



Le “ Faux Travail ”, pronostic d’un accouchement dystocique ? Étude rétrospective, descriptive et unicentrique

Justine Le Pape

► To cite this version:

Justine Le Pape. Le “ Faux Travail ”, pronostic d’un accouchement dystocique ? Étude rétrospective, descriptive et unicentrique. Gynécologie et obstétrique. 2017. dumas-01664047

HAL Id: dumas-01664047

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01664047>

Submitted on 14 Dec 2017

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.

UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE MAÏEUTIQUE
FILIERE MAÏEUTIQUE

**LE « FAUX TRAVAIL »,
PRONOSTIC D'UN
ACCOUCHEMENT DYSTOCIQUE ?**
Etude rétrospective, descriptive et unicentrique

Mémoire pour l'obtention du diplôme d'Etat de sage femme

Présenté et soutenu par

Justine LE PAPE

Sous la direction du

Dr Agathe HOUZÉ DE L'AULNOIT

Année universitaire 2016-2017

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire mais également tous ceux qui m'ont épaulée durant mes études :

Au Dr Agathe Houzé de l'Aulnoit, praticien hospitalier à la maternité Saint Vincent de Paul, pour avoir accepté de diriger ce mémoire, pour sa disponibilité, sa rigueur, ses précieux conseils, ses corrections méticuleuses tout au long de l'élaboration de ce mémoire et ses nombreux encouragements pour me faire avancer.

A Mme Sylvie Henrard, sage femme enseignante référente de ce mémoire, pour la qualité de son enseignement, sa bienveillance et le temps précieux qu'elle a accordé à mon travail.

Aux secrétaires du service gynécologie-obstétrique de la maternité pour leur aide lors de la demande de dossiers aux archives.

A toute l'équipe pédagogique de la Faculté de Médecine et de Maïeutique pour leur encadrement, leur gentillesse et leur disponibilité.

A mes parents, Yannick et Nathalie, pour leur amour inestimable, leur confiance, leur soutien durant ces 6 années d'étude sans qui je ne serais jamais arrivée jusque-là.

A Antoine, pour son soutien et sa patience.

A Provence, Mathilde, Lamisse, Pauline, Emeline, Lorma, Marie(s), mes amies étudiantes sages femmes pour ces quatre années pétillantes, pour leur amitié qui j'espère durera...

Table des matières

1	<u>Introduction</u>	3
2	<u>Matériel et méthode</u>	6
2.1	Type d'étude	6
2.2	Terrain d'étude	6
2.3	Durée d'étude	6
2.4	Population d'étude	6
2.5	Critères de sélection	6
2.6	Critères de jugement	6
2.7	Méthode d'analyse statistique	8
2.8	Considérations éthiques et autorisations	8
3	<u>Résultats</u>	9
3.1	Définition de l'échantillon	9
3.2	Etude descriptive	10
3.2.1	Caractéristiques maternelles de l'échantillon	10
3.2.2	Admission aux urgences pour faux travail	12
3.2.3	Les différentes prises en charge du faux travail	12
3.2.4	Hospitalisation pour faux travail	14
3.2.5	La mise en route du travail	15
3.2.6	Les caractéristiques du travail	17
3.2.7	L'accouchement	18
3.2.8	L'état néonatal	20
3.3	Présentation des résultats multi-variés	21
3.3.1	Les différentes influences de la première prise en charge du « faux travail »	21
3.3.2	Critères d'un accouchement dans les 72 heures après le premier faux travail	22
3.3.3	Influence de la parité	24
4	<u>Analyse et discussion</u>	26
4.1	Analyse des résultats	26
4.1.1	Les facteurs de risques	26
4.1.2	Description du faux travail	27
4.1.3	Diagnostic et prise en charge du faux travail	28
4.1.4	Conséquences sur le travail	29
4.1.5	Issues maternelles	30
4.1.6	Issues fœtales et néonatales	31
4.1.7	Nouvelles recommandations	32
4.1.8	Propositions de prise en charge du « faux travail »	34
4.2	Critiques de l'étude	35
4.2.1	Avantages de l'étude	35
4.2.2	Limites de l'étude	35
5	<u>Conclusion</u>	36
6	<u>Bibliographie</u>	37

Glossaire

ARCF : Anomalies du Rythme Cardiaque Fœtal

Bpm : Battements par minute

CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

CNSF : Collège National des Sages-Femmes

CU : Contractions utérines

cm : centimètre

DM : Données manquantes

EVA : Evaluation Visuelle Analogique

FCS : Fausse Couche Spontanée

g : gramme

GEU : Grossesse Extra-Utérine

HAS : Haute Autorité de Santé

HDD : Hémorragie De la Délivrance

IMC : Indice de Masse Corporelle

IMG : Interruption Médicale de grossesse

IVG : Interruption Volontaire de grossesse

n : Nombre de l'échantillon

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

SA : Semaines d'Aménorrhée

1 Introduction

La présence de contractions utérines douloureuses à terme est un des principaux motifs de consultations aux urgences obstétricales. Les diagnostics sont multiples : début de travail, dystocie de démarrage ou encore faux travail. Nous nous sommes alors intéressés plus particulièrement au faux travail, à sa prise en charge, ses facteurs de risques et ses éventuelles conséquences sur le travail ultérieur.

L'expression de faux travail n'est pas un terme médical à proprement dit mais est largement utilisée dans le langage courant autant pour les professionnels de santé que pour les patientes. D. Cabrol et F. Goffinet (1) définissent le faux travail comme un épisode de contractions utérines irrégulièrement espacées, variables dans leur intensité, sans modification cervicale, qui cède au bout de quelques heures. En général, la dilatation est à moins de 2 cm avec une présentation non encore appliquée. Selon une enquête auprès de sages femmes en Suisse romande (2), le terme de faux travail ne leur paraît pas adéquat. Les contractions préparent le col, le font mûrir, c'est un investissement pour le travail. Le mot « faux-travail » est décourageant, culpabilisant pour la femme et ne prend en compte, ni le ressenti de la femme, ni l'importance de la maturation cervicale.

Peu d'auteurs ont réellement trouvé une cause à l'apparition d'un épisode de faux travail. Cependant, les auteurs de l'Encyclopédie Médico-chirurgicale, en 1992, dont G. Magnin, évoque l'hypothèse que le faux travail pourrait être dû à une dissociation entre l'activité contractile corporelle bien synchronisée et une maturation retardée du tissu conjonctif cervico-segmentaire, responsables de résistances anormales du col (3).

A défaut de connaître exactement les causes de survenue du faux travail, des études mettent en évidence des facteurs de risques qui seraient la multiparité (4), un antécédent de fausse couche spontanée ou provoquée (5), l'obésité et les oligoamnios sévères (6). De plus, nous supposons que la patiente nullipare n'ayant pas réalisé de préparation à la naissance et à la parentalité, serait moins apte à gérer la douleur et consulterait plus rapidement à la maternité.

Le faux travail sera diagnostiqué une fois l'arrêt des contractions utérines (régulières ou irrégulières) avec une absence de modification cervicale. Les deux diagnostics différentiels du faux travail sont le début de travail et la dystocie de démarrage.

Le diagnostic du début de travail est confirmé par la présence de contractions utérines régulières et intenses ainsi que l'effacement et la dilatation du col utérin supérieure à 3 cm.

La distinction entre le faux travail et la dystocie de démarrage, souvent théorique, sera réalisée au mieux rétrospectivement. Selon l'OMS (7), la dystocie de démarrage est définie comme l'existence de contractions utérines régulières, intenses et douloureuses, justifiant l'hospitalisation avec une dilatation du col ne dépassant pas 4 cm après 8 heures de contractions utérines régulières. En cas de faux travail, un diagnostic erroné de phase de latence prolongée peut amener à déclencher le travail ou à renforcer l'activité utérine sans succès, ce qui peut ensuite se traduire par des césariennes inutiles qui auraient pu être évitées (8).

Aucune recommandation n'existe pour la prise en charge thérapeutique d'une patiente ne supportant pas la douleur de ses contractions utérines pendant un épisode de faux travail. En pratique, chaque sage femme propose sa propre prise en charge thérapeutique qui peut également être modifiée en fonction de chaque patiente et de leur évaluation de la douleur.

Après un enregistrement du rythme cardiaque fœtal d'au moins 30 minutes, la patiente est hospitalisée mais il lui est permis de déambuler si elle supporte la douleur. Les méthodes dites alternatives utilisées souvent en première intention sont la déambulation, le ballon, le bain chaud, l'acupuncture (9) ou encore l'homéopathie (10). La préparation à la naissance est une action prolongée permettant de mieux gérer la douleur.

Dans le cas inverse, une prise en charge thérapeutique peut être proposée en fonction de l'Evaluation Visuelle Analogique (EVA). Si les contractions utérines cessent, qu'il n'y a pas d'infection et que les membranes ne sont pas rompues, la patiente pourra retourner à son domicile en l'incitant à revenir si les signes du travail réapparaissent (7).

Selon les protocoles cliniques en obstétrique de D. Cabrol (1), à moins qu'il n'existe une indication à diriger le travail, voire à le déclencher (pathologie maternelle, anomalies du rythme cardiaque fœtal, liquide teinté, etc.), l'objectif est de temporiser. Le but étant ainsi d'éviter, en étant trop actif alors que les conditions locales sont très défavorables, une situation dystocique vraie sans possibilité de revenir en arrière.

Au vu de l'incidence de 5 à 12% du faux travail, nous nous interrogeons sur les conséquences que peut engendrer un ou plusieurs épisodes de faux travail. Cet épisode est-il anodin pour la poursuite du travail ultérieur ou au contraire, l'équipe obstétricale doit-elle doubler de vigilance lorsque la patiente consulte pour son début de travail ?

Selon certains auteurs, le faux travail engendrerait des conséquences non négligeables sur le travail et l'état fœtal et néonatal. La patiente ayant eu un faux travail à terme aurait plus de chance d'être déclenché. Le faux travail augmenterait significativement l'incidence d'interventions obstétricales et d'extractions instrumentales. L'utilisation d'ocytocine plus élevée pour induire et/ou accélérer le travail semblerait contribuer à l'incidence accrue de

détresse fœtale et de césariennes. Le faux travail entrainerait un nombre plus important de nouveau-nés présentant un score d'Apgar bas à 5 minutes et plus de transferts néonataux en unités de soins intensifs (11- 13).

D'autre part, selon d'autres auteurs (5), le faux travail n'augmenterait pas l'incidence de morbidité fœtale. Il existe cependant une incidence accrue de liquide méconial.

D'où notre problématique :

Le faux travail est-il un pronostic d'un accouchement dystocique ?

L'objectif principal de notre étude est de décrire les caractéristiques des patientes ayant présenté un « Faux Travail » et décrire leur prise en charge.

Les objectifs secondaires sont de définir des éventuels facteurs de risques d'un épisode de faux travail, ainsi qu'évaluer son impact sur le déroulement du travail, l'accouchement, et les conséquences obstétricales, maternelles, fœtales et néonatales.

2 Matériel et méthode

2.1 Type d'étude

L'étude menée était une étude rétrospective (analyse sur dossiers) et descriptive.

2.2 Terrain d'étude

Le recueil de données a été réalisé de manière unicentrique au sein d'une maternité de niveau IIb de la région des Hauts de France.

2.3 Durée d'étude

L'étude a été réalisée sur une période de 4 mois : du 1 juillet 2016 au 31 octobre 2016.

2.4 Population d'étude

La population étudiée concernait les patientes à terme (de 37 SA à 42 SA) ayant présenté un faux travail (épisode de contractions utérines douloureuses plus ou moins régulières sans modification cervicale entre deux examens à membranes intactes) et ayant accouché à cette maternité de niveau IIb du 01/01/2013 au 31/12/2016.

2.5 Critères de sélection

Les critères d'inclusion étaient :

- Patientes primipares et multipares
- Grossesse unique
- Terme compris entre 37 SA et 42 SA
- Présentation céphalique

Les critères d'exclusion étaient :

- Patiente sous tutelle
- Patiente mineure
- Utérus bi-cicatriciel et plus
- Présentation podalique
- Enregistrement du rythme cardiaque fœtal pathologique à l'arrivée aux urgences
- Dystocie de démarrage

2.6 Critères de jugement

Les critères de jugement regroupaient les caractéristiques maternelles, l'admission aux urgences pour « faux travail », le travail, l'accouchement et l'état néonatal.

