



HAL
open science

L'amniotomie au cours du travail spontané : étude descriptive rétrospective à l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble

Caroline Sans

► **To cite this version:**

Caroline Sans. L'amniotomie au cours du travail spontané : étude descriptive rétrospective à l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2012. dumas-00743928

HAL Id: dumas-00743928

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00743928v1>

Submitted on 22 Oct 2012

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.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : thesebum@ujf-grenoble.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

L'AMNIOTOMIE AU COURS DU
TRAVAIL SPONTANE

Etude descriptive rétrospective
à l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble

Mémoire soutenu le : 30 Mai 2012

Par: SANS - Caroline

Née le: 11 Mars 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2012

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

L'AMNIOTOMIE AU COURS DU
TRAVAIL SPONTANE

Etude descriptive rétrospective
à l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble

Mémoire soutenu le : 30 Mai 2012

Par: SANS - Caroline

Née le: 11 Mars 1988

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année 2012

Je remercie les membres du Jury :

Dans l'ordre suivant:

Dr Véronique EQUY

PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble
Présidente du Jury ;

Dr Cédric GABELLE

Gynécologue obstétricien à la Clinique des Cèdres,
Médecin invité ;

Mme Chantal SEGUIN

Directrice de l'École de Sages-femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de
Médecine de Grenoble, représentée par :

Nadine VASSORT, Sage-femme enseignante cadre supérieure ;

Mme Yasmina GUEBBABI

Sage-femme au Centre Hospitalier de Voiron
Sage-femme invitée;

Mme Laurence COMBET-BLANC

Sage-femme enseignante, Ecole de Sages-femmes de Grenoble
Sage-femme Guidante.

Je remercie plus particulièrement :

Mme Laurence COMBET-BLANC, Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble, Guidante de ce mémoire,

Pour son aide, ses conseils, son soutien, sa disponibilité et sa patience ;

Mme Claudine MARTIN, Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble,

Pour son aide et ses suggestions ;

Dr Virginie GUIGUE Gynécologue Obstétricienne, Assistante des Hôpitaux au CHU de Grenoble, Directrice de ce mémoire,

Pour ses conseils;

Mme Claire BAUDON, Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-femmes de Grenoble,

Pour son soutien, sa présence et sa patience envers ma promotion durant les 3 années d'étude passées ensemble.

Je remercie aussi :

Mme Sophie P, ma mère,

Pour son soutien, sa présence, sa disponibilité et son écoute durant toute la durée de mes études de Sage-Femme ;

Laetitia V, Céline P, Marie V,

Pour les bons moments partagés.

TABLE DES MATIERES

I.	Introduction	1
II.	Matériel et Méthode.....	3
	Type d'étude	3
	Site d'étude.....	3
	Population.....	3
	Recueil de données	3
	Variables et Critères de jugement.....	4
	- Variables	4
	- Critères de jugement principaux	4
	- Critères de jugement secondaires	5
III.	Résultats	6
IV.	Discussion	9
	Limites de l'étude.....	9
	Objectif Principal:.....	9
	- Population	9
	- Risque infectieux	10
	- Dynamique du travail	10
	- Etat néonatal Per-Partum:.....	12
	- Conditions de RAM	13
	Objectif secondaire:	14
	- Conformité par rapport aux indications reconnues d'amniotomie.....	14
V.	Conclusion	15
VII.	Références:	17
VIII.	Annexes.....	21
	Annexe 1	21
	Annexe 2	22
	Annexe 3	22
	Annexe 4	25
	Annexe 5	26

ABREVIATIONS

PDE : Poche des eaux

CU : Contraction Utérine

LA : Liquide Amniotique

DC : Dilatation Complète

APD : Anesthésie Péridurale

RAM : Rupture Artificielle des Membranes

PV : Prélèvement Vaginal

HCE : Hôpital Couple Enfant

AVB : Accouchement Voie Basse

ARCF : Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal

SA : Salle d'accouchement

PEC : Prise en charge

CAT : Conduite à tenir

I. INTRODUCTION

L'amniotomie est une intervention obstétricale de type mineur, très simple, pratiquée actuellement de façon très courante pendant le travail [1].

Durant la grossesse, la poche des eaux (PDE) a plusieurs rôles, visant à protéger le fœtus et à lui assurer un développement harmonieux.

Pendant le travail, les principaux rôles de la PDE sont la baroprotection lors des contractions utérines (CU) et la protection contre les germes (barrière physique de la membrane et qualité bactéricide du liquide amniotique (LA)) [2]. Une fois les membranes rompues, la pression exercée sur la tête fœtale peut atteindre jusqu'à deux à trois fois la pression intra-utérine et la cavité est ouverte de manière irréversible aux germes pathogènes vaginaux, elle interdit donc de « faire marche arrière» [1] [3].

Cet acte de soin présente certains risques. En effet, différentes études ont mis en évidence que l'amniotomie précoce pratiquée en routine chez les femmes en travail spontané s'associait plus fréquemment à des anomalies du rythme cardiaque fœtal, à une augmentation des bradycardies fœtales et à une augmentation de la fréquence des césariennes pour détresse fœtale (Grade A) [4] [5] [6] [7]. De plus, cet acte est responsable d'un risque infectieux qui est considéré comme présent si l'accouchement se fait dans un délai supérieur à six heures après la rupture [8]. Il peut également survenir des latérocidences, des procidences (associées dans 20% des cas à l'amniotomie) [3] [9] [10], ou encore des hémorragies de Benkiser qui compliquent une grossesse sur 3 000 à 5 000, avec un risque fœtal majeur (mortalité de 50 à 100 %) [11].

L'amniotomie n'est donc pas un acte sans conséquence. C'est pourquoi l'OMS a classé la rupture artificielle des membranes (RAM) dans la catégorie C : « Pratiques pour lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précaution tandis que les recherches se poursuivent.»[12]. Il n'est donc pas recommandé de pratiquer l'amniotomie précoce et systématique en début de travail (Grade A) [7]. L'OMS rappelle également que le but des soins est la bonne santé de la mère et de l'enfant, le niveau d'intervention doit donc être réduit au minimum compatible avec la sécurité et qu'en cas de travail normal, il faut une raison valable pour modifier la survenue spontanée de la rupture des membranes [12].

Les indications d'amniotomie clairement décrites par la littérature sont la dystocie dynamique, la dystocie cervicale fonctionnelle et la dilatation complète (DC) sans engagement de la présentation [2] [13] [14]. Cela correspond aux indications de direction du travail [3].

La pratique de l'amniotomie a pourtant évolué au cours des dernières décennies. En effet, à une époque, les professionnels vouaient un respect « quasi-sacré » à l'intégrité des membranes et pratiquaient préférentiellement, hors indication d'amniotomie précoce, l'amniotomie dite tempestive, c'est-à-dire à DC [1]. De nos jours, la généralisation de l'anesthésie péridurale (APD), donc des travaux analgésiés, de même que la facilité d'utilisation des antibiotiques et donc la diminution du taux d'infections périnatales [15] [16] [17] ont sûrement une grande responsabilité dans la modification de notre appréhension de la PDE [1]. Nous soulignerons néanmoins que les écoles pratiquant l'accouchement médicalisé recommandent de rompre lorsque la dilatation est supérieure à six centimètres ou lorsque la présentation est engagée [2]. Il est contre-indiqué de pratiquer la RAM tant que la présentation est haute et mobile du fait du risque de procidence du cordon [3] [9].

Il nous a semblé que l'amniotomie était pratiquée dans certains cas, hors indications et contre-indications formelles, de manière systématisée à partir du moment où elle était facilement réalisable. Le « moment » dépendrait plus de l'appréciation et du ressenti de la sage-femme à l'instant t, des résultats implicitement attendus, plutôt qu'à une véritable indication médicale. Nous savons que l'efficacité et la sécurité des soins ne sont garanties que par les évaluations critiques et répétées de nos pratiques professionnelles, c'est pourquoi nous avons porté notre intérêt sur la pratique de cet acte de soin à l'Hôpital Couple Enfant (HCE) du CHU de Grenoble.

