



HAL
open science

État des lieux de la pratique de l'amniotomie au cours du travail spontané à terme

Florine d'Agostin

► **To cite this version:**

Florine d'Agostin. État des lieux de la pratique de l'amniotomie au cours du travail spontané à terme. Gynécologie et obstétrique. 2015. dumas-01176212

HAL Id: dumas-01176212

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01176212>

Submitted on 15 Jul 2015

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/juridique/droit-auteur>

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

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

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

ETAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE DE L'AMNIOTOMIE AU COURS DU TRAVAIL SPONTANE A TERME.

Mémoire soutenu le: 9 juin 2015

Par D'AGOSTIN Florine

Née le 19/07/1991

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

Année universitaire 2015

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

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

**ETAT DES LIEUX DE LA PRATIQUE DE L'AMNIOTOMIE
AU COURS DU TRAVAIL SPONTANE A TERME.**

*STATE OF AMNIOTOMY PRACTICE DURING SPONTANEOUS
LABOUR AT TERM.*

Mémoire soutenu le: 9 juin 2015

Par D'AGOSTIN Florine

Née le 19/07/1991

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

Année universitaire 2015

RESUME

But - La pratique de l'amniotomie est controversée. Bien qu'elle puisse accélérer le travail, elle a cependant certains effets délétères. L'objectif de cette étude descriptive rétrospective monocentrique était d'établir un état des lieux de la pratique de l'amniotomie au cours du travail spontané.

Matériels et méthodes – L'échantillon était composé de 170 patientes présentant un travail spontané, avec accouchement d'un enfant unique, vivant, en présentation céphalique, après 37SA révolues et bénéficiant d'une amniotomie. Ces données ont été extraites du dossier obstétrical papier des patientes. Les objectifs principaux étaient d'établir la prévalence de l'amniotomie et l'indication retrouvée à celle-ci. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la prévalence de l'amniotomie sans indication et les caractéristiques de celles-ci.

Résultats - La prévalence de l'amniotomie était de 43.1%. Elle était réalisée dans 28.2% des cas pour anomalie de la vitesse de dilatation, 17.6% pour dilatation complète, 8.8 % pour indication de direction du travail. La prévalence de l'amniotomie sans indication était de 19.5% et 87.0% ont été réalisées sous analgésie loco régionale, 46.8% entre 5cm inclus et 8cm non inclus de dilatation et dans 66.2% des cas la présentation était fixée.

Conclusion - L'amniotomie est un geste fréquent qu'il faut utiliser à bon escient.

Mots clefs : amniotomie – rupture artificielle des membranes – dystocie – indications – direction du travail

Objectives - The practice of amniotomy is controversial. Although it could accelerate the labor, it has some deleterious effects. The objective of this retrospective descriptive monocentric study was to provide an overview of the amniotomy practice during the spontaneous labor.

Materials and methods - The sample was composed of 170 patients having a spontaneous labor with singleton live birth, in cephalic presentation, after 37 completed weeks of amenorrhea and benefiting from an amniotomy. These data were extracted from the obstetrical paper record of the patients. The main objectives were to establish the amniotomy prevalence and the indications linked to this one. The secondary objectives were to evaluate prevalence of amniotomies without indication and the characteristics of these.

Results - The amniotomy prevalence was 43.1 %. An amniotomy was realized for 28.2 % of patients for anomaly of the dilation progress, 17.6 % for complete dilation, 8.8 % for indication of active management. The amniotomy without indication prevalence was 19.5% and 87.0 % were realized under loco regional analgesia, 46.8% between 5cm included and 8cm excluded of dilation and in 66.2 % of the cases the presentation was fixed.

Conclusion - The amniotomy is a common gesture which must be put to good use.

Key words: amniotomy – rupturing membranes - dystocia – indication – active management of labor

Je remercie les membres du Jury :

Mme VASSORT Nadine

Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble.

Présidente du jury

Dr MICHY Thierry

PH en Gynécologie Obstétrique, HCE du CHU de Grenoble.

Co-président du jury

Mme MARTIN Claudine

Sage-femme coordinatrice RPAI, CHU de Grenoble.

Sage femme invitée

Mme JOURDAN Sophie

Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble.

Sage-femme Guidante

Je remercie plus particulièrement :

Mme JOURDAN Sophie

Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble.

Sage-femme Guidante.

Pour son aide précieuse, sa disponibilité et son accompagnement

Dr BRAIG Suzanne

Gynécologue-obstétricienne, chef de pôle en prise en charge de l'infertilité, grossesse pathologique, CH Annecy-Genoivois.

Pour ses conseils.

Mme CHAVATTE Chrystèle

Sage-femme enseignante à l'Ecole de Sages-femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble.

Pour son soutien, sa présence et sa patience envers notre promotion.

Le personnel administratif du CH Annecy-Genoivois

Sans qui ce mémoire n'aurait pu être réalisé.

Je remercie aussi :

Ma famille et mes amis

Pour leur soutien et leur présence durant mes études de sage-femme.

Mes camarades de promotion

Pour les beaux moments partagés, les expériences échangées, leur soutien et les belles amitiés qui resteront.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|----|
| Abréviations | 1 |
| Introduction | 2 |
| Matériel et méthode | 5 |
| <u>Type et site de l'étude</u> | 5 |
| <u>Population</u> | 5 |
| <u>Recueil des données</u> | 5 |
| <u>Objectifs principaux</u> | 6 |
| <u>Objectifs secondaires</u> | 7 |
| Résultats | 9 |
| Discussion | 14 |
| <u>Limites de l'étude</u> | 14 |
| <u>Objectifs principaux</u> | 14 |
| <i>Prévalence de l'amniotomie</i> | 14 |
| <i>Indications retrouvées à l'amniotomie</i> | 15 |
| <u>Objectifs secondaires</u> | 16 |
| <i>Prévalence des amniotomies sans indication retrouvée</i> | 16 |
| <i>Caractéristiques du travail au moment des amniotomies sans indication</i> | 17 |
| Parité | 17 |
| Analgésie | 17 |
| ERCF | 17 |
| Dynamique utérine | 18 |
| Dilatation cervicale | 18 |
| Présentation fœtale | 19 |
| Ocytocine | 20 |
| <u>En pratique</u> | 20 |
| Conclusion | 22 |
| Références | 24 |
| Annexes I : bordereau de recueil des données | 26 |