Caractéristiques maternelles :

- Âge (ans)
- IMC de début et de fin de grossesse (kg/m^2)
- Prise de poids pendant la grossesse (kg)

- Utérus cicatriciel
- Antécédents gynécologiques et obstétricaux (fausse couche, grossesse extra-utérine, mort fœtale)
- Parité, Gestité
- Pathologies maternelles de la grossesse (Rupture prématurée des membranes, menace d'accouchement prématuré, diabète gestationnel, hypertension artérielle, pré-éclampsie et dysthyroïdie)
- Fragilités psychologiques
- Participation à la préparation à la naissance et à la parentalité

Admission aux urgences pour faux travail :

- Nombre d'admissions aux urgences pour faux travail
- Heure d'admission (Jour : 7h30-19h30/Nuit : 19h30-7h30)
- Terme d'admission
- Régularité des contractions utérines
- Evaluation Visuelle Analogique (EVA) à l'entrée
- Score de Bishop (Valeurs du score : de 0 à 13 ; score ≥ 7 : pronostic favorable) (14) (ANNEXE 1)
- Conduites à tenir
- Hospitalisation
- Retour à domicile
- Délai entre le premier faux travail et l'accouchement (jours)

Travail :

- Mise en route du travail (travail spontané ou déclenché)
- Si déclenchement (type, terme, indication)
- Pose d'anesthésie péridurale
- Dystocie cervicale
- Rupture artificielle des membranes
- Couleur du liquide amniotique
- Anomalies du rythme cardiaque fœtal et son groupe à risque d'acidose fœtale (15) (ANNEXE 2)
- pH au scalp
- Utilisation d'ocytocine
- Hyperthermie

Accouchement :

- Terme d'accouchement
- Durée du travail et des efforts expulsifs
- Mode d'accouchement (voie basse spontanée, extraction instrumentale, césarienne pendant travail, césarienne pour échec d'extraction)
- Etat du périnée (périnée intact, déchirure de 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} degrés, épisiotomie) (16)
- Délivrance (naturelle, dirigée, artificielle)
- Hémorragie de la délivrance (pertes sanguines > 500 ml) (17)

Etat néonatal :

- Poids de naissance (macrosomie, retard de croissance intra-utérin) (18) (ANNEXE 3)
- Sexe
- Score d'Apgar à 1 et 5 minutes (19) (ANNEXE 4)
- Equilibre acido-basique au cordon (pH artériel, lactates, déficit de base) (20) (Limites définies en ANNEXE 5)
- Aspiration nasopharyngée
- Prise en charge par pédiatre et transfert néonatal en unités de soins intensifs

2.7 Méthode d'analyse statistique

Les dossiers ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion et d'exclusion à l'aide du logiciel *Trackcare Intersystems*© de la maternité. Les données ont été saisies dans un tableau avec l'aide du logiciel *Excel*© et ont été traitées avec ce même logiciel.

L'ensemble des analyses statistiques a été réalisé au moyen du logiciel BiostatTGV et étaient considérées comme significatives au risque de première espèce de 5%. Les variables quantitatives ont été résumées par la moyenne associée à un écart-type si elles suivaient une distribution normale, ou par la médiane et l'intervalle interquartile [25ème ; 75ème percentile] dans le cas échéant. La normalité des distributions a été évaluée au moyen d'un test de Shapiro-Wilks. Les variables qualitatives ont été décrites par le biais d'effectifs et de fréquences en pourcentages.

L'objectif de l'étude bivariable était d'évaluer le lien entre le critère principal et chacune des variables explicatives. L'évaluation du lien entre les variables explicatives quantitatives et le critère principal a été effectuée au moyen d'un test de Student si les conditions d'application sont réunies, sinon un test non-paramétrique de Mann-Whitney-Wilcoxon.

Pour évaluer le lien entre les variables explicatives qualitatives, un test du Chi2 d'indépendance a été utilisé si les conditions d'application étaient réunies et un test exact de Fisher dans le cas contraire.

2.8 Considérations éthiques et autorisations

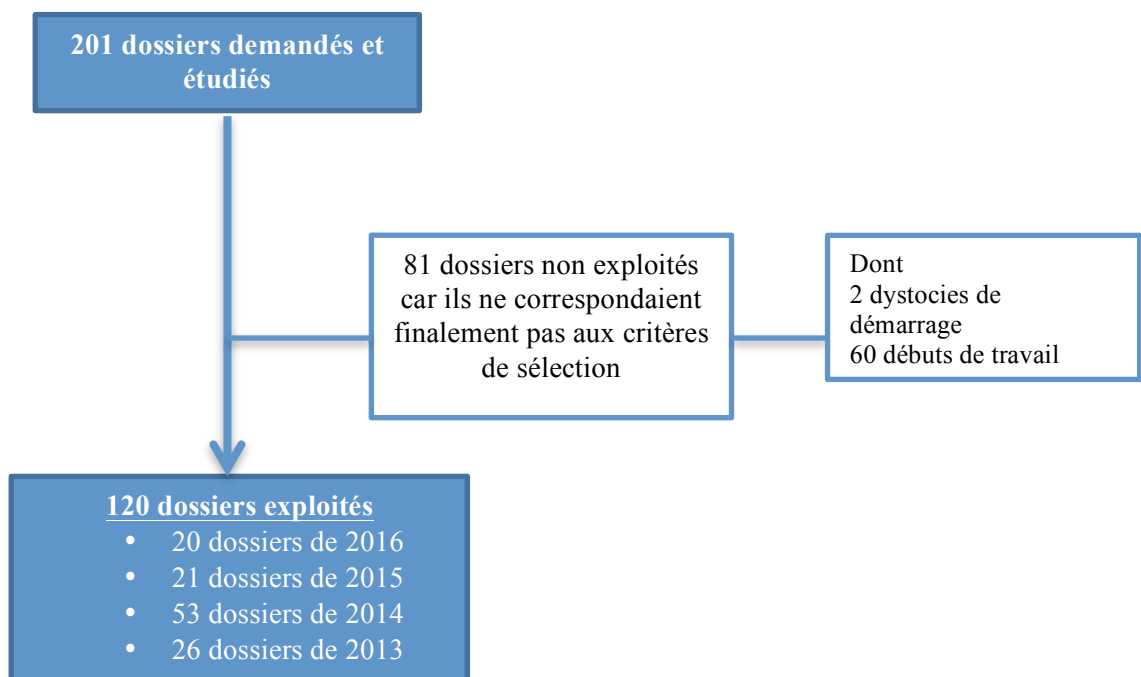
A l'ouverture du dossier lors de la première consultation prénatale au sein de la maternité d'étude, un formulaire de consentement à l'utilisation des données contenues dans le dossier est remis à chaque patiente. Par conséquent, seuls les dossiers contenant ce formulaire signé par la patiente ont été utilisés pour notre étude. Les lieux, personnes et données ont été anonymisés.

Ce projet a obtenu un avis favorable sans restriction auprès du Comité Interne d’Ethique de la recherche (CIER) du Groupement des Hôpitaux de l’Institut Catholique de Lille ainsi qu’une demande d’autorisation signée par la sage femme coordinatrice du terrain d’enquête, la directrice de la filière maïeutique de la Faculté de Médecine et de Maïeutique et la directrice de ce mémoire.

3 Résultats

3.1 *Définition de l’échantillon*

Sur les 201 dossiers obstétricaux étudiés, 120 ont été retenus selon les critères d’inclusion et d’exclusion précédemment cités. Nous avons exclu 60 dossiers qui correspondaient à des débuts de travail et deux dossiers étaient des dystocias de démarrage. Les 19 autres dossiers n’ont pas été sélectionnés car ils ne présentaient tout simplement pas de faux travail.



L’échantillon comprend donc 120 patientes ayant présenté un épisode de faux travail entre 37 et 42 semaines d’aménorrhée et ayant accouché à la maternité de niveau IIb entre 2013 et 2016.

3.2 Etude descriptive

3.2.1 Caractéristiques maternelles de l'échantillon

Nous décrirons dans ce Tableau I les caractéristiques générales de la patiente et étudierons les antécédents gynécologiques et obstétricaux ainsi que les pathologies maternelles de la grossesse dans le Tableau II.

Tableau I : Caractéristiques maternelles de l'échantillon

	N = 120	%	Données manquantes (DM)
Âge			0
▪ < 20 ans	6	5	
▪ ≥ 20 et < 30 ans	69	47,5	
▪ ≥ 30 et < 40 ans	42	35	
▪ ≥ 40 ans	3	2,5	
Indice de masse corporelle (kg/m²) avant la grossesse			0
▪ < 18,5 : Insuffisance pondérale	8	6,7	
▪ ≥ 18,5 et < 25 : Corpulence normal	62	51,7	
▪ ≥ 25 et < 30 : Surpoids	25	20,8	
▪ ≥ 30 : Obésité	25	20,8	
Prise de poids			3
▪ < 20 kg	104	86,7	
▪ ≥ 20 kg	13	10,8	
Parité			0
▪ Primipare	43	35,8	
▪ Multipare	77	64,2	
Participation à la préparation à la naissance et à la parentalité	51	42,5	0

La moyenne d'âge de nos patientes est de 28,0 ans ($\pm 5,1$). Avant la grossesse, 20,8% de nos patientes présentaient un surpoids et **20,8% des patientes étaient obèses**. La prise de poids moyenne pendant la grossesse dans notre échantillon est de 17,0 kg [11,0; 30,0]. La majorité des patientes sont **multipares (64,2%)**. Près de 58% des femmes n'ont pas participé à la préparation à la naissance et à la parentalité.

Tableau II : Antécédents et pathologies de la grossesse

	N = 120	%	DM
Utérus cicatriciel	18	15	0
Antécédents gynécologiques			0
▪ Non	118	98,4	
▪ Malformation utérine	1	0,8	
▪ Conisation	1	0,8	
Absence d'antécédents obstétricaux	74	61,7	0
Fausse couche spontanée (FCS)	35	29,2	0
Interruption volontaire de grossesse (IVG)	22	18,3	0
Grossesse extra-utérine (GEU)	3	2,5	0
Interruption médicale de grossesse (IMG)	1	0,8	0
Dysthyroïdie			0
▪ Non	111	92,5	
▪ Hypothyroïdie	8	6,7	
▪ Hyperthyroïdie	1	0,8	
Diabète gestationnel	16	13,3	0
Rupture prématurée des membranes	1	0,8	0
Menace d'accouchement prématuré	7	5,8	0
Hypertension artérielle, pré-éclampsie	3	2,5	0
Fragilités psychologiques	10	8,3	0

Dans notre échantillon, 18 patientes (15%) ont un utérus cicatriciel. Très peu de patientes ont des antécédents gynécologiques mais au contraire **38,3% des patientes présentent des antécédents obstétricaux**. On constate que 29,2 % de nos patientes ont déjà eu au moins une **fausse couche spontanée**, 22 patientes (18,3%) ont déjà eu une **interruption volontaire de grossesse (IVG)**, 3 patientes ont comme antécédent une grossesse extra-utérine, et 1 patiente a dû réaliser une interruption médicale de grossesse. De plus, 9 patientes (7,5%) ont une dysthyroïdie avec plus fréquemment une hypothyroïdie.

Durant la grossesse actuelle, 16 patientes de l'échantillon (13,3%) ont eu un diabète gestationnel, 7 patientes (5,8%) ont eu une menace d'accouchement prématuré avant 37 SA, 3 patientes (2,5%) ont eu de l'hypertension artérielle, et 10 patientes (8,3%) présentent comme antécédent une fragilité psychologique.

3.2.2 Admission aux urgences pour faux travail

Nous décrirons dans ce Tableau III les conditions de l'admission des patientes aux urgences pour faux travail.