L'objectif principal de cette étude est de décrire les conditions locales à l'instant de l'amniotomie à l'Hôpital Couple Enfant de Grenoble.

L'objectif secondaire est d'évaluer le taux de non-conformité des pratiques d'amniotomie par rapport aux indications reconnues de l'amniotomie.

II. MATERIEL ET METHODE

TYPE D'ETUDE

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective, sous forme d'évaluation des pratiques professionnelles, sur la période du 1 octobre 2010 au 30 Novembre 2010.

SITE D'ETUDE

L'étude a été menée à l'HCE de Grenoble, La Tronche (38). Il s'agit d'un établissement de niveau 3.

POPULATION

Les patientes qui ont été incluses présentaient un fœtus unique, en présentation céphalique, se mettant en travail spontanément, bénéficiant d'une amniotomie pendant la phase active du travail et accouchant entre 37 et 41 semaines d'aménorrhées révolues.

Le travail est considéré comme étant dans la phase active à partir d'une dilatation de trois centimètres [18] [19] [20].

Les patientes exclues ont été celles dont le dossier était vide ou incomplet.

Les modalités informatiques du DMO ont permis par un système de requête informatique la sélection de 260 patientes remplissant les conditions d'inclusion suivantes :

- Accouchement compris entre 37 et 41SA
- Mise en travail spontanée
- Fœtus unique en présentation céphalique
- Rupture artificielle des membranes
- Sur la période du 1 octobre 2010 au 30 Novembre 2010.

RECUEIL DE DONNEES

Les données ont été recueillies par une étudiante Sage-femme (moi-même) à l'aide d'un bordereau de recueil (Annexe 1). Ce bordereau de recueil a été divisé en 3 parties : caractéristiques de la patiente, caractéristiques du travail dans la période précédant la RAM et plus particulièrement dans l'heure précédente et enfin conditions locales à l'instant t de l'amniotomie.

Les données ont été recueillies dans le dossier obstétrical informatisé et plus particulièrement à partir de la fiche d'identité, du pronostic obstétrical, de la dernière consultation de grossesse, du partogramme et des fiches de surveillance du travail. L'analyse des données a été faite à l'aide du logiciel STATVIEW.

VARIABLES ET CRITERES DE JUGEMENT

- VARIABLES

Les variables retenues afin de décrire notre population sont l'âge, la parité et l'âge gestationnel.

- CRITERES DE JUGEMENT PRINCIPAUX

- Utilisation d'une analgésie ;
- Utilisation d'ocytocine ;
- Présence d'un risque infectieux :
 - Prélèvement vaginal du neuvième mois positif au Streptocoque B ;
 - Présence d'une hyperthermie maternelle (température supérieure à 38,5°C). La variable température a été prise en compte dans notre étude lorsqu'au moins une température était notée dans le dossier. Nous l'avons considéré comme « inconnue » si aucune température n'était prise dans les périodes étudiées ;
- Dilatation à l'instant de la RAM : Première partie de la phase active du travail (entre trois et cinq centimètres), deuxième partie de la phase du travail (entre six et neuf centimètres) ou DC [Annexe 3 ; Figures 1 et 2];
- Présence d'une dystocie cervicale : la dystocie cervicale est définie par une vitesse de dilatation inférieure à un centimètre par heure [20] [Annexe 3, Figure 1 et 1bis] [Annexe 5];
- Présence d'une dystocie dynamique: la dystocie dynamique est définie entre autres par une fréquence de CU inférieure à quatre par dix minutes (hypocinésie) ou supérieure à cinq par dix minutes (hypercinésie) [18] [Annexe 2]. Nous avons considéré qu'il y avait une dystocie dynamique lorsque la sage-femme notait dans le dossier hypocinésie ou hypercinésie ou lorsqu'en l'absence de conclusion de celle-ci, la fréquence des CU était inférieure à quatre par dix minutes ou supérieure à cinq

par dix minutes. L'intensité des CU n'a pas pu être étudiée du fait du caractère externe de la tocométrie;

- Hauteur de la présentation à l'instant t de l'amniotomie : mobile ou amorcée, fixée ou engagée ;
- Descente de la présentation dans la filière génitale : dans la période précédant la RAM, nous avons considéré que la présentation était descendue si nous retrouvions au moins une progression de hauteur dans l'intervalle étudié ;
- Présence d'une anomalie du RCF : nous avons considéré que le RCF était anormal lorsque celui-ci était noté comme tel au moins une fois dans la période précédant la RAM et/ou lorsque la case ralentissement était cochée « oui »; Afin d'augmenter en précision, nous avons plus particulièrement analysé cette variable dans l'heure précédant la RAM ;
- Couleur du Liquide Amniotique : clair ou autre (teinté ou méconial).

- CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES

- Indications médicales d'amniotomie :

Les indications d'amniotomie reconnues correspondent aux indications de direction du travail face à des dystocies [2] [13]:

- Présence d'une dystocie cervicale dans l'heure précédente [2] [13] ;
- Présence d'une dystocie dynamique dans l'heure précédente [2] [13] ;
- Présence d'une dystocie d'engagement c'est-à-dire un non engagement de la présentation à dilatation complète (DC) [2] [14][Annexe 3, Figure 3].

III. RESULTATS

L'étude a porté sur 260 dossiers : 103 dossiers ont été finalement retenus après vérification des critères d'inclusion.

157 dossiers ont été exclus pour les raisons suivantes :

- Déclenchements (77)
- Grossesses prolongées (20)
- Indications de direction du travail posées dès l'entrée en salle de travail (5)
- Grossesses Gémellaires (3)
- Siège (1)
- RSM notées par erreur RAM (7)
- RAM avant la phase active du travail (2)
- Dossiers vides ou quasi-incomplets (4)
- Dossiers doublons (38)

Notre population est constituée de 103 patientes, ayant une moyenne d'âge de 28,6 ans (17,1-40,0) et une médiane d'âge gestationnel de 39,6 SA (39,1-40,2).

Le tableau n°1 présente l'ensemble des résultats correspondants à l'objectif principal. Notre échantillon est composé de 51 primipares (49,5%) et de 52 multipares (50,5%). Quatre-vingt six patientes ont bénéficié d'une APD durant la phase précédant la RAM (83,5%). Les ocytociques ont été utilisés pour 20 patientes (19,6%) (Une donnée manquante). Le risque infectieux était présent sous forme d'un portage vaginal de streptocoque B au neuvième mois pour dix patientes (11,2%) (14 données manquantes). Aucune hyperthermie n'a été observée (25 données manquantes). A l'instant de l'amniotomie, 43 patientes (43%) étaient dilatées entre trois et cinq centimètres (Deux données manquantes). Au cours de la phase précédant la RAM, une vitesse de dilatation inférieure à un centimètre par heure a été constatée pour 40 des patientes (39,6%) (Deux données manquantes) et une dystocie dynamique a été relevée pour 42 des patientes (45,7%) (11 données manquantes). Au moment de la RAM, la présentation était mobile ou amorcée pour 48 parturientes (46,6%) et dans toute la phase précédente la présentation n'avait pas progressé chez 52 patientes (53,1%) (Cinq données manquantes). Au moment de la rupture, huit patientes ont présenté une DC sans engagement de la présentation (7,8%) (Une donnée manquante) et 89 patientes (86,4%) ont présenté un liquide amniotique clair.

Des ARCF ont été constatées chez 19 patientes (19,4%) (Cinq données manquantes).