ABREVIATIONS

PDE : poche des eaux

CU : contraction utérine

LA : liquide amniotique

DC : dilatation complète

TV : toucher vaginal

RAM : rupture artificielle des membranes

RSM : rupture spontanée des membranes

RCF : rythme cardiaque fœtal

ARCF : anomalie du rythme cardiaque fœtal

RDB : rythme de base

NO2 : protoxyde d'azote

ALR : analgésie loco-régionale

INTRODUCTION

La poche des eaux (PDE) représente une barrière protectrice qui protège le fœtus des infections ascendantes. Durant le travail et l'accouchement, elle amortit la force des contractions utérines (CU). De plus, en exerçant une pression naturelle, elle joue un rôle de coin dilatateur, aidant ainsi à la dilatation du col ; ce qui explique que lorsque la présentation fœtale ne sollicite pas le col, une rupture de la PDE n'est pas favorable [1][2][3][4][5].

L'amniotomie ou rupture artificielle des membranes (RAM) est un des gestes les plus fréquents dans la pratique des sages-femmes [1][2]. On sait que l'amniotomie augmente la puissance des contractions et donc accélère le travail et la dilatation cervicale, grâce au relargage d'ocytocines et de prostaglandines. De plus lorsque les membranes sont rompues, la diminution du volume amniotique entraîne une rétraction du myomètre, rendant les contractions plus efficaces [1][2][5].

Aujourd'hui, la pratique de l'amniotomie fait débat. En effet elle est déplorée par certains et reconnue par d'autres comme un adjuvant indispensable au travail. Sa pratique est donc majoritairement soignant-dépendante [2].

Certains auteurs constatent que l'amniotomie systématique et précoce réduit la durée de la première phase du travail et le risque de dystocie durant celui-ci, alors que d'autres ne constatent aucune différence [2][4][8][9]. De plus, il est rapporté une diminution du taux d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes [2][8]. Aucune différence significative n'est observée concernant le taux de césariennes ou d'extractions instrumentales entre une politique d'amniotomie précoce et systématique et une politique d'intention de préserver les membranes [2][8][10][11][12]. L'amniotomie augmente le risque d'anomalie du rythme cardiaque fœtal (RCF) durant la première phase du travail, en particulier de ralentissements

variables sévères et de ralentissements tardifs ainsi que le taux d'infections maternelles [1][2][8][10][19]. Enfin il persiste le risque théorique de procidence du cordon [1][2][5].

Malgré les résultats discordants, les différents auteurs concluent que l'amniotomie ne devrait pas être pratiquée lorsque le travail évolue normalement et que la mère et le fœtus vont bien [10][12][13][14][15]. De plus l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a classé l'amniotomie précoce systématique pendant le premier stade du travail dans la catégorie C : pratiques sur lesquelles on ne dispose pas de preuves suffisantes pour les recommander fermement et qu'il convient d'utiliser avec précautions tandis que les recherches se poursuivent. Les auteurs ne donnent donc pas d'indications précises à l'amniotomie mais s'accordent pour la recommander en cas d'anomalie de la dilatation [9][12][14][16], en cas de dilatation complète (DC) avec ou sans engagement de la présentation [15][17] et en cas de nécessité de mise en place d'un moyen de surveillance de seconde ligne du RCF [2]. L'hypocinésie est reconnue par certains comme une indication à l'amniotomie mais reste un facteur insuffisant pour d'autres tant que la dynamique de dilatation est assurée [6]. De plus les auteurs ne s'accordent pas pour dire que les anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) sont une indication à celle-ci dans le but de hâter l'accouchement, car au contraire elle augmenterait celles-ci. Enfin, l'amniotomie pour attester de la couleur du liquide amniotique fait débat : le liquide méconial serait présent dans 20% des grossesses normales à terme alors que l'amniotomie augmenterait le stress fœtal [1][2][8][10][12].

Le but de cette étude est d'établir un état des lieux de la pratique de l'amniotomie, au cours du travail spontané. L'hypothèse principale de cette étude est que l'amniotomie au cours du travail spontané est réalisée même en dehors de toute indication médicale reconnue. Les objectifs principaux sont de déterminer la prévalence de l'amniotomie et d'évaluer ses indications au cours du travail spontané à terme. Les objectifs secondaires sont de déterminer

la prévalence de l'amniotomie sans indication et de décrire les caractéristiques du travail pouvant influencer celles-ci.

MATERIEL ET METHODES

Type et site de l'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective monocentrique au Centre Hospitalier de la région Annecy Genevois (CHANGE), maternité de niveau 2b.

Population

Les patientes ayant accouché durant la période du premier avril 2014 au 30 juin 2014 ont été évaluées pour éligibilité, à partir du registre d'accouchement recensant toutes les naissances du CHANGE. Ont été incluses les patientes présentant un travail spontané, avec accouchement d'un enfant unique, vivant, en présentation céphalique, après 37SA révolues. Ont été exclues les patientes ayant présenté une rupture spontanée des membranes (RSM) avant et pendant le travail (noté comme tel dans le dossier), les accouchements à domicile, et les dossiers incomplets ne donnant aucune indication sur le mode ou le moment de la rupture des membranes.

Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un bordereau de recueil (Annexe I) sur consultation des dossiers obstétricaux papiers des patientes. Celui-ci comportait les caractéristiques des patientes, l'indication retrouvée à l'amniotomie, et les caractéristiques du travail pour les patientes ayant bénéficié d'une amniotomie sans indication retrouvée. L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel EXCEL.