Tableau III : Admission aux urgences d'un premier épisode de faux travail

	N = 120	%	DM
Heure d'admission aux urgences			2
▪ Jour (7h30-19h30)	62	51,7	
▪ Nuit (19h30-7h30)	56	46,7	
Terme de grossesse à l'admission (en semaines d'aménorrhée)			0
▪ Entre 37 SA et 38 SA	25	20,8	
▪ Entre 38 SA et 39 SA	31	25,8	
▪ Entre 39 SA et 40 SA	25	20,8	
▪ Entre 40 SA et 41 SA	30	25	
▪ Entre 41 SA et 42 SA	9	7,6	
Régularité des contractions utérines			0
▪ régulières	8	6,7	
▪ irrégulières	112	93,3	
Evaluation visuelle analogique (EVA)			23 (19,2%)
▪ < 3	63	52,5	
▪ ≥ 3	34	28,3	
Retour à domicile	108	90	0
Hospitalisation	15	12,5	0
Autres épisodes de faux travail			0
▪ non	78	65	
▪ 1 réadmission	29	24,2	
▪ 2 réadmissions	8	6,7	
▪ 3 réadmissions	3	2,5	
▪ 4 réadmissions	2	1,6	

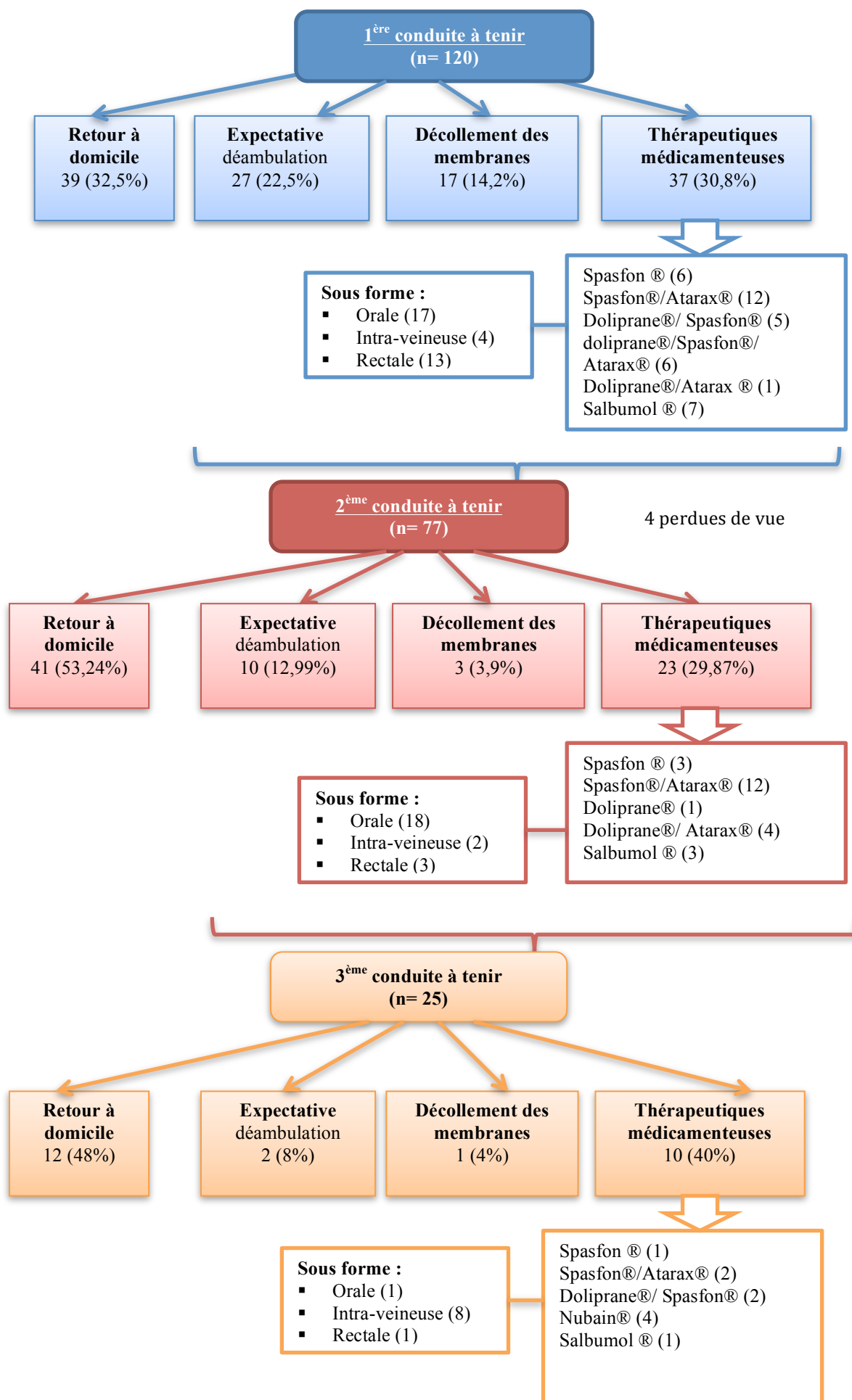
Dans notre échantillon, le premier épisode de faux travail apparaît en moyenne à 39 SA [38 ; 40]. Les patientes consultent pour motif de « faux travail » autant le jour que la nuit (51,7% contre 46,7%). Les patientes décrivent des **contractions utérines irrégulières** dans 93,3% des cas et 28,3 % des patientes estiment une douleur dont l'EVA est supérieure ou égale à 3. Le score de bishop moyen est de 3,0 [2,00 ; 4,00].

Dans notre étude, **15 décisions d'hospitalisation** (12,5%) ont été prises à la suite d'un épisode de faux travail. Près de 37% des patientes ayant présenté un faux travail vont être réadmis aux urgences pour le même motif.

3.2.3 Les différentes prises en charge du faux travail

Nous avons réalisé un schéma décrivant les différentes prises en charge du premier épisode de faux travail dans notre étude (Figure 1).

Figure 1 : Schéma de prise en charge d'un premier épisode de « Faux travail »



Les conduites à tenir les plus fréquentes en première intention sont **le retour à domicile** (n = 9 ; 32,5%) ; et **la prise en charge médicamenteuse** (n = 37 ; 30,8%) dont un tiers (n = 12) par l'association Spasfon®/Atarax®. Nous justifions l'utilisation de Salbumol® en première intention auprès 7 patientes car nous avons étudié des dossiers de 2013 avant que ce médicament soit retiré du marché en raison de ses effets indésirables cardio-vasculaires graves. Il n'y a pas eu d'effets indésirables chez nos patientes.

Dans les conduites à tenir de seconde intention (ayant donc éliminé les patientes retournées à domicile), deux décisions d'hospitalisation apparaissent. Lors de la 3^{ème} conduite à tenir, **4 patientes bénéficient de Nubain®** et 8 patientes sur les 10 recevant un médicament bénéficient d'une thérapeutique intra-veineuse.

Dans notre étude, 42 patientes (37%) présenteront au moins un autre épisode de faux travail. La principale conduite à tenir du deuxième épisode de faux travail reste l'expectative.

3.2.4 Hospitalisation pour faux travail

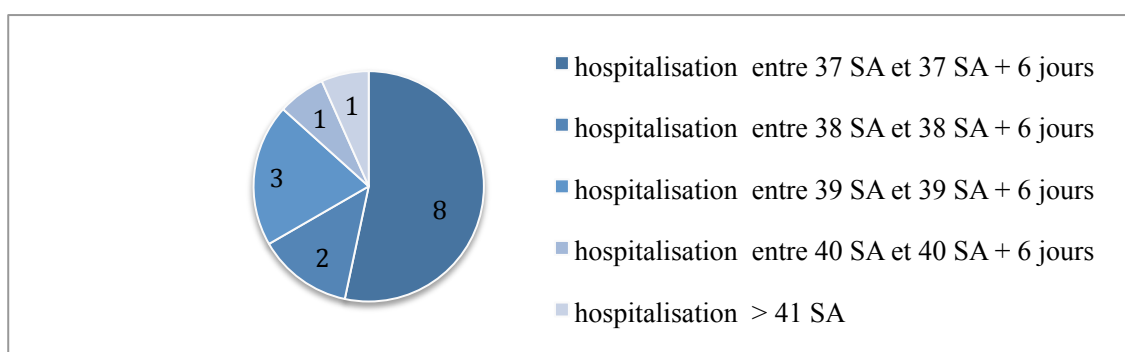
Nous étudierons dans cette sous-partie, la prise en charge de la douleur lors des hospitalisations pour faux travail.

Tableau IV : Description des hospitalisations pour faux travail (15 cas)

	N = 15	%	DM
Prise en charge thérapeutique	13	86,7	0
Thérapeutiques en intra-veineuse	7	46,7	0
Administration de Nubain®	2	13,3	0
Retour à domicile	10	66,7	0
Autres épisodes de faux travail	6	40	0
Déclenchement à la suite du premier épisode de faux travail	5	33,3	0
<i>Indication :</i>			
<i>Convenance personnelle</i>	4	80	
<i>Oligoamnios</i>	1	20	

Parmi ces 15 hospitalisations suite au faux travail, 13 patientes ont bénéficié d'une prise en charge thérapeutique dont 7 en intra-veineuse et 2 patientes ont bénéficié Nubain®. On remarque que 10 patientes vont finalement retourner à domicile et 5 patientes vont être déclenchées dont 4 pour convenance personnelle pour des scores de Bishop favorables.

Figure 2 : Termes des 15 décisions d'hospitalisation pour premier épisode de faux travail



Nous observons à l'aide de ce graphique que sur les 15 décisions d'hospitalisation, 8 patientes sont entre 37 SA et 37 SA et 6 jours.

3.2.5 La mise en route du travail

Dans notre échantillon, 92 patientes (76,7%) ont eu une mise en route de travail spontanée et 27 patientes (22,5%) ont dû bénéficier d'un déclenchement. Nous décrirons dans les Tableaux V et VI, les termes, les méthodes ainsi que les indications de déclenchement.

Tableau V : Description des déclenchements de travail (27 cas)

	N = 27	%	DM
Déclenchement à la suite d'un faux travail	12	44,4	0
Terme des déclenchements :			0
Entre 37 et 37 SA + 6 jours	1	3,7	
Entre 38 et 38 SA + 6 jours	7	25,9	
Entre 39 et 39 SA + 6 jours	8	29,6	
Entre 40 et 40 SA + 6 jours	6	22,2	
> 41 SA	5	18,6	
Méthodes de déclenchement :			0
Maturation par prostaglandines	4	14,8	
Ballonnet de Cook	2	7,4	
Péridurale/syntocinon®	21	77,8	
Indication de déclenchement :			0
Convenance personnelle	9	33,4	
Macrosomie	4	14,8	
Terme dépassé	3	11,1	
ARCF	3	11,1	
Rupture prolongée des membranes	3	11,1	
Indications médicales maternelles	2	7,4	
Oligoamnios et diminution MAF	1	3,7	
RCIU	1	3,7	
Métrorragies du 3 ^{ème} trimestre	1	3,7	

Parmi les 27 déclenchements de notre étude, 12 (44,4%) ont été réalisés à la suite d'un épisode de faux travail. Parmi les **9 déclenchements de convenance** décidés à la suite du faux

travail (n = 9 ; 33,4%), un a été déclenché à 37 SA et 5 jours, quatre entre 38 SA et 38 SA et 6 jours et les quatre autres ont été déclenché après 39 SA.

La méthode la plus fréquemment utilisée pour déclencher le travail dans notre étude est l'association de **l'analgésie péridurale avec une perfusion de Syntocinon®** (77,8%) supposant un score de bishop favorable.

Tableau VI : Caractéristiques des déclenchements à la suite d'un épisode de faux travail (12 cas)

	N = 12	%	DM
Déclenchement à la suite du premier épisode de faux travail	5	41,7	0
Déclenchement à la suite d'une réadmission pour faux travail	7	58,3	0
Indication des déclenchements :			0
Convenance personnelle	9	75	
Macrosomie	1	8,3	
ARCF	1	8,3	
Oligoamnios	1	8,3	
Mode d'accouchement :			0
Voie basse spontanée	10	83,3	
Extraction instrumentale	1	8,3	
Césarienne	1	8,3	

Sur les 27 déclenchements de l'échantillon, 5 (41,7%) ont été décidés à la suite du premier épisode de faux travail, et 7 (58,3%) ont été décidés lors de réadmissions pour faux travail. L'indication la plus fréquente dans ce cas présent à 75% est la convenance personnelle afin de satisfaire les patientes qui ne supportent plus les contractions utérines ou les épisodes de faux travail répétés.

L'issue majeure de ces déclenchements est l'accouchement par voie basse à 91,6% avec 8,3% de césarienne.

3.2.6 Les caractéristiques du travail

Nous décrirons dans ce Tableau VII, les caractéristiques du travail ainsi que les interventions obstétricales.

Tableau VII : Les caractéristiques du travail

	N = 120	%	DM
Analgésie péridurale	107	89,3	0
▪ < 3 cm : pose de péridurale précoce	18	16,8	
▪ ≥ 3 cm	89	83,2	
Dystocie cervicale	17	14,2	0
<i>De durée :</i>			
▪ 2 heures	7	41,2	
▪ 3 heures	8	47,1	
▪ 4 heures	2	11,7	
Rupture artificielle des membranes	82	68,3	0
Couleur du liquide amniotique			2
▪ clair	104	86,7	
▪ teinté/méconial	14	11,7	
Présence d'ARCF durant le travail	49	40,8	0
<i>Dont</i>			
▪ Groupe à risque d'acidose	23	46,9	
▪ Groupe à risque important d'acidose	16	32,6	
▪ Groupe à risque majeur d'acidose	10	20,5	
pH au scalp	3	2,5	0
Utilisation d'ocytocine	71	59,2	0
<i>Dont</i>			
▪ vitesse maximale < 50 ml/h	43	60,6	
▪ vitesse maximale > 50 ml/h	28	39,4	
Hyperthermie durant le travail	15	12,5	0
Durée du travail *	5h05 [3h19; 7h52]		1

*moyenne ± DS

Près de **90% des patientes ont bénéficié d'une péridurale** majoritairement lorsque la dilatation cervicale était supérieure à 3 centimètres. Cependant, il y a **16,8% de péridurale précoce** c'est à dire une pose de péridurale avant une dilatation cervicale de 3 centimètres.

Dans notre étude, nous avons observé **14,2% de dystocie cervicale** d'une durée généralement de 2 ou 3 heures.

Concernant l'état fœtal, environ 12% de liquides amniotiques étaient méconiaux, **40,8% des fœtus ont présenté des anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail** et 2,5% seulement ont nécessité un pH au scalp.