Tableau n°1 : Description des caractéristiques obstétricales lors de l'amniotomie :

	n	%	Données manquantes
<u>Parité :</u>			0
- Primipares	51	49,5%	
- Multipares	52	50,5%	
<u>Modalité d'Analgésie :</u>			0
- APD	86	83,5%	
- N20	2	1,9%	
-Sans analgésie	15	14,6%	
<u>Utilisation d'ocytocine</u>	20	19,6%	1
<u>Risque infectieux :</u>			
- PV du 9 ^{ème} mois positif au SB	10	11,2%	14
- Hyperthermie maternelle	0	0%	25
<u>Dilatation :</u>			3
- 3-5	43	43%	
- 6-9	38	38%	
- DC	19	19%	
<u>Vitesse de dilatation < 1cm/h :</u>			
-Période précédant la RAM	40	39,6%	2
-Heure avant la rupture	38	38%	3
<u>Dystocie dynamique :</u>			
-Période précédant la RAM	42	45,7%	11
-Heure précédant la rupture	40	43,5%	11
<u>Hauteur de la présentation :</u>			0
-Mobile/Amorcée	48	46,6%	
- Fixée Haut/Bas	44	42,7%	
-Engagée	11	10,7%	
<u>Non progression de la présentation</u>	52	53,1%	5
<u>DC sans engagement de la présentation</u>	8	7,8%	1
<u>Liquide Amniotique Clair</u>	89	86,4%	0
<u>ARCF :</u>			
- Période précédant la RAM	19	19,4%	5
- Heure précédant la rupture	12	12,5%	7

Tableau n°II : Conformité des pratiques par rapport aux indications reconnues d'amniotomie* :

	n	%
<u>Taux de conformité des pratiques :</u>	61	67%
➤ <u>Une seule indication d'amniotomie retrouvée :</u>	39	42,9%
• Dystocie cervicale dans l'h précédente	14	15,4%
• Dystocie dynamique dans l'h précédente	17	18,7%
• DC sans engagement de la présentation	8	8,8%
➤ <u>Plusieurs indications d'amniotomie retrouvées :</u>	22	24,2%
<u>Taux de non-conformité des pratiques :</u>		
➤ <u>Aucune indication d'amniotomie retrouvée :</u>	30	33%
<u>Total</u>	91	100%

*12 Données manquantes

Notre analyse de données nous a permis de calculer que 39 patientes (42,9%) ont présenté une seule et unique indication d'amniotomie. L'indication retrouvée a été la présence d'une dystocie cervicale dans l'heure précédant la RAM pour 14 patientes (15,4%), chez 17 patientes (18,7%) c'était une dystocie dynamique qui était observée dans cet intervalle de temps, et enfin pour huit patientes (8,8%) il a été observé une DC sans engagement de la présentation.

Plusieurs indications d'amniotomie ont été constatées chez 22 patientes (24,4%).

Pour 30 patientes (33%) aucune indication d'amniotomie n'a été retrouvée.

IV. DISCUSSION

LIMITES DE L'ETUDE

La première limite de cette étude est son caractère rétrospectif.

Le recueil de données est limité aux informations qui sont contenues dans le dossier : l'activité au sein du bloc obstétrical et les évènements obstétricaux concomitants ne sont pas renseignés. Or, en cas de forte affluence ou encore en cas d'anomalies obstétricales sévères, la sage-femme peut être amenée à modifier ses CAT et donc la PEC de ses patientes.

Les caractéristiques du travail sont décrites de manière « résumée » par la sélection de catégories et bien que le DMO propose de nombreux choix pour chaque variable, cela est forcément réducteur et ne peut être exactement représentatif des conditions réelles du travail et du donc contexte global. Une partie « commentaire » permet aux sages-femmes de donner des précisions sur les évènements obstétricaux qu'elles observent mais elle n'est pas forcément utilisée, de plus notre mode de recueil ne la prend pas en compte.

Ensuite, chaque professionnel ne remplit pas avec la même précision les fiches de surveillance du travail : certaines fiches ne sont remplies qu'à distance des examens et perdent donc de leur exactitude (biais de mémorisation), certaines variables sont décrites de manière incomplète et certaines informations peuvent-être totalement absentes.

C'est pourquoi une étude prospective nous aurait permis d'obtenir une analyse et une description plus fine des modalités de l'amniotomie.

OBJECTIF PRINCIPAL:

- POPULATION

L'âge moyen de notre population est de 28,6 ans (17,1-40,0) ce qui est proche de la moyenne d'âge des mères accouchant en France, de 29,7 ans, selon l'enquête périnatale de 2010 [23].

Notre échantillon est composé de 51 primipares et de 52 multipares : nous avons donc un taux équivalent pour ces deux types de population.

- RISQUE INFECTIEUX

Nous avons retrouvé dans notre étude un taux de portage vaginal de Streptocoque B (SB) au neuvième mois de grossesse pour 11,2% des patientes. Le portage de la femme varie de 5 à 40% au cours de la grossesse selon, entre autres, la population étudiée [16]. La prévalence de la colonisation vaginale et rectale de la femme enceinte varie de 10 à 15% en Europe du Nord [15]. Nos résultats concordent donc avec ceux de la littérature.

Dans notre étude, la RAM a été pratiquée chez ces patientes, malgré le risque infectieux (RI) associé à ce portage [15] [22]. Il aurait été intéressant de savoir si cette pratique était conforme et/ou tardive pour les patientes porteuses de ce germe : la rupture est justifiée si des indications sont retrouvées et l'amniotomie tardive diminue la durée d'ouverture de l'œuf et donc le risque de transmission du germe par voie ascendante.

Aucune de nos patientes n'a présenté d'hyperthermie dans la période précédant la RAM et ce malgré le taux de portage de SB retrouvé. Nous ferons toutefois remarquer que les données étaient manquantes pour 25 patientes soit 24,3% de notre échantillon. Nous avons donc un quart de données manquantes environ : cela remet en question la représentativité de cette variable bien que nous soyons autorisés à la prendre en compte dans notre étude (taux de données manquantes inférieures à 50%). Nous signalerons également que nous n'avons pas différencié les patientes qui ont bénéficié de plusieurs prises de température par rapport aux patientes chez lesquelles la température n'a été prise qu'une seule fois au cours de la phase précédant la RAM. Or ces dernières ont été majoritaires.

Ces deux observations nous permettent de mettre en évidence l'existence d'une insuffisance marquée du traçage de la température maternelle dans le dossier médical et donc probablement d'un défaut de dépistage des infections maternofoetales au cours du travail, que ce soit en présence d'un RI associé ou non. En effet, la prise de température fait partie de la surveillance médicale maternelle : elle doit être effectuée pendant le travail et être reportée sur le partogramme [25] [Partogramme de l'OMS : Annexe 5].

- DYNAMIQUE DU TRAVAIL

Le taux d'APD retrouvé dans notre étude est de 83,5%. Le taux que nous avons retrouvé est supérieur de 13,5 points par rapport aux résultats de l'enquête périnatale de 2010, qui trouve un taux de 70% [23] mais il concorde avec le taux d'APD à l'HCE de Grenoble en 2011 qui est de 83,1% pour les accouchements voie basse (Tableau de bord : Activité SA, HCE).

En pratique, il nous a semblé qu'il existait une forte association entre l'APD et RAM : nous avons fréquemment observé que l'amniotomie était pratiquée facilement et rapidement suite à la pose de l'analgésie. Cette CAT, proche de la systématisation, proviendrait d'une volonté d'anticiper sur le probable ralentissement de la dynamique du travail qui survient parfois après l'APD. En effet, même si les résultats d'études antérieures diffèrent [2] [26] [27], en 2001, AVELINE C et BONNET F ont démontré que l'APD augmentait de manière significative la durée de la deuxième phase du travail [28] [29].