Les variables utilisées pour décrire la population étaient l'âge, la parité et le terme de l'accouchement. Les caractéristiques pouvant influencer la dynamique utérine et donc l'amniotomie ont aussi été recueillies : la présence d'un utérus cicatriciel, d'une grossesse

prolongée (grossesse se poursuivant au-delà de 41SA révolues), d'un hydramnios ou excès de liquide amniotique (LA) (noté comme tel dans le compte rendu échographique du troisième trimestre), d'un fœtus avec des biométries supérieures au 90^{ème} percentile (sur le compte rendu échographique du troisième trimestre) ou d'une malformation utérine.

Objectifs principaux

L'objectif principal a été de déterminer la prévalence de l'amniotomie. Le critère de jugement était le nombre de patientes ayant bénéficié d'une amniotomie, soit les patientes de l'échantillon sélectionné, sur le nombre de patientes incluses dans l'étude.

Le deuxième objectif était de déterminer l'indication retrouvée à l'amniotomie. Les indications ont été classées en 5 catégories, en fonction des données recueillies dans le partogramme :

- La correction d'une anomalie de la vitesse de dilatation du col : si celle-ci était inférieure à 1cm/h pour les primipares et inférieure à 1.5cm/h pour les multipares (selon Friedman [6]) entre les deux touchers vaginaux (TV) précédents la RAM.
- La DC
- La nécessité d'un moyen de surveillance de seconde ligne du RCF (mis en place dans l'heure suivant la RAM ou décision de mise en place prise dans l'heure précédent la RAM et abandonnée dans l'heure suivant la RAM).
- La direction du travail (notée comme tel dans le dossier)
- Aucune indication : si aucune des indications mentionnées ci-dessus n'était retrouvée. De plus si l'amniotomie était réalisée alors que la dynamique de dilatation antérieure était inconnue, c'est-à-dire qu'aucun TV n'avait été réalisé précédemment, celle-ci a aussi été considérée comme étant sans indication.

Objectifs secondaires

L'objectif secondaire a été de déterminer la prévalence de l'amniotomie sans indication. Le critère de jugement était le nombre de patientes ayant bénéficié d'une amniotomie sans indication, sur le nombre de patientes incluses dans l'étude.

De plus, l'objectif a été de définir les caractéristiques du travail pour les patientes ayant bénéficié d'une amniotomie sans indication :

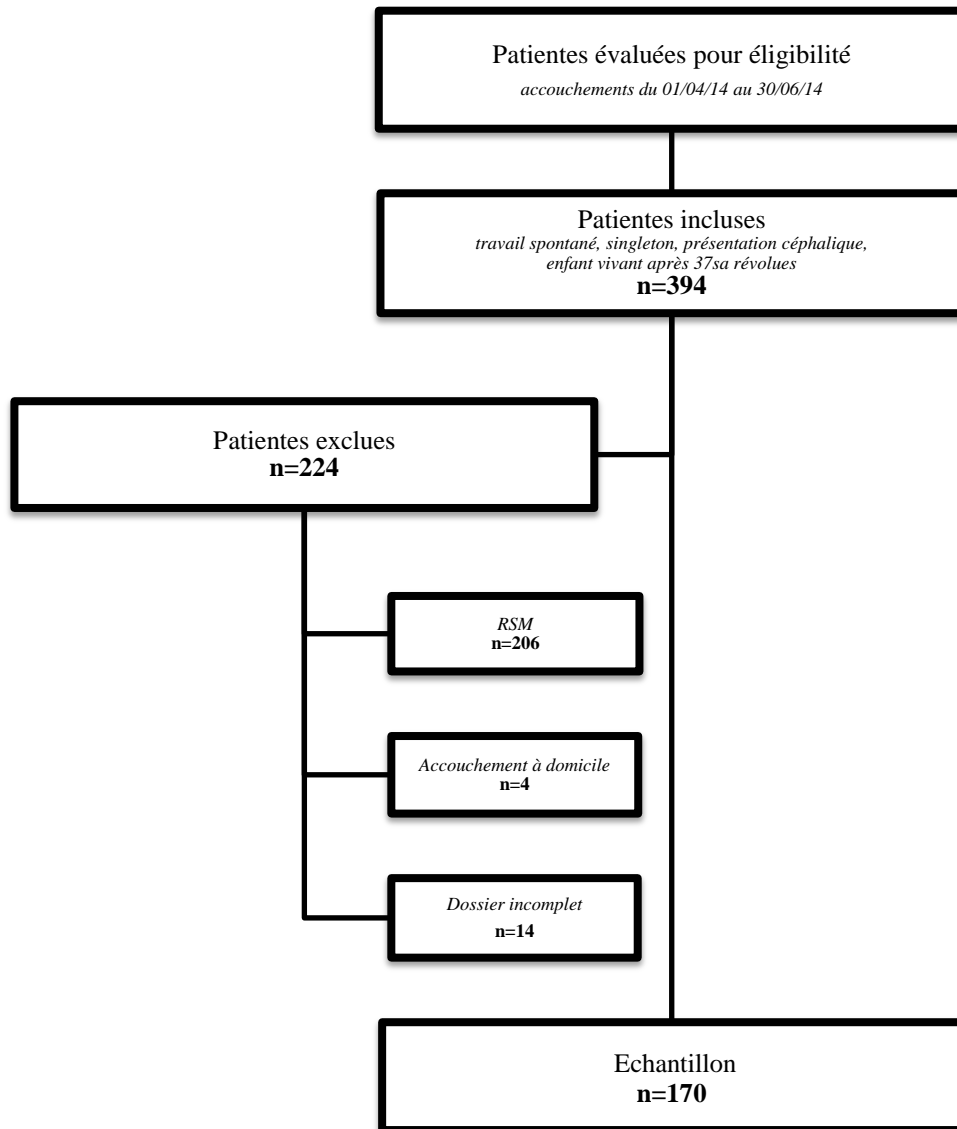
- la parité : primipare ou multipare.
- l'analgésie en place dans l'heure précédant la RAM : aucune, protoxyde d'azote (NO₂) ou analgésie loco-régionale (ALR).
- le RCF dans l'heure précédant l'amniotomie : il était considéré normal s'il était décrit « normal », « bon », « normo-oscillant/normo-réactif avec rythme de base (rdb) entre 110 – 160bpm » ou anormal, s'il était mentionné des ralentissements, une anomalie de la réactivité, un rdb inférieur à 110 bpm ou supérieur à 160 bpm.
- la dynamique utérine dans l'heure précédant la RAM : elle était considérée normale s'il était noté que la patiente avait 3 à 5 CU/10mn compris, hypocinésique si elle avait moins de 3 CU/10mn, hypercinésique si elle avait plus de 5 CU/10mn et dyscinésique s'il était noté une irrégularité de fréquence des CU [6] (En cas d'absence de notification dans le partogramme, le cardiocotogramme a été compulsé). S'il était noté « CU mal enregistrées » c'était une donnée manquante.
- la dilatation du col au moment de la RAM
- la hauteur de la présentation au moment de l'amniotomie
- la souplesse du col dans l'heure précédant la RAM: elle était considérée souple si elle était notée comme telle ou cotée 2 dans la case souplesse du col du partogramme, considérée tonique si elle était notée comme telle ou cotée 1 ou 0 dans la case souplesse du col.