Parmi les 120 patientes, 71 (**59,2%**) **bénéficient d'une perfusion d'ocytocine** dont près de 40% à une vitesse maximale supérieure à 50 ml/h. Le taux d'hyperthermie durant le travail est de 12,5%

3.2.7 L'accouchement

Nous décrirons à l'aide du Tableau VIII et des Figures 3 et 4, l'issue de l'accouchement ainsi que les indications des éventuelles extractions instrumentales ou césariennes.

Tableau VIII : Description de l'accouchement

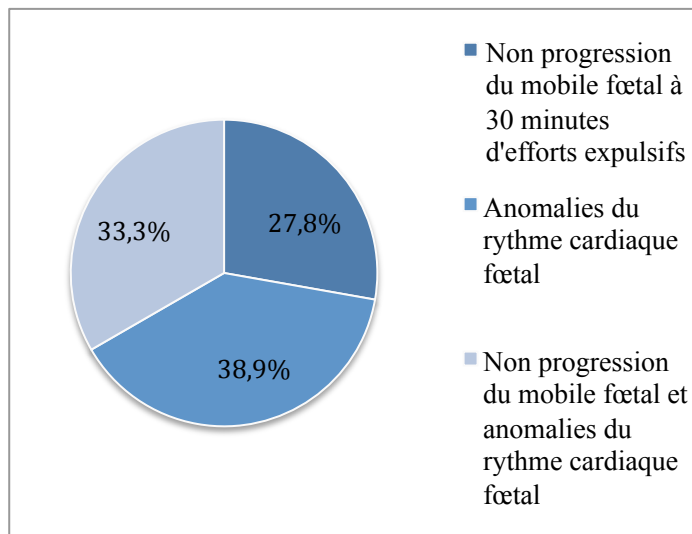
	N = 120	%	DM
Terme d'accouchement :			0
Entre 37 et 37 SA + 6 jours	4	3,3	
Entre 38 et 38 SA + 6 jours	13	10,8	
Entre 39 et 39 SA + 6 jours	32	26,7	
Entre 40 et 40 SA + 6 jours	55	45,8	
Entre 41 SA et 41 SA + 6 jours	16	13,3	
Mode d'accouchement			0
▪ Voie basse spontanée	95	79,2	
▪ Extraction instrumentale	18	15	
▪ Césarienne	7	5,8	
Etat du périnée			6
▪ Périnée intact	50	41,7	
▪ 1 ^{er} degré	44	36,7	
▪ 2 ^{ème} degré	2	1,7	
▪ Épisiotomie	19	15,8	
Délivrance			0
▪ Naturelle	3	2,5	
▪ Dirigée	106	88,3	
▪ Artificielle	4	3,3	
▪ Révision utérine isolée	5	4,2	
Hémorragie de la délivrance	4	3,3	0

Le terme d'accouchement médian de notre étude est de 40⁺¹ SA [39⁺²; 40⁺⁴]. Les patientes ont majoritairement accouchée par voie basse avec **79,2% de voie basse spontanée, 15% d'extractions instrumentales. Le taux de césarienne de notre étude est de 5,8%**. La durée moyenne des efforts expulsifs est de 15,5 (± 13,0) minutes.

Concernant l'état périnéal de notre échantillon, 36,7% (n = 44) de nos patientes ont eu une déchirure de 1^{er} degré, 1,7% (n = 2) ont eu une déchirure de 2^{ème} degré, et 15,8% (n = 19) ont bénéficié d'une épisiotomie. Il n'y a pas eu de déchirure complète compliquée.

Le taux de délivrance artificielle est de 3,33% et celui d'hémorragie de la délivrance est également de 3,3%.

Figure 3 : Indications des extractions instrumentales (n = 18)

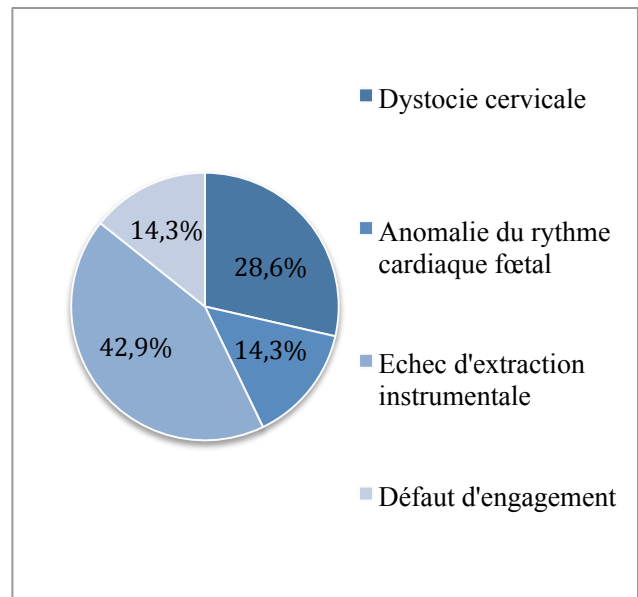


Les fréquences des trois indications d'extractions instrumentales sont relativement équivalentes avec 27,8% pour « non progression du mobile fœtal à 30 minutes d'efforts expulsifs », 38,9% pour « anomalies du rythme cardiaque fœtal » et 33,3% pour « non progression du mobile fœtal et anomalies du rythme cardiaque fœtal ».

Figure 4 : Indications des césariennes (n = 7)

L'indication la plus fréquente des césariennes de notre étude est « l'échec d'extraction instrumentale » (42,9%). Deux césariennes ont été indiquées pour « dystocie cervicale » (28,6%), une césarienne est réalisée pour « défaut d'engagement » (14,3%), et une autre est effectuée pour « anomalie du rythme cardiaque fœtal » (14,3%).

Quatre césariennes sont donc réalisées à dilatation complète.



3.2.8 L'état néonatal

Nous analyserons à l'aide de ce Tableau IX l'état des nouveau-nés à la naissance.

Tableau IX : Description de l'état néonatal

	N = 120	%	DM
Poids			0
▪ < 2500 g	4	3,3	
▪ Entre 2500 et 4000 g	103	85,8	
▪ > 4000 g	13	10,8	
Macrosomie	13	10,8	0
RCIU	13	10,8	1
Sexe			0
▪ Masculin	48	40	
▪ Féminin	72	60	
Apgar à 1 minutes *	9,7 ± 1,0		0
Apgar à 5 minutes *	9,9 ± 0,3		0
pH artériel au cordon *	7,3 ± 0,1		4
Taux de lactates *	4,2 ± 1,9		9
Déficit de base *	3,6 ± 2,8		7
Aspiration	106	88,3	0
Prise en charge par le pédiatre	5	4,2	0
Transfert néonatal dans un service de réanimation néonatale	1	0,8	0

*moyenne ± DS

Dans notre étude, **l'état néonatal est relativement bon** car seulement 4,2% des nouveau-nés ont été pris en charge par un pédiatre et on constate un seul transfert néonatal dans un service de réanimation néonatale.

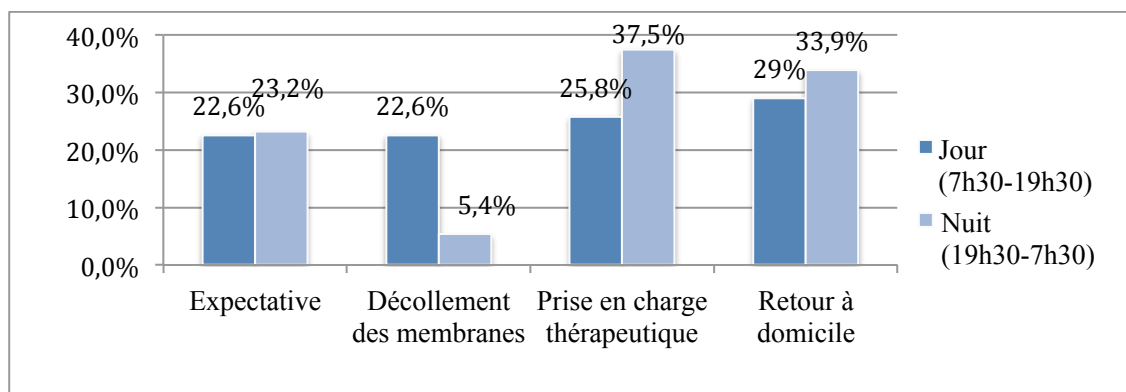
Le poids moyen des nouveau-nés est de 3 370 g ± 471g, 10,8% des nouveau-nés pèsent plus de 4000 g à la naissance, 10,8% de retard de croissance intra-utérin. On relève 60% de filles contre 40% de garçons.

Le score d'Apgar moyen à 5 minutes est de 9,9 ± 0,3. Concernant l'équilibre acido-basique au cordon, la moyenne des pH artériels au cordon est de 7,3 ± 0,1, le taux moyen de lactates est de 4,2 ± 1,8 et le taux moyen des déficits de base est de 3,6 ± 2,8.

3.3 Présentation des résultats multi-variés

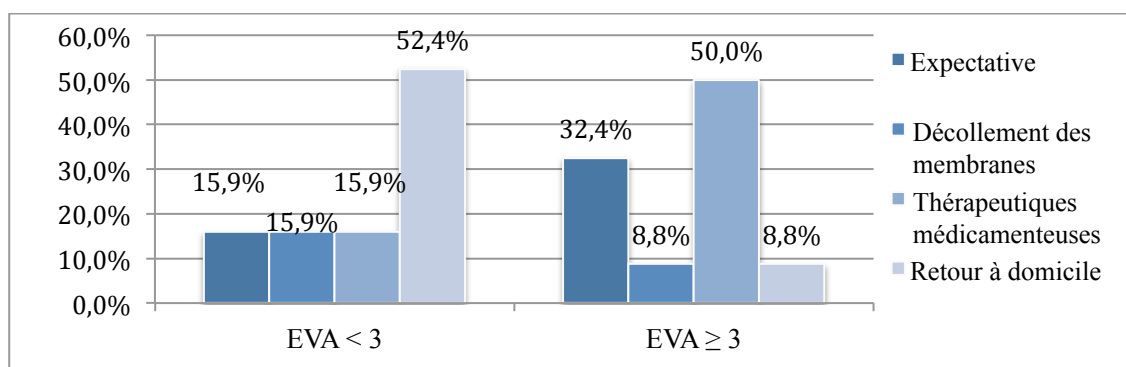
3.3.1 Les différentes influences de la première prise en charge du « faux travail »

Figure 5 : Première prise en charge du « faux travail » en fonction de l'heure d'arrivée aux urgences obstétricales



La première prise en charge du « faux travail » n'est pas différente selon l'heure d'arrivée aux urgences ($p=0,056$). Nous remarquons tout de même que le décollement des membranes est proposé en première intention à 14 patientes le jour (22,6%) contre 3 patientes la nuit (5,4%).

Figure 6 : Première prise en charge du « faux travail » en fonction de l'Evaluation Visuelle Analogique (EVA) de la patiente



Sur les 120 patientes arrivées aux urgences pour un premier épisode de faux travail, 63 (52,5%) déclarent avoir une EVA inférieure à 3 et 34 patientes (28,3%) déclarent avoir une EVA supérieure ou égale à 3. Dans 23 dossiers, l'EVA n'était pas indiquée.

Il y a une différence significative de prises en charge en fonction de l'EVA si elle est inférieure ou supérieure à 3 ($p < 0,001$). Nous remarquons que lorsque l'EVA est inférieure à 3

à l'arrivée aux urgences obstétricales, la première conduite à tenir est principalement le retour à domicile (52,4%) mais lorsque l'EVA est égale ou supérieure à 3, nous observons une majorité de prise en charge par thérapeutique médicamenteuse (50%) et seulement 8,8% de retour à domicile.