Notre analyse nous a permis de calculer qu'une vitesse de dilatation inférieure à un centimètre par heure était retrouvée chez 40 patientes dans la période précédant la RAM : 39,6% des patientes ont donc présenté une dystocie cervicale. Une dystocie dynamique a été observée pour 45,7% des patientes au cours de cette même période. Ces taux importants de dystocie retrouvés sont probablement liés à notre taux d'APD, et corroborent les résultats de l'étude de 2001 sur l'augmentation de la durée du travail engendrée par cette analgésie.

Toutefois, l'amniotomie a été réalisée dans 33% des cas sans qu'une dystocie cervicale, une dystocie dynamique ou encore une DC sans engagement de la présentation n'aient été objectivées. Ainsi, pour ces patientes, la pratique n'a pas été conforme malgré le fait qu'elles aient bénéficié de l'APD. Il est donc important que signaler que la CAT vis-à-vis de la PDE doit être identique pour toutes les patientes quelque soit le mode d'analgésie utilisé. L'amniotomie doit-être utilisée dans un but correctif face à des dystocies. Elle n'a pas de place au sein d'une attitude prophylactique, et ce du fait des risques qu'elle implique.

Nous avons également observé que dans cette période, 19,6% des patientes ont bénéficié d'ocytocine. Ce taux est inférieur à celui des dystocies que nous avons cité précédemment. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que l'amniotomie est pratiquée préférentiellement avant l'utilisation de la perfusion d'ocytocine. Les indications de cette utilisation sont les mêmes que celles de la direction du travail et donc de l'amniotomie [2] [3] [12] [20]. Ces références ne donnent toutefois pas de CAT spécifique sur la méthode à employer en première intention face à des dystocies du travail: MAGNIN G, dans « L'accouchements dystocique » de « La Pratique de l'Accouchement ; LANSAC J » cite l'amniotomie en première intention face à une dystocie cervicale et en cas d'hypocinésie utérine c'était la perfusion d'ocytocine qui apparaissait comme première thérapeutique [2] [12] [20]. Notre hypothèse sur la CAT « RAM avant la perfusion d'ocytocine » s'explique peut-être par une volonté des professionnels de santé de pratiquer en premier lieu une méthode dites plus « naturelle ».

Notre analyse nous a permis d'observer que pour 53,1% des patientes, la présentation n'était pas descendue dans la phase précédant la RAM. LANSAC J et BODY J considèrent que la progression de la présentation est normale si elle est régulière [13]. Mais ceux-ci ne définissent pas clairement ce qu'est « une descente régulière ». Nous avons comme seule indication la courbe de dilatation de FRIEDMAN [14] qui définit la dystocie d'engagement : la progression de la présentation ne peut donc pas être considérée comme anormale avec la DC. Ainsi, s'il n'y a pas d'indication de direction du travail [2] [20], les professionnels de santé qui pratiquent l'amniotomie dans le but de faire descendre la présentation afin d'augmenter la sollicitation du col [3] sortent du cadre des indications de l'amniotomie.

- ETAT NEONATAL PER-PARTUM:

Le liquide amniotique a été relevé comme clair chez 89 patientes soit 86,4% de notre population. Le LA était donc teinté ou méconial chez 13,6% des patientes. Un liquide amniotique non clair est un signe péjoratif et ce d'autant plus qu'il est méconial [8] [12]. Un LA teinté ou méconial augmente le risque infectieux et c'est également un des signes d'appel d'un état néonatal non rassurant [8] [24]. Nous ne pouvons toutefois pas conclure sur cet état lorsque ce signe est isolé.

Notre étude nous a permis de constater que 19,4% des parturientes présentaient des ARCF dans la période précédant la RAM. Lorsque nous avons étudié cette variable plus particulièrement, il est apparu que ces anomalies étaient présentes dans l'heure précédant l'amniotomie chez 12,5% des patientes. Nous avons observé que la RAM était parfois pratiquée par les professionnels de santé face à des ARCF dans l'intention de diminuer la durée du travail : FRASER W a en effet démontré en 2007 que la rupture permet de réduire significativement cette durée de 60 à 120 minutes [30]. Cependant, il faut souligner qu'une autre étude récente, de 2009, a démontré qu'il n'y avait pas de différence significative sur la diminution de la durée du travail [31].

Nous pouvons toutefois considérer que l'appréhension de la PDE est, dans ce contexte, en concordance avec les CAT de déclenchement face aux ARCF : la RAM fait partie de ce protocole [21]. Une similitude est également retrouvée lorsqu'une indication de direction du travail est posée en phase de latence face à ces mêmes anomalies du rythme.

Cependant, dans la littérature les ARCF ne sont pas retrouvées parmi les indications d'amniotomie. Le Journal de Gynécologie Obstétrique de 2008 nous informe que cet acte de

soin n'est pas compté parmi les mesures thérapeutiques susceptibles de prévenir, d'améliorer ou de corriger le RCF [6] [7]. La RAM est au contraire classée comme une des causes de ces anomalies [6]. De plus, SHAAL JP et RIETHMULLER estiment que c'est la phase d'expulsion et non la durée du travail qui est plutôt responsable de la morbidité néonatale [2]. Ainsi, face à des ARCF, si la dynamique du travail est par ailleurs déjà optimale, pratiquer l'amniotomie n'est pas la bonne thérapeutique. Il aurait été intéressant d'analyser le RCF selon le risque d'acidose fœtal associé. En effet, dans notre étude nous ne pouvons pas calculer le taux d'amniotomie effectué dans le but d'évaluer la couleur du LA ou afin de pratiquer des pH au scalp [8]. Nous ferons remarquer l'absence de l'amniotomie dans les « arbres décisionnels en fonction du rythme cardiaque fœtal », même si il est évident que la RAM est indissociable de la mesure des pH [2] [Annexe4].

Nous pouvons toutefois considérer que dans certains cas, selon la sévérité des ralentissements, l'avancement de la dilatation, la hauteur de la présentation et la parité de la patiente, la RAM peut-être appropriée. L'intérêt serait alors de ne pas aggraver les anomalies et de réduire de manière conséquente la durée du travail afin d'aboutir rapidement à la phase d'expulsion. Cette CAT aura plus de probabilité d'aboutir à un succès si la patiente est une multipare et si le travail est dans la deuxième partie de sa phase active.

- CONDITIONS DE RAM

Au sein de notre échantillon, l'amniotomie a été pratiquée majoritairement à des dilatations comprises entre trois et cinq centimètres inclus (43%). Nos résultats mettent en évidence que dans notre étude, les recommandations de la littérature et celles des écoles pratiquant l'accouchement médicalisé ne sont pas respectées. En effet, il n'est pas recommandé de pratiquer l'amniotomie au cours de la première partie de la phase active du travail et il est préférable de rompre à des dilatations supérieures à six centimètres [2].

Au moment de l'amniotomie, la présentation était majoritairement mobile ou amorcée (46,6%). Pratiquer la rupture dans ces conditions augmente le risque de procidence du cordon [8].

OBJECTIF SECONDAIRE:

- CONFORMITE PAR RAPPORT AUX INDICATIONS RECONNUES D'AMNIOTOMIE

Notre analyse a mis en évidence que dans l'heure précédant l'amniotomie, une dystocie cervicale était présente chez 38 patientes (38%) et une dystocie dynamique était retrouvée chez 40 parturientes (43,5%). Chez 8 patientes (7,8%), une DC sans engagement de la présentation a été constatée au moment de la RAM.

Ainsi, pour 39 patientes (42,9%) une seule et unique indication d'amniotomie a été retrouvée. Parmi ces 39 patientes, 14 des parturientes présentaient une dystocie cervicale seule dans l'heure précédant l'amniotomie, 17 des patientes présentaient une dystocie dynamique seule dans l'heure précédant la RAM et 8 patientes présentaient uniquement une dystocie d'engagement.