- la présence d'une épaisseur du col (annotation de col épais ou bourrelet du col)
- la variété de présentation au moment de l'amniotomie : antérieure (si elle était notée ou représentée OIGA ou OIDA), postérieure (si elle était notée ou représentée OIGP ou OIDP), transverse (si elle était notée ou représentée OIGT ou OITD ou représentée en diamètre transverse), non identifiée (si il était noté "?", "céphalique", ou que seul le diamètre d'orientation était représenté).
- une mauvaise flexion de la tête fœtale: si la variété de présentation représentait la fontanelle Bregma ou lorsqu'il était noté « mal fléchie ».
- l'administration d'ocytocine dans toute la période du travail précédant l'amniotomie

RESULTATS

La figure 1 représente le diagramme d'inclusion de notre étude.

Figure 1 : Diagramme d'inclusion : état des lieux de la pratique de l'amniotomie au cours du travail spontané à terme.



Le tableau I présente l'ensemble des caractéristiques des patientes de l'échantillon.

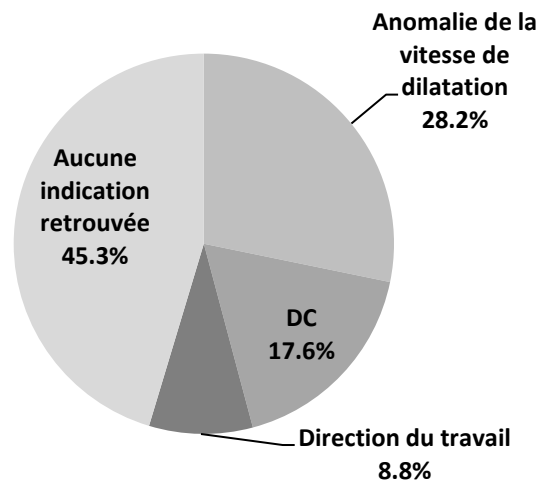
| Facteurs | Effectifs (n=170) | Pourcentages (%) |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| AGE MATERNEL | | |
| < 20 ans | 2 | 1.2 |
| 20 - 24 ans | 17 | 10.0 |
| 25 - 29 ans | 73 | 42.9 |
| 30 - 34 ans | 52 | 30.6 |
| 35 - 39 ans | 22 | 12.9 |
| ≥ 40ans | 4 | 2.4 |
| PARITE | | |
| Ip | 66 | 38.8 |
| IIp | 68 | 40.0 |
| IIIp | 26 | 15.3 |
| ≥ IVp | 10 | 5.9 |
| TERME | | |
| 37 sa révolue | 4 | 2.4 |
| 38 sa révolue | 25 | 14.7 |
| 39 sa révolue | 53 | 31.2 |
| 40 sa révolue | 65 | 38.2 |
| 41 sa révolue | 23 | 13.5 |
| DYNAMIQUE UTERINE | | |
| Utérus cicatriciel | 8 | 4.7 |
| Hydramnios / excès LA | 2 | 1.2 |
| Biométries ≥ 90° p | 6 | 3.5 |
| Malformation utérine | 0 | 0.0 |
| Grossesse prolongée | 23 | 3.5 |

Tableau I: Caractéristiques de l'échantillon : patientes bénéficiant d'une amniotomie au cours d'un travail spontané, avec accouchement d'un enfant unique, vivant, en présentation céphalique après 37SA révolues.

En ce qui concerne l'objectif principal. Cent soixante dix patientes ont bénéficié d'une amniotomie sur les 394 patientes incluses. La prévalence de l'amniotomie au cours du travail spontané à terme est donc établie à 43.1%.

La figure 2 présente l'ensemble des résultats répondant au deuxième objectif principal, soit les indications retrouvées à l'amniotomie.

Figure 2 : Indications retrouvées à l'amniotomie au cours du travail spontané avec accouchement d'un enfant unique, vivant, en présentation céphalique, après 37SA résolues.



En ce qui concerne l'objectif secondaire, pour 77 amniotomies aucune indication n'a été retrouvée. La prévalence de l'amniotomie sans indication au cours du travail spontané à terme est donc établie à 19.5%.