3.3.2 Critères d'un accouchement dans les 72 heures après le premier faux travail

Tableau X : Critères d'un accouchement dans les 72 heures après le premier épisode de faux travail

	Accouchement < 72h n=67 (%)	Accouchement > 72 h n= 53 (%)	p
Primipare	27 (40,3%)	16 (30,2%)	0,309
Multipare	40 (59,7%)	37 (69,8%)	
Bishop du faux travail :			< 0,001
<i>Bishop</i> < 3	16 (23,9%)	31 (58,5%)	
<i>Bishop</i> ≥ 3	51 (76,1%)	22 (41,5%)	
CAT 1 ^{ère} intention :			0,003
Expectative/déambulation	22 (32,8%)	6 (11,3%)	
Décollement des membranes	12 (17,9%)	5 (9,4%)	
Thérapeutiques	20 (29,8%)	17 (32,1%)	
Retour à domicile	13 (19,4%)	25 (47,2%)	
CAT 2 ^{ème} intention :			0,017
Expectative	6 (9,1%)	4 (7,5%)	
Décollement des membranes	3 (4,5%)	0 (0%)	
Thérapeutiques	18 (27,3%)	5 (9,4%)	
Retour à domicile	22 (33,3%)	17 (32,1%)	
Hospitalisation	1 (1,5%)	1 (1,9%)	
Retour à domicile après le premier épisode de faux travail	54 (81,8%)	53 (100%)	0,003
Réadmission pour faux travail	12 (18,2%)	29 (54,7%)	< 0,001
Travail spontané	52 (78,8%)	39 (73,6%)	0,578
Terme accouchement :			0,376
Entre 37 et 37 SA + 6 jours	4 (5,9%)	0 (0%)	
Entre 38 et 38 SA + 6 jours	7 (10,4%)	5 (9,4%)	
Entre 39 et 39 SA + 6 jours	15 (22,3%)	17 (32,1%)	
Entre 40 et 40 SA + 6 jours	31 (46,3%)	25 (47,2%)	
> 41 SA	10 (14,9%)	6 (11,3%)	
Mode d'accouchement :			0,902
Voie basse spontanée	52 (77,6%)	43 (81,1%)	
Extraction instrumentale	11 (16,4%)	7 (13,2%)	
césarienne	4 (6,0%)	3 (5,6%)	

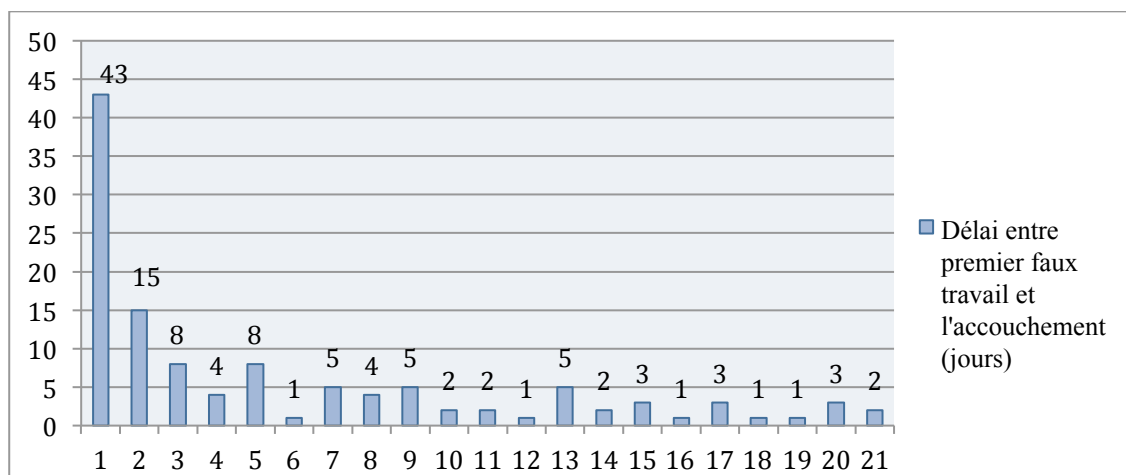
Lorsque le score de Bishop à l'admission du premier faux travail est supérieur à 3, la majorité des patientes accoucheront dans les 72 heures, tandis que si le score de bishop est inférieur à 3, les patientes accoucheront plus souvent après les 3 jours suivant le faux travail.

Dans le groupe des patientes ayant accouché dans les 72 heures suivant le faux travail, un grand nombre ont dû déambuler, expliquant la difficulté pour la sage femme à différencier le faux travail d'un début de travail. Dans le groupe des patientes ayant accouché à distance du faux travail, près de la moitié (47%) sont retournées à leur domicile en première intention.

Les patientes ayant accouché plus de 72 heures après le premier faux travail ont présenté plus de réadmissions pour faux travail que les patientes ayant accouché dans les 3 jours.

Concernant la parité, la mise en route du travail, le terme d'accouchement ainsi que le mode d'accouchement, il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes.

Figure 7 : Délai entre le premier épisode de faux travail et l'accouchement

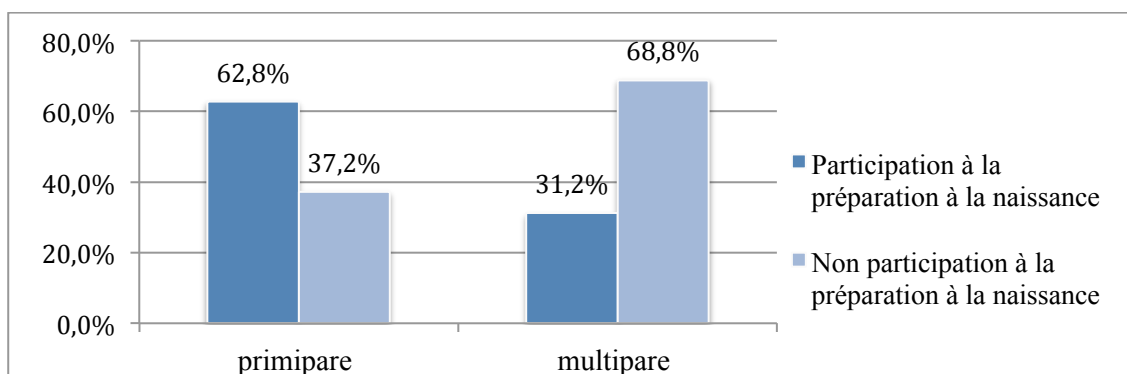


Plus de la moitié des accouchements se produisent dans les 72 heures à la suite du faux travail (55%) dont 43 (35,8%) se réalisent dans les 24 heures suivant le premier épisode de faux travail.

3.3.3 Influence de la parité

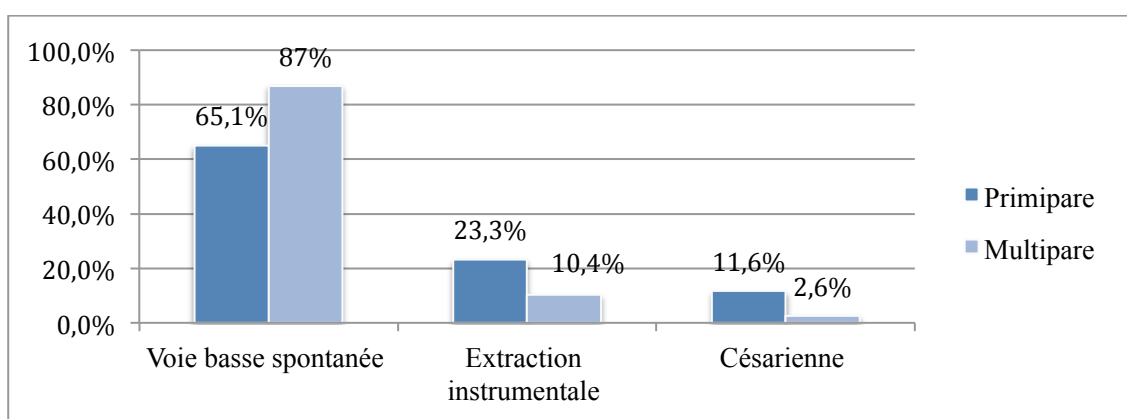
Nous nous sommes demandés si la parité influençait certaines variables comme la préparation à la naissance et à la parentalité, les dystocies cervicales, les interventions obstétricales ou encore les modes d'accouchement.

Figure 8 : Participation à la préparation à la naissance et à la parentalité en fonction de la parité



Le taux de participation à la préparation à la naissance de la future primipare de 62,8% est significativement plus élevée que celui de la multipare qui est de 31,2% ($p=0,002$).

Figure 9 : Les différents modes d'accouchement en fonction de la parité



Chez les primipares de cette étude, les extractions instrumentales (23,3% ; $n = 10$) et les césariennes (10,4% ; $n = 8$) sont plus fréquentes que chez les multipares ($p=0,016$). Le taux de voie basse spontanée est de 87% ($n = 67$) chez les multipares.

Tableau XI : Caractéristiques du travail et de l'accouchement en fonction de la parité

	Primipare n = 43 (%)	Multipare n =77 (%)	p
Péridurale	42 (97,7%)	65 (84,4%)	0,003
Dystocie cervicale	11 (25,6%)	6 (7,8%)	0,007
Anomalie du rythme cardiaque fœtal durant le travail	22 (51,2%)	26 (33,8%)	0,168
Utilisation de syntocinon®	35 (81,4%)	36 (46,8%)	< 0,001
Durée du travail*	8h [6h ; 10h]	4h [2h30 ; 5h24]	< 0,001
Mode d'accouchement			
Voie basse spontanée	28 (65,1%)	67 (87%)	0,016
Extraction instrumentale	10 (23,3%)	8 (10,4%)	
Césarienne	5 (11,6%)	2 (2,6%)	
Etat du périnée			
Périnée intact	6 (14%)	44 (57,1%)	< 0,001
Déchirure de grade 1	20 (46,5%)	24 (31,2%)	
Déchirure de grade 2	1 (2,3%)	1 (1,3%)	0,012
Épisiotomie	12 (27,9%)	7 (9,1%)	
« Données manquantes »	4 (9,3%)	1 (1,3%)	

*moyenne ± DS

Le taux de péridurale est significativement plus élevé chez la primipare (97,7%) par rapport à la multipare (84,4%) ($p=0,003$). Les dystopies cervicales pendant le travail sont significativement plus fréquentes chez la primipare également ($p=0,007$) ainsi que l'utilisation de Syntocinon® nettement plus utilisée chez la primipare ($p < 0,001$). La durée de travail chez la primipare est plus élevée que celle des multipares (8 heures versus 4 heures ; $p < 0,001$).

La fréquence de périnée intact chez la multipare (57,1%) est supérieure à celle de la primipare (14%) ($p < 0,001$). Près de la moitié des primipares (46,5%) ont eu une déchirure de grade 1, et 27,9% ont eu une épisiotomie.

En revanche, il n'y a pas de différence concernant les anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail ($p = 0,16$).

4 Analyse et discussion

4.1 *Analyse des résultats*

4.1.1 *Les facteurs de risques*

L'âge moyen de nos patientes est concordant avec les données nationales et ne semble donc pas influencer la survenue d'un faux travail (21).

Dans notre étude, nos patientes présentent davantage d'antécédents obstétricaux que gynécologiques avec une fréquence élevée de fausses couches spontanées lors de grossesses antérieures (29%) et un taux d'interruption volontaire de grossesse à 18%. Selon le CNGOF, les fausses couches spontanées sont des événements survenant environ lors de 15% des grossesses diagnostiquées (22). Selon la dernière Enquête Nationale Périnatale de 2010, avant cette grossesse, 15,5 % des femmes avaient eu au moins une interruption volontaire de grossesse (IVG) (23). Nos résultats sont en accord avec l'étude de MA. Quinn, qui affirme que les patientes ayant présenté un épisode de faux travail étaient plus susceptibles d'avoir eu un avortement spontané ou provoqué dans la grossesse précédente (5). Le fait d'avoir eu une fausse couche spontanée peut engendrer un stress supplémentaire et amener la patiente à consulter plus rapidement aux urgences.

Nous étudions également les items supposés être des facteurs de risque d'un épisode de « faux travail » : la multiparité, l'âge maternel supérieur à 35 ans souvent associé à la multiparité, le surpoids ou l'obésité, le diabète gestationnel et le nouveau-né macrosome qui entraînent tous une sur-distension utérine.

Selon P. Fournet, le faux travail est plus fréquent chez la multipare (4). Notre étude rejoint la littérature car elle présente 64,2% de multipares contre 35,8% de nullipares.

L'IMC moyen avant grossesse des patientes de notre étude est de 25,2 kg/m². Notre échantillon comprend 20,8% de patientes en surpoids et 20,8% de patientes obèses. Le taux d'obésité dans notre étude semble plus élevé que dans la population générale alors que le taux de surpoids semble correspondre à celle-ci puisqu'en France, en 2010, elles sont 17,3% en surpoids et 9,9% obèses (24). Ces données sont corrélées à l'étude de A. Biswas qui définit l'obésité comme facteur de risque du « Faux travail » (6).

Concernant le diabète gestationnel, rappelons que certains facteurs de risque du diabète gestationnel (surpoids ou obésité avant la grossesse, antécédent de nouveau-né macrosome) correspondent à des facteurs de sur-distension utérine. En France, la prévalence en 2012 du diabète gestationnel était de 8,0% (25). Dans notre étude, 16 patientes (13,3%) présentent un diabète gestationnel. Il semblerait donc que notre échantillon présente un pourcentage important de diabète gestationnel.

Dans notre échantillon, 10,8% des nouveau-nés pèsent plus de 4000 grammes. En France, l'enquête périnatale de 2010 estime la prévalence des nouveau-nés avec un poids de naissance supérieur à 4000 grammes à 7% (23). A notre échelle, nous considérons que le pourcentage de nouveau-nés macrosomes est sensiblement le même que dans la population générale.

Il semblerait que la sur-distension utérine soit un facteur de risque de « Faux Travail » puisqu'il existe une fréquence plus élevée dans notre échantillon de multipares, d'obésité avant grossesse, ainsi que de diabète gestationnel par rapport à la population générale.