Nous pouvons nous interroger sur l'indication de la RAM lorsque l'on observe une dystocie dynamique sans dystocie cervicale. Dans cette situation, l'utilisation de syntocinon semble être plus indiquée que l'amniotomie. Néanmoins, l'objectif principal du travail est la dilatation. Si celle-ci est optimale et que nous utilisons la perfusion d'ocytocine, nous exposerons la patiente aux risques de son utilisation sans qu'il y ait de bénéfice attendu. Le moteur étant surtout nécessaire au moment de la phase d'expulsion, c'est à ce moment là ou dans l'heure précédente qu'il serait plus indiqué d'avoir recours à l'ocytocine.

Nous avons observé que pour 22 patientes (24,2%), plusieurs indications d'amniotomie ont été retrouvées.

Ainsi, notre étude a mis en évidence que pour 30 patientes, aucune indication n'a été retrouvée. Le taux de non-conformité pour la pratique de l'amniotomie a donc été de 33%. Pour ces patientes, la RAM semble avoir été pratiquée sans que les professionnels de la maïeutique tiennent compte de la dynamique utérine, de la vitesse de dilatation ou de l'engagement de la présentation à DC.

L'amniotomie a donc probablement été décidée en fonction d'autres facteurs, tels la pose de l'APD, une constatation d'ARCF ou encore une non-progression de la présentation.

V. CONCLUSION

L'intérêt de notre recherche était de décrire les conditions de l'amniotomie car c'est une intervention obstétricale qui est pratiquée de façon courante pendant le travail, malgré les risques iatrogéniques qui y sont associés.

Nous avons donc analysé les caractéristiques du travail avant la rupture artificielle des membranes et au moment de celle-ci, afin de décrire les conditions locales de cette pratique et d'évaluer le taux de non-conformité par rapport aux indications reconnues de la littérature.

Nous avons pu répondre à notre objectif principal en mettant en évidence qu'au sein de notre population, l'amniotomie se pratiquait majoritairement à des dilatations comprises entre trois et cinq centimètres inclus (43%) et à des hauteurs de présentation mobiles ou amorcées (46,6%). Dans la période précédant la RAM, nous avons fréquemment observé des dystocies cervicales (39,6%), des dystocies dynamiques (45,7%) et des « non-progression » de la présentation (53,1%). Le taux ARCF constaté dans cette même période était de 19,4% et le liquide amniotique a été retrouvé majoritairement clair (86,4%).

Nous avons répondu à notre objectif secondaire en estimant que le taux de non-conformité des pratiques de l'amniotomie était à hauteur de 33% au sein de notre population.

En outre, notre analyse montre que la surveillance de la température maternelle a été insuffisante au cours du suivi de travail : il est donc nécessaire d'insister sur l'importance de la surveillance de ce signe d'infection.

Notre étude a mis en évidence que les professionnels de santé ne respectaient pas suffisamment les recommandations actuelles de l'amniotomie. Les conditions obstétricales recommandées pour cette pratique ne sont pas retrouvées dans la majorité des cas, l'amniotomie étant surtout pratiquée à des dilatations inférieures à six centimètres et à des présentations mobiles ou amorcées. Nous avons également retrouvé un taux de non-conformité de 33% qui semble s'expliquer par des facteurs tels l'APD, les ARCF et la non-progression de présentation.

Au vue des risques iatrogéniques de cette pratique, notre étude nous permet d'insister sur la nécessité de rester dans le cadre des indications de la rupture artificielle des membranes, car c'est par cette rigueur que les professionnels de santé respecteront au maximum le principe premier de « non-malfaisance » : « Primum non nocere ». En effet les professionnels de la maïeutique doivent garder à l'esprit que le but des soins est la bonne santé de la mère et de

l'enfant [12] et que l'objectif devrait être de se rapprocher au maximum d'un accouchement normal comme le définit Lacomme : « travail au minimum de puissance avec un maximum de confort », ce qui permet une diminution de la mortalité périnatale et une baisse de la morbidité [2].

Une étude descriptive prospective pourrait nous permettre d'obtenir une description plus fine et plus précise des modalités de l'amniotomie car elle prendrait en compte des facteurs qui ne peuvent pas être analysés de manière rétrospective.

Il aurait pu être intéressant d'évaluer la durée de la phase précédant la RAM. Le délai entre l'entrée en SA de la parturiente et l'amniotomie est peut-être un facteur déterminant, qui augmenterait la tendance interventionniste des professionnels de la maïeutique. En effet, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'après une certaine durée de PEC de la patiente, un professionnel de santé peut ressentir de manière plus prononcée un « besoin d'agir », dans le but d'optimiser la dynamique du travail.

Dans un souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, il serait pertinent que les professionnels de la maïeutique procèdent à une évaluation constante de cette pratique professionnelle. Il serait souhaitable que la ou les indications d'amniotomie soient retranscrites et justifiées sur les partogrammes.

VII. REFERENCES:

- [1] « Thérapeutique Obstétricale : Intervention obstétricale par voie basse » in MERGER R, LEVY J, MELCHIOR J « Précis d'obstétrique » ; Masson Année 1989, p 130 et p572
- [2] JP SCHAAL, D RIETHMULLER, A MARTIN, A LEMOUEL, C QUEREUX, R MAILLET « Conduite à tenir au cours du travail et de l'accouchement » ; Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-049-D-27, 1998, 35p.
- [3] FOURNIE A, DESPRATS R « La direction du travail » in LANSAC J, BODY G « Pratique de l'accouchement » ; 1992 2ème édition, p114
- [4] BRISSON-CAROLL G, FRASER W, BREAT G, KRAUSS I, THORNTON J « The effect of routine early amniotomy on spontaneous labor: a meta-analysis», *Obstet Gynecol* 1996; 87:891-6
- [5] FRASER W, MARCOUX S, BREAT G, MOUTQUIN JM, DARIS M, Br J « Early amniotomy increases the frequency of fetal heart rate abnormalities » *GOFFINET F, Obstet Gynaecol* 1997;104:548-53
- [6] « Pratiques Obstétricales associées aux anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) pendant le travail et mesures correctives à employer en cas d'anomalies de RCF pendant le travail », *Journal de Gyn Obst et Biol de la reproduction* (2008), 375,556-564.
- [7] « Texte des recommandations Guidelines », *Journal de Gyn Obst et Biol de la reproduction* (2008) 375, S101-2107.
- [8] THOULON JM, « Les modalités pratiques de la surveillance du travail » in LANSAC J, BODY G « Pratique de l'accouchement » ; 1992 2ème édition, p34 et p42.
- [9]MAGNIN G « Le déclenchement artificiel du travail » in LANSAC J, BODY G « Pratique de l'accouchement » ; 1992 2ème édition, p257.

[10] JACQUETIN J, FONDRINIER E « La perte des eaux en début de travail : conduite à tenir » in LANSAC J, BODY G « Pratique de l'accouchement », 1992, 2ème édition, p189

[11] « Hémorragies génitales : hémorragies du 3ème trimestre de la grossesse » AYOUBI JM, PONS JC, Année 2005), Disponible sur : <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/gyneco/obstetr/17a/lecon17a.htm#>

[12] « Les soins liés à un accouchement normal: guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique. » Division de la Santé Reproductive, Santé de la mère et du nouveau-né/Maternité sans risque, OMS Genève, p 42, p26

[13] THOULON JM, « Les modalités pratiques de la surveillance du travail » in LANSAC J, BODY G « Pratique de l'accouchement » ; 1992 2ème édition, p43.

[14] FRIEDMAN, « Courbes de dilatation de descente de la présentation en fonction du temps chez la multipare. », tiré de J.LANSAC, C.BERGER, G.MAGNIN, Obstétrique pour le praticien, 2ème édition, SIMEP, Paris, 1990.