Le tableau II expose les résultats répondant au deuxième objectif secondaire soit les caractéristiques du travail des amniotomies sans indication médicale.

| Facteurs | Effectifs (n=77) | Pourcentages (%) |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| PARITE | | |
| Primipare | 32 | 41.6 |
| Multipare | 45 | 58.4 |
| ANALGESIE* | | |
| aucune | 9 | 11.7 |
| NO2 | 0 | 0.0 |
| ALR | 67 | 87.0 |
| ERCF* | | |
| Normal | 67 | 87.0 |
| Anomalies | 8 | 10.4 |
| DYNAMIQUE UTERINE* | | |
| Normale | 48 | 62.3 |
| Hypocinésie | 18 | 23.4 |
| Hypercinésie | 0 | 0.0 |
| Dyscinésie | 5 | 6.5 |
| DILATATION | | |
| < 5 | 18 | 23.4 |
| ≥ 5 et < 8 | 36 | 46.8 |
| ≥ 8 et < DC | 23 | 29.9 |
| SOUPLESSE DU COL* | | |
| Tonique | 17 | 22.1 |
| Souple | 49 | 63.6 |
| EPAISSEUR DU COL | | |
| Epais | 13 | 16.9 |

| | | |
|-----------------------------------|----|------|
| HAUTEUR DE LA PRESENTATION | | |
| Haute et mobile | 2 | 2.6 |
| Amorcée | 22 | 28.6 |
| Fixée | 51 | 66.2 |
| Engagée | 2 | 2.6 |
| VARIETE DE PRESENTATION* | | |
| antérieure | 35 | 45.4 |
| postérieure | 10 | 13.0 |
| transverse | 5 | 6.5 |
| non identifiée (ceph/diamètre) | 23 | 29.9 |
| FLEXION DE LA TETE FOETALE | | |
| Mal fléchie | 8 | 10.4 |
| OCYTOCINE AVANT AMNIOTOMIE | | |
| oui | 4 | 5.2 |

*Données manquantes : 1 pour analgésie, 2 pour ERCF, 6 pour dynamique utérine, 11 pour souplesse du col et 4 pour variété de présentation.

Tableau II: Caractéristiques du travail des patientes bénéficiant d'une amniotomie sans indication médicale au cours d'un travail spontané avec accouchement d'un enfant unique, vivant, en présentation céphalique après 37SA révolues.

DISCUSSION

Limites de l'étude

La limite principale de cette étude est son caractère rétrospectif. Le recueil des données a été effectué grâce aux informations contenues dans les dossiers obstétricaux papiers et notamment le partogramme. Celui-ci n'est pas rempli avec la même assiduité par toutes les sages-femmes: certaines données ne sont pas renseignées, d'autres sont incomplètes, ou encore le dossier est rempli à distance des actes perdant ainsi de son exactitude. Ceci peut fausser les résultats qui peuvent donc être basés sur des transmissions inexacts ou incomplètes. Une étude prospective aurait permis une analyse plus exacte des modalités de l'amniotomie.

La seconde limite est le faible effectif de notre échantillon ce qui engendre une perte de puissance pour notre étude. Ceci est dû au nombre important d'exclusions, même si ces dernières étaient prévisibles connaissant le taux de RSM de 49% établi par l'enquête nationale périnatale de 2010 [18]. Il n'était pas possible de différencier les RSM des RAM avant l'étude des dossiers, ce paramètre n'étant répertorié que sur le partogramme. De nombreux dossiers papiers ont donc dû être étudiés afin d'obtenir un échantillon de faible effectif. Pour que cela soit plus rapide il aurait fallu disposer d'un moyen pour différencier les modes de rupture des membranes avant l'étude des dossiers papiers.

Objectifs principaux

- **Prévalence de l'amniotomie**

L'étude a établi la prévalence de l'amniotomie à 43,1%, ce qui est plus faible que l'évaluation de l'enquête nationale périnatale de 2010, présentant un pourcentage de RAM à 51,0% [18]. Ce taux plus faible peut s'expliquer par le fait que nos critères d'inclusion

sélectionnaient des accouchements en grande partie a priori physiologiques et ne nécessitant pas d'intervention particulière. De plus l'étude a été réalisée dans une maternité de niveau II donc peu représentative des maternités et des pratiques des autres niveaux. Il aurait fallu pour plus de représentativité, réaliser une étude multicentrique comportant des niveaux différents. De plus les dossiers incomplets ne comportant aucune indication sur le mode de rupture ont été exclus de ce calcul. Ces ruptures pouvaient donc être des RAM, non prises en compte, ce qui a pu sous estimer cette prévalence.

- **Indications retrouvées à l'amniotomie**

En ce qui concerne l'indication retrouvée aux amniotomies, 31.8% ont été effectuées pour pallier à une anomalie de la vitesse de dilatation cervicale. Il se peut que le pourcentage d'amniotomie pour anomalie de la vitesse de dilatation ait été surestimé. En effet il a été considéré la vitesse de dilatation établie par Friedman en phase active du travail, soit plus d'un centimètre par heure. Cependant il n'y a pas de limite nette entre la phase de latence et la phase active du travail : on a donc considéré qu'après 3 cm de dilatation nous étions en phase active du travail avec une dilatation nécessaire de plus d'un centimètre par heure. De plus pour Peisner la phase active du travail serait fixée à 4-5cm de dilatation. Nous ne pouvons donc pas déterminer si les amniotomies réalisées entre 3 et 5cm de dilatation étaient réalisées pour des anomalies de la vitesse de dilatation ou si nous étions toujours dans une phase de latence où une vitesse de dilatation inférieure à un centimètre par heure est normale [6][14][17].

Dans 8.8% des cas nous avons retrouvé une amniotomie pour indication de direction du travail. Dans ce cas une amniotomie la plus précoce possible est recommandée [7]. Nous avons pu observer qu'il s'agissait souvent d'une direction de la phase de latence.

Aucune amniotomie pour pose d'un moyen de surveillance de seconde ligne du RCF n'a été retrouvée dans notre étude. Dans l'étude de N.Johnson et R.Lilford qui compare une

politique d'amniotomie systématique à une politique d'amniotomie sélective [19], il est retrouvé que 4,5% des amniotomies sont réalisées pour mettre en place un moyen de surveillance de seconde ligne du RCF. Notre effectif nul peut s'expliquer par le fait du faible effectif de notre échantillon. De plus au CHANGE le seul moyen de surveillance de seconde ligne du RCF est le STAN (analyse du segment ST de l'électrocardiogramme fœtal) et il a été remarqué que celui-ci était dans l'ensemble assez peu utilisé.

On a de plus 17.6% des amniotomies réalisées à DC. On peut donc observer tout de même une tendance à la préservation des membranes aussi longtemps que possible.