Avant d'étudier nos dossiers, nous supposons que la patiente nullipare n'ayant pas réalisé de préparation à la naissance et à la parentalité, serait moins apte à gérer la douleur et irait plus vite consulter à la maternité. Le taux de participation à la préparation à la naissance de la primipare est de 68,8% dans notre étude contrairement à celui de la multipare qui est de 37,2%. Ce qui exclut l'hypothèse que la primipare soit moins bien préparée à gérer la douleur et qu'elle irait plus vite consulter aux urgences de la maternité.

4.1.2 Description du faux travail

D'après CW. Schauburger, les heures et jours de la semaine n'ont pas de corrélation avec la probabilité d'être admis pour faux travail (26). En effet, 51,7% des patientes ont consulté le jour contre 46,7% la nuit. Nous concluons que l'heure à laquelle se présente un faux travail n'influence pas le fait de consulter ou non aux urgences.

Il existe peu de faux travail après 41 SA (seulement 7,5%). De plus, 86,7% de nos patientes ont accouché avant 41 SA.

Lors du premier épisode de faux travail, 93,3% déclarent avoir des contractions utérines irrégulières, ce qui correspond aux nombreuses définitions de la littérature (1-4-27). Le premier épisode de faux travail apparaît en moyenne à 39 SA dans notre étude. Concernant la douleur des CU, 28,3% des patientes donne une EVA supérieure ou égale à 3 ce qui nécessite une prise

en charge souvent médicamenteuse. Le score de Bishop moyen est de 3,0 [2,0 ; 4,0], ce qui n'est pas favorable.

4.1.3 Diagnostic et prise en charge du faux travail

Peu d'études se sont intéressées à la prise en charge d'un faux travail.

L'OMS recommande en cas de faux travail, « d'examiner la patiente et rechercher une infection des voies urinaires ou un autre type d'infection, de déterminer si les membranes sont rompues et traiter en conséquence » (7).

Selon les protocoles cliniques en obstétrique de D. Cabrol, à moins qu'il n'existe une indication à diriger le travail, voire à le déclencher (pathologie maternelle, anomalies du RCF, liquide teinté, etc.), l'objectif est de temporiser en évitant que la patiente ne souffre. Le but étant ainsi d'éviter, en étant trop actif alors que les conditions locales sont très défavorables, une situation dystocique vraie sans possibilité de revenir en arrière (1).

Lorsque la patiente signale une EVA inférieure à 3, la principale conduite à tenir est le retour à domicile en première intention.

Au contraire, lorsque l'EVA est supérieure à 3, le retour à domicile est rarement envisagé en première intention et on privilégie la déambulation pour pouvoir examiner la patiente à 1 heure d'intervalle, afin de différencier un faux travail d'un début de travail en mettant en évidence ou non des modifications cervicales.

L'équipe soignante doit éliminer également une dystocie de démarrage car un diagnostic erroné de phase de latence prolongée peut amener à déclencher le travail ou à renforcer l'activité utérine sans succès, ce qui peut ensuite se traduire par des césariennes inutiles qui auraient pu être évitées (8).

Selon E. Masson, « Pour distinguer le « vrai » du « faux » travail, un test thérapeutique par analgésique est pratiqué. Il s'agit d'utiliser la Nalbuphine (Nubain®) en une demi-ampoule soit 10 mg, qui peut être renouvelée une seule fois après 4 heures sans dépasser 20 mg. En cas d'échec ou de récurrence malgré la Nalbuphine, le diagnostic de dystocie de démarrage est retenu. » (28). Dans notre étude, le Nubain®, dérivé morphinique, est rarement utilisé comme moyen de diagnostic sachant que le Nubain® diminue la fréquence de base du RCF de 10 à 15 battements par minutes et diminue temporairement sa variabilité (29). Au niveau néonatal, si l'accouchement a lieu dans les quatre heures après l'administration de Nalbuphine, il y a un risque de détresse respiratoire, ce qui explique l'utilisation prudente de ce médicament.

Dans l'étude, la Nalbuphine a été administrée à 4 patientes car elles n'ont pas été soulagées par les autres paliers d'antalgiques. Généralement, l'association thérapeutique la plus administrée est Spasfon®/Atarax®.

Le bain chaud est conseillé par les équipes médicales pour « arrêter » un faux travail. L'eau chaude aura un effet relaxant, ce qui soulagera la douleur. A ce jour, cette maternité n'est pas équipée de baignoire, donc l'équipe le conseille pour la maison. Nous n'avons pas observé non plus de prise en charge par acupuncture ni par homéopathie dans les dossiers obstétricaux.

Dans notre étude, sur les 15 décisions d'hospitalisations, 8 ont été prises lorsque la patiente était entre 37 SA et 37⁺⁶ jours. L'équipe soignante hospitalise plus facilement une patiente à 37 SA qu'à 41 SA. L'hospitalisation permettra notamment de mieux soulager les patientes en injectant notamment des thérapeutiques par voie intra-veineuse.

4.1.4 Conséquences sur le travail

Le faux travail est un phénomène fréquent qui inquiète peu les professionnels de santé. Cependant plusieurs études affirment que le faux travail n'est pas dépourvu de conséquences.

Le faux travail serait un facteur de risque élevé de déclenchements par ocytocine, de dystocies mécaniques et de dystocies cervicales. Le faux travail entraînerait une utilisation plus fréquente d'ocytocine pendant le travail et une incidence accrue d'interventions obstétricales (extractions instrumentales et césariennes) (11)(12)(13)).

Le taux de déclenchement de l'échantillon est de 22,5% correspondant à celui de l'Enquête Nationale Périnatale de 2010 (22,7%) (23). Parmi ces déclenchements, 5 (41,6%) ont été décidés après un épisode de faux travail, et 9 (75%) ont été indiqués pour convenance personnelle. Sur le site de la maternité d'étude, ils indiquent un taux de déclenchement à la demande des patientes à 7%. Dans notre étude, ce taux correspond à 7,5% donc le faux travail n'entraînerait pas d'augmentation de déclenchement par convenance.

La méthode de déclenchement la plus utilisée est l'association d'une analgésie péridurale avec une perfusion de Syntocinon® (83,3%), ce qui indique que le col soit suffisamment favorable pour diriger le travail avec un score de Bishop supérieur à 6. Ces résultats sont corrélés avec ceux de DE. Rozeboom qui délivre dans son étude une incidence augmentée de déclenchement par ocytocine dans le groupe « faux travail » (13).

Le taux de péridurale indiqué sur le site internet de la maternité est de 83%, et celui de notre étude est de 89,2%. Le taux de péridurale précoce, c'est-à-dire avant 3 centimètres, est de 15% (n = 18). Dans ce groupe de patientes ayant bénéficié d'une péridurale à 2 centimètres de dilatation cervicale, on constate 4 patientes ayant eu une dystocie cervicale.

CW. Schaubberger met en évidence l'augmentation de stagnation de la dilatation cervicale pendant le travail chez les patientes ayant eu un faux travail (26). Notre étude montre 14,2% de dystocie cervicale d'au moins deux heures chez nos patientes, alors que selon la littérature, en se limitant aux présentations céphaliques, la dystocie cervicale concerne 10 à 15% des patientes (30). Nos résultats ne coïncident pas avec l'étude de CW. Schaubberger et on ne peut donc affirmer que le faux travail soit un facteur de risque de dystocies cervicales pendant le travail. Cependant, la parité joue un rôle sur la dilatation cervicale car le taux de dystocie cervicale de la primipare (25,6%) est significativement plus élevé que celui de la multipare (7,8%).

Selon la dernière Enquête Nationale Périnatale de 2010, 58% des femmes entrant en travail spontané reçoivent du Syntocinon® au cours du travail (23). Ce pourcentage identique à notre étude (59,2%), fait donc supposer que l'utilisation de Syntocinon® n'a aucun lien avec le faux travail. Cependant, dans notre étude, le débit de la perfusion d'ocytocine est supérieur à 50 mL/h pour 40% des patientes ayant bénéficiées d'ocytocine de synthèse et l'utilisation du Syntocinon® est bien plus fréquente chez la primipare que chez la multipare (81,4% versus 46,8% ; $p < 0,001$).

De plus, près de 68,3% des femmes ont eu une rupture artificielle de la poche des eaux. En effet, selon le CNGOF, l'amniotomie et l'utilisation d'ocytocine sont indiquées lors d'une stagnation de la dilatation ou une anomalie de progression de la présentation (31).

Dans l'échantillon, la durée de la phase active du travail des primipares de 8h [6h ; 10h] heures est significativement différente de celle des multipares de 4h [2h30 ; 5h24] heures. Selon Friedman, la période de dilatation cervicale durerait en moyenne 5 ± 3 heures chez la primipare et 2 heures 30 minutes $\pm$ 1 heure 30 minutes chez la multipare (31). Ainsi la durée du travail chez les patientes ayant eu un épisode de faux travail ne semble pas être allongée.

4.1.5 Issues maternelles

L'accouchement se réalise en moyenne $5,6 (\pm 5,8)$ jours après le premier épisode de faux travail mais plus de la moitié des accouchements se produisent dans les 72 heures suivant le faux travail (55%). Les critères prédictifs d'un accouchement dans les 72 heures après le

premier « Faux Travail » sont un score de Bishop supérieure ou égale à 3 à l'admission aux urgences et une première prise en charge du faux travail par déambulation. Cette conduite à tenir suggère que la sage-femme a un doute quant au diagnostic du faux travail ou du début de travail. Le mode d'accouchement est identique que l'accouchement se réalise très peu de temps après le faux travail ou qu'il se réalise plusieurs jours après le faux travail.

Concernant la voie d'accouchement, le taux de césarienne de notre étude (5,8%) semble inférieur à celui la maternité (15,3%). Lors d'un accouchement par voie basse, la probabilité d'extraction instrumentale, selon l'enquête nationale de 2007, est de 16,9% correspondant à la probabilité de notre échantillon qui est de 15% (32). Nos résultats sont contradictoires avec ceux de Arulkumaran et al., puisqu'il existait dans leur étude une fréquence plus élevée de césariennes et d'extractions instrumentales dans le groupe « faux travail » (12).

Toutefois, les taux de césariennes (11,6%) et d'extractions instrumentales (23,3%) chez les primipares de cette étude sont significativement plus élevés que ceux des multipares (2,6% de césariennes, 10,4% d'extractions instrumentales). Relevons tout de même que sur les 7 césariennes de notre étude, 3 (42,9%) ont été réalisées après un échec d'extraction instrumentale alors que le taux dans la population générale est plutôt faible.

Nous constatons 3,3% d'hémorragie de la délivrance versus 2% dans la population française. Le faux travail ne semble pas associé à un risque d'hémorragie de la délivrance dans notre échantillon.

Concernant l'état périnéal de nos patientes, les données sont rassurantes puisqu'il n'y a eu aucune déchirure complète du 3^{ème} degré. En comparant le taux d'épisiotomie de la maternité qui est de 20%, celui de l'étude est sensiblement inférieur (15,8%). Toutefois, 57,1% des multipares ont eu un périnée intact contre seulement 14% des primipares.

4.1.6 Issues fœtales et néonatales

Plusieurs auteurs s'accordent pour dire que le faux travail à terme est un facteur de risque élevé de détresse fœtale avec un nombre plus important de nouveau-nés présentant un score d'Apgar déprimé à 5 minutes ainsi que plus de transfert en unités de soins intensifs. On observerait également une fréquence plus élevée de liquide méconial dans la population « faux travail ». Ces complications sont aggravées par l'utilisation de Syntocinon® (11-13).

Concernant l'état fœtal, environ 41% des fœtus présentent des anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF) durant le travail. Parmi ces ARCF, 32,7% sont à risque important d'acidose et 20,4% sont à risque majeur d'acidose selon la classification du CNGOF (15).

Malgré cela, la réalisation d'un pH au scalp a été réalisée dans seulement 2,5% des cas. Le taux de liquide teinté ou méconial est de 11,7%.

Concernant l'état néonatal, presque 6% des nouveau-nés ont eu un pH artériel au cordon $< 7,15$ et 12,5% ont eu un taux de lactates supérieur à 6. Toutefois, seulement 2 nouveau-nés ont présenté un score d'Apgar inférieur à 7 à une minute de vie et la totalité des nouveau-nés ont obtenu un score d'Apgar supérieur ou égale à 9 à 5 minutes de vie. Un seul transfert en service de réanimation néonatale a été relevé et 4,17 % des nouveau-nés ont eu besoin d'une prise en charge pédiatrique.

Les pourcentages de macrosomie (10%) et de retard de croissance intra-utérin (10%) de notre échantillon correspondent à ceux de la population générale.

Notre étude semble rejoindre la littérature quant à l'augmentation des ARCF durant le travail mais nous pouvons l'expliquer par l'utilisation importante de Syntocinon® auprès de 59,2% de nos patientes et le pourcentage élevé de rupture artificielle des membranes (68,3%) souvent associés à des perturbations du rythme cardiaque fœtal (33).

Concernant les complications fœtales, nous ne mettons pas en évidence de différence significative entre les primipares et les multipares.