[15] Université de Liège, Centre de Référence des Streptocoques du groupe B. P. MELIN(1), M. SCHMITZ(1) , P. DE MOL(1) , JM. FOIDART(2) et J. RIGO(3) « Le Streptocoque du groupe B, première cause d'infections néonatales graves. Epidémiologie et stratégies de prévention », épidémiologie et transmission du streptocoque B, Février 99 (consulté le 24/03/12). Disponible sur : <http://www2.ulg.ac.be/micromed/gbs/shb98.htm>

[16] Institut pasteur, « Streptococcies A et B », Infection à Streptocoque B, Transmission ; Janvier 2007 (consulté le 24/03/12).
Disponible sur : <http://www.pasteur.fr/ip/easysite/pasteur/fr/presse/fiches-sur-les-maladies-infectieuses/streptococcies-a-et-b>.

[17] «Prévention de l'infection néonatale à streptocoques du groupe B à début précoce» Directives cliniques de la SOGC, n°149, Année 2004, consulté le 24/03/12. Disponible sur : <http://www.sogc.org/guidelines/public/149F-CPG-Septembre2004.pdf>

[26] MOUSA WF, LA-METWALLI R, MOSTAFA M, "Epidural analgesia during labor vs no analgesia: A comparative study."

[Journal Article] Saudi J Anaesth 2012 Jan; 6(1):36-40. MEDLINE

Année 2012 (Consulté le 14/03/12)

Disponible

sur :

http://www.unboundmedicine.com/medline/ebm/record/22412775/abstract/Epidural_analgesia_during_labor_vs_no_analgesia:_A_comparative_study

[27] LOWENSOHN RI, PAUL RH, FALES S. Intrapartum epidural anesthesia : an evaluation of effects on uterine activity. Obstet Gynecol 1974 ; 44: 388-393.

[28] FRIEDMAN EA. Labor, clinical evaluation and management. New York: Appleton Century Croft , 1982.

[29] AVELINE C, BONNET.F « Influence de l'anesthésie péridurale sur la durée et les modalités de l'accouchement », Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation 2001 ; N°5 ; p 471-484.

[30] FRASER WD, TURCOT L, KRAUSS I, BRISSON-CARROL G, « Amniotomy for shortening spontaneous labour. »

Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jul 18;(3):CD000015. PMID:17636574 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Année 2007 (Consulté le 26/03/12).

Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636574>

[31] STORGAARD L, ULDBJERG

"The use of amniotomy to shorten spontaneous labour".

Cochrane review Source: Gynaekologisk-obstetrisk Afdeling Y, Arhus Universitetshospital, Skejby, Ugeskr Laeger. 2009 Nov 16;171(47):3438-40. PMID: 19925730 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Année 2009 (Consulté le 26/03/12)

Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19925730>

VIII. ANNEXES

ANNEXE 1

RECUEIL DE DONNEES : N° IPP :

Age : Parité :
Age gestationnel :
PV Strepto B 9^{ème} mois: Négatif Positif Inconnu

AVANT RAM

Analgésie : APD
RachiAnesthésie
Nubain/morphine
N2o
Autre
Pas d'analgésie

Syntocinon : Non Oui Inconnu
Hyperthermie maternelle (>38,5): Non Oui Inconnu
Dystocie cervicale : Non Oui Inconnu
Dystocie dynamique : Non Oui Inconnu
Progression de la présentation : Non Oui Inconnu
Non descente de la présentation dans l'h précédente : Non Oui Inconnu

RCF dans la période précédant la RAM Normal Anormal Inconnu
RCF dans l'heure précédente Normal Anormal Inconnu

RAM :

Dystocie dynamique ds H précédente: Non Oui Inconnu
Dystocie cervicale ds H précédente: Non Oui Inconnu
DC sans engagement : Non Oui Inconnu
Dilatation :
Hauteur présentation : Mobile Amorcée Fixée Engagée
Couleur LA : Clair Teinté Méconial

ANNEXE 2

Dynamique Utérine [18]

Intensité : 35 à 5mm Hg

Durée : 80secondes

Fréquence : 4/10min

Tonus de base : 5 à 9mm Hg

ANNEXE 3

Figure 1 :

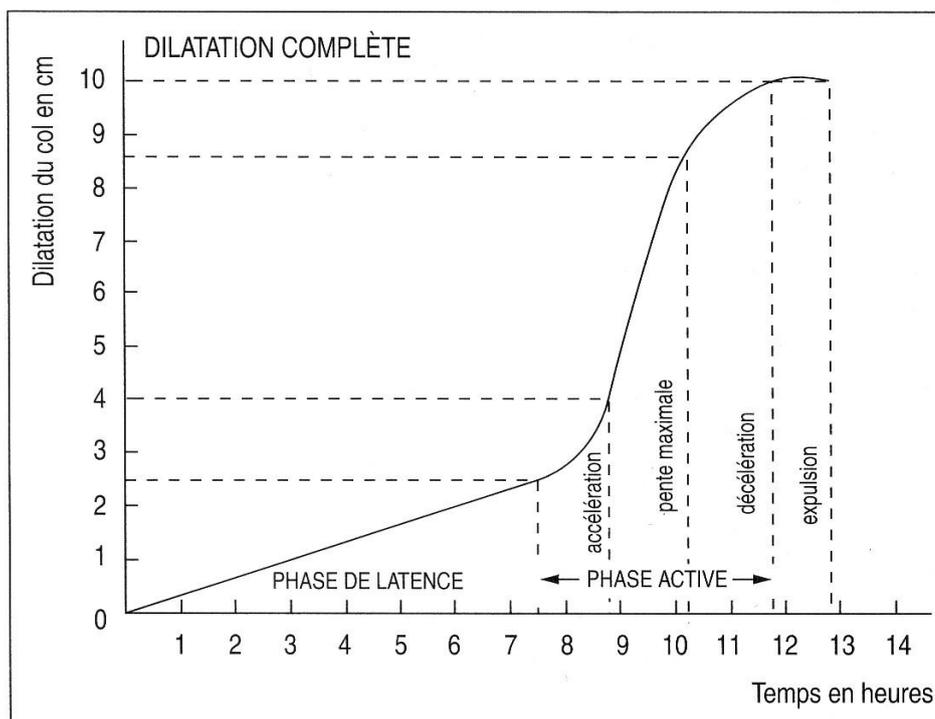


Fig. 3.7. Courbe de dilatation du col chez la primipare.

(D'après Friedman, Functional divisions of labor, *Am. J. obstet. Gynaecol.*, 1979, 109, 274-280.)

Figure 1 bis :

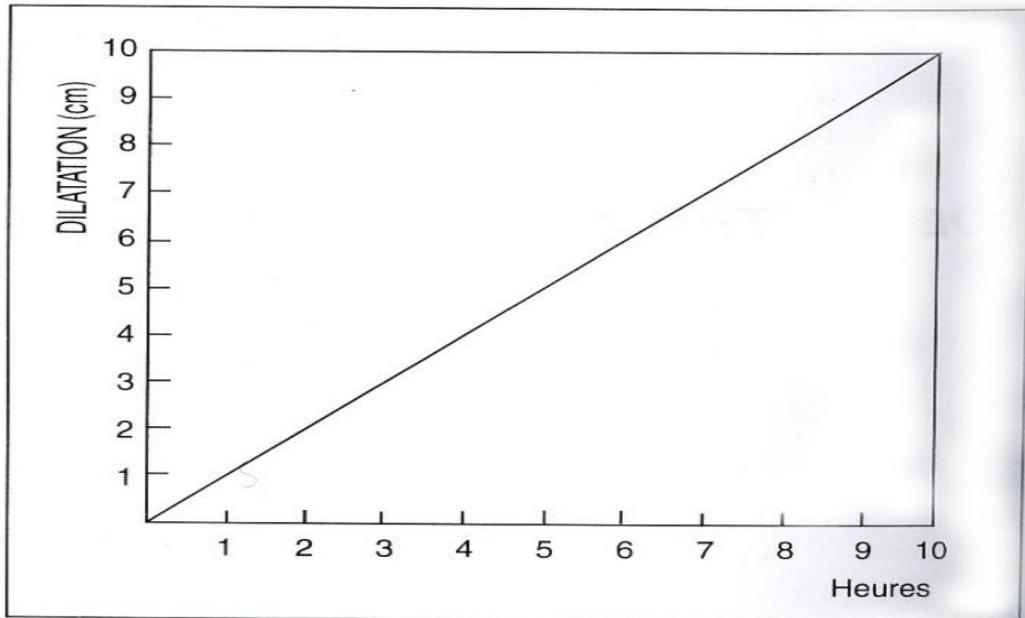


Fig. 13.2. Partogramme à une ligne chez la primipare. (D'après O'Driscoll, J.-M. Strange, the active management of labor, *Clinics Obstet. Gynaecol*, 1975, 2, 3.)