Objectifs secondaires

- **Prévalence des amniotomies sans indication retrouvée**

Dans notre étude, nous avons évalué la prévalence de l'amniotomie sans indication à 19.5%. Ce taux peut en partie être expliqué par le fait que notre échantillon comporte certaines patientes possédant des caractéristiques pouvant influencer la dynamique utérine (utérus cicatriciel, surdistension utérine). En effet, ces particularités peuvent influencer la pratique de l'amniotomie par une volonté de réduire le volume utérin pour renforcer les CU [1][2][5]. De plus, certaines données pouvant influencer l'amniotomie n'ont pas été relevées dans notre étude car impossible à évaluer ou non répertoriées. Par exemple l'activité au sein du bloc obstétrical n'est pas renseignée. Or, en cas de forte activité la sage-femme peut être amenée à modifier ses conduites à tenir envers ses patientes afin d'optimiser au mieux la prise en charge de celles-ci et l'organisation de l'accouchement dans le temps. Par exemple une amniotomie peut être réalisée plus tôt que nécessaire afin de raccourcir la durée du travail. Ceci pourrait permettre la libération accélérée d'une salle de travail pour une autre patiente ou éviterait que plusieurs patientes accouchent en même temps. Cette activité peut donc être un

facteur influençant et justifiant l'amniotomie. Celle-ci n'ayant pas été relevée, une surestimation du taux d'amniotomie sans indication est possible.

- **Caractéristiques du travail au moment des amniotomies sans indication**

PARITE :

Il a été observé que 41.6% de primipares sont concernées par une amniotomie sans indication médicale retrouvée. Ceci est plus élevé que le taux de primipares dans l'échantillon initial où il y en avait 38.8%. Cette différence peut s'expliquer par le fait que les dystocies et le travail prolongé est plus fréquent chez les primipares. La direction du travail et l'amniotomie précoce est donc recommandée en particulier chez celles-ci dans le but de diminuer la durée du travail [9]. D'ailleurs la démarche de direction du travail mise en place par O'Driscoll était dédiée au travail des primipares [8].

ANALGESIE :

L'ALR était en place dans 87.0% des amniotomies sans indication. Il semblerait que l'amniotomie sans indication soit effectuée lorsqu'une ALR est en place. C'est aussi ce que nous avons pu observer lors de notre pratique. Ceci serait pour éviter l'augmentation de la douleur créée par la rupture des membranes [2][20]. De plus, il nous a semblé que l'amniotomie était pratiquée rapidement suite à la mise en place de l'ALR. Cette systématisation permettrait d'anticiper l'allongement du travail observé sous ALR [8].

ERCF :

Dans notre étude nous avons constaté que 10,4% des parturientes présentaient des ARCF dans l'heure précédant la RAM. Dans notre pratique nous avons observé que la RAM était parfois pratiquée dans l'intention de diminuer la durée du travail malgré le risque d'ARCF induite par celle-ci [2][8].

DYNAMIQUE UTERINE :

Dans 23.4% des amniotomies sans indication une hypokinésie de fréquence a été retrouvée et dans 6.5%, une dyscinésie, sans anomalie de la dilatation. Une anomalie de la fréquence des CU pourrait donc influencer l'amniotomie même si la dilatation du col se déroule normalement. Cependant lors du recueil de nos données nous avons pu observer que dans certains cas malgré une insuffisance de la fréquence des CU, la dilatation cervicale était brillante. En effet l'activité utérine permettant une bonne dilatation cervicale est différente en fonction des patientes [6][7].

DILATATION CERVICALE :

Concernant notre échantillon, l'amniotomie a été pratiquée majoritairement à des dilatations comprises entre cinq centimètres inclus et huit centimètres exclus (46.8%). Ceci est conforme à la littérature qui recommande de pratiquer une amniotomie pour accélérer le travail de préférence après 5cm de dilatation [5][10]. Il aurait pu être intéressant d'évaluer le délai entre l'entrée en salle d'accouchement de la patiente et l'amniotomie. Celui-ci peut-être un facteur déterminant, qui augmenterait la tendance interventionniste des sages-femmes. En effet, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'après une certaine durée de prise en charge de la patiente, un professionnel de santé peut ressentir un « besoin d'agir », dans le but d'optimiser la dynamique du travail.

D'autre part, 23.4% des amniotomies sans indications ont été réalisées avant 5cm de dilatation. La PDE joue un rôle de coin dilatateur qui aide à la dilatation du col en particulier si la tête fœtale ne la sollicite pas. Une amniotomie trop précoce est donc néfaste et pourrait nécessiter des interventions ultérieures [1][2][6].

Dans 22.1% des cas la patiente présentait un col avec une trop grande tonicité et dans 16.9% des cas un col épais. Ceux-ci sont souvent le résultat d'une anomalie des contractions

utérines pouvant être résolue par un renforcement de celles-ci et donc une amniotomie [6]. Cependant sur le partogramme du CHANGE, il n'y a pas de case spécifique permettant de décrire l'épaisseur du col. Cette caractéristique a donc pu être observée mais non annotée par les sages-femmes. De plus, il est possible que les sages-femmes ne recherchent pas ces caractéristiques et ne les prennent pas en compte pour leur prise en charge, ce qui explique que celles-ci ne soient pas retranscrites. Le nombre important de données manquantes pour la caractéristique souplesse du col (11) et l'épaisseur du col qui est juste une annotation rendent ces résultats difficilement interprétables. Enfin il n'a pas été relevé dans l'étude les médications associées à la RAM, comme les antispasmodiques qui peuvent être une alternative à celle-ci en cas de col non souple.

PRESENTATION FŒTALE :

Dans notre échantillon, au moment de l'amniotomie, la présentation était majoritairement fixée (66.2%). Cependant deux amniotomies ont été réalisées alors que la présentation était haute et mobile, ceci n'est pas conforme aux différentes recommandations publiées qui contre-indiquent l'amniotomie si la présentation fœtale n'applique pas dans le bassin maternel, augmentant le risque de procidence du cordon [2][6]. Dans une de ces amniotomies il a été retrouvé des ARCF qui peuvent expliquer cette pratique. Dans l'autre cas aucune anomalie n'a été retrouvée.

