.

## Annexe I: Fiche de recueil de données

**Nubain® / APD**

**Patiente** : lp                      Xp

**Antécédents** : Age:

Utérus unicatriciel :..... Oui / Non

**Grossesse actuelle** : Pathologie au cours de la grossesse :..... Oui / Non

Si oui : - cerclage

- lésions du col ( conisation, laser...)

- malformation utérine

Terme : - avant 37 SA

- entre 37 et 41 SA

- après 41 SA

RPM:..... Oui / Non

Si oui, terme :

**Travail** : Heure de début des CU douloureuses :

Heure d'intervention :

Heure de début de dilatation :

Score bishop	0	1	2	3
Dilatation	0	1-2	3-4	5 et +
Longueur	Long	Mi-long	Court	Effacé
Consistance	Ferme	Moyenne	Molle	
Position	Postérieur	centré	antérieur	
Hauteur présentation	Haute et mobile	Appliquée	Fixée	Engagée

**Nalbuphine** : Voie d'administration :..... IM / IV

Posologie :

Durée entre dernière administration et accouchement :

Mise en travail / arrêt des contractions / W dirigé / déclt

**APD** : Heure de pose APD :

Heure d'accouchement :

Dilatation lors de la pose :

**Evènements durant le travail** : Aspect LA :..... Clair / Teinté / Méconial

Anomalies RCF :..... Oui / Non

Ph au scalp :..... Oui / Non

Si oui : résultat :

Fièvre maternelle sup à 37°5..... Oui/ Non

Utilisation d'ocytocine :..... Oui/ Non

RAPDE :..... Oui/ Non

Rotation manuelle :..... Oui/ Non

Position maternelle : - DLG/ DLD

- à l'anglaise droite ou gauche

- assise

- position gynécologique

- autre :



## Résumé

**Objectifs** : évaluer l'impact de la dystocie de démarrage sur le déroulement du travail, le mode d'extraction fœtale et l'état néonatal.

**Matériel et méthode** : étude rétrospective sur dossier du 1<sup>er</sup> juin 2009 au 31 octobre 2010 aux maternités de Port Royal et St Vincent de Paul, incluant 100 patientes ayant reçu de la Nalbuphine et 91 ayant reçu une analgésie péridurale précoce dans la prise en charge de leur dystocie de démarrage.

**Résultats** : Il y a significativement plus de primipares dans le groupe Nubain® que dans le groupe APD. Les patientes dans le groupe Nubain® ont un bishop moins favorable, un travail plus long (5,21 heures vs 3,16), plus de stagnation (21% vs 6%) et plus de césarienne (20% vs 8%). Cependant il y a moins de liquides méconiaux (5% vs 15%) et de pH au scalp (5% vs 20%) dans le groupe Nubain®. Toutes ces différences sont significatives. De plus, il y a 3 fois plus d'hémorragies du post partum dans le groupe APD. Les issues néonatales sont comparables.

**Conclusion** : La dystocie de démarrage est associée à un risque augmenté de césarienne pour stagnation sans effet sur l'état néonatal.

**Mots clé** : Travail obstétrical, nalbuphine, analgésie péridurale, obstétrique.

## Abstract

**Objectives** : *Assessing the impact of prolonged latence phase on the progress of labor, the mode of delivery and the neonatal outcomes.*

**Materials and methods** : *Retrospective study review between July, 1<sup>st</sup> 2009 and October, 31<sup>st</sup> 2010 in the maternity of Port Royal and St Vincent de Paul, of 100 patients under Nalbuphine and 91 patients having received an early epidural analgesia following the prolonged latence phase.*

**Results** : *Significantly more primiparae were observed in the Nubain® group as compared to the epidural analgesia group. Bishop score of Nubain® group patients is less favorable, their labor is longer (5,21 vs 3,16 hours), more dysfunctional labor has been reported (21% vs 6%), as well as more cesarean sections (20% vs 8%). However, the Nubai®\* group patients have less meconial fluid (5% vs 15%) and scalp pH (5% vs 20%). These differences are significant. Moreover, 3 times as many postpartum hemorrhages have been reported in the epidural analgesia group. Neonatal outcomes are not statistically different.*

**Conclusion** : *The prolonged latence phase of labor is associated with an increased cesarean section risk as a result of dysfunctional labor, without adverse effects on neonatal outcomes.*

**Keywords** : **Obstetric labor, nalbuphine, epidural analgesia, obstetrics.**