4.1.7 Nouvelles recommandations

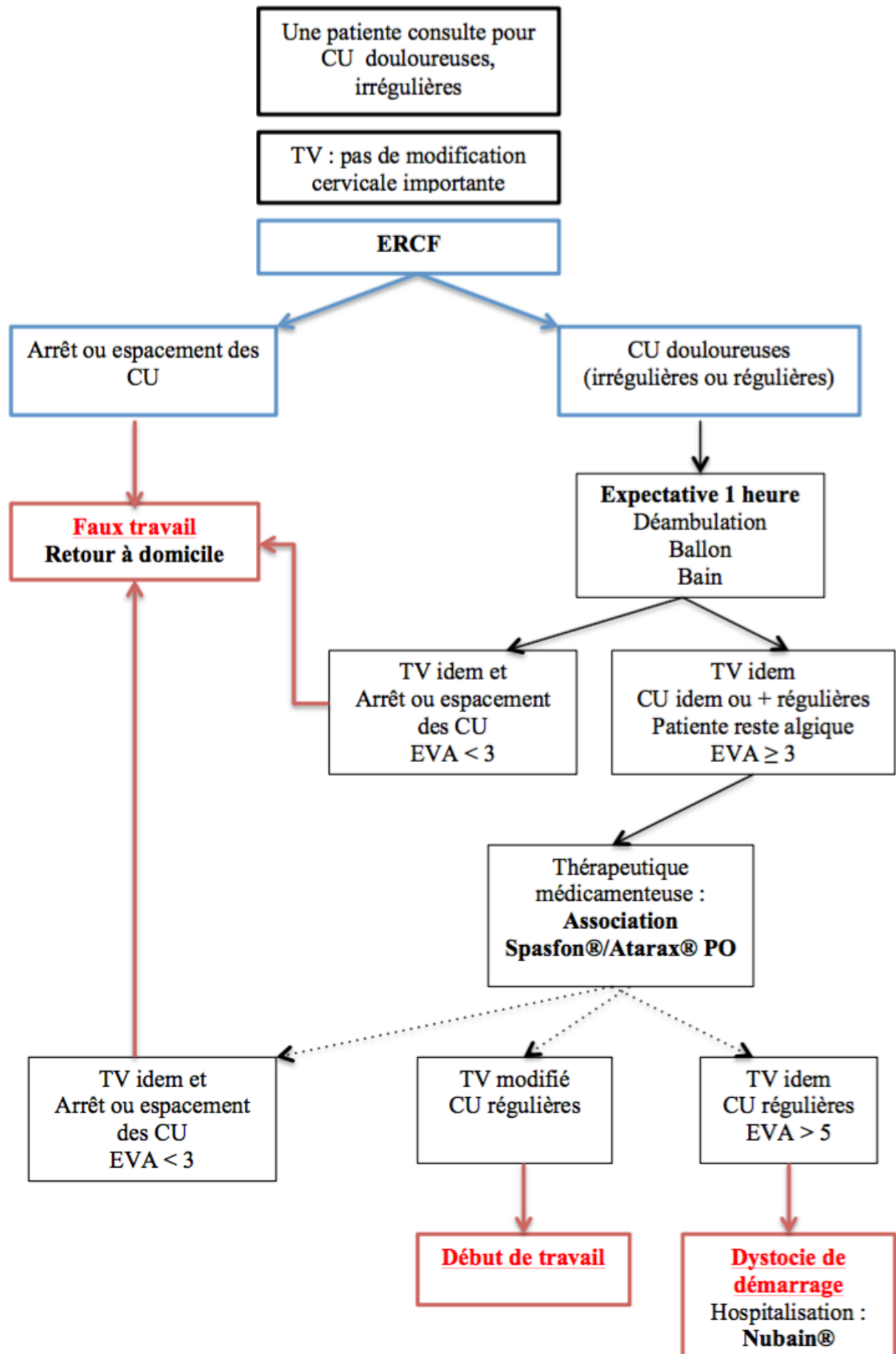
D'après les premières recommandations du Collège National des Sages-Femmes (CNSF), nous ne devons plus utiliser le terme de dystocie de démarrage. De plus, la phase active ne débiterait qu'à 5 ou 6 cm de dilatation avec des CU régulières alors que dans notre étude, nous prenons le repère de 3 cm de dilatation cervicale pour diagnostiquer l'entrée dans la phase active du travail. Il est recommandé de ne pas utiliser systématiquement l'ocytocine en phase de latence quelque soit la vitesse de dilatation (34).

Dans notre échantillon, nous avons remarqué un pourcentage important de patientes ayant bénéficié d'ocytocine pendant leur travail (59,2%) dont 35,8% à une vitesse supérieure à 50 ml/h. Selon les dernières recommandations du CNSF, il faut arrêter l'augmentation des doses dès l'obtention d'une modification cervicale ou de 5 CU/10 minutes car l'administration d'ocytocine pendant le travail spontané est associée à un risque augmenté d'hyperactivité utérine, de rupture utérine et d'HDD d'autant plus que la dose utilisée pendant le travail est élevée.

Le CNSF définit la dystocie dynamique par une vitesse de dilatation inférieure à 1 cm/ 4 heures entre 5 et 7 cm de dilatation et une vitesse de dilatation inférieure à 1 cm/ 2 heures entre

7 et 10 cm de dilatation. Dans notre étude, la dystocie dynamique correspond à une vitesse de dilatation inférieure à 2 heures quelque soit la dilatation. En prenant compte cette nouvelle définition, nous pourrions diminuer les interventions obstétricales notamment la rupture artificielle des membranes associée à l'utilisation d'ocytocine.

4.1.8 Propositions de prise en charge du « faux travail »



4.2 Critiques de l'étude

4.2.1 Avantages de l'étude

Le recueil de données compte peu de données manquantes à l'exception de l'EVA. Le manque de bibliographies concernant la prise en charge spécifique du faux travail rend intéressant l'étude qui a permis de connaître les prises en charge les plus utilisées notamment en fonction de l'EVA des patientes.

Dans les limites méthodologiques, notre étude permet de définir des facteurs de risque du faux travail et donner un pronostic rassurant sur l'issue de l'accouchement après un voire plusieurs épisodes de faux travail.

4.2.2 Limites de l'étude

L'étude est limitée car il s'agit d'une étude rétrospective, descriptive de séries de cas. Une étude prospective et/ou une étude cas/témoin aurait permis une analyse plus complète et de meilleure qualité.

L'autre limite de l'étude est due notamment à la petite taille de l'échantillon de 120 dossiers puisque 81 dossiers ont été exclus de l'étude car ils ne correspondaient pas à la définition du faux travail mais étaient en majorité des débuts de travail spontanés.

L'étude se limite aux patientes ayant une grossesse à terme, avec un seul fœtus en présentation céphalique. Il est probable que des cas de faux travail s'observent dans les populations exclues comme les grossesses gémellaires et les présentations podaliques. Cependant, les critères d'exclusion sont nécessaires pour effectuer une analyse des résultats obstétricaux et néonataux.

Notre étude a été réalisée dans une maternité de niveau IIB, cependant la prise en charge d'un épisode de faux travail varie beaucoup d'une maternité à l'autre. Par exemple, cette maternité ne possède pas de baignoire, et l'acupuncture est peu souvent utilisée aux urgences mais plus régulièrement proposée en consultations programmées.

De plus, un biais de subjectivité existe. En effet, l'expérience de la sage-femme influence sur la prise en charge de la patiente. Une sage-femme très expérimentée sera plus à même de faire le diagnostic de début de travail rapidement.

5 Conclusion

Le premier épisode de faux travail apparaît en moyenne à 39 SA dans notre étude et est décrit comme un épisode de contractions douloureuses, irrégulières et inefficaces sur le col. Cependant, après un premier épisode de « Faux Travail », plus de la moitié des patientes vont revenir aux urgences dans les 3 jours pour un travail spontané.

Le faux travail est souvent diagnostiqué à postériori car il peut être confondu avec un début de travail ou une dystocie de démarrage. Lorsque les contractions s'arrêtent le temps de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal de 30 minutes, le retour à domicile est envisagé, mais lorsque les contractions sont encore présentes, le diagnostic reste difficile, la sage femme a besoin d'un temps d'observation supplémentaire, et la déambulation peut être proposée. Si la patiente reste très algique, nous lui proposons souvent l'association du Spasfon® avec l'Atarax®.

Nous avons tenté, grâce à notre étude d'en apprendre davantage à propos des facteurs de risques et conséquences d'un ou plusieurs épisodes de faux travail. Le but étant d'établir un diagnostic précoce et d'anticiper les complications connues du faux travail. Il semblerait que les facteurs de risque prédisposants au faux travail soient : la multiparité, un ou plusieurs antécédents de fausses couches spontanées, l'obésité et le diabète gestationnel.

Dans notre étude, le fait de présenter un « faux travail » ne semble pas être un pronostic d'un accouchement dystocique. En effet, nous n'avons pas mis en évidence plus de déclenchements de convenance, de dystocies cervicales, de césariennes ou encore d'extractions instrumentales ni d'hémorragie de la délivrance. On relève simplement un risque d'anomalies du rythme cardiaque fœtal pendant le travail pouvant être la conséquence d'une utilisation importante d'ocytocine et de rupture artificielle des membranes afin d'accélérer la cinétique du travail.

Pour mieux connaître le ressenti des patientes lors du faux travail et leur satisfaction concernant la prise en charge de leur douleur, il serait intéressant de réaliser une nouvelle étude sous forme d'entretiens ou de questionnaires auprès des femmes.

6 Bibliographie

- [1] Cabrol D, Goffinet F. Protocoles cliniques en Obstétrique. 4ème édition. ELSEVIER MASSON; 2013.
- [2] Gogniat Loobs F. Enquête en Suisse romande (pré-travail, faux-travail : des notions à géométrie variable). Sage-Femme Suisse. 2003; Consultable à l'URL : http://www.hebamme.ch/x_data/heft_pdf/2003-6-24.pdf
- [3] Christophe S. Le faux début de travail : faux problème? Mémoire. Université Henri Poincaré, Nancy I; 2012.
- [4] Fournet P. Anomalies de la première période du travail. Traité d'obstétrique. 2010.
- [5] Quinn MA, Murphy AJ, Gallagher J. « Spurious » Labour — Does it Matter? ResearchGate. 1981;21(3).
- [6] Biswas A, Chew SC. Amniotic fluid volume in spurious labour. J Obstet Gynaecol Res. 1997;23(1):63-7.
- [7] OMS, FNUAP, UNICEF. Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement - Guide destiné à la sage femme et au médecin. 2004.
- [8] Hanley GE, Munro S. Diagnosing onset of labor: a systematic review of definitions in the research literature. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16(1):71.
- [9] Rempp C., Nesheim BI. Acupuncture during labor can reduce the use of meperidine : a controlled clinical study. Clinical Journal of Pain. 2003.
- [10] Deguillaume M. Etude expérimentale de l'action de Caulophyllum dans le faux travail & la dystocie de démarrage. Limoges; 1981.
- [11] Tay SK. Spurious labor: a high risk factor for dysfunctional labor and fetal distress. J Gynaecol Obstet. 1991;36(3):209-13.
- [12] Arulkumaran S, Michelsen J. Obstetric outcome of patients with a previous episode of spurious labor. ResearchGate. 1987;157(1):17-20.
- [13] Rozeboom DE, Varner MW. Relationship of admissions for false labor to perinatal outcome. ResearchGate. 1989;34(4):285-8.
- [14] HAS. Recommandations professionnelles Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. 2008. Consultable à l'URL : https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf
- [15] Carbonne B, Dreyfus M, Schaal J-P. Classification CNGOF du rythme cardiaque fœtal : obstétriciens et sages-femmes au tableau !. 2013. Consultable à l'URL : <http://www.em-consulte.com/en/article/840391>
- [16] CNGOF, Martin M, Riethmuller D. Fait-on trop ou trop peu d'épisiotomies ? 2004. Consultable à l'URL : http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2004_Go_021_mailliet.pdf