Figure 2 :

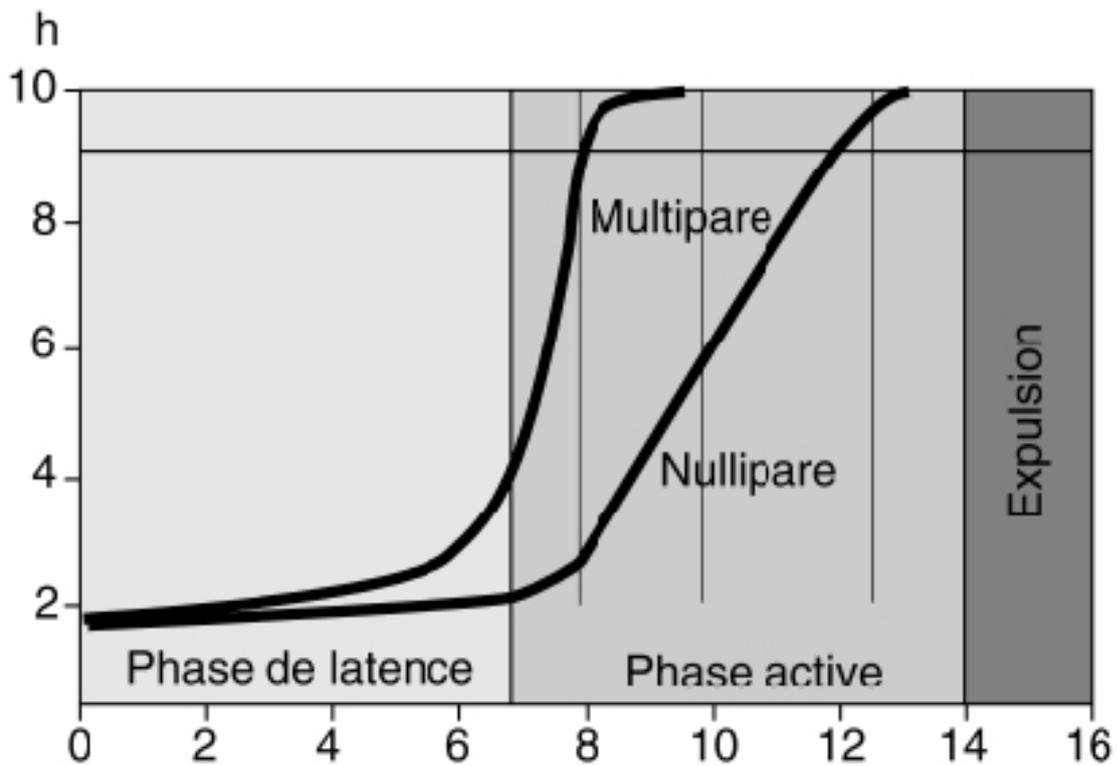


Figure 3 :

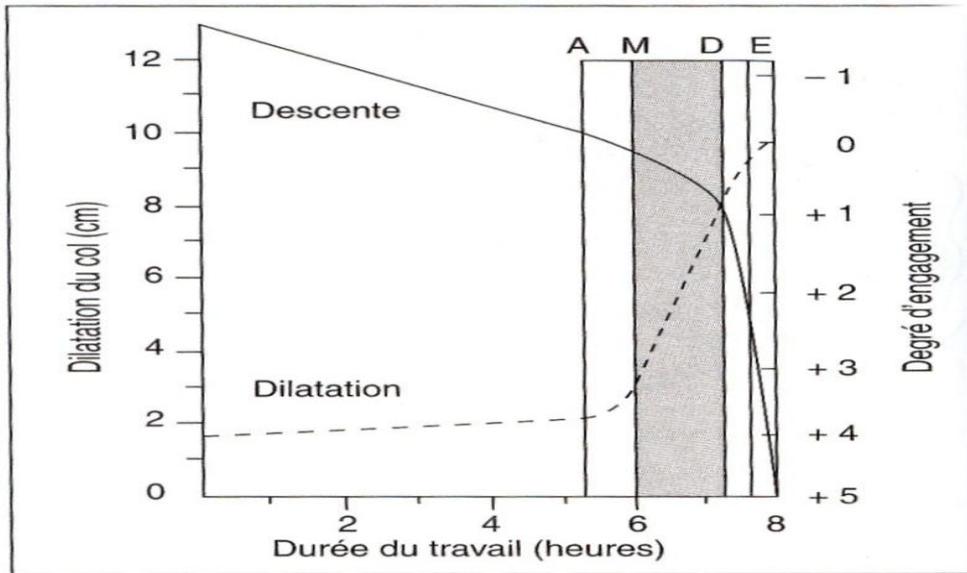
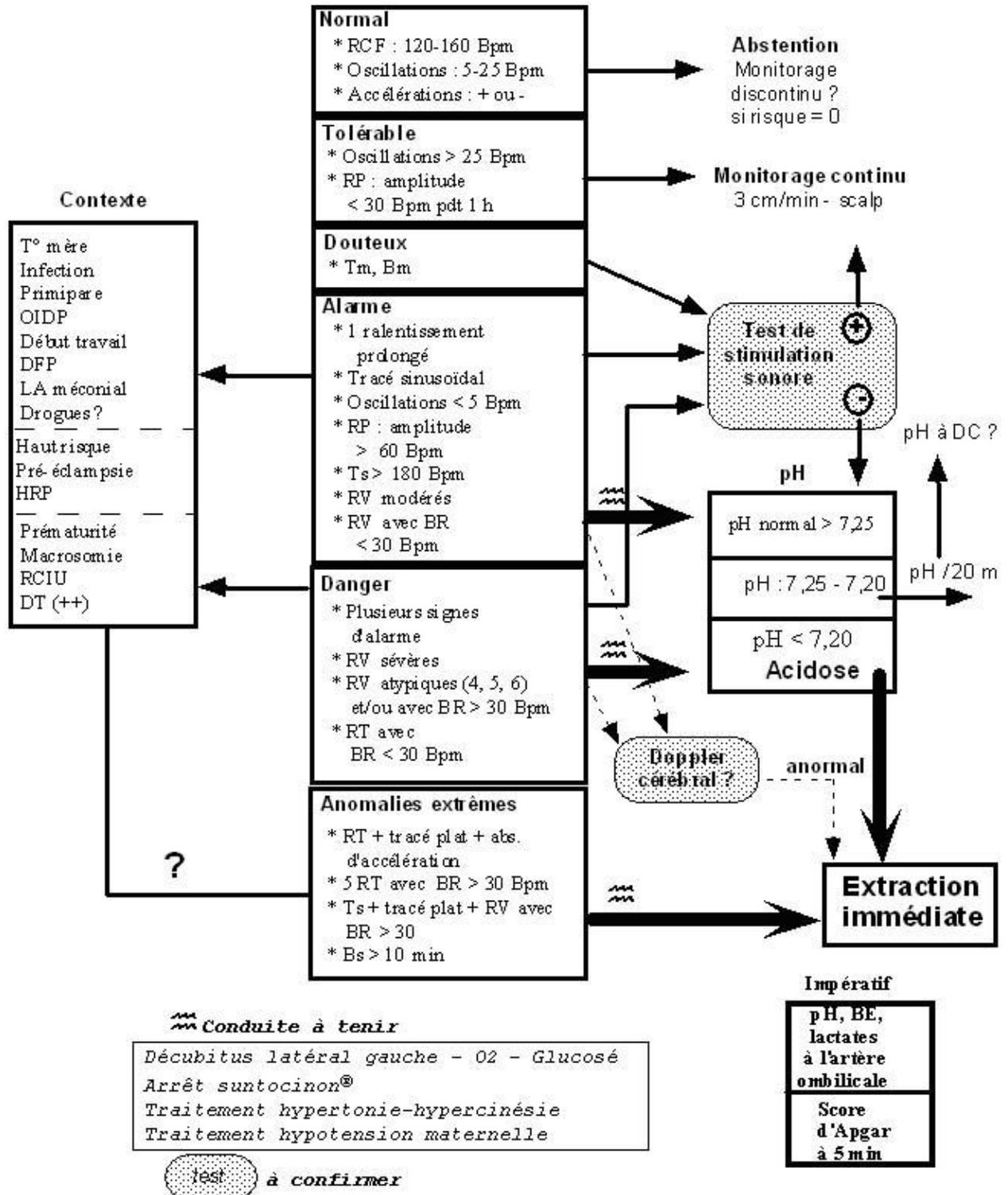