La variété de présentation au moment de l'amniotomie a été retrouvée postérieure dans 13.0% des cas. Cependant, cette donnée a été relevée à l'aide du partogramme et il n'a pas été possible de savoir si cette variété de présentation a été identifiée avant la RAM et aurait donc pu influencer celle-ci ou si elle a été identifiée juste après l'amniotomie. De plus, nous avons relevé une mauvaise flexion de la tête fœtale dans 10.4% des cas. Cependant sur le partogramme il n'existe pas de case spécifique à remplir concernant la flexion de la tête

foetale, une mauvaise flexion a donc pu être identifiée mais non annotée. La variété postérieure et la mauvaise flexion pourraient expliquer l'amniotomie qui permettrait de renforcer le moteur utérin pour permettre la flexion des présentations et la rotation en antérieure de celles postérieures [6].

OCYTOCINE :

Nous avons observé que dans l'heure précédant la rupture des membranes, 5.2% des patientes ont bénéficié d'ocytocine. Ce taux est nettement 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] [10] [11] [15]. Nous pouvons donc penser que l'amniotomie est utilisée en première intention dans les dystocies car considérée comme une méthode moins invasive. Cependant c'est une méthode qui est irréversible dont il faut considérer le risque d'infection. De plus l'OMS conclue aux effets de l'administration d'ocytocine sans rupture des membranes que des informations supplémentaires s'avèrent nécessaires [16].

En pratique

En faisant valoir ses compétences médicales, la sage-femme doit être garante de la physiologie du travail afin de diminuer sa médicalisation et permettre un accompagnement plus personnalisé. Elle doit étayer son sens clinique et développer un regard critique afin d'évaluer la pertinence de l'amniotomie devant chaque situation et de l'utiliser à bon escient. Tous les éléments cliniques de la situation doivent être pris en considération. Quoiqu'il en soit, sa pratique ne doit pas être systématique et il faut pouvoir être en capacité d'évaluer au mieux les conditions obstétricales afin de promouvoir le bien-être materno-foetal. De plus il

serait utile d'apprécier les différentes alternatives à l'amniotomie afin de choisir celle qui semble la moins invasive et la plus appropriée à la situation.

Par ailleurs, il est important de respecter le principe du consentement éclairé des patientes. La décision de réaliser une amniotomie ne devrait être prise qu'après consultation de la femme et après avoir discuté de la situation. D'autant plus dans un contexte où l'analgésie péridurale n'est pas souhaitable ou non possible. Une partie des femmes n'est informée de cette pratique qu'au moment où celle-ci doit être réalisée. Il serait souhaitable de faire en sorte que l'information des patientes concernant la RAM intervienne plus précocement dans la grossesse et le travail. Le couple disposerait ainsi des renseignements nécessaires afin d'émettre son opinion qui pourrait être susceptible d'influencer le choix du moment de l'amniotomie.

Enfin, il est important de se préoccuper de la bonne transmission des conditions d'amniotomie dans les dossiers, ne serait-ce qu'en raison de son importance médico-légale. La simplicité et la pratique courante de ce geste ont sûrement conduit à sa banalisation. On peut le remarquer notamment dans les quelques dossiers exclus de notre étude et qui ne comportaient aucune indication sur le mode de rupture de la PDE, ce qui peut refléter le manque d'importance accordé à ce geste ou au mode de rupture des membranes. Il serait intéressant que le professionnel de santé retranscrive et justifie l'indication de l'amniotomie dans le dossier obstétrical, ce qui permettrait que celui-ci s'interroge systématiquement sur sa pratique.

CONCLUSION

Le but de cette étude était d'établir un état des lieux de la pratique de l'amniotomie au cours du travail spontané. La prévalence des RAM au cours du travail spontané a été établie à 43.1%. Nous avons pu ainsi montrer que cette intervention est largement utilisée dans la pratique des sages-femmes. Notre deuxième objectif principal avait pour but d'évaluer les indications de ces amniotomies. Celles-ci sont pratiquées, comme recommandé, en cas d'anomalie de la vitesse de dilatation du col : 28.2%. De plus il y a aussi une véritable intention de préserver la PDE jusqu'à la fin du travail puisqu'une part importante des amniotomies est réalisée à DC : 17.6%.

Cependant, malgré les risques de cette pratique, la RAM est régulièrement pratiquée même en dehors de toutes indications médicales, soit dans 45.3% des amniotomies et 19.5% des cas de travail spontané. En évaluant les caractéristiques du travail au moment des amniotomies sans indication retrouvée, nous avons pu remarquer que certains facteurs peuvent influencer, voir justifier ces amniotomies, sans que ceux-ci soient reconnus dans la littérature comme de véritables indications. On peut citer notamment l'hypocinésie et les dyscinésies, les ARCF et les dystocies cervicales, reconnus par certains comme de potentielles indications à l'amniotomie mais critiqués par d'autres. Cependant, il semble important de respecter certaines conditions à l'amniotomie afin que celle-ci ne soit pas défavorable pour le travail. Nous pouvons par exemple citer une amniotomie trop précoce, avant 5 cm de dilatation [5][10], ou sans ALR, ce qui augmenterait la douleur et pourrait causer un mauvais vécu de l'accouchement [2][20]. De même une amniotomie alors que la présentation est haute est, à la fois néfaste pour la dilatation du col [1][2][3][4][5] et dangereuse à cause du risque de procidence du cordon [1][2][5]. Il paraît donc important que

la sage femme prene en compte chacun de ces éléments pour la pratique de l'amniotomie et développe un regard critique, pour évaluer la pertinence de celle-ci.

Les professionnels de la maïeutique étant au premier plan pour la réalisation de cet acte, ils sont les plus à même de modifier les pratiques concernant l'amniotomie. Il faut pouvoir être en capacité d'évaluer au mieux les conditions obstétricales à l'aide des connaissances littéraires et de l'expérience déjà acquise sur la pratique de l'amniotomie afin de promouvoir le bien-être materno-foetal et de respecter au maximum le désir de la patiente. Comme le dit Lacomme il faut un « travail au minimum de puissance avec un maximum de confort », pour une diminution de la mortalité périnatale et une baisse de la morbidité.