- [17] CNGOF. Les hémorragies du post-partum. Recommandations pour la pratique clinique. 2014. Consultable à l'URL:
http://www.cngof.asso.fr/data/RCP/CNGOF_2014_HPP.pdf
- [18] Leroy B., Lefort F. À propos du poids et de la taille des nouveau-nés à la naissance. Rev Fr Gynecol Obstet. 1971;
- [19] CNGOF. Evaluation et soins du nouveau-né à terme. 2010. Consultable à l'URL:
<http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item23/site/html/cours.pdf>
- [20] CNGOF. Marqueurs de l'asphyxie per-partum. Recommandations pour la pratique clinique. 1997. Consultable à l'URL :
http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1997_GO_183_carbonne.pdf
- [21] Insee. Un premier enfant à 28 ans. 2010. Consultable à l'URL:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281068>
- [22] CNGOF. Les fausses couches spontanées précoces répétées. Recommandations pour la pratique clinique. 2005. Consultable à l'URL:
http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2005_GO_005_lejeune.pdf
- [23] Blondel B et Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010 - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011.
- [24] Science P. Les statistiques de la grossesse et de la natalité en France. Purlascience.fr.. Consultable à l'URL: http://www.purlascience.fr/ewb_pages/a/actu-les-statistiques-de-la-grossesse-et-de-la-natalite-en-france-28198.php
- [25] Cosson E, Cussac-Pillegand C. The Diagnostic and Prognostic Performance of a Selective Screening Strategy for Gestational Diabetes Mellitus According to Ethnicity in Europe. J Clin Endocrinol Metab. mars 2014;99(3):996-1005.
- [26] Schauburger CW. False labor. Obstet Gynecol. déc 1986;68(6):770-2.
- [27] Mavel. Dictionnaire de gynécologie et d'obstétrique. Lavoisier. 2017
- [28] Masson E. Déclenchement artificiel et direction du travail. 2012; 10.1016/S0246-0335(12)52501-9
- [29] Mignon A, Mercier F. CNGOF - Analgésie obstétricale : alternatives à la péridurale . 2007. Consultable à l'URL :
http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2007_GO_057_mignon.pdf
- [30] B. Carbonne. Indications de césarienne en cas de dystocie. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 3 août 2008;Vol. 29(N° SUP 2):p 68.
- [31] CNGOF. Obstétrique- Déroulement du travail, nouvelles courbes de définitions, lignes d'alerte et gestion de la dystocie. 2014.
- [32] Pierre F, Jousse M. Aspects médico-légaux de l'extraction instrumentale. 2008. Consultable à l'URL :
<http://www.em-consulte.com/en/article/194991>
- [33] Verspyck É, Sentilhes L. Pratiques obstétricales associées aux anomalies du rythme cardiaque fœtal (RCF) pendant le travail et mesures correctives à employer en cas d'anomalies du RCF pendant le travail. 2008 Consultable à l'URL :

<http://www.em-consulte.com/en/article/162389>

[34] C. Dupont, M. Carayol. Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Rev Sage-Femme. 2017;

Autres documents non cités :

Cegla C. Le faux travail : étude descriptive au sein de la maternité Jeanne de Flandre Mémoire. Université Lille II, Ecole de sages-femmes du CHRU de Lille ; 2016

Dousset V. Le faux travail dans une population d'accouchement à bas risque. Mémoire. Université de Nantes; 2012.

ANNEXE I : Évaluation de la maturation du col selon le score de Bishop

Paramètres	0	1	2	3
Dilatation du col utérin	fermé	1 – 2 cm	3 – 4 cm	≥ 5
Effacement du col utérin	0 – 30 %	40 – 50 %	60 – 70 %	> 80 %
Consistance du col utérin	ferme	moyenne	molle	
Position du col utérin	postérieure	centrale	antérieure	
Positionnement de la présentation fœtale par rapport aux épines sciatiques	mobile (3 cm au-dessus)	amorcée (2 cm au-dessus)	fixée (< 1 cm au-dessus)	engagé (1 – 2 cm au-dessous)

Valeurs du score : de 0 à 13 ; score ≥ 7 : pronostic favorable (travail de moins de 4 heures chez les multipares).

Référence : HAS (Haute Autorité de Santé). RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES
Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée. 2008.

Consultable à l'URL :

[https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail
_-_recommandations.pdf](https://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail_-_recommandations.pdf)

ANNEXE II : Récapitulatif de la classification du rythme cardiaque fœtal selon le CNGOF

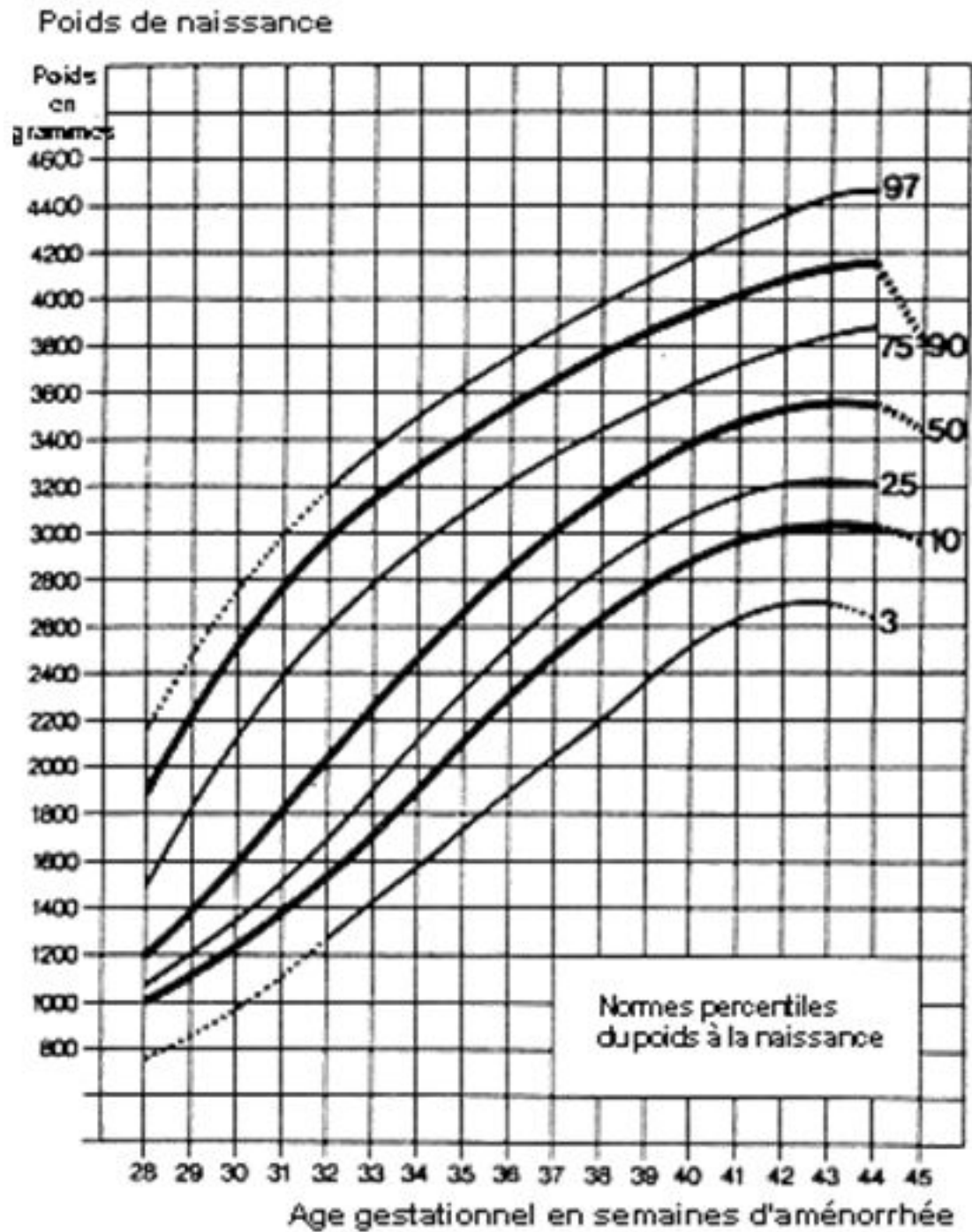
Dénomination CNGOF	RDB (bpm)	Variabilité	Accélérations*	Ralentissements
Normal	• 110–160 bpm	• 6-25 bpm	• Présentes	• Pas de ralentissements
Quasi-normal – Faible risque d'acidose	• 160-180 bpm • 100-110 bpm	• 3-5 bpm <40 min	• Présentes ou absentes	• Précoces • Variables (<60 sec et <60 bpm d'amplitude) • Prolongé isolé <3 min
L'association de plusieurs critères fait passer à un RCF intermédiaire				
Intermédiaire – Risque d'acidose	• >180 bpm isolé • 90-100 bpm	• 3-5 bpm > 40 min • >25 bpm	• Présentes ou absentes	• Tardifs non répétés • Variables (<60 sec et ≥60 bpm d'amplitude) • Prolongé >3 min
L'association de plusieurs de ces critères fait passer à un RCF pathologique				
Pathologique – Risque important d'acidose	• > 180 bpm si associé à autre critère • < 90 bpm	• 3-5 bpm >60 min • Sinusoidal	• Présentes ou absentes	• Tardifs répétés • Variables >60 sec ou sévères • Prolongés >3 min répétés
Preterminal – Risque majeur d'acidose	• Absence totale de variabilité (<3bpm) et de réactivité avec ou sans ralentissements ou bradycardie			

* La présence d'accélérations a un caractère rassurant. L'absence isolée d'accélération n'est pas considérée en soi comme pathologique.

Référence : Carbonne B, Dreyfus M, Schaal J-P. Classification CNGOF du rythme cardiaque fœtal : obstétriciens et sages-femmes au tableau !, 27 sept 2013

Consultable à l'URL : <http://www.em-consulte.com/en/article/840391>

ANNEXE III : Courbe de croissance



Référence : Leroy B., Lefort F. À propos du poids et de la taille des nouveau-nés à la naissance.
Rev Fr Gynecol Obstet. 1971;

ANNEXE IV : Score d'Apgar

Score Apgar

	Cœur	Respiration	Couleur	Tonus	Réactivité
0	0	0	Bleu/blanc	0	0
1	< 100	Quelques mouvements spontanés	Cyanose des extrémités	Hypotonie	Grimaces
2	> 100	Normale	Rose	Tonus normal	Cris

- Si le score d'Apgar ≥ 8 à 1 minute : nouveau-né bien portant.
- Si le score d'Apgar < 3 à 1 minute : état de mort apparente, impliquant une réanimation en urgence.
- Un chiffre intermédiaire, témoin d'une souffrance néonatale justifie une prise en charge adaptée.
- L'évaluation de l'état de nouveau-né et pratique des gestes de réanimation doit être faite en laissant l'enfant couché sur une table chauffante et éclairée.

Référence : CNGOF. Evaluation et soins du nouveau-né à terme, 2010.

Consultable à l'URL :

<http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item23/site/html/cours.pdf>

ANNEXE V : Valeurs moyennes et valeurs limites du pH et des gaz du sang artériel du cordon à la naissance

	moyenne $\pm$ DS	valeurs limites ($\pm$ 2DS)
pH	7,26 $\pm$ 0,07	< 7,12 - 7,15
pCO ₂ (mmHg)	54,5 $\pm$ 10,0	> 68,0 - 74,5
pO ₂ (mmHg)	15,1 $\pm$ 5,3	< 4,5 - 9,0
Déficit de base (mmol/l)	2,7 $\pm$ 2,8	> 8,1 - 12,0
Lactates (mmol/l)	2,5 $\pm$ 1,3	> 5,0 - 6,1

Les valeurs limites sont définies comme plus ou moins 2 déviations standards par rapport à la moyenne.

La fourchette indiquée tient aux différences selon les auteurs.

Référence : CNGOF. Marqueurs de l'asphyxie per-partum. Recommandations pour la pratique clinique. 1997.

MÉMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE FEMME

ANNÉE 2017

TITRE :

Le « faux travail » : pronostic d'un accouchement dystocique ?
Etude rétrospective, descriptive et unicentrique

AUTEUR :

Justine LE PAPE
Sous la direction du Dr Agathe HOUZÉ DE L'AULNOIT

MOTS CLÉS :

Faux travail, contractions utérines irrégulières, retour à domicile,
dystocie de démarrage.

RÉSUMÉ :

L'expression de faux travail n'est pas un terme médical à proprement dit mais est largement utilisée dans le langage courant autant pour les professionnels de santé que pour les patientes. Il s'agit d'un épisode de contractions utérines irrégulièrement espacées, variables dans leur intensité, sans modification cervicale, qui cède au bout de quelques heures. L'objectif principal de notre étude est de décrire les caractéristiques des patientes ayant présenté un « Faux Travail » et décrire leur prise en charge. Les objectifs secondaires sont de définir des éventuels facteurs de risques d'un épisode de faux travail, ainsi qu'évaluer son impact sur le déroulement du travail, l'accouchement, et les conséquences obstétricales, maternelles, fœtales et néonatales.

Ce travail est une étude rétrospective, descriptive et unicentrique de 120 dossiers obstétricaux de patientes ayant présenté un faux travail à terme et ayant accouché du 01/01/2013 au 31/12/2016. Il s'agissait de patientes primipares ou multipares, ayant accouché d'un enfant unique en présentation céphalique.

Après un premier épisode de « Faux Travail », plus de la moitié des patientes vont revenir aux urgences dans les 3 jours pour un travail spontané. Il semblerait que les facteurs de risque prédisposants au faux travail soient : la multiparité, un ou plusieurs antécédents de fausses couches spontanées, l'obésité et le diabète gestationnel.

Dans notre étude, le fait de présenter un « faux travail » ne semble pas être un pronostic d'un accouchement dystocique. En effet, nous n'avons pas mis en évidence plus de déclenchements de convenance, de dystocies cervicales, de césariennes ou encore d'extractions instrumentales ni d'hémorragie de la délivrance.