Fig. 3.8. Courbes de dilatation (pointillés), de descente de la présentation (trait continu) en fonction du temps chez la multipare.

A : accélération ; M : accélération maximale ; D : décélération ; E : expulsion.

(D'après Friedman, tiré de J. Lansac, C. Berger, G. Magnin, *Obstétrique pour le praticien*, 3^e édition, Masson, Paris, 1997.)

ANNEXE 4



ANNEXE 5

PARTOGRAPHE

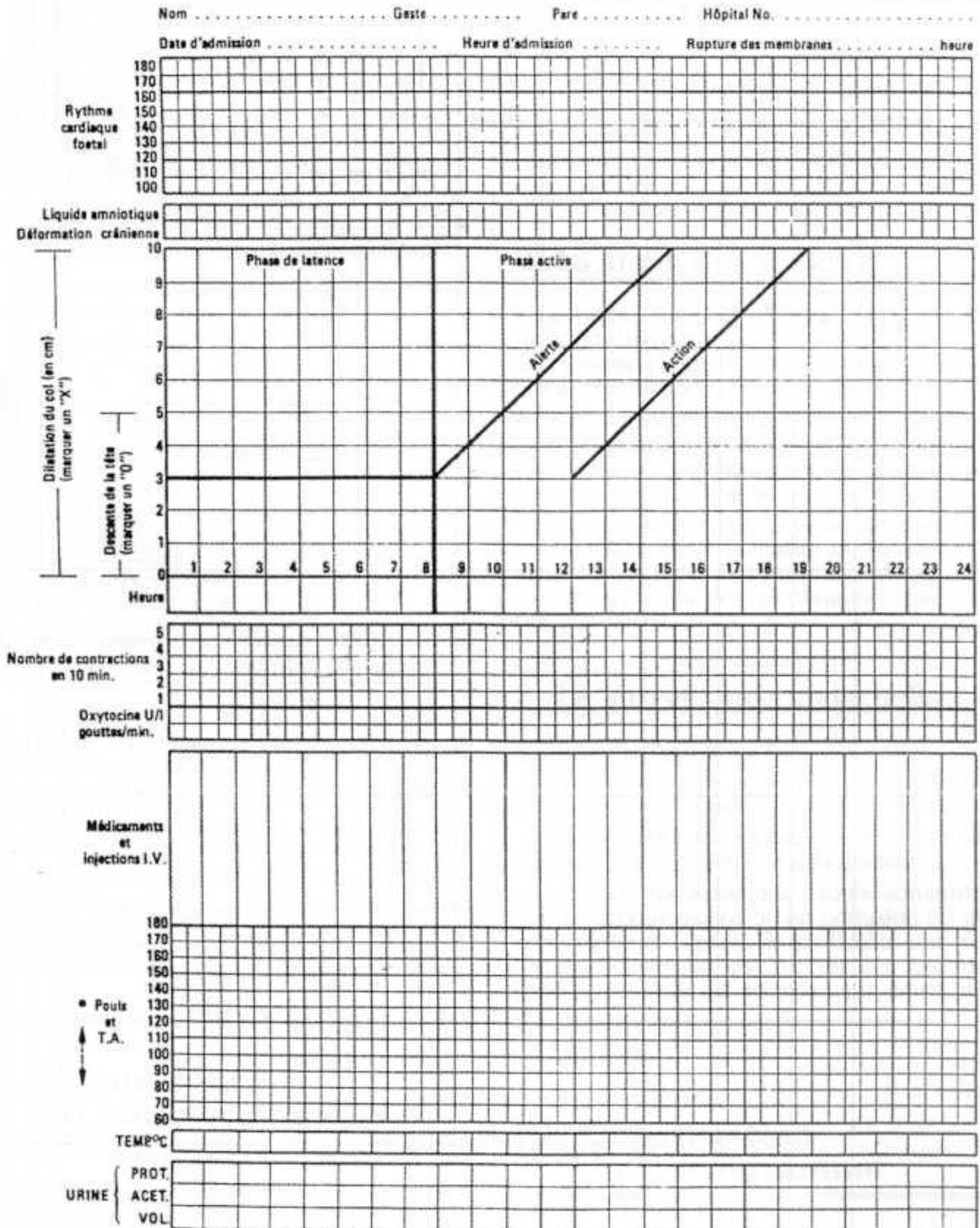


Figure n° 5. Le partogramme de l'OMS.

RESUME

Intérêt : L'amniotomie est une intervention obstétricale très simple pratiquée de façon courante pendant le travail [1]. Elle présente néanmoins plusieurs risques: anomalies du rythme cardiaque fœtal [5], augmentation du taux de césarienne [5] ou encore du risque infectieux fœtal [3].

Objectifs : Décrire les conditions locales à l'instant t de l'amniotomie et évaluer le taux de conformité de cette pratique par rapport aux indications reconnues.

Matériel et Méthode : Etude descriptive rétrospective à l'Hôpital Couple Enfant du CHU de Grenoble, entre le 1/10/10 et le 30/11/10. Le recueil de données a été réalisé à l'aide d'un bordereau de recueil à partir du dossier obstétrical informatisé.

Résultats : Notre échantillon était composé de 103 patientes. Dans notre population, l'amniotomie a été pratiquée majoritairement à des dilatations comprises entre trois et cinq centimètres (43%), avec des présentations mobiles ou amorcées (46,6%). Le liquide était majoritairement clair (86,4%). Dans la période précédant la RAM, des dystocies cervicales et des dystocies dynamiques ont été constatées pour respectivement 39,6% et 45,7% des patientes.

Une seule indication d'amniotomie a été retrouvée chez 42,9% patientes. Plusieurs indications ont été objectivées chez 24,2% de notre population.

Nous avons retrouvé un taux de non-conformité de 33%.

Conclusion : Nous avons montré que la surveillance de la température maternelle au cours du suivi de travail était insuffisante. La non-conformité de la pratique de l'amniotomie semble s'expliquer par des facteurs tels l'APD, les ARCF et la non-progression de présentation.

Au vu des risques iatrogéniques de cette pratique, notre étude permet d'insister sur la nécessité de rester dans le cadre des indications de l'amniotomie.

Mots clés :

Amniotomie

Indication

Contre-indication

Dystocie cervicale

Dystocie Dynamique

Dystocie d'engagement

Dilatation

Progression de la Présentation

Anomalie du rythme cardiaque fœtal

Risque infectieux

Anesthésie péridurale

Taux de conformité

Taux de Non-conformité