REFERENCES

1. Vincent M. Amniotomy : to do or not to do ?. Midwives magazine mai 2005.
2. Smyth RMD, Alldred SK, Markham C. Amniotomy for shortening spontaneous labour. Cochrane Database Syst 2007.
3. Downe S, McCormick C, Lawrence Beech B. Labour interventions associated with normal birth. British Journal of Midwifery. 2001.
4. Clements C. Amniotomy in spontaneous, uncomplicated labour at term. British Journal of Midwifery 2001
5. Stewart P, Kennedy JH, Calder AA. Spontaneous labour: when should the membranes be ruptured? Br J Obstet Gynaecol. 1995.
6. Schaal J.P, Riethmuller D, Maillet R, Uzan M. Mécanique et techniques Obstétricales, 4^{ème} édition, 2012.
7. Pates J A, Satin A J. Active management of labour. Obstet Gynecol Clin North Am 2005, vol 32, p 221-230.
8. Verpyck E, Sentilhes L. Pratiques obstétricales associées aux anomalies du rythme cardiaque foetal (RCF) pendant le travail et mesures correctives à employer en cas d'anomalies du RCF pendant le travail. J gynecol obstet biol reprod, 2008, 37S, S56-S64.
9. Fraser W D, Marcoux S, Moutquin J M, Christen A. Effect of early amniotomy on the risk of dystocia in nulliparous women. N Engl J Med, 1993, vol 32.
10. Gibbs R.S, Karlan B.Y, Haney A.F, Nygaard I. DANFORTH'S Obstetrics and Gynecology, tenth edition, 2008, p443.
11. Schmitz T, Meunier E. Mesures à prendre pendant le travail pour diminuer le nombre d'extractions instrumentales. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2008, 37, p179-p187
12. Cabrol D, Goffinet F. Protocoles cliniques en obstétrique , 3^{ème} édition, 2009.
13. NICE clinical guideline 55. Intrapartum care, care of healthy women and their babies during childbirth. Sept 2007.
14. Centre fédéral d'expertise des soins de santé, Recommandation de bonne pratique pour l'accouchement à bas risque, 2010
15. New Zealand College of Midwives. Consensus Statement, Artificial rupture of membranes. 2008

16. Amorim M. Amniotomie précoce et administration précoce d'ocytocine par rapport aux soins de routine en prévention ou dans le traitement de l'allongement du premier stade du travail spontané. Commentaire de la BSG. Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS, Genève. 2009.
17. Llansac J, Berger C, Magnin G. Friedman, courbe de dilatation de la présentation en fonction du temps chez la multipare. Obstétrique pour le praticien, 2ème édition, 1990.
18. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011.
19. Johnson N, Lilford R, Guthrie K, Thornton J, Barker M, Kelly M. Randomised trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term. Br J Obstet Gynaecol, mars 1997, Vol. 104, p. 340-346.
20. The Royal College of Midwives. Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour, Rupturing Membranes. 2012.
21. Andrees M, Ranskin J. Amniotomy in spontaneous uncomplicated labour at term. BJM octobre 2007, vol 15.
22. Reuwer P, Bruinse H, Franx A. Amniotomy and oxytocin - Proactive support of labor. The challenge of normal childbirth. Cambridge University Press. 2009. p 138 – 143.
23. Fraser WD, Sauve R, Parboosingh IJ, Fung T, Sokol R, Persaud D. A randomized controlled trial of early amniotomy. Br J Obstet Gynaecol. 1991.
24. Shobeiri F, Tehranian N, Nazari M. Amniotomy in labor. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2007.
25. Fraser W, Vendittelli F, Krauss I, Bréart G. Effects of early augmentation of labour with amniotomy and oxytocin in nulliparous women: a meta-analysis. Br J Obstet Gynaecol. 1998

ANNEXE I : BORDEREAU DE RECUEIL DES DONNEES

Etat des lieux de la pratique de l'amniotomie, au cours du travail spontané, à terme.

Recueil des données

N° questionnaire :

CARACTERISTIQUES

- Age maternel :

| |
|---------|
| < 20 |
| 20 - 24 |
| 25 - 29 |
| 30 - 34 |
| 35-39 |
| ≥ 40 |

- Terme :

| |
|---------------|
| 37 sa révolue |
| 38 sa révolue |
| 39 sa révolue |
| 40 sa révolue |
| 41 sa révolue |

- Parité :

| |
|-------|
| Ip |
| Iip |
| IIip |
| ≥ IVp |

- Dynamique utérine :

| |
|---------------------------------|
| Utérus cicatriciel |
| Hydramnios/excès LA |
| Biométrie ≥ 90 ^{ème} p |
| Malformation utérine |

INDICATIONS

| |
|--|
| Stagnation dilatation |
| DC |
| Moyen surveillance 2 nd ligne RCF |
| Direction travail |
| Aucune indication retrouvée |

CARACTERISTIQUES DU TRAVAIL

- Parité :

| |
|-----------|
| Primipare |
| Multipare |

- Analgésie :

| |
|------------|
| Aucune |
| NO2 |
| Péridurale |

- ERCF :

| |
|----------|
| Normal |
| Anomalie |

- Dynamique utérine :

| |
|--------------|
| Normale |
| Hypocinésie |
| Hypercinésie |
| Dyscinésie |

- Hauteur de la présentation :

| |
|-----------------|
| Haute et mobile |
| Appliquée |
| Fixée |
| Engagée |

- Variété de présentation :

| |
|-------------|
| antérieure |
| postérieure |
| transverse |

- Flexion :

| |
|--------------|
| Bien fléchie |
| Mal fléchie |

- Dilatation :

| |
|--------------------|
| ≥ 3 et < 5 |
| ≥ 5 et < 8 |
| ≥ 8 et $< DC$ |

- Col :

| |
|-------------------|
| Souple |
| Tonique / spasmé |
| Effacé |
| Epais / Oedematié |

- Ocytocine :

| |
|-----|
| oui |
| non |